

# PLACE DE LA GREFFE OSSEUSE INTER SOMATIQUE DANS LA CHIRURGIE DE LA MYELOPATHIE CERVICARTHROSIQUE

H. CH. DELIBA, B. BERBERA, K. BOUAITA, Z. DJENNA,  
L. BOUBLATA, L. HASSANI, N. IOUALALEN.

Service de Neurochirurgie  
Hôpital Ali Ait-idir, Alger

## RESUME

Les auteurs rapportent une série rétrospective de 20 patients opérés d'une myélopathie cervicarthrosique et répartis en deux groupes : Dans le premier, composé de 11 patients, opérés antérieurement à 1996, la discectomie a été complétée par une greffe osseuse systématique, alors que dans le deuxième, composé de 09 malades, l'intervention s'est limitée à une discectomie simple, sans arthrodèse. Les résultats obtenus, sont superposables dans les deux groupes. Ces résultats rejoignent ceux de la littérature et justifient le choix de la discectomie simple sans recours à la greffe intersomatique.

**Mots Clés :** Arthrose cervicale, Myélopathie, Greffe osseuse inter somatique, Fusion cervicale.

## INTRODUCTION

La myélopathie reste heureusement une complication rare de l'arthrose cervicale. Le choix de la voie d'abord ainsi que celui de la technique à utiliser ont longtemps fait l'objet de discussions. Si la voie antérieure est la plus pratiquée, reste le problème de savoir si la greffe osseuse inter-somatique est réellement nécessaire.

L'intérêt de notre travail est justement d'essayer de répondre à cette question en présentant l'expérience de notre service et en faisant une revue large de la littérature.

Le choix de la technique à adopter va dépendre des réponses qui peuvent être fournies aux questions suivantes :

- 1 - Les résultats opératoires sont-ils comparables avec et sans greffe inter somatique ?
- 2 - Le fait de ne pas recourir au greffon concoure-t-il à une instabilité ultérieure ?
- 3 - Le pincement intervertébral observé lors de la discectomie sans greffe est-il réellement responsable de la névralgie pouvant survenir en post-opératoire ?
- 4 - Si la greffe est reconnue par certains auteurs comme non indispensable pour un seul étage opéré, qu'en est-il s'il s'agit de deux ou plusieurs étages.
- 5 - enfin le choix de la greffe est-elle une habitude ou une attitude ?

## MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 20 patients parmi une série de 35 cas opérés, retenus sur la base de dossiers parfaitement exploitables. Ces patients ont été pris en charge entre 1990 et 2000 et présentaient tous une myélopathie cervicarthrosique.

Une nette prédominance masculine est notée avec 19 hommes pour 01 femme.

L'âge varie entre 37 et 70 ans avec une moyenne de 53 ans.

Le diagnostic a été posé sur des critères cliniques et radiologiques.

Tous les malades ont été opérés par la voie antéro-latérale en réalisant une micro-discectomie avec greffe osseuse inter-somatique systématique avant 1996, puis microdiscectomie simple sans greffe depuis cette date. Une somatotomie médiane décompressive a été associée à la discectomie chez 03 patients :

Le nombre d'étages opérés est résumé dans le tableau 1 :

	Avec greffe 11 cas	Sans greffe 09 cas
1 étage	06 cas	05 cas
2 étage	04 cas	02 cas
3 étage	01 cas	02 cas

**Tableau 1 : nombre d'étages opérés**

## RESULTATS

La mortalité est nulle. Certaines complications ont néanmoins été relevées, comportant :

- Dysphagie transitoire : 15 cas (80 %).
- Complications liées au greffon :
  - Déplacement : 01 cas.
  - Infection du site prélèvement : 01 cas.
  - Douleur localisée au site de prélèvement : 01 cas.

Les résultats fonctionnels ont été identiques entre les malades greffés ou non :

- Amélioration clinique : 09 cas (45 %).
- Etat neurologique inchangé : 10 cas (50 %).
- Aggravation neurologique : 01 cas (05 %).

Les résultats orthopédiques chez les patients non greffés ont été presque autant satisfaisante que chez ceux ayant bénéficié d'une arthrodèse ; aucune cyphose supérieure à 15° n'a été notée (Fig. 1, 2).



**Fig. 1 : Discectomie simple**

**a - Pré opératoire**  
**b - Post opératoire**



**Fig. 2 : Discectomie avec greffon**

**a - Pré opératoire**  
**b - Post opératoire**

## DISCUSSION

Concernant les résultats opératoires, la plupart des auteurs [1, 3, 5, 6, 7, 10, 11] considèrent que la technique chirurgicale ne change en rien le pronostic fonctionnel qui dépend de plusieurs autres facteurs : âge, nombre des étages touchés, score clinique préopératoire, durée d'évolution préopératoire.

Bien entendu l'utilisation de greffon donne un meilleur alignement du rachis en post-opératoire immédiat [6] contre une légère cyphose entre 5° à 15° pour les malades non greffés. Ceci n'a aucune traduction clinique, de plus à long terme il existe une fusion (arthrodèse) dans 70 à 75 % des malades non greffés [3, 6, 9]. Fuentes [3] dans sa série de 105 malades opérés par discectomie simple n'a eu à reprendre chirurgicalement pour cyphose supérieure à 15° que 03 patients (2,8 %).

Les névralgies cervicobrachiales rencontrées parfois en post-opératoire, notamment lors de la discectomie sans greffe sont souvent mises sur le compte d'un pincement inter-somatique qui serait à l'origine du rétrécissement des trous de conjugaison ; à cet effet Michael A et coll [8] ont étudié les dimensions des trous de conjugaisons en pré et post-opératoire chez deux groupes de malades opérés avec et sans interposition de greffe osseuse intersomatique et n'ont trouvé aucune différence statistiquement significative sur la taille des trous de conjugaison dans les deux groupes.

Le fait de greffer systématiquement à partir de deux étages n'est pas justifiée la plupart des séries de la littérature ne trouvant pas de différence sur la dynamique du rachis chez les malades opérés que ce soit sur un ou plusieurs niveaux [1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11].

Il semble donc que la greffe apparaît comme parfaitement inutile si la stabilité du rachis est correcte avec l'intervention chirurgicale ; le réflexe de placer un greffon par "habitude" doit être surmonté.

La possibilité d'une certaine instabilité dans les rachis arthrosiques [4] impose la réalisation de clichés radiologiques dynamiques en préopératoire et son existence représenterait la seule indication de l'utilisation de la greffe osseuse inter-somatique.

## CONCLUSION

A la suite d'une revue de la littérature, et de l'expérience de notre service, nous pensons comme beaucoup d'autres auteurs [1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11] que la greffe osseuse inter-somatique n'est pas indispensable et qu'elle n'affecte en rien les résultats opératoires qui dépendent d'autres facteurs ; néanmoins elle garde une indication lorsqu'il existe une instabilité [4] mise en évidence par les clichés dynamiques pratiqués avant l'acte chirurgical.

Le choix de la voie d'abord (antérieure ou postérieure) dépend du siège et de l'importance des éléments compressifs [3]. La variété des techniques chirurgicales existantes et les nouveaux procédés [13] démontrent que le consensus en matière de chirurgie de la cervicarthrose n'est pas encore établi.

Exceptées les formes frustes, l'indication opératoire doit être posée le plus rapidement possible car le délai préopératoire est l'un des principaux facteurs pronostics [3].

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] BERTALANFFY et Col. : clinical long-term results of an anterior discectomy without fusion for treatment of cervical radiculopathy and myelopathy. Acta neurochir. 1988, vol 99 : 127-135.
- [2] BERTALANFFY et Col. : Complications of anterior cervical discectomy without fusion in 450 consecutive patients. Acta neurochir. 1989, vol 99 : 41-50.
- [3] J. BRUNO, JM. FUENTES. Chirurgie antérieure et antéro-latérale du rachis cervical inférieur. Neurochirurgie, 42, N° 4/5 : 229-248.1996.
- [4] DAI. L. Disc degeneration and cervical instability. Correlation of magnetic resonance imaging with radiography. Spine 23, 16 : 1734-8. August 1998.
- [5] DOWD. GC, Wirth. FP. Anterior cervical discectomy : is fusion necessary ? JNS 1999, vol 90 : 8-12.
- [6] MARTINS. A.N. Anterior cervical discectomy with and without interbody bone graft. JNS. 1976, vol 44 :290-295.
- [7] MAURICE-WILLIAMS. RS. Extented anterior cervical discectomy without fusion : A simple and sufficient operation for most cases of cervical degenerative disease. British journal of neurosurgery. 10 (3) 261-6, june 1996.
- [8] MICHAEL A et Col. Changes in cervical foraminal area after anterior discectomy with and without a graft. Neurosurgery, vol 34, n°1, January 1994.
- [9] MICHAEL G. et Col. Anterior cervical discectomy without interbody bone graft. JNS 1972, vol 37 : 71-74.
- [10] ROSENORN MA JARL et Col. Anterior cervical discectomy with and without fusion. JNS1983, vol 59 : 252-255.
- [11] SAVOLAIMEN S. et Col. A prospective randomized study of anterior single-level cervical disc operations with long-term follow up : surgical fusion is unnecessary. Neurosurgery, 1988, vol 43 (1) : 51-5.
- [12] WHITECLOUD T.S. Modern alternatives and techniques for one-level discectomy and fusion. Clinical orthopedics and related research : 359 : 67-76, february 1999.
- [13] YOHEI HIDAI et Col. Treatment of cervical compressive myelopathy with a new dorsolateral decompressive procedure. JNS Spine 1999, vol 90.