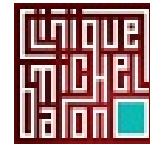


# CONSULTATION DE CHIRURGIE EN NEUROLOGIE



26-Oct-2016

## L'urgence du diagnostic

La neurologie est une discipline mixte entre médecine et chirurgie. La prise en charge de l'animal nécessite un diagnostic précis qui oriente la décision thérapeutique.

## TROIS CATÉGORIES D'ATTEINTE NEUROLOGIQUE

1. L'atteinte centrale avec pertes d'équilibre, convulsions et modification de la conscience. Il s'agit d'une atteinte du cerveau ou du cervelet.
2. L'atteinte médullaire (lésion de la moelle épinière qui conduit l'influx nerveux du cerveau aux membres) qui se traduit par de la douleur associée à une paralysie partielle ou totale d'un ou de plusieurs membres. La lésion concerne un composant de la colonne vertébrale (rachis) : vertèbre, disque intervertébral, articulations vertébrales, méninges ou moelle épinière.
3. L'atteinte périphérique avec perte ou diminution du tonus musculaire d'un ou plusieurs membres, douleur. Il s'agit d'une atteinte des nerfs périphériques ou de la jonction entre nerf et muscle.

Le chirurgien peut être appelé lors d'atteinte centrale (en cas de tumeur cérébrale) ou périphérique (pour réaliser des biopsies de nerf par exemple). Mais la plupart du temps on fait appel à lui lors d'atteinte médullaire.

## CINQ STADES D'ATTEINTE MÉDULLAIRE

Stade 1 — Présence de douleur d'origine rachidienne, médullaire ou des racines nerveuses.

Stade 2 — Apparition d'une difficulté de contrôle d'un ou de plusieurs membres, ce qu'on appelle le déficit de la proprioception : l'animal traîne la patte sur la face dorsale des doigts de façon plus ou moins importante. L'animal est dit **ataxique**.

Stade 3 — Apparition d'une perte de la motricité d'un ou de plusieurs membres. Mais si le patient est soutenu, il reste capable de mouvements volontaires des membres concernés. L'animal est dit **parétique**.

Stade 4 — Même avec soutien, la motricité est absente sur les membres concernés. L'animal manifeste son mécontentement quand on pince l'extrémité du membre. Il est dit **plégique** avec conservation de la sensibilité profonde.

Stade 5 — En plus d'être plégique, le patient ne perçoit plus la douleur quand on pince fortement l'extrémité du membre.

La présence de l'un de ces symptômes doit faire rechercher le lieu et la nature de la lésion qui perturbe la propagation de l'influx nerveux du cerveau aux extrémités. Le clinicien émet des hypothèses diagnostiques en

fonction de son examen clinique qui doit toujours être réalisé avant toute prise d'antalgique. Par ordre de fréquence et en dehors des traumatismes, les atteintes médullaires sont provoquées par les hernies discales (déplacement d'un disque intervertébral vers le canal médullaire), les tumeurs, les embolies, les troubles inflammatoires ou infectieux, les malformations.

En fonction des suspicions cliniques et de la rapidité d'évolution des symptômes, le chirurgien prescrit l'examen complémentaire adapté : scanner (= tomodensitométrie, TDM) ou imagerie par résonance magnétique (IRM). Ces deux moyens d'imagerie médicale sont aujourd'hui devenus incontournables. Ils permettent de préciser la nature, la localisation, la topographie de la lésion et d'aboutir ou non à une indication chirurgicale.

La première hypothèse diagnostic en cas de paralysie ou de parésie aiguë reste la **hernie discale** : celle-ci doit être rapidement et soigneusement recherchée. La moelle épinière est un tissu très fragile qui ne supporte pas longtemps la compression. Ses cellules meurent rapidement et ne sont pas régénérées ; la récupération devient alors impossible. La compression médullaire doit donc être levée le plus rapidement possible.

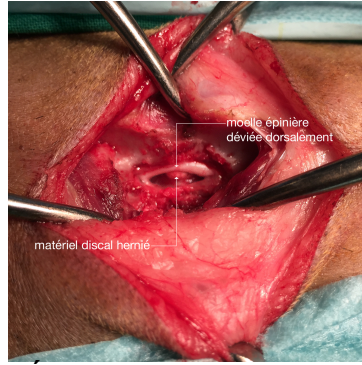
Les diverses techniques chirurgicales visent à redonner à la moelle épinière tout son espace dans le canal vertébral.

Les récupérations fonctionnelles dépendent de la sévérité initiale des symptômes, du temps écoulé entre le début des symptômes et le moment de la décompression, et de la qualité de la décompression. On considère les chances de récupération à 95% après décompression chirurgicale d'une hernie discale présentée en stade 1, 2 et 3. Au stade 4 ces chances sont de 90% si la décompression est réalisée dans les 24 heures qui suivent la plégie. Ces chances tombent à 50 % pour un stade 5 pris en charge dans les 24 heures. Les chances de récupération au-delà de 48 heures en stade 5 chutent à 10 %. Les hernies discales chroniques, entraînant une parésie chronique, ont un plus mauvais pronostic de récupération.

Les temps de récupération sont variables, les stades 5 pouvant mettre plusieurs semaines à récupérer. Le nursing est capital en période postopératoire (exonération de la vessie, rééducation, soins hygiéniques).



**CONSULTATION**  
© F. Nocher 2016



**HÉMILAMINECTOMIE**  
© CMB 2015