

Chirurgie cervicale par endoscopie biportale (UBE) : pour quelles indications ? Résultats d'une étude monocentrique de 65 patients.

Guillaume Lonjon* 1, Matthieu Vassal 1, Alexandre Dhenin 1

¹ Clinique St Jean – Sud de France, Orthosud Rachis, Saint-Jean-de-Védas, France

INTRODUCTION

La chirurgie endoscopique du rachis s'est largement développée dans le traitement des pathologies lombaires. Cependant, comme pour la chirurgie tubulaire, son utilisation au niveau cervical reste limitée. L'avantage de l'endoscopie par rapport aux techniques plus conventionnelles réside dans la qualité de la visualisation et la liberté de mobilisation des instruments, ce qui la rend plus aisée et plus accessible. L'objectif de cette étude est d'évaluer les résultats fonctionnels et le taux de complications de la chirurgie cervicale réalisée par une technique endoscopique biportale (Unilateral Biportal Endoscopy, UBE), ainsi que son impact potentiel sur l'évitement de l'arthrodèse cervicale.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Tous les patients opérés d'une pathologie cervicale par technique UBE entre janvier 2024 et décembre 2025 ont été inclus de manière prospective. Trois chirurgiens ont participé à l'étude. Les résultats fonctionnels ont été évalués à l'aide d'un questionnaire de satisfaction, du score Neck Disability Index (NDI) et de l'échelle visuelle analogique (EVA). Les complications et les indications opératoires ont été analysées.

RÉSULTATS :

Au total, 65 patients ont été inclus (âge moyen : 57 ans, dont 26 femmes). Les indications opératoires étaient : 38 hernies discales cervicales, 16 myélopathies cervicarthrosiques et 11 sténoses foraminales. Le score NDI moyen est passé de 42/100 en préopératoire à 17/100

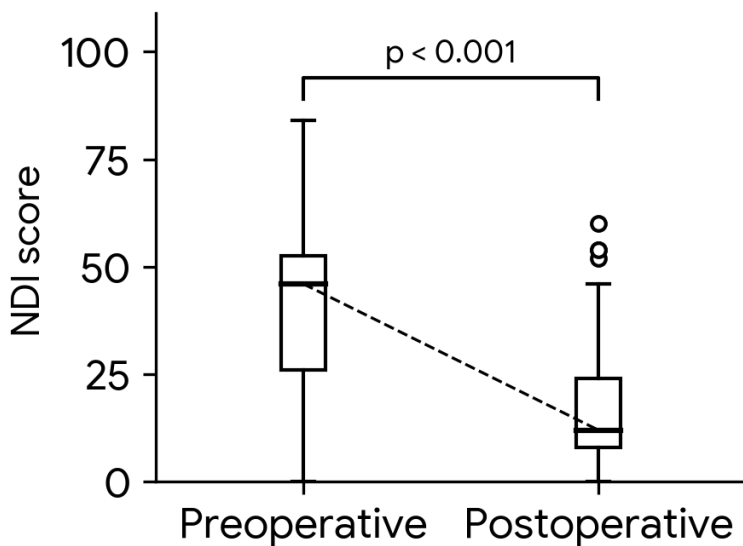
à 3 mois ($p < 0,001$) (figure 1). Cinquante-quatre patients se déclaraient satisfaits ou très satisfaits de la chirurgie (89%). L'amélioration du score NDI était plus importante pour les hernies cervicales (amélioration moyenne de 30 points) et les sténoses foraminales (29 points). Les patients opérés pour une myélopathie cervicarthrosique, souvent peu symptomatiques et pour lesquels l'amélioration fonctionnelle attendue est limitée, ont présenté une amélioration moyenne de 4 points.

Trois complications précoces ont été observées : une brèche durale au niveau d'une racine, un arrêt cardio-respiratoire peropératoire étiqueté « Takotsubo » et une reprise chirurgicale précoce pour faiblesse musculaire. À 3 mois, un patient présentait une douleur neuropathique persistante avec un score DN4 à 6.

Sur la même période, dans notre centre, 138 arthrodèses cervicales par voie antérieure et 2 laminectomies cervicales ouvertes ont été réalisées.

CONCLUSION :

La chirurgie cervicale par endoscopie biportale permet une amélioration fonctionnelle significative, avec un faible taux de complications. La chirurgie endoscopique apparaît ainsi comme une technique complémentaire permettant, dans certaines indications, d'éviter une arthrodèse ou une prothèse cervicale. À ce jour, les bonnes indications semblent être les hernies discales cervicales molles et certaines myélopathies avec une compression postérieure à un ou deux niveaux. Les sténoses foraminales bilatérales associées à une discopathie avancée, en l'absence d'atteinte des disques adjacents, constituent de mauvaises indications. (figure 2).



Bonnes indications	- Hernie discale molle - Myélopathie postérieure (1 à 2 niveaux)
Indications à déterminer	- Sténoses foraminales étagées - Rachis multi-dégénératif
Mauvaises indications	- Sténose foraminale bilatérale associée à une discopathie avancée - Myélopathie avec compression antérieure