

Risque d'instabilité rachidienne secondaire après décompression canalaire lombaire par endoscopie biportale unilatérale pour sténose lombaire.

Aurore Sellier Tannyeres* ¹, Alberto Balagna ², Ana Brito-Seixas ³, Philippe Cam ⁴, Louis-Marie Terrier ⁴, François-Xavier Ferracci ⁴, François Lechanoine ⁵, Guillaume Lonjon ⁶, Anthony Melot ⁴, Joseph Cristini ⁴

¹ Monticelli Vélodrome, Neurochirurgie, Marseille, France

² Università degli Studi di Torino, Ospedale Koelliker, Turin, Italie

³ Santa Maria University Hospital, Neurochirurgie, Lisbonne, Portugal

⁴ Hôpital Clairval, Neurochirurgie, Marseille, France

⁵ Nova Clinic, Neurochirurgie, San Marino

⁶ Clinique Saint Jean, Orthopédie, Montpellier, France

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical de la sténose lombaire repose sur une décompression canalaire par voie ouverte ou mini-invasive, avec ou sans arthrodèse instrumentée selon le risque d'instabilité secondaire. La laminectomie par voie ouverte est associée à un taux d'instabilité rachidienne secondaire pouvant atteindre 8 % avec un risque de reprise chirurgicale jusqu'à 11 % dans la littérature, soulignant l'intérêt de techniques chirurgicales limitant la déstabilisation iatrogène. L'endoscopie biportale unilatérale (UBE) permet de réaliser une décompression efficace des structures neurologiques tout en préservant les structures stabilisatrices postérieures et en limitant les lésions des muscles paraspinaux. Cependant, les données concernant le risque d'instabilité postopératoire après décompression canalaire lombaire par UBE restent limitées.

L'objectif de cette étude était d'évaluer le risque d'instabilité rachidienne secondaire après décompression canalaire lombaire par UBE chez des patients opérés pour sténose lombaire en l'absence de spondylolisthésis préopératoire.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Une étude observationnelle rétrospective a été réalisée entre 2023 et 2025. Tous les patients adultes opérés par UBE pour une sténose lombaire, une récurrence de hernie discale ou un kyste articulaire ont été inclus. Les spondylolisthésis dégénératifs ont été exclus. Le score SLI (Secondary Lumbar Instability), un outil prédictif validé du risque d'instabilité postopératoire, a été calculé pour l'ensemble

des patients. Le critère de jugement principal était la survenue d'une instabilité dynamique postopératoire, définie par une translation sagittale > 3 mm et un mouvement angulaire intervertébral > 10° sur radiographies dynamiques à trois mois postopératoires.

RÉSULTATS :

Sur une cohorte totale de 1 091 patients opérés par UBE, 257 ont été inclus, avec un âge moyen de 71 ± 10,8 ans et une proportion de 64,6 % d'hommes. Le suivi moyen était de 18 mois. Postoperative dynamic instability occurred in 4.8% of patients (8/168; 95% CI 2.4–9.1). Une instabilité dynamique postopératoire a été observée chez 4,8 % des patients (8/168 ; IC 95 % 2,4–9,1). Après stratification selon les classes de risque du score SLI, le taux d'instabilité était de 3,7 % dans le groupe à faible risque, de 7,4 % dans le groupe à risque intermédiaire et de 0 % dans le groupe à haut risque.

Les scores fonctionnels ont montré une amélioration significative de l'ODI (38,3 ± 16,7 vs 22,6 ± 17,5 ; p < 0,05) et de la L-VAS (6,49 ± 1,79 en préopératoire vs 3,58 ± 2,49 en postopératoire ; p < 0,05).

CONCLUSION :

L'UBE apparaît comme une technique sûre et efficace permettant une décompression neurale adéquate tout en minimisant l'instabilité iatrogène. Elle pourrait ainsi redéfinir les stratégies chirurgicales chez des patients sélectionnés présentant une sténose lombaire sans instabilité préopératoire.