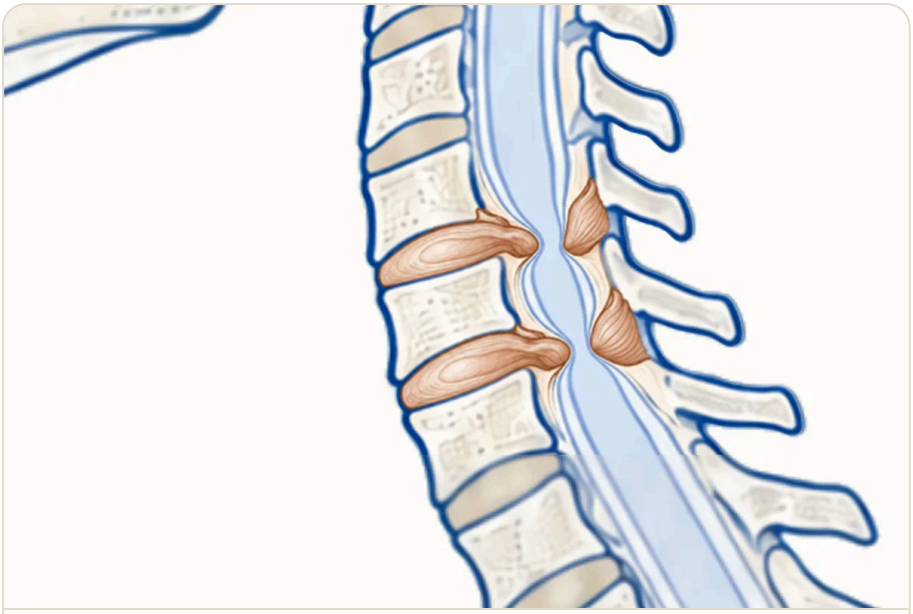
PATHOLOGIES · COLONNE VERTÉBRALE

Myélopathie cervicale : quand la moelle épinière est comprimée dans le cou

Le rétrécissement du canal cervical peut comprimer progressivement la moelle épinière. Les premiers signes sont souvent discrets : maladresse des mains, marche moins sûre. Les reconnaître tôt permet de discuter un traitement avant que les troubles ne s'installent.

Contenu sous la responsabilité du **Dr Gilles Zah-Bi**, neurochirurgien (RPPS 10101231446) · Date de relecture : 6 novembre 2026



Myélopathie cervicale : la moelle épinière est comprimée en C4-C5 et C5-C6, entre les disques en avant et les ligaments en arrière.

Vue schématique : elle ne remplace pas l'imagerie.

L'ESSENTIEL EN 30 SECONDES

FRÉQUENCE	SYMPTÔMES	EXAMEN CLÉ	TRAITEMENT
Plus fréquente après 50-60 ans ; première cause de souffrance de la moelle chez l'adulte	Maladresse des mains, troubles de la marche et de l'équilibre	IRM du rachis cervical	Surveillance rapprochée si forme légère ; chirurgie discutée pour stopper l'aggravation

De quoi s'agit-il ?

La moelle épinière est le prolongement du cerveau dans la colonne vertébrale. Elle transporte les commandes vers les muscles et les informations de sensibilité venant du corps. Dans le cou, elle passe dans un tunnel osseux appelé canal cervical.

Lorsque ce canal se rétrécit, on parle de **canal cervical étroit**. Si le rétrécissement devient suffisant pour comprimer la moelle et perturber son fonctionnement, on parle de **myélopathie cervicale**, c'est-à-dire une souffrance de la moelle épinière au niveau du cou. Le terme de « myélopathie cervicarthrosique » est aussi employé lorsque l'arthrose en est la cause.

Il s'agit de la cause la plus fréquente de dysfonctionnement de la moelle épinière chez l'adulte. Elle reste pourtant souvent reconnue tardivement, car ses premiers signes sont discrets et peuvent être attribués à l'âge, à l'arthrose des mains ou à un problème de nerf.

La myélopathie se distingue de la névralgie cervico-brachiale, où c'est une racine nerveuse, et non la moelle, qui est comprimée. Les deux situations peuvent toutefois coexister. Voir la page Hernie discale cervicale.

Causes et facteurs favorisants

La cause principale est l'usure progressive de la colonne cervicale avec l'âge, appelée cervicarthrose. Plusieurs éléments peuvent contribuer à rétrécir le canal :

- les disques abîmés, qui bombent vers l'arrière ;
- les ostéophytes, c'est-à-dire des excroissances osseuses liées à l'arthrose ;
- l'épaississement des ligaments situés à l'arrière du canal (ligaments jaunes) ;
- une hernie discale volumineuse et centrale ;
- l'ossification du ligament longitudinal postérieur, un ligament situé à l'avant de la moelle qui se transforme en os ;
- un glissement ou une instabilité entre deux vertèbres.

Certaines personnes ont un canal naturellement plus étroit, de naissance. Une usure modérée suffit alors à comprimer la moelle. Un traumatisme du cou, même minime, peut aussi révéler ou aggraver une compression jusque-là silencieuse.

Les symptômes

Les symptômes s'installent le plus souvent lentement, sur des mois ou des années. Ils touchent en général les deux côtés du corps, mais pas toujours de façon symétrique.

Aux mains :

- maladresse : difficulté à boutonner une chemise, à écrire, à manipuler de petits objets, à utiliser un téléphone ;
- tendance à laisser tomber les objets ;

- engourdissement ou fourmillements des doigts, souvent de toute la main ;
- perte de force ou fonte de certains muscles de la main.

À la marche :

- jambes raides, marche moins assurée, sensation de démarche « ébrieuse » ;
- troubles de l'équilibre, besoin de se tenir à la rampe ou au mur ;
- chutes.

Autres signes possibles : sensation de décharge électrique le long du dos ou dans les membres en penchant la tête en avant (signe de Lhermitte), douleurs ou raideur du cou, et à un stade plus avancé, troubles urinaires comme des besoins pressants.

À l'examen, le médecin recherche des **signes pyramidaux**, c'est-à-dire des signes qui traduisent l'atteinte des voies de la motricité dans la moelle : réflexes vifs, raideur des jambes, signe de Babinski (réponse anormale de l'orteil lors de la stimulation de la plante du pied), signe de Hoffmann aux doigts.

> **Appelez le 15** si apparaissent brutalement une faiblesse des bras ou des jambes, une incapacité à marcher, une perte de sensibilité étendue ou des troubles pour uriner, en particulier après une chute ou un choc sur la tête ou le cou.

Comment cela évolue-t-il ?

L'évolution est variable d'une personne à l'autre. Elle se fait souvent de façon progressive, **par paliers** : des périodes de stabilité de durée variable alternent avec des phases d'aggravation. Une amélioration spontanée durable est peu fréquente une fois les signes neurologiques installés.

Une aggravation brutale est possible, notamment après une chute ou un mouvement forcé du cou, même sans fracture. C'est une des raisons pour lesquelles le diagnostic est important, même lorsque les symptômes sont encore modérés.

Avec le temps, la moelle comprimée peut subir des lésions qui ne récupèrent plus complètement, même une fois la compression levée. Plus les symptômes sont anciens et sévères, plus la récupération est incertaine. Ces éléments sont à prendre en compte pour décider du moment d'un traitement.

Le diagnostic

Le diagnostic repose sur l'association de symptômes et de signes d'examen évocateurs, et d'une compression de la moelle visible à l'imagerie.

- **L'examen neurologique** évalue la force, la sensibilité, les réflexes, l'habileté des mains et la marche. Des échelles simples, comme le score mJOA, permettent de mesurer la sévérité et de suivre l'évolution.

- **L'IRM du rachis cervical** est l'examen de référence. Elle montre le rétrécissement du canal et la compression de la moelle. Elle peut aussi montrer une modification du signal de la moelle, qui traduit sa souffrance.
- **Le scanner** précise les éléments osseux, en particulier une ossification ligamentaire, et aide à préparer une éventuelle intervention.
- **Les radiographies dynamiques**, en flexion et en extension, recherchent une instabilité et évaluent la courbure du cou.
- **Les examens électrophysiologiques** (électromyogramme, potentiels évoqués) aident à éliminer d'autres causes, comme une atteinte des nerfs périphériques ou une maladie neurologique.

D'autres maladies peuvent donner des symptômes proches : neuropathies, syndrome du canal carpien, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, carence en vitamine B12. Un avis neurologique est parfois nécessaire.

Pour la consultation, apportez les images et les comptes rendus de vos IRM, scanners et radiographies, les éventuels examens électrophysiologiques, la liste de vos traitements, notamment anticoagulants ou antiagrégants, et le courrier de votre médecin. Notez si possible quand les premiers symptômes sont apparus et comment ils ont évolué.

Les traitements

Aucun médicament ne permet de lever la compression de la moelle. Le traitement dépend de la sévérité des symptômes et de leur évolution.

Dans les formes légères et stables, sans anomalie de signal de la moelle à l'IRM, une surveillance clinique et IRM rapprochée peut être proposée, après information sur les signes d'aggravation. Elle s'accompagne de précautions : éviter les manipulations du cou, les sports à risque de chute ou de choc. La kinésithérapie peut aider pour l'équilibre et l'entretien musculaire. En cas d'aggravation, la chirurgie est rediscutée.

Lorsque l'IRM montre un **hypersignal de la moelle**, témoin de sa souffrance, la chirurgie est en général proposée d'emblée, même si les symptômes sont encore modérés.

La chirurgie a pour objectif de libérer la moelle épinière, c'est-à-dire de lui redonner de l'espace, et de stabiliser la colonne si nécessaire. Plusieurs approches existent :

- **par voie antérieure**, à l'avant du cou : ablation du ou des disques et des ostéophytes (discectomie), parfois d'une partie du corps vertébral (corporectomie), puis fusion des vertèbres par une cage ou une plaque. Voir la fiche Arthrodèse vertébrale ;
- **par voie postérieure**, à l'arrière du cou : élargissement du canal par laminectomie, le plus souvent associée à une fixation par vis. Certaines décompressions peuvent être réalisées par des techniques moins invasives. Voir la fiche Chirurgie mini-invasive du rachis.

Le choix dépend du nombre de niveaux comprimés, de l'origine de la compression (en avant ou en arrière de la moelle), de la courbure du cou et de votre état général. Il est expliqué et discuté avec vous en consultation.

Quand une intervention est-elle discutée ?

Selon les recommandations internationales publiées, une intervention est généralement proposée :

- dans les formes modérées ou sévères de myélopathie ;
- en cas d'aggravation des symptômes, quelle que soit la sévérité initiale ;
- lorsque l'IRM montre un hypersignal de la moelle, même si les symptômes sont modérés.

Le principal objectif de la chirurgie est de **stopper l'aggravation**. Une amélioration des symptômes est fréquente, mais elle est **variable** et rarement complète. Elle dépend de l'ancienneté et de la sévérité des troubles avant l'intervention. Les troubles de la marche et de l'équilibre peuvent persister en partie.

Comme toute chirurgie de la colonne cervicale, l'intervention comporte des risques, rares mais à connaître : troubles transitoires de la déglutition ou de la voix après une voie antérieure, infection, hématome, faiblesse de l'épaule (parésie C5), douleurs du cou, et exceptionnellement une aggravation neurologique. Ils sont détaillés en consultation.

Questions fréquentes

Une compression de la moelle visible à l'IRM impose-t-elle une opération ?

Non. Une compression sans aucun symptôme ni signe neurologique ne justifie en général pas d'intervention. Elle nécessite une information sur les signes d'alerte et un suivi.

Vais-je récupérer complètement après l'intervention ?

La récupération est variable. L'objectif premier est d'éviter l'aggravation. Une amélioration est fréquente, en particulier lorsque les symptômes sont récents, mais une récupération complète ne peut pas être garantie.

Quelles précautions prendre en attendant ?

Évitez les manipulations du cou, les sports à risque de chute ou de choc, et signalez rapidement toute aggravation de la marche, de l'habileté des mains ou toute apparition de troubles urinaires.

Combien de temps faut-il pour récupérer ?

L'amélioration éventuelle se fait progressivement, sur plusieurs mois, parfois jusqu'à un an ou plus. La kinésithérapie aide à retrouver l'équilibre et l'habileté.

Pour aller plus loin

Informations complémentaires auprès des sociétés savantes et organismes de référence :

- Société Française de Neurochirurgie — Espace patients
  (https://www.sfneurochirurgie.fr/fr/patients/)
- Société Française de Chirurgie Rachidienne — Espace patients
  (https://www.sfcr.fr/patients/espace-patients/fiches-informations)

Cette page donne une information générale. Elle ne remplace pas une consultation : l'indication, la technique et les suites sont adaptées à chaque patient. En cas d'urgence, appelez le 15.