

CHIRURGIE

La chirurgie n'est réservée que dans des cas particuliers après que l'artériographie a décrit la lésion et son architecture, dans des situations cliniques spécifiques et dès lors que l'embolisation en première intention s'est avérée impossible. Elle n'est habituellement pas à proposer en première intention même en cas d'hémorragie.



CE QUI EST RECOMMANDÉ

- Si les shunts durs ou épuraux doivent être opérés, la chirurgie doit seulement interrompre l'origine intradurale de la veine émissaire de drainage. Cela guérit la malformation, décongestionne le réseau veineux médullaire et améliore les symptômes liés à la myélopathie veineuse. L'urgence du geste est guidée par la rapidité d'installation des signes cliniques.
- La chirurgie reste une indication majeure dans les cas d'hématomes épuraux compressifs où leur levée en urgence permet une récupération clinique.
- La chirurgie des MAVs intraducales est habituellement limitée aux lésions du filum terminal, aux shunts radiculaires, et aux lésions localisées à la face postérieure de la moëlle, si l'embolisation n'est pas réalisable.



CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Considérer les MAVs paraspinales comme habituellement chirurgicales.
- Evacuer chirurgicalement une hématomyélie. Ce geste risque souvent une aggravation neurologique. Il est préférable de surseoir à une telle intervention car la récupération spontanée du patient se fait dans plus de 70% des cas dans de bonnes conditions en quelques semaines, ce qui permettra alors souvent un geste endovasculaire dans de bonnes conditions.