

A PROPOS D'UN TORTICOLIS

A. RAYNAUD*, Th. LOQUINEAU-WEI*, D. ROBIN**, M. SALZMANN**

*Sce de Rééducation Fonctionnelle du C.H. de Roanne, **Sce de Neurologie du C.H. de Roanne

Les hématomes épiduraux aigus rachidiens non traumatiques sont relativement peu fréquents. Une publication récente fait état de 199 cas. Leur mécanisme physiopathologique n'est pas complètement élucidé. Ils posent en première intention le problème du diagnostic clinique.

Le cas présenté a été vu en consultation de Médecine Orthopédique un vendredi soir...

CAS CLINIQUE

Madame H., infirmière cadre du Centre Hospitalier, nous téléphone un vendredi soir vers 18 heures. Elle souffre, nous dit-elle, depuis le matin même d'un torticolis qui devient de plus en plus gênant. Elle a probablement dormi en mauvaise position, précise-t-elle.

Nous décidons de la voir rapidement car elle a constaté depuis quelques heures un engourdissement de son bras droit.

La patiente arrive à 19 heures à notre consultation. D'emblée, on est frappé par sa démarche incertaine et hésitante.

Madame H. a déjà un dossier de consultation. Elle a en effet été traitée deux ans auparavant pour une lombo-sciatique droite par trois séances de manipulations suivies de physiothérapie avec un bon résultat clinique. Le bilan radiologique avait montré à l'époque une discopathie L5-S1 et une arthrose vertébrale.

L'examen clinique montre une attitude antalgique du rachis cervical en latéro-flexion droite et légère flexion.

La rotation droite est impossible. Les rotations et latéro-flexion gauches sont libres.

La palpation montre une contracture importante des muscles paravertébraux du côté droit.

On ne retrouve pas de point articulaire postérieur particulièrement douloureux.

Madame H. signale des dysesthésies dans son bras droit à type d'engourdissement mais sans territoire radiculaire bien systématisé. Il existe, par contre, un déficit musculaire distal avec baisse de la force de préhension. Les réflexes ostéotendineux sont vifs aux membres supérieurs.

La poursuite de l'examen neurologique révèle des réflexes ostéotendineux très vifs aux membres inférieurs, un discret déficit moteur du membre inférieur droit et un Babinski droit.

Devant cette symptomatologie faisant suspecter un accident médullai-

re ou central, la patiente est adressée immédiatement en Service de Neurologie où elle est hospitalisée.

Dans la nuit, le tableau clinique se complète avec apparition d'un syndrome de Claude Bernard-Horner droit. Un examen écho-doppler bicarotidien réalisé en urgence ne révèle aucune anomalie et exclut l'hypothèse d'une dissection carotidienne spontanée.

Un examen scanner cérébral normal va réfuter l'hypothèse d'un accident vasculaire ischémique carotido-sylvien gauche.

Progressivement, dans la nuit, apparaissent un syndrome pyramidal de l'hémicorps gauche et des paresthésies brachiales gauches faisant soulever l'hypothèse d'une atteinte compressive de la moelle à l'étage rachidien cervical.

Devant ce tableau, une IRM de la moelle cervicale est réalisée le matin. Cet examen révèle l'existence d'une masse épidurale d'un centimètre de diamètre et de 3 centimètres de haut en position postéro-latérale droite en regard de C4 (figure 1).

La malade est alors confiée au neurochirurgien qui réalise le jour même une laminectomie centrée sur C3-C4-C5 permettant de découvrir un volumineux hématome épidural compressif en regard de C3-C4.

Il n'a pas été retrouvé de malformations vasculaires. Les suites opératoires sont simples. La patiente récupère rapidement sa motricité hémicorporelle droite.

Les troubles sensitifs persisteront plusieurs mois et nécessiteront de nombreuses séances d'ergothérapie et de rééducation.

DISCUSSION

L'étude des hématomes extraduraux rachidiens dans la littérature fait apparaître une augmentation de fréquence significative au cours des dernières années vraisemblablement liée à une meilleure connaissance de l'affection et aux progrès des explorations TDM et IRM.

Le mécanisme étiopathogénique de la rupture vasculaire dans les hématomes extraduraux rachidiens non traumatiques reste obscur.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître une origine veineuse au saignement à partir d'une rupture des plexus veineux épiduraux dont on connaît l'abondance et dont on sait qu'ils subissent directement les modifications de pression du système cave inférieur.

Les facteurs de risques sont connus. Sur les 199 cas publiés, 30 étaient sous traitement anticoagulant, 40 présentaient une hypertension artérielle.

Les cas rapportés de malformations artério-veineuses sont rares.

L'âge moyen des patients s'échelonne entre 28 et 73 ans avec une moyenne de 58 ans.

La localisation est essentiellement dorsale et cervicale.

L'existence de ces hématomes extraduraux rachidiens doit être connu des médecins pratiquant les thérapeutiques manuelles.

Cette pathologie plaide en faveur d'un examen clinique et neurologique rigoureux et de techniques manipulatoires bien au point et "non traumatiques".

Les premiers signes cliniques des H.E.D. rachidiens sont souvent trompeurs : torticolis, dorsalgies aiguës, névralgies cervico-brachiales. Seul l'examen rigoureux permettra de déceler certaines anomalies minimes qui doivent alerter un praticien entraîné.

Cette observation constitue un plaidoyer pour une pratique exclusive des manipulations vertébrales par des médecins entraînés. Un traumatisme même minime se surajoutant à un hématome rachidien en voie de constitution peut déclencher une véritable catastrophe.



Fig. 1 : Coupe sagittale en T2. On remarque l'image de l'hématome en regard de C3-C4.

BIBLIOGRAPHIE

Clarke D., Bertrand G., Tampieri D.
Spontaneous spinal epidural hematoma causing paraplegia, resolution and recovery without surgical decompression
Neurosurgery vol. 30 n° 1.

Farias J.P., Almeida Lima J.
Subacute cervical epidural hematoma
Surg neuro 1994 42 : 414-6.

Fortuna A., Rizzo A., Dilorenzo N.
Spontaneous spinal epidural hematoma preoperative diagnosis by RMI
Clin. neurol neurosurg 1990 vol. 92-4.

Gruner J., Lapresle J.
Etude anatomo-pathologique des médullobulopathies d'origine vasculaire
Revue de neurologie 1962 106 : 592-631.

Jimenez A., Saldana C., Vasquez A.
Spontaneous cervical epidural hematoma with Brown-Sequard syndrome and spontaneous resolution
J. neurosurg-Sci 1992 ; 36 : 117-9.

Lepoivre J., Tridon P., Montaut J.
L'hématome extradural rachidien spontané
Neurochirurgie 7 298-313.

Leys D., Viader F., Masson M.
Hématome épidural spontané au cours d'une panarthritis noueuse
Revue de neurologie 1984 ; 140 : 67-438-440.

Licata C., Zoppetti M.C., Perini S.
Spontaneous spinal hematomas
Acta neurochirurgica (Wien) 1988 95 : 126-130.

Major O., Sipos L., Benoist G.
Spontaneous spinal epidural hematomas
Acta neurochirurgica (Wien) 1991 111 : 40-42.

Quequet P.M., Rosa A., Mizon J.P.
Hématomes épiduraux rachidiens non traumatiques apport au scanner X
Revue de neurologie 1987 ; 143-2 : 143-146.

Rob J.M., Ponsen G.
The spontaneous spinal epidural hematoma a study of etiology
Journal of neurological sciences, 1990, 98 : 121-138.

Soustiel J.F., Goldsher D., Feinsod M.
L'hématome épidural aigu rachidien circonferentiel, à propos d'un cas
Neurochirurgie 1988 ; 34 : 352-354.

Tadmor R., Ram Z., Feibel M.
Mr demonstration of spontaneous acute epidural hematoma of the thoracic spine
Neuroradiology 1989 31 : 89-92.

Urculo Bareno E., Arrazola M.
L'hématome épidural cervical spontané, à propos d'un cas
Neurichirurgie 1987 ; 33 : 66-70.