

Le syndrome cervico-lingual

A propos d'un cas

Eric BEUDY

02200 Soissons

Connaissez vous le syndrome cervico-lingual (le " Neck Tongue Syndrome " de la littérature anglo-saxonne) ?

Y auriez vous pensé devant le cas que nous vous présentons ici ?

Ce syndrome se caractérise par des douleurs cervicales accompagnées d'une sensation d'engourdissement de la région occipitale et de paresthésies de l'hémilangue homolatérale lors de la rotation brusque de la tête. Lisez la suite.

Présentation de notre cas

Une patiente âgée de 43 ans a vu apparaître, trois semaines après un accident de la voie publique en automobile, une symptomatologie douloureuse du cou. Elle se plaignait de douleurs mal systématisées dans la région cervicale postérieure et occipitale basse. Ces douleurs étaient majorées par les mouvements de la tête.

Elle décrivait également une sensation anormale de l'hémilangue gauche, un peu comme après une morsure de langue. Cette sensation était renforcée par la rotation de la tête vers la droite. Elle diffusait vers l'oropharynx postérieur. Il n'y avait pas d'impulsivité à la toux ou lors d'efforts de poussée. La patiente aurait présenté une hémianesthésie à la température des aliments et au goût, mais ce ne

fut pas constaté lors de la consultation. Il n'y avait pas de difficulté pour manipuler les aliments dans la bouche ; en revanche l'articulation des mots était difficile.

L'examen neurologique de la langue était normal tant du point de vue sensitif (salé, sucré, poils de Von Frey) que moteur. Les réflexes nauséux et du voile du palais étaient présents. Il n'y avait pas d'hypoesthésie de la zone rétroauriculaire. On retrouvait des mouvements anormaux incessants de la langue, qui étaient de faible amplitude, bilatéraux et augmentés par la protraction de la langue.

Les radiographies cervicales standards étaient normales en dehors d'une cervicarthrose débutante étagée.

Le scanner cervical centré sur C1-C2 était normal.

C'est sur ces arguments que fut porté le diagnostic de syndrome cervico-lingual.

Aucun traitement ne fut prescrit. La symptomatologie s'estompa progressivement pour disparaître au bout de deux mois.

Qu'est-ce que le syndrome cervico-lingual ?

Trente-neuf cas de syndrome cervico-lingual ont été rapportés à ce jour dans la littérature, mais tous ne sont évidemment pas publiés.

Ce syndrome touche plus souvent les femmes. L'âge s'étale de 14 à 65 ans, avec une plus forte représentation des sujets jeunes. Les circonstances causales sont parfois un traumatisme crânien ou cervical, mais dans plus de la moitié des cas, aucune histoire traumatique n'est mise en évidence. En revanche, la symptomatologie est souvent reproduite par des mouvements brusques du cou vers la droite ou vers la gauche ou d'un seul côté.

Symptômes

Une douleur cervicale haute latéralisée à droite ou à gauche est retrouvée dans

presque tous les cas. Cette douleur peut irradier vers la région occipitale, vers le membre supérieur, vers la mandibule, derrière l'oreille, le long du muscle trapèze jusqu'à l'articulation acromio-claviculaire et vers l'hémilangue homolatérale. La douleur apparaît d'emblée au niveau occipital chez neuf patients.

Les troubles sensitifs font suite à la phase douloureuse, qui est généralement brève. On les retrouve chez tous les patients et ils se manifestent sous différentes formes.

- Des paresthésies de l'hémilangue homolatérale.
- Une sensation de mouvements anormaux de la langue et des troubles de l'élocution. Ces mouvements, non recherchés systématiquement dans les cas de la littérature, seraient très fréquents.
- Des paresthésies de la région occipitale homolatérale sous forme de picotements, de sensations de brûlure et d'engourdissement.
- Une sensation de pression derrière l'oreille homolatérale et d'engourdissement de la région mastoïdienne.
- Des paresthésies cubitales ont été retrouvées chez quatre patients, qui présentaient des lésions cervicales basses. On peut penser qu'ils présentaient une NCB associée.

Il peut s'y ajouter des troubles de la mastication (un cas) ou une gêne pharyngée avec sensation de spasme et d'étouffement (cinq patients). Ces symptômes étaient latéralisés d'un seul côté chez 24 patients sur 28. Chez les quatre autres patients, les symptômes pouvaient survenir à droite ou à gauche mais jamais des deux côtés en même temps.

Fréquence des épisodes

Il peut s'agir de crises uniques ou répétées, voire quotidiennes. Dans d'autres cas, la douleur était déclenchée par des activités sportives ou des mouvements cervicaux.

Hypothèses anatomo-physiopathologiques

Il n'y a pas de certitude expérimentale pour définir le trajet de la sensibilité proprioceptive de la langue. En revanche, il y a des certitudes cliniques : l'anesthésie totale des deux nerfs linguaux ou la section des cinquièmes nerfs crâniens (trijumeaux) n'entraîne pas d'ataxie de la langue. Les fibres nerveuses proprioceptives provenant des muscles de la langue ne passent donc pas par le nerf lingual. Il semblerait qu'elles passent par le nerf hypoglosse, habituellement considéré comme purement moteur. Si la sensibilité de la langue relevait du seul nerf lingual, il serait très difficile d'expliquer les paresthésies de l'hémilangue par un mécanisme cervical (aucun rapport n'étant décrit entre le nerf lingual et le rachis cervical). Il y a donc une autre explication.

Lance et Anthony, qui ont fourni l'explication la plus logique de ce syndrome, ont noté que l'engourdissement de l'hémilangue survenait en même temps que l'engourdissement de l'occiput et du cou. Il ne pouvait donc pas s'agir d'une occlusion vas-

culaire par rotation cervicale et il fallait rechercher une communication neurologique directe. Ils ont formulé l'hypothèse suivante. Le nerf lingual communiquerait avec le nerf hypoglosse. D'autre part, ce dernier est anastomosé directement aux racines C1, C2 et C3 via l'anse de l'hypoglosse. Il y a donc possibilité pour des fibres proprioceptives provenant des muscles de la langue de passer par le nerf hypoglosse et de gagner les deuxième et troisième nerfs cervicaux (fig. 1). Selon cette hypothèse, l'engourdissement d'une hémilangue pourrait être provoqué par compression d'un de ces nerfs. Ainsi, la distribution de la sensibilité proprioceptive se ferait à toute une hémilangue et non au tiers antérieur et deux-tiers postérieurs comme c'est le cas pour l'innervation sensitive superficielle, assurée par le VII bis, le IX et le X.

En 1980, Bogduk a étudié la pathogénie du syndrome cervico-lingual. Cette étude a été faite à partir de dissection de cinq sujets humains adultes. Il en ressort trois conclusions. Le ganglion de la racine postérieure de C2 et le deuxième nerf rachidien passent en arrière de l'articulation atloïdo-axoïdienne latérale. Cette articulation est innervée par un contingent du rameau antérieur de

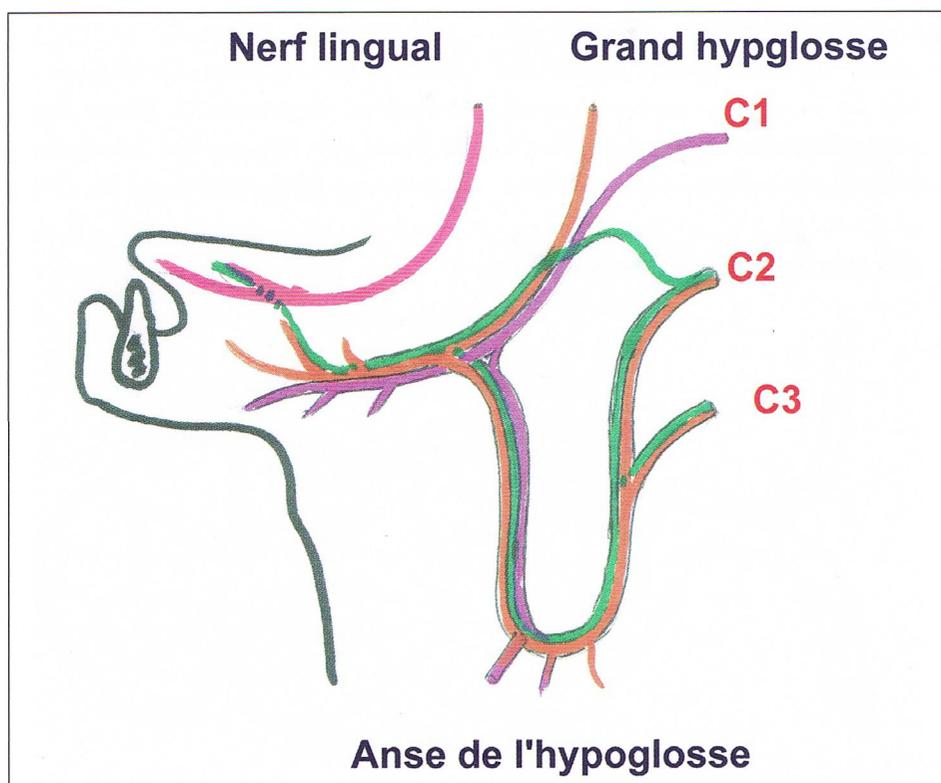


Fig 1 : Innervation de la langue. En vert : trajet des fibres proprioceptives provenant du nerf lingual et passant par le nerf grand hypoglosse jusqu'aux rameaux antérieurs des nerfs rachidiens C1 et C2.

C2. La racine postérieure de C2 peut être comprimée contre l'arc postérieur de l'atlas et le processus articulaire supérieur de l'axis, au cours d'une rotation associée à une hyperextension. La racine antérieure de C2 peut être comprimée contre le massif articulaire atloïdien ou axoïdien par une rotation de l'atlas.

D'après Lance et Anthony, une grande partie des symptômes du syndrome cervico-lingual pourrait donc être expliquée par une compression nerveuse au niveau de C2 (fig. 2). Cette compression nerveuse serait amplifiée par une sub-luxation de l'articulation atloïdo-axoïdienne, qui serait aussi responsable de la douleur cervicale. Ces sub-luxations au cours du syndrome cervico-lingual n'ont jamais été documentées étant donné le caractère intermittent et éphémère de ce syndrome. Leur nature semble imprécise.

D'autres hypothèses ont aussi été avancées. Cyriax attribuait ce syndrome à une compression discale sur le 3e nerf rachidien, sans autre explication. Cassidy, confirmant les résultats de Bogduk, ne pense pas que la compression soit en rapport avec un sub-luxation. En effet, des patients ont été soulagés par des manipulations cervicales en rotation, alors qu'elles auraient dû être contre indiquées s'il y avait eu une instabilité atloïdo-axoïdienne. Dans les cas étudiés, il a retrouvé une contracture musculaire (muscle inférieur oblique) limitant la mobilité atloïdo-axoïdienne et qui pourrait

comprimer le rameau ventral de C2 et/ou le ganglion de la racine dorsale de C2.

Traitements utilisés

Des précautions lors d'activités sportives, ou visant à éviter certains mouvements provoquant les symptômes sont toujours de mise. Le port d'un collier cervical peut être conseillé. Pour le reste, il n'existe pas d'attitude standardisée, vu la rareté du syndrome. On peut noter, au vu de la littérature, les traitements suivant :

- Une infiltration de cortico-stéroïdes utilisée chez une patiente a entraîné un bref soulagement.
- Une résection bilatérale des nerfs rachidiens C2 effectuée chez un patient où tous les traitements avaient échoué.
- Des manipulations cervicales en traction et rotation pratiquées chez dix patients. Cinq ont vu leur symptomatologie disparaître, trois ont eu une amélioration durable et ce fut un échec pour deux d'entre eux.

Evolution

Sur les 28 cas rapportés dans la littérature, les symptômes disparurent 12 fois et furent améliorés dans 12 autres cas. Deux patients conservèrent leurs symptômes et l'un d'entre

eux a même eu une aggravation. L'évolution n'est pas documentée chez deux patients.

Conclusion

Le syndrome cervico-lingual peut être décrit comme une névralgie du deuxième nerf cervical. Il pose le problème de la relation entre les régions cervicale et linguale, non évident sur le plan clinique. Son caractère éphémère et l'absence de complication expliquent probablement le peu de cas retrouvés dans la littérature. Les hypothèses physio-pathogéniques concernant les relations entre plexus cervical et innervation sensitive de la langue font tout son intérêt. Bien entendu, une lésion traumatique cervicale doit toujours être éliminée en cas d'atteinte cervico-linguale. L'attention doit se focaliser sur C1-C2. ●

BIBLIOGRAPHIE

- Adatia AK, Gehring EN. Proprioceptive innervation of the tongue. *Anat* 1971; 110:215-220.
- Ayuso Blanco T, Arenas Planellas A, Quesada Jimenez P, Sarría Octavio de Toledo L, Escolar Castell'on F. (Neck-tongue syndrome secondary to abrupt head movements. Clinical study and conservative treatment.) *Neurologia* 1991, 6(9), 328-330.
- Bertoft ES, Westerberg CE. Further observations on the neck-tongue syndrome. *Cephalgia* 1985, 5 (suppl 3), 312-313.
- Bogduk N. An anatomical basis for the neck-tongue syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1981;44, 202-8.
- Bogduk N. Neck-tongue syndrome. *Med J Aust* 1980, 2, 4
- Bowman JP, Combs CM. The cerebro-cortical projection of hypoglossal afferents. *Exp Neurol* 1969;23,291-301.
- Cassidy JD, Diakow PRP, De Korompay VL, Munkacsy I, Yong-Hing K. Treatment of the neck-tongue syndrome by spinal manipulation: a report of three cases. *Pain Clin* 1986, 1, 41-6.
- Cyriax J. *Textbook of orthopaedic medicine*. 4th ed. London: Cassel, 1962, vol 1. 158.
- Elisevich K, Stratford J, Bray G, Finlayson M. Neck-tongue syndrome: operative management. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984, 47, 407-9.
- Fortin CJ, Biller J. Neck-tongue syndrome. *Headache* 1985, 25, 255-8.
- Hankey GJ. "Neck-tongue" syndrome on sudden neck rotation. *Aust NZ Med* 1988;18:181.
- Lance JW, Anthony M. Neck-tongue syndrome on sudden turning of the head. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1980, 43, 97-101.
- Lance JW. Unusual syndromes in neurological practice. *Med J Aust* 1984;140:409-16.
- Lazorthes G, Despeyroux L, Juskiewski S. Les branches postérieures des nerfs rachidiens et la médecine physique. *Ann Med Phy*, 1965;8,67-73.
- Lees AJ, Blau JN, Schon F. Paroxysmal hemiglossal twisting. *Lancet* 1986, 2, 812-3.
- Lois I. The cervicolingual syndrome. *Man Med* 1987;3,63-6.
- Noda SN, Umezaki H. Spinal neck-tongue syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984; 47,751.
- Orrell RV, Marsden CD. The neck-tongue syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57,348-52.
- Pearson, A. A. Further observations on the intramedullary sensory type neurons along the hypoglossal nerve. *J Comp Neurol*, 1945;82,93-100.
- Poletti CE, Sweet WH. Entrapment of the C2 root and ganglion by the atlanto-epistropheic ligament: clinical syndrome and surgical anatomy. *Neurosurgery* 1990;27,288-90.
- Terrett Agj. Neck-tongue syndrome and spinal manipulative therapy. In: *Upper cervical syndrome: chiropractic diagnosis and treatment*. ed by Vernon H Baltimore: Williams and Wilkins, 1988:223-39.
- Webb J, March L, Tyndall A. The neck-tongue syndrome: occurrence with cervical arthritis as well as normals. *J Rheumatol* 1984; 11,530-3.

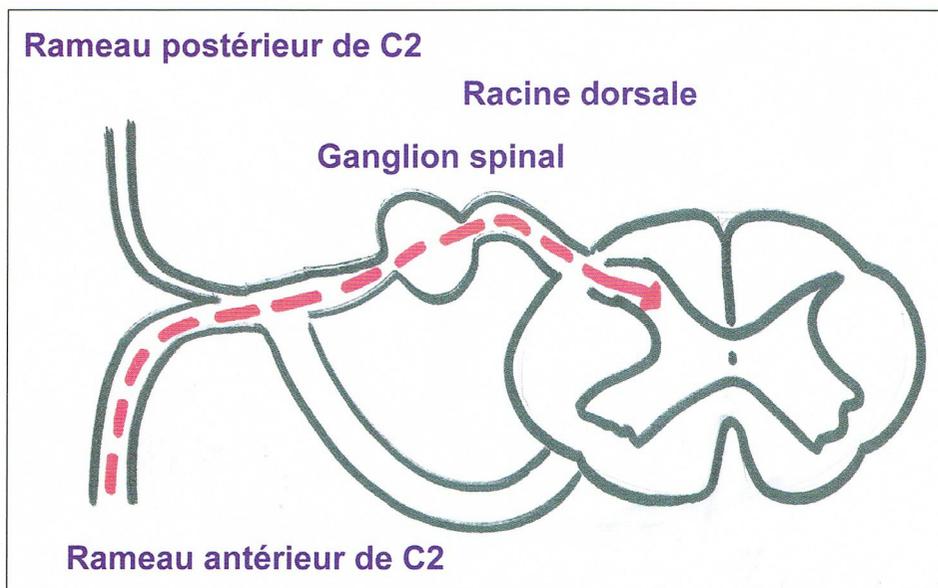


Fig. 2 : Trajet des fibres proprioceptives du rameau antérieur de C2 au cordon postérieur de la moelle.