

LE SYNDROME CAMPTOCORMIQUE LOMBAIRE, HIER ET AUJOURD'HUI

K. KARBOWSKI

Clinique Universitaire de Neurologie, Hôpital de l'Île - CH-3010 Berne (Suisse)

Résumé

Dès 1915 on appelle "camptocormie", d'après le neurologue français Souques, un syndrome "psychoneurotique" apparaissant surtout chez les jeunes soldats, caractérisé par une incurvation du tronc, totalement guérissable par une "électrothérapie persuasive". Depuis une dizaine d'années, on désigne sous le même nom une cyphose lombaire somatique d'étiologie variable, apparaissant le plus souvent chez les femmes âgées et réagissant dans plusieurs cas bien au traitement par les corticostéroïdes.

D'après l'auteur c'est une source de malentendus d'utiliser le même nom pour deux syndromes si différents. Il propose d'abandonner le terme de "camptocormie" chez les sujets avec une cyphose lombaire réductible du sujet âgé.

Dans la séance du 18 février 1915 de la Société de Neurologie de Paris, Alexandre-Achille Souques, médecin-chef du service de la Neurologie Militaire de l'Hospice Paul Brousse à Villejuif, a tenu une communication sur "Contractures ou pseudo-contractures hystéro-traumatiques" ⁽¹⁾. Il a - entre autre - montré un jeune soldat, qui a présenté une incurvation du tronc, presque à l'angle droit. Deux semaines plus tard, le même soldat a été représenté, redressé et guéri. Souques, a rapporté que "ce malade a été endormi et mis dans un corset plâtré, après avoir été persuadé que ce traitement avait une efficacité rapi-

de et certaine. Deux jours après, on enlevait le plâtre. Le tronc était droit, et il l'est resté depuis" ⁽²⁾.

Le 4 novembre 1915 - au cours d'une communication commune avec sa collaboratrice Mme Rosanoff-Saloff - Souques propose de donner à cette incurvation du tronc le nom de "camptocormie", qui se compose de deux mots grecs : "kamptos" (fléchir, courber) et "kormos" (le tronc) ⁽³⁾. Il constate, que les attitudes camptocormiques "ne diffèrent pas de celles qu'une flexion physiologique de même degré entraîne chez l'homme normal". L'exception fait une extension permanente de la tête dans la camptocormie, qui contraste avec la flexion de la tête qui accompagne la flexion physiologique du tronc. Souques explique que cette extension de la tête est "nécessitée par le besoin qu'a le patient d'agrandir son champ visuel, de voir droit et loin devant lui". Au cours de la discussion suivant cette communication, on souligne, que l'attitude camptocormique est exceptionnelle chez les soldats porteurs de blessures sérieuses de la région dorsale, tandis qu'on la rencontre habituellement chez des soldats qui n'ont pas été blessés ou qui ne portent que des blessures insignifiantes.

L'année suivante Souques précise ^(4,5) :

Qu'il "importe de distinguer deux formes de camptocormie : l'une où cette névrose existe à l'état de pureté, et l'autre où elle se trouve associée à des lésions organiques" ;

Que dans la première forme - beaucoup plus fréquente - une "électrothérapie persuasive" (par courants continus, ou faradiques, appliqués

sur le dos), d'une demi-heure, ou d'une heure parfois, donne dans tous les cas un succès rapide et durable (fig. 1) ;

Que dans la plupart des incurvations irréductibles du tronc, il s'agit d'une association à une lésion organique, comme : fracture ou luxation vertébrale, rétractions musculaires du psoas, etc. Une hyperalbuminose (40 - 78 mg%) du liquide céphalo-rachidien, comme l'avait constaté Sicard ⁽⁶⁾ chez certains de ses malades, dans les quinze premiers jours post-traumatiques, constitue - évidemment - un indice d'une telle organicité.

Une publication ultérieure de Mme Rosanoff-Saloff ⁽⁷⁾ contient des images très évocatrices de plusieurs malades camptocormiques. Se basant sur l'observation de 16 cas, l'auteur constate que :

Certains mouvements volontaires du tronc sont exécutés aisément, les malades ramassent des objets par terre sans plier les jambes et se penchent facilement de côté.

Le redressement de la station debout ou assise reste seul impossible.

Par contre, sur un plan horizontal, le redressement est complet et spontané chez la plupart de ces malades.

Même une hyperextension du tronc est obtenue facilement lorsque les sujets sont couchés sur le ventre : il leur suffit de se soulever sur les coudes.

Ces mouvements ne provoquent qu'une douleur lombaire vague et mal localisée. On a l'impression que les malades craignent de souffrir, plutôt qu'ils ne souffrent réellement.

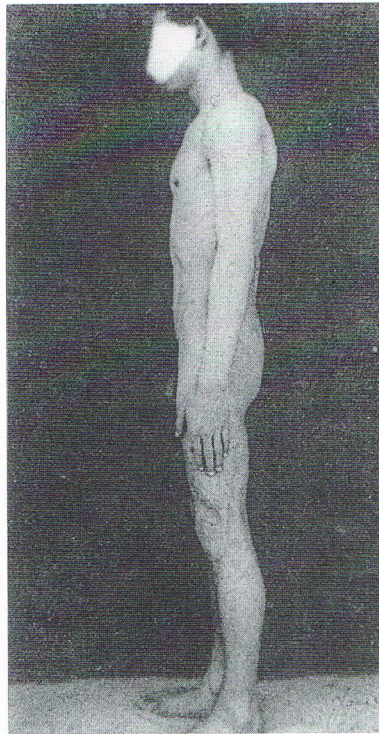


Fig.1 : A gauche : Camptocormie très prononcée, chez un jeune soldat, avant traitement.
A droite : Guérison complète après "l'électrothérapie persuasive"
D'après Souques A et coll. (5) ; Planches LXVI et LXVII.

L'examen neurologique est parfaitement normal et l'examen radiographique ne montrent pas de lésions osseuses.

D'après les données anamnestiques, ces soldats ont été, le plus souvent, victimes d'un éclatement d'obus tout près d'eux et ont été soit ensevelis par un éboulement de terre, soit projetés par le vent d'obus. Ils ont reçu un traumatisme dans la région dorso-lombaire et ont d'abord souffert d'une douleur violente, continue, exagérée par le moindre mouvement. La seule position dans laquelle ils souffraient moins et qu'ils étaient forcés de garder pendant le premier temps était la position "en chien de fusil, ou la tête entre les jambes".

Au bout de deux à trois semaines la douleur devenait moins intense et c'est à ce moment, en se levant, qu'ils constataient pour la première fois qu'ils étaient pliés en deux et ne pouvaient plus se redresser.

En ce qui concerne la pathogénie il s'agirait, selon Rosanoff-Saloff, d'un concours de deux facteurs :

Pendant la période aiguë de douleur, les muscles immobilisés par la souffrance se sont adaptés à une position donnée plus ou moins analgésique. Ils ont ensuite fixé leur contraction qui est devenue permanente.

Cette chronicisation est due à la psychologie particulière des porteurs de camptocormie, qui sont tous plus ou moins "névropathes". Chez eux un symptôme dit "fonctionnel" secondaire prend facilement une place prépondérante et peut persister ; même après la disparition de toute sa raison d'être.

Nous renonçons à une revue complète des travaux antérieurs sur la camptocormie, et rappelons seulement, que jusqu'à l'année 1930 sont apparues plusieurs publications sur ce thème en français, italien, anglais. En français on a employé parfois le terme de "campto-rachis" (8) et en anglais celui de "bent back of soldiers" (9).

Après une longue période de silence en temps de paix, on a de nouveau rapporté plusieurs cas de camptocormie -pendant et après la 2ème guerre

mondiale - surtout de la part des médecins-psychiatres militaires des Etats Unis (10,11). La symptomatologie clinique était tout à fait semblable à celle décrite par Souques et Rosanoff-Saloff trente ans auparavant. Des rares communications ultérieures englobent aussi des cas de camptocormie typique, psychogène, chez les jeunes femmes (12,13).

Dès l'année 1989 on utilise la dénomination de "camptocormie", ou de "camptocormie du sujet âgé", pour des syndromes somatiques tardifs, lentement progressifs, caractérisés par des troubles de posture, avec fléchissement du tronc. Cette cyphose lombaire est d'habitude réductible dans la position horizontale, dorsale. Dans 80 % de cas il s'agit de femmes, ayant très souvent une anamnèse familiale positive de syndromes lombaires. Plusieurs malades réagissent bien au traitement par les corticostéroïdes. L'étiopathogénie n'est pas toujours claire. Elle semble être variable d'un cas à l'autre.

D'après Laroche et coll. (14,15), et d'autres auteurs, il s'agirait chez des patients âgés atteints de cyphose lombaire réductible ("camptocormie"), évoluant depuis plusieurs années, d'une expression d'une forme localisée, à révélation tardive, de myopathie congénitale.

En 1993 Bregeon et coll. (16) trouvent chez leur 14 malades âgés, avec une cyphose réductible, plusieurs conditions étiologiques : l'insuffisance musculaire apparemment pure, mais d'étiologie indéterminée dans 7 cas ; une étiologie multifactorielle chez 6 sujets, enfin une polymyosite chez un malade.

Dans une thèse récente, très approfondie, Penot (17) précise que la camptocormie se présente "comme un syndrome pouvant s'associer à différentes pathologies dégénératives, rhumatismales ou inflammatoires systémiques". D'après lui : "la camptocormie pourrait ... être la conséquence d'une atteinte musculaire intéressant principalement ou électivement la musculature spinale sous

la forme d'une pathologie dégénérative ou d'une véritable myosite".

Au vu d'une observation privilégiée, Penisson-Besnier et coll.⁽¹⁸⁾ sont d'avis, "que certaines cyphoses lombaires réductibles relèvent d'une cause neurogène". "La compression mécanique étagée de la branche postérieure des nerfs rachidiens par l'arthrose interapophysaire postérieure constante à l'âge où est observée la camptocormie, serait à l'origine de l'atrophie musculaire". Les auteurs rejoignent ainsi l'hypothèse avancée en 1992 par Revel et Mayoux-Benhamou à partir de données électromyographiques⁽¹⁹⁾.

Tout récemment Zwecker et coll.⁽²⁰⁾ ont observé une camptocormie comme signe avant-coureur d'un non-Hodgkin lymphome, qui peut, comme on sait, occasionner une atteinte neuro-musculaire⁽²⁰⁾.

Citons enfin deux observations particulières concernant la "camptocormie". Celle-ci était rapportée chez une épileptique au cours d'une surdose de Valproate⁽²¹⁾, et - chez un autre malade interprété comme l'expression d'une compensation biomécanique d'une inclination pelvienne anormale⁽²²⁾.

Toutes ces observations susmentionnées, très variées, ont un seul trait commun. Elles concernent des maladies somatiques, qui - à part l'inclinaison du tronc - n'ont rien de commun avec le syndrome psychonévrosique... que l'on désigne sous le nom de "camptocormie", d'après la définition de Souques de l'année 1917.

Nous sommes d'avis, que c'est une erreur et une source de malentendus, d'utiliser le même nom pour deux syndromes si différents, l'un psychogène et l'autre somatique⁽²³⁾. On n'utilise pas la même dénomination pour la grande hystérie et pour l'épilepsie de grand mal, malgré qu'elles ont toutes les deux un symptôme commun, à savoir, une crise convulsive. Nous proposons d'abandonner le terme de "camptocormie" chez les sujets avec une cyphose lombaire réductible du sujet âgé.

BIBLIOGRAPHIE

1. SOUQUES A.
Contractures ou pseudo-contractures hystéro-traumatiques.
Rev. Neurol. 1914-195;28:430
2. SOUQUES A.
A propos des contractures hystéro-traumatiques.
Rev. Neurol. 1914-1915;28:437
3. SOUQUES A, ROSANOFF-SALOFF.
La camptocormie ; incurvation du tronc consécutive aux traumatismes du dos et des lombes ; considérations morphologiques.
Rev. Neurol. 1914-1915;28:937-939
4. SOUQUES A.
Réformes, incapacités, gratifications dans la camptocormie.
Rev. Neurol. 1916;30:757-758
5. SOUQUES A, MÉGEVAND J, NAIDITCH, RATHAUS.
Traitement de la camptocormie par l'électrothérapie persuasive. In : Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Iconographie médicale et artistique ; De la Tourrette G, Londe A. Ed. Masson, Paris 1916-1917;28:420-437
6. SICARD JA.
Spondylites par " obusite " ou " vent d'obus "
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp, Paris. 1915;39:582-586.
7. ROSANOFF-SALOFF.
Considérations générales sur la camptocormie. In : Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Iconographie médicale et artistique ; De la Tourrette G, Londe A. Ed. Masson, Paris 1916-1917;28:28-33
8. LAIGNEL-LAVASTINE M, COURBON P.
Les déviations de la colonne vertébrale de la campto-rachis.
Rev. Gén. De Pathol. De guerre. Paris, 1916:1-18
9. AF.
The bent back of soldiers.
Br. Med. J. 1918;2:621-623
10. HAMLIN PG.
Camptocormia : hysterical bent back of soldiers. Report of two cases.
Military surgeon 1943;92:295-300
11. SUTROC J, HULBERT J.
Hysterical flexion deformity of the vertebral column - camptocormia.
Bulletin of the U.S. Army Medical Department 1946;5:570-574
12. LAZARE A, KLERNAN GL.
Camptocormia in a female : a five-year study.
Br. J. Med. Psychol. 1970;43:265-270
13. ROSENJC, FRYMOYER JW.
A review of camptocormia and an usual case in the female.
Spine 1985;325-327
14. LAROCHE M, ROUSSEAU H, MAZIÈRES B, BONAFÉ A, JOFFRE F, ARLET J.
Intérêt de la tomodensitométrie dans la pathologie musculaire.
Rev. Rhum. 1989;56:433-439
15. LAROCHE M, DELISLE MB.
La camptocormie primitive est une myopathie para-vertébrale.
Rev. Rhum. 1994;61:481-484
16. BREGEON C, BAVENT C, MASSON C, AUDRAN M, CORCOS J, RENIER JC.
La cyphose réductible lombaire des sujets âgés : notre expérience à partir de 14 observations.
Synoviale 1993;19:12-17
17. PENOT J.
La camptocormie du sujet âgé. Thèse 1998, Faculté de Médecine de Dijon (France).
18. PENISSON-BESNIER I, MENEF P, DUBAS F, BRÉGON C.
Démonstration histologique du processus de dénervation des muscles paravertébraux dans un cas de cyphose lombaire réductible (camptocormie).
Rev. Rhum. 1994;61:868-870
19. REVEL M, MAYOUX-BENHAMOU A.
La cyphose acquise réductible du sujet âgé. Dans : Le rachis vieillissant. Simon L, Hérisson C, Biot B. Ed. Masson, Paris. 1992:137-140
20. ZWECKER M, IANCU I, ZEILIG G, OHRY A.
Camptocormia : a case of possible paraneoplastic aetiology.
Clin. Rehabil 1998;12:157-160
21. KIURUS, LIVANAINEN M.
Camptocormia, a new side effect of sodium valproate.
Epilepsy Res. 1987;1:254-257
22. ABDULHADI HM, KERRIGAN DC.
Camptocormia : a biomechanical analysis. A case report.
Am. J. Phys. Med. Rehabil. 1996;75:310-313
23. KARBOWSKI K.
The " old " and the " new " camptocormia.
Spine, en impression