

# Compression médullaire lente

Dr Benrabah

## Rappel :

- La moelle se termine au niveau L1-L2 par la corne médullaire donnant les racines de la queue de cheval
- Le ronflement cervical donne le plexus brachial
- Le ronflement dorsal donne le plexus sacré et lombaire

## Introduction

La compression médullaire est un phénomène mécanique responsable d'une souffrance médullaire par :

- 1- Compression directe du tissu nerveux
- 2- Ischémie (aggravant le processus neurologique)
- 3- Lyse osseuse (déstabilisation rachidienne)

On aura une perte progressive des fonctions médullaires jusqu'à perte totale irréversible (intérêt de la prise en charge précoce) → la compression médullaire est une urgence neurochirurgicale fonctionnelle

## La compression médullaire :

-Lors d'une compression médullaire on recherche à l'examen clinique :

- 1- Syndrome lésionnel : en rapport avec la compression de la racine (valeur localisatrice)
- 2- Syndrome sous-lésionnel : en rapport avec la compression de la moelle
- 3- Syndrome rachidien

-La compression médullaire passe par deux phases :

**Phase initiale** : pauci-symptomatique faite de :

**Sd lésionnel** :

- Douleurs : fixes ; intenses ; rebelles aux antalgiques intéressant un ou plusieurs dermatomes
- Déficit moteur et troubles sensitifs : présents absents ou discrets
- ROT : normaux ou abolis

**Sd sous-lésionnel** :

- Déficit moteur : claudication médullaire intermittente indolore (fatigabilité des membres inférieurs lors de l'effort obligeant le patient à arrêter la marche avec réduction du périmètre de marche )
- Troubles sensitifs :- douleur cordonale - marche sur coton – signe de l'hermitte
- ROT : normaux ou exagérés

**Phase d'état** : tableau bruyant

**Sd lésionnel** : le même que celui de la phase initiale

**Sd sous-lésionnel** : plus franc fait de :

- Déficit moteur
- Hypertonie avec démarche spastique
- Troubles vésico-sphinctériens
- Reflexes : vifs ; poly cinétiques ; diffus avec un clonus rotulien
- Troubles sensitifs selon le niveau : - mamelonnaire T4
  - Appophyse Xypoide T6
  - Ombilicale T10

- Plie de l'aine L1

-Compression médullaire selon la topographie

**Dans le plan transversal :**

- Compression antérieure : sd de la corne antérieure (spino-thalamique ; amyotrophie ; fasciculation)
- Compression postérieure : sd cordonal postérieur
- Compression latérale : sd de Brown Sequard
- Compression centrale : sd syringomyelique

**Plan vertical**

**1-compression cervicale**

**-haute** (au dessus du ronflement cervicale) : C1-C5

**Sd lésionnel :**

- C2 : douleur occipitale (neuralgie d'Arnold)
- C3-C4 :- douleur en col ou en cravate qui peut irradier vers le moignon de l'épaule
  - Parésie du muscle sterno-cleido-mastoidien
  - Paralyse du nerf phrénique pour le C4 (détresse respiratoire → urgence vitale)

**PS :** Dans l'atteinte cervicale haute on peut avoir exceptionnellement un sd sus-lésionnel (tumeurs dans le trou occipital → HDC → HIC → pronostic vital)

**Le sd sous-lésionnel :**

- Tétraplégie
- Troubles sensitifs : hypo ou anesthésie
- Troubles vésico-sphinctérien
- Sd rachidien

**-Basse :** C5 – D1

**Sd lésionnel :**

**C5-C6 :**

- Troubles sensitifs : face externe du deltoïde bras avant bras pouce et indexe
- Troubles moteurs : déficit moteur et amyotrophie dans le même territoire
- Abolition du reflexe bicipital

**C7 :**

- Troubles sensitifs : face postérieure du bras avant bras doigts médians
- Troubles moteurs : extenseurs des doigts
- Abolition du reflexe tricipital

**C8-D1 :**

- Troubles sensitifs : face interne bras avant bras jusqu'à l'annulaire
- Troubles moteurs : muscle de l'éminence thénar ; hypothénar ; interosseux
- On peut rencontrer un sd de Claude Bernard Horner

**Sd sous-lésionnel :**

- Paraplégie avec troubles sensitifs

**2-Compression dorsale :**

**Sd lésionnel :**

- Douleur en ceinture qui peut simuler une douleur viscéral

**Sd sous-lésionnel :**

- Paraplégie
- Troubles sphinctériens
- Abolition des reflexes cutané-abdomino : - étage supérieur D6-D8
  - Etage moyen D8-D10
  - Etage inférieur D10-D12

3-Compression lombaire :

**Sd lésionnel :**

- cruralgie avec déficit moteur et amyotrophie au niveau du quadriceps
- Reflexe rotulien aboli

**Sd sous lésionnel :**

- reflexe achilléen vif avec signe de Babinski
- Troubles vesico-sphinctériens

4-Compression sacrée : atteinte de la corne médullaire

- Sciatalgie
- Troubles vesico-sphinctériens
- Reflexe achilléen aboli avec un Babinski
- Anesthésie en selle

5-L'atteinte de la queue de cheval : atteinte pluriradiculaire

- Sciatalgie
- Anesthésie en selle
- Pas de Babinski
- Paraparésie distale flasque

### **Le diagnostic différentiel :**

- 1 sclérose latérale amyotrophique
- 2 sclérose combinée de la moelle
- 3 sclérose en plaque
- 4 canal rachidien étroit
- 5 artérites
- 6 syndrome de Guillain Barré

### **Les différentes lésions et étiologies :**

**-Lésion extra dural :**

- 1 –**métastase** : - tumeurs ostéophytes ( rein ; sein ; poumon ; prostate ; thyroïde)
  - Tumeurs osseuses primitives
  - Hémopathie maligne
- 2 – **processus dégénératif** : hernie discale
- 3 – **causes infectieuses** : tbc (mal de pott) et brucellose
- 4 – **parasitaire** : kyste hydatique

**-Lésion intra dural**

**extra médullaire :** de bon pronostic  
Neurinome et méningiome

Lésion intra médullaire : tumeurs

**Les examens complémentaires :**

- RX de rachis et du crane
- FNS VS PL
- TDM
- IRM : examen de choix +++++

**Traitement :**

- chirurgicale (ouverture ; laminectomie ; incision durale ; extraction ; fermeture)
- Mall de pott : médical