

Compression médullaire lente (CML)

PLAN

- I - Introduction
- II - Rappel Anatomique
- III- Physiopathologie des Compressions Médullaires
- IV- Le Diagnostic Clinique
- V - L'évolution Clinique
- VI - Les Examens Complémentaires
- VII –Les Etiologies
- VIII – Le Diagnostic Différentiel
- IX- Le Traitement
- X- Conclusion

Objectifs pédagogiques :

- 1- Connaître les différents syndromes cliniques d'une compression médullaire.
- 2- Proposer une stratégie diagnostic et thérapeutique.

Compression médullaire lente (CML)

I-Introduction :

La Compression médullaire est une **Urgence Diagnostic et Thérapeutique**.

Le syndrome de Compression médullaire est l'ensemble des signes qui traduisent une atteinte de la moelle épinière.

II-Rappel Anatomique :

- La moelle épinière s'étend dans le canal rachidien du trou occipital à la deuxième vertèbre lombaire et se termine par le cône terminale.
- De la moelle épinière émergent les nerfs spinaux, qui sortent par les trous de conjugaison.
- La Dure-mère forme à la moelle une enveloppe qui s'étend du trou occipital à la deuxième vertèbre sacrée, la surface externe de la dure-mère est séparée du rachis par l'espace épidural contenant les plexus veineux et la graisse.
- L'arachnoïde et la pie-mère délimitent l'espace sous arachnoïdien dans lequel se trouve le liquide céphalo-rachidien.

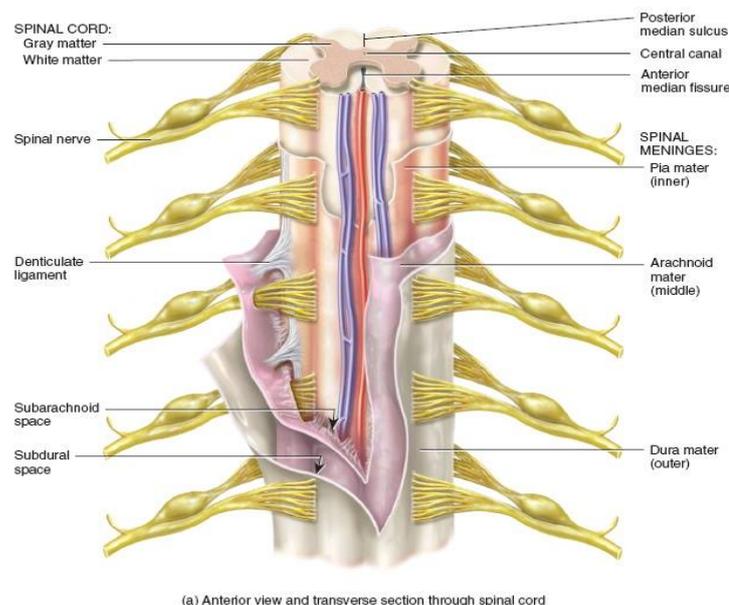


Fig. Vue Antérieure de la Moelle après ouverture des méninges.

- La moelle ne remplit le canal rachidien ni en hauteur, ni en largeur, délimité :
 - En avant par le corps vertébral et les disques intervertébraux.
 - Sur le côté sont les pédicules qui délimitent les trous de conjugaison vers lesquels se dirigent les racines antérieures et postérieures.
 - En arrière sont les ligaments jaunes, les lames et les apophyses épineuses.
- La moelle est constituée de substance grise et de substance Blanche :
 - La substance grise qui est formée de cornes antérieures motrices et de cornes postérieures sensibles.
 - La substance blanche constitué par :

- 1- Les cordons antéro-latéraux renfermant :
 - Les voies descendantes motrices (Faisceau Pyramidal et le faisceau extra Pyramidal).
 - Les voies ascendantes sensibles (thermo-Algésique ; sensibilité profonde inconsciente)
- 2- Les cordons postérieurs : sensibilité profonde consciente et le tact épicritique.

III - Physiopathologie des Compressions Médullaires :

Les manifestations cliniques traduisent la souffrance de l'axe nerveux peut être secondaire soit à

- Des phénomènes compressifs des cordons médullaires.
- Des phénomènes vasculaires par compression des vaisseaux médullaires.

IV – Diagnostic Clinique :

1. Syndrome radiculaire lésionnel :

Il traduit la souffrance du métamère directement comprimé par la lésion en cause.

A/ Signes Subjectifs :

- ***Douleurs radiculaires*** : (névralgies cervico brachiales, algies thoraciques en ceinture), surviennent en éclairs, par salves, impulsives à la toux.

B/signes Objectifs :

- Déficit moteur de type périphérique avec amyotrophie.
- Diminution ou abolition des Reflexes Ostéo-Tendineux ou Cutanées.
- Hypoesthésie, voir Anesthésie à tous les modes dans le dermatome correspondant.
- La mise en évidence du syndrome Lésionnel permet de situer le niveau à explorer.

2. Syndrome sous-lésionnel :

Il traduit la souffrance des voies longues sensibles et motrices, conséquence de leur interruption physiologique plus au moins complète.

- **Troubles moteurs :**

Le déficit moteur est discret au début ; puis il va s'aggraver pour aboutir à une paralysie avec une hypertonie spastique de type Pyramidale ; des Reflexes ostéo-tendineux, vifs, poly cinétique. - Signe de Babinski.

- **Troubles sensitifs :**

Touchent la sensibilité profonde, tactile et thermo-algique, lorsque ces troubles sont nets ils donnent avec précision le siège en hauteur de la compression.

- **Troubles génitaux- sphinctériens :**

Miction impérieuse, constipation, rétention ou incontinence urinaire, impuissance.

3. Syndrome rachidien :

Il traduit la souffrance des éléments ostéo-disco-ligamentaires du canal rachidien.

- Raideur segmentaire du rachis.

- Une déformation du rachis (cyphose, scoliose)
- Signe de la Sonnette positif.

V- Evolution Clinique des compressions médullaires :

On décrit schématiquement quatre stades évolutifs selon la courbe de **Guillot** :

- 1- Stade de Parésie Spasmodique.
- 2- Stade de Parésie Hyperspasmotique.
- 3- Stades de Plégie flasco – spasmodique.
- 4- Stade de Plégie Flasque (irréversible).

VI- Examens complémentaires :

1-Radiographies rachidiennes simples à la recherche de :

- Lyse osseuse localisée ou diffuse.
- Tassement vertébral avec ou sans angulation scoliotique.
- Signe de scalloping (RX de profil).
- Signe d'EISBERG.
- Vertèbre Borgne (Rx de face).
- Elargissement des trous de conjugaisons.

2- L'imagerie par résonance magnétique IRM :

C'est l'examen clé en pathologie médullaire ou rachidiennes. Elle détermine la topographie lésionnelle, permet d'établir une cartographie du processus tumoral en déterminant la hauteur, la dimension, les rapports avec les structures avoisinantes.

3- La Tomodensitométrie :

Apprécie les lésions osseuses et l'envahissement locorégional péri vertébral.

4- Myéloscanner : Il n'est aujourd'hui réalisé qu'en cas de contre-indication à l'IRM.

VII-Les Étiologies :

A. Causes extradurales :

- Les métastases néoplasiques vertébrales.
- Les tumeurs vertébrales bénignes (hémangiome) ; malignes (sarcome).
- La myélopathie cervicarthrosique .-La hernie discale.
- Les spondylodiscites et les épidurites infectieuses.
- L'hématome épidural.

B. Causes intra dures extra médullaires :

- **Les méningiomes** : L'implantation tumorale se fait sur la dure-mère.
- **Les neurinomes** : L'IRM confirme que la tumeur est située sur une racine spinale, Le neurinome peut prendre l'aspect d'un sablier.

C. Causes intra médullaires :

- Les causes intra médullaires sont dominées par les *tumeurs* qui, dans deux tiers des cas, sont soit des **Ependymomes**, soit des **Astrocytomes**.
- Les **malformations vasculaires** (cavernome, angiome).

VIII- Diagnostic différentiel :

- La sclérose latérale amyotrophique.
- La sclérose combinée de la moelle s'observe au cours de la maladie de Biermer.
- Sclérose en plaque.
- Myélites.

IX- Traitement :

1-Médical :

- Antalgique, anti-inflammatoire, corticoïdes.
- Antibiotique dans les spondylodiscites non spécifique.
- Anti –tuberculeux dans les spondylodiscites tuberculeuses.

2- Chirurgical :

Décompression de la moelle par laminectomie et traitement chirurgical de la lésion causale.

3- Traitement Adjuvant :

Chimiothérapie – Radiothérapie.

4-Rééducation Fonctionnelle.

X- Conclusion :

La compression médullaire constitue une **urgence diagnostique et thérapeutique** car le tableau peut s'aggraver en quelques heures, aboutissant à une paraplégie/tétraplégie complète et définitive. Tout malade suspect d'avoir une compression médullaire doit être transférée en urgence en milieu neurochirurgical pour définir les meilleures modalités thérapeutiques.