

Les syndromes médullaires

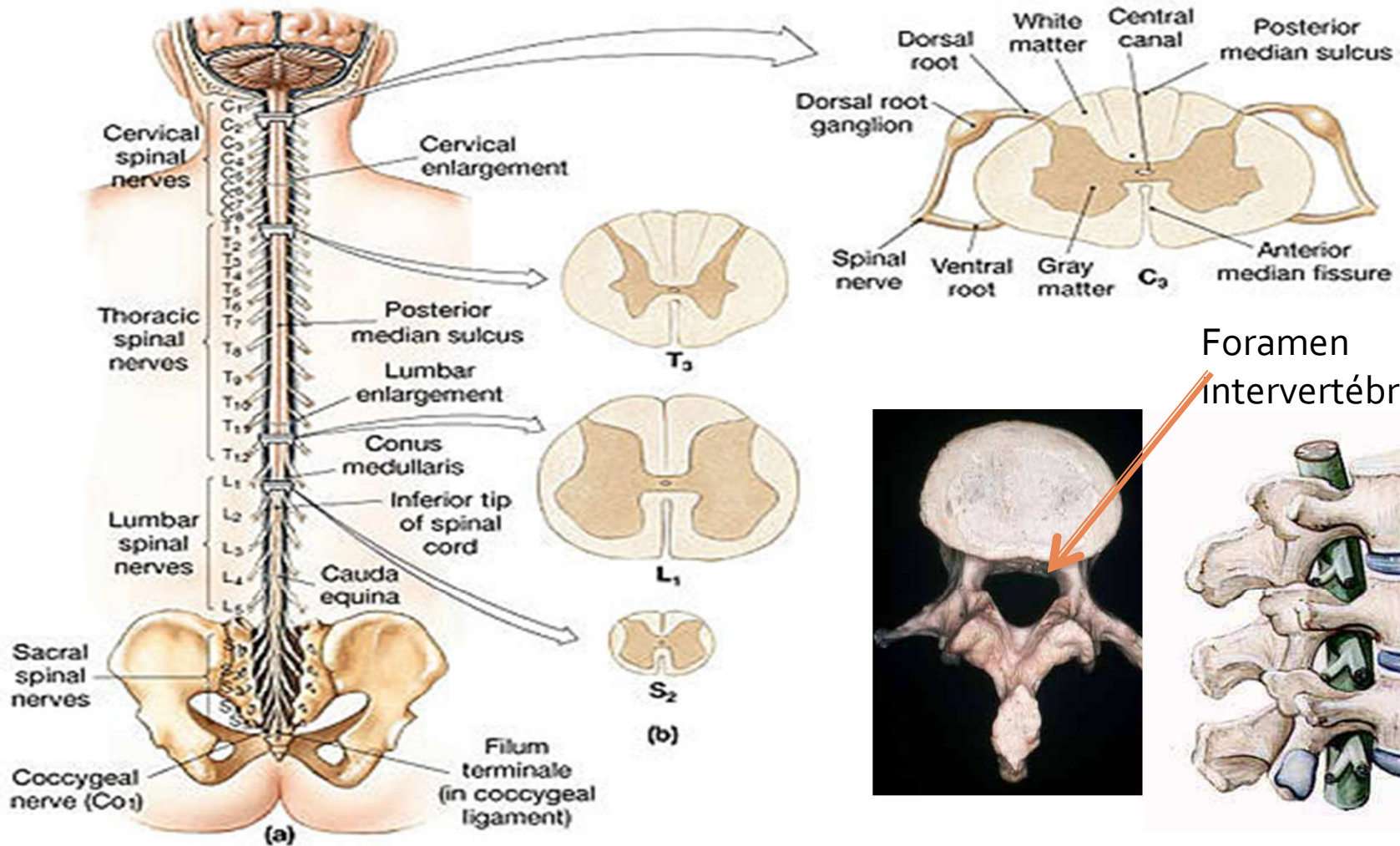
DR BOUAMOUCHE

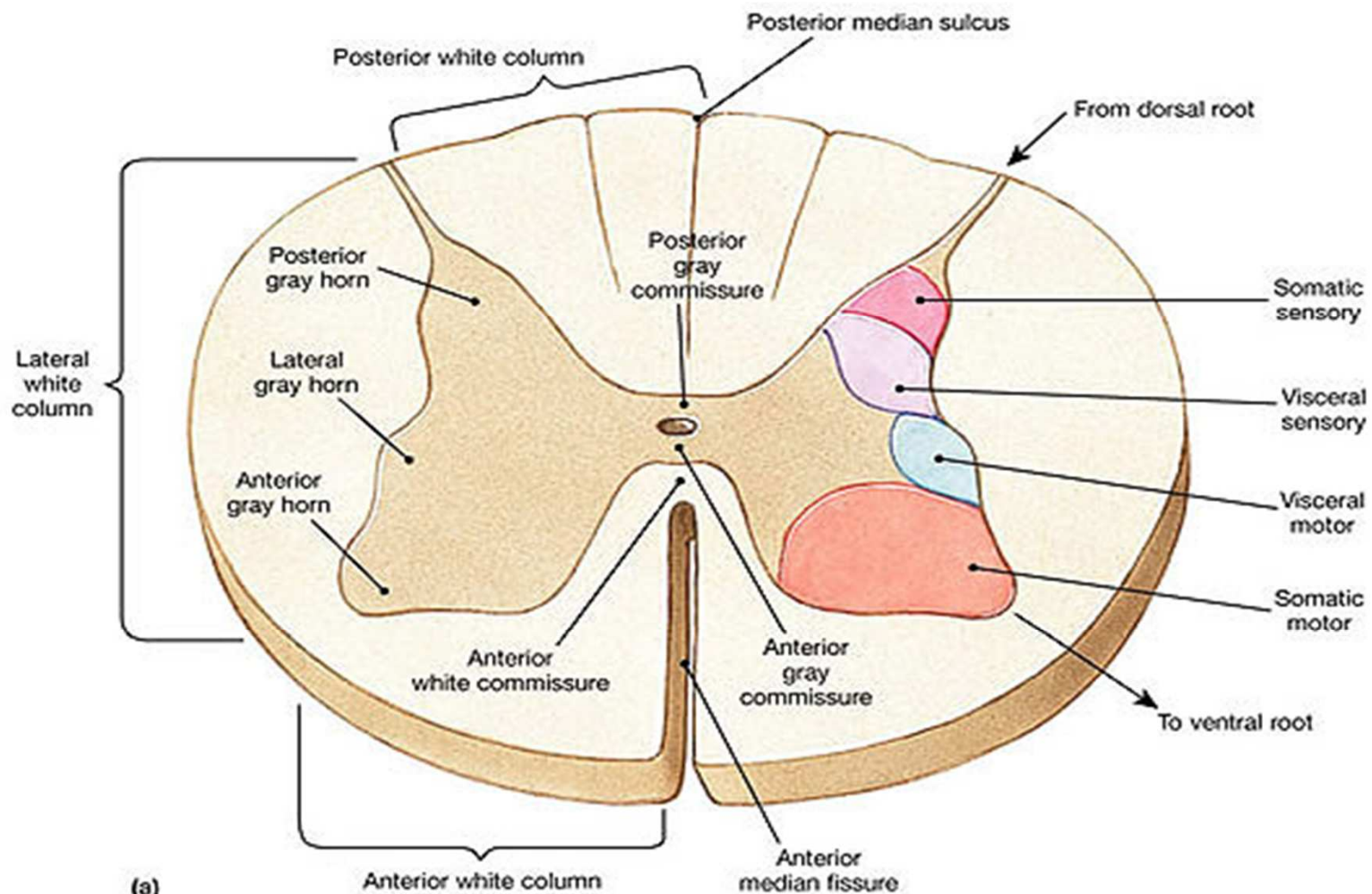
introduction

- Un syndrome medulaire est défini par l'ensemble des signes et symptomes traduisant une atteinte de la moelle épinière
- La crainte d'une compression medulaire réalisant urgence thérapeutique

Rappel anatomique

- ❑ La ME: - un centre de réflexe
- organe de conduction
- ❑ La ME est un cordon blanc d' ≈ 45 cm de long et 1cm de diamètre
- ❑ S'étend depuis sa jonction avec le bulbe rachidien en regard du C1 jusqu'au bord sup L2.
- ❑ Présente 02 renflement: cervical C4-T1
Lombaire T12-S1
- ❑ SE termine par la CONE TERMINALE d'où se détache le filum terminal

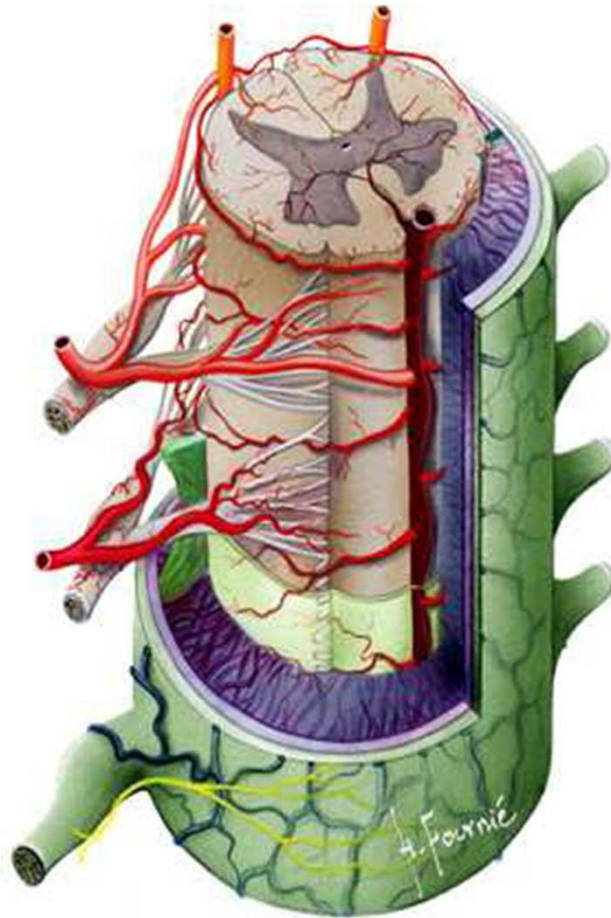




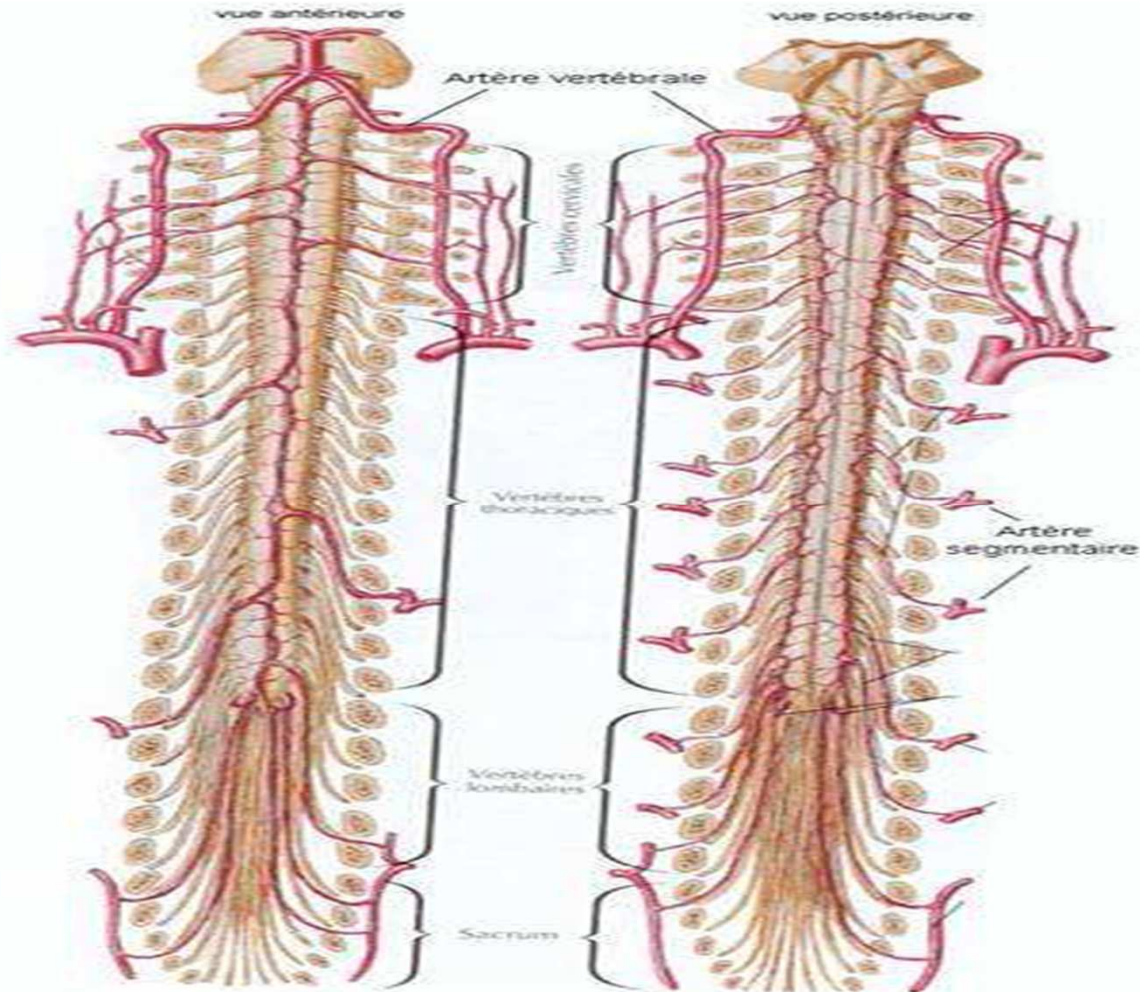
3 feuillets

- Dure mère
- Arachnoïde
- Pie mère

3 espaces



vascularisation



Sémiologie

- Sd med est caractérisé par l'association :

- signes moteurs
- signes sensitifs
- signes végétatifs

A) troubles moteurs:

- se manifeste par un déficit de la force musculaire
- Peut se présenter sous 2 aspects ≠:

Sd pyramidal

Sd neurogène périphérique

B) troubles sensitifs:

- Sd radiculaire
- Troubles de la sensibilité sup/ profonde

C) troubles végétatifs: origine double

- atteinte corne latérale: - sd claud bernard horner (lésion de C8-T1)
- troubles vésico- sphinctériens (S3-S4)

→ interruption des voies végétatives dans la ME

LES DIFFERENTS SYNDROMES MEDULAIRES

5 types en fonction de causes :

section

Lésion partielle

Compression

Ischémie

Malformation

A. Le syndrome de section médullaire complète

il évolue en deux temps :

1. Dans un premier temps « choc spinal »

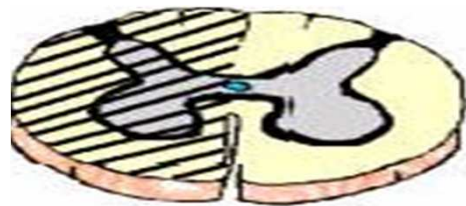
- paraplégie ou d'une tétraplégie flasque
- anesthésie totale au-dessous de la lésion
- rétention des urines et des selles.

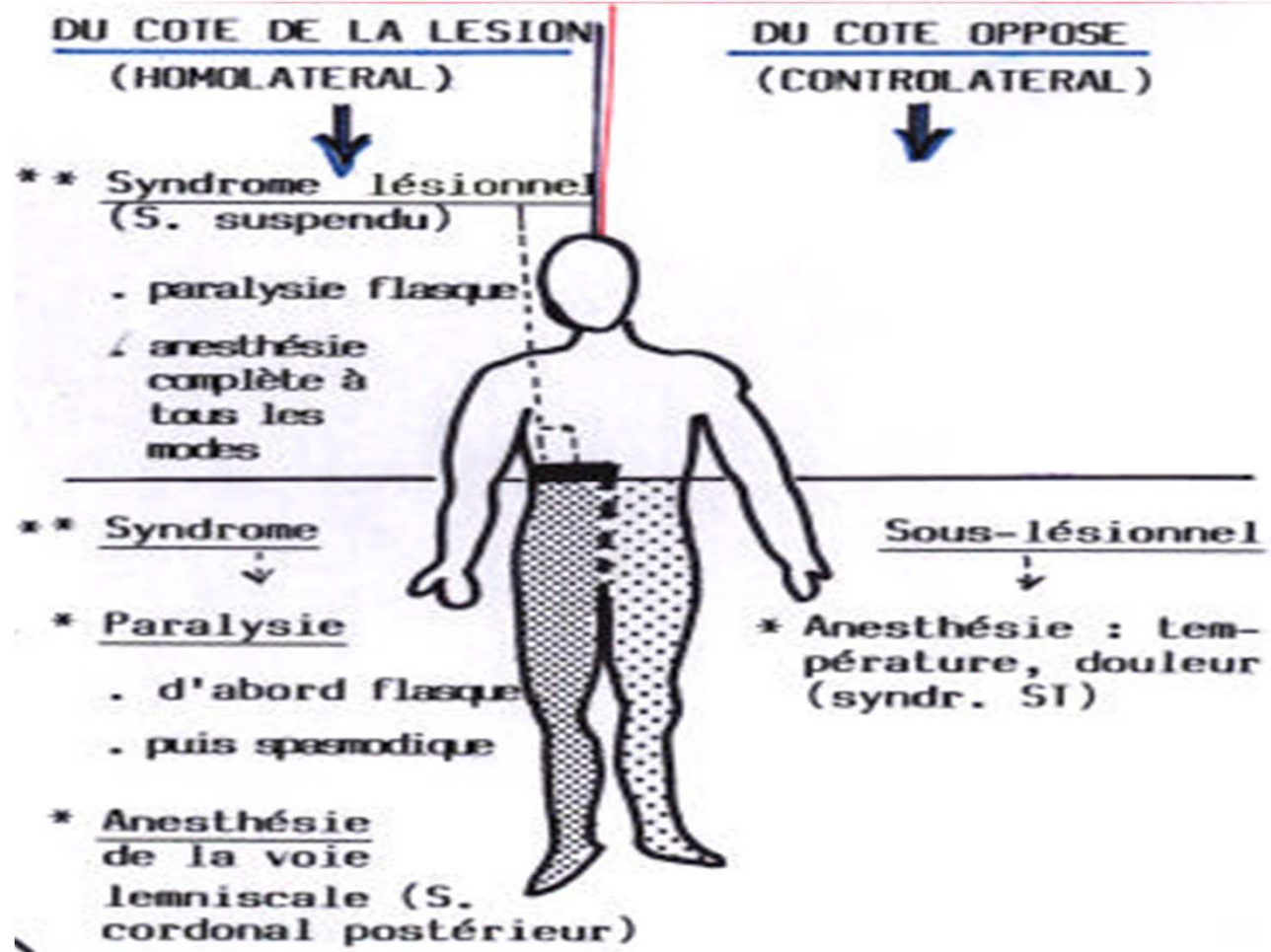
2. Dans un second temps, l'automatisme médullaire,

- ✓ les réflexes ostéo-tendineux réapparaissent, et une hypertonie pyramidale s'installe.
- ✓ Les réflexes de défense définissent l'automatisme médullaire ;
 - le signe de Babinski
 - le réflexe du triple retrait: très caractéristique d'une lésion médullaire
- ✓ Des mictions réflexes peuvent être obtenues par percussion du pubis.
- ✓ Étiologies: trauma, myélite aiguë → IRM en urgence pour éliminer une comp med

b) Le syndrome de Brown-Séquard

- traduit une hémi-section de la moelle.
- du côté de la lésion, un syndrome pyramidal et un syndrome cordonal postérieur
- de l'autre côté, un syndrome spino-thalamique.
- En pratique, il est toujours seulement ébauché
- Étiologies: trauma ,SEP, myélite





Sd médullaire partiels

- Sd segmentaires (att substance grise)
- Sd cordonaux(att sub blanche)

SYNDROMES MEDULLAIRES PAR ATTEINTE DE L'AXE GRIS

ATTEINTE DES CORNES ANTERIEURES

Synd neurogène périphérique moteur et trophique

- Deficit musculaire majeur plus ou moins diffus
- Atrophie musculaire bien visible surtout qd touche muscles main(main d'Aran Duchenne)
- Fasciculations
- arefléxie

Atteinte des cornes postérieures:

*douleurs intenses

Etiologies : tm itramédulaire, syringobulbie

Atteinte de la commissure grise:

- Une dissociation de la sensibilité de type syringomyélique:

atteinte sens thermoalgésique

conservation de la sens profonde

Étiologies: syringomyélie ,tm, ...

Syndromes cordonaux

- ❖ Sd cordonal post:
 - douleurs, paresthésies
 - Dissociation type tabétique
- ❖ Sd cordonal antérolatéral:
 - pyramidal homolatéral
 - att sens thermoalgésique controlatérale
- ❖ Sd cobinée de la moelle:
 - pyramidal+ att sens profonde
(bilatérale +++)

2. Le syndrome de compression médullaire

est défini par trois éléments(+++)

a) Le syndrome lésionnel

désigne le siège de la lésion. Il peut s'agir :

- ✓ d'un syndrome radiculaire, intercostal ou cervico-brachial
- ✓ d'un syndrome rachidien

b) Le syndrome sous-lésionnel

traduit la souffrance des cordons médullaires, en dessous de la lésion. Il comprend, isolément ou en associations variées (**un syndrome pyramidal un syndrome cordonal postérieur et un syndrome spino-thalamique**)

La limite supérieure des troubles sensitifs définit un **niveau sensitif, très caractéristique, mais ne constituant pas** nécessairement un niveau lésionnel

(+++)

c) L'absence de syndrome supra-lésionnel

Ischemie médulaire

- Infarctus spinal antérieur :
 - para ou quadriplégie
 - Troubles de la sens superficielle
 - Sensibilité profonde est intacte
- Infarctus spinal post:
 - Paresthésies et troubles de la sens profondes

Sd malformatif

- La syringomyélie: cavité intrmédulaire
- Le spina bifida :malformation de l'axe myélo-vertébral:
 - paralysie flasque
 - aréflexie
 - troubles sphinctériens



Cas clinique

Un patient de 75 ans se plaint depuis plusieurs mois d'une fatigabilité croissante à la marche, d'une instabilité en terrain accidenté, d'un engourdissement des pieds, d'une impériosité mictionnelle

Antécédents

- un diabète NID
- des cervicalgies anciennes irradiant parfois vers le bras droit
- une lombosciatique irradiant au MI droit jusqu'au bord externe du pied

A l'examen

- Déficit moteur des MI prédominant aux psoas et les ischio-jambiers
- un signe de Romberg
- quelques erreurs au sens de position des orteils
- une hypoesthésie des MI remontant jusqu'à l'ombilic
- Une hypoesthésie des 2ème et 3ème doigts.
- sensation de décharge électrique quand on lui fléchit le cou.
- ROT achilléens abolis
- ROT tricipital Droit.
- Signe de Babinski bilatéral.
- Pas d'anesthésie en selle

Questions:

- 1/ Regroupez les différents signes et symptômes en syndromes**
- 2/ Où situez vous la (ou les) lésion(s) responsable(s) de la symptomatologie**
- 3/ Quelle(s) est (sont) votre (vos) principale(s) hypothèse(s) diagnostique(s)?**
- 4/ Comment l'étayez vous ?**

