

Item 231: Compression médullaire non traumatique et syndrome de la queue de cheval

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

1	Signes cliniques du syndrome de la queue de cheval.....	1
1 . 1	Syndrome complet.....	1
1 . 2	Syndrome incomplet.....	1
2	Signes cliniques évocateurs d'une compression médullaire et diagnostic différentiel d'une compression périphérique.....	2
2 . 1	Syndrome lésionnel radiculaire.....	1
2 . 2	Syndrome sous-lésionnel médullaire.....	1
3	Principales hypothèses diagnostiques à évoquer.....	3
3 . 1	Causes extramédullaires.....	1
3 . 2	Causes intramédullaires.....	1
4	Explorations complémentaires.....	4
5	Principes thérapeutiques.....	5

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer une compression médullaire non traumatique et un syndrome de la queue de cheval.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

SPECIFIQUE :

- Connaître les signes cliniques du syndrome de la queue de cheval.
- Connaître les signes cliniques évocateurs d'une compression médullaire et faire le diagnostic différentiel d'une compression périphérique.
- Connaître les principales hypothèses diagnostiques à évoquer.
- Connaître les examens complémentaires à demander (et dans quel délai).
- Connaître les principes thérapeutiques en fonction de l'étiologie (médicale et chirurgicale) et le degré d'urgence de cette prise en charge.

I SIGNES CLINIQUES DU SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL

Le syndrome de la queue de cheval est une atteinte pluriradiculaire intéressant tout ou partie des racines situées au-dessous de la moelle épinière (après le cône terminal). Les racines constituant la queue de cheval sont les 2e, 3e, 4e et 5e paires lombaires, et les cinq paires sacrées.

De façon générale, le syndrome de la queue de cheval se manifeste par une atteinte **périphérique** sensitivomotrice et réflexe, et des conséquences neurologiques viscérales, associées à différents degrés.

Deux types d'atteinte sont décrits : le syndrome complet et le syndrome incomplet.

I.1 SYNDROME COMPLET

Le syndrome complet se manifeste par :

- une paraplégie flasque avec hypotonie, amyotrophie et aréflexie ostéotendineuse ;
- une anesthésie complète à partir et en dessous de L2 ;
- un syndrome périnéal complet avec incontinence ou rétention d'urines et/ou fuites à l'effort, constipation alternant avec fausse diarrhée, anesthésie en selle, abolition des réflexes périnéaux, impuissance.

I.2 SYNDROME INCOMPLET

En fonction de la localisation anatomique du processus causal, différents tableaux cliniques, parfois trompeurs, se présentent :

- début avec parfois radiculalgies unilatérales puis se compliquant de signes sphinctériens ;
- forme haute (L2, L3, L4) : caractérisée par des cruralgies, elle entraîne un déficit moteur et sensitif proximal, une aréflexie rotulienne ;
- forme moyenne (L5, S1) : sciatalgie bilatérale, déficit sensitivomoteur distal, aréflexie achilléenne ;
- forme basse (S2, S3, S4, S5) : atteinte sensitive (anesthésie en selle), troubles sphinctériens et génitaux.

II SIGNES CLINIQUES ÉVOCATEURS D'UNE COMPRESSION MÉDULLAIRE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL D'UNE COMPRESSION PÉRIPHÉRIQUE

Le tableau clinique caractéristique d'une compression médullaire regroupe un syndrome lésionnel radiculaire et un syndrome sous-lésionnel médullaire.

II.1 SYNDROME LÉSIONNEL RADICULAIRE

Les signes radiculaires déterminent le siège (niveau lésionnel) d'une compression médullaire :

- douleurs radiculaires de topographie fixe, avec hypoesthésie, déficit moteur avec amyotrophie, fasciculations, hypo- ou aréflexie ;
- d'autres signes témoignent d'une atteinte cordonale postérieure (paresthésies, dysesthésies, douleurs fulgurantes).

II.2 SYNDROME SOUS-LÉSIONNEL MÉDULLAIRE

Le syndrome sous-lésionnel médullaire comporte :

- une atteinte motrice : déficit de la force musculaire de topographie et d'intensité variable. En général, il s'agit plus d'une paraparésie spasmodique que d'une véritable paraplégie. Le syndrome pyramidal est le plus souvent spasmodique, avec hypertonie élastique, réflexes ostéotendineux vifs, diffusés, polycinétiques, trépidation épileptoïde du pied, signe de Babinski ;
- des troubles sensitifs dans le même territoire sous-jacent au niveau de la compression ;
- des troubles sphinctériens : retard à la miction, envies impérieuses, rétention d'urine, constipation.

Diagnostic différentiel d'une compression périphérique : aucun signe du syndrome pyramidal n'est observé lors d'une compression périphérique.

III PRINCIPALES HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES À ÉVOQUER

III.1 CAUSES EXTRAMÉDULLAIRES

Elles intéressent l'axe vertébral (vertèbres, disques intervertébraux et ligaments correspondants, enveloppes méningées et les éléments nerveux autres que la moelle épinière) :

- causes extradurales :

- hernie discale, décompensation de canal lombaire étroit, maladie de Paget évoluée ;
- métastase vertébrale, myélome, lymphome ;
- spondylodiscite infectieuse, hématome épidural ;

- causes intradurales : méningiome, neurinome, ou autres tumeurs plus rares.

III.2 CAUSES INTRAMÉDULLAIRES

Ce sont les suivantes : épendymome, glioblastome, astrocytome, métastase intramédullaire, syringomyélie.

IV EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES

L'IRM est actuellement la technique d'imagerie de référence lors d'une compression médullaire ou d'un syndrome de la queue de cheval (cf. figure 20.4 au chapitre 20). Elle permet de localiser la compression et d'évoquer une hypothèse diagnostique. Elle doit être demandée en urgence, car la prise en charge médicale et/ou chirurgicale doit être très rapide.

L'analyse du liquide céphalorachidien par ponction lombaire est utile lorsqu'un processus inflammatoire ou infectieux est suspecté.

Le bilan demandé ensuite dépend du contexte, par exemple recherche d'un néoplasme primitif en cas de métastase, bilan infectieux si spondylodiscite infectieuse avec abcès épidual.

V PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES

La prise en charge est urgente pour favoriser la récupération ou éviter l'aggravation, en fonction de l'étiologie de la compression :

- intervention chirurgicale :

- exérèse complète d'une tumeur bénigne, cure de hernie discale ;
- exérèse incomplète, ou simple laminectomie de décompression lors de certaines tumeurs malignes ; traitement palliatif ;

- traitement médical :

- causes infectieuses : antibiothérapie adaptée au germe isolé ou probabiliste en cas de cultures négatives ; immobilisation du rachis par une orthèse ;
- processus tumoral inaccessible à la chirurgie : chimiothérapie, radiothérapie.