

Les compressions médullaires

Compte-rendu d'une séance d'enseignement post-universitaire organisée par l'UMPURSQ au Centre hospitalier de Saint-Quentin (Aisne), adressé par Monsieur le Docteur Jean-Jacques PERRIN, Sentier des marches, 02 490 VERMAND, dans le cadre du *D.U de Formation Supérieure en Médecine Générale* (Faculté de Médecine de Lille).

Conférencier Invité : Monsieur le Professeur Pierre GALIBERT*

Cet exposé est destiné au Médecin Généraliste, souvent premier intervenant médical amené à examiner les patients atteints de compression médullaire.

Il reprend les grandes lignes de cette entité clinique et insiste sur la **nécessité d'un diagnostic clinique précoce** en vue du meilleur traitement neurochirurgical possible.

Les résultats post-opératoires des Compressions médullaires sont assez médiocres dans l'ensemble, alors que l'analyse des étiologies retrouve **dans 37 à 38 % des cas des causes bénignes** qu'un traitement plus précoce et donc un diagnostic plus précoce permettrait de mieux guérir.

RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE

● La moelle épinière est située dans un *canal inextensible*, rigide. Toute augmentation de volume du contenu de ce canal provoque :

- une compression nerveuse
- une compression artérielle et/ou veineuse
- des troubles de la circulation du liquide céphalo-rachidien
- des troubles du tissu nerveux, qui est très sensible à l'ischémie aiguë ou chronique et au mauvais drainage veineux.

● Le liquide céphalorachidien comprimé devient hyperalbumineux et toxique envers le tissu nerveux.

● Dans le canal rachidien, la moelle n'est pas fixe et monte ou descend en fonction des mouvements de flexion/extension du rachis.

Si le volume médullaire est augmenté, par lésion intra ou extra médullaire ou intradurale, il se produit des frottements qui engendrent des désordres vasculaires à la surface de la moelle épinière.

Ceci explique la décompensation parfois très brutale (après ponction lombaire par exemple) de certaines tumeurs rachidiennes.

● La moelle épinière ne se régénère pas, à la différence des tissus nerveux périphériques. Les dégâts sont donc irréversibles et proportionnels à la durée de la souffrance.

LA COMPRESSION MÉDULLAIRE AIGUË

Elle pose assez peu de problèmes dans l'ensemble :

► **Le contexte est aigu :**

Il peut s'agir d'un malade qui devient **grabataire en quelques heures**, paraplégique, paraparétique, avec de gros troubles sphinctériens et des troubles sensitifs associés.

L'aspect est grave et l'hospitalisation doit être rapide : **l'objectif immédiat est de confirmer ou d'infirmier une compression mécanique.**

► **La recherche étiologique n'est pas une préoccupation initiale ; il faut opérer le plus vite possible et tenter de ne pas dépasser un délai de 4 à 6 heures** par rapport au début des troubles.

* Service de Neurochirurgie ; Hôpital Nord ; CHU ; 80030 AMIENS.

► **L'interrogatoire retrouve des notions intéressantes :**

Une séméiologie clinique a pu précéder l'accident aigu de nombreuses semaines ou de nombreux mois :

On peut se faire décrire, par exemple :

- **des douleurs du dos**, médianes, indépendantes des mouvements, réveillant le malade la nuit, sans contracture musculaire, tous les jours, au même endroit, devant faire réagir le praticien.
- **des douleurs névralgiques cervicobrachiales, intercostales, crurales**, ayant parfois débuté des mois auparavant, intolérables, puis devenant plus supportables pour disparaître enfin.

La topographie douloureuse se modifie ensuite, apparaissant par exemple aux membres inférieurs.

Il est indispensable de poser un diagnostic étiologique précis pour ces douleurs névralgiques en s'aidant de la clinique et de la paraclinique.

Au total, ces manifestations se regroupent pour former un **authentique Syndrome** qu'il faudra retrouver.

LA COMPRESSION MÉDULLAIRE LENTE

Cette dénomination doit disparaître. La compression médullaire n'est lente que parce qu'on la laisse évoluer sans faire le diagnostic. Une compression médullaire d'évolution lente peut se compliquer très brusquement sur le plan neurologique.

Il est nécessaire d'avoir beaucoup d'**attention clinique** pour démasquer la compression médullaire qui évolue en **plusieurs stades** :

► **Fatigue dans les jambes, fatigabilité à la marche**, difficulté pour monter les étages, qui nécessitent l'arrêt de l'effort, sans dyspnée.

► **Déroutement d'une jambe à la marche**, qui augmente de fréquence, sans notion de trouble mécanique du genou par exemple.

► **Claudication intermittente médullaire à la marche et à la station debout prolongée**, impression de lames de plomb sous les pieds, sans aucune douleur, à la différence de l'artérite, correspondant à une incongruence entre le contenant et le contenu rachidien.

On retrouve également cette claudication intermittente médullaire dans le Syndrome du canal lombaire étroit et dans le syndrome du mégacul de sac dural. Ceci correspond à une compression du retour veineux intrarachidien à la marche ou debout.

► **Fourmillements dans les jambes**, d'expression très variée, assez banals d'aspect, pour lesquels le malade trouve souvent une cause lui-même (varices par exemple).

► **Troubles de la perception du chaud et du froid, thermoanalgésie.**

► **Troubles sphinctériens**, qu'on doit bien rechercher ; le malade peut *trop bien uriner* par exemple c'est-à-dire trop fréquemment, ou déclencher sa miction avec lenteur, ou avoir *besoin d'uriner de manière impérieuse, sans douleur*.

► **Troubles sexuels**, assez faciles à diagnostiquer chez l'homme (impuissance complète mais aussi progressive) pour lesquels le malade retrouve également souvent une cause qui lui paraît très plausible.

Au total toute cette symptomatologie est surtout fonctionnelle et doit être finement recherchée.

Les troubles sont souvent **variables dans le temps et selon l'effort** : ils apparaissent à l'effort et ont tendance à disparaître au repos. Il est donc parfois nécessaire de pratiquer l'examen après avoir fait exécuter des mouvements physiques au patient (monter quelques marches par exemple).

Au total on retrouve **plusieurs grands tableaux cliniques** :

● **Tableau d'orientation clinique avec un Syndrome rachidien** : c'est le cas le plus fréquent. Il correspond à une **compression d'origine vertébrale**, osseuse, métastatique très souvent.

● **Tableau d'orientation avec un syndrome rachidien et des radiculalgies** : **la compression est d'origine extradurale.**

Il s'agit souvent du *Neurinome*, cervical ou lombaire, ou du *Méningiome*, surtout dorsal, parfois lombaire, rarement cervical.

● **Tableau d'orientation clinique seul** : **il correspond à une compression intramédullaire.** L'examen neurologique doit être très complet.

CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC

• **Électromyogramme (E.M.G.) couplé avec les Potentiels évoqués somesthésiques.**

L'examen est assez fiable mais donne des résultats positifs en cas de lésion déjà importante.

• **Radiographies standard de la colonne vertébrale :**

Il faut préciser au radiologue le niveau où l'on suspecte la compression :

On peut retrouver :

– *un élargissement du canal rachidien*

- un amincissement des pédicules vertébraux
- une lésion vertébrale lysante ou condensante

Les autres investigations visent surtout à obtenir une stratégie opératoire plutôt qu'un diagnostic étiologique :

• **Tomodensitométrie** couplée à la **Myélographie**

Bien centrées par la clinique, ces explorations donnent des renseignements essentiellement d'ordre technique.

Certains examens sont peu utilisés :

► **Ponction Lombar (P.L)**

La classique dissociation albumino-cytologique n'est pas retrouvée aux stades de début de la maladie car le liquide céphalorachidien n'est pas entravé dans sa circulation. En outre, la PL comporte un *risque majeur de décompensation* de la compression du fait de la baisse de volume liquidien en aval et de la descente brutale de la moelle qui devient alors vivement comprimée.

► **Myélographie Isotopique**

Elle est peu utilisée.

► **Résonance Magnétique Nucléaire (R.M.N)**

Elle est très *intéressante pour explorer les lésions intraspinales* (à type de fente ou de cavitation).

CONCLUSION

● Dès qu'est soupçonnée une compression médullaire, il doit s'engager **une course de vitesse pour permettre la décompression la plus rapide possible** : trop de temps est généralement perdu dans une recherche étiologique qui, de toute façon, sera résolue au moment du geste chirurgical.

● Il faut retenir que :

► toute rachialgie surtout dorsale impose un examen neurologique très attentif.

► Il faut faire un examen neurologique d'autant plus minutieux et complet que les signes fonctionnels d'appel sont discrets.

► le bilan électroneurophysiologique, le scanner et la RMN, utilisés précocement grâce à la sagacité du médecin généraliste qui reconnaît les éléments du syndrome d'orientation de compression médullaire doivent faire disparaître définitivement le terme de compression médullaire lente.



BULLETIN D'ABONNEMENT



M. (nom) (prénom)

adresse :

 (code postal) (ville)

- généraliste
 spécialiste
 étudiant (année :)
 (UER :)
 s'abonne
 renouvelle son abonnement

pour 1 an, à compter du 1^{er} janvier 1990
 à « **NPN MÉDECINE** », Revue Interrégionale de FMC

Médecins : 265 francs Étudiants : 220 francs

Chèque à envoyer avec ce bulletin à « C M R » (Communication Médicale Régionale),
 chez M. le Pr B. DEVULDER, Clinique Médicale A, Hôpital Cl. Huriez, 59037 Lille Cédex.