

# Compression médullaire non traumatique et syndrome de la queue de cheval

Insérer les T1

## Objectifs pédagogiques

### 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.*

### COFER

*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 des étiologies (médicale et chirurgicale) et le degré d'urgence de cette prise en charge.*

## 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 de la queue de cheval, dans leur portion située au-dessous de

la moelle épinière (après le cône terminal). Les racines constituant la queue de cheval sont les 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> paires lombaires, et les 5 paires sacrées.

De façon générale, le syndrome de la queue de cheval se manifeste par une atteinte **périphérique** sensitivo-motrice et réflexe, et une atteinte viscérale, associées à différents degrés.

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

## **Syndrome complet**

Il se manifeste par :

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

## **Syndrome incomplet**

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

- 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 sensitivo-moteur distal, aréflexie achilléenne ;
- forme basse (S2, S3, S4, S5) : atteinte sensitive (anesthésie en selle), sphinctérienne et génitale ;

## **SIGNES CLINIQUES EVOCATEURS D'UNE COMPRESSION MEDULLAIRE ET DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL D'UNE COMPRESSION PERIPHERIQUE**

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

### **Syndrome lésionnel radiculaire**

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

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

## **Syndrome sous-lésionnel médullaire**

Il 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 ostéo-tendineux vifs, diffusés, polycinétiques, trépidation épileptoïde du pied, présence d'un signe de Babinski ;
- des troubles sensitifs dans le même territoire sous-jacent au niveau de la compression ;
- des troubles sphinctériens : rétention d'urine.

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

## **PRINCIPALES HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES A EVOQUER.**

### **Causes extra-médullaires**

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

- causes extra-durales :
  - hernie discale, canal lombaire étroit avec décompensation brutale,
  - métastase vertébrale, myélome, lymphome,
  - spondylodiscite infectieuse, hématome épidural ;
- causes intra-durales : méningiome, neurinome, etc.

### **Causes intra-médullaires**

Ce sont les suivantes : épendymome, glioblastome, astrocytome, métastase intra-médullaire, syringomyélie, etc.

## EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES

L'**IRM** est actuellement la technique d'imagerie de référence lors d'une compression médullaire ou d'un syndrome de la queue de cheval (figure 23.3 page XXX). 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, le plus souvent, très rapide.

L'analyse du **LCR** est utile lorsqu'un processus inflammatoire ou infectieux est suspecté.

## PRINCIPES THERAPEUTIQUES.

La prise en charge est **urgente** pour permettre 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 :

- étiologies infectieuses : antibiothérapie adaptée au germe isolé ; immobilisation du rachis par une orthèse ;
- processus tumoral inaccessible à la chirurgie : chimiothérapie, radiothérapie.

### Points clés

- La compression médullaire non traumatique et le syndrome de la queue de cheval sont des urgences diagnostiques et thérapeutiques.
- L'**IRM** est actuellement la technique d'imagerie de référence lors d'une compression médullaire ou d'un syndrome de la queue de cheval, permettant de localiser la compression et d'évoquer une hypothèse diagnostique.