

Syringomyélie

<http://www.syringomyelie.fr>

# **Syringomyélie post-traumatique au centre suisse de paraplégie**

- Symposium / Colloque / Congrès - Symposium 2008 -

Publication le mercredi 3 décembre 2008

Modification le mercredi 24 décembre 2008

Fichier PDF créé le mardi 3 septembre 2013



Pr Raoul Hellbronner  
President of the Swiss Society  
of Neurosurgery

Schweizerische Gesellschaft  
für Neurochirurgie

« Management of Posttraumatic  
Syringomyelia »



Centre de Référence pour la Syringomyélie  
Novembre 2008



### Syringomyélie post-traumatique au centre Suisse de paraplégie

La syringomyélie post-traumatique constitue une complication tardive de lésion médullaire. La condition pour l'apparition d'une syringomyélie post-traumatique (SPT) est l'application d'une force conduisant à une lésion de l'arachnoïde avec trouble consécutif de la circulation du liquide cérébro-spinal le long de la moelle épinière. Il est admis qu'à la suite de la lésion les changements de pression et de flux autour de la moelle conduisent à une entrée de liquide cérébro-spinal par l'espace inter-cellulaire et ainsi à un gonflement médullaire.

Concernant la probabilité d'apparition d'une SPT les données sont diverses. En général on l'évalue entre 2 et 5 %.

Chez les patients suivis au Centre Suisse de Paraplégie, l'intervalle entre le moment de l'accident et l'apparition des premiers symptômes variait entre trois mois et 28 ans. Dans deux tiers des cas, le premier signe d'une SPT consiste en l'apparition ou l'augmentation de douleurs. Dans un tiers des cas, ce sont des troubles moteurs ou sensitifs progressifs. De plus, une transpiration inhabituelle ou une spasticité progressive peut constituer les premiers signes. Des troubles sont également possibles lorsque la syringomyélie s'étend en dessous d'une lésion médullaire complète.

Pour déterminer l'indication opératoire d'une syringomyélie post-traumatique, une documentation aussi structurée que possible peut s'avérer une aide décisive. En cas de troubles rapidement progressifs la décision est le plus souvent aisée. Dans beaucoup de cas cependant, les troubles n'augmentent que très lentement et une perte fonctionnelle ne devient évidente qu'en présence d'examen cliniques documentés sur plusieurs années. C'est pourquoi les contrôles systématiques réguliers de traumatisés médullaires dans un centre spécialisé ainsi que l'instruction des médecins traitants sont, à mon avis, d'une grande importance.

L'objectif réaliste de l'opération en cas de syringomyélie post-traumatique doit être la stabilisation de l'état ; les douleurs, la sudation et les déficits neurologiques régressent d'autant plus volontiers qu'ils n'ont pas été présents trop longtemps en préopératoire. La spasticité est la plus récalcitrante. La stratégie thérapeutique générale au Centre Suisse de Paraplégie est d'opérer une syringomyélie symptomatique, à moins que la documentation ne montre qu'une variation insignifiante des troubles. Une spasticité progressive due à une syringomyélie devrait à notre avis toujours être abordée par le traitement de la syringomyélie elle-même et pas par une augmentation des spasmolytiques.

Les meilleurs résultats opératoires sont observés avec les lésions thoraciques. Dans une série avec un suivi moyen de

4 ans, 15 patients sur 16 sont restés stables. Pour les lésions cervicales ou thoraco-lombaires, seuls 60% de nos patients sont restés stables après un suivi moyen de plus de 6 ans.

Nous attribuons une importance croissante au problème du tethering post-traumatique. Par ce terme on entend les suites associées à l'adhésion de la moelle épinière au niveau de la lésion. Une augmentation des troubles après lésion médullaire malgré un traitement réussi de la syringomyélie ou en l'absence d'une syringomyélie peuvent être dus à un tethering. On ne peut pas évaluer dans quelle mesure des troubles lentement progressifs chez un patient avec SPT sont imputables au tethering ou à la syringomyélie. En cas de lésion médullaire complète, la cordectomie, c'est-à-dire la section de la moelle au-dessus et, selon les cas, également au-dessous de la lésion, constitue à notre avis une alternative opératoire dans les lésions thoraciques.

<object classid='clsid:d27cdb6e-ae6d-11cf-96b8-444553540000'  
codebase='http://fpdownload.macromedia.com/pub/shockwave/cabs/flash/swflash.cab#version=6,0,0,0' width='550'  
height='388'> <!--[if !IE]> -- <!-- <![endif]--

**Le support de présentation**