
LA MÔELLE BASSE FIXÉE CHEZ L'ADULTE : LE PROBLÈME DE LA RÉCUPÉRATION SPHINCTÉRIENNE A PROPOS D'UN CAS

N. LAGHA, A. ABDELMALEK, M. TOUATI, A. MORSLI, T. BENBOUZID

Service de Neurochirurgie, CHU Bab el Oued, Alger.

RÉSUMÉ: La moelle basse fixée est une entité congénitale résultant d'une traction rostrocaudale de l'axe spinal due à différentes causes: une dysraphie opérée dans l'enfance ou pas type lipomyélocèle, des adhérences arachnoïdiennes, un filum court et adipeux avec des signes neurologiques variables pouvant exister d'emblée ou s'aggraver avec le temps. Nous rapportons le cas d'un homme de 23ans présentant des troubles sphinctériens à type de dysurie depuis la petite enfance et d'incontinence fécale depuis l'âge de 10 ans. Une libération chirurgicale de la moelle a été effectuée et a été suivie d'une heureuse récupération sphinctérienne..

Mots clés : *Moelle basse fixée, Lipomyelocèle, Troubles sphinctériens..*

ABSTRACT: The tethered cord syndrom is a congenital entity, that belongs to a group of abnormalities under the term of «occult spinal dysraphism», as adipous filum terminale or unelastic filum terminale, or can be secondary to a lipomyelomeningocele, or lipomyelocèle operated or not during infancy. Neurologic signes are various with motors and sensory troubles associated with sphincterian disorders. We report a case of a 23 year old man who has been experiencing dysuria since the first year of life and fecal incontinence since age of 10. A surgical release of the spinal cord has been performed, with a satisfactory sphincterian improvement.

Key words : *Tethered cord, Lipomyelocèle, Sphincterian disorders.*

INTRODUCTION

La moelle basse fixée est un trouble fonctionnel du cordon spinal du à une attraction rostrocaudale de ce dernier par une entité pathologique qui peut être un filum non élastique, une myéломéningocèle sacrée ou un lipomyélo-méningocèle transitionnel caudal, de sorte que le cône médullaire se retrouve situé plus bas que L1-L2.

Le terme de moelle basse fixée a été donné par Hoffman en 1976 lors d'un rapport intitulé «tethered spinal cord», portant sur 32 patients présentant des troubles moteurs et sensitifs aux deux membres inférieurs avec incontinence sphinctérienne.

CAS CLINIQUE

Le patient est un jeune homme âgé de 23 ans, qui souffre depuis l'âge de 10 ans de troubles sphinctériens à type d'incontinence fécale transitoire d'après les parents ainsi que d'une dysurie.

Dans ses antécédents, le patient a été opéré à l'âge de 2 ans pour une «excroissance cutanée lombaire» qui a été «ligaturée» par un chirurgien généraliste.

Il a consulté en neurochirurgie à l'âge de 17 ans pour dysurie et un bilan neuroradiologique a été effectué ; le diagnostic d'une moelle basse fixée par lipomyelocèle a été posé ainsi que la nécessité d'une intervention, mais le

patient et ses parents auraient refusé la solution chirurgicale.

Le patient revient en consultation 5 ans plus tard avec la même symptomatologie, ainsi qu'un retentissement de la dysurie sur son arbre urinaire.

L'examen retrouve un patient sans troubles moteurs, avec des troubles sensitifs de la région périnéale, une béance anale et une dysurie sur vessie de lutte. L'échographie abdominopelvienne met en évidence une hydronéphrose bilatérale plus importante à gauche et la manocystométrie retrouve un résidu vésical supérieur à 300 ml après évacuation.

L'IRM montre une mœlle basse fixée par un lipomyélocèle au niveau sacré S1-S2 (Fig.1).



Fig. 1 : IRM en coupe sagittale montrant une mœlle basse fixée par lipomyélocèle

L'intervention chirurgicale a été réalisée et a consisté en une libération de la mœlle avec réfection durale.

Une récupération du sphincter anal a été notée en période post opératoire immédiate, alors que les troubles urinaires sont restés stationnaires. Après un recul de 1 an, l'IRM de contrôle montre une mœlle détendue (Fig. 2).

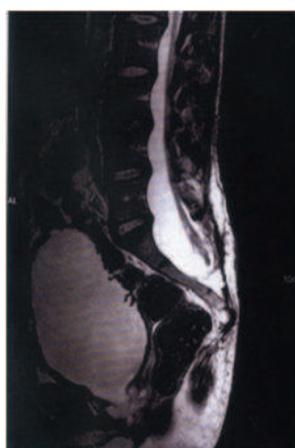


Fig. 2 : IRM de contrôle en coupe sagittale montrant une mœlle libérée

DISCUSSION

Les patients présentant une mœlle basse fixée peuvent développer des troubles neurologiques progressifs. La sémiologie comporte des douleurs radiculaires, une faiblesse musculaire, des troubles réflexes qui sont retrouvés sous forme d'aréflexie souvent asymétrique, des troubles sensitifs, une spasticité et des troubles sphinctériens.

Yamada [5] a classifié les mœlles basses fixées en 3 catégories :

CATÉGORIE 1 :

Elle inclut les patients présentant des signes neurologiques de traction médullaire, qui expriment la souffrance du segment médullaire compris entre le site de fixation en bas (force de traction) et un site de contreforce de la traction qui se situe en D12-L1, là où se trouve l'insertion basse du ligament dentelé. Ces patients peuvent présenter :

- ♦ Un film terminal non élastique,
- ♦ Une myéoméningocèle qui continue la partie caudale de la mœlle
- ♦ Un petit lipomyélocèle transitionnel ou caudal.

L'intervention chirurgicale améliore nettement les malades.

CATÉGORIE 2 :

Les anomalies spinales sont ici plus importantes allant de L1 à S1. C'est le cas de la plupart des myéloméningocèles et des gros lipomyéloméningocèles. Les signes neurologiques seront partiellement réversibles ou inchangés.

CATÉGORIE 3 :

Ce sont des patients asymptomatiques neurologiquement mais qui présentent une mœlle basse fixée radiologiquement.

La sémiologie de la mœlle basse fixée est due à l'action mécanique de la traction rostrocaudale ainsi qu'aux dommages ischémiques qui en résultent.

Chez l'adulte, l'installation des troubles est due aux microtraumatismes durant les mouvements de flexion et d'extension qui s'exercent sur la mœlle [4].

Bien que certains auteurs préconisent une libération précoce de la mœlle, dès le début des signes pour avoir de bons résultats [3], d'autres auteurs ont rapportés des évolutions longues et symptomatiques chez qui l'intervention, bien que tardive, a donné de bons résultats surtout sur le plan sphinctérien [2, 4].

Notre patient souffrant d'une mœlle basse fixée par lipomyélocèle avec des troubles sphinctériens depuis l'âge de 10 ans a

récupéré intégralement son sphincter anal après la libération de sa mœlle.

Devant l'amélioration de ce cas et le cas cité par Gupta [2] malgré une évolution de 20 ans, nous préconisons la libération d'une mœlle basse fixée quelle que soit la durée d'évolution de la clinique, avec un espoir de récupération postopératoire.

CONCLUSION

La mœlle basse fixée de l'adulte, donnant des troubles neurologiques, quelle que soit son étiologie, doit être opérée même à distance de l'installation des troubles car offrir une chance de guérison au malade justifie amplement la décision.

BIBLIOGRAPHIE

- 1] DRAKE JM & COLL : Surgical management of the tethered spinal cord-walking the fine. NS focus 23 (2) : E4,2007.
- 2] GUPTA G& COLL : Reversal of longstanding neurological deficits after a late release of tethered spinal cord. NS focus 29 (1) E11,2010.
- 3] LEE GY & ALL : Surgical management of tethered cord syndrom in adults: indication techniques & longterm outcome in 60 patients. JNS Spine 4 : 123-131, 2006.
- 4] PANG D & WILBERGER JE : Tethered cord in adults. JNS 57 : 32-47, 1982.
- 5] YAMADA S & COLL : pathophysiology of tethred cord syndrome and similar complex disorders. NS Focus 23 (2) : E6, 2007.