

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

ANNEE 1998



N°

LES COMPRESSIONS DE LA QUEUE DE CHEVAL A PROPOS DE 20 CAS COLLIGES A LA CLINIQUE NEUROCHIRURGICALE DU C.H.U DE DAKAR

MEMOIRE

POUR L'OBTENTION DU CERTIFICAT D'ETUDES SPECIALES
EN NEUROCHIRURGIE



Présenté

Par

Abel KABRE

CONSEIL AFRICAIN ET MALGACHE
POUR L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
C. A. M. E. S. — OUAGADOUGOU
Arrivée 07. JAN. 2002.....
Enregistré sous n° 00.2692.

- Docteur d'Etat en Médecine
- Ancien Interne des Hôpitaux de Dakar

JURY :

<i>Président :</i>	M ^r Mamadou	GUEYE	Professeur
<i>Membres :</i>	M ^r Seydou Boubacar	BADIANE	Maître de Conférences Agrégé
	M ^r Youssoupha	SAKHO	Maître de Conférences Agrégé
	M ^r Amadou Gallo	DIOP	Maître de Conférences Agrégé
<i>Directeur de Thèse :</i>	M ^r Mamadou	GUEYE	Professeur

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
TABLE DES MATIERES.....	2
GENERALITES - RAPPELS.....	2
I. ANATOMIE DESCRIPTIVE ET RAPPORTS.....	2
1. LE RACHIS LOMBOSACRE.....	2
2. LE CANAL RACHIDIEN LOMBAIRE.....	4
3. LE CONTENU DU CANAL LOMBAIRE.....	4
4. LES VAISSEAUX.....	6
II. ANATOMIE FONCTIONNELLE ET PHYSIOLOGIE.....	7
1. ANATOMIE FONCTIONNELLE DU RACHIS LOMBAIRE.....	7
2. PHYSIOLOGIE DU DISQUE INTERVERTEBRAL.....	7
3. PHYSIOLOGIE RADICULAIRE.....	8
4. PHYSIOLOGIE URODYNAMIQUE.....	9
III. DIAGNOSTIC POSITIF.....	13
1. CLINIQUE.....	13
2. MOYENS TECHNIQUES D'EXPLORATION.....	15
IV. ETIOLOGIES.....	17
1. COMPRESSIONS AIGUES.....	17
2. COMPRESSIONS LENTES.....	18
NOTRE ETUDE.....	20
I. PATIENTS ET METHODE.....	21
II. RESULTATS.....	23
1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES.....	23
2. ASPECTS CLINIQUES.....	24
3. ASPECTS PARACLINIQUES.....	26
4. ASPECTS ETIOLOGIQUES.....	27
5. PATHOLOGIES ASSOCIEES.....	28
6. EVOLUTION.....	29
III. COMMENTAIRES.....	29
1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET ETIOLOGIQUES.....	29
2. DONNEES CLINIQUES.....	32
3- DONNEES PARACLINIQUES.....	34
4. DONNEES THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES.....	35
CONCLUSION GENERALE.....	37
BIBLIOGRAPHIE.....	40
ANNEXE : OBSERVATIONS.....	43

INTRODUCTION

Les compressions de la queue de cheval réalisent une entité clinique (le syndrome de la queue de cheval) qui traduit la souffrance des racines lombaires (L₂ à L₅) et des racines sacrococcygiennes dans le cul de sac dural.

C'est en 1925 que PETIT-DUTAILLIS et ALAJOUANINE (1) rapportent le premier cas de compression de la queue de cheval par une hernie discale. En 1949 VERBIEST individualise le syndrome du canal lombaire étroit. Depuis cette date les compressions de la queue de cheval ont bénéficié des nombreux progrès de la neuro-imagerie (TDM, RMN) de la neurophysiologie (EMG, vitesse de conduction, potentiels évoqués) et des progrès de l'approche neurochirurgicale visant à obtenir une décompression aussi large et aussi rapide que possible.

Sur le plan pronostique, les compressions de la queue de cheval restent marquées par des séquelles lourdes (paraparésie, troubles génitaux et sphinctériens) avec un retentissement important sur la vie du patient et son adaptation à la société.

Au Sénégal, de nombreuses études ont été consacrées aux différents aspects de cette pathologie (1, 7, 9).

Le présent travail vise à préciser les aspects étiologiques, thérapeutiques et pronostiques des compressions de la queue de cheval à partir de 20 cas colligés à la clinique neurochirurgicale du C.H.U de Dakar.

GENERALITES - RAPPELS

I. ANATOMIE DESCRIPTIVE ET RAPPORTS

1. LE RACHIS LOMBOSACRE

Le rachis lombosacré est constitué par l'empilement des vertèbres lombaires, du sacrum et du coccyx.

1.1. Les vertèbres lombaires

Le rachis lombaire est constitué de cinq vertèbres numérotées de L₁ à L₅.

Par rapport à la vertèbre fondamentale, la vertèbre lombaire apparaît grossie, épaissie et renforcée avec certains caractères particuliers.

– Le corps vertébral est très volumineux réniforme, de constitution trabéculaire lui permettant de résister à des charges de 400 à 500 kg.

– L'arc postérieur apparaît comme une sorte de levier en « Y » solidaire du corps vertébral par l'intermédiaire des deux pédicules courts et trappus. Les apophyses épineuses sont longues; les apophyses transverses longues et effilées; les colonnes des massifs articulaires se disposent verticalement et limitent la mobilité du rachis lombaire.

– Les disques intervertébraux sont composés d'une partie périphérique dure ou anneau fibreux (annulus fibrosus) et d'une partie centrale molle, le noyau gélatineux (nucleus-pulposus).

Les disques agissent comme des coussinets élastiques dans lesquels les noyaux gélatineux répartissent les pressions lors des mouvements de la colonne vertébrale.

1.2. Le sacrum

Il résulte de la soudure des 5 vertèbres sacrées et des disques intervertébraux. Il présente :

- une face antérieure concave où l'on note 4 paires de trous sacrés ;
- une face postérieure convexe ;
- une face supérieure ou base qui constitue la surface de contact pour le disque intervertébral ;
- une face inférieure ou sommet appliqué contre le coccyx.

1.3. Le coccyx

Les vertèbres coccygiennes sont au nombre de 4 à 6. Elles se soudent pour former le coccyx.

2. *LE CANAL RACHIDIEN LOMBAIRE*

C'est un conduit ostéofibreux de forme triangulaire avec un angle postérieur et des angles latéraux mousses. Son diamètre antéropostérieur est supérieur à 12 mm et son diamètre transverse supérieur à 17 mm.

Ce canal est divisé en trois parties :

- une partie centrale ou canal dural contenant le sac dural ;
- une partie latérale ou canal radiculaire où chemine la racine entre son émergence du sac dural et son entrée dans le foramen ou trou de conjugaison ;
- le trou de conjugaison ou foramen : il est chargé de livrer passage et de protéger les nerfs rachidiens et les vaisseaux vertébraux qui les accompagnent.

Il est limité en haut et en bas par les pédicules adjacents ; en arrière par l'articulation vertébrale postérieure doublée sur sa face antérieure par le ligament jaune ; en avant se trouve le disque intervertébral.

3. LE CONTENU DU CANAL LOMBAIRE

A l'intérieur du canal rachidien, la moëlle est contenue dans un étui duremérien qui descend jusqu'à la deuxième vertèbre sacrée (S_2). Ce cul de sac est séparé de l'étui vertébral par l'espace épidual rempli de tissu cellulo-graisseux constituant un espace tampon parcouru de vaisseaux sanguins et lymphatiques.

La dure mère est tapissée à l'intérieur par l'arachnoïde qui contient le liquide céphalo-rachidien et les racines de la queue de cheval depuis leur origine jusqu'à leur entrée dans le trou de conjugaison.

En raison du développement inégal de la moëlle et de ses méninges, l'extrémité inférieure du cône terminal ne dépasse pas le bord supérieur de L_2 . Au-dessus de lui, les racines lombosacrées se groupent autour du filum terminal dans la partie caudale du sac dural formant ainsi la **queue de cheval**.

4. LES VAISSEAUX

4.1. Les artères

Elles naissent des branches pariétales lombaires de l'aorte.

Les branches terminales postérieures (les artères dorso-spinales) se divisent en une artère destinée aux masses musculaires rétrovertébrales et une artère radiculaire qui gagne le canal vertébral par le canal de conjugaison.

Dans le canal vertébral, les artères radiculaires pénètrent dans les gaines dures et cheminent sur la face antérieure du nerf rachidien.

Sur les nerfs qui constituent la queue de cheval, il existe une grande richesse artérielle ; chaque racine porte une ou deux artères radiculaires.

4.2. Les veines

Très développées au niveau du canal rachidien, elles forment des réseaux complexes ; les plexus veineux intra-rachidiens et extra-rachidiens qui se drainent dans les veines lombaires, ilio-lombaires, sacrées puis dans la veine cave inférieure.

C'est l'intérêt d'une bonne décompression abdominale afin de réduire le saignement veineux per-opératoire.

II. ANATOMIE FONCTIONNELLE ET PHYSIOLOGIE

1. ANATOMIE FONCTIONNELLE DU RACHIS LOMBAIRE

Le rachis lombaire est le segment de la colonne vertébrale qui participe au trois fonctions assurées par le rachis : axe du corps, protection des éléments nerveux et fonction dynamique.

Les vertèbres lombaires sont caractérisées par la massivité de leurs apophyses transverses et épineuses, leviers de leurs mouvements ainsi que par l'orientation sagittale de leurs apophyses articulaires.

Les apophyses articulaires remplissent avant tout un rôle de butée latérale limitant par leur rencontre toute inclinaison à droite ou à gauche. Les apophyses articulaires inférieures de la vertèbre susjacentes viennent s'encastrent entre les apophyses articulaires supérieures de la vertèbre située au dessus. Ainsi est assurée la solidité de la colonne au-dessus du sacrum.

L'inclinaison latérale ne dépasse pas 20° de chaque côté. Dans la flexion, les apophyses articulaires de la vertèbre supérieure s'élèvent, le rachis lombaire redresse sa courbure ; ce mouvement atteint une amplitude de 40°. Dans l'extension, le mouvement inverse se produit, la colonne des arcs se raccourcit légèrement, accentue l'enselure lombaire tandis que s'allonge la colonne des corps vertébraux.

Ce mouvement atteint une amplitude de 30°. Sur le plan de la rotation, elle est de 10° à droite comme à gauche.

2. PHYSIOLOGIE DU DISQUE INTERVERTEBRAL

Le disque intervertébral en tant qu'unité fonctionnelle assure trois fonctions essentielles :

2.1. La stabilité vertébrale

Le disque en est l'élément essentiel. Il assure la précontrainte grâce au couple « anneau-nucléus ». Participent également à cette stabilité, les apophyses articulaires, les muscles et les ligaments lombaires.

2.2. La mobilité rachidienne

Vue sa déformabilité, le disque permet des mouvements dont l'amplitude varie d'un sujet à l'autre en fonction de l'épaisseur du disque.

2.3. L'amortissement des chocs

A l'étage lombaire, le disque est soumis à trois charges :

- le poids du segment corporel supporté ;
- la résultante des forces de contraction musculaire nécessaires au maintien de la statique et à l'exécution des mouvements ;
- le poids des objets soulevés.

3. *PHYSIOLOGIE RADICULAIRE*

Les racines de la queue de cheval sont mixtes. Elles sont formées par des fibres sensibles, motrices et végétatives. Comprimées par un même agent, les fibres radiculaires souffrent à des degrés variables. Ce sont les fibres de la sensibilité douloureuse qui sont les plus fragiles puis les fibres motrices ensuite viennent les fibres de la sensibilité tactile et enfin les fibres végétatives.

3.1. Les racines L₂, L₃ et L₄ assurent :

- l'innervation sensible de la partie supéro-externe de la fesse, la face externe de la cuisse puis sa face antérieure et enfin sa face interne ;

- L₂ correspond plus particulièrement à la partie haute ;
 - L₃ à la partie moyenne ;
 - L₄ à la partie basse descendant ensuite à la face interne du genou, la face antéro-interne de la jambe jusque dans la région de la malléole interne et à la partie adjacente du cou du pied.
- L'innervation motrice du quadriceps ;
 - le fonctionnement du réflexe rotulien (L₄).

3.2. La racine L₅ assure

- l'innervation sensitive d'une partie de la face postérieure de la cuisse, la face antéroexterne de la jambe, le cou de pied devant la malléole externe, le dos du pied en direction du gros orteil ;
- l'innervation motrice de la loge antéroexterne de la jambe.

3.3. S₁ et S₂ assurent :

- l'innervation motrice de la loge postérieure de la fesse et de la cuisse.

3.4. S₂, S₃, S₄ et S₅ assurent :

- l'innervation sensitive du peigné des organes génitaux externes, de la partie haute de la face interne de la cuisse, les fonctions sphinctériennes et génitales (érection, éjaculation) et les réflexes anal et bulbo-caverneux.

4. *PHYSIOLOGIE URODYNAMIQUE*

L'innervation du système sphinctérien est complexe. Elle est à la fois végétative (sympathique et parasymphatique) et somatique (motricité volontaire).

4.1. Les centres nerveux

Ils sont situés au niveau de :

- la moëlle dorsolombaire (D₁₁-L₂) pour le système sympathique (α et β) qui conduit par les nerfs hypogastriques aux récepteurs β dominant au niveau du détrusor et α prédominant au niveau du trigone et du col vésical ;

- la moëlle sacrée (S₂-S₄) pour le système parasympathique du détrusor par les nerfs érecteurs et pour le système somatique qui va innervier le sphincter strié par les nerfs honteux internes.

Le remplissage de la vessie, la continence urinaire et la miction supposent une bonne synergie vésico-sphinctérienne.

4.1.1. Lors de la phase de remplissage

Les fibres élastiques du détrusor se distendent sous l'influence des récepteurs sympathiques β dont la stimulation entraîne un relâchement vésical. L'adaptation du tonus urétral se fait grâce à 2 composantes essentielles :

- une composante sympathique α dont la stimulation ferme le col vésical et entraîne une contraction de la musculature lisse de l'urètre postérieur, augmentant la pression à ce niveau ;

- une composante striée à dépendance réflexe sympathique α et surtout somatique (corne antérieure de la moëlle).

Le système sympathique assure essentiellement la continence.

Pendant cette phase de remplissage, les voies sensibles remontent aux centres cérébraux les informations correspondant aux besoins :

- le premier correspondant à l'impression de réplétion vésicale ;
- le deuxième a un besoin qui conduirait normalement à une miction ;
- le troisième besoin "urgent" ou "impérieux", correspond à une légère distension du col vésical laissant passer quelques gouttes d'urine dans l'urètre. La continence est alors obtenue par la contraction volontaire du sphincter strié qui refoule l'urine dans la vessie et bloque un moment les contractions vésicales permettant d'atteindre les conditions naturelles possibles d'une miction.

4.1.2. Lors de la miction

L'urètre se relâche, le tonus urétral lisse d'origine sympathique α chute, le sphincter strié s'ouvre volontairement.

La commande corticale de la contraction du détrusor, sous la dépendance du parasympathique se déclenche et sera maintenue de façon réflexe jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'urine dans l'urètre afin d'assurer une vidange complète. A la fin de la miction, il y a contraction du sphincter strié avec relâchement du détrusor. Le système parasympathique assure essentiellement la miction.

III. DIAGNOSTIC POSITIF

1. CLINIQUE

Selon la topographie de la tumeur on distingue 4 tableaux cliniques différents.

1.1. Syndrome complet de la queue de cheval

Il regroupe l'atteinte de toutes les racines de L₂ à S₅. Il est caractérisé par :

- une paraplégie flasque atteignant tous les muscles du pied, de la jambe et de la face postérieure de la cuisse, s'accompagnant d'une atrophie de la fesse ;

- une abolition de chaque côté des réflexes rotulien et achilléen ;

- des troubles étendus de la sensibilité à type de :

- anesthésie ou hypoesthésie (tactile et douloureuse) du pied, de la jambe, de la face postérieure de la cuisse, les deux tiers inférieurs de la face antérieure de la cuisse, la région fessière interne ;
- trouble de la sensibilité profonde
- anesthésie des muqueuses ano-rectale, génitale et urétrale ,
- des troubles sphinctériens : rétention vésicale, constipation, incontinence pour les gaz et les matières liquides,

- des troubles génitaux : impuissance, perte de l'éjaculation ;
- des troubles trophiques : escarres sacrolombaires, talonniens.

1.2. Syndrome moyen lombosacré

Il concerne les quatre premières racines lombaires (L₂ à L₅) :

- les paralysies se localisent aux muscles du pied, de la face postérieure de la jambe et de la cuisse. Les fessiers sont atrophiés, la marche reste possible mais le malade est incapable de lever la plante du pied, il talonne ;
- seuls les réflexes achilléen, cutané-plantaire et anal sont abolis ;
- les troubles sensitifs sont limités au territoire sciatique L5 S1 et au périnée ;
- les troubles sphinctériens sont discrets.

1.3. Syndrome sacré

Il regroupe l'atteinte des trois ou quatre dernières racines sacrées :

- on ne relève aucun trouble moteur apparent ;
- seuls les réflexes anal et bulbo-caverneux sont concernés ;
- les troubles sensitifs se réduisent à une anesthésie en selle ;
- la miction est lente et pénible ;
- l'impuissance est fréquente chez l'homme ainsi que la frigidité chez la femme.

- l'impuissance est fréquente chez l'homme ainsi que la frigidité chez la femme.

1.4. Hémisyndrome de la queue de cheval

Il est rare. Il peut être la conséquence d'une compression unilatérale droite ou gauche. Selon le niveau de cette compression, il représentera une forme des syndromes précédents mais d'expression unilatérale.

2. MOYENS TECHNIQUES D'EXPLORATION

2.1. Etude du liquide céphalo-rachidien

En faveur de la compression de la queue de cheval, l'existence d'une dissociation albumino-cytologique.

2.2. Radiographie standard du rachis lombosacré

Elle peut mettre en évidence un pincement discal, une anomalie dysraphique, une fracture, une dégénérescence ostéophytique, une lyse osseuse, un agrandissement d'un trou de conjugaison, une spondylodiscite, une arthrose, une condensation osseuse.

2.3. Saccoradiculographie

Le développement et la perfection des examens non invasifs ont rendu les indications de la saccoradiculographie moins fréquentes. Dans notre pratique, elle reste l'examen de choix, l'introduction de la tomodynamométrie étant très récente. La saccoradiculographie permet

d'étudier les contours du sac dural, les racines nerveuses dans leur trajet intervertébral.

Elle situe la compression. L'aspect de l'image d'arrêt permet de suspecter la topographie de la compression (aspect effilé en bec de flûte des compressions extradurales, aspect en dôme des compressions intradurales).

2.4. La tomодensitométrie

Le diagnostic tomодensitométrique est basé sur la visualisation directe du processus pathologique et des modifications tissulaires environnantes sur la base des éléments morphologiques et densitométriques.

2.5. L'imagerie par résonance magnétique (I.R.M.)

Elle est en voie de devenir l'examen de référence de première intention permettant de visualiser de façon non invasive la moëlle, les espaces sous arachnoïdiens, le canal rachidien et le rachis.

2.6. Les explorations vasculaires

L'artériographie et la phlébographie peuvent avoir un intérêt quand les explorations précédentes laissent suspecter une lésion très vascularisée.

2.7. Les explorations fonctionnelles nerveuses (EMG, vitesse de conduction, potentiels évoqués)

Elles sont utiles pour détecter les maladies médicales qui peuvent simuler une compression de la queue de cheval. Elles permettent de surveiller l'évolution après traitement chirurgical.

IV. ETIOLOGIES

1. *COMPRESSIONS AIGUES*

- Traumatisme lombaire avec fracture et luxation du rachis ;

- hernie discale : la déchirure brutale du ligament vertébral commun postérieur et l'expulsion de tout ou partie du disque expliquent la survenue d'un syndrome aigu de la queue de cheval dont la hernie discale constitue la cause la plus fréquente ;

- épidurites infectieuses ;

- métastases osseuses et épidurales

Les épidurites infectieuses ou métastatiques compriment les éléments de la queue de cheval, mais dans la genèse des troubles neurologiques aigus, la compression des vaisseaux radiculaires peut jouer un rôle important ;

- hématomes épiduraux lombaires. Ils sont spontanés ou d'origine traumatique chez les malades traités par les anticoagulants ou qui présentent une affection hémorragique (maladie de HODGKIN, lymphoréticulosarcome, etc.).

2. *COMPRESSIONS LENTES*

2.1. Tumeurs intradurales

- Le neurinome lombaire :

C'est une tumeur bénigne de la gaine de SCHWANN.

Le diagnostic est souvent suggéré par les examens neuroradiologiques (élargissement d'un trou de conjugaison, aspect d'usure (scaloping) de la face postérieure du corps vertébral, arrêt en dôme ou en cupule du produit de contraste).

- L'épendymome géant de la queue de cheval.

C'est une tumeur qui se développe à partir de cellules épendymaires que l'on retrouve groupées en îlots dans le filum terminale.

La myélographie sous-occipitale, le scanner et surtout la RMN facilitent le diagnostic qui peut être évoqué sur les radiographies simples par l'usure et l'écartement des pédicules des vertèbres.

- Les tumeurs congénitales : tératomes ; adamantinomes ; tumeurs du tractus sacrococcygien.

2.2. Compressions extradurales

- Hernies discales lombaires :

Elles sont favorisées par un canal lombaire étroit congénital.

Elles sont en général de siège lombaire élevé : L₂L₃ ; L₃L₄.

- - Causes osseuses

* métastases lombaires et sacrées des cancers ostéophiles ;
* tumeurs osseuses vertébrales malignes ou bénignes :
chordome, ostéochodrome, ostéoblastome, ostéome ostéoïde, kyste
anevrismal, myélome, sarcome osseux.

- Canal lombaire étroit : il peut être congénital ou acquis (arthrose interapophysaire postérieure, spondylolisthesis dégénératif) ;
- spondylolisthesis congénital ou acquis ;
- spondylodiscite ou spondylite infectieuse à germes banals ou Mal de Pott ;
- parasitose vertébrale : echinococcose, mycétome ;
- méningiome ;
- arachnoïdite compressive, kyste arachnoïdien.

NOTRE ETUDE

I. PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur vingt (20) observations de compression lente de la queue de cheval colligées en 13 ans entre 1983 et 1995 à la Clinique Neurochirurgicale du Centre Hospitalier Universitaire de Dakar.

Durant la même période, 152 dossiers de compression myéloradiculaire lente ont été observés. Ont été exclus de notre étude, tous les dossiers de patient présentant un syndrome de la queue de cheval secondaire à un traumatisme récent vertébro-radicaire lombaire ainsi que les cas pottiques et dysraphiques.

Tous nos patients ont bénéficié :

- d'un examen clinique complet précisant d'une part le degré et le niveau de l'atteinte de la queue de cheval, d'autre part les signes liés aux pathologies associées ;

- d'une exploration neuroradiologique comprenant une radiographie standard du rachis et une sacroradiculographie (SRG).

La tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'étaient pas disponibles. De même, nous n'avons pas pratiqué d'explorations neurophysiologiques fonctionnelles (E.M.G., potentiels évoqués, vitesse de conduction).

Sur le plan thérapeutique tous les patients ont bénéficié .

- d'un traitement médical antalgique et anti-inflammatoire qui a encadré le traitement chirurgical. Un traitement médical spécifique a été associé selon le cas (antibiothérapie, hormonothérapie, etc.) ;

- d'un traitement chirurgical comportant :

- une laminectomie bilatérale sur 1 niveau dans 6 cas, 2 niveaux dans 10 cas et sur 3 niveaux dans 4 cas ;
- une discectomie dans 6 cas ;
- une exérèse d'une tumeur (2 cas) de gangue fibreuse épидurale ou d'un empyème extradural (3 cas) ;
- une foraminotomie (2 cas) ;
- une ablation d'un corps étranger à type de balle d'arme à feu (1 cas).

Le suivi post-opératoire a varié de 3 mois à 4 ans. Les résultats ont été jugés :

- bons : lorsqu'on notait une récupération neurologique et sphinctérienne complète ;
- moyens : lorsque l'amélioration clinique était incomplète ;
- mauvais : lorsque l'état clinique du patient continuait à s'aggraver.

II. RESULTATS

1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

1.1. La fréquence

Durant la période de notre étude (12 ans), nous avons colligé 152 cas de compression lente myéloradiculaire d'origine non pottique. Les compressions de la queue de cheval représentent ainsi 13,15 % de ces cas.

1.2. Sexe

Il existe une prédominance masculine : 17 hommes pour 3 femmes soit un sex ratio $17/3 = 5,67$ hommes pour une femme (5,67/1).

1.3. Age

L'âge moyen est de 50 ans avec des extrêmes de 28 ans et 73 ans.

La tranche d'âge la plus atteinte est celle des 51 - 60 ans (6 cas) ; suivi de la tranche de 41 - 50 ans (5 cas) de celle des 61 - 70 ans (4 cas) et enfin la tranche 31 - 40 ans (3 cas).

Le plus jeune patient avait 28 ans et le dernier et plus ancien 73 ans.

2. ASPECTS CLINIQUES

2.1. Tableau clinique inaugural

- Le tableau clinique initial est dominé par l'apparition de lombalgies chroniques (11 cas) puis viennent les lombosciatalgies (7 cas). Dans 1 cas des troubles vésicosphinctériens à type de dysurie et d'incontinence ont été inauguraux. Dans le dernier cas le tableau initial a été marqué par des paresthésies des membres inférieurs à type de burning-feet.

- Le motif de consultation a été pour tous les patients l'apparition soit de troubles moteurs des membres inférieurs, soit de troubles génito-sphinctériens.

- Le délai de consultation et d'hospitalisation a été de 7 mois en moyenne avec des extrêmes de 15 jours et 4 ans. La majorité des cas (12 cas) a été vue entre 1 mois et 6 mois après le début des signes (60 % des cas). 7 patients (35 %) ont été vus après un an d'évolution. Un seul patient a été vu après seulement 15 jours d'évolution.

2.2. Période d'état

2.2.1. Phénomènes algiques

Ils ont disparu à cette période. Seul un patient signalait des lombalgies persistantes.

2.2.2. Troubles moteurs

Ils sont retrouvés chez tous nos patients. Ils se répartissent comme suit :

16 cas de paraparésie (80 %), 3 cas de paraplégie (15 %) et 1 cas (5 %) de monoparésie.

2.2.3. Troubles trophiques

Ils sont retrouvés chez 3 patients (15 %) à type d'amyotrophie fessière (1 cas) du quadriceps et des muscles de la loge antéroexterne de la jambe (2 cas). Dans tous ces cas, l'amyotrophie était unilatérale.

2.2.4. Troubles des réflexes

- le réflexe rotulien était présent et normal dans 7 cas (35%), il était aboli dans 13 cas (65 %) ;

- le réflexe achilléen était présent et normal dans 14 cas (70 %). Il était aboli dans 6 cas (30 %) ;

- le réflexe cutané plantaire était présent et normal dans 12 cas, indifférents dans 8 cas ;

- le réflexe cutané abdominal était absent dans 1 cas.

2.2.5. Les troubles sensitifs objectifs

Ils ont été retrouvés chez 14 patients (70 %). Il s'agit de troubles sensitifs en selle dont 8 cas d'hypoesthésie, 4 cas d'anesthésie et 2 cas d'hémianesthésie.

Dans 1 cas d'hémianesthésie en selle était associée une hypoesthésie unilatérale du scrotum et de la verge ; dans un cas avec anesthésie en selle était associée une hypoesthésie bilatérale des membres inférieurs, dans un dernier cas seul un membre inférieur était anesthésié.

2.2.6. Les troubles génito-sphinctériens

Ils ont été retrouvés chez 16 patients. Dans 10 cas , on a retrouvé un seul trouble sphinctérien : dysurie (5 cas), incontinence d'urine (3 cas), impuissance (1 cas), rétention d'urine (1 cas).

Dans 6 cas les troubles génito-sphinctériens sont associés incontinence + constipation (2 cas) ; incontinence + impuissance (1 cas) ; incontinence + éjaculation précoce (1 cas) ; incontinence + constipation + impuissance 1 cas) ; dysurie + constipation (1 cas).

3. ASPECTS PARACLINIQUES

3.1. Etude cytochimique du LCR.

Elle a été réalisée chez 10 patients. L'examen était normal dans 6 cas. Chez 4 patients, il existait une dissociation albuminocytologique avec une hypéralbuminorachie comprise entre 10 et 13 g/l dans 3 cas. Le dernier cas était associé à un mycétome vertébro-médullaire et on notait une lymphocytose à 36 éléments /mm³ et une albuminorachie à 18 g/l.

3.2. Radiographie standard du rachis

15 patients ont présenté des lésions radiographiques : 3 cas de tassement vertébral, 3 cas d'ostéocondensation vertébrale, 6 cas de discarthrose, 2 cas de pincement discal et 1 cas de lyse pédiculaire.

3.3. Saccoradiculographie

Elle a permis dans tous les cas de faire le diagnostic. Dans 6 cas, il s'agissait d'une hernie discale médiane, dans 4 cas d'un canal lombaire étroit arthrosique, dans 4 autres cas d'un canal lombaire étroit décompensé par une hernie discale ; dans 3 cas il s'agissait d'une épidurite et dans les 3 derniers cas d'une compression tumorale.

4. ASPECTS ETIOLOGIQUES

4.1. Canal lombaire étroit : 9 cas (45 %)

Dans 6 cas il s'agit d'un canal rétréci par une lombodiscarthrose. Dans 3 cas, il s'agit d'un canal lombaire congénitalement rétréci et décompensé par une hernie discale.

4.2. Hernie discale : 6 cas (30 %)

Il s'agit d'une volumineuse hernie discale médiane parfois exclue (2 cas) et se comportant alors comme une véritable tumeur extradurale avec une dissociation albuminocytologique et un taux d'albuminorachie allant jusqu'à 10 g et 13 g/l.

La hernie siège 3 fois en L₄L₅, 2 fois en L₃L₄ et 1 fois en L₂L₃.

4.3. Epidurite : 3 cas (15 %)

Dans 1 cas, il s'agit d'une épidurite staphylococcique secondaire à une spondylodiscite, dans le deuxième cas, il s'agit d'un mycétome vertébro-médullaire à grains noirs par extension de lésions dermatologiques dorsales ; ce cas était associé à une ostéite ostéocondensante D₁₀D₁₁ et une méningite lymphocytaire (albumine du LCR 18 g/l, cytologie : 36 éléments lymphocytaires/mm³).

Dans le dernier cas, il s'agissait d'une épidurite inflammatoire post-chirurgicale, la patiente ayant subi antérieurement une tentative d'exérèse d'une hernie discale L₄L₅ dans un autre hôpital.

4.4. Tumeur vertébrale : 2 cas (10 %)

Dans le premier cas il s'agit d'une métastase vertébrale (L₄L₅) d'un adénocarcinome prostatique. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un tassement vertébral (L₄) d'étiologie inconnue et associé à une canal lombaire rétréci par une discopathie étagée.

4.5. Mycétome vertébro-médullaire

Il s'agit d'un mycétome extrapodal dorsal à grains noirs envahissant secondairement l'axe vertébro-médullaire.

5. PATHOLOGIES ASSOCIEES

5.1. Un cas de cancer de la prostate ayant donné une métastase rachidienne.

5.2. Un cas de myélopathie vasculaire, responsable d'un syndrome pyramidal avec abolition du réflexe cutané abdominal.

6. EVOLUTION

Les résultats ont été jugés :

- bons dans 11 cas avec une reprise de la marche dans un délai de 6 mois à 1 an. Les troubles vésico-sphinctériens ont disparu plus tardivement en un an et deux ans ;

- moyens dans 7 cas avec des troubles sphinctériens persistants (6 cas) et une paraparésie séquellaire dans le dernier cas ;

- mauvais dans 2 cas. Il s'agit de compressions d'origine tumorale ;

- dans 2 cas les patients n'ont pas été revus après leur exeat de l'hôpital.

III. COMMENTAIRES

1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET ETIOLOGIQUES

1.1. La fréquence

Durant la période de notre étude les compressions de la queue de cheval représentent 13,2 % de l'ensemble des compressions myéloradiculaires non pottiques. Ce taux est comparable à celui déjà rapporté par ILLO (11,8 %).

La compression de la queue de cheval n'est pas rare. Pour EPSTEIN (6) elle représente 10 à 15 % de l'ensemble des compressions

médulloradiculaires. Selon BA (1), le syndrome de la queue de cheval est présent dans 7,81 % des cas de canal lombaire étroit ; ce taux est de 12, 19 % pour LOEMBE au Gabon (11) et de 3 % pour VARLET en Côte d'Ivoire (14).

1.2. Le sexe

La prédominance masculine est classique. Nous retrouvons un sexe ratio de 5,67/1 comparable au chiffre rapporté par ILLO : 6/1 (9). DELACAMBRE (5) trouve un sexe ratio de 4,16/1. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par une prépondérance étiologique du canal lombaire étroit et de la hernie discale.

De par sa fonction sociale et professionnelle l'homme est plus exposé aux microtraumatismes lombaires répétés et à la pathologie dégénérative. Ainsi, dans notre étude, canal lombaire étroit et hernie discale représentent ensemble 75 % des cas.

1.3. L'âge

La tranche d'âge entre 41 et 60 ans est la plus concernée avec 55 % des cas (11 cas). Cette prédominance est rapporté par plusieurs auteurs (6,10). La moyenne d'âge de nos patients (45 ans) est plus élevée que celle rapportée par ILLO : 40 ans. La différence s'explique par la présence dans sa casuistique de 2 enfants (7 et 12 ans) alors que notre série ne comporte pas d'enfant.

Ici encore il faut insister sur la prévalence du canal lombaire rétréci arthrosique chez le sujet d'âge mûr.

1.4. Les étiologies

Sur le plan étiologique, l'analyse de notre série permet de noter 2 principaux faits : d'une part la prépondérance du canal lombaire étroit et de la hernie discale (75 %) et d'autre part la rareté des tumeurs de la queue de cheval (1 cas d'adenocarcinome : 5 % des cas).

1.4.1. Le canal lombaire étroit

Il représente avec 9 cas, 45 % de notre casuistique. Ce taux est supérieur au 28,57 % rapporté par ILLO (9). On peut supposer que des progrès ont été faits dans le dépistage de cette pathologie depuis la première étude.

Dans 4 cas sur 6 il s'agit d'un canal lombaire rétréci par une lombodiscarthrose et dans 2 cas sur 6 la survenue d'une protrusion discale a décompensé un canal lombaire congénitalement étroit.

1.4.2. La hernie discale (6 cas)

Elle est relativement fréquente : 30 % de nos cas contre un taux de 19,04 % dans la série de ILLO (9). La hernie discale est une cause classique de compression de la queue de cheval (15, 12, 13). Il s'agit le plus souvent d'une hernie discale médiane volumineuse voire tumorale.

1.4.3. Les tumeurs de la queue de cheval

Elles sont rares dans notre expérience ; nous n'avons rencontré qu'un cas d'adénocarcinome métastatique. ILLO (9) rapporte 3 cas dont 2 de neurinome et 1 d'épendymome.

Ailleurs les tumeurs de la queue de cheval (neurinome, épendymomes) sont relativement fréquentes (3, 8, 10).

1.4.4. Les causes parasitaires

Il est intéressant de remarquer la relative fréquence des étiologies parasitaires dans les pays en développement.

ILLO (9) rapportait déjà 2 cas de filariose. Dans notre étude, un patient a présenté un mycétome à grains noirs extrapodal dorsolombaire qui s'est étendu progressivement à l'axe vertébro-médullaire avec une ostéite vertébrale et une épидурite.

Les mycétomes à expression neurologique sont relativement exceptionnels (2). Ils sont en rapport avec le mode de vie, exclusivement rural des patients.

2. ***DONNEES CLINIQUES***

2.1. Début

Le début est généralement progressif, dominé par une lombalgie ou une lomboradiculalgie chronique chez un sujet d'âge mûr, travailleur de force (18 cas : 90 %).

Dans 2 cas le tableau clinique inaugural était erratique. Il était marqué dans le premier cas par des troubles vésicosphinctériens et dans le deuxième par des paresthésies bilatérales des membres inférieurs avec burning-feet évoquant une polynévrite fréquente dans nos régions. De ce point de vue, notre étude est comparable aux données de la littérature (6,9).

2.2. La phase d'état

C'est l'apparition de troubles moteurs et/ou sphinctériens qui est le principal motif de consultation dans notre étude. Cette constatation a été déjà faite par d'autres auteurs (9,10).

A ce stade de l'évolution clinique :

- les phénomènes algiques ont presque tous disparu ; seul un patient signalait encore une lombosciatalgie persistante ;

- le tableau clinique est dominé par des troubles moteurs et réflexes. Dans notre expérience, 12 patients présentaient un syndrome complet de la queue de cheval, 2 autres un hémisindrome de la queue de cheval et dans les 6 derniers cas, on notait une paraparésie associée à des troubles sphinctériens mais sans troubles sensitifs objectifs.

Dans un cas était associé un syndrome pyramidal (abolition du réflexe cutané abdominal) faisant évoquer une atteinte médullaire vasculaire.

Les troubles génito et vésico-sphinctériens sont courants et constituent un véritable drame clinique, thérapeutique et social, souvent compatibles avec une vie active et sociale au début de la maladie, ils deviennent totaux et invalidants à la phase d'état (4).

Ils constituent le terrain d'une collaboration pluridisciplinaire associant neurochirurgien, urologue et rééducateur.

3- DONNEES PARACLINIQUES

3.1. Etude cytochimique du LCR

L'intérêt de cet examen a été réduit avec les progrès de l'exploration par l'imagerie médicale. Dans notre pratique le LCR est prélevé au moment de la saccoradiculographie.

L'étude cytochimique du L.C.R. a un intérêt certain dans les cas présentant un début erratique. La découverte d'une dissociation albuminocytologique incite alors à pratiquer une exploration myélographique. Il faut signaler la possibilité de faux négatif ; dans notre expérience 6 fois sur 10 l'examen cytochimique était normal.

Dans le cas de mycétome vertébro-médullaire que nous avons rencontré, l'étude du LCR a permis de mettre en évidence une méningite lymphocytaire associée.

3.2. Examens neuroradiologiques

3.2.1. Radiographie standard

Elle reste le premier moyen d'exploration. Son intérêt est certain dans les cas de compressions d'origine rachidienne (33,33 % des cas). Ailleurs, il s'agit d'un examen de débrouillage.

3.2.2. Saccoradiculographie

C'est notre principal moyen d'exploration. La tomодensitométrie est d'introduction récente dans notre pratique et l'imagerie par résonance magnétique est toujours indisponible.

La sacroradiculographie nous a permis dans tous les cas de confirmer le diagnostic et de préciser le siège de la lésion. Elle ne permet pas cependant l'analyse des structures avoisinantes du rachis. Avec l'introduction récente de la tomodensitométrie, il sera dorénavant possible de faire une bonne analyse du contenant et du contenu du cul de sac dural.

4. DONNEES THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES

4.1. Traitement

Sur le plan thérapeutique la laminectomie décompressive a été notre principale indication chirurgicale. Elle a été associée à des gestes complémentaires en fonction de l'étiologie.

- Dans les cas de canal lombaire étroit :

Une décompression suffisante a été souvent obtenue. Avec d'autres auteurs africains, nous avons constaté que le ligament jaune était très souvent hypertrophique et épais contribuant aux phénomènes compressifs (1,11, 14). Quelquefois était associée une arthrose interapophysaire réduisant le canal radiculaire et obligeant à une foraminotomie avec facettectomie.

Nous n'avons pas pratiqué de récalibrage antérieur, une telle technique est envisageable avec l'introduction récente de la tomodensitométrie.

- Dans les cas de hernie discale, nous avons associé à la laminectomie une discectomie totale.

- Dans les cas de tumeurs et d'épidurites, l'exérèse de la tumeur et/ou du processus fibreux a été souvent difficile. L'existence d'une gangue inflammatoire adhésive ou hémorragique expose à des complications per-opératoires : (déchirure de la dure mère, hémorragie épidurale) limitant l'étendue du geste opératoire.

4.2. Pronostic

Le pronostic neurologique fonctionnel dépend en grande partie de l'intensité du déficit neurologique pré-opératoire. Le diagnostic précoce est donc le seul garant de la récupération et de la guérison.

Les troubles génito-sphinctériens constituent le principal problème pronostic. Parmi les patients considérés comme guéris (11 cas), les troubles sphinctériens ont duré entre un an et deux ans après l'intervention. Des 7 patients au résultat considéré comme moyen, 6 avaient gardé des troubles vésico-sphinctériens séquellaires, un seul présentait une paraparésie séquellaire.

CONCLUSION GENERALE

Il s'agit d'une étude rétrospective de 20 dossiers de compression de la queue de cheval colligés en 13 ans (1983-1995) à la Clinique Neurochirurgicale du Centre Hospitalier Universitaire de Dakar.

Les objectifs de l'étude étaient les suivants :

- étudier les aspects épidémiologiques et étiologiques de cette pathologie au Sénégal ;
- préciser les aspects thérapeutiques et pronostiques de la prise en charge des patients dans nos conditions de travail difficiles.

1. Sur le plan épidémiologique

Les compressions de la queue de cheval représentent 13,2 % de l'ensemble des compressions myeloradiculaires non pottiques et non traumatiques.

Le sujet de sexe masculin est le plus souvent atteint avec un sex-ratio de 5,6/1

La tranche d'âge la plus concernée est celle des 40 - 60 ans et plus souvent des travailleurs de force potentiellement très actifs.

2. Sur le plan clinique

- Le début est généralement progressif (80 % des cas) marqué par des lombalgies ou des lombosciatalgies chroniques souvent banales retardant la consultation et le diagnostic.

Le tableau initial peut être erratique : dans 1 cas le début a été marqué par des troubles vésico-sphinctériens isolés, dans 1 autre cas des paresthésies évoquant une polyneuropathie.

- La période d'état correspond à la période où le malade vient consulter pour la première fois. Le tableau clinique est marqué par l'installation d'un syndrome de la queue de cheval complet (12 cas) ou partiel (8 cas) dominé par les troubles vésico-sphinctériens.

3. Sur le plan paraclinique

La sacroradiculographie demeure notre principal moyen de diagnostic. L'introduction récente de la tomodensitométrie va permettre une meilleure analyse du rachis lombosacré et de son contenu ainsi que des lésions de voisinage. L'imagerie par résonance magnétique reste encore un grand souhait dans nos régions.

4. Sur le plan étiologique

Le canal lombaire étroit et la hernie discale représentent les principales causes de compression de la queue de cheval (70 %). Les classiques tumeurs de la queue de cheval sont rares.

5. Sur le plan thérapeutique

La laminectomie décompressive représente le geste essentiel. Avec l'introduction de la tomodensitométrie, certains gestes plus spécifiques peuvent être envisagés (recalibrage antérieur du canal rachidien).

6. Sur le plan pronostique

Le pronostic neurologique et fonctionnel dépend en grande partie de l'intensité du déficit neurologique pré-opératoire. Les troubles génito-sphinctériens constituent le principal problème pronostic. Des 11 cas considérés comme guéris (55 %), les troubles vésico-sphinctériens ont duré entre 1 et 2 ans en post-opératoire. Des 7 patients aux résultats dits moyens, 6 ont gardé des troubles vésico-sphinctériens séquellaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. BA MC., BADIANE BS., SAKHO Y., KABRE A., BADIANE M., GUEYE EM., BALLY A., GUEYE M.
Le canal lombaire étroit : à propos de 64 cas colligés à la Clinique Neurochirurgicale du C.H.U. de Dakar
Dakar Medical 1994, 39, 199 - 202.
2. BADIANE BS., SAKHO Y., NDIAYE MM., KANE A., KONE S., MAUFERON J.B., KABRE A., BA MC., LY A., GUEYE EM., NDIAYE IP., GUEYE M.
Les mycétomes à expression neurologique.
Difficultés thérapeutiques inhérentes à ces localisations.
Dakar Médical 1992, 27, 117 - 121.
3. BOISSERIE-LACROIS M., KIEN P., CAILLE J.M.
L'imagerie des tumeurs intradurales et extramédullaires : les neurinomes et les méningiomes.
J. Neuroradiology 1987, 14, 66-81.
4. CONTAMIN F., DOUBRERE JF., STRUZ P.H., BAILLET P.
Syndrome de la queue de cheval et spondylarthrite ankylosante.
Sem. Hopitaux 1983, 54, 1401 - 1404.
5. DELACAMBRE B., LEROUX J.L., SIAME J.L., CHRISTIAENS J.L.
Le syndrome du canal lombaire étroit.
Lille Medical 1980, 25 : 52 - 62.
6. EPSTEIN BS., EPSTEIN J.A., LAVINE L.
The effect of anatomy variations in the lumbar vertebral and spinal canal on cauda equina and nerve root syndromes.
Am J. Roentgenol 1964, 91, 1055 - 1063.

7. GUEYE M., BADIANE BS., SAKHO Y., NDIAYE IP., LAMOUCHE P.
Le canal lombaire étroit : à propos de 27 cas opérés à la Clinique Neurochirurgicale du CHU de Dakar
Dakar Medical 1984, 29, 227 - 235.
8. HUBAULT A.
Le syndrome du canal lombaire étroit
Rev. Prat. 1971, 21 : 1789 - 1904.
9. ILLO ALM.
Syndromes de la queue de cheval et du cône terminal .
A propos de 21 cas.
Thèse Méd Dakar 1981, n° 49.
10. JOYEUX O.
Les neurinomes intrarachidiens : à propos de 100 observations
The Méd Lyon 1966, N° 162, 126 P.
11. LOEMBE PM., NOONG-LAUNAY M., CHOUTEAU Y., NWANYOMBET-OMPOUNGA L., DAKUY L., BOUGER D.
Traitement chirurgical des canaux lombaires étroits au Gabon.
Neurochirurgie 1990, 36 ; 115 - 121.
12. MANSUY L., CHEVALIER J., KEKEH K.
Syndrome de la queue de cheval par hernie discale
Sem. Hopitaux 1975, 10, 615.
13. PETIT-DUTAILLIS D., ALAJOUANINE H.
Compression de la queue de cheval par une tumeur du disque intervertébral.
Bull et Mem. Société Nationale de Chirurgie 1928, 55 : 937 - 945.
14. VARLET G., BA ZEZE V., BONI N., KAKOU M., NDRI OKA., BOUKASAL, ZUNON KI.PRE.
Les canaux lombaires étroits : à propos de 60 cas opérés au CHU d'Abidjan.
Annales de l'Université d'Abidjan Médecine
Tome XXVI 1996 ; 101 - 110.

15. VERBIEST H.

Sur certaines formes rares de compression de la queue de cheval.

Maloine Ed. Paris. 1949, 161 - 174.

ANNEXE

OBSERVATION N° 1

M.W. : Homme 63 ans : paysan

- **Signes du début** : - Lombosciatalgie bilatérale
 - **Délai d'hospitalisation** : 3 ans
 - **Clinique** : - Paraparésie flasque,
- aréflexie ostéotendineuse bilatérale rotulienne et achilléenne
- troubles sphinctériens discrets : dysurie
 - **Paraclinique** : Rx : - Lombodiscarthrose prédominant en L₅
SRG : - Canal lombaire rétréci + discopathie étagée :
- arrêt du produit opaque en L₃L₄.
 - **Traitement** : - Laminectomie bilatérale L₃ et L₄
- discectomie L₃L₄
 - **Evolution** : - reprise de la marche au bout de 8 mois
- persistance des troubles sphinctériens : dysurie.
-

OBSERVATION N° 2

M.T. Homme 73 ans Retraité

- **Signes du début** : - Lombalgie puis impotence fonctionnelle des membres inférieurs
- **Délai d'hospitalisation** : - 2 mois

- **Clinique** :
- Paraplégie flasque prédominant à droite
- Aréflexie ostéotendineuse rotulienne et achilléenne
- Hypoesthésie des membres inférieurs
- Troubles sphinctériens : rétention d'urine
- **Paraclinique** :
Rx : Lombarthrose
SRG : Canal lombaire rétréci avec protrusion discale L₃L₄.
- **Traitement** :
- Laminectomie bilatérale de L₄
- Discectomie L₃L₄
- **Evolution** :
- Marche possible après 8 mois
- disparition des troubles sphinctériens.
-

OBSERVATION N° 3

O.B. : Homme 52 ans retraité

- **Signes du début** : Lombalgies chroniques aboutissant à une impotence fonctionnelle des membres inférieurs.
- **Délai d'hospitalisation** : 2 mois
- **Clinique** :- Paraparésie flasque
- aréflexie ostéotendineuse rotulienne et achilléenne
- troubles sphinctériens : incontinence d'urine, éjaculation précoce

- **Paraclinique** : Rx : normale
SRG : canal lombaire rétréci
protrusion discale L₅S₁.
- **Traitement** : Laminectomie bilatérale de L₅
discectomie L₅S₁ + foraminotomie bilatérale
- **Evolution** : bonne après un délai de 8 mois.
-

OBSERVATION N° 4

A.N. : Homme 62 ans Médecin

- **Signes du début** : Lombosciatalgie L₅ bilatérale, apparition secondaire d'une boiterie et d'une dysurie.

- **délai d'hospitalisation** : 3 ans

- **Clinique** : - Paraparésie flasque
- aréflexie ostéotendineuse achilléenne
- amyotrophie de la fesse gauche
- troubles génitosphinctériens : incontinence d'urine, constipation, impuissance

- **Paraclinique** : - Rx : Lombarthrose prédominant en L₅
- SRG : Canal lombaire retréci

- **Traitement** : - Laminectomie bilatérale de L₅
- foraminotomie bilatérale

- **Evolution** : bonne, disparition des troubles vésicosphinctériens et des troubles de la marche au bout de 7 mois.

OBSERVATION N° 5

T.G. Homme de 42 ans , Commerçant

- **Signes de début** : - Lombalgie puis claudication médullaire intermittente puis impotence fonctionnelle des membres inférieurs

- **Délai d'hospitalisation** : 5 mois

- **Clinique** : - Paraparésie flasque
- aréflexie rotulienne et achilléenne bilatérale
- hypoesthésie en selle.

- **Paraclinique** : - LCR : normal
- Rx : Lombarthrose L₂-L₄
- SRG : Canal lombaire rétréci, protusion discale L₃L₄

- **Traitement** : - Laminectomie de L₄
- discectomie L₃L₄.

- **Evolution** : bonne : reprise de la marche au bout d'un an.

OBSERVATION N° 6

Mb. N. : Homme 64 ans, Pêcheur

- **Signes du début** : - Troubles vésicosphinctériens : dysurie, incontinence

- **Délai d'hospitalisation** : 8 mois

- **Clinique** :
- Paraparésie flasque
 - aréflexie bilatérale achilléenne et rotulienne
 - anesthésie en selle
 - troubles sphinctériens : incontinence d'urine
- **Paraclinique** :
- LCR : normal
 - Rx : normal
 - SRG : protrusion discale L₃ L₄
- **Traitement** :
- Laminectomie bilatérale de L₄
 - discectomie d'une volumineuse hernie discale L₃ L₄
- **Evolution** :
- reprise de la marche en 2 mois avec disparition des troubles sphinctériens.
-

OBSERVATION N° 15

MAB : Homme de 59 ans, Commerçant

- **Signes de début** : Paresthésies bilatérales puis troubles de la marche et troubles génito-sphinctériens
- **Délai d'hospitalisation** : 01 mois
- **Clinique**
- Monoparésie du membre inférieur gauche avec une amyotrophie proximale
 - aréflexie rotulienne, achilléenne et cutanée plantaire
 - hypoesthésie en selle
 - incontinence d'urine, impuissance.

- **Paraclinique** :
 - LCR : normal
 - Rx : Lombarthrose
 - SRG : épidurite L₁ L₂
 - **Traitement** :
 - Laminectomie de L₁ et L₂
 - exérèse de la gangue épidurale
 - **Evolution** :
 - persistance des troubles sphinctériens.
-

OBSERVATION N° 16

M Nd : Homme de 28 ans, paysan

- **Signes de début** :
 - Lombalgies puis impotence fonctionnelle des membres inférieurs
- **Délai d'hospitalisation** :
 - 01 mois
- **Clinique** :
 - Paraparésie prédominant à gauche
 - aréflexie ostéotendineuse des membres inférieurs
 - pas de trouble sensitif ni sphinctérien
- **Paraclinique**
 - Rx : normale
 - SRG : épidurite L₃ L₅
 - Bactériologie : épidurite staphylococcique
- **Traitement**:
 - Laminectomie bilatérale de L₃, L₄ et L₅
 - exérèse de la gangue épidurale
- **Evolution** :
 - bonne reprise de la marche à 9 mois.

OBSERVATION N° 17

CB : Homme de 48 ans

- **Signes de début** : Lombalgie avec antécédent de traumatisme vertébral par arme à feu.
 - **Délai d'hospitalisation** : 02 mois
 - **Clinique** :
 - Monoparésie du membre inférieur gauche
 - Hémianesthésie en selle gauche
 - troubles sphinctériens : incontinence urinaire
 - **Paraclinique** :
 - Rx : normale
 - SRG : épidurite L₁
 - **Traitement**:
 - Laminectomie
 - exérèse gangue épidurale et d'une balle à feu radiotransparente
 - **Evolution** : bonne, disparition des signes cliniques.
-

OBSERVATION N° 18

DL : Homme de 54 ans retraité

- **Signes de début** : Lombalgie d'effort, claudication médullaire intermittente puis impotence fonctionnelle du membre inférieur droit
- **Délai d'hospitalisation** : 5 mois

- **Clinique** :
 - Gibbosité lombaire douloureuse
 - monoparésie avec amyotrophie du MID
 - Achilléen et rotulien droits abolis
 - dysurie
 - hypertrophie de la prostate : adénocarcinome

 - **Paraclinique** :
 - Rx : tassement de L₄, lyse de L₅
 - SRG : épidurite L₃

 - **Traitement** :
 - Laminectomie de L₃, L₄ et L₅
 - exérèse d'un magma épidual métastatique d'un adénocarcinome peu différencié.

 - **Evolution** : altération progressive de l'état général.
-

OBSERVATION N° 19

MS : Homme de 45 ans , ouvrier

- **Signes de début** : Lombalgie chronique puis impotence du MID

- **Délai d'hospitalisation** : 01 an

- **Clinique**
 - Monoparésie du MID
 - Abolition des ROT du même côté
 - hypoesthésie en selle

- **Paraclinique** :
 - LCR : dissociation albuminocytologique
 - Rx : tassement vertébral de L₄
 - SRG : épidurite L₄ L₅

- Traitement** - Laminectomie de L₄L₅
- exérèse de la gangue épidurale
- Evolution :** non revu après sa sortie d'hôpital.
-

OBSERVATION N° 20

DN. Homme de 55 ans

- Signes de début :** Lombalgies ; paraparesthésie burning feet.
- Délai d'hospitalisation :** 4 mois
- Clinique**
- Paraplégie flasque
 - aréflexie bilatérale achilléenne, rotulienne et cutanée-plantaire
 - Anesthésie en selle
 - dysurie
 - mycétome vertébral lombaire.
- Paraclinique**
- LCR : dissociation albuminocytologique
Rx : ostéocondensation de D₁₀ et D₁₁
SRG : épiburite L₁
- Traitement**
- médical
 - laminectomie + exérèse de la gangue épidurale
- Evolution :** reprise de la marche au bout de 07 mois.
-