
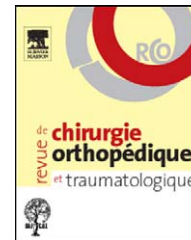




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



FAIT CLINIQUE

Un cas exceptionnel de survie après luxation occipito-atloïdienne[☆]

Survivor of a traumatic atlanto-occipital dislocation

M. Ehlinger^{a,*}, Y.-P. Charles^b, P. Adam^a, G. Bierry^c, J.-C. Dosch^c,
J.-P. Steib^b, F. Bonnomet^a

^a Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, hôpital de Hautepierre, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, avenue Molière, 67098 Strasbourg cedex, France

^b Service de chirurgie du rachis, hôpital civil, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, place de l'hôpital, 67000 Strasbourg cedex, France

^c Service de radiologie, hôpital de Hautepierre, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, avenue Molière, 67098 Strasbourg cedex, France

Acceptation définitive le : 2 novembre 2010

MOTS CLÉS

Rachis ;
Luxation ;
Atlanto-occipitale ;
Traumatologie

Résumé La luxation atlanto-occipitale est une lésion ligamentaire sévère, grevée d'un pronostic gravissime. Cependant, avec l'amélioration des conditions de prise en charge initiale sur les lieux de l'accident, les équipes hospitalières d'urgence sont de plus en plus souvent confrontées à cette lésion. Nous rapportons le cas rare d'une luxation au recul de plus d'un an. La luxation atlanto-occipitale est secondaire à un traumatisme en hyperextension. Elle est beaucoup plus fréquente chez l'enfant qui présente des prédispositions anatomiques (horizontalisation des surfaces articulaires de l'atlas, laxité ligamentaire importante). Le diagnostic doit être suspecté devant un tableau neurologique grave dans un contexte de traumatisme violent, mais également devant un tableau de détresse cardiorespiratoire posttraumatique. Il a été décrit des luxations atlanto-occipitales asymptomatiques sur le plan neurologique.

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2010.10.001](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2010.10.001).

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : matthieu.ehlinger@chru-strasbourg.fr (M. Ehlinger).

Un bilan complémentaire radiologique doit être demandé (cliché de profil du rachis cervical) avec au moindre doute la réalisation d'un scanner ou d'une IRM. Le diagnostic sera confirmé et une classification anatomique sera faite en fonction du déplacement. Les lésions mortelles sont de cause neurologique, mais aussi vasculaires, et certains auteurs préconisent une angiographie systématique. Il existe un consensus concernant le traitement de la luxation atlanto-occipitale chez l'adulte. Celui-ci correspond à une arthrodèse occipito-cervicale. Nous préconisons une chirurgie en deux temps avec mise en place première d'un Halo. vest, suivi d'une chirurgie avec fixation occipito-cervicale. Ce traitement chirurgical doit être associé à une prise en charge cardiorespiratoire. Cette pathologie doit être connue car les équipes d'urgence y seront de plus en plus fréquemment confrontées. La prise en charge doit être standardisée et rapide afin de ne pas retarder le traitement et éviter les complications.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Les traumatismes de la jonction craniocervicale représentent un tiers des traumatismes du rachis cervical [1]. La luxation atlanto-occipitale (LAO) est une lésion ligamentaire sévère le plus souvent mortelle ce qui explique une fréquence sous-estimée. Elle reste classiquement rare avec une incidence de l'ordre de 0,7 à 1,3 % des lésions du rachis cervical [2–4]. Le traumatisme initial est extrêmement violent avec pour principale étiologie les accidents de la voie publique. Selon la littérature, la LAO est présente dans 8 à 31 % des accidents mortels de la voie publique [5–7]. Cependant, avec l'amélioration de la prise en charge sur les lieux de l'accident, et la qualité des équipes hospitalières d'accueil aux urgences, la fréquence des patients vivants présentant une LAO a augmenté. Nous rapportons le cas rare d'une LAO au recul d'un an. Le but de cet article est de sensibiliser les équipes de traumatologie à cette pathologie, et de faire le point sur cette lésion et la stratégie thérapeutique.

Cas clinique

Il s'agissait d'un patient de 20 ans, victime d'un accident de Quad en septembre 2007. Il présentait un traumatisme crânien grave avec impact frontal compatible avec un mécanisme en hyperextension et un traumatisme de la cuisse droite. À l'arrivée du Samu sur le site de l'accident, le patient, conscient présentait un tableau d'hémiplégie droite. Il a été intubé sur place devant l'existence de troubles neurologiques. Le bilan clinique à l'admission confirmait l'impact crânien violent avec l'existence d'une plaie frontale, et suspectait une fracture du fémur droit. Le bilan radiologique standard (radiographie du bassin, du membre inférieure droit), complété par un examen tomodensitométrique du corps entier mettait en évidence : une fracture médio-diaphysaire du fémur droit, une LAO bilatérale antéro-latérale (Fig. 1), une hémorragie sous-arachnoïdienne frontale, une fracture de l'arc antérieur et de la masse latérale droite de l'atlas, une luxation C1–C2, ainsi qu'une malformation congénitale des pédicules droits de C5 et de C6 avec bloc congénital C5–C6. L'impact frontal avec mouvement d'hyperextension expliquait parfaitement la déchirure en avant des ligaments occipito-odontoidiens médian et latéraux, des ligaments occipito-atlantoidiens

médian et latéraux et du ligament vertébral commun antérieur, des capsules occipito-odontoidiennes et de la dure-mère. Cependant, les reconstructions sagittales laissaient penser que les structures postérieures étaient peut-être intactes avec un aspect d'accrochage des surfaces articulaires. L'immobilisation du rachis cervical a été réalisée par Halo. vest, permettant une manipulation du patient et une ostéosynthèse fémorale sans risque. Au décours de l'ostéosynthèse fémorale, le patient a été réveillé en restant intubé afin d'établir un bilan clinique neurologique. Celui-ci mettait en évidence une atteinte du plexus brachial avec atteinte C5–C6–C7 et finalement l'absence de trouble neurologique du membre inférieur. Une IRM de contrôle objectivait : un hématome péri-médullaire C1–C3, une rupture de l'appareil ligamentaire de la charnière craniocervicale, un diastasis C1–C2 et une collection liquidienne entre le clivus et C1–C2 faisant suspecter une rupture du fourreau dural (Fig. 2). Une fixation occipito-cervicale avec tige-plaque (vis occipitales et crochets cervicaux) a été réalisée de manière différée à la quatrième semaine (Fig. 3), sous couvert du Halo. vest. Pour réaliser cette arthrodèse, les lames de C1 et C2 ont été avivées à la pince gouge, sans avivement des facettes articulaires. Une greffe cortico-spongieuse prise au dépend de la crête iliaque postérieure droite a été mise en place. À la quatrième semaine, le repérage des éléments capsulo-ligamentaires postérieures s'est avéré difficile, seul un hématome vieilli infiltrant l'ensemble de ces parties molles a été visualisé. L'immobilisation a été enlevée secondairement après réveil, extubation et vérification d'une ventilation de qualité. L'évolution a été satisfaisante malgré une diplopie transitoire postopératoire. À un an et demi de recul, il persistait, au niveau du membre supérieur droit, une symptomatologie de type C5–C6–C7 avec paresthésie, compatible avec une vie normale.

Discussion

La LAO est une lésion ligamentaire grave. Elle est le plus souvent mortelle par lésion vasculaire essentiellement au niveau de l'artère vertébrale mais également au niveau de l'artère carotidienne [4,8,9] ou par lésion médullaire de niveau C4 avec asphyxie par paralysie phrénique ou par une atteinte bulbaire [4,5]. La majorité des patients présentant une LAO décèdent immédiatement ou dans les premières

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091991>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091991>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)