



Pathologie vasculaire de la moelle

Vascular disorders of the spinal cord

D. Leys (Professeur de neurologie) *,
J.-P. Pruvo (Professeur de radiologie)

Hôpital Roger Salengro, 59037 Lille, France

MOTS CLÉS

Moelle épinière ;
Infarctus médullaire ;
Aorte ;
Radiologie
interventionnelle ;
Infarctus ;
Hémorragie spinale ;
Malformation
vasculaire spinale

KEYWORDS

Spinal cord;
Spinal infarct;
Aorta;
Spinal hemorrhage;
Spinal vascular
malformation;
Interventional
radiology

Résumé Les infarctus médullaires sont rares et sont responsables de divers déficits neurologiques pouvant consister en une paraplégie sévère. L'imagerie par résonance magnétique est l'examen de choix pour exclure d'autres causes de syndromes médullaires aigus et pour visualiser l'infarctus. Les causes les plus fréquentes sont les pathologies de l'aorte et les causes iatrogènes. Les hémorragies médullaires sont souvent la conséquence de malformations artérioveineuses ou de troubles de l'hémostase. Le traitement de prédilection des malformations est la radiologie interventionnelle.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract Compared to cerebral ischemia, spinal cord ischemia remains rare, and results in various types of neurological deficiencies such as abrupt and complete paraplegia. Magnetic resonance imaging is a valuable tool to rule out other causes of acute spinal cord syndromes and to show the infarct. Most spinal cord infarcts are due to aortic diseases (atherosclerosis, aneurysm, dissection), or are of iatrogenic origin (surgery of the aorta and aortography). Spinal hemorrhagic strokes are usually the consequence of arteriovenous malformations or coagulation disorders. These malformations require interventional radiology.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La rareté des accidents vasculaires médullaires et la faible accessibilité des vaisseaux médullaires aux investigations expliquent que nos connaissances restent limitées dans ce domaine.¹ Les malformations vasculaires occupent une place proportionnellement plus importante au sein des pathologies vasculaires de la moelle que dans les pathologies cérébrales.

Infarctus artériels médullaires

Les accidents ischémiques médullaires sont le plus souvent constitués, mais, comme pour le cerveau, il peut s'agir plus exceptionnellement d'accidents ischémiques transitoires.²

Symptomatologie clinique

Accidents ischémiques transitoires médullaires

Leur sémiologie est variable selon le territoire de l'ischémie. Il peut s'agir d'une para- ou tétraplégie, de paresthésies des membres inférieurs ou d'une ataxie proprioceptive. La valeur sémiologique de tels accidents est mal connue. Il faut cepen-

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dleys@chru-lille.fr (D. Leys).

dant noter que dans la série de Cheshire et al.² aucun des 40 infarctus médullaires n'avait été précédé de manifestations transitoires.

Infarctus transverses totaux de la moelle

Le déficit neurologique apparaît brutalement, sous forme d'une paraplégie ou d'une tétraplégie flasque aiguë, massive, associée à des troubles sphinctériens et à une anesthésie complète sous l'étage de l'infarctus. La limite supérieure de l'anesthésie est habituellement nette, mais il peut exister au-dessus une bande d'hypoesthésie relative. Le pronostic fonctionnel est mauvais. Ce type d'infarctus peut être lié à des occlusions multiples, parfois d'origine embolique.³

Infarctus du territoire de l'artère spinale antérieure

Infarctus totaux du territoire spinal antérieur

Il s'agit de la variété la plus fréquente des infarctus médullaires. Ils sont le plus souvent dorsolombaires, dans le territoire de l'artère d'Adamkiewicz.

Infarctus partiels du territoire de l'artère spinale antérieure

Les infarctus limités au territoire central (territoire des artères sulcocommissurales) de l'artère spinale antérieure sont le plus souvent bilatéraux et responsables sur les coupes axiales d'imagerie par résonance magnétique (IRM) d'un aspect d'« yeux de hibou » ou de « morsure de serpent ».^{4,5} Ils peuvent être unilatéraux en cas de naissance séparée des artères sulcocommissurales. Un déficit moteur proximal des membres supérieurs est possible, réalisant un syndrome de l'« homme dans un tunnel ».⁵

Infarctus du territoire spinal postérieur

En raison des multiples afférences alimentant les artères spinales postérieures, les infarctus de ce territoire sont rares.⁶ Ce type d'infarctus concerne le tiers postérieur de la moelle. La sémiologie clinique est très variable en raison des réseaux anastomotiques complexes qui sont situés dans cette région. La plupart de ces infarctus sont bilatéraux.⁷ Ils sont alors essentiellement responsables de troubles sensitifs à type de paresthésies et d'une abolition de la sensibilité vibratoire dans le territoire sous-lésionnel.

Infarctus centromédullaires

La substance grise centromédullaire est très sensible à l'ischémie. Les infarctus centromédullaires épargnent la substance blanche périphérique et sont situés profondément dans la partie juxta-

missurale des cordons postérieurs. Ils peuvent être isolés ou représenter l'extension vers le haut d'un infarctus transverse total. Ils sont habituellement associés à une défaillance hémodynamique : arrêt cardiaque, rétrécissement mitral, hypotension artérielle prolongée.

Diagnostic

Visualisation de l'infarctus médullaire

Dans la mesure du possible, le diagnostic d'infarctus médullaire ne doit pas être un diagnostic d'élimination, mais doit être affirmé sur la base d'un tableau clinique évocateur et d'une imagerie (Fig. 1).

Signes directs

Le début brutal du déficit neurologique nécessite une IRM en urgence. Les caractéristiques des infarctus médullaires sont proches de celles des infarctus cérébraux. Le diagnostic est facilité par les IRM de dernière génération, avec champ élevé, matrice 512 et antenne en réseau phasé. À la phase aiguë, l'infarctus médullaire peut passer inaperçu car la lésion est iso-intense en séquences T1, et l'hyperintensité en T2 n'est détectable qu'à partir de la sixième heure. Avant la sixième heure, l'infarctus n'est pas visible mais l'intérêt de l'IRM est déjà d'écarter d'autres causes de syndrome médullaire aigu. Le diagnostic différentiel est facile avec les hématomyélies et les compressions médullaires aiguës, mais à ce stade il est souvent difficile avec les myélites. Les IRM de dernière génération per-

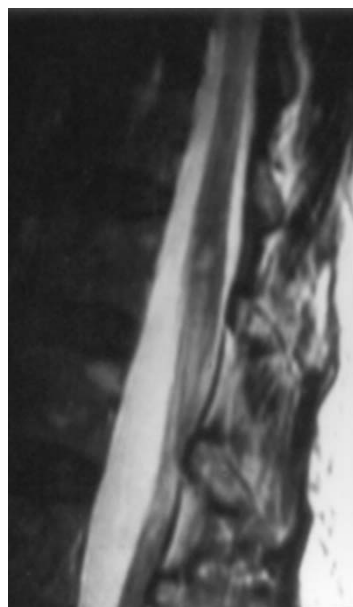


Figure 1 Ischémie médullaire spinale antérieure. Séquence sagittale en pondération T2 : hypersignal intramédullaire antérieur respectant le tiers postérieur du cône terminal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9167433>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9167433>

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