

Difficultés diagnostiques d'un syndrome de Schneider chez le sujet âgé : à propos d'un cas.

Diagnostic difficulties of Schneider's syndrome in the elderly: a case report.

Acko UV¹, Konan NM¹, Acko-Ohui EV², Bita DV¹, Ouattara TR¹, Amani KH¹, Binan AYO¹

1. Service de Médecine Interne et Gériatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Treichville-Abidjan (Côte d'Ivoire) ;
2. Service de Radiodiagnostic - Imagerie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire de Treichville-Abidjan (Côte d'Ivoire) ;

Auteur correspondant : Dr ACKO Ubrich Venceslas

Résumé

Introduction : La chute du sujet âgé, survenant dans un contexte de cervicarthrose, doit faire rechercher ou suspecter une contusion médullaire cervicale observée dans le syndrome de Schneider.

Nous rapportons les difficultés diagnostiques de ce syndrome devant une chute chez un sujet âgé polypathologique.

Patient et méthode : Il s'agit d'une patiente de 85 ans qui a présenté au décours d'une chute de sa hauteur, une faiblesse musculaire associée à des difficultés à la marche. Une évolution favorable de courte durée a été observée après une supplémentation en B12 et D. Devant l'apparition d'un déficit moteur au niveau des deux membres supérieurs (1 à 2/5), une semaine plus tard, une IRM du rachis cervical a été réalisée.

Résultats : L'IRM cervicale a décelé un hypersignal centromédullaire cervical sur des lésions de discopathies bombantes cervicarthrosiques traduisant une contusion médullaire cervicale tel est le cas du syndrome de Schneider.

Discussion : Le syndrome de Schneider est une pathologie rachidienne peu évoquée en raison de ses circonstances de découverte très souvent incomplètes. Les lésions médullaires à l'IRM, orientées par un interrogatoire et un examen clinique rigoureux, confirment le diagnostic. L'évolution favorable peut être obtenue après laminectomie cervicale postérieure.

Conclusion : Le syndrome de Schneider est une conséquence rare de chute chez le sujet âgé, à laquelle, tout médecin doit penser devant une cervicarthrose. L'IRM du rachis cervical est l'examen décisif, à réaliser le plus rapidement possible.

Mots clés : Sujet âgé - chute - cervicarthrose - Schneider - IRM.

Summary

Introduction: Elderly fall, happening in cerviarthrosis context must make seeking or suspecting a cervical medular bruising observed in schneider's syndrome. We report diagnosis difficulties of this syndrome in front the fall of one elderly polypathology subject.

Patient et method: It is about a 85 years old patient who presented during a fall, a muscle weakness associated with difficulty of walking. A short term favorable evolution has been observed after vitamin B12 & D supplementation. Due to the appearance of a motor deficit at its upper limbs (1 to 2/5) one week later, cervical rachis MRI has been realized.

Results: Cervical MRI has detected a cervical centromedullary hypersignal on lesions of cervicarthrotic bulging discopathies reflecting a cervical spinal cord contusion, such is the case of Schneider's syndrome.

Discussion: The schneider syndrome is a spinal pathology little evoked on account of its discovery circumstances very often incomplete. The Medular damages at MRI oriented by an interrogation and a rigorous clinical exam, confirm the diagnosis. The favorable evolution can be obtained after posterior cervical laminectomy.

Conclusion: The schneider syndrome is a rare consequence of fall in elderly subject, which every physician must think of in front of a cervico-arthrosis. A cervical rachis MRI is the decisive exam to be realized as soon as possible.

Key words: elderly subject - fall - cervico-arthrosis - Schneider - MRI.

Introduction

Décrite par Schneider en 1954, le syndrome de Schneider est une contusion centromédullaire résultant d'une compression traumatique du cordon médullaire par des lésions disco-ostéophytiques antérieures et ostéoligamentaires postérieures [1]. Après un interrogatoire rigoureux, l'examen clinique minutieux couplé à une exploration radiologique permet d'établir le diagnostic. Nous rapportons les difficultés diagnostiques de ce syndrome devant une chute chez un sujet âgé polyopathologique.

Observation

Madame G A, âgée de 85 ans, autonome, a été hospitalisée dans un service de Médecine Interne et Gériatrique du Centre Hospitalier de Blois au décours d'une chute de sa hauteur avec station au sol.

Ses antécédents étaient marqués par un glaucome, un diabète de type 2, des troubles cognitifs non étiquetés. Quelques temps avant son hospitalisation, elle se plaignait de cervicalgies très hyperalgiques. L'examen clinique a mis en évidence une faiblesse musculaire non spécifique des membres supérieurs; des troubles de la sensibilité à type de paresthésies des membres supérieurs et une abolition des réflexes des membres supérieurs. L'examen des autres appareils (poumons, cœur, uro-abdominal) était sans particularité.

Il a été retrouvé chez elle, une hypotension orthostatique. A la biologie, nous avons noté une discrète anémie à 11,4g/dl avec hyperleucocytose à 10480/ μ l sans syndrome inflammatoire et une carence en vitamine 12 (190) et D 13,3ng/ml. Le reste du bilan biologique (créatinine, ionogramme, calcémie et TSH) était sans anomalie. On notait un rythme sinusal permanent à l'Holter ECG. A la TDM du crâne et du rachis cervical, il n'y avait pas de lésion traumatique crânio-encéphalique et rachidienne. La mise en place de bas de contention, la supplémentation en vitamine D et B12, ont permis d'observer une évolution favorable. Devant l'apparition, une semaine plus tard, d'un déficit moteur aux membres supérieurs (1 à 2/5), une IRM du rachis cervical a été réalisée. Elle a mis en évidence des lésions arthrosiques étagées à type d'ostéophytoses postérieures de C3 à C5 et une uncarthrose de C4 et C5. Des bombements discaux de C3-C4 à C5-C6 conflictuels (figure 1). Un hypersignal centromédullaire de 9 mm étendu de C2 à C5 avec effacement quasi-totale des espaces péri-médullaires de sécurité (figure 2a ; 2b). Elle a bénéficié d'une corticothérapie à 1 mg/kg pendant une semaine et une kinésithérapie. La patiente est rentrée à son domicile avec un collier en attendant une laminectomie proposée par l'équipe de neurochirurgie.



Fig.1 : IRM cervicale : coupe sagittale T2 : ostéophytoses corporeales postérieures de C3 à C5 et uncarthrose de C4 et C5. Des bombements discaux de C3-C4 à C5-C6 conflictuels.

Fig.1: Cervical MRI : Sagittal section T2 : posterior corporeal osteophytosis from C3 to C5 and arthritis from C4 and C5. Disc bulges of C3-C4 to C5-C6 conflict.

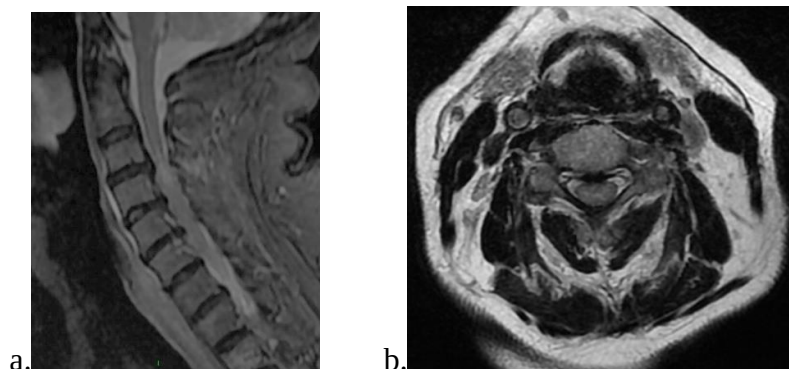


Fig.2: IRM cervicale : coupes sagittale (a) et axiale (b) : hypersignal centromédullaire étendu sur 9 mm de C2 à C5 avec effacement quasi-totale des espaces péri médullaires de sécurité.

Fig.2 : Cervical MRI : sagittal (a) and axial (b) section : 9 mm centromedullary hypersignal extended from C2 to C5 with almost total erasure of the perimedullary safety spaces.

Discussion

Décrite en 1954, le syndrome de Schneider est une contusion centromédullaire, réalisant une tétraplégie incomplète à prédominance brachiale [1].

En général, une personne âgée, souffrant d'affections rachidiennes arthrosiques dégénératives chroniques, est susceptible d'avoir une lésion centromédullaire suite à évènement traumatique ou non traumatique [2]. La chute, quelque soit son mécanisme, en est un évènement ou une étiologie. Selon une étude canadienne, les étiologies des lésions médullaires sont dominées par les AVP dans 38% suivi des chutes dans 31% [3].

Ces chutes peuvent être favorisées par une hypotension orthostatique. En effet, l'hypotension orthostatique est impliquée dans 10 à 15% des chutes. C'est, de loin, le facteur de risque intrinsèque de la chute, le plus fréquente [4].

Par ailleurs, certaines conditions favorisant la survenue de contusion centromédullaire chez le sujet âgé sont rapportées dans la littérature [5]. Il s'agit :

- d'une ostéopénie parfois majeure ;
- d'un rachis cervical arthrosique limitant les possibilités de flexion-extension de la tête.

Notre sujet âgé de 85 ans a présenté une chute de sa hauteur sur un rachis cervical arthrosique connu. Et l'hypotension orthostatique a été le facteur précipitant intrinsèque de la chute retrouvée. Toutefois, la chute chez un sujet âgé, quelle qu'en soit les circonstances, doit être prise en charge non comme un simple accident, mais comme une affection potentiellement grave [6]. Après un examen clinique minutieux, les explorations

radiologiques telles que la TDM du rachis cervical et l'IRM sont également utilisées pour fournir les meilleures images des vertèbres et de la région environnante afin de mieux diagnostiquer les lésions médullaires [7]. Dans notre cas, la TDM n'a pas objectivé de lésion osseuse traumatique. L'IRM réalisée a permis de confirmer le diagnostic en montrant l'hypersignal intra médullaire révélateur d'une myélomalacie centro-médullaire consécutive aux conflits disco-ostéophytiques sur la moelle.

S'agissant de la prise en charge thérapeutique, la décompression de la moelle épinière, permettant d'assurer la stabilité du rachis cervical, est le traitement de référence [8]. Dans les formes débutantes, paucisymptomatiques, un traitement médical basé sur la mise au repos du rachis (collier) avec surveillance clinique et IRM rapprochée, peut être effectué [9]. Ce fut le cas chez notre patiente. Le pronostic dépend en grande partie de l'exhaustivité et de la localisation de la blessure, ainsi que de l'efficacité et de l'efficience de l'option thérapeutique [10]. Dans notre étude, notre choix a permis d'obtenir une récupération relative de son déficit sensitivomoteur des membres supérieurs. En définitive, la recherche étiologique devant une chute est souvent difficile chez le sujet âgé poly pathologique et fragile.

Conclusion

Le syndrome de Schneider est une conséquence rare de chute chez le sujet âgé, à laquelle, tout médecin doit penser devant une cervicarthrose. L'IRM du rachis cervical est l'examen décisif, à réaliser le plus rapidement possible.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

neurological outcome, functional status, and survival after traumatic spinal cord injury: a systematic review. *Journal of neurosurgery: spine*, 2012; 17: 11-26

REFERENCES

1. Schneider RC, Cherry G, Pantek H. The syndrome of acute cervical spinal cord injury; with special reference to the mechanisms involved in hyperextension injuries of cervical spine. *J Neurosurgery*, 1954 ; 11 : 546-77
2. Rabinstein A. Traumatic Spinal Cord Injury. *Continuum*, 2018 ; 24(2) : 551-556
3. Noonan V, Fingas M, Farry A, Baxter D, Singh A, Fehlings M, et Dvorak M. Incidence and Prevalence of Spinal Cord Injury in Canada: A National Perspective. *Neuroepidemiology*, 2012; 38: 219-226
4. Senard JM. Hypotension Orthostatique : physiopathologie, diagnostic et traitements. *EMC – Cardiologie*, 2012 ; 7 : 1-18
5. Perennes M, Henaux L, Seguin P. Un syndrome centromédullaire après une chute de sa hauteur. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 2015 ; 5 : 51-53
6. Corpus de Gériatrie. Janvier 2000 chapitre 4 : 41-50
7. Roberts TT, Leonard GR, et Cepela DJ. Classifications in Brief: American Spinal Injury association (ASIA) Impairment Scale. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2017 ; 475 : 1499-1504
8. Vigue B. Traumatismes vertébro-médullaires. In: Sfar, editor. *Conférences d'essentiel. 52^e Congrès national d'anesthésie et de réanimation*. Paris : Elsevier ; 2010
9. Noonan V, Chan E, Santos A, Soril L, Lewis R, Singh A et Réseau RHSCIR. Traumatic Spinal Cord Injury Care in Canada: A Survey of Canadian Centers. *Journal of Neurotrauma*, 2017; 34: 2848-2855
10. Wilson JR, Cadotte DW, Fehlings MG. Clinical predictors of