



ScanVet du Léman présente

## *Les cas de l'oncle Tom*

*Pat Tom O'Grady*

### Chapitre 2

#### *«L'Espagnol qui avait un tutu qui avait mal au c...»*

Monsieur Don Diego de la Vega, un fidèle client aux ancêtres imprégnés du soleil des contrées ibériques, est passé l'autre jour avec son chien.

DDV : - Salut, tu va bien ?

Moi : - Oui, tout va bien.

DDV : - Ye souis embêté.

Moi : - Yeux sous quoi ?

DDV : - Non, ye souis embêté.

Moi : - Ah, oui, « je suis », donc vous êtes embêté.

DDV : - C'est jousté.

Moi : - C'est juste.

DDV : - Ye ne peux plous traverser la roue avec mon chien.

Moi : - Vous ne pouvez plus traverser la rue avec votre chien. Mais pourquoi ?

DDV : - Mon toutou a mal au cou !

Moi : - Votre tutus a mal au c... ?!

Après plusieurs minutes de discussion, j'ai pu, pardon pu, comprendre la nature du problème. Le chien de Monsieur Don Diego de la Vega, Zorro, un braque de Weimar de 10 ans, présente une cervicalgie modérée intermittente et des épisodes d'ataxie depuis quelques mois.

L'examen complet du chien révèle une raideur de l'encolure. Monsieur Don Diego de la Vega nous rapporte des phases d'ataxie caractérisée par une raideur des membres antérieurs et une démarche ébrieuse des postérieurs. Nous n'observons rien de tel, ni aucun trouble proprioceptif.

Nous décidons de réaliser un examen tomodensitométrique du rachis cervical pour explorer l'origine de ce mal au cou (et c'est moi qui le dit, sans accent).

Avant injection, on observe un rétrécissement de l'espace intervertébral C5-C6 avec déformation par rapport aux autres espaces et un rétrécissement de l'espace C6-C7, avec spondylose modérée au niveau des deux. Les vertèbres C5-C6 sont de conformation à la limite de la normale avec leur extrémité crâniale « en pointe ».

Il y a également une protrusion discale sévère en C5-C6 et une importante en C6-C7, avec suspicion de déplacement et de compression du cordon médullaire.

Comme nous faisons face à des anomalies en région cervicale basse nous suspectons une spondylomyélopathie cervicale basse, également connue sous le nom de syndrome Wobbler. Quatre questions nous viennent alors à l'esprit :

- il y a deux protrusions, laquelle est la plus responsable de la compression ?
- d'autres tissus sont-ils impliqués dans la compression (ligament dorsal notamment) ?
- comme dans la plupart des spondylomyélopathie cervicale basse, y a-t-il une composante dynamique (une variation de la compression en fonction des mouvements) ?
- mais que veut dire Zorro ?

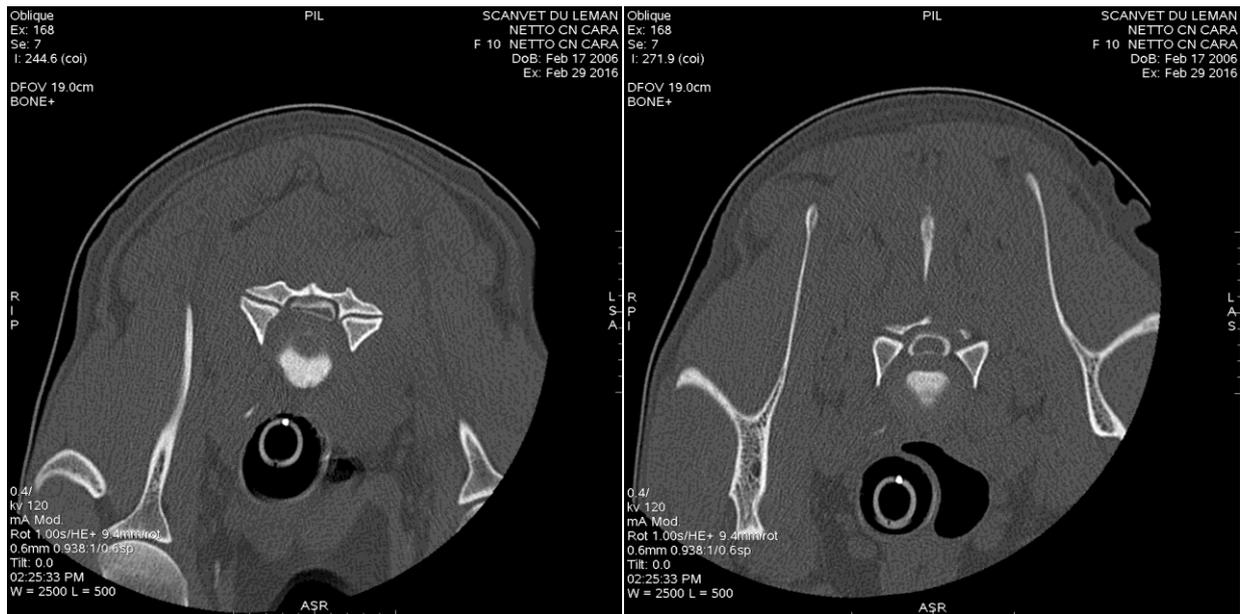
Pour répondre aux 3 premières interrogations, nous effectuons une myélographie par voie haute.

Celle-ci permet de mettre en évidence une compression sévère du cordon médullaire en C5-C6 et une compression modérée en C6-C7. Ces compressions ont une composante ventrale (protrusion discale, hypertrophie du ligament ventral) mais aussi dorsale (hypertrophie du ligament dorsal).

Les compressions sont majorées en flexion et minorées en extension (surtout en C6-C7, la compression en C5-C6 reste sévère).



Coupes sagittales, fenêtre osseuse et tissu mou : malformation de C5 et C6, rétrécissement de l'espace intervertébral C5-C6, protrusions discales en C5-C6 et C6-C7



Coupes axiales en C5-C6 et C6-C7, fenêtre osseuse après myélographie : compression médullaire en C5-C6 et C6-C7



Coupes sagittales, fenêtre osseuse après myélographie, en flexion et en extension : compression médullaire en C5-C6 et C6-C7 minorées lors de l'extension

Le diagnostic est alors noté sur le compte-rendu à la pointe de mon épée, pardon de mon stylo :

**Spondylo-myélopathie cervicale basse (ou caudale)**  
également connue sous le nom de **syndrome de wobbler**  
(« wobbler », terme anglais se traduisant par « vacillant »)

## *Discussion sur l'imagerie des cervicalgies*

Quels examens choisir pour explorer une cervicalgie ?

Cela dépend de la cause suspectée. Les examens clinique, neurologique et sanguin sont la base de l'exploration.

Les techniques d'imagerie s'avèrent nécessaires lors de suspicion de hernie discale, malformation vertébrale, fracture/luxation, tumeur... mais il ne faut pas oublier qu'elles ne seront pas suffisantes lors, par exemple, de méningite ou myélite. Une ponction de liquide cébrospinal est alors indispensable pour en déterminer l'origine.

Quelle technique d'imagerie choisir ?

Il est évident que la radiographie et la myélographie (avec un appareil de radiographie) n'apportent qu'une réponse partielle. L'imagerie par résonance magnétique est pour cela supérieure au scanner car elle permet de détecter œdème, inflammation et modifications plus subtiles des tissus mous (notamment de la moelle épinière).

Mais cela en diminue-t-il l'intérêt du scanner ?

Non, pas du tout. L'examen tomodensitométrique surpasse l'IRM dans l'évaluation des tissus osseux et permet la visualisation d'une très grande partie des lésions des tissus mous. A cela, on rajoute une anesthésie de plus courte durée et un accès plus simple à la machine. **Le scanner reste un examen de choix !**



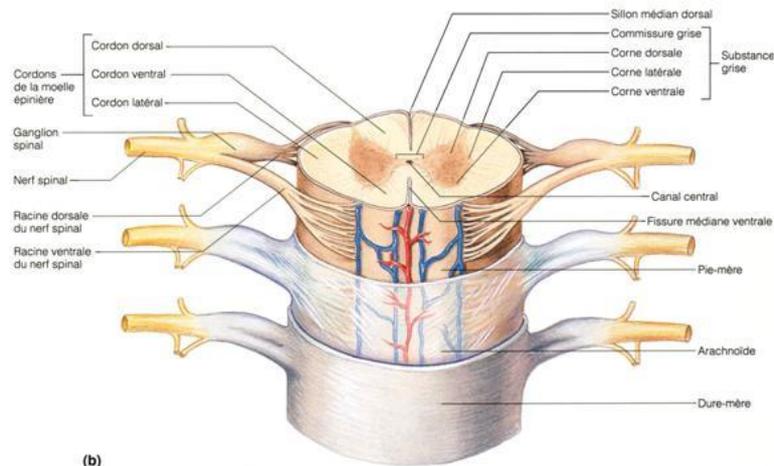
Pourquoi réaliser une myélographie lors d'un scanner (myéloscanner) ?

Tout d'abord, la myélographie consiste à l'injection de produit de contraste iodé par voie intrathécale, c'est-à-dire dans l'espace sous-arachnoïdien. Il s'agit de l'espace entre la pie-mère et l'arachnoïde, deux des couches des méninges (voir schéma). Deux sites d'injection sont possibles : la voie haute entre l'occiput et l'atlas, la voie basse entre L4-L5, L5-L6 ou L6-L7.

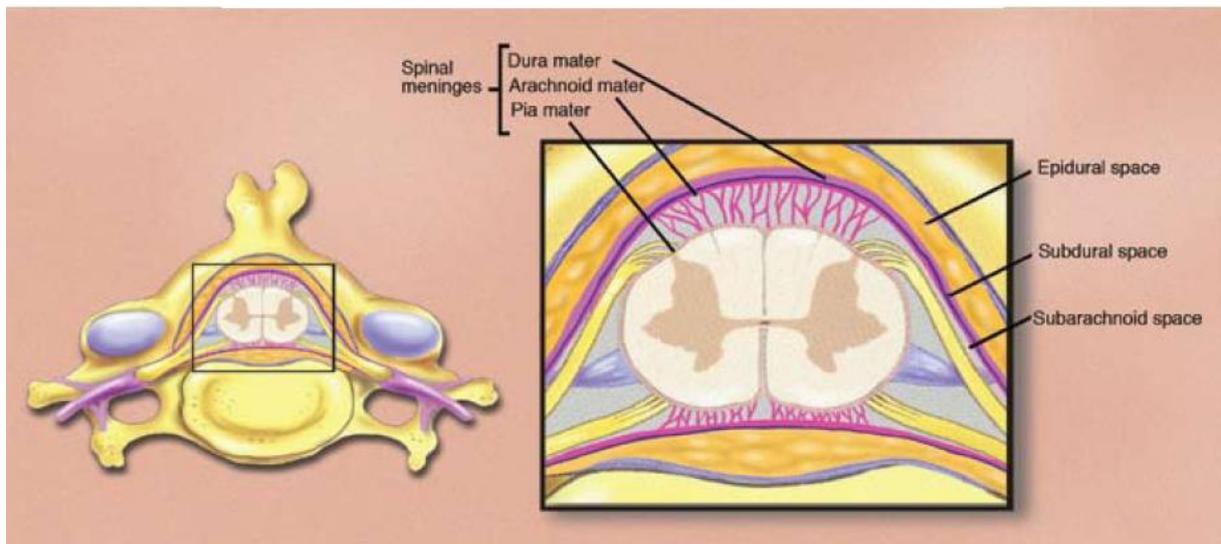
En rendant visible l'espace sous-arachnoïdien, la myélographie permet la visualisation des contours et donc de la forme et du trajet de la moelle épinière. Elle permet de mettre en évidence déplacements, compressions et gonflements. Ce que ne permet pas une injection intraveineuse.

Le scanner, un examen dynamique ?

Oui, trois fois oui ! L'acquisition d'images en différentes périodes (avant, pendant, juste après et plus longtemps après l'injection intraveineuse de produit de contraste selon le protocole choisi) est déjà une preuve flagrante de la dynamique chronologique de cet examen. Mais l'acquisition selon différentes positions de l'animal révèle une dynamique posturale supplémentaire et importante pour l'évaluation complète de certaines lésions.



(b)



*Schéma anatomique de la moelle épinière et des méninges*

*Dans quels cas faire un scanner du rachis cervical ?*

Essentiellement lors de cervicalgie et de troubles neurologiques (ataxie, parésie) à localisation médullaire cervicale.

Faut-il attendre d'avoir des troubles neurologiques pour décider de faire un scanner ?

Non. Le canal vertébral cervical est large, il y a donc souvent compression et irritation méningées à l'origine de la douleur, avant d'y avoir compression médullaire responsable de troubles neurologiques. La douleur cervicale seule peut entraîner une sévère dégradation du confort de vie voire de l'état général de l'animal, elle mérite une exploration complète d'emblée.

Que faire face à une spondylo-myélopathie cervicale basse ?

La réponse se fait au cas par cas, selon la clinique de l'animal et la nature des lésions. Le traitement peut-être soit médical (antalgique, anti-inflammatoire), soit chirurgical (décompression, distraction...)

## *Épilogue*

Vu l'âge de Zorro, il a été décidé de commencer par un traitement conservateur. Monsieur Don Diego de la Vega va surveiller l'évolution de son chien et nous adapterons le traitement en fonction. En tout cas, il était très content qu'on ait fait tout ça pour son chien. Il l'a dit lui-même : - Gracias Docteur, ça valait le coup ! (le c... ?)

*Dr Tom O'Grady*