

test clinique

les réponses

paralysie des postérieurs, puis parésie des antérieurs

Benoît Rannou

Unité de médecine des carnivores
E.N.V.N.
Atlanpôle la Chanterie
BP 40706
44307 Nantes cedex 03

1 Quel est votre diagnostic clinique ?

L'atteinte motrice de type motoneurone central aux quatre membres, l'état de conscience normal, et l'absence d'anomalie des nerfs crâniens nous orientent vers une atteinte médullaire cervicale. L'atteinte des postérieurs, puis des antérieurs, et la rapidité d'évolution des symptômes nous permettent d'envisager le diagnostic de myélite ou de méningomyélite ascendante.

2 Quelles sont vos hypothèses étiologiques ?

Devant l'évolution rapide des symptômes, il convient de privilégier les hypothèses d'origine vasculaire et inflammatoire (infectieuse ou non).

• Les causes vasculaires

Une protusion discale, une fracture vertébrale, ou une embolie fibrocartilagineuse peuvent être à l'origine d'une hémorragie ou d'une ischémie, suivie d'une nécrose médullaire. On parle dans ce cas de myélomalacie.

• **Les causes inflammatoires non infectieuses** (une méningomyélite granulomateuse, ou suppurée aseptique, par exemple) : ces méningomyélites sont généralement accompagnées d'une douleur cervicale franche, d'une hyperthermie. Il n'est par rare également d'observer des signes d'atteinte de l'encéphale.

• Les causes inflammatoires infectieuses

- **Le virus de la maladie de Carré** : certaines formes de la maladie de Carré peuvent ne s'exprimer que par des symptômes nerveux, même chez des chiens correctement vaccinés. Le virus de la maladie de Carré provoque dans ce cas une démyélinisation diffuse ou focale des substances blanche et grise.

- **Neosporum caninum** : cependant, les formes nerveuses de néosporose s'observent plus généralement sur des sujets jeunes et se caractérisent plutôt par une paralysie spastique franche des postérieurs.

3 Quels examens complémentaires envisagez-vous ?

Une ponction et une analyse du liquide céphalo-rachidien, un examen radiographique sans produit de contraste, une myélographie, un scanner, une IRM doivent être envisagés (cf. encadré).

Après 10 jours de nursing, l'état de l'animal n'a pas évolué, les radiographies sans et avec produit de contraste

Encadré - Les examens complémentaires à envisager

• Une ponction et une analyse du liquide céphalo-rachidien (L.C.R.)

Lorsque l'on suspecte une myélite ou une méningomyélite, une analyse du L.C.R. s'avère indispensable. On recherche notamment une pléocytose et/ou une protéinorachie. Ces modifications ne sont forcément spécifiques mais peuvent orienter fortement vers certaines causes, suivant le type de cellules prédominant. Le recueil de L.C.R. permet, de plus, la réalisation de cultures bactériennes et fongiques, ainsi que le diagnostic d'une maladie de Carré par sérologie ou P.C.R.

• Un examen radiographique sans produit de contraste

Cet examen permet un premier débroussaillage (recherche de hernie discale ou de fracture), mais n'est généra-

lement pas suffisante.

• Une myélographie

La myélographie autorise l'exploration des hypothèses de hernie discale, plus précisément des phénomènes compressifs. Lors de myélomalacie, la myélographie met parfois en évidence une tuméfaction ou un œdème médullaire.

• Le scanner

Le scanner intervient plutôt en complément de la myélographie lorsqu'une lésion est localisée mais que le doute persiste sur sa nature.

• L'IRM

L'IRM est la meilleure technique lors de lésion médullaire intraparenchymateuse. C'est donc l'examen de choix lors de myélomalacie, notamment provoquée par une embolie fibrocartilagineuse.

n'ont révélé aucune anomalie. Quelle est alors votre hypothèse principale ?

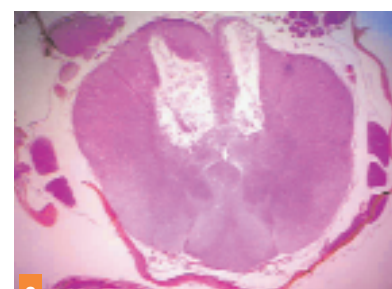
• L'absence d'évolution des symptômes n'est pas en faveur d'une affection inflammatoire. De plus, une hernie discale et une fracture peuvent être écartées compte tenu des résultats des examens complémentaires réalisés.

À ce stade, notre principale hypothèse est donc une myélopathie ischémique provoquée par une embolie fibrocartilagineuse. Cette hypothèse est confirmée lors de l'examen histopathologique de la moelle, après euthanasie de l'animal, à la demande des propriétaires (photos 2, 3).

• Ce cas illustre la difficulté diagnostique ante-mortem des embolies fibrocartilagineuses ; celles-ci sont à envisager par exclusion des autres causes.

L'embolie fibrocartilagineuse correspond à l'embolisation de fragments du noyau pulpeux des disques intervertébraux dans les veines ou dans les artères médullaires.

• Ces embolies provoquent une ischémie, puis une nécrose plus ou moins étendue de la moelle. Cette affection est plus particulièrement rencontrée chez les chiens de grand format, âgés de 3 à 6 ans, qui n'appartiennent pas à des races chondrodystrophiques. Elle n'entraîne pas forcément de myélomalacie. Dans ce cas, les symptômes n'évoluent plus au-delà des 24 premières heures et peuvent être de plus unilatéraux en raison des particularités vasculaires de la moelle.



2 Moelle entre C5 et C7.

Notez les larges plages blanches ventro-médiales qui correspondent à des zones de nécrose (H.E.S. *9). (photos : Unité d'anatomie pathologique E.N.V.N.).



3 Vaisseau embolisé (H.E.S. *170).

Pour en savoir plus

- Cauzinille L. Fibrocartilaginous embolism in dogs. Veterinary clinics of North America, Small animal practice 2000;30(1);155-67.
- Dyce J, Houlton JEF. Fibrocartilaginous embolism in the dog. Journal of small animal practice 1993;34;332-6.
- Macchi S. Analyse et commentaires : la ponction du liquide céphalo-rachidien. Le Nouveau Praticien Vétérinaire 2003;11;55-7.