

Version française

P094-FR

Dysphagie par compression osseuse d'origine rachidienne dans un contexte neurologique ; à partir de deux cas, post-traumatique et non traumatiqueM. Le Fort^a, P. Hamon^a, C. Dubois^b, J.-F. Mathé^a, B. Perrouin-Verbe^a^a Service de MPR neurologique, CHU de Nantes, 85, rue Saint-Jacques, 44093 Nantes cedex 01, France^b Service de MPR orthopédique, CHU de Nantes, Nantes, France**Mots clés :** Déglutition ; Neurologique ; Compression

Introduction.— Les dysphagies neurologiques à type de blocage peuvent être rattachées à des troubles moteurs mais aussi à des compressions extrinsèques du pharynx.

Observations

— cas clinique 1 : patient né en 1944, tétraplégique post-traumatique C6, AIS B. Toux favorisée par certains aliments (acides ou mal constitués) à distance d'un accident vasculaire cérébral marqué par un déficit moteur brachio-facial droit et une aphasia très modérés. Sensation de blocage cervical des aliments. Cliniquement : hyperréflexivité pharyngée. Nasofibroskopie : double bombement pharyngé postérieur. Clichés de rachis cervical : ostéophytose C5 antérieure. Radiocinéma : déclenchement lent du temps pharyngé, contournement de l'empreinte osseuse par le produit de contraste sans accrochage majeur. Évolution spontanément favorable de la gêne fonctionnelle ;

— cas clinique 2 : patiente née en 1971, hérédo-dégénérescence spino-cérébelleuse de Friedreich. Toux lors de la prise de certains aliments (chocolat, aliments mal constitués, liquides). Nasofibroskopie : bombement pharyngé postérieur gênant la réalisation de l'examen et entravant les mouvements de l'épiglotte. Scanner rachidien : volumineuse ostéophytose C3-C4. Radiocinéma : conflit mécanique entre cette ostéophytose et l'épiglotte poussé par le recul de langue, blocage temporaire du bol alimentaire dégluti dans un second temps avec risque accru de fausse route secondaire. Bilan étiologique complémentaire. Discussion chirurgicale.

Discussion.— Dans un contexte post-traumatique médullaire cervical, la littérature décrit une dysphagie fréquente avec notamment des obstacles mécaniques liés à des hématomes ou des ostéophytes. Dans un contexte non traumatique, ces compressions extrinsèques au pharynx sont décrites dans les hyperostoses vertébrales diffuses idiopathiques (maladie de Forestier) ou lors de pathologies rhumatismales comme la spondylarthrite ankylosante. La chirurgie est alors rarement indiquée mais la résection des ostéophytes antérieurs pourraient permettre une évolution clinique et radiologique favorable à moyen terme.

Références

Urrutia J. Long-term results of surgical treatment of dysphagia secondary to cervical diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *The Spine J* 9 (2009) e13-e17.
Seidler TO. Dysphagia caused by ventral osteophytes of the cervical spine: clinical and radiographic findings. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009;266:285–291.
Abel R. Cervical spine injury and deglutition disorders. *Dysphagia* 2004;19:87–94.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.858

P095-FR

Observation originale après disjonction cervico-occipitale : un syndrome de Gerhardt associé à un syndrome de RiegelL. Have^{a,*}, L. Tell^b, Y. Gardie^c, C. Vial^d, G. Rode^b^a MPR, hôpital d'instruction des armées Desgenettes, 108, boulevard Pinel, 69003 Lyon, France^b Hôpital Henry-Gabrielle, Saint-Genis-Laval, France^c Hôpital Lyon-Sud, Pierre-Bénite, France^d Hôpital neurologique, Lyon, France**Mots clés :** Syndrome de Gerhardt ; Syndrome de Riegel ; Dyspnée ; Disjonction cervico-occipitale

Introduction.— Les observations de disjonction cervico-occipitale sont rares dans la littérature. Le pronostic est souvent péjoratif à court terme. Nous rapportons l'observation d'un patient victime d'une disjonction cervico-occipitale, originale de par son évolution favorable et l'installation de troubles laryngés exceptionnels rendant leur prise en charge complexe.

Observation.— Un homme de 55 ans, sans antécédent notable, a été victime d'une disjonction cervico-occipitale occasionnée par une décélération brutale alors qu'il conduisait un véhicule et d'un arrêt cardio-respiratoire. Le bilan initial retrouva une dislocation cervico-occipitale avec hématome épidual et prévertébral de 8 cm de hauteur et 16 mm d'épaisseur, une contusion à la jonction bulbo-médullaire étendue sur 28 mm, ainsi qu'un œdème cérébral diffus.

Après un séjour en réanimation de 2 mois, où il avait bénéficié initialement d'une trachéotomie, il fut transféré en service de rééducation post-réanimation. Le tableau clinique était dominé par une tétraparésie sévère. Devant l'évolution favorable, il fut décanulé.

Il présenta alors une dyspnée aiguë laryngée 7 jours après la décanulation. La fibroscopie mit en évidence, d'un côté un syndrome de Gerhardt (corde vocale en permanence en position paramédiane) et de l'autre, un syndrome de Riegel (corde vocale en position médiane). On nota également l'existence de troubles de déglutition en rapport avec une paralysie de l'hémilangue gauche. Devant l'étroitesse de la filière laryngée et l'existence d'une dyspnée majeure, une nouvelle trachéotomie fut réalisée. L'électromyogramme retrouva une hyperactivité des muscles thyro-arythénoïdiens mais pas de signe de dénervation des muscles abducteurs. Une injection de toxine botulinique fut donc réalisée dans les muscles arythénoïdiens.

L'évolution clinique fut favorable : station debout possible avec possibilité de quelques pas, préhension fine, reprise d'une alimentation orale, disparition de la dyspnée et maintien d'une voix intelligible.

Discussion.— L'évolution clinique motrice est exceptionnelle au vu du tableau lésionnel initial. Cette observation reflète l'importance de la surveillance de la région laryngée après un traumatisme cervical eu égard à la sévérité des troubles de la déglutition et de la respiration. La toxine botulique trouve ici une indication originale : l'hyperactivité des cordes vocales. Elle apparaît comme un test diagnostique, un moyen thérapeutique réversible et une alternative à la chirurgie.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.859

Version anglaise

P094-EN

Dysphagia due to bone compression of vertebral origin in neurological context; two cases reports: One post-injury case and one case with no injury of the spineM. Le Fort^a, P. Hamon^a, C. Dubois^b, J.F. Mathé^a, B. Perrouin-Verbe^a^a Service de MPR neurologique, CHU de Nantes, 85, rue Saint-Jacques, 44093 Nantes cedex 01, France^b Service de MPR orthopédique, CHU de Nantes, Nantes, France**Keywords:** Deglutition; Swallowing; Neurological; Compression

Introduction.— Neurological dysphagia may be linked to motor disorders but also to pharyngeal extrinsic compressions.

Cases reports

— case report 1: man born in 1944, post-injury quadriplegia, C6 AIS B. Cough provoked by some foods (acid or unconstituted), some time after a stroke, with deficiencies of the right hemiface and arm and a mild aphasia. Feeling of cervical blockage when eating. Clinically: pharyngeal hyperreflexivity. Fiberoptic endoscopy: double posterior pharyngeal convexity. Standard radiography: C5 anterior osteophyte. Videofluoroscopy: delayed triggering of the pharyngeal