



Cours de  
Pathologie médicale

# La paraplégie

**Pr. Ag Mohamed Habib GRISSA**

**Hôpital Universitaire F. Bourguiba  
Monastir**

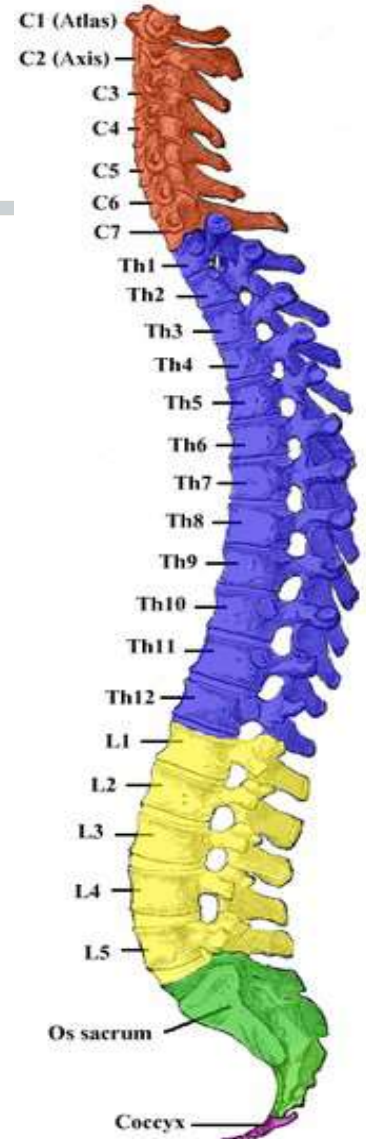
[www.urgencemonastir.com](http://www.urgencemonastir.com)  
[grissa.medhabib@gmail.com](mailto:grissa.medhabib@gmail.com)



# Rappel Anatomique

La colonne vertébrale comprend :

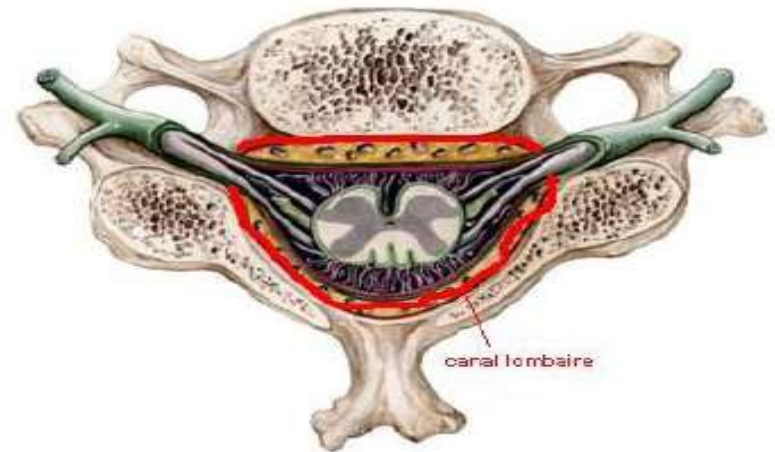
- Sept vertèbres cervicales **C1, C2, C3....C7**
- Douze vertèbres dorsales **D1....D12**  
aussi nommées vertèbres thoraciques **Th**
- Cinq vertèbres lombaires **L1....L5**
- Le sacrum,
- Le coccyx,
- Les racines sacrées



# Rappel Anatomique

## Impulser un mouvement

Le cerveau envoie un signal électrique qui se propage dans la substance blanche de la moelle épinière.

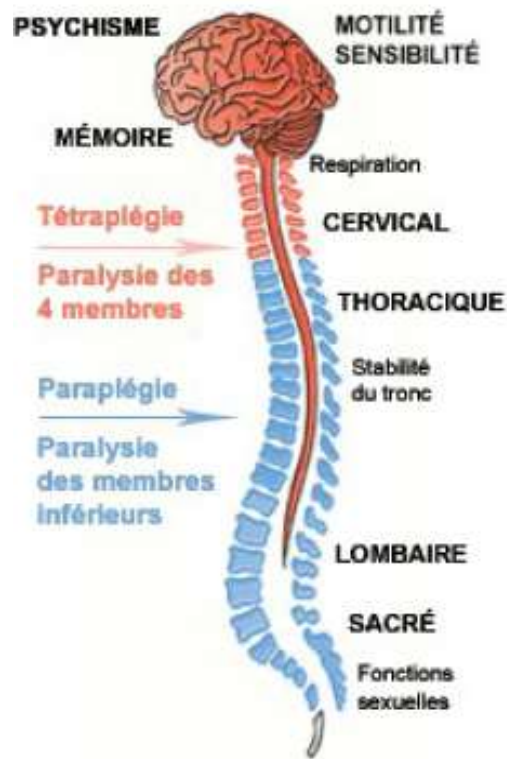


Lorsqu'il atteint la section de la moelle ciblée, le signal passe dans la substance grise, puis dans la racine ventrale vers les nerfs périphériques jusqu'aux muscles.

# DEFINITION

Déficit moteur des deux membres inférieurs, en général symétrique et plus ou moins complet. Elle est due à une atteinte de la voie motrice. La paraplégie peut être centrale ou périphérique.

# Différents niveaux de paralysie



Une atteinte de la moelle dans la région cervicale entraîne une paralysie du tronc et des quatre membres. On parle alors de tétraplégie.

Une atteinte dorsale (entre D1 et L2) paralyse les deux membres inférieurs et le tronc à partir des seins.

Une atteinte dorsolombaire (entre L2 et L5) provoque une paralysie des deux membres inférieurs à partir de la racine des cuisses

# LES PARAPLEGIES D'ORIGINE CENTRALES

Elles sont dues à une lésion de la voie motrice principale (voie pyramidale). Elles peuvent être soit spasmodiques, soit flasques.

## 1- Les paraplégies spasmodiques :

Le déficit moteur prédomine sur les muscles fléchisseurs et sur les muscles distaux. On note une hypertonie spastique avec exagération des réflexes ostéo-tendineux. Il existe un **signe de Babinski**, une **abolition des réflexes cutanés abdominaux** et des **troubles sphinctériens**.

## La paraplégie spasmodique peut réaliser deux formes :

### • **La paraplégie spasmodique en extension:**

C'est la forme la plus habituelle. L'hypertonie pyramidale est responsable de l'attitude des membres inférieurs en extension adduction.

### • **La paraplégie spasmodique en flexion :**

C'est une forme évolutive de la forme précédente, elle est grave, de mauvais pronostic mais rare. Les membres sont en flexion empêchant la marche.

## 2- Les paraplégies flasques :

Elles peuvent être d'origine centrale (pyramidale) chaque fois que la lésion médullaire est brutale.

1. Elle est caractérisée par l'installation brutale, symétrique, d'emblée massive d'une paralysie totale des membres inférieurs, aucun mouvement n'est possible.
2. Il existe une hypotonie musculaire avec abolition des réflexes tendineux, des réflexes cutanés abdominaux, du réflexe crémastérien mais la présence d'un signe de Babinski doit attirer l'attention.
3. Les troubles sensitifs sont en général massifs à tous les modes.
4. Les troubles sphinctériens sont constants à type de rétention ou d'incontinence.
5. Des troubles trophiques peuvent s'installer rapidement engendrant des escarres qui aggravent le pronostic.
6. L'évolution quand elle est favorable se fait vers la spasticité avec réapparition des réflexes tendineux qui deviennent vifs et polycinétiques avec une hypertonie pyramidale.



### 3- La paraplégie fruste :

Elle s'exprime par une claudication intermittente médullaire : c'est une impotence fonctionnelle non douloureuse des membres inférieurs après un périmètre de marche plus ou moins important, obligeant le patient à s'arrêter (qu'il faut distinguer de la claudication vasculaire).

# LES PARAPLEGIES D'ORIGINE PERIPHERIQUE

Les paraplégies d'origine périphérique sont toujours flasques, et dues à une atteinte du deuxième neurone de la voie motrice (corne antérieure ou nerf périphérique).

Elles s'opposent aux paraplégies flasques centrales par leurs caractères cliniques :

- Elles sont souvent incomplètes et asymétriques
- l'hypotonie n'évolue jamais vers la spasticité
- une amyotrophie apparaît rapidement
- il n'y a pas de signe de Babinski
- les troubles sensitifs sont de topographie tronculaire ou radiculaire
- les troubles sphinctériens sont rares
- l'EMG montre des signes de dénervation.

# LES PARAPLEGIES D'ORIGINE PERIPHERIQUE

L'exemple type des paraplégies d'origines périphériques est « le syndrome de la queue de cheval » qui associe :

- Douleurs radiculaires bilatérales (sciatique).
- Paraplégie flasque incomplète et asymétrique
- Aréflexie tendineuse sans signe de Babinski
- Anesthésie en selle
- Troubles sphinctériens et génitaux
- Les réflexes crémastériens et cutanés abdominaux sont conservés.

## **EXAMENS PARA CLINIQUES :**

- ✓ **Radio** du rachis dorsolombaire (traumatisme, tumeur, lésion infectieuse...)
- ✓ **TDM**
- ✓ **IRM** médullaire.

## **ETIOLOGIES :**

- ✓ **Fracture** du rachis
- ✓ **Hernie** distale
- ✓ **Hématome** sous dural ou extra dural
- ✓ **Tumeur**
- ✓ **Mal de pott**

# COMPLICATIONS

## **Escarre :**

Les localisations les plus fréquentes sont Sacrum, Coccyx, Talons lorsque le sujet est en décubitus dorsal,

Grande trochanter, mollet sont atteintes lorsque le sujet est en décubitus latéral,

Genou, épine iliaque antéro supérieure peuvent être le siège d'escarre chez le sujet en décubitus ventral.

## **Complications urinaires :**

Sont surtout observées lors des vessies neurologiques, elles nécessitent une sonde à demeure qui doit être changée pour éviter l'infection ou mieux éduquer le patient pour l'auto-sondage.

**Complications ostéoporotiques :** est en rapport avec l'immobilisation.

**Ostéome :** qui sont des ossifications de localisation anormale, se développe dans le tissu conjonctif des parties molles péri articulaires et qui sont secondaires à des microtraumatismes répétés. Le diagnostic repose sur l'échographie, et le traitement repose sur l'éviction des microtraumatismes et la kinésithérapie.

**La douleur qu'il faut savoir chercher et traiter.**

# TRAITEMENT

## A. Traitement de la spasticité :

1. **Traitements médicaux** : Baclofènes, valium et autres myorelaxants
2. **Traitement chirurgical** : on peut utiliser la neurotomie périphérique ou la radicotomie.
3. **Agents physiques** : la kinésithérapie ++++

# TRAITEMENT

## B. Traitement de la douleur :

1. **Traitement médical** : antalgiques, AINS, Antiépileptiques (Tegretol, gabamox..), Antidépresseurs.
  2. **Traitement chirurgical** : cordotomie, myélotomie.
  3. **Autres** : thermocoagulation. Neurostimulation ...
- c. **prévention des accidents thromboemboliques** : anticoagulants au cours des premiers mois.

# VIVRE AVEC



## L'organisation de la vie quotidienne

Entrée, cuisine, salle de bains, toilettes, chambre et séjour devront être accessibles.

Les sujets ne pouvant acquérir une totale indépendance auront besoin d'une aide pour les soins ou pour les actes de la vie quotidienne.

## Les loisirs et le sport

Natation, basket, athlétisme, ping-pong, mais aussi pétanque, tennis, tir à l'arc, canoë-kayak et ski (entre autres) sont praticables et recommandés.

