

La spasticité chez l'enfant. Indications neurochirurgicales

Guy MATGE, Neurochirurgie, CHL Luxembourg

Les techniques neurochirurgicales concernant le traitement de la spasticité sévère sont neuro-ablatives ou neuro-augmentives. L'évaluation préopératoire considère l'état général et neurologique du patient, l'amplitude articulaire, le contrôle moteur et la spasticité (échelle d'Ashworth). Le traitement conservateur médical préalable est toujours réalisé, de même que les bloc-tests anesthésiques préopératoires, éventuellement la toxine botulinique ou la neurostimulation si indiquées.

La neurotomie fasciculaire sélective (motrice) est retenue pour le pied équin-varus ou la main spastique en recherchant une amélioration de la fonction et en évitant les troubles sensitifs. La radicotomie postérieure sectorielle (intradurale) est surtout envisagée au niveau lombaire, évitant les troubles sphinctériens. La radiculotomie postérieure sélective (Drezotomie) respecte la proprioception et trouve ses indications essentielles au niveau cervical pour une spasticité sévère plus étendue. Les myélotomies, les tractotomies et lobotomies ne concernent que des cas d'exception. Les thalamotomies traitent également une dystonie associée.

Le Baclofen intrathécal agit essentiellement au niveau de la corne médullaire postérieure, avec un gradient dégressif de son activité circulatoire dans le LCR. C'est l'indication de choix de la spasticité diffuse d'origine médullaire ou cérébrale prédominante aux membres inférieurs. Les effets secondaires négatifs cérébraux sont nettement réduits par rapport au traitement oral. A dose plus élevée, on note un effet sur certaines dystonies. L'utilisation d'une pompe à Baclofen programmable permet de moduler la spasticité, en conservant la spasticité utile à la station debout et à la marche. Le positionnement du cathéter spinal et l'implantation sous-faciale améliorent les résultats, de même que l'adaptation du dosage de Baclofen en fonction de la pathologie.

En résumé les techniques neurochirurgicales ne sont utilisées qu'après échec du traitement conservateur, mais avant les éventuelles interventions orthopédiques correctrices. Les méthodes de neuro-modulation, si efficaces, sont en principe préférables aux méthodes destructives, car réversibles. Les méthodes ablatives bien indiquées s'avèrent efficaces dans notre expérience. Le Baclofen intrathécal semble souvent utilisé trop tardivement, après installation d'importantes déformations orthopédiques.