

Lésion médullaire non traumatique

Auteurs : [Dominik Zbogor](#), [Kelsey Zhao](#) | Révisé par : [Peter New](#) | Publié le : 17 Septembre 2024 | Mis à jour : ~

Points clés

- La LMNT peut être divisé en trois catégories principales : congénitale, génétique et acquise, qui représente la grande majorité des cas.
- Les taux d'incidence de la LMNT varient considérablement d'un pays à l'autre et l'on manque d'informations à ce sujet. Les pays développés ont tendance à avoir une proportion plus élevée de cas causés par des conditions dégénératives et des tumeurs, tandis que les pays en développement ont une proportion plus élevée de LMNT acquises par infection.
- Les personnes atteintes d'une LMNT sont plus susceptibles d'être âgées, d'être des femmes, de présenter une paraplégie et d'avoir une lésion incomplète par rapport à celles atteintes d'une LME traumatique.
- La réadaptation dans le cadre de la LMNT est en grande partie similaire à la réadaptation dans le cadre d'une lésion traumatique, bien que le séjour de réadaptation soit plus court.

Qu'est-ce qu'une lésion médullaire non traumatique ?

Les lésions de la moelle épinière (LME) peuvent avoir des causes traumatiques ou non traumatiques. Les lésions traumatiques de la moelle épinière sont causées par des forces externes lors d'événements tels que les accidents de voiture et les chutes. Les lésions médullaires non traumatiques (LMNT) se produisent sans force physique extérieure et sont généralement causées par un état de santé sous-jacent.

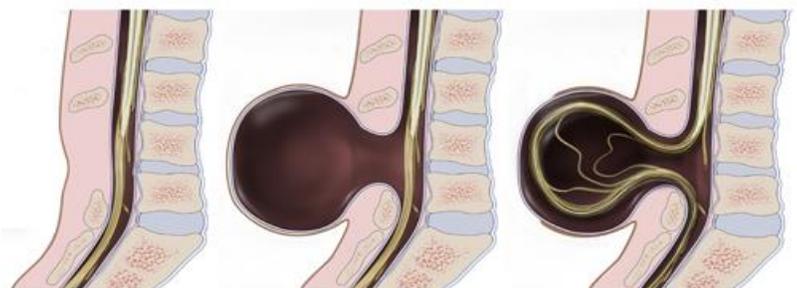
Quelles sont les causes des lésions médullaires non traumatiques ?

Les causes d'une LMNT peuvent être divisées en trois catégories principales : congénitales, génétiques et, le plus souvent, acquises.

Congénitale (présente à la naissance)



Les LMNT congénitales sont des défauts de développement, des malformations et des anomalies affectant la moelle épinière qui sont présents à la naissance. Un enfant



Spina bifida occulta

Méningocèle

Myéломéningocèle

Le myéломéningocèle est le type de spina bifida le plus grave, car la moelle épinière elle-même fait saillie à travers l'ouverture de la partie non fusionnée de la colonne vertébrale.²

peut être atteint d'une seule affection congénitale ou de plusieurs en même temps. Par exemple, les malformations de Chiari de type 2 se produisent presque toujours en association avec le myéloméningocèle, forme sévère de spina bifida.

Dysraphisme spinal

Le dysraphisme spinal est un défaut de développement du tube neural (une forme précoce du cerveau et de la colonne vertébrale) dans lequel le canal qui abrite la moelle épinière ne se ferme pas complètement, ce qui endommage la moelle épinière et les nerfs. Un type bien connu de dysraphisme spinal est le spina bifida

Malformations de Chiari

Les malformations de Chiari sont une affection dans laquelle une partie du cerveau, le cervelet, est poussé dans l'espace où le cerveau est relié à la moelle épinière.

Malformations du squelette

Les malformations du squelette comprennent toutes les déformations ou anomalies dans le développement des os ou des ligaments qui affectent la colonne vertébrale. Ces malformations peuvent accroître le risque d'instabilité de la colonne vertébrale, ce qui peut entraîner une pression sur la moelle épinière qui peut résulter en une LMNT.

Syringomyélie congénitale

La syringomyélie congénitale est la formation d'un sac rempli de liquide, appelé kyste ou syrinx, dans la moelle épinière. Ce phénomène se produit souvent en association avec un spina bifida ou une malformation de Chiari, mais il peut aussi se produire spontanément.

Génétique

 Une LMNT génétique provient d'une anomalie dans les gènes d'une personne qui affecte la moelle épinière. Cette anomalie peut être héritée des parents ou résulter d'une mutation spontanée survenue au cours du développement. Les effets de cette anomalie génétique peuvent être présents à la naissance ou se manifester plus tard dans la vie. La plupart des LMNT génétiques entraînent une perte de mouvement et/ou de sensation due à la dégénérescence des cellules nerveuses.

Parmi les types de LMNT génétiques, on peut citer la paraplégie spastique héréditaire, les ataxies spinocérébelleuses (par exemple, l'ataxie de Freidrich), les adrénomyéloneuropathies, les leucodystrophies et l'atrophie musculaire spinale.

Acquise



Les affections acquises comprennent les causes les plus courantes de LMNT, telles que les affections dégénératives de la moelle épinière, les tumeurs et les problèmes vasculaires. Il s'agit d'une catégorie variée et les affections deviennent plus fréquentes avec l'âge.

Dégénérative

Les LMNT dégénératives comprennent toutes les affections qui provoquent des dommages à la moelle épinière par la dégénérescence des os ou des ligaments. Par exemple, la spondylose est une condition caractérisée par une dégénérescence anormale et douloureuse des os et du cartilage du cou, qui peut entraîner une perte de contrôle ou de sensation sur certaines parties du corps.

Métabolique

Le métabolisme est le processus qui, dans l'organisme, transforme les aliments en énergie et en éléments qui constituent et entretiennent le corps. Les carences en nutriments, comme les carences en vitamine B12 et en folates, ou les maladies qui affectent le maintien des os, comme l'ostéoporose et la maladie de Paget, peuvent entraîner une dégénérescence ou des dommages à la moelle épinière.

Vasculaire

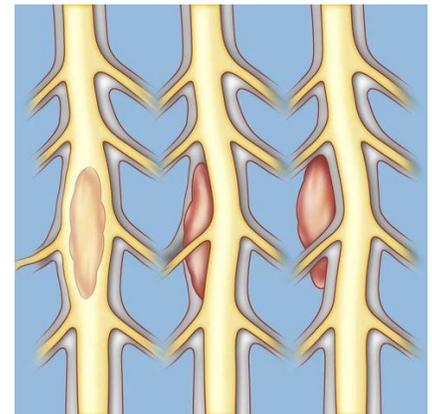
Les causes vasculaires d'une LMNT sont des dommages à la moelle épinière causés par des problèmes au niveau des vaisseaux qui transportent le sang dans l'organisme. Par exemple, si un vaisseau sanguin éclate et saigne, s'il y a des problèmes de connexions anormales entre les vaisseaux ou si l'approvisionnement en sang est bloqué, la moelle épinière peut être endommagée. Ces problèmes peuvent survenir n'importe où dans le corps et peuvent provoquer une LMNT lorsqu'ils se produisent dans la moelle épinière.

Inflammatoire ou auto-immune

Les affections inflammatoires et auto-immunes impliquent une activité du système immunitaire qui endommage la moelle épinière par le biais d'un gonflement (inflammation) ou d'une attaque directe des cellules saines (auto-immunité). Le système immunitaire est normalement chargé de nous protéger contre les virus, les bactéries et d'autres organismes, mais différentes affections peuvent provoquer des réactions immunitaires excessives ou inappropriées. La myélite transverse et la sclérose en plaques en sont des exemples.

Tumeurs et masses

Les tumeurs bénignes ou malignes peuvent provoquer une LMNT si la croissance de la masse exerce une pression sur la moelle épinière ou interfère avec l'irrigation sanguine.



Les tumeurs spinales peuvent être (de gauche à droite) intramédullaires, intradurales-extramédullaires ou extradurales.⁵

Infection

La moelle épinière peut être infectée par des bactéries, des virus ou d'autres organismes. Les infections peuvent exercer une pression sur la moelle épinière en raison d'un abcès (poche d'infection) ou perturber l'irrigation sanguine.

Autres

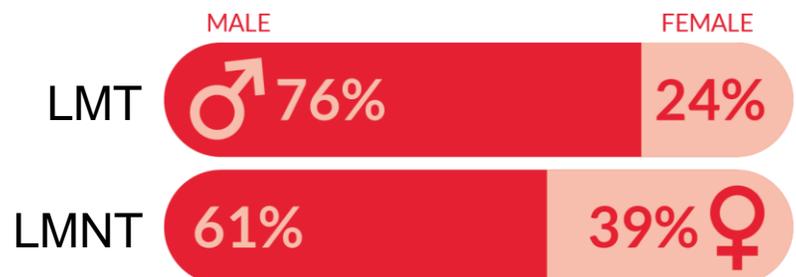
D'autres causes peu courantes de LMNT sont les lésions de la moelle épinière dues à l'exposition à des radiations ou à des substances toxiques. La sclérose latérale amyotrophique et la sclérose latérale primitive sont deux maladies dégénératives rares qui affectent les motoneurones, cellules nerveuses impliquées dans le contrôle et la coordination des mouvements.

La sclérose en plaques et la SLA sont-elles des types de LMNT ?

La sclérose en plaques (SEP) est une maladie auto-immune dans laquelle le système immunitaire attaque la gaine protectrice (myéline) des fibres nerveuses du système nerveux central, composé du cerveau et de la moelle épinière. La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est une maladie progressive du système nerveux qui affecte les cellules nerveuses du cerveau et de la moelle épinière. Comme les lésions peuvent se produire non seulement dans la moelle épinière, mais aussi dans le cerveau, il est difficile de les classer. Certaines études incluent la sclérose en plaques et la sclérose latérale amyotrophique dans leur échantillon de personnes atteintes de lésions médullaires, tandis que d'autres choisissent d'exclure ces affections.

Qui est atteint d'une lésion médullaire non traumatique ?

Bien que les LMNT touchent toujours davantage les hommes, la proportion de femmes atteintes de LMNT est plus élevée que celle des lésions traumatiques. Les LMNT sont également plus susceptibles d'affecter les personnes plus âgées.



LMT = lésion médullaire traumatique;
LMNT = lésion médullaire non traumatique

Les chiffres par cause

L'incidence des LMNT varie en fonction de la cause et des services de santé du pays dans lequel vous vivez. Bien qu'il existe de nombreuses lacunes dans les données de recherche, les études existantes donnent une idée de la répartition des différentes causes de LMNT.

Congénitale et génétique

- Dans les quelques études qui ont enregistré des cas de causes congénitales de LMNT, le spina bifida et d'autres affections congénitales sont à l'origine de 1 à 6 % des cas. Dans l'ensemble, les LMNT congénitales et génétiques ne représentent qu'une très faible proportion des LMNT.

Aquise

- Les tumeurs malignes et bénignes sont des causes courantes de LMNT dans le monde. Des études menées dans le monde entier depuis 1975 indiquent que les tumeurs sont à l'origine de 14 à 44 % des cas de LMNT.
- Les affections dégénératives de la colonne vertébrale sont une cause très fréquente de LMNT du dans les pays développés à revenu élevé. Le pourcentage de cas de LMNT dus à des affections dégénératives varie de 13 à 62 %. Nombre de ces affections deviennent plus fréquentes avec l'âge.
- Dans les régions d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud, la tuberculose serait à l'origine de 15 à 30 % des cas de LMNT. La tuberculose est une maladie infectieuse causée par une bactérie qui s'attaque généralement aux poumons, mais qui peut aussi endommager d'autres parties du corps comme la colonne vertébrale et le cerveau.
- D'autres causes de LMNT couramment rapportées dans la recherche sont les affections inflammatoires/auto-immunes, les affections vasculaires et les infections.

LME pédiatriques

Les lésions traumatiques sont la cause la plus fréquente de LME chez les adultes, tandis que les causes non traumatiques sont plus fréquentes chez les enfants. Les causes non traumatiques les plus fréquentes de LME chez l'enfant sont les anomalies congénitales, les tumeurs de la moelle épinière, les infections et les malformations vasculaires. Les causes traumatiques courantes des LME pédiatriques sont les accidents de la route, les chutes, les blessures liées au sport et les lésions iatrogènes.

Visitez le site SCIRE Professional pour plus d'informations sur les [LME pédiatriques](#)



Où dans le monde ?

On estime à 20,6 millions le nombre de personnes vivant avec une LME dans le monde. Il semble que l'incidence des LMNT augmente en raison du vieillissement de la population dans de nombreux pays. En effet, dans certains pays, l'incidence de ces lésions est désormais plus élevée que celle des lésions traumatiques.

On manque généralement d'informations sur l'incidence et les types de LMNT dans le monde. Cela dit, les pays développés tendent à avoir une proportion plus élevée de cas causés par des conditions dégénératives (32%) et par des tumeurs (25%) en Europe occidentale. En revanche, dans les pays en développement, la proportion de cas de LMNT acquis à la suite d'une infection, en particulier la tuberculose et le VIH, est plus élevée, bien que les tumeurs soient également signalées comme une cause majeure. Il existe de nombreuses lacunes dans le suivi des taux mondiaux de LMNT.

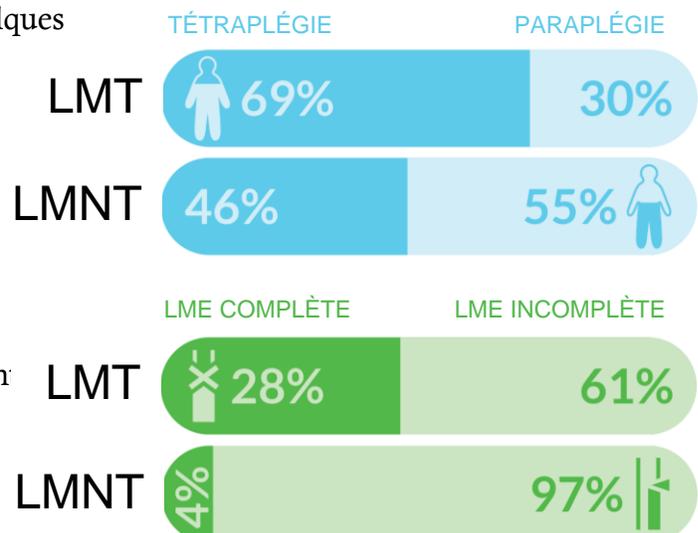
Comment se présente une lésion médullaire non traumatique ?

Lisez notre article sur [les notions fondamentales des LME](#) pour plus d'informations sur les types de LME !

L'apparition de LMNT peut être lente et progressive et être liée à un état progressif ou à une complication d'un autre événement médical. Le délai d'apparition peut varier de quelques minutes à quelques mois en fonction de la cause de la blessure.

Par rapport aux victimes de lésions traumatiques, les personnes atteintes de LMNT :

- Sont plus susceptibles de souffrir de paraplégie
- Sont plus susceptibles d'avoir une blessure incomplète
- Passent moins de temps en réadaptation et ont des frais d'hospitalisation réduits
- Ont des destinations similaires à la sortie de l'hôpital



LMT = lésion médullaire traumatique;
LMNT = lésion médullaire non traumatique

Handicap « invisible »

En comparaison aux personnes atteintes d'une lésion traumatique, les personnes atteintes d'une LMNT sont plus susceptibles de retrouver une certaine capacité de marche lorsqu'elles sortent de réadaptation. Les personnes atteintes de LME qui peuvent marcher peuvent être confrontées à des défis physiques et psychosociaux uniques. L'utilisation d'appareils de mobilité pour la marche, comme les cannes et les déambulateurs, peut causer plus de fatigue et/ou de douleur qu'un fauteuil roulant. L'absence de fauteuil roulant comme indicateur clair de handicap peut entraîner l'incompréhension et le jugement des autres en raison d'un manque de sensibilisation aux personnes atteintes d'une LME qui peuvent marcher. Certaines personnes estiment qu'elles se trouvent dans une "zone grise" où elles ne sont ni complètement aptes ni handicapées et où elles sont confrontées à des défis « invisibles ».

Voici quelques exemples de défis à relever :

- L'incompréhension des autres quant à la gravité de leur blessure et des handicaps avec lesquels ils vivent.
- Sentiment de ne pas être à sa place dans les programmes ou dans la communauté LME, en particulier lorsque le programme ou l'espace n'est pas conçu pour les personnes qui peuvent marcher (par exemple, pas d'endroits où s'asseoir).
- Attention non désirée et examen minutieux en public ou dans des situations sociales en raison d'une démarche anormale ou d'appareils d'assistance.
- Manque d'empathie de la part des autres lorsqu'ils passent pour des personnes non handicapées (par exemple : « Peux-tu te dépêcher ? Pourquoi es-tu si lent ? »).

Il faut davantage de programmes et de services qui accueillent et prennent en compte les besoins des personnes atteintes d'une LME qui peuvent marcher. Si vous ou une personne que vous connaissez avez du mal à trouver une communauté et des services en tant que personne atteinte d'une LME qui peut marcher, il peut être utile de parler à des professionnels de la santé ou à des pairs ayant des blessures et des expériences similaires. Il a été prouvé que le soutien par les pairs améliore l'adaptation à la vie après une blessure et le bien-être général grâce au soutien social/émotionnel et au partage des connaissances. Si la marche est source de douleur ou de fatigue, il peut également être utile d'envisager l'utilisation intermittente d'appareils de mobilité à roues.

Comment les lésions médullaires non traumatiques sont-elles traitées ?

Réadaptation commune pour toutes les types de LME

La plupart des processus de réadaptation sont similaires pour les lésions traumatiques et les lésions non traumatiques, tandis que le traitement des affections sous-jacentes à l'origine des LMNT varie. La réadaptation commune aux lésions traumatiques et aux lésions non traumatiques comprend les éléments suivants :

- Éducation sur la LME et les problèmes médicaux connexes qui doivent être pris en charge.
- Gestion et prévention des complications : Chez les personnes atteintes de tous les types de LME, les complications telles que les infections urinaires, les pneumonies, les escarres, la spasticité et

Pour plus d'informations, lisez notre article sur [Comprendre la réadaptation !](#)



les douleurs neuropathiques sont courantes et prises en charge dans le cadre de la réadaptation. La prévention et l'éducation sont essentielles pour minimiser les complications.

- La physiothérapie et l'ergothérapie : Les physiothérapeutes aident les patients à retrouver leur mobilité, leur force et leur coordination. Les ergothérapeutes aident les patients à s'adapter à leur nouvelle situation, à réapprendre les gestes de la vie quotidienne et à retrouver leur indépendance. Ces deux types de thérapies sont essentiels à la réadaptation après une LME.
- Dispositifs d'assistance : Les aides à la mobilité, les équipements adaptés, les technologies d'assistance et d'autres supports tels que les coussins et les matelas peuvent améliorer de manière significative la qualité de vie des personnes atteintes de LME. Ces dispositifs facilitent la mobilité, la communication et les tâches quotidiennes et préviennent les complications telles que les plaies de pression.
- Gestion de la douleur : La douleur chronique est un problème courant qui peut être géré par des médicaments, des blocs nerveux ou d'autres interventions visant à soulager l'inconfort.
- L'entraînement de la vessie et de l'intestin : Des traitements médicaux peuvent être utilisés pour traiter les problèmes de vessie et d'intestin. La formation comprend également l'apprentissage de la gestion des soins de la vessie et de l'intestin après la réadaptation.
- Soutien psychologique : Le soutien et l'accompagnement psychologique peuvent aider les individus et leurs familles à surmonter les aspects émotionnels difficiles de la gestion d'une LME.
- Réintégration dans la communauté : Pour préparer la sortie de la réadaptation, l'équipe soignante doit aider à trouver les ressources et les services locaux, à gérer les finances, à reprendre les activités normales de la vie et à adapter la maison à la LME.

Lisez nos articles sur les domaines énumérés ici et sur bien d'autres [sujets](#) !



Réadaptation propre aux lésions médullaires non traumatiques

Prévoir la récupération

Les LMNT présentent des défis uniques en matière de réadaptation. Étant donné que les personnes atteintes de LMNT sont généralement plus âgées, elles sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques telles que l'arthrite, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'obésité et d'autres affections. Ces comorbidités peuvent avoir un impact négatif sur la réadaptation et le rétablissement.

Il est particulièrement difficile de prédire les résultats de la réadaptation après une blessure chez les personnes souffrant d'une LMNT progressive, où l'affection sous-jacente à la lésion entraîne une détérioration au fil du temps par rapport aux personnes souffrant d'une cause non progressive de LMNT. La cause de la LMNT est un facteur prédictif important des résultats, de la durée du séjour et de la survie.

Compte tenu de l'âge avancé de nombreuses personnes atteintes d'une LMNT, des divers problèmes de santé chroniques dont elles peuvent souffrir et du fait que de nombreuses LMNT sont incomplètes, il peut être très difficile de prédire la récupération d'une LMNT. Pour les mêmes raisons, il est également très difficile d'établir des comparaisons avec les LME traumatiques.

Accès aux services de réadaptation

Les personnes atteintes de LMNT obtiennent de meilleurs résultats lorsqu'elles sont prises en charge dans une unité de réadaptation spécialisée pour les affections de la colonne vertébrale plutôt que dans une unité de réadaptation générale. Les cliniciens s'accordent à dire qu'une unité de réadaptation spinale spécialisée dans les LMNT est le cadre idéal pour le traitement. Toutefois, les unités de réadaptation spinale ont tendance à privilégier les lésions traumatiques lors de l'admission des clients, car les LMNT sont considérées comme moins urgentes, et elles peuvent exclure les patients plus âgés ou ceux atteints d'un cancer métastatique en les orientant vers les unités de gérontologie et d'oncologie, respectivement.

Traitement concomitant

En fonction de la cause de la LMNT, certaines personnes suivront des traitements pour l'affection sous-jacente en même temps que la réadaptation. Il peut s'agir d'opérations chirurgicales, de radiothérapie et de chimiothérapie pour les tumeurs, de médicaments immunosuppresseurs pour les maladies auto-immunes, d'antibiotiques pour les infections bactériennes, etc. L'unité de réadaptation doit être informée de ces traitements pour des raisons de sécurité et pour planifier au mieux les traitements et la thérapie de réadaptation. Certains traitements pour des affections sous-jacentes peuvent être épuisants et avoir un impact négatif sur la réadaptation si la thérapie est programmée peu de temps après.

Diagnostic de la cause sous-jacente

Il est également possible que les personnes atteintes de LMNT soient admises en réadaptation sans diagnostic ou avec un diagnostic erroné de l'affection sous-jacente. Dans ce cas, les cliniciens et thérapeutes en réadaptation peuvent contribuer à déterminer le bon diagnostic.

En conclusion

Les nombreux types de LMNT peuvent être regroupés en trois catégories : congénitales, génétiques et acquises. Chacune d'entre elles a une présentation et des besoins de traitement qui lui sont propres. Cela dit, la grande majorité des LMNT résultent d'affections acquises. Dans les pays développés, la plupart des LMNT acquises sont des affections dégénératives et des tumeurs, tandis que les pays en développement ont tendance à avoir une proportion plus élevée d'infections.

Les personnes atteintes de LMNT sont souvent plus âgées, de sexe féminin, paraplégiques et présentent une lésion incomplète en comparaison avec les personnes atteintes d'une lésion traumatique.

La réadaptation dans le cadre d'une LMNT est en grande partie similaire à la réadaptation dans le cadre d'une lésion traumatique, bien que le séjour de réadaptation soit plus court et moins coûteux.

Pour savoir comment nous évaluons les preuves au sein de SCIRE Community et obtenir des conseils sur la prise de décision, veuillez consulter [SCIRE Community Evidence](#).

Ressources connexes

SCIRE Community. « [Comprendre la réadaptation](#) »

Liste de références abrégée

Certaines parties de cette page ont été adaptées du module professionnel SCIRE « Pratiques de réadaptation » disponible à l'adresse suivante : scireproject.com/evidence/rehabilitation-practices/factors-affecting-rehabilitation-outcomes/traumatic-vs-non-traumatic-sci/

La liste complète des références est disponible à l'adresse suivante :

community.scireproject.com/topic/NTSCI/#reference-list

Les termes du glossaire sont disponibles auprès de : community.scireproject.com/topics/glossary/

Crédits photographiques

1. Baby by Nick Abrams
2. [Different types of spina bifida](#) by Centers for Disease Control and Prevention, Public Domain
3. [DNA](#) by Adrien Coquet
4. [old man](#) by Gan Khoon Lay
5. [Spinal Tumors Illustration](#) by Thom Graves, CMI; used with permission of Weill Cornell Medicine Neurological Surgery.
6. [The Blue Marble \(remastered\)](#) NASA/Apollo 17 Crew, Public Domain
7. TSCI/NTSCI 1 ©SCIRE, [CC BY-NC 4.0](#)
8. TSCI/NTSCI 2 ©SCIRE, [CC BY-NC 4.0](#)



Avertissement : Ce document ne fournit pas de conseils médicaux. Ces informations sont diffusées dans un but éducatif uniquement. Pour des informations supplémentaires ou des conseils médicaux spécifiques, consulter un professionnel de la santé qualifié. Le Projet SCIRE, ses partenaires et ses collaborateurs excluent toute responsabilité à toute personne pour toute perte ou dommage dû à des erreurs ou des omissions dans cette publication.