

Les torticolis acquis de l'enfant et de l'adolescent

RÉSUMÉ : Les torticolis acquis de l'enfant et de l'adolescent répondent à des étiologies multiples : bénignes pour les unes, plus sévères pour les autres. Il importe alors d'en déterminer l'origine.

La démarche diagnostique à suivre est rigoureuse et détaillée, tant sur le plan clinique que sur le choix judicieux des examens complémentaires à prescrire dans un premier temps. Puis sont passées en revue les différentes pathologies acquises, source de torticolis. Pour chacune d'entre elles, la description clinique particulière, le choix des examens complémentaires adaptés, l'évolution et les choix thérapeutiques sont précisés.

Cependant, sont mis en exergue les diagnostics urgents tels la spondylodiscite et les traumatismes. Les autres causes, qui ne sont pas exceptionnelles, sont mentionnées. Pour chacune de ces causes, les difficultés de diagnostic liées à l'immatunité, les risques évolutifs péjoratifs relatifs à la croissance sont évoqués. Le pronostic est lié à la pathologie et à une prise en charge adaptée.



→ J.-P. CHAUMIEN
Orthopédie pédiatrique CCBB
Boulogne, PARIS.

Un torticolis n'est qu'un symptôme, certes fréquent et souvent banal, mais avec cependant des possibilités de causes sévères et/ou variées. L'importance est donc d'organiser une démarche diagnostique pour en trouver l'étiologie. Le rachis étant en croissance, des troubles de l'ostéogenèse peuvent apparaître à distance, ce qu'il faut savoir dépister par une surveillance prolongée.

Un torticolis est une position inclinée et tournée de la tête, d'apparition brutale ou progressive, douloureuse à toute tentative de réduction. Les hypothèses diagnostiques conduisent à une démarche stricte pour en trouver l'origine.

L'examen est simple, mais doit être conduit avec méthode et rigueur. L'interrogatoire recherche des antécédents infectieux ou traumatiques récents. Il précise les modalités de survenue de ce torticolis brutal ou progres-

sif. Il évalue l'importance de la douleur, et s'enquiert de la présence éventuelle d'autres signes fonctionnels associés.

L'examen clinique s'effectue à trois niveaux :

- examen local et régional : la palpation confirme la présence d'un sterno-cléido-mastoïdien contracturé, responsable de l'inclinaison de la tête et de sa rotation du côté opposé. L'étude de la réductibilité, qui s'effectue avec douceur et prudence, permet de distinguer les torticolis vrais, des attitudes en torticolis. Le reste de l'examen régional comporte une évaluation de la sphère ORL (nez, gorge, oreilles et adénopathies cervicales) ;
- l'examen général est orthopédique et pédiatrique ;
- l'examen neurologique est systématique, plus ou moins approfondi selon les avancées diagnostiques. Il est de la plus haute importance dans ces pathologies rachidiennes.

REVUES GÉNÉRALES

Orthopédie

En cas d'hésitation, deux examens complémentaires simples viennent enrichir l'examen clinique :

– une radiographie du rachis cervical face, profil, odontoïde bouche ouverte et, en cas de nécessité, des incidences complémentaires électives centrés sur les zones douteuses (**fig. 1**). L'interprétation radiologique peut toutefois être difficile si le torticolis est accentué, et pourrait être recommencée à distance lorsque les symptômes se seront atténués. Elle nécessite également une lecture attentive en raison de l'immaturation radiologique du rachis chez l'enfant, et des mobilités intervertébrales différentes de celles de l'adulte ;



FIG. 1 : Ces trois incidences de base permettent une évaluation simple d'éventuelles lésions osseuses : face, profil, odontoïde bouche ouverte.

– un bilan biologique sanguin, à la recherche d'une inflammation ou d'une infection, est à réaliser au moindre doute. Quant aux examens plus approfondis, scintigraphie osseuse, IRM, scanner, leur prescription relève des hypothèses diagnostiques. Ces examens ne doivent être prescrits qu'en complément du bilan initial, parce que leurs interprétations peuvent être ambi-

guës s'ils sont prescrits en première intention.

Les diagnostics

1. Les petits dérangements cervicaux mécaniques et inflammatoires

Ils ont en commun leur fréquence, leur bénignité, leur évolution brève et le fait d'être un diagnostic d'élimination. En cas d'hésitation, peut se poser la question d'approfondir la recherche étiologique. En effet, de manière générale et en particulier pour les torticolis, toute incertitude est une indication formelle à réaliser un bilan complet.

>>> Les dérangements mécaniques apparaissent volontiers le matin au réveil, et sont moyennement douloureux. Ils s'atténuent rapidement dans la matinée, voire disparaissent complètement. Il n'y a aucun signe associé.

>>> Les dérangements inflammatoires surviennent dans le cas d'une affection, virale ou bactérienne, de la sphère ORL, retrouvée à l'examen. Des adénopathies cervicales, responsables de l'attitude vicieuse, sont présentes. De plus, il existe un état subfébrile, qui peut simuler une spondylodiscite sous-jacente : une scintigraphie ou une IRM, s'il apparaît nécessaire de les prescrire, permet de trancher. Le torticolis du syndrome de Grisel ne prête, quant à lui, à aucune confusion car il est secondaire à un abcès rétropharyngien, de découverte facile.

2. Les torticolis traumatiques

>>> Les traumatismes violents, sources de lésions graves, associés à des signes neurologiques, sont découverts au décours immédiat de l'accident. La prise en charge est d'emblée réalisée par des équipes spécialisées. Dans l'attente de soins appropriés, il est nécessaire de rappeler que le rachis doit être immobilisé en discrète hyperlordose ; chez

l'enfant de moins de 10 ans, du fait du volume de la tête, il faut surélever les épaules. Sinon, en décubitus strict, le rachis cervical se trouve en rectitude voire en cyphose.

>>> En revanche, les petits traumatismes sont extrêmement fréquents, et la conduite à tenir est rigoureuse. Il faut garder à l'esprit qu'un traumatisme minime peut être révélateur d'une lésion sous-jacente jusqu'alors méconnue (**fig. 2**). Le torticolis traumatique succède à une hyperflexion, une hyperextension, ou une rotation cervicale forcée et brutale. Le torticolis est toutefois immédiat et moyennement douloureux. L'examen neurologique doit alors être systématique, à la recherche d'un syndrome d'irritation pyramidale. La radiographie conseillée, dans ces traumatismes minimes, est normale. Mais il est très important de compléter ce bilan initial par des radiographies dynamiques de profil, réalisées au 8^e jour après traitement (**fig. 3**). Cela permet de distinguer ces entorses bénignes des entorses graves responsables d'instabilités menaçantes. En cas d'une évolution totalement favorable et d'une radiologie dynamique normale, l'enfant peut reprendre ses activités assez rapidement, en évitant pendant quelques temps des sports violents.

>>> Quant aux entorses graves, qui échappent à la radiographie initiale, elles sont diagnostiquées au 8^e-10^e jour, comme les entorses bénignes après un traitement symptomatique, par collier, antalgiques et AINS, qui lèvent la contracture douloureuse. Dans ces conditions, les clichés dynamiques permettent d'évaluer la gravité de l'entorse par des instabilités intervertébrales pathologiques : instabilité C1-C2, instabilité au niveau du rachis cervical inférieur, à distinguer cependant des charnières préférentielles hypermobiles C2-C3. Cette distinction est capitale car toute entorse grave relève d'une prise en charge orthopédique stricte, qui peut conduire jusqu'à la fixation chirurgicale.

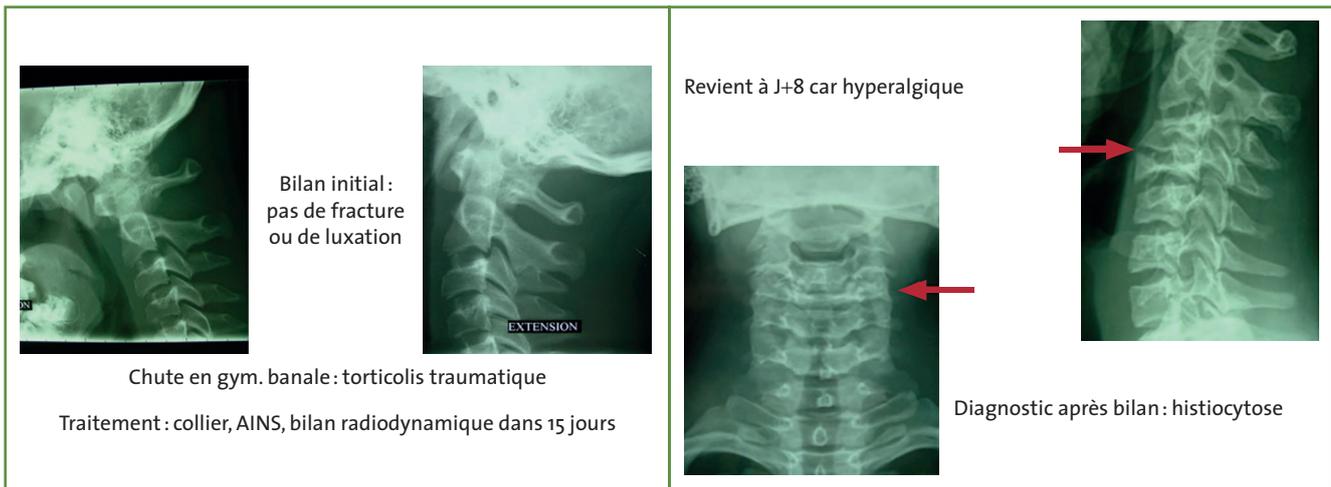


FIG. 2 : Traumatisme à la gym du rachis cervical : torticolis, radio initiale normale. À J+8, les symptômes s'accroissent. Diagnostic : histiocytose. Un traumatisme banal a révélé une lésion sous-jacente latente.



FIG. 3 : Les clichés dynamiques sont indispensables à J+10 au décours d'un traumatisme violent sans lésion osseuse.

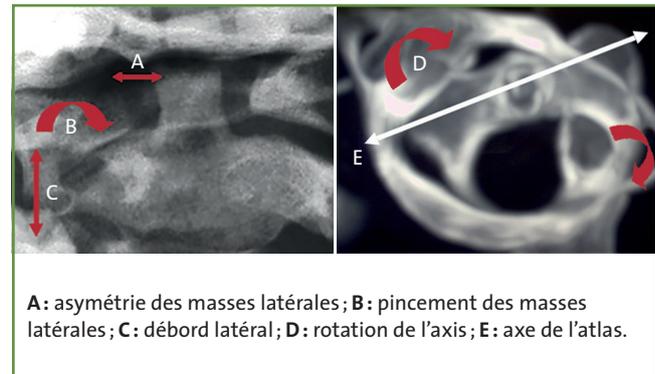


FIG. 4 : L'incidence odontoïde bouche ouverte permet de diagnostiquer les fractures de l'odontoïde et les luxations rotatoires. Asymétrie des masses latérales par rapport à l'odontoïde, confirmée au scanner.

>>> Dans les fractures et luxations, dépistées par la radiographie initiale, la prise en charge relève d'orthopédistes spécialisés dans cette discipline (fig. 4).

3. Les spondylodiscites

C'est un diagnostic urgent. Ces infections ont un début plus ou moins brutal. Le torticolis est sévère, très douloureux. Le syndrome infectieux, souvent marqué, d'apparition contemporaine, peut être atténué par une antibiothérapie prescrite quelques jours auparavant. L'association torticolis et fièvre conduit, jusqu'à preuve du contraire, à porter ce diagnostic.

La radiographie est normale au début, la biologie confirme la présence d'un syndrome infectieux sévère, mais dans certains cas, les modifications biologiques peuvent mettre plusieurs heures à s'installer. La recherche d'antécédents infectieux récents (ORL, urinaire, abcès périphérique...), lorsqu'ils existent, conforte l'hypothèse initiale, car ils représentent une porte d'entrée favorable à l'atteinte.

Le diagnostic sera confirmé soit par scintigraphie osseuse, qui est volontiers acceptée par l'enfant, soit par une IRM, également très significative mais dont la réalisation est souvent difficile chez

un enfant agité et anxieux. Le choix de l'un ou l'autre de ces examens repose sur les opportunités locales.

L'hyperfixation scintigraphique ou l'inflammation en IRM conduisent l'une et l'autre à traiter dès que possible par une antibiothérapie par voie veineuse, associée à une immobilisation du rachis cervical.

Les prélèvements bactériologiques à la recherche d'un germe doivent être multiples, et précèdent la mise en route de l'antibiothérapie : nez, gorge, oreille, bactériologie urinaire, hémocultures... L'évolution, lorsqu'elle est favorable, se

REVUES GÉNÉRALES

Orthopédie

confirme au bilan du 8^e jour : forte amélioration du torticolis douloureux, de la biologie inflammatoire et de la radiographie qui reste normale. Néanmoins, en cas de résistance bactérienne, cette évolution est défavorable : persistance d'un rachis douloureux, d'une biologie identique voire aggravée, avec recherche d'une abcédation des plateaux et des corps vertébraux. Dans ces conditions, il devient nécessaire de réaliser un nettoyage et un drainage chirurgical avec étude histologique et bactériologique des prélèvements.

La durée du traitement est d'au moins 45 jours dans les formes d'évolution favorable, et de 3 mois au minimum dans les formes abcédées. Quoi qu'il en soit, une surveillance à distance, après guérison, est nécessaire dans les 2 à 3 ans suivant l'épisode initial, à la recherche d'une éventuelle épiphysiodèse septique, source de cyphose ou de scoliose locale.

Quant au mal de Pott dont la fréquence augmente, il survient chez les immigrants récents, ou sur des enfants à leur contact régulier. L'aspect est celui d'un torticolis douloureux avec, sur la radiographie, des images caractéristiques de destruction-fusion osseuse, souvent associée à un fuseau paravertébral, témoin d'un abcès pottique. Le diagnostic repose sur le bilan complet d'une tuberculose, plus rarement sur une biopsie diagnostique. Le traitement est avant tout médical, parfois complété par un traitement chirurgical destiné à nettoyer des caries osseuses et de fixer chirurgicalement – lorsqu'elles sont devenues instables – les vertèbres, voire de lever une éventuelle compression médullaire par abcès.

4. Les tumeurs osseuses

Toutes les variétés de tumeurs osseuses peuvent se rencontrer au niveau du rachis cervical : de l'ostéome ostéoïde, kyste anévrisimal, au sarcome d'Ewing...

Le diagnostic repose sur un torticolis d'apparition plus ou moins progressive, et surtout sur la radiographie. Selon les diagnostics évoqués, un bilan carcinologique plus complet – local, régional et général, dans l'hypothèse d'une tumeur éventuellement maligne – doit être réalisé au plus vite. La biopsie osseuse est très souvent indispensable, réalisée dans les conditions strictes de la chirurgie cancéreuse. La prise en charge de ces tumeurs, lorsqu'elles sont graves, relève d'équipes spécialisées pluridisciplinaires.

5. Les torticolis d'origine neurologique

Ces torticolis sont un signe secondaire, qui s'efface devant la richesse des symptômes neurologiques, richesse qui s'affirme à mesure de l'évolution. Ceux-ci sont au premier plan, qu'il s'agisse d'un syndrome cérébelleux, d'une hypertension intracrânienne, d'une atteinte des paires crâniennes, d'un syndrome pyramidal ou extrapyramidal... Les causes en sont multiples : syndrome de Dandy-Walker (atrésie des trous de Luschas, de Magendie et du trou occipital), ou des redoutables tumeurs de la fosse postérieure... Ce qui confirme la nécessité de toujours réaliser un examen neurologique complet, parfois associé à un examen général si nécessaire.

Les autres diagnostics plus rares

1. La maladie des calcifications discales

Elle reste d'origine mystérieuse, parfois asymptomatique et de découverte fortuite, d'autres fois le début est aigu, hyperalgique, associé à des névralgies cervicobrachiales sans syndrome infectieux. Le diagnostic repose sur la radiographie, qui montre un disque vertébral totalement calcifié et opaque (**fig. 5**). Une saillie discale antérieure peut être source de dysphagie, une saillie postérieure peut entraîner une compression médullaire qui, bien qu'exceptionnelle, doit être dépistée par un examen clinique répété et, au moindre doute, par une IRM. Cependant, au niveau cervical, les risques neurologiques sont moins élevés qu'au niveau dorsal, en raison de la largeur du canal médullaire.

L'évolution sous collier d'immobilisation et antalgiques se fait en plusieurs jours vers la disparition des symptômes, alors que la calcification discale peut persister des mois durant. À distance, il n'y a aucune séquelle. La nécessité d'une intervention chirurgicale est réservée aux très exceptionnelles compressions médullaires par protrusion discale, rebelles au traitement médical par corset-minerve porté pendant quelques jours.

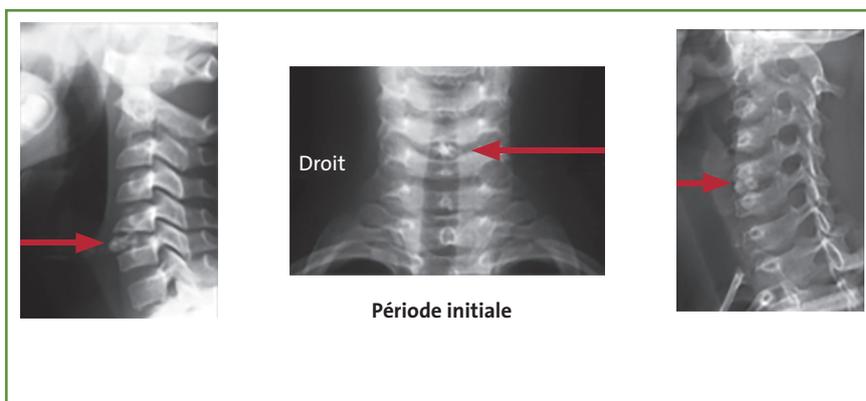


Fig. 5 : Image typique de maladie des calcifications discales. Une fois le diagnostic de maladie de Morquio confirmé, il est nécessaire d'aller au-devant des complications rachidiennes connues dans cette pathologie.

2. Les atteintes inflammatoires

L'atteinte du rachis cervical est très rarement révélatrice de l'affection, au cours d'une arthrite chronique juvénile. Elle doit cependant être recherchée régulièrement au cours de la maladie. L'atteinte rachidienne se manifeste par un torticolis douloureux, d'apparition progressive, de durée prolongée dans le temps. Sont associées des atteintes articulaires périphériques aux membres inférieurs et supérieurs.

L'aspect radiologique est caractéristique au niveau du rachis cervical inférieur : aspect pommelé et en "pain de sucre" des corps vertébraux, effacement des espaces discaux, affinement des lames et des épineuses, atteinte des articulaires postérieures. L'évolution radiologique se fait vers des fusions osseuses des corps vertébraux, avec apparition de blocs vertébraux qui peuvent être source d'instabilité dans les espaces respectés. Par ailleurs, un examen neurologique doit être régulièrement répété, éventuellement complété par une IRM, car un pannus synovial très hypertrophique peut entraîner une compression médullaire.

Le traitement par un collier ou minerve adapté a pour objectif d'orienter le rachis cervical en position physiologique avant la survenue d'une éventuelle raideur définitive. L'atteinte rachidienne s'observe dans les formes polyarticulaires graves.

Au niveau du rachis cervical supérieur, les atteintes sont plus destructrices et menaçantes : arthrite occipito-atloïdienne, destruction atlas-axis avec ascension de l'odontoïde qui peut se luxer dans le trou occipital, destruction de l'odontoïde, destruction du ligament transverse... Toutes ces lésions peuvent être sources d'instabilité rachidienne grave avec, pour conséquence, atteinte médullaire. Le traitement est très souvent chirurgical,

POINTS FORTS

- ➔ L'importance consiste à réaliser l'examen clinique et de hiérarchiser les examens complémentaires.
- ➔ Il est nécessaire d'établir les diagnostics urgents : spondylodiscites et les traumatismes.
- ➔ Un traumatisme bénin peut révéler une pathologie sous-jacente grave.
- ➔ Une entorse d'apparence bénigne du rachis peut cacher une instabilité grave.

conduisant à une stabilisation vertébrale et à des libérations médullaires adaptées à la situation.

3. Les ostéocondrodysplasies et les maladies génétiques

Elles sont diagnostiquées plus ou moins rapidement après la naissance. Dès lors qu'elles sont étiquetées, certaines d'entre elles étant connues pour présenter des complications rachidiennes. Il en est ainsi des trisomies 21, de certaines mucopolysaccharidoses telles la maladie de Morquio, responsables d'instabilités C1-C2 (*fig. 6*). Il est nécessaire de mettre en place une surveillance et une prise en charge thérapeutique adaptées.

Dans ces cas, la survenue d'un torticolis relève d'un dépistage tardif, insuffisant ou difficile, car de redoutables signes de compression neurologiques sont toujours possibles.

4. Les attitudes en torticolis

Elles sont caractérisées par une réductibilité complète du port anormal de la tête, recherchée avec prudence et douceur. Certes, il existe des origines pithiatiques, mais les attitudes plus fréquentes relèvent d'atteintes oculaires : paralysie oculomotrice – source de diplopie verticale ou horizontale, attitude qui disparaît lors de l'occlusion volontaire de l'œil atteint – ou de



FIG. 6.

REVUES GÉNÉRALES

Orthopédie

nystagmus congénital ou acquis. Cela conduit à confier, au moindre doute, ces enfants à un ophtalmologiste habitué à la pédiatrie pour leur prise en charge.

Enfin, pour mémoire, certains enfants qui présentaient un torticolis congénital musculaire guéri, peuvent retrouver jusqu'à l'âge de 3-4 ans leur attitude vicieuse le soir, à la fatigue. La prescription d'un collier de maintien plastifié semi-rigide, porté le soir, améliore leur confort et les met à l'abri d'une récurrence.

Diagnostic différentiel

Les torticolis congénitaux, soit musculaires, soit malformatifs, ne sont

pas toujours diagnostiqués en période néonatale, en raison de la brièveté du rachis chez le nouveau-né, de son état d'agitation ou d'un examen insuffisant. Leur mise en évidence tardive nécessite un examen clinique et radiographique attentif. Par ailleurs, les torticolis malformatifs sont très souvent associés à d'autres anomalies, rachidiennes, cardiaques ou rénales, et sont reconnus sur la radiographie malgré la présence de synchondroses rendant leur interprétation difficile.

Si la plupart des torticolis de l'enfant sont bénins, d'évolution rapidement favorable avec ou sans traitement, ne laissant aucune séquelle, quelques-uns répondent à des étiologies plus

sévères. L'équation imagerie = diagnostic n'est pas un argument diagnostique. L'examen bien réalisé permet une orientation correcte pour en déterminer la cause. Le rachis étant en croissance, une surveillance prolongée est parfois nécessaire. Les lésions neurologiques sont le risque majeur qu'il faut éviter à tout prix.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.