



Cas clinique

Chirurgie d'allongement du SCM dans le torticolis musculaire congénital

SCM lengthening surgery in congenital muscle torticollis

A Diop¹, M Faye², M EH Cisse², O Sow¹, M Thioub², MC Ba²

Résumé

Le torticolis musculaire congénital (TMC) est un trouble musculo-squelettique congénital rare, caractérisé par un raccourcissement unilatéral du muscle sternocléidomastoïdien (SCM). Il se présente chez le nouveau-né ou le jeune enfant avec une incidence rapportée allant de 0,3% à 2%. En raison d'un raccourcissement efficace du SCM du côté impliqué, il existe une inclinaison ipsilatérale de la tête et une rotation controlatérale du visage et du menton. A travers cet article, nous rapportons un cas de torticolis musculaire congénital chez un enfant de sexe féminin âgé de 12 ans, ayant bénéficié avec succès d'une chirurgie d'allongement du muscle sterno-cléido-mastoïdien impliqué, suivie d'une physiothérapie.

Mots-clés : congénital, muscle sternocléidomastoïdien, torticollis.

Abstract

Congenital muscle torticollis (TMC) is a uncommon congenital musculoskeletal disorder characterized by unilateral shortening of sternocleidomastoid muscle (SCM). It occurs in the newborn or young

child with a reported incidence ranging from 0.3% to 2%. Due to an effective shortening of the SCM on the involved side, there is an ipsilateral head inclination and a controlateral rotation of the face and chin. This article reports a case of congenital muscle torticollis in a 12-year-old female child, who had successfully undergone surgery to lengthen the sterno-cleric-mastoid muscle involved, followed by physiotherapy.

Keywords: Congenital, sternocleidomastoid muscle, torticollis..

Introduction

Le terme torticollis est dérivé des mots latins tortus, qui signifie « tordu » et collum, qui signifie « cou » [1]. Tubby en 1912 le définissait d'abord comme « une malformation, d'origine congénitale ou acquise, caractérisée par l'inclinaison latérale de la tête par rapport aux épaules, avec torsion du cou et déviation du visage » [2]. Il se manifestant habituellement pendant la petite enfance, on le voit dans 0,3 à 1,9% de toutes les naissances vivantes [3].

En raison de la réduction efficace du SCM du côté impliqué, il existe une inclinaison ipsilatérale de la tête et une rotation controlatérale du visage et du menton. De nombreuses théories ont été évoquées, mais la véritable étiologie du torticolis musculaire congénital reste indéterminée [4]. L'évolution spontanée est favorable dans plus de 80% des cas [5,6]. Sa persistance au-delà de 4 ans est rare et peut nécessiter une chirurgie correctrice avec des avantages esthétiques et fonctionnels [6]. Cet article décrit un cas de torticolis musculaire congénital opéré avec succès par chirurgie d'allongement du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Cas clinique

Il s'agissait d'une fillette de 12 ans, née d'un accouchement par voie basse sans notion de traumatisme obstétrical reçue en consultation pour une limitation non douloureuse des mouvements du cou évoluant depuis la naissance. L'examen clinique montrait une inclinaison de la tête à droite avec un écart du menton à gauche et une restriction significative des mouvements du cou en particulier la rotation latérale. Il n'y avait pas d'asymétrie faciale évidente ou de déficit neurologique [Fig. 1]. À la palpation, le muscle SCM était tendu et ressemblait à un cordon. Aucune masse n'a été palpée au niveau du cou. L'examen clinique des autres appareils était normal. Les radiographies de la colonne cervicale, des hanches et des membres inférieurs étaient normales. L'électromyogramme n'a pas été réalisé. Sur la base des résultats ci-dessus, le diagnostic clinique de torticolis congénital a été établi.

Après l'échec d'une physiothérapie d'étirement du SCM de 8 semaines. L'indication chirurgicale d'une plastie d'allongement du SCM a été posée. La patiente a été préparée pour une chirurgie sous anesthésie générale. Une incision transversale d'environ 3 cm a été réalisée à environ 3 cm au-dessus de la clavicule du côté droit et le platysma a été incisée. Les deux chefs du SCM ont été

identifiées, une section de ces deux chefs a été réalisée à deux niveaux différents puis une suture en 'Z' a été effectuée au vicryl 3/0. Après une hémostase parfaite, la peau a été fermée en deux plans. [Fig. 2].

Les suites postopératoires sont simples. La patiente a été immobilisée en position corrigée avec un collier cervical ajustable dès la sortie du bloc opératoire. Elle a été confiée à J-5 postopératoire à un kinésithérapeute et un programme rigoureux d'exercices impliquant une manipulation de la tête et du cou et couvrant l'ensemble des mouvements a été instauré à raison de trois séances par semaine. L'examen clinique de la patiente à deux mois de la chirurgie montre une correction quasi complète du torticolis avec des mouvements possibles du cou notamment la rotation latérale [Fig. 3].

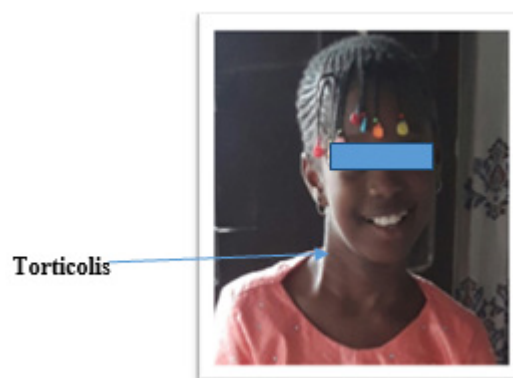


Figure 1 : Photo préopératoire montrant l'enfant avec un torticolis musculaire congénital affectant le muscle sternocléidomastoïdien droit.

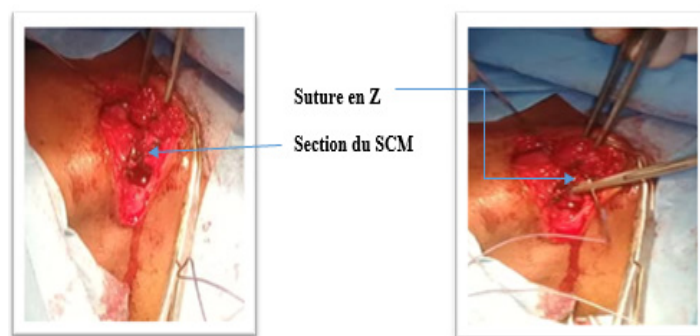


Figure 2 : images peropératoires de la chirurgie d'allongement du muscle sterno-cléido-mastoïdien avec section des chefs du SCM à différents niveaux et suture en Z.



Figure 3 : photos à J-15 (A) et M-2 (B) postopératoire montrant correction quasi complète du torticolis.

Discussion

Le torticolis musculaire congénital est la troisième déformation néonatale en termes de fréquence après la dysplasie de hanches et le pied bot varus équin [5,6]. Il se définit comme une attitude asymétrique permanente de la tête et du cou par rapport au plan des épaules. Il est dû à une rétraction unilatérale du muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM) dont l'anatomie complexe explique parfaitement la déviation en inclinaison homolatérale, en translation et en rotation controlatérales.

L'incidence rapportée de la TMC varie de 0,3% à 2%, l'incidence globale pouvant aller jusqu'à 1 naissance vivante sur 250 [3]. Cheng, dans une étude de 624 cas de torticolis infantile, a signalé une légère prédominance masculine de 3 : 2, Le côté droit était plus souvent touché [6].

L'étiologie de la TMC est encore inconnue. Les principales théories sous-jacentes à la dégradation du muscle SCM dans la TMC incluent l'entassement intra-utérin, un traumatisme musculaire lors d'un accouchement difficile, la compression des tissus mous conduisant au syndrome des loges et les anomalies congénitales de différenciation des tissus mous dans le muscle SCM. [4, 6,7]. Le torticolis congénital, présent dès la naissance, peut être postural, musculaire ou osseux. L'examen clinique permet de différencier les trois formes de torticolis,

en fonction de leur réductibilité : complètement réductible et souple (torticollis postural) ; tension au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM) qui rend la réduction difficile (torticollis musculaire) ; irréductible, rigide (torticollis osseux) [8].

Le torticolis musculaire est secondaire à une rétraction unilatérale du SCM et il s'agit de la forme la plus fréquente de torticolis congénital. La rétraction du SCM induit une inclinaison de la tête et du rachis cervical du côté du muscle rétracté et une rotation de la boîte crânienne du côté opposé. Si ces anomalies ne sont pas traitées rapidement, elles peuvent se fixer et induisent une plagiocéphalie positionnelle.

Chez l'enfant plus âgé, la malformation est plus fixée et elle s'accompagne souvent d'une plagiocéphalie, d'une différence de hauteur des oreilles et des épaules, et d'une asymétrie du visage. Ces déformations n'ont pas été notées dans notre observation

Bien que la contracture du SCM soit la cause la plus fréquente de torticolis chez les enfants, d'autres causes congénitales doivent être exclues. Les autres causes de torticolis chez les enfants ont été classées comme étant osseuses (anomalie de la charnière cervico-occipitale, dysfonctionnement vertébral cervical), ou tumorale (tumeurs du système nerveux central) [9].

L'échographie est la modalité d'imagerie de choix pour l'évaluation radiographique de la TMC. Le SCM normal se présente sous la forme d'une masse hypoéchogène avec des lignes échogènes, indiquant des fascicules musculaires s'étendant sur toute sa longueur. La présence d'une tumeur SCM affecte non seulement la taille du muscle noté en échographie, mais également l'intensité de son signal. Les muscles SCM ont tendance à être plus hyperéchogènes.

Le traitement du torticolis musculaire congénital dépend de l'âge de l'enfant, la gravité du torticolis, et de la présence de troubles neuromusculaires

ou orthopédiques associés [10]. Une thérapie physique précoce est initiée en première intention. Les étirements manuels sont réalisés en flexion - extension, en flexion latérale ainsi qu'en rotation. Pendant l'étirement manuel, une sensation de claquement peut être entendue et ressentie [11]. Cette sensation est provoquée par une déchirure du SCM et peut être associée à des ecchymoses. Malgré le traumatisme musculaire, les patients s'en tirent remarquablement bien. Les colliers cervicaux pourraient être des compléments nécessaires pour retenir le cou dans sa position normale. Le protocole de physiothérapie actif décrit ci-dessus a été tenté chez notre patiente avant l'intervention chirurgicale. Cependant, la déformation ne s'est pas améliorée et était persistante, nous incitant à planifier la libération chirurgicale du muscle SCM. Les différentes interventions chirurgicales rapportées dans la prise en charge du TMC incluent l'allongement unipolaire du SCM, l'allongement bipolaire du SCM, l'allongement en Z ou la résection radicale du SCM [10,12]. Le choix de la procédure est déterminé par les préférences du chirurgien ainsi que, dans une moindre mesure, par l'étanchéité du SCM.

L'allongement du SCM en Z était prévu pour notre cas au vu de la nature résistante de la déformation après la physiothérapie et de l'âge de la patiente. En postopératoire, la patiente a été immobilisée par un collier cervical rigide et soumise à un protocole de physiothérapie actif afin de prévenir les rechutes et de maintenir une plage normale de mouvements du cou. À l'examen à 3 mois de la chirurgie, le patiente a montré une gamme complète de mouvements de la tête et du cou sans inclinaison de la tête ni raideur au cou.

Outre la physiothérapie et la chirurgie ou une combinaison des deux, d'autres modalités de traitement ont également été rapportées. Joyce et de Chalain [13] ont publié leur suivi intermédiaire du traitement de la TMC par la toxine botulique (Botox). Le Botox pourrait améliorer l'efficacité

de l'étirement de la SCM du côté de la contracture et permettre le renforcement du muscle débordé et affaibli du côté opposé du cou. Bien que le botox ait un potentiel prometteur, il comporte un risque de diffusion systémique, de formation d'hématome et de douleur au cou.

Conclusion

Le torticolis musculaire est secondaire à une rétraction unilatérale du SCM, il s'agit de la forme la plus fréquente de torticolis congénital. Le diagnostic précoce et la thérapie physique donnent les meilleurs résultats. Cependant, dans le cadre d'un torticolis congénital d'origine musculaire découvert tardivement dont la seule prise en charge kinésithérapeutique ne suffit pas, la chirurgie devient alors un allié précieux. La plastie en Z du SCM rétracté peut être indiquée. Cette dernière, si elle est réalisée à un âge relativement précoce, elle donne des résultats satisfaisants sur le plan fonctionnel et positionnel.

***Correspondance :**

Docteur Abdoulaye Diop

a.diop@univ-zig.sn

Disponible en ligne : 09 Mars 2020

1 Unité de neurochirurgie de l'hôpital régional de Thiès, Sénégal

2 Service de Neurochirurgie du CHNU de FANN, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt : aucun

References

[1] Cremieux.G.Torticolis, le mot, les définitions, les classifications. «R »1982 XII: 62-5; 13-14.

[2]Tubby AH. 2nd ed. Vol. 1. London, England: MacMillan;

1912. Deformities and Diseases of Bones and Joints; p. 56.

[3] Mouliès D. Torticolis musculaire congénital. In: Cahiers d'enseignement de la SOFCOT. Paris: Elsevier Masson; 2002.

[4] Davids JR, Wenger DR, Mubarak SJ. Congenital muscular torticollis: sequela of intrauterine or perinatal compartment syndrome. *J Pediatr Orthop* 1993; 13:141-7.

[5] Coventry MB, Harris LE. Congenital muscular torticollis in infancy; some observations regarding treatment. *J Bone Joint Surg Am.* 1959; 41-A: 815–22.

[6] Cheng JC, Au AW. Infantile torticollis: a review of 624 cases. *J Pediatr Orthop* 1994; 14: 802-808

[7] Dunn PM. Congenital sternomastoïd torticollis: an intrauterine postural deformity. *Arch Dis Child* 1974; 49: 824-83

[8] Ballock RT, Song KM. The prevalence of nonmuscular causes of torticollis in children. *J Pediatr Orthop.* 1996; 16:500–4.

[9] Berlin H. The differential diagnosis and management of torticollis in children. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2000; 14:197–206.

[10] Wirth CJ, Hagen FW, Wuelker N, Siebert WE. Biterminal tenotomy for the treatment of congenital muscular torticollis. *J Bone Joint Surg Am* 1992; 74:427-34.

[11] Cheng JC, Chen TM, Tang SP, Shum SL, Wong MW, Metreweli C. Snapping during manual stretching in congenital muscular torticollis. *Clin Orthop Relat Res.* 2001;384:237–44.

[12] Barcat J, Godard F. Le traitement du torticolis congénital par allongement du sternocléidomastoïdien. *J Chir* 1962; 84: 335-340.

[13] Joyce MB, de Chalain TM. Treatment of recalcitrant idiopathic muscular torticollis in infants with botulinum toxin type A. *J Craniofac Surg.* 2005; 16:321–7.

Pour citer cet article

A Diop, M Faye, M EH Cisse, O Sow, M Thioub, MC Ba. Chirurgie d'allongement du SCM dans le torticolis musculaire congénital. *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 396-400