

WOBLER SYNDROME

Définition :

Le nom de ce syndrome vient de l'anglais « to wobble » qui signifie « vaciller, chanceler ».

Il s'agit d'une compression de la moelle épinière cervicale ou des racines nerveuses ou des deux, associée, ou pas, à un problème de hernie discale.

La compression médullaire peut provenir d'une malformation des os du cou, d'une protrusion discale ou d'une hypertrophie des tissus mous entourant la moelle (ligament jaune, ligament longitudinal dorsal, capsules des processus articulaires).

Il en résulte un rétrécissement du canal vertébral qui entraîne une mauvaise transmission de l'influx nerveux entre le cerveau et les membres avec apparition de déficits neurologiques et de douleur. Chez le Dogue Allemand, la principale composante de la maladie est la malformation vertébrale (présente depuis la naissance donc) qui comprime la moelle. 80 % des lésions sont présentes entre C6 et C7 (le plus fréquemment), puis entre C5 et C6 voire C4 et C5.

La plus grande mobilité de la région cervicale caudale peut expliquer la survenue plus fréquente des lésions dans cette zone.

Causes :

Une composante génétique est fortement suspectée.

Les encolures très longues supportant des têtes volumineuses accroissent les facteurs de risque.

Des chocs violents sur l'encolure pendant la croissance peuvent être à l'origine.

Symptômes :

Typiquement, les signes cliniques s'installent sur plusieurs semaines à plusieurs mois.

La démarche est chancelante (« to wobble » = chanceler) et incoordonnée. Les chiens ont également tendance à porter la tête basse lors de la locomotion, à croiser leurs pattes et à tomber lors de changement de direction. Une douleur cervicale peut également être évocatrice de la maladie, mais ce n'est pas un signe constant.

Le principal symptôme est donc une ataxie des membres postérieurs avec des déficits proprioceptifs.

Dans la majorité des cas, l'ataxie des membres antérieurs est très modérée comparée à celle des membres postérieurs. Dans 15% des cas les 4 membres sont touchés et seulement 5 à 10 % des chiens sont présentés pour de la douleur uniquement.

Diagnostic :

La radiographie permet d'avoir une suspicion sans pour autant établir un diagnostic de certitude, dans la mesure où les modifications qu'elle peut mettre en évidence (forme de vertèbre anormale, rétrécissement d'un espace intervertébral ou sténose du canal vertébral) se retrouvent chez 20 à 25 % des chiens sains. La myélographie était la technique de choix mais sa précision à localiser la lésion est faible comparée aux résultats de l'IRM.

Un myéloscanner, réalisé après injection de produit de contraste autour de la moelle épinière, permet de visualiser les lésions de la moelle et de la composante osseuse ainsi que la possibilité de juger de l'atrophie de la moelle qui est un facteur de mauvais pronostic. Son principal inconvénient est la nécessité de l'injection d'un produit de contraste.

L'IRM est la technique de choix, la moins invasive et permettant une évaluation précise du parenchyme médullaire.

Traitement médical :

Il permet de diminuer les signes cliniques des chiens en début d'évolution de la maladie, du moins pour un temps.

Une étude récente a montré que 54 % des chiens traités médicalement s'améliorent contre 81 % des chiens traités chirurgicalement.

La base du traitement est un exercice limité : les chiens doivent être sortis en laisse (avec un harnais et non pas un collier).

L'utilisation des corticoïdes (0,5 à 1 mg / kg par jour) diminue l'œdème associé aux compressions médullaires chroniques. Si la douleur au cou est le principal motif de consultation, l'utilisation d'AINS est alors préférée. Corticoïdes et AINS ne peuvent pas être associés.

Traitement chirurgical :

Il existe différentes techniques chirurgicales en fonction de la cause de la compression médullaire (malformation osseuse, disque, ligaments). Ces techniques chirurgicales se divisent principalement en deux groupes : les décompressions (corpectomie, hémilaminectomie ou laminectomie) et les distraction-stabilisations (vis et ciment, broches et ciment, plaques verrouillées, plug de ciment, ...).

Complications :

La principale complication est « l'effet domino ». En effet, la fusion d'un espace intervertébral reporte les contraintes normalement soumises à ce disque sur les disques adjacents.

Ces disques sont alors sollicités de manière plus importante et peuvent à leur tour provoquer une nouvelle compression. Cette complication arrive dans 20 % des cas.

La dégradation neurologique est fréquente après la chirurgie (70 % des cas après un abord dorsal et 42 % après un abord ventral) : la récupération avant de pouvoir marcher seul est de 2,5 mois environ.

Après stabilisation ventrale, quelle que soit la technique employée une greffe d'os spongieux doit être réalisée pour permettre une fusion osseuse, seule garante d'une stabilité à long terme.

Pronostic :

Quatre-vingt p.100 des chiens s'améliorent après la chirurgie.

La fenestration des disques est déconseillée car associée à 67 % de mauvais résultats.

Le taux de récurrence globale quelle que soit la technique employée est de 24 %.