À PROPOS DE LA TONSILLECTOMIE DANS LE TRAITEMENT DE LA MALFORMATION DE CHIARI I AVEC SYRINGOMYÉLIE

M.B. ROYO SALVADOR

Clínica Corachán, Plaza Manuel Corachán 4, despacho 117-119 E-08017 Barcelona, España.

A RETOURNER
SOUS
3 jours
AVEC
LE
MANUSCRIT

Dans la révision que Guyotat, Bret, Mottolese, Jouhanneau, Abdulrahman et Lapras ont mené quant au traitement du complexe malformation de Chiari I avec syringomyélie — travail que vous avez publié dans votre revue [1] —, la nouveauté que ces auteurs apportent en la matière est chez 8 patients l'ablation des amygdales cérébelleuses s'ajoutant à la craniéctomie classique de la fosse postérieure. La théorie de cette technique est fondée sur une nouvelle mise-à-jour de la proposition de Raftopoulos [2], en insistant sur l'importance de la tonsillectomie pour le rétablissement de la circulation « normale » du LCR au niveau de la jonction crânio-rachidienne, ainsi que sur la nécessité de respecter les espaces sous-arachnoïdiens afin de prévenir les récurrences.

S'il est vrai que s'agissant de la malformation de Chiari I avec syringomyélie [3] plusieurs auteurs évoquent les amygdales cérébelleuses, dans aucun de leurs travaux il n'est dit que les rétrécissements dans la circulation du LCR générée par les amygdales cérébelleuses sont la cause du complexe malformation de Chiari I avec syringomyélie. D'après nous, au contraire, ces rétrécissements sont la conséquence d'un déplacement anormal de la partie inférieure du cervelet entraîné par la traction exercée par l'axe neural lorsqu'il est en présence d'un syndrome de *filum terminale* tendu [4]. La syringomyélie serait donc le résultat d'une ischémie de la moelle épinière centrale qui se termine dans la cavité syringomyélique [5], due à la compression que la traction fait subir la moelle cervicale et en raison de la disposition centripète des vaisseaux artériels médullaires [4].

Toutes ces raisons me portent à croire que l'ablation des amygdales cérébelleuses n'est pas nécessaire. En effet, ce qu'il faut libérer chez le patient est la tension axiale de l'axe neural sous forme de coupe du *filum terminale* [6]; puis, si cette intervention devait s'avérer insuffisante à cause d'un trop grand affaissement des amygdales

cérébelleuses, les interventions à pratiquer alors seraient la craniectomie de la fosse postérieure et la laminectomie de C1.

RÉFÉRENCES

- [1] GUYOTAT J, BRET Ph, MOTTOLESE C, JOUHANNEAU E, ABDULRAHMAN M, LAPRAS C. Malformation de Chiari I avec syringomyélie traitée par décompression de la jonction crânio-rachidienne et tonsillectomie. À propos de 8 cas. *Neurochirurgie* 1997; 43: 135-141.
- [2] RAFTOPOULOS C, SANCHEZ A, MATOS C, BALÉRIAUX D, BANK WO, BROTCHE J. Hydrosyringomyelia-Chiari I complex. Prospective evaluation of a modified foramen magnum decompression procedure: preliminary results. *Surg Neurol* 1993; 39: 163-169.
- [3] ABOULKER J. La syringomyélie et les liquides intrarachidiens. Paris: Mason, 1979.
- [4] ROYO-SALVADOR MB. Siringomielia, escoliosis y malformación de Arnold-Chiari idiopáticas: etiología común. *Rev Neurol* 1996; 24: 937-959.
- [5] SHECK HH *et al.* The pathogenesis of progressive cavitation of the spinal cord. *Dev Med Child Neurol* 1994; 26: 514-519.
- [6] ROYO-SALVADOR MB. Nuevo tratamiento quirúrgico para la siringomielia, la escoliosis, la malformación de Arnold-Chiari, el kinking del tronco cerebral, el retroceso odontoideo, la impresión basilar y la platibasia idiopáticas. *Rev Neurol* 1997; 25: 523-530.

RÉPONSE À LA LETTRE DE M.B. ROYO-SALVADOR

Nous avons lu avec intérêt les commentaires sur notre article « Malformation de chiari I avec syringomyélie traitée par décompression de la jonction crânio-rachidienne et tonsillectomie — À propos de 8 cas ».

L'auteur remet en cause la théorie hydrodynamique habituellement admise, pour en proposer une autre qui attribue un rôle essentiel au *filum terminale*. Ce dernier serait anormalement tendu et exercerait une traction excessive sur l'axe neural; cet étirement serait alors responsable d'une descente des tonsilles

cérébelleuses et d'une ischémie médullaire à l'origine de la syringomyélie. L'association d'une malformation de Chiari avec syringomyélie à un *filum terminale* tendu, variante anatomique d'une moelle attachée, si elle n'est pas exceptionnelle — notamment dans le cadre des dysraphies complexes —, est cependant loin d'être systématique ; l'IRM, qui est de plus en plus souvent pan-médullaire dans le bilan des malformations de Chiari avec syringomyélie, nous le démontre. Se fondant sur cette théorie du *filum terminale* tendu, l'auteur propose de sectionner cette structure (*in : Rev Neurol* 1997 ; 25 : 523-530) ; 4 patients ont été traités par cette technique. Cette série nous semble insuffisante pour en tirer des conclusions. Par ailleurs, nous nous sommes intéressés au syndrome de moelle attachée chez l'adulte [1] ; il est exceptionnel que la

section du *filum terminale* entraîne une ascension du cône médullaire. Un mouvement ascendant des tonnelles paraît encore plus improbable d'autant que le rôle de maintien des ligaments dentelés est croissant dans le sens caudo-rostral. La section du *filum terminale* ne nous paraît donc pas être le traitement à proposer en première intention dans la malformation de Chiari avec syringomyélie.

Jacques GUYOTAT, Philippe BRET,
Claude MOTTOLESE (Lyon).

[1] GUYOTAT J, BRET Ph, JOUANNEAU E, RICCI AC, LAPRAS C. Syndrome de moelle attachée de l'adulte. Une série de 25 patients. *Neurochirurgie* 1998 ; 44 (n° 2) : 75-82.