



Cas cliniques :
Prise en charge de la CORMOPTOSE par
myopathie spinale de révélation tardive
(CAMPTOCORMIE)
par corset Bauerfeind : SofTec® Dorso

Professeur Michel Laroche

Centre de rhumatologie, Hôpital Pierre Paul Riquet,
CHU Purpan, 1 place du Dr Baylac, 31059 Toulouse cedex



Sommaire

Prise en charge de la Cormoptose par myopathie spinale de révélation tardive (Camptocormie) par corset Bauerfeind : SofTec® Dorso

Comité scientifique

Rédacteur :

Pr. M.Laroche
Centre de rhumatologie,
Hôpital Pierre Paul Riquet,
CHU Purpan, 1 place du Dr
Baylac, 31059 Toulouse

Directeur de la publication :

P. Chenaie

Responsable Marketing :

F. Jeanguyot

Responsable R&D :

C. Guillet

Publication :

Propriété de Bauerfeind®
BP 59258
95957
Roissy CDG Cedex
France

I. Abstract

II. Traitement

Les Corsets

III. Buts de l'étude

IV. Patients

V. Méthode

VI. Résultats

VII. Discussion

VIII. SofTec® Dorso

Base de remboursement LPPR

Indications

Caractéristiques

Mode d'action

IX. Bibliographie

Abstract

La camptocormie ou cormoptose caractérise un malade qui se penche involontairement vers l'avant. La cormoptose réductible est fréquemment secondaire à une myopathie spinale de révélation tardive avec infiltration graisseuse des muscles érecteurs du rachis. Nous avons proposé à quatre malades porteurs de cette affection dont la myopathie spinale était prouvée par tomodynamométrie le port d'un corset Bauerfeind (SofTec® Dorso) sur une période de 6 mois.

Deux malades, de 72 et 73 ans, dont la cormoptose était modérée, qui effectuaient des promenades ont été satisfaits du corset : amélioration du score SF36 (test standardisé de mesure de la qualité de vie), plus de besoin de canne ou bâton de marche.

Les deux malades plus âgés, 84 et 86 ans, ayant des comorbidités (neuropathie diabétique, scoliose, ostéoporose fracturaire), ont jugé que les contraintes liées à la pose du corset et à la gêne en position assise supplantaient le bénéfice fonctionnel du port de celui-ci.

Cette étude devrait être étayée par des travaux concernant un plus grand nombre de malades mais le port du corset Bauerfeind pourrait être bénéfique aux camptocormes dont l'activité de marche reste conséquente.

Devant un malade qui se penche involontairement vers l'avant, le terme de Camptocormie ne devrait pas être employé : en effet ce terme a été utilisé par de « réputés » neurologues Français (Souques, Babinski) [1] pour décrire « une plicature vertébrale volontaire », dans le cadre de syndrome hystérimiformes, chez des soldats de la première guerre mondiale.

Les termes « **Cormoptose** », du grec, ptose du tronc, ou « **bent spine syndrome** » des anglo-saxons sont plus adaptés à décrire le trouble statique des patients qui se penchent involontairement vers l'avant.

La Camptocormie ou Cormoptose peut être constante ou, au début, ne survenir, qu'à la station debout prolongée, à la marche, à la fatigue. Elle peut être associée à des douleurs lombaires.

Devant un tel trouble statique, le clinicien doit éliminer les cormoptoses irréductibles d'origine osseuse : dans ce cas, le malade ne peut se redresser ni spontanément ni lorsque l'on essaie de provoquer une rétropulsion du tronc et des épaules.

En décubitus dorsal, son trouble statique persiste. Ces camptocormies irréductibles résultent le plus souvent de séquelles de spondylodiscite ou de spondylarthrite ankylosante évoluée.

Les cormoptoses réductibles peuvent révéler :

- un canal lombaire étroit où le malade se penche vers l'avant pour soulager ses douleurs lombaires et sa claudication radiculaire. Le Scanner lombaire ou l'IRM en assureront le diagnostic.

- une maladie de Parkinson : le trouble statique s'installe sur quelques mois, souvent associé à une scoliose. Les autres signes du syndrome extra pyramidal sont souvent présents (amimie, akinésie, tremblement, troubles de l'écriture) mais la dystonie peut-être au premier plan. La camptocormie peut aussi compliquer une maladie de Parkinson évoluée, échappant au traitement.

Lorsque ces diagnostics sont écartés, si le trouble statique évolue très lentement chez une femme de plus de 70 ans, dont la mère ou une tante présentait aussi ce trouble statique, il s'agit très probablement d'une **Myopathie Spinale de Révélation Tardive (MSRT)**, que nous avons été les premiers à décrire dans les années quatre-vingt-dix [2,3].

Cette myopathie s'intègre vraisemblablement dans le cadre des myopathies des ceintures. Le **scanner des muscles para-vertébraux** [4,5] en permet le diagnostic : Il montre une infiltration graisseuse des para-vertébraux, tout le long du rachis, bien différente de l'atrophie des muscles liée à l'âge ou au vieillissement (Figure 1,2).

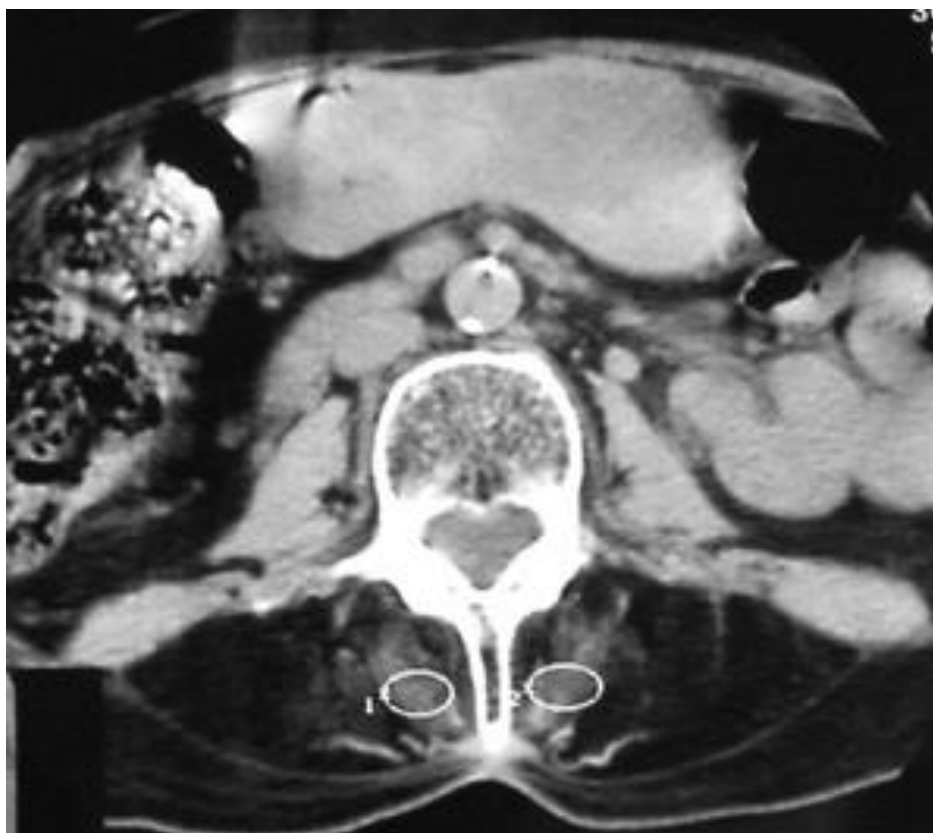


Figure 1 : Camptocormie primitive par Myopathie para-vertébrale : infiltration graisseuse globale des muscles spinaux.

En effet dans cette myopathie, l'infiltration graisseuse débute à la distalité des muscles, s'y localise de façon plus ou moins importante, plus ou moins hétérogène. A l'opposé, dans l'atrophie du vieillissement, il s'agit d'une exagération des interfaces graisseuses contre l'arc postérieur et entre les chefs musculaires. Dans la MSRT, les Créatines PhosphoKinases (CPK) sont modérément augmentées dans plus de 50 % des cas. Le scanner montre 1 fois sur 3, une infiltration graisseuse des gluteus medius (muscles moyens glutéaux), très souvent asymptomatique, parfois responsable d'une boiterie de Trendelenburg.

Cette atteinte musculaire para-vertébrale, provoquant la cormoptose, peut parfois être au premier plan dans le cadre d'une autre dystrophie musculaire (myopathie fascio-scapulo-humérale), d'une myotonie de Steinert, d'une myopathie hypothyroïdienne, cortisonique, d'une ostéomalacie, d'une polymyosite ou d'une myosite à inclusion [6,7].



Figure 2 : Atrophie des para-vertébraux, liée à l'âge, chez un sujet de 70 ans : infiltration graisseuse contre l'arc postérieur et entre les chefs musculaires.

Traitement :

Nous envisagerons ici uniquement le traitement des cormoptoses compliquant une MSRT ou une dystrophie musculaire pour lesquelles il n'existe pas de traitement étiologique.

Un traitement des douleurs lombaires sera prescrit. Des séances de physiothérapie seront conseillées, associées à un maintien de l'activité physique et une nutrition adaptée chez les sujets âgés pour éviter si possible d'aggraver la sarcopénie.

La marche avec cannes ou bâtons est conseillée.

La Lévocarnitine (2 à 3 flacons par jour), dans notre expérience, a parfois un effet favorable.

La Chirurgie consistant à réaliser une fixation thoraco-lombo-sacrée a parfois été proposée chez des sujets jeunes dénués de comorbidité. Mais il s'agit d'une chirurgie lourde, complexe, car l'atteinte musculaire, dans le cadre de la MSRT concerne les muscles érecteurs tout le long du rachis.

Les Corsets :

Il s'agit d'un challenge important car le maintien de ces malades, dont les psoas iliaques et les muscles abdominaux ont un tonus normal, alors que les érecteurs du rachis sont déficients de la colonne thoracique à la colonne lombaire, qui ne peuvent verrouiller leur rachis par rapport au bassin, est difficile à réaliser.

Il faut concevoir un corset pouvant prendre appui, en bas sur le bassin, et remontant jusqu'au niveau de T5-T6. Il faut que ce corset soit facile à mettre pour un sujet âgé parfois seul, qu'il ne le blesse pas lors de la position assise.

Lorsque les kinésithérapeutes de notre centre étaient en nombre suffisant et savaient manipuler la résine et le plastique thermoformable, nous avons tenté d'en confectionner de plusieurs types sans grand succès auprès des malades : seul 1 patient sur 4 ou 5 les portait et en était satisfait.

Buts de l'étude :

La société Bauerfeind a récemment conçu un modèle de corset (SofTec® Dorso) dédié à cette pathologie (Figure 3,4) et nous a proposé de l'expérimenter chez quatre de nos malades.

Nous avons volontairement choisi 2 malades âgés ayant une « camptocormie » ancienne et importante et 2 patients plus jeunes ayant une cormoptose plus récente et moins sévère.

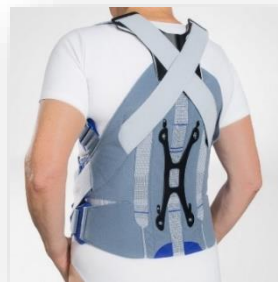


Figure 3 : SofTec® Dorso



Figure 4 : SofTec® Dorso

Patients :

Il s'agit de deux hommes de 73 et 84 ans dont la cormoptose évoluait depuis respectivement 3 et 8 ans et deux femmes de 72 et 86 ans dont la cormoptose évoluait depuis 5 et 10 ans.

Les deux sujets les plus jeunes effectuaient des promenades deux à trois fois par semaine en s'aidant de bâtons pour l'un, de cannes pour l'autre.

Les deux malades plus âgés sortaient peu de leur domicile avec, chacun, deux cannes anglaises. La malade la plus âgée présentait une scoliose associée et une ostéoporose fracturaire vertébrale : tassement de T12 survenu en 2012. Le patient le plus âgé était porteur d'une neuropathie diabétique.

Trois malades étaient traités par Levocarnitine. Deux malades prenaient des antalgiques (Paracétamol pour l'un, Paracetamol et Tramadol pour l'autre) pour lombalgies, à la demande.

Méthode :

Tous les malades avaient bénéficié d'un scanner rachidien confirmant la myopathie spinale.

Les corsets furent adaptés à la morphologie des malades par un technicien de la société Bauerfeind.

Lors de l'adaptation du corset, à 3 et 6 mois les malades furent interrogés, examinés et un score SF36 fut déterminé.

Résultats :

Deux malades, les plus jeunes, ceux qui sortaient fréquemment de leur domicile pour promenade se sont déclarés satisfaits du corset. Ce dernier leur permettant de marcher sans canne ou bâton. Les reproches concernaient la difficulté pour l'homme à le mettre seul (15 minutes environ) et la transpiration provoquée l'été. Chez ces deux malades le score SF36 était amélioré significativement par le port du corset : + 21 et 25 %.

La malade la plus âgée porta peu le corset en raison des contraintes d'ajustement et d'une irritation cutanée provoquée au bassin.

Le patient le plus âgé ne jugea pas de bénéfique fonctionnel significatif par le port du corset. Le corset le gênant en position assise fréquemment nécessaire compte tenu de son asthénie et de la fatigabilité des membres inférieurs résultant de la neuropathie diabétique associée.

Discussion :

La cormoptose par myopathie spinale de révélation tardive entraîne une gêne fonctionnelle de gravité différente suivant les malades et les pathologies associée. Dans les formes débutantes, les malades ont souvent besoin d'un simple appui : une canne, un bâton, le bras de leur conjoint pour y remédier.

Il existe cependant des formes plus évoluées où le trouble statique peut être associé, comme chez notre malade âgée, à une scoliose ou à des fractures vertébrales ostéoporotiques. La marche prolongée est alors difficile en raison des rachialgies, du risque de chute, des difficultés visuelles par l'impossibilité de redresser la tête.

Notre étude mérite d'être complétée, à l'évidence, par un travail comportant un plus grand nombre de malade mais, sur ce faible échantillon de patients, volontairement sélectionnés en malades ayant une forme modérée de camptocormie et patients présentant une forme plus sévère associée, pour l'une à une scoliose, pour l'autre à une neuropathie diabétique, nous avons constaté que le port du Corset Bauerfeind était bénéfique aux malades qui avaient des activités relativement préservées : assez longues promenades à l'extérieur, pour lesquelles le port du corset était utile.

Pour les deux autres malades, le bénéfique ressenti ne contre balançait pas le temps de mise du corset, la gêne en position assise et l'irritation cutanée probablement liée à la scoliose associée.

En 2005, Pardessus et al [8] ont publié une étude rétrospective concernant 31 malades atteints de camptocormie ayant porté un corset en cuir. 75 % étaient améliorés par le port du corset. La cause de la camptocormie n'était pas précisée ni la morphologie du corset. Comme pour nos malades, les auteurs soulignaient que la mauvaise réductibilité de la camptocormie ou les comorbidités associées grevaient l'efficacité des corsets.

En 2015 Ye et al [9] ont amélioré un malade ayant une camptocormie secondaire à une maladie de Parkinson par un corset en étoile permettant une hyper extension.

SofTec® Dorso :

Caractéristiques

- SofTec® Dorso est une orthèse d'hyper-extension pour la stabilisation de la région de transition dorsolombaire (D8-L2) et le redressement de la colonne lombaire.
- Les baleines en fibres de carbone sont disposées parallèlement à la colonne vertébrale, ce qui évite, après une intervention chirurgicale, qu'elles appuient sur la plaie opératoire.
- La ceinture scapulaire de redressement et le système de sangles permettent d'induire une force correctrice importante avec peu d'efforts pour le malade. Les personnes faibles ou âgées, plus particulièrement, peuvent mettre en place cette orthèse facilement en ne déployant que peu d'énergie grâce, entre autres, aux pochettes destinées à y glisser les mains.
- SofTec® Dorso assure un grand confort et est très bien tolérée par les patients.
- **A mettre en place par un orthopédiste (thermoformage et découpes à faire)**

Mode d'action

- L'association d'une structure textile spéciale résistante à la traction et d'un cadre CFK (en fibres de carbone) et l'apport supplémentaire d'une croix en carbone stabilisatrice permet d'obtenir un système fonctionnel avec appui pelvien.
- La conception du SofTec® Dorso permet d'agir contre une tendance à la cyphose.
- Le degré de flexibilité du cadre est réglable sans paliers.
- La ceinture scapulaire de redressement permet un ajustage continu de la transmission des forces en fonction des besoins du patient.

Orthèse multifonctionnelle pour redresser et stabiliser la colonne vertébrale.

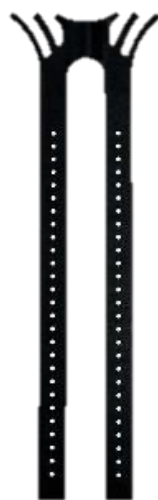


Base de remboursement LPPR

167,69 € Valable uniquement en France
Code LPPR : 201E00.05

Indications

- Fractures de vertèbre stables (jusqu'à TH 8)
- Thérapie conservatrice en cas de tumeurs (métastases)
- Ostéoporose
- Spondylodèse
- Stabilisation post-opératoire
- Morbus Scheuermann
- Traitement conservatoire de la Camptocormie



Redresseur



Sangles d'épaule de redressement et sangles de traction

Bibliographie

- 1) Souques A, Rosanoff-Saloff. La camptocormie; incurvation du tronc, consécutive aux traumatismes du dos et des lombes; considérations morphologiques. Rev Neurol. 1914 ; 15 : 937-9
- 2) Laroche M, Delisle MB, Aziza R, Lagarrigue J, Mazieres B. Is camptocormia a primary muscular disease? Spine. 1995 ; 20 :1011-6
- 3) Laroche M, Delisle MB. La camptocormie primitive est une myopathie para-vertébrale. Rev Rhum 1994 ; 61 : 481-4
- 4) Laroche M, Ricq G, Campech M, Marque P. Bent spine syndrom: computed tomographic study and isokinetic evaluation. Muscle and nerve 2002 ; 25 : 189-193
- 5) Laroche M, Rousseau H, Mazieres B. Intérêt de la tomodensitométrie dans la pathologie musculaire. Rev Rhum 1989 ; 56 : 433-39
- 6) Lenoir T, Guedj N, Boulu P, Guigui P, Benoist M. Camptocormia : the bent-spine syndrome an update. Eur J Spine 2010 ; 19 : 1229-1237
- 7) Ghosh PS, Milone M. Camptocormia as presenting manifestation of a spectrum of myopathic disorders. Muscle Nerve. 2015 ; 52 :1008-12.
- 8) Pardessus V, Compere S, Tiffreau A, Blanchard A, Thevenon A. Appareillage par corset cuir des postures camptocormiques : à propos de 31 cas. Annales de Réadaptation Physique 2005 ; 48 603-609
- 9) Ye BK, Kim HS, Kim YW. Correction of camptocormia using a cruciform anterior spinal hyperextension brace in a patient with Parkinson disease. Ann Rheab Med 2015, 39 : 128-132

Nos contacts courriels évoluent :

info.medical@bauerfeind.fr

commande@bauerfeind.fr



N'oubliez pas de nous rejoindre sur notre page Facebook.

STRICTEMENT DESTINÉE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ. SI VOUS AVEZ REÇU CE MESSAGE PAR ERREUR,
VEUILLEZ EN INFORMER L'EXPÉDITEUR PAR RETOUR DE COURRIEL ET SUPPRIMER CE MESSAGE.
TOUTE UTILISATION OU DIFFUSION NON AUTORISÉE DE CES INFORMATIONS EST STRICTEMENT INTERDITE.

www.bauerfeind.fr



Le mouvement c'est la vie !

France

Bauerfeind France S.A.R.L.
B.P. 59258
F-95957 Roissy CDG Cedex
Phone +33 (0) 1 48 63 28 96
Fax +33 (0) 1 48 63 29 63
E-mail info@bauerfeind.fr

Tous les produits présentés dans ce document sont des dispositifs médicaux de classe 1, selon la directive européenne 93/42/CEE