

# «CAMPTOCORMIE» OU CYPHOSE LOMBAIRE RÉDUCTIBLE DU SUJET ÂGÉ À PROPOS DE DEUX CAS DE DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DES MUSCLES PARAVERTÉBRAUX

J. LEGAYE, D. DIMBOIU

**Deux cas de «camptocormie» ou cyphose progressive réductible du sujet âgé sont rapportés. Ce déséquilibre rachidien sagittal est provoqué par une dégénérescence graisseuse des muscles spinaux postérieurs. L'un des cas est symétrique, l'autre unilatéral. Cette pathologie rare doit être prise en compte dans le bilan rachidien. Une fusion vertébrale y est hasardeuse du fait de l'insuffisance musculaire. Le traitement en est médical, par tonifications et corticothérapie.**

**Keywords :** camptocormia ; acquired myopathy ; lumbar kyphosis.

**Mots-clés :** camptocormie ; myopathie acquise ; cyphose lombaire.

## INTRODUCTION

La «camptocormie du sujet âgé» est une cyphose basse, acquise, progressive et facilement réductible. Cette affection rare est provoquée par une dégénérescence graisseuse des muscles paravertébraux lombaires. Nous en rapportons deux cas, l'un symétrique, l'autre unilatéral.

## OBSERVATIONS

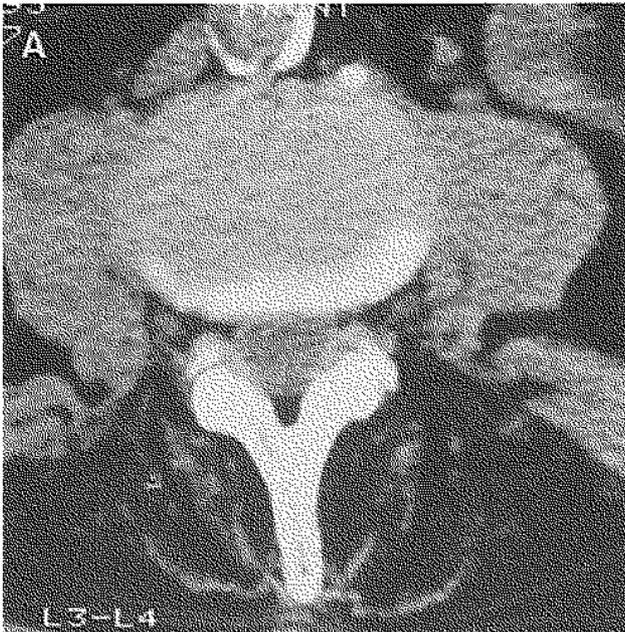
*Cas n° 1.* Mr. F. F., 64 ans, décrit des lombalgies mécaniques chroniques accompagnées depuis près d'un an d'un déjettement progressif du tronc vers l'avant en position debout, s'accroissant lors de la marche et disparaissant en décubitus. Ce déjettement s'accompagne cliniquement d'une perte de lordose lombaire. La marche est impossible sans

canne ou appui. La radiographie montre des signes de lombo-discarthrose pluriétagée, sans raréfaction osseuse ni tassements vertébraux. Le bilan phospho-calcique est normal. Un syndrome inflammatoire (CRP 3.6, fibrinogène 661) est attribuable à un carcinome épidermoïde du lobe pulmonaire inférieur gauche (CEA 23.8) traité par ailleurs. Le CT-Scan objective une dégénérescence lipidique majeure bilatérale des muscles paravertébraux, sans atteinte des autres muscles ni du psoas. Le diamètre canalaire est normal, sans conflit radiculaire ni ostéophytose exubérante (fig. 1a).

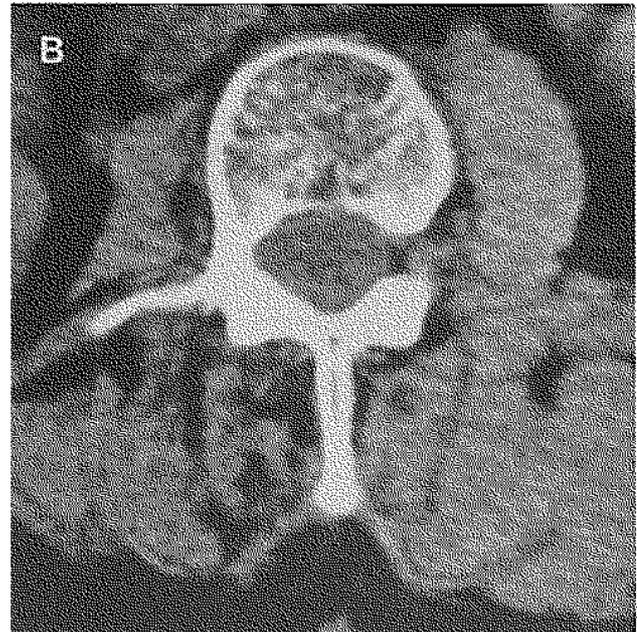
*Cas n° 2.* Mme M. A., 79 ans, suivie pour des lombalgies basses, présente une inflexion antérieure et latérale gauche du tronc, s'accroissant depuis environ 6 mois. Elle est atteinte en outre de maladie de Parkinson, traitée de longue date par Lévodopa. La biologie est sans particularité par ailleurs : bilan phospho-calcique, enzymologie, tests thyroïdiens normaux, pas de syndrome inflammatoire. La radiographie visualise des lésions dégénératives lombaires multiples. Le CT-Scan détecte une dégénérescence graisseuse unilatérale des muscles spinaux postérieurs, débutant également au psoas. Il n'existe pas de réduction canalaire (fig. 1b.)

Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Cliniques Universitaires U.C.L. — Mont-Godinne, B-5530 Yvoir, Belgium.

Correspondance et tirés à part : J. Legaye.



**Fig. 1a.** — Cas n° 1. CT-Scan en L3-L4 de Mr. F. F. (64 ans) : Dégénérescence graisseuse localisée aux muscles spinaux postérieurs.



**Fig. 1b.** — Cas n° 2. CT-Scan en L4-L5 de Mme M. A. (79 ans) : Dégénérescence graisseuse latéralisée des muscles spinaux.

## DISCUSSION

Le terme «camptocormie» décrit une inflexion antérieure du tronc (du grec *kamptein* ; je fléchis ; *kormos* : le tronc). Il fut introduit dans la littérature médicale en 1915 par les neurologues Souques et Rosanoff-Saloff pour décrire un syndrome de conversion hystérique chez des jeunes soldats de la première guerre mondiale (5). Divers cas sont depuis rapportés dans la littérature psychiatrique (armée du Nicaragua, Navy, association à des dépressions...). Ce syndrome psychiatrique atteint cependant des sujets jeunes (4, 5).

La pathologie organique que nous rapportons touche essentiellement les sujets de plus de 60 ans. Peu de cas en sont rapportés, principalement dans la littérature rhumatologique. La cyphose de la «camptocormie du sujet âgé» a la particularité d'être progressive, s'accroissant à la marche et totalement réductible en position couchée. Elle diffère en cela de la cyphose classique du sujet âgé. Celle-ci est raide, localisée en région thoracique avec hyperlordose lombaire de compensation et

a souvent un facteur statique déclenchant (tassement vertébral, ostéoporose, dégénérescence musculaire, trouble du tonus musculaire, travail pénible en mauvaise posture). La cyphose de la «camptocormie» au contraire a un point de départ lombaire, avec impossibilité de verrouiller le segment lombaire par rapport au bassin. Elle apparaît en station debout ou à la marche et disparaît au repos allongé. Elle ne s'accompagne pas de tassement ostéoporotique, il n'existe pas de perturbation biologique. Le profil psychologique est normal. Elle est à distinguer d'une spondylodiscite, d'une spondylarthrite ankylosante ou d'une tumeur médullaire (2, 3). Les cas rapportés sont le plus souvent féminins. La lombalgie basse est le motif principal de consultation. Cliniquement, on ne palpe pas de fonte musculaire paravertébrale. Aucun signe neurologique déficitaire n'y est spécifiquement associé.

Laroche retrouve fréquemment un antécédent familial (10 cas sur les 14 rapportés), laissant soupçonner la transmission génétique d'une myopathie d'expression tardive.

L'électromyographie des muscles paravertébraux est peu interprétable en raison de la difficulté pour ces patients d'effectuer une extension du tronc. Les désordres y sont aspécifiques, d'allure tantôt myogène, tantôt neurogène. Les vitesses de conduction motrice sont normales (3).

La radiographie standard est peu contributive, montrant des images, classiques pour l'âge, de lombo-discalarthrose étagée, parfois de spondylo-listhésis.

Le CT-Scan, plutôt que l'IRM, revêt un intérêt diagnostique. Les muscles spinaux postérieurs sont peu diminués de volume mais hypodenses, de structure hétérogène avec des zones d'aspect purement graisseux. L'étendue des lésions semble proportionnelle à l'ancienneté et à la sévérité du déséquilibre clinique. Les autres muscles sont le plus souvent normaux. Le CT-Scan permet la distinction entre une atteinte musculaire (hypodensité précoce avec conservation du volume musculaire) et une atteinte neurogène (atrophie, puis hypodensité tissulaire) (1).

Des biopsies des muscles paravertébraux ont permis de visualiser une fibrose et une infiltration graisseuse du tissu endomysial, parfois des infiltrats de cellules mononucléées. Les fibres musculaires persistantes sont de taille irrégulière, atrophique et anguleuse. L'examen ultra-structural détecte la présence d'anomalies mitochondriales (forme irrégulière et variable et présence de crêtes circulaires denses) et de désorganisation myofibrillaire (3).

Le diagnostic différentiel se pose avec les myopathies acquises thyroïdiennes, ménopausiques, ostéomalaciques ou cortisoniques. Des myopathies à expression tardive sont décrites, mais atteignant divers secteurs musculaires (les ceintures, quadriceps...), mais jamais exclusivement les muscles spinaux. L'hypothèse d'une amyotrophie spinale postérieure à révélation tardive, avec une atteinte focalisée des neurones de la corne antérieure, est peu probable car existeraient des signes neurogènes à l'électromyographie et des fasciculations. Un trouble du tonus musculaire se rencontre dans la maladie de Parkinson, ou en présence d'un syndrome extra-pyramidal : il est alors asymétrique et se traduit par une scoliose, pas par une cyphose. Notre cas n° 2 est à ce titre original car l'association du trouble du tonus à une dégénérescence

adipeuse unilatérale provoque la perte de lordose et l'inflexion antéro-latérale du tronc, mais sans scoliose. C'est donc la perte de l'équilibre sagittal qui prédomine.

Une origine dégénérative à la détérioration musculaire de ces cas a été évoquée, à la fois par vieillissement musculaire et atrophie induite par compression des branches nerveuses postérieures.

Les images au CT-Scan des muscles y sont cependant différentes. Le vieillissement musculaire physiologique du sujet âgé se traduit par une diminution du volume des muscles spinaux et du psoas, homogène, sans diminution de la densité. Elle est moindre en région thoracique basse et maximale en région lombo-sacrée. L'atrophie musculaire du sujet présentant une arthrose lombaire postérieure est centrifuge, prédominant autour de l'arc postérieur avec un élargissement des espaces graisseux entre les chefs musculaires. Par contre, dans les cas de «cyphoses lombaires camptocormiques», la dégénérescence graisseuse touche tous les chefs musculaires, débute à la partie distale du rachis. Le volume de la masse musculaire reste longtemps conservé (2).

Le traitement de la camptocormie fait appel à la corticothérapie. L'effet bénéfique de bolus de méthylprednisolone est rapporté. La stimulation musculaire et la tonification sont également bénéfiques (2).

## CONCLUSION

L'effet bénéfique du traitement corticothérapique plaide pour une myosite interstitielle d'origine inflammatoire, les facteurs familiaux pour une myopathie primitive localisée, transmissible génétiquement, peut-être liée à un dysfonctionnement mitochondrial.

Cette myopathie rare doit être prise en compte lors du bilan d'un déséquilibre de statique du sujet âgé. Tout geste chirurgical de fusion rachidienne nécessiterait dans ces cas une prise sacrée extrêmement solide et une extension suffisante du montage. Dès lors, un traitement médical préalable s'impose afin de restaurer une capacité musculaire, de rétablir une lordose lombaire et de verrouiller spontanément le bassin. Au reste, la réductibilité de la cyphose permet une rééquilibration par

contention externe, adjuvant d'un traitement médical et tonificateur des muscles spinaux postérieurs.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Hadar H., Gadoth N., Heifetz M. Fatty replacement of lower paraspinal muscles: Normal and Neuromuscular disorders. Am. J. Roentgenology, 1983, 141, 895-898.
2. Hilliquin P., Menkes C. J., Laoussadi S., Job-Deslandre C., Serratrice G. Camptocormie du sujet âgé. Une nouvelle entité par atteinte des muscles paravertébraux? Rev. Rhum. Mal. Ostéoartic., 1992, 59 (3), 169-175.
3. Laroche M., Delisle M. B., Mazières B., Rascol A., Cantagrel A., Arlet Ph., Arlet J. Myopathie tardive localisée aux muscles spinaux: une cause de cyphose lombaire acquise de l'adulte. Rev. Rhum. Mal. Ostéoartic., 1991, 58 (2), 829-838.
4. Peres S. Camptocormia. Br. J. Psychiatry, 1990, 157, 765-767.
5. Rosen J. C., Frymoyer J. W. A review of camptocormia and an unusual case in the female. Spine, 1985, 10 (4), 325-327.

### SAMENVATTING

*J. LEGAYE, D. DIMBOIU. „Camptocormia”, of progressieve reductiebele kyphosis bij bejaarde patiënten. Over twee gevallen van lipomateuse degenerescentie van de lange rugspieren.*

Het gaat om een wervelkolom die kyfotisch wordt omwille van een lipomateuse degenerescentie van de

lange rugspieren. Een geval is bilateraal; een tweede unilateraal. Deze diagnose behoort tot de mogelijkheden bij de evaluatie van een rugpathologie. Een spondylodese maakt weinig kans op succes omwille van de spierinsufficiëntie. De therapie is conservatief d.m.v. tonificatie en corticotherapie.

### ABSTRACT

*J. LEGAYE, D. DIMBOIU. “Camptocormia” or acquired progressive lumbar kyphosis in the elderly. Report of two cases of lipoid degeneration of the paravertebral muscles.*

Two cases of “camptocormia” or progressive and reducible kyphosis acquired in the elderly are reported. This sagittal imbalance of the spine is induced by fatty involution of the paravertebral muscles. One case was symmetrical, the other one unilateral. This rare pathology should be considered during the spinal examination. Bony fusion is problematic owing to the muscular insufficiency. The primary treatment is medical, by strengthening and corticotherapy.