

Epidémiologie du torticolis musculaire congénital vu à l'Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo

Epidemiological features of congenital muscular torticollis in Joseph Ravoahangy Andrianavalona Hospital, Antananarivo

A.H.N. Rakotoarisoa (1)*, E. Rakotovao-Razafindramavo (1),
R.M.J. Razafindrakoto (1), B.M.L. Rahoijaona (2),
F.J. Rakotovao (3), M. Razanamparany (4)

(1) Service ORL, HJRA, CHU d'Antananarivo

(2) Service de Rééducation Fonctionnelle, HJRA, CHU d'Antananarivo

(3) Service ORL, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo

(4) Faculté de Médecine d'Antananarivo

Résumé

Introduction. L'objectif de cette étude était de dégager les caractéristiques épidémiologiques du torticolis musculaire congénital (TMC).

Matériels et méthodes. Nous avons mené une étude rétrospective sur les cas de TMC, des patients âgés de 0 à 5 ans, amenés en consultation de 1997 à 2006, soit sur une période de 10 ans, dans le service de la Rééducation Fonctionnelle du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHUA/HJRA).

Résultats. Soixante douze cas de TMC étaient observés sur un total de 1244 enfants vus en consultation. Le TMC venait en troisième position parmi les pathologies congénitales rencontrées, après les pieds bots congénitaux et les pathologies congénitales de la hanche. Les filles et les nourrissons étaient prédominants, et il s'observait une relative fréquence des formes avec pseudotumeur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Les traumatismes obstétricaux, évoqués par un antécédent d'accouchement dystocique, étaient retrouvés dans 33 cas.

Conclusion. Le TMC fait partie des grandes activités et préoccupations en pathologie cervicale de l'enfant.

Mots clés: dystocie, torticolis musculaire congénital, nourrisson, Antananarivo, Madagascar

Abstract

Introduction. This study aimed to unearth the epidemiological features of congenital muscular torticollis (CMT).

Materials and methods. A retrospective study was conducted on CMT stated on outpatients aged below five years old, at the Unit of Rehabilitation in the University Hospital of Antananarivo (CHUA/HJRA) from 1997 to 2006 (ten years period).

Results. Seventy two patients were observed in this study, among 1244 pediatric outpatients. Among all congenital diseases, CMT was the third after club foot and congenital hip dislocation. Girls and infants were predominant. We noticed a highly relative frequency of pseudotumor of sternocleidomastoid muscle. Obstetrical traumatism, suggested by a history of dystocia, were noticed in 33 cases.

Conclusion. CMT is among both the greatest occupations and concerns in neck pathology in children.

Key words: dystocia, congenital muscular torticollis, new born, Antananarivo, Madagascar

Introduction

Le torticolis musculaire congénital (TMC), une conséquence de la rétraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM), s'observe surtout chez le nouveau-né ou le nourrisson. Il consiste en une malposition de l'extrémité cervico-céphalique par rapport au tronc, avec tête inclinée du côté atteint et tournée vers l'autre côté [1]. Selon la littérature, cette affection s'observe dans 0,084% à 2,1% des naissances [2]. Il est prouvé que la présence d'un TMC est associée à un retard de développement de l'enfant [3], avec impact psychologique et fonctionnel [4]. Le TMC en début d'évolution est une pathologie cervicale accessible au traitement médical. Notre objectif était de décrire les caractéristiques épidémiocliniques du TMC vu à l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU d'Antananarivo.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, portant sur les patients vus au Service de Rééducation Fonctionnelle à l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU d'Antananarivo de 1997 à 2006. Étaient inclus tout enfant de moins de cinq ans présentant un TMC. Les dossiers incomplets ont été exclus.

Les variables étudiées étaient le niveau socio-économique des familles d'origine, les antécédents maternels (le type d'accouchement, le lieu d'accouchement, la pratique de consultation prénatale (CPN), la notion de primiparité, la notion de prématurité), l'âge de l'enfant (nouveaux nés : zéro à vingt neuf jours ; nourrissons : un à douze mois), l'ancienneté de l'affection, les signes cliniques, et les pathologies associées. Nous désignons par « ancienneté de l'affection » le temps écoulé entre la découverte de l'affection et le jour de consultation en Service de Rééducation Fonctionnelle.

Pour le niveau socio-économique des familles auxquelles appartiennent les mères, nous avons désigné par « couche sociale basse » celles de faible revenu ou de bas niveau d'éducation (cultivateurs, marchands ambulants, chômeurs...), par « couche sociale moyenne » celles dont les revenus sont moyens et/ou le niveau d'étude va du brevet d'étude de premier cycle au baccalauréat (instituteurs, étudiants, commerçant...), et de « couche sociale haute » pour celles dont les revenus permettent de subvenir à plus du minimum de leurs

besoins et/ou le niveau d'étude est universitaire et plus (médecins, avocats, ingénieurs...).

Résultats

Nous avons retenu 72 cas (5,79%) de TMC sur 1244 enfants vus et pris en charge au Service de Rééducation Fonctionnelle à l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona.

Les patients TMC étaient âgés de 4 jours à 4 ans, avec une moyenne de 5,09 mois (Tableau 1). Il y avait 51 patients (70,83%) âgés de moins de six mois. La découverte de TMC était groupée par périodes de la vie: 51 nourrissons, 20 nouveau-nés, et un enfant de plus de deux ans (Tableau 1). Il y avait 31 garçons et 41 filles, soit un sex ratio de 3/4.

Les patients étaient amenés en consultation pour attitude vicieuse dans tous les cas (n=72). Un nourrisson présentait un TMC bilatéral chez lequel la tête était portée en avant, avec pseudotumeur bilatéral du SCM. Il y avait quatre enfants prématurés, soit 5,56% (Tableau 1). Les caractéristiques des mères sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2. Caractéristiques épidémiocliniques des mères des patients présentant un torticolis musculaire congénital à l'HUJRA, Antananarivo du 1997 au 2006 (n=72).

Caractéristiques	n	%
CPN		
Oui	63	87,50
Non	9	12,50
Mère primipare		
Oui	43	59,72
Non	29	40,28
Niveau socio-économique		
Bas	33	45,83
Moyen	30	41,67
Elevé	9	12,50

CPN : consultation pré-natale

Tableau 1. Caractéristiques épidémiologiques-cliniques des patients présentant un torticolis musculaire congénital à l'HUJRA, Antananarivo du 1997 au 2006 (n=72).

Caractéristiques	n	%
Tranche d'âge (mois)		
]0-1]	15	20,83
]1-12]	51	70,83
]12-24]	4	5,56
]24-60[2	2,78
Découverte du TMC		
Naissance	10	13,89
1-28 jours	10	13,89
29 jours à 2 ans	51	70,83
Plus de 2 ans	1	1,39
Lieu de l'accouchement		
Hôpital	35	48,61
Domicile	37	51,39
Type d'accouchement		
Eutocique	39	54,17
Dystocique	33	45,83
Présentation		
Céphalique	46	63,89
Siège	25	34,72
Transversale	1	1,39
Terme de l'accouchement		
Prématuré	4	5,56%
Anomalies associées		
Pseudotumeur SCM	43	59,72
Asymétrie faciale	8	11,11
Scoliose compensatrice	5	6,94
Plagiocéphalie	2	2,78
Autres malformations		
LCH	5	6,94
Pied bot	2	2,78
Fente palatine	2	2,78
EPB	1	1,39
Déformation III	1	1,39

SCM: muscle sterno-cléido-mastoïdien; LCH: luxation congénitale de la hanche; EPB: élévation du plexus brachial; Déformation III: déformation congénitale du III^{ème} doigt

Discussion

Comme dans notre série, une prédominance féminine était également rapportée par Youmachev [5] et Tatli *et al.* [6]. L'âge de première consultation, avec une moyenne de 5,09 mois, était relativement supérieur à celle de la série de Tatli *et al.* (avec une moyenne de 2,3 mois) [6] et de Yim *et al.* (avec une moyenne de 1,25 mois) [7]. Binder *et al.* rapportait 81,6% des patients âgés de moins de six mois [8] contre 70,83% pour notre série. Dans notre étude, 52 patients (72%) étaient amenés en consultation à l'âge de un mois et plus. Ce retard de consultation pourrait s'expliquer par des raisons socio-économiques et culturelles: les personnes issues d'un faible niveau socio-économique, moins instruites et ayant un accès limité aux soins de santé, viennent tardivement en consultation.

Sur le plan sémiologique, les signes et anomalies associées étaient par ordre de fréquence l'attitude vicieuse, la pseudotumeur du SCM, l'asymétrie faciale, la scoliose compensatrice, et la plagiocéphalie. L'attitude vicieuse était observée chez tous nos patients, contre 90% des cas pour Wei *et al.* [9]. La pseudotumeur ou l'épaississement du muscle SCM était visualisée dans 59,72% des cas, entre les 85% de la série de Hsu *et al.* [2] et les 38,6% de celle de Binder *et al.* [8]. L'asymétrie faciale, observée chez 11,11% de nos patients, était rapportée dans 15,9% par Wei *et al.* [9]. La scoliose compensatrice, présente ici dans 6,94% des cas, l'était dans 11,8% pour Binder *et al.* [8]. La plagiocéphalie, observée à un taux de 2,78% dans notre série, l'était à 7% pour Rogers *et al.* [10].

La pseudotumeur ou la fibrose du muscle SCM est en fait mieux visualisée à l'échographie, examen permettant d'apprécier également la sévérité de l'atteinte et de prévoir le pronostic de récupération, à part l'avantage de permettre le diagnostic de gravité et le diagnostic différentiel [11, 12]. D'autres signes rares ont été observés par Yim *et al.* [7] tel que la toux réflexe à la contraction du SCM concerné.

L'existence concomitante du TMC avec d'autres pathologies congénitales fait penser à certains facteurs étiologiques tels que la malposition fœtale [13] ou un facteur génétique. En effet le torticolis représente un facteur de risque d'anomalie congénitale de la hanche [14], représentant une comorbidité dans 2 à 29% des cas [15]. Cette association était observée dans 6,94% des cas de notre série.

Dans notre travail, les familles appartenant à de couches sociales moyenne et basse constituaient plus de 87% des cas (Tableau II). Dans l'ensemble, les cas de

TMC étaient surtout observés dans un contexte de taux élevé (87,5%) de consultation prénatale (CPN) chez des femmes pour la plupart d'un niveau socio-économique bas ou moyen [16]. Ces chiffres suggèreraient que les CPN, dans un contexte socio-économique difficile, ne prévient pas du TMC. Mais cette hypothèse nécessite des études ultérieures pour être confirmée.

Les primipares seraient plus exposées aux dystocies [17]. Elles représentaient 59,72% des mères, et la dystocie était observée chez 33 mères dans notre série (45,84%). La dystocie est une source certaine de traumatisme pour l'enfant [18], ce qui fait d'elle un facteur causal incriminé dans la survenue du TMC [17]. En effet Chen *et al.* ont démontré la corrélation de la survenue de TMC avec le traumatisme obstétrical ou de la primiparité [19]. Quant à l'accouchement à domicile (51,39%), il favoriserait le retard du diagnostic du TMC, raison supplémentaire pour laquelle la moyenne d'âge à la consultation était plus élevée par rapport à celles de la littérature. La grossesse multiple a été également démontrée être un facteur de risque de TMC [20] étant donné la malposition intra-utérine qu'elle occasionne souvent.

Les autres facteurs étiologiques n'ont pas été évoqués dans notre étude: génétique, infectieux, vasculaire, etc.

Conclusion

Avec une fréquence de 5,79%, le TMC observé dans notre service se présentait souvent chez les enfants par une attitude vicieuse du cou, principale circonstance de découverte de la maladie. Le délai de diagnostic était relativement long dans notre série. Le traumatisme obstétrical et la malposition intra-utérine étaient observés chez la plupart des patients porteurs de TMC. La recherche du TMC devrait faire partie de l'examen systématique du nouveau-né. Une consultation spécialisée sera nécessaire devant une anomalie de la position du cou ou la palpation d'une tuméfaction latéro-cervicale. D'autres études sont nécessaires pour déterminer l'évolution du TMC en fonction des thérapeutiques disponibles.

Références

1. Mrani Alaoui N, Benjelloul T, Dandane MA, *et al.* Le torticolis musculaire congénital. *Espérance Médicale* 2011; 18(178): 303-8.
2. Hsu TC, Wang CL, Wong MK, *et al.* Correlation of clinical and ultrasonographic features in congenital muscular torticollis. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80(6): 637-41.
3. Tessmer A, Mooney P, Pelland L. A developmental perspective on congenital muscular torticollis: a critical appraisal of the evidence. *Pediatr Phys Ther* 2010; 22(4): 378-83.
4. Boudhraa W. Contribution à l'étude de la posture céphalique dans la physiologie et la physiopathologie de l'appareil manducateur. Thèse de docteur en chirurgie dentaire 2011, Nancy-I. 148p.
5. Youmachev G. Traumatologie et orthopédie. Moscou: Mir, 1981.
6. Tatli B, Aydinli N, Caliskan M, *et al.* Congenital muscular torticollis: evaluation and classification. *Pediatr Neuro* 2006. 34(1): 41-4.
7. Yim SY, Lee IY, Cho KH, *et al.* The laryngeal cough reflex in congenital muscular torticollis: is it a new finding? *Am J Phys Med Rehabil* 2010; 89(2): 147-52.
8. Binder H, Eng GD, Gaiser JF, *et al.* Congenital muscular torticollis: results of conservative management with long-term follow-up in 85 cases. *Arch Phys Med Rehabil* 1987; 68(4): 222-5.
9. Wei JL, Schwartz KM, Weaver AL, *et al.* Pseudotumor of infancy and congenital muscular torticollis: 170 cases. *Laryngoscope* 2001; 111: 688-95.
10. Rogers GF, Oh AK, Mulliken JB. The Role of Congenital Muscular Torticollis in the Development of Deformational Plagiocephaly. *Plastic & Reconstructive Surgery* 2009; 123(2): 643-52.
11. Lee YT, Yoon K, Kim YB, *et al.* Clinical features and outcome of physiotherapy in early presenting congenital muscular torticollis with severe fibrosis on ultrasonography: a prospective study. *J Pediatr Surg* 2011; 46(8): 1526-31.
12. Dudkiewicz I, Ganel A, Blankstein A. Congenital muscular torticollis in infants: ultrasound-assisted diagnosis and evaluation. *J Pediatr Orthop* 2005; 25(6): 812-4.
13. Lee YT, Cho SK, Yoon K, *et al.* Risk factors for intrauterine constraint are associated with ultrasonographically detected severe fibrosis in early congenital muscular torticollis. *J Pediatr Surg* 2011; 46(3): 514-9.
14. Pannier S, Moulies D, Glorion C. Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. *Rev Prat* 2007; 11: 1245-54.
15. Luther BL. Congenital muscular torticollis. *Orthop Nurs* 2002; 21(3): 21-7.
16. Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. Enquête Démographique et de Santé Madagascar 2008-2009. Antananarivo: INSTAT et ICF Macro, 2010.
17. Bettex M, Kuffer F, Schärli A. Précis de chirurgie infantile. Paris, NewYork, Barcelone, Milan: Masson, 1978
18. Moulies D, Surzur P. Torticolis musculaire congénital. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Appareil locomoteur, 15-201-C-10, 1996, 10p.
19. Chen MM, Chang HC, Hsieh CF, *et al.* Predictive model for congenital muscular torticollis: analysis of 1021 infants with sonography. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86(11): 2199-203.
20. Bielski RJ, Gesell MW, Teng AL, *et al.* Orthopaedic implications of multiple gestation pregnancy with triplets. *J Pediatr Orthop* 2006; 26(1): 129-31.