

# *Coup de projecteur sur le Spina Bifida Occulta*

Chaque année, la Spina Bifida Association of America (SBAA) reçoit beaucoup d'appels téléphoniques en vue d'obtenir des informations sur le spina bifida occulta. Ce n'est pas surprenant : dans sa forme la plus courante, le spina bifida occulta est une affection banale, se rencontrant partout, chez 5 % à 10 % de la population, et découverte le plus souvent incidemment après une radiographie du bas du dos pour un problème sans rapport avec le spina bifida. Alors qu'il s'agit d'un diagnostic courant, il existe peu de matériel d'information sur ce sujet.

## **spina bifida occulta = fente cachée dans la colonne vertébrale**

Le terme induit en erreur parce que les docteurs emploient souvent spina bifida occulta pour décrire plusieurs états, la forme rencontrée le plus fréquemment est considérée comme inoffensive par la plupart des docteurs et comme étant une variante de l'état normal. D'autres formes présentent potentiellement des conséquences pour la santé. Le plus important à comprendre est que le spina bifida occulta se réfère à un groupe de pathologies touchant la colonne vertébrale, structure composée d'os appelés les vertèbres. La colonne vertébrale est responsable du soutien de notre squelette et a aussi pour mission importante de protéger la moelle épinière. La moelle épinière est le réseau de tissu nerveux qui transmet l'information de notre cerveau aux nerfs dans les bras et jambes et inversement. Les états apparentés au spina bifida occulta qui englobent des atteintes à la moelle épinière sont ceux qui ont des conséquences potentielles sur la santé.

La majorité des gens avec un spina bifida occulta ont seulement une anomalie osseuse d'une ou plusieurs vertèbres. Ils n'ont pas d'anomalies de la moelle épinière et ont un risque minime pour leur santé ou pas de risque du tout. Un petit groupe d'entre ceux qui ont un spina bifida occulta osseux ont aussi des anomalies de la moelle épinière sous-jacente. Ces conditions incluent :

### *- Moelle épinière attachée (ou fixée)*

L'extrémité inférieure de la moelle est attachée à la colonne. La moelle épinière est étirée et endommagée

### *- Lipomyélingocèle et lipoméningocèle*

La moelle épinière fixée est attachée à une masse lipomateuse dans le dos

### *- Filum terminale épais*

Epaississement de la partie terminale extrême de la moelle épinière

### *- Filum terminale gras*

Une masse lipomateuse à l'extrémité inférieure de la moelle épinière

### *- Diastématomyélie*

La moelle épinière est séparée en deux, habituellement par un morceau d'os ou cartilage

- *Sinus dermique (avec lésion de la moelle épinière)*

Une connexion entre le canal médullaire et la peau du dos qui crée un passage vers l'extérieur

Dans le cadre de cette information générale, une description détaillée de chacune de ces conditions est inutile. Ce qu'il importe de relever, c'est que si chacune de ces anomalies associées de la moelle épinière existe avec un spina bifida occulta osseux, il y a potentiellement des problèmes de système nerveux. Il faut aussi noter que des personnes peuvent parfois avoir ces pathologies sans avoir d'anomalies aux vertèbres.

Ces problèmes peuvent inclure :

- douleur (dans le dos et/ou dans les jambes)
- faiblesse dans les jambes
- engourdissement et-ou autres changements de sensibilité dans les jambes et/ou dans le dos
- difformités orthopédiques dans les jambes, les pieds et le dos

Il n'y a aucune preuve médicale que le spina bifida occulta osseux (sans une anomalie de moelle épinière sous-jacente) mènera aux problèmes de système nerveux. Quelques radiologistes ont appelé cette situation un défaut de soudure vertébrale, en empruntant ainsi la référence au spina bifida. Il en est ainsi de ceux pour lesquels il y a une probabilité d'anomalie de la moelle épinière sous-jacente pour lesquels il faut recourir sans faute à un bilan médical / chirurgical si l'un des susdits problèmes neurologiques arrive. Y-a-t-il des indices qui pourraient rendre ce bilan nécessaire ? L'aspect de la peau recouvrant la partie inférieure du dos est un indice important de la présence éventuelle ou non d'une anomalie de moelle épinière sous-jacente. Environ 8 personnes sur 10 avec des anomalies de la moelle épinière ont une anomalie de la peau couvrant le défaut.

Ces anomalies de peau incluent :

- touffe de poils
- lipome
- hémangiome (une tache rougeâtre ou violacée sur la peau, composée de vaisseaux sanguins)
- taches sombres ou taches de naissance
- sinus ou tractus dermique (tunnel) - parfois noté le dos comme une profonde fossette.

Les gens avec ces sortes des anomalies de peau au bas du dos, quel que soit leur âge, doivent se faire examiner par un médecin bien informé des malformations de la moelle épinière. Il faut noter que toutes les personnes qui ont un défaut de peau au bas du dos n'ont pas un spina bifida occulta. C'est en particulier vrai pour ceux qui ont une fossette sacrée (une fossette à la face supérieure du pli fessier) et des taches mongoliques (morsures de cigogne – taches bleues sacrées). Ces individus, souvent remarqués à la naissance, n'ont pas besoin d'examen de la colonne ou de la moelle épinière. Les fossettes situées plus haut sur la partie inférieure du dos doivent faire l'objet d'un examen. Ainsi, il arrive que l'on découvre un spina bifida occulta chez des personnes soumises à un examen radiologique de la partie inférieure du dos, après un accident ou pour un problème de douleur lombaire sans problèmes neurologiques. Cette situation doit vraiment être qualifiée de défaut de soudure vertébrale comme exposé ci-dessus. Si la peau couvrant la partie inférieure de leur dos est normale et que ces patients restent exempts de problèmes neurologiques, aucun nouveau bilan ne doit être entrepris.

Du point de la transmission héréditaire, le spina bifida occulta est mis sur le même pied que le spina bifida en général. La myéломéningocèle, une forme ouverte de spina bifida (où l'anomalie de la moelle épinière est visible par une anomalie ouverte de la peau) arrive plus souvent dans les familles qui ont déjà éprouvé l'occurrence de cet état. Le risque de répétition est de 5 à 10 fois plus élevé que dans la population générale, avec un taux d'incidence à 3 à 5 par 1000 naissances vivantes. Les risques d'avoir d'autres formes de spina bifida, quand un cas de myéломéningocèle est déjà survenu dans la famille, sont probablement plus élevés que dans la population en général. Cela est également vrai pour les formes de spina bifida occulta. Cependant, la preuve scientifique le démontrant est limitée et pas particulièrement forte. Des bilans médicaux et un conseil génétique / grossesse doivent être faits au cas par cas par des professionnels qui peuvent attester de leur compétence en cette matière. En ce qui concerne l'utilisation d'acide folique pour prévenir le spina bifida, le SBAA approuve la recommandation de Service de Santé Publique selon lequel toutes les femmes en âge de procréer doivent consommer quotidiennement 0.4 milligrammes d'acide folique.

Cette information n'est un avis médical pour aucun individu. Les situations individuelles peuvent s'écarter de la description générale.

Spina Bifida Association of America - 4590 MacArthur Boulevard NW · Suite 250 · Washington, DC 20007-4226  
Tél : 202.944.3285 · Fax : 202.944.3295 · Centre de Ressource National : 800.621.3141  
Site Web : <http://www.sbaa.org> Courriel : [sbaa@sbaa.org](mailto:sbaa@sbaa.org)

Traduction bénévole du texte publié sur Internet :  
<http://www.sbaa.org/docs/spotlights/occulta.pdf>