

## **ARACHNOÏDITE Résumé du Pr Antonio Aldrete**

L'arachnoïdite est une inflammation chronique du feuillet arachnoïdien des méninges, dont la forme la plus sévère est l'arachnoïdite adhésive, caractérisée par une douleur neurogène, invalidante et réfractaire du dos et des membres et par un ensemble d'autres troubles neurologiques.

Sa prévalence est inconnue. Environ 25 000 cas d'arachnoïdite surviennent chaque année, surtout en Amérique du Nord et du Sud, en Asie et en Europe, où les interventions rachidiennes sont les plus fréquentes.

Elle se manifeste par une douleur de désafférentation persistante et chronique du bas du dos, des membres et du tronc, majorée par le mouvement, une hyporéflexie, une perte de la sensibilité thermique, un engourdissement et souvent allodynie, dysesthésie et hyperpathie diffuses. Des troubles proprioceptifs sont possibles (dont des troubles de l'équilibre, des acouphènes et une atteinte auditive et visuelle), ainsi qu'une faiblesse et des crampes musculaires, des fasciculations, une anhydrose et des troubles vésicaux, intestinaux et sexuels. Dans de rares cas, l'arachnoïdite intéresse à la fois le cerveau et la moelle épinière, pouvant alors entraîner une hydrocéphalie communicante.

L'arachnoïdite peut être d'origine mécanique (localisée) ou chimique (diffuse) et est souvent liée à une chirurgie rachidienne (60 % des cas), une anesthésie neuro-axiale (rachianesthésie ou épidurale) (22 %), une ponction lombaire (7 %), une myélographie (3 %), une chirurgie antalgique ou à des infections secondaires. Les infections rachidiennes bactériennes et virales (7 %) ainsi que les injections sous-arachnoïdiennes d'anticancéreux ou d'antimétabolites répétées peuvent également être en cause. L'arachnoïdite lombo-sacrée peut se compliquer de syringomyélie, syndrome de la queue de cheval, pseudoméningocèles, kystes intrathécaux ou d'adhérences de la moelle et des racines nerveuses. L'arachnoïdite est un processus inflammatoire progressif. En phase précoce (inflammatoire), les racines sont oedémateuses, alors qu'en phase proliférative tardive (arachnoïdite adhésive), elles sont agglutinées de façon asymétrique. La circulation du liquide céphalorachidien entre le sac dural distal et le cerveau est compromise et la pression intrathécale augmente, causant douleurs dorsales et céphalées posturales. Le tissu cicatriciel peut parfois se calcifier (arachnoïdite ossifiante).

Le diagnostic repose sur l'anamnèse, la clinique et la notion d'événement causal ; il peut être confirmé par l'IRM avec injection de produit de contraste. Si l'IRM n'est pas possible, le myélo-scanner est indiqué. Les adhérences touchent habituellement les segments dorsaux et sont organisées en périphérie, formant un aspect myélographique décrit « en écorce d'arbre ».

Les principaux diagnostics différentiels sont l'hématome intrarachidien ou la séquestration discale, en cas de survenue postopératoire immédiate, et le syndrome douloureux des multi-opérés du rachis. Le diagnostic de fibromyalgie (voir ce terme) est parfois retenu, mais les symptômes seraient probablement secondaires aux troubles dynamiques médullaires.

En phase précoce, le traitement repose sur la méthylprednisolone IV à fortes doses pendant cinq jours, de préférence dans les trois mois suivant l'événement causal, suivie d'un protocole multimodal de contrôle de la douleur neuropathique avec anti-inflammatoire, anti-épileptique et antidépresseur. Les opiacés à fortes doses sont déconseillés en raison du risque d'hyperalgésie, d'hypersensibilité, de tachyphylaxie et de dépendance. Les antagonistes des récepteurs du NMDA (lidocaïne, MgSO<sub>4</sub>, kétamine) IV peuvent être utilisés si nécessaire en cas d'exacerbations douloureuses.

Dès son entrée en phase proliférative, l'arachnoïdite va devenir permanente et compliquée par le processus de vieillissement du rachis. Elle peut être aggravée par les interventions, les injections ou tout autre geste invasif sur le rachis.

Editeur(s) expert(s)

- **Professeur émérite Antonio ALDRETE**

Dernière mise à jour : Mars 2010