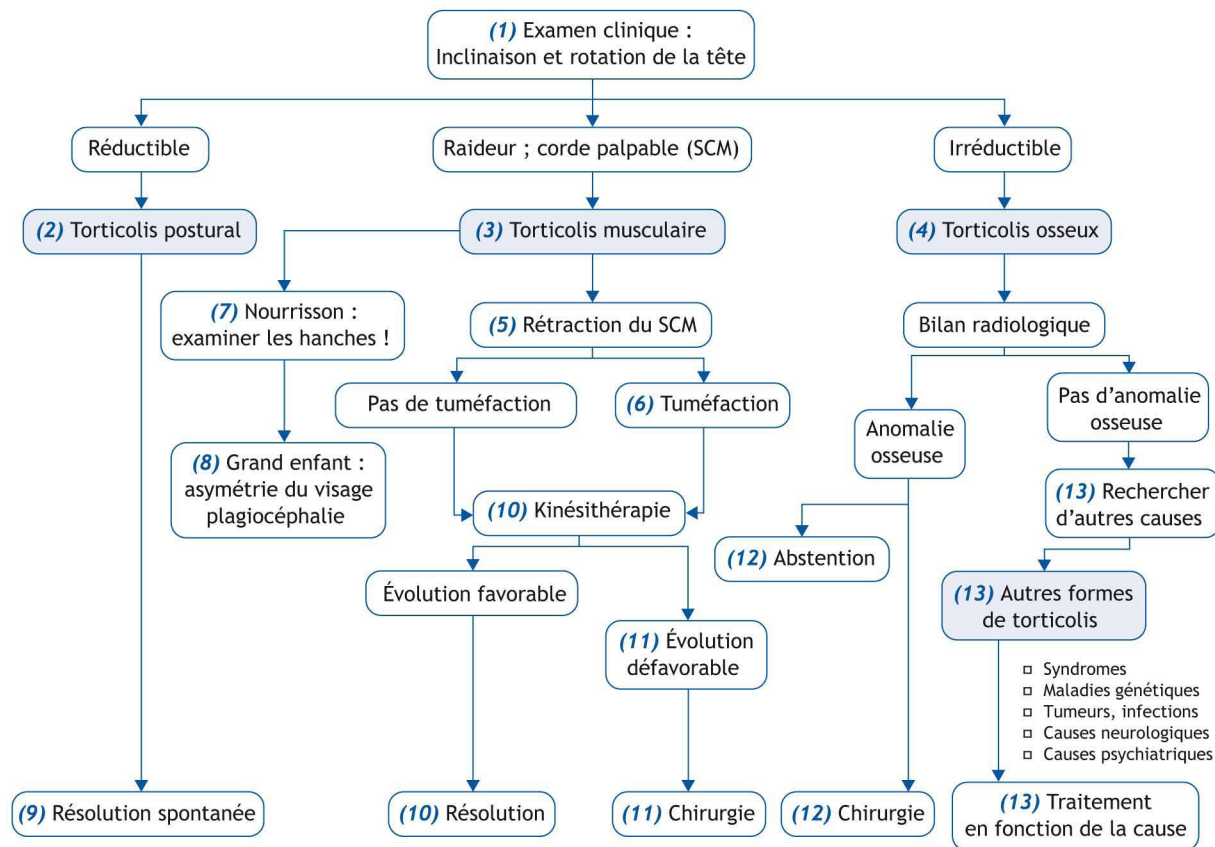


F. Canavese*, M. Rousset

Service de chirurgie infantile, CHU Estaing, 1, place Lucie-et-Raymond-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France



■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) Le torticolis congénital est une malposition caractérisée par une inclinaison et une rotation de la tête par rapport au tronc. En règle générale, l'inclinaison s'effectue sur la totalité du rachis cervical tandis que la rotation est en grande partie localisée au niveau de la première et deuxième vertèbre cervicale. Le torticolis peut entraîner une malformation de la boîte crânienne (plagiocéphalie). Le torticolis congénital, présent dès la naissance, peut être postural, musculaire ou osseux. L'examen clinique permet de différencier les trois formes de torticolis, en fonction de leur réductibilité : complètement réductible et souple (torticolis postural) ; tension au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM) qui rend la réduction difficile (torticolis musculaire) ; irréductible, rigide (torticolis osseux).

(2) Le **torticolis postural** est une malposition cervico-céphalique transitoire.

(3) Le **torticolis musculaire** est secondaire à une rétraction unilatérale du SCM et il s'agit de la forme la plus fréquente de torticolis congénital. La rétraction du SCM induit une inclinaison de la tête et du rachis cervical du côté du muscle rétracté et une rotation de la boîte crânienne du côté opposé. Si ces anomalies ne sont pas traitées rapidement, elles peuvent se fixer et induisent une plagiocéphalie positionnelle.

(4) Le **torticolis osseux** est secondaire à des malformations osseuses, retrouvées par exemple dans le cadre d'une maladie de Klippel-Feil, d'une déformation de Sprengel ou d'une dysplasie osseuse. Il s'agit d'une forme rare souvent associée à une plagiocéphalie parfois déjà présente à la naissance.

■ Examen clinique

(1 et 5) L'examen clinique doit rechercher une malposition de la tête et du rachis cervical et tester la mobilité du rachis cervical. La gravité du tableau clinique est fonction de l'âge de l'enfant au moment du diagnostic.

(6) Chez le nourrisson porteur d'un torticolis musculaire, l'examen clinique retrouve une malposition cervico-céphalique et une limitation de la rotation de la tête associée à une indu-

ration ou une tuméfaction sur la face latérale du tiers distal du SCM rétracté. Cette tuméfaction est rarement présente à la naissance et apparaît de façon différée entre la deuxième et la quatrième semaine de vie. Cette tuméfaction est un indice de sévérité concernant l'évolution (facteur pronostic négatif). Elle disparaît en quelques semaines et peut faire place, soit à une fibrose définitive, soit à une restitution *ad integrum* de l'élasticité des fibres musculaires.

(7) Lorsqu'un torticolis est diagnostiqué chez un nourrisson, l'examen clinique des hanches doit être particulièrement soigneux (même en absence d'autres facteurs de risque) afin de dépister une maladie luxante des hanches. Le torticolis est une malposition dont la présence augmente le risque de maladie luxante. Le reste de l'examen clinique doit rechercher une asymétrie globale du tronc (scoliose du nourrisson), des anomalies positionnelles ou congénitales des pieds (pied talus, pied bot varus) et tout élément en faveur d'une possible malposition anténatale.

(8) Chez l'enfant plus âgé, la malposition est plus fixée et elle s'accompagne souvent d'une plagiocéphalie, d'une différence de hauteur des oreilles et des épaules, et d'une scoliose faciale. La scoliose faciale (asymétrie du visage) est caractérisée par la convergence de la prolongation de la ligne reliant les yeux et de la ligne passant par l'axe de la rime buccale ; ces lignes sont normalement parallèles.

■ Traitement

L'évolution du torticolis congénital est variable et elle est fonction de l'origine de la malposition. Dans la plupart de cas, l'évolution est favorable, soit spontanément (torticolis postural), soit après kinésithérapie (torticolis musculaire). Néanmoins certaines formes nécessitent une prise en charge chirurgicale (les cas réfractaires de torticolis musculaire et certaines formes de torticolis osseux).

(9) Le torticolis postural ne va pas nécessiter un traitement long pour évoluer favorablement car il ne s'accompagne pas de rétraction et conduit exceptionnellement à des séquelles.

(10) Le torticolis congénital d'origine musculaire, découvert chez un nourrisson, sans facteurs péjoratifs d'accompagnement, répond bien aux séances de kinésithérapie. En général, quelques semaines de manipulations bien conduites suffisent à avoir raison de la malposition.

(11) Dans le cadre d'un torticolis congénital d'origine musculaire découvert tardivement dont la seule prise en charge kinésithérapeutique ne suffit pas, la chirurgie devient alors un allié précieux. La ténotomie uni- ou bipolaire ou la plastie en Z du SCM rétracté sont indiquées. Cette chirurgie n'est pas sans risque, mais si elle est réalisée à un âge relativement précoce, elle donne des résultats satisfaisants sur le plan fonctionnel et positionnel. Si une plagiocéphalie et une scoliose faciale sont déjà présentes, la correction chirurgicale du torticolis ne permettra pas la régression complète des déformations osseuses.

(12) Le torticolis congénital d'origine osseuse ne répond pas au traitement kinésithérapeutique. Les options thérapeutiques sont soit l'abstention soit des interventions chirurgicales complexes (procédures de Woodward, de Green ou de Klisic).

■ Diagnostic différentiel

(13) Autres formes de torticolis. Parfois, peut se poser le problème du diagnostic différentiel, surtout chez le grand enfant (voir « Pas à Pas » Torticolis, en référence). Toutes les causes de torticolis doivent être énumérées, avec, en particulier, les affections neuromusculaires, les causes infectieuses, tumorales, malformatives (anomalies des parties molles seulement ; syndrome du Pterygium congénital, par exemple) ou post-traumatiques, et les causes psychiatriques, en particulier l'hystérie. Le traitement varie en fonction de la cause du torticolis.

■ Liens d'intérêts

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts relatif à cet article.

■ Références

- Duparc J, Editor. Cahiers d'Enseignement de la SOFCOT, Torticolis musculaire congénital. Paris: Elsevier; 2002:275-94.
- Staheli LT, Editor. Fundamentals of Pediatric Orthopedics. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
- Peytoux P, Mouliès D. Torticolis de plus de 48 heures. Pas à Pas. Arch Pediatr 2008;15.
- François M. Que faire devant un torticolis ? Arch Pediatr 2013;20:22-3.

*Auteur correspondant :

Adresse e-mail : fcanavese@chu-clermontferrand.fr (F. Canavese)