



E. LESCANNE, V. BOUETEL,
D. BAKHOS, S. PONDAVEN
Unité ORL et Chirurgie Cervico-Faciale Pédiatrique,
CHU Clocheville, TOURS.

Souvent banal et sans lendemain, le torticolis doit cependant faire rechercher une pathologie sous-jacente.

Le syndrome de Grisel, forme très fréquente de torticolis aigu fébrile de l'enfant, relève d'étiologies très diverses, les formes ORL étant au premier rang.

Symptôme aspécifique, le torticolis expose à de nombreuses erreurs impliquant un examen minutieux dans la crainte d'ignorer une pathologie grave.

Torticolis fébrile : le point de vue de l'ORL

Le torticolis est une contracture du cou entraînant une translation et une rotation de la tête, avec le menton dirigé du côté opposé à la lésion causale (*fig. 1*). Souvent banal et sans lendemain, le torticolis doit cependant faire rechercher une pathologie sous-jacente parmi plus de 80 étiologies recensées dans la littérature [1].

Au milieu des étiologies les plus fréquentes de torticolis aigu fébrile de l'enfant, le torticolis du syndrome de Grisel est fréquemment évoqué. Ce syndrome est lié à des étiologies très diverses avec chez l'enfant une prédominance des formes "ORL" (*tableau 1*) [2]. Cette diversité explique une prise en charge assez mal codifiée.



Fig. 1 : Torticolis chez un garçon de 6 ans qui a une suppuration péripharyngée (rétrostylienne).

Infection		58 %
Infection des VAS*	83 %	
Suppuration péripharyngée	11 %	
Otite moyenne	4 %	
Oreillons	2 %	
Postopératoire		31 %
Adéno-amygdalectomie	78 %	
Pharyngoplastie	15 %	
Tympanoplastie	2,5 %	
Otoplastie	2,5 %	
Pose d'ATT	2 %	
Autre (rare)		11 %
Idiopathique		
Instillation de collyre		

* VAS: voies aériennes supérieures

Tableau 1: Etiologies ORL du syndrome de Grisel (d'après [2]).

Le risque d'erreur diagnostique est alors grand, tant le torticolis est un symptôme aspécifique. L'examen de l'enfant aux urgences doit être guidé par la crainte d'ignorer une pathologie grave avec le risque d'en retarder le traitement. Parmi les spécialistes sollicités, l'ORL pourra apporter son expérience pour l'examen pharyngé et cervico-facial afin d'orienter au mieux la conduite du traitement.

■ LE TORTICOLIS DE GRISEL

Sa description initiale revient à Paul Grisel qui, en 1930, décrivait dans la Presse médicale l'observation d'une rhinopharyngite qui s'était compliquée chez deux enfants [3]. Le syndrome, qui porte son nom depuis, était alors décrit comme un "torticolis à début brusque, caractérisé cliniquement et radiologiquement par une énucléation de l'atlas en position de luxation-rotation due à une contracture inflammatoire des muscles prévertébraux, dont l'origine ne [pouvait] être qu'une infection spontanée ou postopératoire du nasopharynx ou de l'espace rétropharyngien".

Dans les deux observations rapportées, les enfants n'avaient été vus qu'au stade de torticolis chronique, 3 et 12 mois après l'épisode aigu initial. C'est pourtant ce risque évolutif qui paraît le plus spécifique du syndrome de Grisel, mais qui a disparu de nos préoccupations car il est très rare et donc moins connu.

Le syndrome de Grisel est donc l'association d'un torticolis et d'une rhinopharyngite. La notion souvent vague d'une subluxation C1-C2 permet d'expliquer son mécanisme de survenue. Dans la description princeps, c'est la subluxation atloïdo-axoïdienne qui est spécifique. Elle peut cliniquement être évoquée devant la latéralisation de l'épine de l'axis du côté de l'inclinaison (signe palpatoire de Sudeck) et le raccourcissement de l'espace antéro-postérieur de l'oropharynx au niveau de l'arche antérieure de l'atlas. La projection antérieure de l'atlas est palpable, entraînant une modification de résonance de la voix, et le tubercule antérieur est latéralisé. Les signes radiographiques (clichés simples de face et de profil) montrent le pincement d'un interligne et une rotation avec bascule vers l'avant de l'arche antérieure. Cette subluxation, origine ou conséquence du torticolis, peut à elle seule donner des complications osseuses, voire neurologiques.

1. – Physiopathologie

Le mécanisme causal le plus probable est la contracture musculaire au contact des foyers infectieux quels qu'ils soient: adénite, adénoïdite, infection mastoïdienne, cellulite d'origine dentaire, amygdalienne, etc.

Les causes musculaires semblent les plus fréquentes: myalgies virales, myosite du muscle sternocléidomastoïdien ou des muscles prévertébraux (long du cou et droits antérieurs) au contact d'une adénite, ou des muscles constricteurs du pharynx au cours d'une pharyngite.

D'autres mécanismes sont aussi évoqués, tels les microtraumatismes des articulations intervertébrales liés à la rotation cervicale forcée et prolongée lors de l'installation d'un enfant pour une intervention de chirurgie cervico-faciale.

2. – Le diagnostic positif

Le syndrome de Grisel ou torticolis nasopharyngien est révélé par un torticolis aigu fébrile, plus fréquent chez la fille et dans les premières années de vie. Il peut être observé en même temps ou quelques jours après une infection des voies aériennes supérieures. L'interrogatoire doit rechercher la date de début de l'infection pharyngée ou un antécédent très récent, car l'infection peut manquer lors de l'examen.

La douleur qui l'accompagne est aggravée par le mouvement, surtout lors des secousses et des mouvements brusques de la tête. Les mouvements de latéralité sont diminués, ce qui aide à la différenciation d'une raideur méningée. La palpation du

- ▶ Le torticolis de Grisel est un torticolis à début brusque, dû à une contracture inflammatoire des muscles prévertébraux, dont l'origine peut n'être qu'une infection spontanée ou postopératoire du nasopharynx ou de l'espace rétropharyngien.
- ▶ Le risque de luxation atloïdo-axoïdienne au cours d'une intervention chirurgicale ORL après une hyperextension cervicale forcée (endoscopies difficiles) ou de rotation cervicale (tympanoplastie) est favorisée par une hyperlaxité préexistante.
- ▶ Le torticolis mérite toujours une enquête étiologique, car la rhinopharyngite est si fréquente qu'elle peut accompagner un torticolis sans en être la cause.

cou est douloureuse. La fièvre est inconstante et d'intensité variable. Il n'y a, en règle, aucun antécédent traumatique ou neurologique. L'otalgie associée est souvent un bon reflet de l'inflammation rhinopharyngée.

L'examen du cou est essentiel. La palpation précise les contractures musculaires superficielles ou profondes : un torticolis sans contracture n'est pas d'origine ORL. Elle recherche des adénopathies inflammatoires (sensibilité, périadénite) sur l'axe jugulo-carotidien plutôt que postérieures. Le déplacement de l'épine de l'axis, du même côté que celui de la rotation de la tête, serait le signe le plus spécifique d'une subluxation atloïdo-axoïdienne.

L'examen oropharyngé recherche des signes d'infection pharyngée, des anomalies morphologiques latérales ou médianes (amygdales palatines, piliers, paroi pharyngée postérieure). La paroi pharyngée postérieure peut être projetée en avant, diminuant la dimension antéro-postérieure du rhinopharynx et entraînant une rhinolalie. La palpation pharyngée n'est pas très contributive et peut être très invasive chez un enfant déjà douloureux.

Au terme de cet examen clinique, deux situations sont distinguées : soit l'examen est strictement normal en dehors de la contracture, soit l'examen retrouve une rhinopharyngite.

>>> Si l'examen est normal, il s'agit d'un **torticolis a frigore**, car on suppose une contracture des muscles prévertébraux sans en reconnaître la cause. L'examen TDM, s'il était prescrit, montrerait probablement une subluxation atloïdo-axoïdienne. Cependant, cet examen est inutile à ce stade, car l'enfant n'inspire pas d'inquiétude. Il devra toujours être revu rapidement pour suivre l'évolution.

>>> Si l'examen met en évidence un foyer infectieux rhinopharyngé actuel ou récent, il s'agit d'un syndrome de Grisel, jusqu'à preuve du contraire. Dans ce cas aussi, il est inutile de

faire un TDM mais, de la même façon, l'enfant doit être revu précocement. Ainsi, ces deux diagnostics sont des diagnostics d'élimination, tenant compte du diagnostic différentiel que l'examineur doit garder à l'esprit.

3. – Le traitement du syndrome de Grisel

Le traitement est d'abord celui de la cause : rhinopharyngite ou inflammation postopératoire. Le traitement antalgique est essentiel : au repos au lit il faut associer des antalgiques de palier 2 (paracétamol et codéine) et une immobilisation cervicale par collier mousse. Les antibiotiques ne sont pas systématiques, bien que souvent prescrits. L'enfant doit être revu au troisième jour pour un nouvel examen qui s'assure qu'aucun autre symptôme, en particulier neurologique, n'est apparu. L'évolution normale est la guérison en une semaine. Si cette guérison n'est pas obtenue à ce terme ou proche de l'être, un TDM cervical doit être réalisé.

4. – Le torticolis d'origine "ORL"

A côté du syndrome de Grisel, les adénopathies (*fig. 2*) et les suppurations périamygdaliennes et péripharyngées (*fig. 3*)



Fig. 2 : Adénite cervicale gauche chez une fille de 7 ans qui a un torticolis fébrile.



Fig. 3 : Garçon de 9 ans traité par AINS depuis 72 heures pour un torticolis fébrile. Le TDM montre ici l'abcès rétropharyngé, latéral droit. L'artère carotide interne et la veine jugulaire interne sont refoulées mais restent perméables.

provoquent une inflammation, une irritation et un œdème des muscles profonds du cou (muscles longs et scalènes) et des muscles paravertébraux. Cela conduit à une hyperextension compensatoire du cou.

Le torticolis prédomine lors des formes rétrostyliennes et rétropharyngées (**tableau II**). Elles sont secondaires à une infection pharyngée ou dentaire, plus rarement à un traumatisme (corps étranger).

>>> Le **phlegmon périamygdalien**, la forme la plus fréquente, peut être associé à un torticolis. La fréquence de ce phlegmon est estimée à 30 cas pour 100 000 personnes par an. Complication de l'angine, il est surtout observé chez le grand enfant. L'infection franchit la capsule amygdalienne en créant un abcès de l'espace périamygdalien. La dysphagie est intense et s'aggrave vers une aphagie. La fièvre, la douleur et la limitation d'ouverture buccale associées contribuent à l'altération de l'état général. L'examen est difficile à cause du trismus. L'angine est responsable d'une inflammation du pharynx. Du côté du phlegmon, le voile est œdématisé. L'amygdale est déplacée, le plus souvent médialement et en avant, selon la localisation de l'abcès. La luette œdématisée est déviée du côté opposé. La distinction entre une cellulite et un

	Torticolis	Dysphagie	Trismus
Périamygdalien (91 cas)	2 %	82 %	65 %
Préstylien (15 cas)	40 %	67 %	67 %
Rétropharyngé (10 cas)	70 %	60 %	10 %
Rétrostylien (8 cas)	75 %	63 %	25 %

Tableau II : Signes cliniques observés selon la topographie du phlegmon (d'après [4]).

abcès est parfois difficile. Le trismus constitue néanmoins un signe clinique en faveur de l'abcès. Si l'imagerie peut affirmer cette collection, c'est en règle générale la ponction du phlegmon à l'aiguille qui confirme le diagnostic. Elle est faite au milieu de la voussure du voile et ramène du pus franc.

>>> Les **infections parapharyngées** sont plus rares que les précédentes. Le torticolis y est par contre plus fréquent [4].

La localisation de la suppuration par rapport au rideau stylien (RS) permet de distinguer le phlegmon préstylien (antérieur par rapport au RS) du phlegmon rétrostylien (postérieur par rapport au RS). C'est dans cette dernière localisation que le torticolis prédomine (**tableau II**). L'abcès est para-amygdalien. Un trismus modéré (parfois absent dans les abcès rétrostyliens) accompagne une tuméfaction pharyngée latérale et cervicale douloureuse bombant en arrière de l'angle mandibulaire. L'abcès se collecte en dehors du muscle constricteur du pharynx et refoule l'amygdale vers le bas, mais ce signe est parfois discret. Le voile n'est pas œdématisé.

L'examen endobuccal est donc souvent peu pathologique, et la voussure cervicale peut être très discrète dans certains abcès parapharyngés, soit parce qu'elle est masquée par le torticolis, soit en raison d'une localisation haute de l'abcès. C'est l'état général de l'enfant, la douleur cervicale, la dysphagie et (s'il existe) le trismus qui feront demander l'imagerie en urgence.

L'infection peut gagner les espaces cellulaires de voisinage. L'imagerie précoce permet d'en préciser l'extension. Le traitement antibiotique à large spectre peut suffire. Sinon, le drainage de l'abcès est effectué, par voie oropharyngée le plus souvent, plus rarement par voie externe (**fig. 4**).

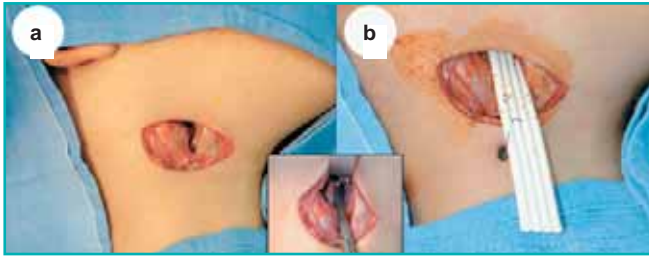


Fig. 4 : Drainage par voie externe, cervicale, d'un phlegmon rétrostylien droit chez un garçon de 9 ans. Voie d'abord avec une volumineuse adénopathie en arrière. En cartouche : dissection vers le haut, en dedans de l'artère (a) ; drain mis en place (b).

Les complications vasculonerveuses graves sont redoutées dans ces formes [5]. Elles sont liées au passage de l'artère carotide interne, de la veine jugulaire interne, des nerfs IX, X, XI et du sympathique cervical dans l'espace rétrostylien. Un syndrome de Claude Bernard-Horner (énophtalmie, pseudo-ptosis, myosis) doit faire redouter ces complications.

D'autres infections (comme la mastoïdite, qui est parfois responsable d'une diffusion de l'inflammation aux feuilletts aponevrotiques des muscles sternocléidomastoïdiens et digastriques) ou bien la malposition prolongée de la tête lors d'une intervention chirurgicale (extension ou rotation) peuvent aussi être à l'origine du torticolis. Il faut alors rappeler le risque de luxation vraie qui a été décrit après une hyperextension cervicale forcée au cours d'endoscopies difficiles et en cas d'hyperlaxité préexistante (trisomie 21). Pour Paul Grisel, le torticolis qui succède à une adénoïdectomie est un torticolis nasopharyngien avec les mêmes risques de complications.

■ LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le torticolis mérite toujours une enquête étiologique, car la rhinopharyngite est si fréquente qu'elle peut accompagner un torticolis sans en être la cause. Or certaines étiologies sont graves et n'autorisent aucun retard diagnostique. Chez l'enfant, l'âge, le contexte (fièvre ou apyrexie), les circonstances d'apparition (traumatisme, intoxication médicamenteuse), l'évolution (aiguë, spasmodique ou chronique) sont les éléments qui doivent être précisés, car ils permettent de guider l'examen clinique et paraclinique vers un diagnostic étiologique.

1. – Le torticolis d'origine neurologique

Le pseudo-torticolis des processus expansifs de la fosse postérieure donne un aspect guindé du port de tête lié à l'engagement des tonsilles cérébelleuses dans le foramen magnum. Il

ne doit pas être réduit, car cette manœuvre fait risquer un engagement aigu. Ce pseudo-torticolis est souvent précédé de signes d'hydrocéphalie sus-tentorielle secondaire au blocage des voies d'écoulement du liquide cérébro-spinal : céphalées, vomissements matinaux, vomissements incoercibles, ralentissement psychomoteur, modification du comportement, somnolence. Les tumeurs intra-médullaires cervicales s'accompagnent d'une atteinte des dernières paires crâniennes. Les malformations vertébrales ou de la charnière peuvent se manifester par un torticolis récidivant, sans contracture musculaire. Progressivement apparaissent les signes neurologiques, troubles moteurs ou sensitifs qui imposent une IRM.

2. – Le torticolis aigu fébrile non traumatique

Dans de rares cas, le torticolis est la manifestation d'une ostéoarthritis cervicale ou cervico-occipitale à germe banal. Elle peut être isolée ou associée à une lésion suppurée cervicale. La ponction et le drainage d'une éventuelle collection permettent le diagnostic étiologique de l'ostéite : bacille d'Eberth, brucelles, pasteurelles, mycobactéries atypiques. Le mal de Pott sous-occipital peut être évoqué devant des lésions osseuses radiologiques associées à un faisceau d'arguments en faveur d'une infection tuberculeuse.

3. – Le torticolis congénital

Il est par définition présent à la naissance, mais souvent diagnostiqué avec quelques semaines de retard. Il serait secondaire à une rétraction fibreuse évolutive d'un muscle sternocléidomastoïdien dans un contexte de disproportion materno-fœtale. Une tuméfaction telle une olive est palpable dans le muscle rétracté (fig. 5). Le crâne est asymétrique (pseudo-plagiocéphalie). L'examen clinique détermine le degré d'inclinaison et de rotation, ce qui per-



Fig. 5 : Torticolis congénital (en cartouche : tuméfaction dans le muscle SCM, dite "olive du sterno").

mettra d'évaluer les résultats de la prise en charge. Il convient d'éliminer un torticolis congénital malformatif (hémi-vertèbres, blocs congénitaux), parfois associé à une asymétrie des omoplates dans le cadre d'un syndrome de Sprengel. La recherche d'autres anomalies associées justifie un examen attentif (dysplasie congénitale de hanche, paralysie scapulo-humérale, fracture de la clavicule, céphalématome post-traumatique, sténose du pylore, hypospadias). L'évolution est en règle favorable, soit par l'auto-rééducation en adaptant l'environnement (stimulation visuelle du côté opposé au torticolis), soit grâce à la kinésithérapie, qui permettent d'éviter l'installation de séquelles liées à la rétraction du muscle sternocléidomastoïdien : plagiocéphalie, hypoplasie de l'hémiface. La ténotomie du sternocléidomastoïdien est rarement proposée, et seulement après l'âge de 18 mois en cas d'échec de la kinésithérapie.

4. – Le torticolis spasmodique aigu et les autres causes

Devant un torticolis spasmodique aigu et en l'absence d'orientation diagnostique, il convient d'évoquer une intoxication médicamenteuse. Une hyperkinésie peut survenir après la prise de neuroleptiques (phénothiazine), de métoclopramide ou de cisapride. L'arrêt de la prise du médicament incriminé, éventuellement associé à un traitement anticholinergique, entraîne la guérison.

Le syndrome de Sandifer, le plus souvent diagnostiqué chez les encéphalopathes, associe une posture anormale du cou, une hernie hiatale et un reflux gastro-œsophagien. Cette posture cervicale anormale est interprétée comme une attitude antalgique, pour diminuer la douleur due à l'œsophagite. Le traitement du reflux entraîne habituellement la résolution des symptômes. Les torticolis d'origine vestibulaire ou ophtalmologique ne sont pas douloureux. C'est dans ces étiologies que l'on rencontre plus fréquemment les torticolis récurrents, mais il est des formes de torticolis aigu récidivant pour lesquelles on ne trouve pas de cause : le TDM et l'IRM doivent être normaux pour qu'on puisse parler de torticolis infantile bénin paroxystique. Il peut exister des formes récidivantes dues à des anomalies de la charnière, où chaque infection rhinopharyngée déclenche un torticolis. ■

Bibliographie

1. LESCANNE E, GENDRE C, MAGDELAINE A *et al.* Le torticolis de Grisel existe-t-il ? *Med. Enfance*, 2003 ; 23 : 85-9.
2. KARKOS PD, BENTON J, LEONG SC *et al.* Grisel's syndrome in otolaryngology : a systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2007 ; 71 : 1 823-7.
3. GRISEL P. Enucléation de l'atlas et torticolis nasopharyngien. *Presse Médicale*, 1930 ; 38 : 50-3.
4. SKURNIK-LACHKAR I. Les suppurations périamygdaliennes et péripharyngées chez l'enfant et l'adulte. Thèse de Médecine (Tours), 2001.
5. DESFOUGERES JC, BIBAS D, GIRARD M *et al.* Erosion septique de l'artère carotide interne et phlégmon rétro-stylien : à propos d'un cas. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*, 1992 ; 109 : 369-72.