

Cervicalgies non traumatiques

Michael Nissen

Service de rhumatologie
Hôpital Beau-Séjour, HUG

European Spine Journal
<https://doi.org/10.1007/s00586-017-5432-9>

REVIEW

The Global Spine Care Initiative: a summary of the global burden of low back and neck pain studies

Eric L. Hurwitz¹ · Kristi Randhawa^{2,3} · Hainan Yu^{2,3} · Pierre Côté^{2,3} · Scott Haldeman^{4,5,6}

Received: 9 July 2017 / Accepted: 16 December 2017
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2018

Table 1 Global prevalence numbers and years lived with disability (YLDs) (in thousands) of low back pain (LBP) and neck pain (NP) of duration greater than 3 months in 2005 and 2015 and the percentage changes from 2005 to 2015 [3]

Condition	Parameter	2005	2015	% Change (95% UI)
LBP	Prevalence	460,164	539,907	17.3 (16.5–18.2)*
	YLDs	51,258.4	60,074.8	17.2 (16.4–18.1)*
NP	Prevalence	295,532	358,007	21.1 (19.0–23.3)*
	YLDs	28,815.4	34,866.7	21.0 (18.9–23.2)*
LBP and NP	Prevalence	691,398.3	820,689.8	18.7 (17.9–19.4)*
	YLDs	80,051.9	94,941.5	18.6 (17.6–19.6)*

UI uncertainty interval

* $P < 0.05$

Etiologies des cervicalgies (mécaniques)

- Axiale (musculo-squelettique):
 - Contracture musculaire (aigu-subaigu, cave peut-être 2°)
 - Troubles dégénératifs (disque, articulations; cave mauvaise corrélation radio-clinique)
 - DISH (Maladie de Forestier)
 - Myofasciale - FM (points trigger, contexte psychosocial)
- Neurologique
 - Myélopathie (CCE)
 - Radiculopathie, plexopathie, mononévrite
- Non axiale, référée
 - Défilé thoracique
 - Epaule
 - Viscérale (œsophage, apex des poumons)
 - Vasculaire/cardiovasculaire

Etiologies des cervicalgies (inflammatoires)

- Infection
 - Spondylodiscite
 - (Méningite - raideur de nuque)
- Inflammation
 - Microcristalline
 - Rhumatismes inflammatoires (PR, SpA)
 - (PMR)
- Néoplasie (primaire, secondaire)

« Red flags »

- EF, céphalées, troubles visuels
- Troubles neurologiques (paresthésies, déficits, troubles de l'équilibre, des sphincters, Lhermitte...)
- Cancer (symptômes B) ou ATCD de cancer
- Adénopathie cervicale
- Perte de poids inexplicée
- Persistance de douleurs la nuit
- Rhumatismes
- Immunosuppression
- Injection de drogue IV
- Trauma



Evaluation clinique

- **Observation** de la statique et de la posture
- **Palpation** du rachis et de la musculature
- **Mobilité/limitations** dans les différents axes
- **Examen neurologique:**
 - Force
 - Sensibilité
 - ROT
 - Recherche de signes pyramidaux
 - Manœuvres de provocation
- **Examen des épaules !**

Examens complémentaires

- Rx (face-profil +/- oblique, transbuccale, fonctionnelle)
 - >50 ans
 - Symptômes modérés à sévères > 6 semaines
 - Troubles neurologiques
 - Trauma
 - Risque d'infection ou de néoplasie
- Labo (CRP) – étiologie inflammatoire ?
- CT - si suspicion de fracture
- IRM - si recherche compression radiculaire, att. moelle, infection, inflammation, néo, lésion ligamentaire
- ENMG - en cas de troubles neuro périphériques, pour confirmer une atteinte radiculaire
- **Cave : à toujours corréler l'imagerie avec la clinique**

Monsieur 88 ans

- ATCD: cardiopathie ischémique, diabète
- Cervicalgies d'apparition brutale la nuit précédente
- EF 38°, mauvais état général, impotence fonctionnelle avec forte limitation cervicale, épanchement du genou G
- Syndrome inflammatoire (CRP 60) et leucocytose

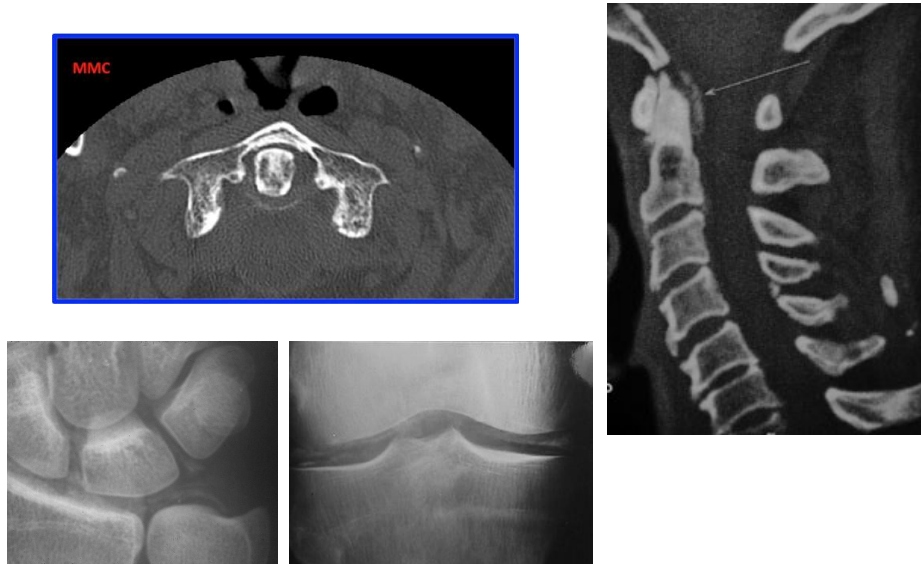
Monsieur 88 ans

- Ponction du genou G:
 - Liquide synovial inflammatoire avec 4,000 leuco, présence de cristaux
- Diagnostic?
- Faut-il pratiquer des examens complémentaires?
- Lesquels?

« Chondrocalcinose »

- La chondrocalcinose, dont la fréquence augmente avec l'âge, souvent idiopathique, peut être précipitée par des maladies métaboliques (hémochromatose, Wilson, hyperparathyroïdie, hypomagnésémie)
- Dépôts de CPPD dans des cartilages hyalins et ligaments (Rx genoux, poignets)
- DD dans cette localisation: spondylodiscite, PMR, méningite

« Dent couronnée »



Madame 48 ans

- Depuis plusieurs semaines, cervicalgies inflammatoires avec réveils en 2^{ème} partie de nuit et dérouillage matinal de 2 heures, raideur des mains
- Palpation et percussion du rachis sensible au niveau C2, mobilité conservée mais douloureuse en fin de course
- Anémie NN, pas de leucocytose, VS 30, CRP 45

Madame 48 ans

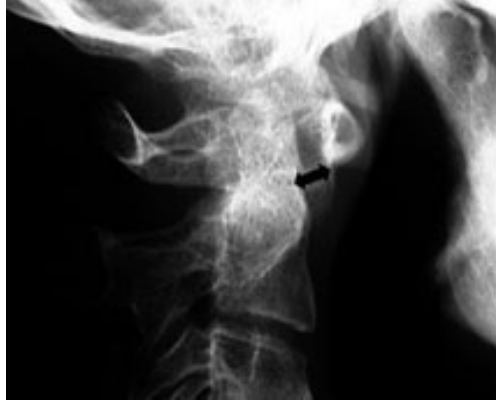
- Spondylodiscite
- Chondrocalcinose
- PMR
- Tumeur (chordome, chondroblastome...)
- Ostéome ostéoïde
- PR...

Madame 48 ans

- Examens complémentaires:
 - Labo: FR, anti-CCP
 - Rx: mains, pieds (recherche érosions)
 - US: poignets, mains, genoux (recherche synovites)



Luxation atlanto-axoïdienne



- Par destruction du ligament transverse de l'atlas, pannus synovial
- Plusieurs types de luxation possibles (ant, sup)

Aeschlimann AG, 2010, Forum Med Suisse

Luxation atlanto-axoïdienne

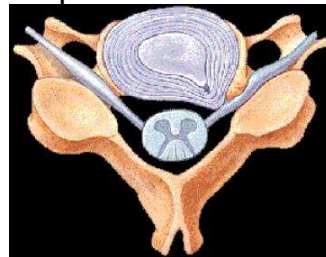
- « Fréquent » dans la PR, surtout PR séropositive et érosive
- Recommandations: Radio (dynamique) si dlrs cervicales, IRM si signes neurologiques ou si radio anormale (*Ann Rheum Dis 2013;72:804-814*)
- **Ne pas oublier**: Rechercher les signes de myélopathie :
 - paresthésies des extrémités
 - hyperréflexie /clonus
 - Babinsky
 - atteinte des nerfs crâniens
 - troubles sphinctériens

Monsieur 39 ans

- Douleur cervicale constante irradiant à l'épaule D apparue suite à des ex de musculation, ne répondant pas à une antalgie classique. Paresthésies des doigts 3 et 4
- Limitation amplitude avec DMS 4-18cm, rot sym env 70°, reproduisant les dlrs de l'épaule D, force triceps M4/5, réflexes sym peu vifs, test de Spurling nég
- Labo sp

Monsieur 39 ans

- Compression radiculaire C6, C7 ou C8?
- IRM: recherche de signe de compression
- ENMG: en cas de doute
- DD:
 - plexopathie (traumatique, par compression-étirement)
 - mononévrite multiplex



Monsieur 20 ans

- BSH, sportif
- A chuté au foot il y a deux mois et depuis persistance de douleurs au niveau des fesses et des cervicales, plus importantes le matin au réveil, avec dérouillage matinal de 60 min.
- Diminution de des amplitudes du rachis cervical, dlr à la palpation des épineuses au niveau cervical, dlr à la palpation des sacro-iliaques et signe de Faber+

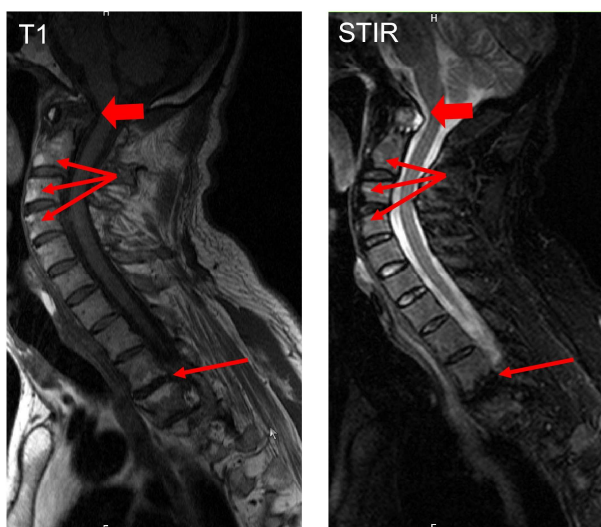
Spondylarthrite ankylosante

- Peut être déclenchée/démasquée par un trauma
- Rx bassin: irrégularités des berges sacro-iliaques
- Rx rachis: ossification de l'anneau fibreux et du lig. interapophysaire, mise au carré des vertèbres, éventuellement formation de syndesmophytes, enfin aspect de colonne bambou
- IRM: aspect inflammatoire des coins des vertèbres, sacro-iliite

Spondylarthrite ankylosante



Lésions Inflammatoires Actives et Chroniques dans la Spondylarthrite en IRM



Flèche épaisse :
spondylite postérieure de l'atlas d'un patient atteint de SA, en hyposignal T1 avant gadolinium et en hypersignal STIR

Flèches fines :
dégénérescence graisseuse en hypersignal T1 et hyposignal STIR

ASAS handbook, Ann Rheum Dis 2009; 68 (Suppl II) (avec autorisation)

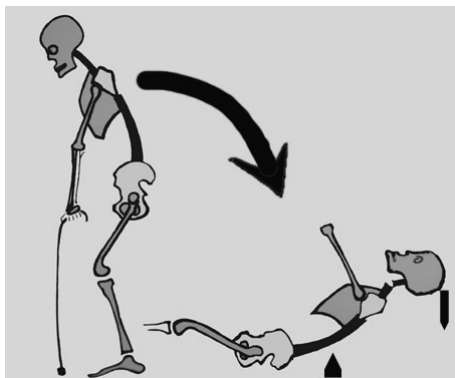


Spondylarthrite Ankylosante

- Fracture cervicale (souvent C5-C6)
- Augmentée chez les patients avec SA
- Même si maladie peu active
- Sans corrélation avec la densité osseuse
- Liens avec la durée de la maladie

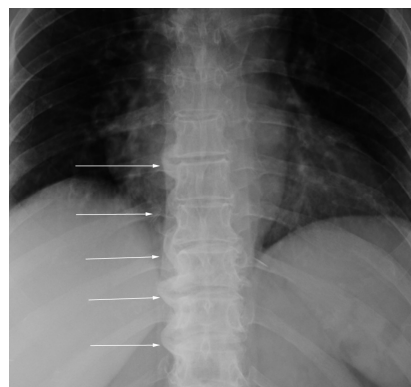
Rheumatology (2000) 39 (1): 85-89

Spondylarthrite ankylosante



« DISH »

Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis



DISH

- Définition: calcification du ligament longitudinal antérieur sur au moins 4 vertèbres contiguës, épargne souvent le côté G (car aorte)
- N'est pas une maladie inflammatoire, mais apposition osseuse aux sites sujets au stress tendons, ligaments
- > 50 ans, associée au diabète
- Rigidité >> douleurs
- Si atteinte rachis cervical, peut provoquer dysphagie
- Enthésopathies non érosives



SPECIAL SECTION: WORLD CONGRESS ON NECK PAIN

Findings From The Bone and Joint Decade 2000 to 2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders

*Scott Haldeman, DC, MD, PhD, FRCP(C), Linda Carroll, PhD, and J.
David Cassidy, DC, PhD, DrMedSc*

Journal of Occupational and Environmental Medicine,
Volume 52(4), April 2010, pp 424-427

Recherche des évidences

- Facteurs déterminants des cervicalgies dans:
 - la population générale
 - chez les travailleurs
 - après entorse cervicale (WAD)
- Evolution et pronostic dans ces 3 populations
- Evaluation-Diagnostic
- Interventions chirurgicales et non chirurgicales

WAD = whiplash-associated disorders (Coup de lapin)

Epidémiologie

- Prévalence des cervicalgies / an:
 - 30 à 50% (selon définition)
 - Pop. de travailleurs = pop. générale
 - 20 à 40% chez les adolescents
- Prévalence du handicap fonctionnel / an:
 - 2 à 11% pop. générale
 - 11 à 14% pop. de travailleurs

Facteurs de risque

- Non modifiables:
 - âge (moyen), sexe (féminin) **Arthrose n'est pas un FdR!**
- Modifiables:
 - troubles psychologiques, tabac, activité physique (protectrice).
 - Travail: répétitif et de précision, position sédentaire (debout/assis) prolongée, rachis cervical en flexion sur une période prolongée, mauvaise position du clavier (placé trop près du bord bureau), de la souris nécessitant une flexion des épaules >25°, fauteuils sans accoudoirs, mauvaise posture de la tête face à l'écran (inclinaison >3°), pression psychologique au travail, faible soutien des collègues, insécurité de l'emploi.

Traitements

- Cervicalgies sans radiculopathie :
 - Efficace : antalgie, exercices supervisés, mobilisation, manipulation, thermothérapie
 - Possible efficacité : acupuncture
 - Importance du traitement actif, **avec l'éducation mettant l'accent sur l'auto-gestion et le retour à un fonctionnement normal dès que possible.**
 - Aucune évidence en faveur de ttt invasif (ex. infiltration...)

Traitements

- Cervicalgies avec radiculopathie :
 - Possible amélioration à court terme des symptômes radiculaires par infiltration de stéroïdes par voie épidurale ou radiculaire (mais ne semble pas diminuer le taux de décompressions chirurgicales)
 - Effet plus rapide du traitement chirurgical sur la dlr (6 à 12 semaines après la chirurgie). Mais pas de preuve que les résultats à long terme soient améliorés par rapport aux mesures non opératoires.
 - Absence de preuves pour les injections de stéroïdes intra-articulaires ou neurotomie par radiofréquence.

Autres résultats

- Pas d'augmentation du risque d'AVC vertébrobasillaire par la chiropraxie
 - Parmi les ttt efficaces:
 - AINS standard
 - COX-2
 - Manipulation
 - Mobilisation et exercice
- } = En tenant compte
bénéfice / E2

Tableau 3. Niveau d'évidence de quelques méthodes thérapeutiques (d'après [5]).

Niveau d'évidence élevé
Traitement multimodal avec étirements, tonification musculaire, mobilisation, manipulations
Niveau d'évidence moyen
Gymnastique en groupe au lieu de travail
Entraînement proprioceptif
Programme d'exercices à domicile
Electrothérapie
Traitement au laser
Tractions cervicales
Acupuncture
Infiltrations épidurales (en cas de symptomatologie radiculaire)
Niveau d'évidence faible
Massages
Injections i.m. d'anesthésiques locaux

Gross AR 2007, J Rheum « *Conservative management of mechanical neck disorders: a systematic review* », dans Aeschlimann AG, 2010, Forum Med Suisse

Pronostic

- Persistance des douleurs > 50% des cas
- Facteurs de mauvais pronostic:
 - mauvaise santé psychologique, anxiété, mauvaise adaptation, conflits juridiques
- Lieu de travail non lié à la récupération
- L'intervention sur le lieu de travail ne semble pas modifier le pronostic

Nouveau modèle proposé

- Considération de la cervicalgies comme un événement épisodique avec récupération variable et rechutes
- Facteurs sociaux et contextuels à prendre en compte pour comprendre l'apparition et l'évolution selon une approche biopsychosociale
- Facteurs influencent l'apparition et l'évolution de la dlr:
 - Type de «soins»
 - Conséquences sur les situations de la vie tels que l'emploi, les responsabilités familiales, etc.
 - Possibilité de «réclamation» (bénéfice secondaire)
- Ces facteurs sont eux-mêmes en relation avec d'autres facteurs environnementaux et contextuels (démographiques, socio-économiques, socio-culturels, psychologiques...)

Nouvelle classification

Neck Pain Task Force

WAD (whiplash-associated disorders) / NAD (neck pain and its associated disorders)

Cervicalgie degré I

Aucune pathologie objectivable et peu de retentissement fonctionnel
Sentiment de raideur et douleur à la palpation, pas de signe objectif

Réassurance et contrôle de la douleur
Ne nécessite pas d'examen complémentaire

Cervicalgie degré II

Aucune pathologie objectivable, mais retentissement significatif
Diminution de la mobilité et douleur à la palpation
Contrôle de la douleur et prise en charge précoce visant à prévenir
l'invalidité à long terme

Nouvelle classification

Neck Pain Task Force

WAD (whiplash associated disorders) / NAD (neck pain and its associated disorders)

Cervicalgie degré III

Signes objectifs d'une compression radiculaire
Investigations complémentaires et traitement
approprié (évent. infiltration vs chirurgie)

Cervicalgie degré IV

WAD (fracture/dislocation)
NAD (tumeur, infection, maladie systémique)
Investigations complémentaires et traitement rapide

Conclusions

- Fréquentes
- Dans toutes les populations et tous les groupes d'âge
- Etiologie multifactorielle
- Liens de causalité complexes
- En absence de « red flags », l'imagerie n'est pas nécessaire
- Pas de traitement spécifique, mais mettant l'accent sur l'activité et le retour à un fonctionnement normal sont plus efficaces que ceux qui n'ont pas un tel objectif
- La récupération est souvent incomplète et similaire entre les différentes populations
- Une meilleure évaluation des facteurs de risque pourrait permettre une meilleure prévention de la chronicisation

Merci de votre attention!



"That pain-in-the-neck's
out here, doctor."