

Cervicalgies non traumatiques

Paola Chevallier-Ruggeri
Service de rhumatologie
HUG

Monsieur J.M. 88 ans

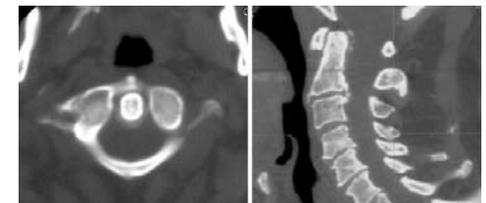
- ATCD: cardiopathie ischémique, diabète
- Cervicalgies d'apparition brutale la nuit précédente
- EF 38°, mauvais état général, impotence fonctionnelle avec forte limitation cervicale, épanchement du genou G
- Syndrome inflammatoire avec leucocytose et CRP 60

Monsieur J.M. 88 ans

- Ponction du genou G:
 - Liquide synovial inflammatoire avec 4000 leuco, présence de cristaux de pyrophosphate de calcium
- Faut-il pratiquer des examens complémentaires? Lesquels?

Dent couronnée

- 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 cartilages hyalins et ligaments (Rx genoux, poignets)
- DD dans cette localisation: spondylodiscite, PMR, méningite



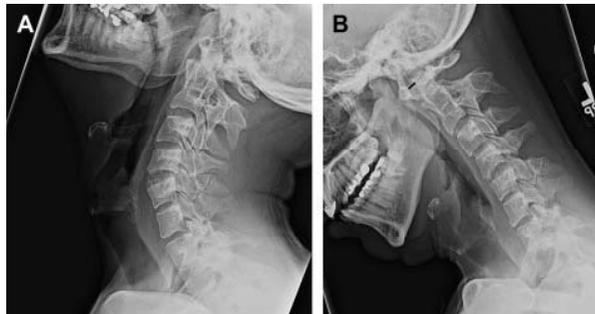
Madame M.B. 32 ans

- Depuis 2 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 M.B. 32 ans

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

Luxation atlanto-axoïdienne



J Am Acad Orthop Surg November 2005 vol. 13 no. 7 463-474

- Par destruction du ligament transverse de l'atlas, pannus synovial
- Plusieurs formes de luxation possibles

Luxation atlanto-axoïdienne

- Fréquent ds la PR, surtout érosive
- Recommandations: Rx si dlrs cervicales, IRM si signes neurologiques ou si Rx + (*Ann Rheum Dis 2013;72:804-814*)
- Rechercher les signes de myélopathie (paresthésies des extrémités, hyperréflexie /clonus des MI, Babinsky, atteinte des nerfs crâniens, tr urinaires)

Monsieur D.V. 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 D.V. 39 ans

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

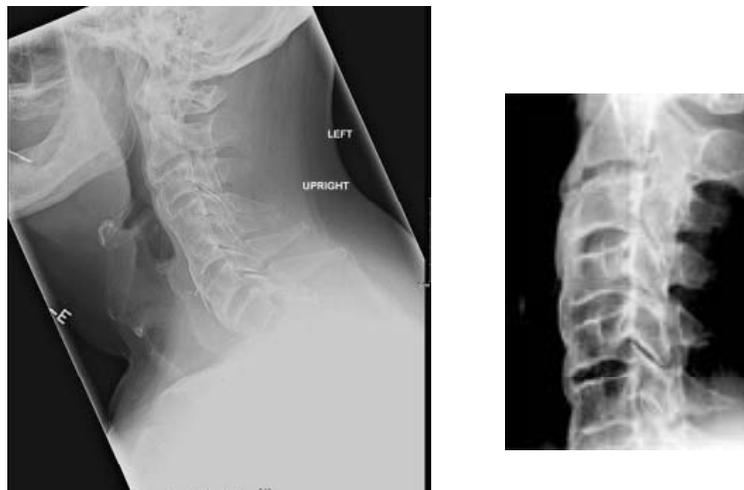
Monsieur R.J. 20 ans

- 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 30 min.
- Diminution 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

- Rx bassin: recherche d'irrégularité des berges sacro-iliaques
- Rx rachis: mise au carré des vertèbres, éventuellement formation de syndesmophytes, ossification lig interapophysaire, colonne bambou
- La prévalence de fracture (C5-C6) est augmentée chez les patients avec SA, même peu active et sans corrélation avec la densité osseuse, mais en fct de la durée de la maladie.

DISH



DISH

- Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis, maladie de Forestier
- N'est pas une maladie inflammatoire, mais apposition osseuse dans sites sujet au stress tendons, ligaments
- Associée au diabète
- Rigidité, habituellement peu de dlrs
- Si atteinte rachis cervical, peut provoquer dysphagie
- Enthésopathies non érosives
- Calcification du ligament longitudinal antérieur sur au moins 4 vertèbres contiguës

JOEM • Volume 52, Number 4, April 2010

The Bone and Joint Decade Findings

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 et après entorse cervicale (WAD)
- Evolution et pronostic dans ces 3 populations
- Evaluation
- Interventions chirurgicales et non chirurgicales

Travaux originaux

- Risque d'AVC dans territoire vertébrobasillaire après manipulation
- Analyse décisionnelle pour identifier les meilleurs ttt non chirurgicaux
- Absentéisme lié aux cervicalgies chez les travailleurs
- Développement de recommandations qui résumant le tout

Epidémiologie

- Prévalence des cervicalgies/1 an:
 - 30 à 50%, pop de travailleurs = pop générale
- Prévalence du handicap fonctionnel/1 an:
 - 2 à 11% pop gén
 - 11 à 14% pop trav.

Facteurs de risque

- Non modifiables:
 - âge moyen, sexe féminin
 - **l'arthrose n'est pas un FR**
- 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.

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.
- Sport ou exercice physique probablement bénéfique.

Diagnostic

- Anamnèse:
 - (red flags extrapolés de ceux connus pour les lombalgies): Tumeur? Infection? Maladie systémique? Maladie pouvant conduire à une fragilité osseuse?
 - Handicap fonctionnel (auto-questionnaires)? Comme aide à la prise en charge au long cours

Echelle d'évaluation algofonctionnelle (Version française du Neck Disability Index)

- 1 intensité des douleurs cervicales
- 2 soins personnels (se laver, s'habiller etc.)
- 3 soulever des charges
- 4 lecture
- 5 maux de tête
- 6 concentration
- 7 travail (professionnel ou personnel)
- 8 conduite
- 9 sommeil (avec ou sans prise médicamenteuse)
- 10 loisirs (cuisine, sports, activités manuelles ...)

Vernon H, Mior S. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity.
J Manipulative Physiol Ther 1991;14:409-15

Diagnostic

- Examen clinique:
 - Limitation articulaire?
 - Contracture musculaire?
 - Atteinte neurologique (radiculaire, médullaire)?
- Imagerie et ENMG
 - Si examen en faveur d'une atteinte neuro

Traitements

- Cervicalgies sans radiculopathie:
 - Effet +: antalgie, exercices supervisés, mobilisation, manipulation
 - Effet +/-: acupuncture
 - Importance du traitement actif, **avec l'éducation mettant l'accent sur l'autogestion et le retour à un fonctionnement normal dès que possible.**
 - Aucune évidence en faveur de ttt invasif (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 + 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: Pas de supériorité entre AINS standard, Cox-2, manipulation, mobilisation et exercice (en tenant compte bénéf/effet 2°)

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 le 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 chir)

Cervicalgie degré IV

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

Conclusions

- Cervicalgie dans toutes les populations et tous les groupes d'âge.
- Etiologie multifactorielle et liens de causalité complexes
- La récupération est souvent incomplète et similaire entre les différentes populations.
- En absence de red flags, l'imagerie de routine n'est pas nécessaire.
- Pas de traitement spécifique (nécessité d'étude randomisées contrôlées), mais ceux 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.
- Une meilleure évaluation des facteurs de risque pourrait permettre une meilleure prévention de la chronicisation