

Cervicalgies non traumatiques

Michael Nissen
Service de rhumatologie
Hôpital Beau-Séjour, HUG

Etiologies des cervicalgies (inflammatoires)

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

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
 - Manceuvres de provocation
- Examen des épaules

Etiologies des cervicalgies (mécaniques)

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

« 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 inexplicquée
- Persistance de douleurs la nuit
- Rhumatismes
- Immunosuppression
- Injection de drogue IV
- Trauma



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 (VS, CRP) – si possible 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 tjs 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

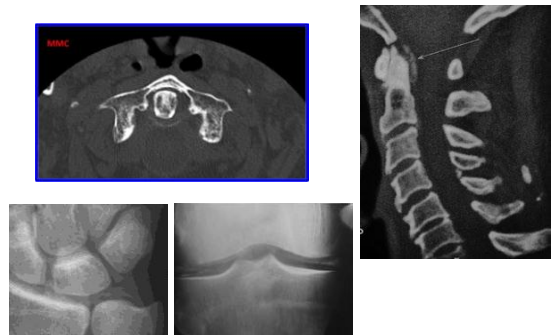
« Chondrocalcinose »

- 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

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?

« 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)
 - Év. US: poignets mains genoux coudes...(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 érosive
- Recommandations: Rx (dynamique) si dlrs cervicales, IRM si signes neurologiques ou si Rx 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

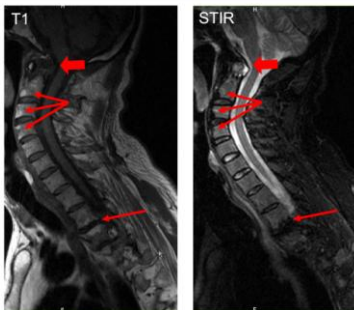
- Peut être déclenchée/démasquée par un trauma
- Rx bassin: irrégularités des berges sacro-iliaques
- Rx rachis: ossification de l'anneau fibreux et du lig. interapophysaire, mise au carré des vertèbres, éventuellement formation de syndesmophytes, enfin aspect de colonne bambou
- IRM: aspect inflammatoire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

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

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 hypersignal T1 avant gadolinium et en hypersignal STIR.

Flèches fines :
dégénérescence graisseuse en hypersignal T1 et hypersignal STIR



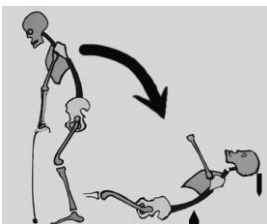
ASAS handbook, Ann Rheum Dis 2009; 68 (Suppl II) (avec autorisation)

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, habituellement peu de dlrs
- 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 et après entorse cervicale (WAD)
- Evolution et pronostic dans ces 3 pop
- 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 enfants et 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
 - Possible efficacité : 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 (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 + 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
- Sport ou exercice physique prob. bénéfique

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)

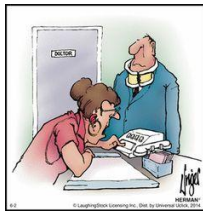
NAD (tumeur, infection, maladie systémique)

Investigations complémentaires et traitement rapide

Conclusions des cervicalgies

- 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."