

## ETUDE ANATOMOCLINIQUE DE L'ARTHROSE CERVICALE

Le rachis cervical est très fréquemment le siège d'une arthrose dont l'expression clinique et la gravité sont variables.

### ANATOMOPATHOLOGIE

#### 1°- ARTHROSE ANTERIEURE

Il s'agit d'une discopathie dégénérative frappant de préférence C4-C5, C5-C6 ou C6-C7, alors que l'atteinte atloïdo-axoïdienne est exceptionnelle. On retrouve les éléments habituels de l'arthrose avec déshydratation du disque, fissure et fragmentation du nucleus, tassement de disque avec fissuration de l'anneau fibreux, source de laxité. L'évolution de la discopathie s'arrête lorsque les ostéophytes forment des ponts qui immobilisent le disque.

#### 2°- ARTHROSE POSTERIEURE

L'arthrose des articulations inter-apophysaires postérieures peut être isolée (hyperlordose cervicale), mais le plus souvent associée à l'arthrose antérieure.

#### 3°- COMPRESSION DES ELEMENTS VASCULO-NERVEUX

Mécanismes : par une hernie discale, par un ostéophyte, par une dislocation vertébrale ou par inflammation (rôle des micro-traumatismes).

La compression porte plus souvent sur une racine avec intrication possible des quatre facteurs ci-dessus, rarement sur la moelle (compression directe par la discarthrose et l'arthrose postérieure). Il peut y avoir compression de l'artère vertébrale et du plexus sympathique de C1 à C6 du fait de l'ostéophytose des articulations intervertébrales postérieures.

### ETIOLOGIE

Une cervicarthrose, symptomatique ou non, est retrouvée sur 50 % des radiographies chez l'adulte de plus de 40 ans, 90 % après 80 ans.

Rôle des facteurs mécaniques, statiques et dynamiques, des traumatismes (accident de circulation avec coup du lapin, ou micro-traumatismes répétés).

### SIGNES CLINIQUES

**Signes fonctionnels :** la cervicarthrose est souvent asymptomatique. Les formes chroniques sont caractérisées par une douleur de siège postérieur, pouvant irradier entre les omoplates et dans les épaules vers l'occiput, augmentée par les mouvements, la pression des gouttières postérieures, les

efforts, avec souvent raideur matinale prolongée. La cervicalgie aiguë ("torticolis ") peut être très intense, souvent sans facteur déclenchant.

**Signes d'examen :** dans la forme aiguë il existe une raideur complète du rachis cervical dans toutes les directions associée à une contracture des muscles postérieurs. Dans les formes chroniques, il existe une douleur déclenchée par l'inflexion latérale ou la rotation ample, une certaine raideur dans ces mouvements alors que la flexion-extension est conservée. L'examen neurologique est normal.

### Signes radiologiques :

Une radiographie normale n'exclue pas le diagnostic de cervicarthrose débutante

Il peut exister une simple dysharmonie de courbure

Le plus souvent il existe des signes d'arthrose antérieurs et/ou postérieurs avec les éléments classiques de l'arthrose (pincement discal, ostéophytose, ostéocondensation sous chondrale). Les lésions prédominent de C5 à C7.

**Les examens biologiques sont normaux**

### L'EVOLUTION

Elle est bénigne le plus souvent, marquée par des poussées douloureuses avec des complications de fréquence et de gravité variables :

#### 1°- La névralgie cervico-brachiale

C'est la plus fréquente des complications de la cervicarthrose. C'est une radiculalgie provoquée par l'inflammation d'une racine, entraînée par la discopathie arthrosique et/ou l'arthrose postérieure. C'est le résultat d'un conflit disco-radiculaire, mais l'élément mécanique est moins important que dans la névralgie sciatique. Il n'y a pas de contact direct avec le disque mais plutôt avec l'uncus (ostéophyte).

**la douleur :** elle est d'intensité variable, calmée par certains mouvements (mains sur la tête) aggravée par les efforts, les micro-traumatismes, la toux, et le décubitus. **FRÉQUENCE DE LA DOULEUR NOCTURNE.** La topographie douloureuse est unilatérale, à point de départ cervical et variable en fonction de la racine atteinte. La douleur en rapport avec une atteinte de C5 s'arrête au bras, l'atteinte de C6 irradie le long du bord radial de l'avant-bras jusqu'au pouce, l'atteinte de C7 (la plus fréquente) irradie à la face postérieure du bras et de l'avant-bras jusqu'aux doigts 2 à 4, l'atteinte de C8 irradie au bord cubital du bras et de l'avant-bras jusqu'à l'auriculaire. Il peut exister une irradiation dans le thorax, notamment inter-scapulaire ainsi que vers le crâne (occiput).

**L'examen clinique** : il est le plus souvent pauvre, on recherchera une raideur cervicale, une douleur à la palpation des gouttières cervicales. L'examen neurologique est normal, mais une hyporéflexie est possible.

**Les radiographies** : elles montreront le plus souvent une discopathie cervicale associée à une dysharmonie de courbure et parfois un rétrécissement du trou de conjugaison sur les clichés de 3/4, en regard de la racine cliniquement atteinte. En cas de doute diagnostique ou d'évolution prolongée, le scanner ou l'IRM permettront de préciser les lésions anatomiques.

**l'évolution est bénigne**, avec guérison habituelle en 4 à 8 semaines. Les récurrences sont rares. Les complications sont rares (algodystrophie des membres supérieurs, névralgie cervico-brachiale paralysante exceptionnelle).

### 2°- L'insuffisance vertébro-basilaire

Elle se traduit par des symptômes cochléo-vestibulaires (vertiges, ataxie, hypoacousie, nystagmus), par une atteinte visuelle (scotome, cécité transitoire, hémianopsie latérale homonyme par ischémie calcarine), éventuellement par une hémiparésie, des drop attacks, une dysarthrie ou une atteinte des nerfs crâniens.

La symptomatologie ne peut être rattachée à la cervicarthrose que si elle est déclenchée électivement par des positions anormales de la tête, et si l'artériographie (ou l'angiographie digitalisée) démontre le rôle du blocage artériel en regard de l'ostéophytose. Il s'agit en fait le plus souvent de lésions mixtes, associant une thrombose artérielle.

### 3°- Compression médullaire : myélopathie cervicale

Lorsqu'il existe un canal rachidien cervical congénitalement un peu étroit, une cervicarthrose exubérante peut aboutir à une compression progressive de la moelle, avec un tableau clinique assez typique :

- \* **syndrome radiculaire** : douleurs, amyotrophie.
- \* **syndrome médullaire** : tétraplégie spasmodique associée à des troubles de la sensibilité des membres inférieurs et du tronc, parfois paraplégie spasmodique isolée, parfois enfin tableau de pseudo SLA, de pseudo SEP, ou de pseudo Biermer.

Le diagnostic doit être évoqué devant l'évolution particulièrement lente, devant certaines nuances sémiologiques, l'atteinte plus motrice que sensitive, et bien sûr la mise en évidence d'une cervicarthrose avec canal franchement rétréci au scanner. L'IRM est déterminante.

L'acroparesthésie nocturne qui avait été initialement attribuée à une atteinte polyradiculaire est en fait actuellement rattachée au syndrome du canal carpien.

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

**1° - Le diagnostic de cervicarthrose ne doit pas être un diagnostic de facilité** et en particulier il ne faut pas attribuer systématiquement des cervicalgies ou des douleurs du membre supérieur à une arthrose cervicale radiologique compte tenu de la fréquence des signes radiologiques. En fonction de l'irradiation douloureuse, ce pourra être le diagnostic différentiel d'une migraine, d'une névralgie d'Arnold, d'une scapulalgie ou d'une dorsalgie.

**2° - En cas de cervicalgie antérieure** : éliminer les lésions inflammatoires ou tumorales du naso-pharynx, des ganglions du cou, du corps thyroïde.

**3° - En cas de traumatisme**, rechercher une fracture parfois difficile à localiser, une luxation vraie (des articulations inter apophysaires postérieures) une entorse cervicale.

**4° - Les tumeurs** représentent un diagnostic différentiel important. Cliniquement les douleurs sont souvent vives, associées à une baisse de l'état général, et à une élévation de la vitesse de sédimentation. Il peut s'agir de tumeurs osseuses bénignes (ostéome ostéoïde avec géode et nidus, granulome éosinophile avec vertebra plana) ou d'une tumeur maligne (le plus souvent myélome ou métastases osseuses : corps vertébral écrasé, atteinte de l'arc postérieur avec vertèbre borgne). Il peut s'agir d'une tumeur nerveuse bénigne ou maligne : méningiome et neurinome, lequel s'accompagne d'une névralgie cervico-brachiale, et d'un élargissement du trou de conjugaison. Enfin, une tumeur de la fosse cérébrale postérieure peut se traduire par des céphalées postérieures avec des troubles neurologiques équivoques. Le fond d'oeil, le scanner et l'IRM permettront le diagnostic.

**5° - Les arthrites** peuvent revêtir le masque d'une cervicarthrose :

- \* Soit arthrites infectieuses : mal de Pott avec ses critères diagnostiques (géode radiologique, abcès para-vertébral, cutiphlycténulaire), spondylite méritococcique dont les signes radiographiques sont retardés ou d'une autre origine. Le syndrome de Griesel (spondylodiscite après angine ou infection du nasopharynx chez l'enfant) est une entité discutée.

- \* Arthrites rhumatismales: la polyarthrite rhumatoïde donne une atteinte surtout postérieure ; se méfier d'une luxation atlas axis décelée par un cliché de la colonne cervicale de profil en flexion. Il peut s'agir aussi d'une spondylarthropathie type S1.

- \* La pseudo-polyarthrite rhizomélisque et la maladie de Horton seront reconnues par les signes cliniques associés et le syndrome inflammatoire biologique franc.

### TRAITEMENT

Le traitement des cervicalgies aiguës et chroniques de la cervicarthrose fait appel au repos, aux massages, aux antalgiques, aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, à l'utilisation d'oreiller anatomique. Les manipulations cervicales DOIVENT ETRE PRUDENTES

La névralgie cervico-brachiale : dans les formes moyennes c'est le traitement symptomatique avec repos, antalgiques, AINS, tractions sur table de vertébrothérapie, radiothérapie à doses anti-inflammatoires. Dans les formes hyperalgiques les opiacés et les corticothérapies peuvent être justifiés. L'indication chirurgicale avec élargissement des trous de conjugaison est exceptionnelle.

L'insuffisance vertébro-basilaire liée à une cervicarthrose fait appel aux vasodilatateurs, aux sympathico-lytiques, aux sédatifs, voire à la radiothérapie anti-inflammatoire. **Les tractions et manipulations sont formellement déconseillées.**

La myélopathie cervicale justifie une laminectomie étendue.