

La Colonne Cervicale dans la Polyarthrite Rhumatoïde

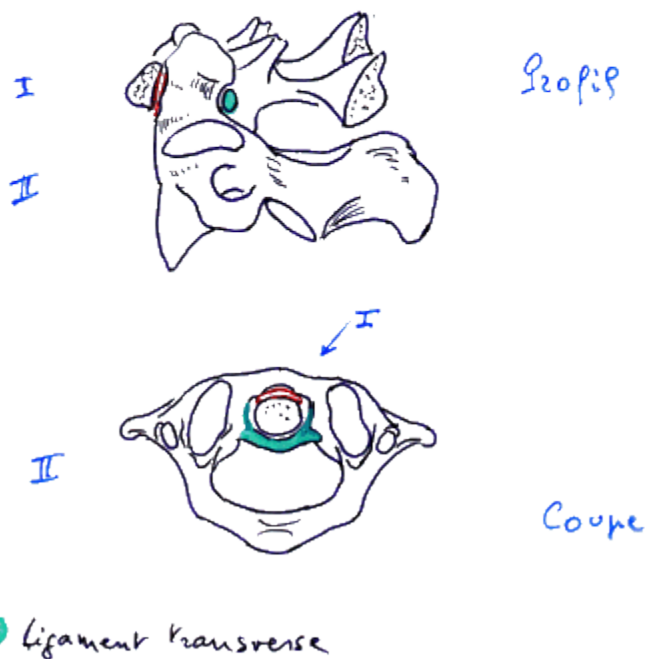
Résumé conférence du Prof. Yves Saudan du 20 juin 2001

Dans le cadre des grands rhumatismes inflammatoires, il est coutumier d'opposer la **spondylarthrite ankylosante** (maladie de Bechterew), qui atteint la colonne vertébrale, et la **polyarthrite**, qui concerne les articulations périphériques. Mais cette vue est trop simpliste, car les patients atteints de spondylarthrite peuvent également présenter des arthrites des grosses articulations, et les polyarthrites une atteinte vertébrale, plus précisément une atteinte de la **colonne cervicale**.

Pour comprendre la gravité de cette participation cervicale, il est nécessaire de préciser quelques **notions anatomiques**

- Les mouvements de rotation de la tête se passent essentiellement au niveau de l'articulation entre l'atlas (première vertèbre cervicale ou C1) et l'axis (deuxième vertèbre cervicale ou C2) (voir fig.)

Anatomie normale

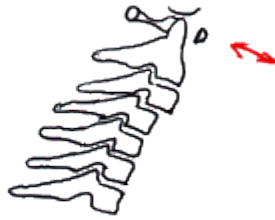


- L'atlas possède une apophyse odontoïde, sorte de pivot autour duquel tourne l'atlas, qui lui-même supporte le poids du crâne
- Le contact entre l'arc antérieur de l'atlas et l'apophyse odontoïde de l'axis est assuré par un ligament transverse qui « embrase » en quelque sorte ce pivot
- Le glissement entre ces deux formations osseuses est rendu possible grâce à une articulation qui va être malheureusement le point d'attaque principal de la maladie rhumatoïde. Accessoirement, la maladie peut intéresser les articulations entre les vertèbres cervicales inférieures, par exemple entre C4 et C5, surtout les articulations postérieures, c'est-à-dire entre les facettes articulaires postérieures de ces vertèbres.

Quelles sont maintenant les **conséquences anatomiques** de la maladie ? L'atteinte atlas-axis se traduit par un relâchement plus ou moins important du ligament transverse, avec **subluxation antéro-postérieure atlas-axis** (voir fig.)

Trois types de lésions → subluxations

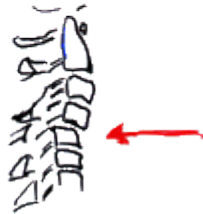
① subluxation atlas-axis



② subluxation verticale



③ subluxation sous-axiale



Lorsque l'atteinte est sévère, avec destruction des structures ligamentaires et érosions osseuses, on assiste également à une **subluxation verticale** : l'apophyse odontoïde « monte » par rapport à l'atlas et a tendance à s'enfoncer dans la direction du trou occipital (large orifice de la base du crâne par lequel passent les structures nerveuses) : nous parlons alors de **subluxation verticale**.

L'atteinte inférieure, concernant les articulations postérieures, permet une bascule d'un corps vertébral sur l'autre : nous parlons alors de **subluxation sous-axiale**.

Dans un cas comme dans l'autre, il existe une **menace pour les structures nerveuses** qui voient leur place dans le canal rachidien restreinte par l'une ou l'autre de ces subluxations. A noter que les techniques modernes d'imagerie permettent de préciser ces subluxations et de chiffrer leur gravité.

Quelles sont maintenant les manifestations cliniques ?

- Il s'agit évidemment de **douleurs** surtout aux mouvements, donc d'une limitation douloureuse de la mobilité cervicale
- Dans une minorité de cas, ceux où il y a un conflit entre les structures osseuses subluxées et les structures nerveuses contenues dans le canal rachidien, on observera des **signes neurologiques** sous la forme de **paresthésies** (troubles de la sensibilité, par exemple fourmillements des extrémités, pouvant être éventuellement provoquées par la flexion de la nuque qui rétrécit le canal rachidien) ou même sous forme de **parésies** (c'est-à-dire de faiblesse musculaire, également au niveau des extrémités). Ces **symptômes d'alerte** doivent être considérés avec le plus grand sérieux.

Quelle est la fréquence de cette atteinte cervicale ?

Des études statistiques récentes (2000) démontrent que, si les douleurs cervicales sont communes pratiquement à tous les cas de polyarthrite sévère, la subluxation atlas-axis n'est démontrée « que » dans environ 30 % des polyarthrites peu érosives, 60 % des polyarthrites moyennement érosives et 85 % des polyarthrites mutilantes.

Les subluxations verticales et sous-axiales sont nettement moins fréquentes. Dans les mêmes statistiques, on trouve qu'il n'y a pas eu de décision opératoire, donc pas de trouble neurologique menaçant dans les polyarthrites peu érosives, contre 10 % d'intervention chirurgicale dans les cas de polyarthrite moyennement érosives et mutilantes.

Il faut noter que l'arthrite chronique à début juvénile présente une participation cervicale fréquente (40 % de lésions radiologiques après 10 ans d'évolution si la polyarthrite a débuté avant l'âge de 7 ans). Mais il s'agit surtout d'une fusion des apophyses articulaires C2-C3 et de blocs postérieurs au niveau de la colonne cervicale moyenne et basse, ce qui ne fait pas courir les mêmes risques neurologiques.

Quelle attitude adopter vis-à-vis de cette atteinte cervicale ?

- D'abord savoir qu'elle existe ! et qu'elle représente un danger potentiel notamment lors des manœuvres d'hyperextension-hyperflexion : manipulations nécessitées par l'intubation lors d'anesthésie générale, manipulations intempestives dans l'idée de traiter un « torticolis », ou plus simplement « coup du lapin » lors d'une collision.
- En cas de cervicalgies rebelles chez une polyarthrite à caractère érosif (érosions démontrées aux articulations périphériques), il importe de rechercher radiologiquement cette atteinte cervicale, spécialement avant une anesthésie générale.
- Accorder la plus grande importance aux troubles neurologiques signalés. Si ces troubles neurologiques coïncident avec une subluxation démontrée, il faut requérir rapidement l'avis d'un centre chirurgical spécialisé.

Quelles sont les possibilités thérapeutiques ?

- Le port d'une collerette, ou d'un collier plus rigide (selon la gravité) permet d'éviter les mouvements forcés de flexion. Cette orthèse est spécialement recommandée lors de transport en voiture.
- L'indication chirurgicale est posée :
 - S'il existe des troubles neurologiques en plus de la subluxation radiologiquement démontrée
 - Si l'instabilité radiologiquement démontrée est importante ou si elle s'aggrave avec le temps.

La technique chirurgicale, difficile, est maîtrisée dans certains centres spécialisés. Nous la classons de la plus simple à la plus complexe :

- Fixation postérieure atlas-axis pour la simple subluxation antéro-postérieure
- Fixation occipito-cervicale en cas de subluxation antéro-postérieure et verticale
- Fixation entre les corps vertébraux en cas de dislocation basse
- Décompression, c'est-à-dire élargissement du canal rachidien en cas de compression démontrée de la moelle.

Ces interventions apportent un soulagement significatif des douleurs dans 72 à 91 % des cas suivant les statistiques, alors que l'amélioration neurologique n'atteint pas un pourcentage aussi favorable. Il est donc souhaitable d'envisager l'intervention **avant l'installation de troubles neurologiques irréversibles.**