



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Article original

Présentation clinique des sublaxations atloïdo-axoïdienne antérieure et verticale[☆]

Erja M. Lehto^{a,b}, Sirkka Heikkilä^a, Hannu Kautiainen^{a,c,d}, Markku J. Kauppi^{a,*,b}

^a Rheumatism Foundation Hospital, 18120 Heinola, Finlande

^b Service de médecine musculo-squelettique, université de Tampere, Tampere, Finlande

^c Orton, service de rééducation, Helsinki, Finlande

^d Unit of Family Practice, Central Finland Central Hospital, Jyväskylä, Finlande

INFORMATION

Historique de l'article :

Accepté le 21 septembre 2009

Disponible sur Internet le 27 janvier 2010

Mots clés :

Polyarthrite rhumatoïde

Rachis cervical

Subluxation atloïdo-axoïdienne

Subluxation atloïdo-axoïdienne verticale

(ou impression basilaire)

Tableau clinique

RÉSUMÉ

Objectifs. – L'objectif de cette étude était d'étudier le tableau clinique des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde avec sublaxation atloïdo-axoïdienne antérieure (SAAa), sublaxation atloïdo-axoïdienne verticale (SAAv ou impression basilaire), ou leur association.

Méthodes. – Cent cinquante-six patients ont été étudiés. La SAAa était diagnostiquée sur des radiographies standard de profil du rachis cervical en flexion. La SAAv était recherchée radiographiquement par la méthode de Sakaguchi-Kauppi. L'amplitude de la mobilité cervicale était mesurée et la capacité fonctionnelle du patient évaluée. Les données cliniques des patients provenaient de leurs dossiers médicaux.

Résultats. – Cent trente-huit (88 %) patients avaient une SAAa et 69 (44 %) une SAAv. Quarante patients (48 %) avaient une SAAa sévère combinée à une SAAv, tandis que 11 (21 %) patients avec une SAAa légère ou modérée avaient une SAAv associée. L'amplitude de la mobilité cervicale (ROM) était réduite chez les patients avec SAAv, par comparaison avec les patients avec SAAa seule. La rotation ($p < 0,001$) et la flexion latérale ($p = 0,006$) étaient davantage limitées chez les patients avec SAAv. Une rotation pratiquement normale (≥ 120 degrés) était observée chez 16 (18 %) des patients avec SAAa et quatre (6 %) des patients avec SAAv. Les patients avec SAAv mais sans SAAa avaient à la fois une mobilité limitée et une douleur cervicale d'intensité élevée.

Conclusion. – Les patients qui présentent des lésions atloïdo-axoïdiennes peuvent ne pas être douloureux. La cervicalgie, provoquée en position verticale et soulagée lors du repos au lit, est le plus souvent due à une SAAv. L'amplitude de la mobilité cervicale peut être normale dans la SAAa simple alors que la rotation est typiquement réduite quand survient une SAAv.

© 2009 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

L'atteinte du rachis cervical est fréquente dans la polyarthrite rhumatoïde (PR). Au stade précoce, la sublaxation atloïdo-axoïdienne antérieure (SAAa) est la complication la plus fréquente de la maladie avec une prévalence comprise entre 19 et 70 %, en fonction de la sélection des patients [1,2]. Elle est secondaire à une laxité anormale ou une lésion des ligaments stabilisant la région atloïdo-axoïdienne, entraînant un glissement de l'atlas en avant de l'axis, notamment pendant la flexion [3]. Plus tardivement au cours de la maladie, l'inflammation chronique peut

éroder le cartilage et les structures osseuses des facettes articulaires atloïdo-axoïdiennes, à l'origine d'une impaction de l'atlas sur l'axis ; cette situation est appelée impression basilaire (ou sublaxation atloïdo-axoïdienne verticale [SAAv]) [4,5]. La prévalence de la SAAv chez les patients atteints de PR est estimée entre 14–44 % [6]. L'association sublaxation antérieure et verticale est fréquente [7,8], mais l'apparition d'une SAAv peut stabiliser une sublaxation instable, soit en position de SAAa, soit en SAA non antérieure [9,5]. Il existe d'autres atteintes de la région atloïdo-axoïdienne, mais celles-ci sont relativement rares [10,11]. Des sublaxations subaxiales (SSA) peuvent également survenir, quelques fois en de multiples niveaux, mais sont observées moins fréquemment que les SAAa et SAAv [12,6].

Les lésions les plus fréquentes et les plus importantes du rachis cervical rhumatoïde sont représentées par les SAAa et SAAv. Leur prise en charge peut être différente. Cependant, malgré des mécanismes pathogéniques différents, très peu de travaux décrivent

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais sa référence anglaise dans le même volume de *Joint Bone Spine* (doi: 10.1016/j.jbspin.2009.08.004).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : markku.kauppi@reuma.fi (M.J. Kauppi).

leurs différences de présentation clinique [13]. Notre objectif était d'étudier l'aspect clinique des patients ayant une SAAa, verticale ou combinée et d'aider les cliniciens dans leur diagnostic, et leur prise en charge des patients qui présentent une atteinte cervicale rhumatoïde.

2. Méthodes

The Rheumatism Foundation Hospital, à Heinola, Finlande, est un centre spécialisé dans le traitement des patients atteints de PR. Depuis 1995, l'hôpital offre des programmes de rééducation spécifiques pour les patients qui souffrent d'une atteinte cervicale rhumatoïde, avec pour objectif d'éduquer les patients dans la compréhension de leur maladie et de mettre en place un traitement conservateur. L'attention est particulièrement centrée sur les patients avec SAAa (avec ou sans symptôme), mais les patients avec d'autres types d'atteinte cervicale sont également pris en charge. Des recommandations sur ces programmes ont été publiées auparavant [14].

Plus de 200 patients ont pris part à ces programmes. Les données cliniques et radiologiques détaillées de ces patients ont été colligées depuis le début. Dans ce travail, nous avons inclus tous les patients atteints de PR qui avaient une SAAa et/ou une SAAv et dont le rachis cervical n'avait pas été opéré avant la rééducation. Cent cinquante-six patients (132 femmes, 24 hommes) ont été inclus, leur moyenne d'âge (\pm D.S.) était de 54 (\pm 11) ans et la durée moyenne de leur maladie (\pm D.S.) était de 21 (\pm 10) ans. Les données cliniques provenaient des dossiers médicaux et comprenaient les données sur la PR, sur le traitement, l'état neurologique et les examens biologiques de routine. Les caractéristiques cliniques et démographiques des patients sont exposées dans le Tableau 1.

Les radiographies de profil du rachis cervical (avec une source à 150 cm du film) ont été réalisées en flexion complète, en extension et en face bouche ouverte. Tous les clichés ont été lus indépendamment par les auteurs Erja M. Lehto et Markku J. Kauppi. En cas de désaccord, les clichés étaient revus ensemble par les auteurs et un consensus était adopté. Une SAAa antérieure était diagnostiquée si la distance entre la face postérieure de l'arc antérieur de l'atlas et la face antérieure de la dent de l'axis (distance ou intervalle atloïdo-axoïdien antérieur [IAAA]) dépassait 3 mm lors de la flexion [15]. La SAAv était recherchée sur les clichés en flexion par la méthode de Sakaguchi-Kauppi (S-K), qui évalue la position de l'atlas par rap-

port à celle de l'axis. Cette méthode a été spécialement conçue pour les sujets de recherche et comprend quatre grades. Le grade I représente la situation normale et les grades II–IV les situations pathologiques [16].

Pour les analyses statistiques, les patients étaient répartis en groupes en fonction de la grandeur de l'IAAA. Le premier groupe comprenait les patients sans SAAa (IAAA \leq 3 mm), mais avec SAAv (grade II–IV) ($n=18$), le deuxième groupe comprenait les patients avec SAAa légère à modérée (IAAA compris entre 3 mm et 7 mm avec ou sans SAAv ($n=55$)). Le troisième groupe comprenait les patients avec SAAa sévère (IAAA \geq 7 mm) avec ou sans SAAv ($n=83$). Ainsi, le premier groupe comprenait les patients avec SAAv, mais sans SAAa, et les autres deux groupes comprenaient les patients avec SAAa associée ou non à une SAAv. L'amplitude de la mobilité cervicale (rotation, flexion–extension et flexion latérale) était mesurée par des physiothérapeutes expérimentés utilisant le goniomètre de Myrin. L'incapacité fonctionnelle du patient était évaluée par la version finlandaise du *health assessment questionnaire* (HAQ) [17,18]. Le HAQ comprend huit subdivisions de questions sur la vie quotidienne à partir duquel l'index d'incapacité HAQ (DI) peut être calculé. Les scores de cet index sont compris entre 0 et 3. Les patients évaluaient l'intensité de leur cervicalgie avec l'échelle visuelle analogique (VAS) dans laquelle 0 signifie « absence de douleur » et 100 « la pire douleur possible » [19]. Les patients mesuraient leur cervicalgie au cours du mois précédent à différents moments de la journée : le matin, l'après-midi et la nuit. Le lien statistique entre les groupes était évalué par le test χ^2 , le test de Kruskal-Wallis et l'analyse de covariance (Ancova). La normalité des variables était évaluée par le test de Shapiro-Wilk W. Les coefficients de corrélation ont été calculés par la méthode de Pearson. Aucun ajustement n'a été fait pour les analyses multiples, mais cette information peut être obtenue en multipliant l'actuelle valeur de p par le nombre de comparaisons faites. Les résultats ont été exprimés en moyenne et en déviation standard (D.S.).

3. Résultats

L'IAAA moyen (D.S.) des 156 patients sur les radiographies en flexion complète était de 6,5 (2,5) mm. Une subluxation antérieure (IAAA $>$ 3 mm) était détectée chez 138 (88%) des patients, avec un IAAA moyen de 7,0 (2) mm. Une subluxation verticale (grade II–IV) était présente chez 69 (44%) des 156 patients. Aucun des patients ne présentait de symptôme clinique évoquant une

Tableau 1

Caractéristiques démographiques et cliniques des 156 patients avec atteinte cervicale rhumatoïde, divisés en trois groupes.

Variables	Distance atloïdo-axoïdienne, mm			Valeurs de p
	Groupe 1 <3,5 $n=18$	Groupe 2 3,5–7,0 $n=55$	Groupe 3 >7,0 $n=83$	
Présence de SAAv, n (%)	18 (100)	11 (20)	40 (48)	<0,001
Nombre de femmes, (%)	17 (94)	44 (80)	71 (86)	0,35
Âge, années, moyenne (D.S.)	55 (10)	52 (11)	56 (10)	0,040
Durée de la maladie, années, moyenne (D.S.)	24 (11)	19 (10)	21 (10)	0,031
Vitesse de sédimentation érythrocytaire (mm/h), médiane (IQR)	20 (10, 29)	22 (14, 44)	20 (12, 36)	0,37
Utilisation actuelle de glucocorticoïdes, (%)	10 (57)	33 (60)	58 (70)	0,34
Nombre d'interventions chirurgicales pour prothèses articulaires (%) supérieures (MCP, coude, épaule)	5 (29)	21 (38)	30 (36)	0,73
Extrémités inférieures (genoux, hanche)	10 (56)	20 (36)	30 (57)	0,28

IQR : fourchette interquartile ; MCP : articulation métacarpo-phalangienne ; SAAv : subluxation atloïdo-axoïdienne verticale.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3388028>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3388028>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)