Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

REVUE DU RHUMATISME

Revue du Rhumatisme 76 (2009) 651–658

Article original

Comparaison des modalités d'imagerie du rachis cervical rhumatoïde : étude de prévalence et de facteurs associés☆

Compared imaging of the rheumatoid cervical spine: Prevalence study and associated factors

Mohamed Younes[a,*], Safa Belghali[a], Soulef Kriâa[b], Soussen Zrour[a], Ismail Bejia[a], Mongi Touzi[a], Mondher Golli[b], Amor Gannouni[b], Naceur Bergaoui[a]

[a] *Service de rhumatologie, EPS Monastir, avenue 1-Juin-1955, Monastir 5000, Tunisie*
[b] *Service de radiologie, EPS Monastir, avenue 1-Juin-1955, Monastir 5000, Tunisie*

Accepté le 14 octobre 2008
Disponible sur Internet le 11 février 2009

Résumé

Introduction. – L'atteinte du rachis cervical est fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et se distingue par sa gravité potentielle. Le but de notre travail est de déterminer la prévalence de l'atteinte cervicale au cours de la PR moyennant trois types d'imageries : radiographies standard, tomodensitométrie (TDM) et imagerie par résonance magnétique (IRM) et de dégager les facteurs prédictifs de cette atteinte.

Méthodes. – Notre étude a porté sur 40 patients atteints de PR, répondant aux critères de l'American College of Rheumatology, dont la durée d'évolution était supérieure à deux ans. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinicobiologique et d'un bilan d'imagerie : des radiographies standard du rachis cervical (face, profil, face bouche-ouverte, clichés dynamiques en flexion et en extension), d'une IRM avec réalisation de manœuvres dynamiques en l'absence de contre-indications et d'une TDM du rachis cervical.

Résultats. – L'atteinte cervicale est objectivée chez 29 patients (72,5 %) sur les trois moyens d'imagerie (radiographies standard dans 47,5 %, TDM dans 28,2 % et IRM dans 70 %) dont cinq cas (17,2 %) sont asymptomatiques. Cette atteinte cervicale est dominée par le pannus C1-C2 objectivé dans 62,5 % des cas et les subluxations atloïdo-axoïdiennes (SAA) dans 45 % des cas. Parmi les SAA, la SAA antérieure est la plus fréquente avec une prévalence de 25 % suivie par la SAA latérale 15 %, puis verticale, rotatoire et la subluxation subaxiale dans 10 % des cas chacune. Des érosions de l'odontoïde sont objectivées dans 67,5 % des cas à l'IRM contre 41 % sur la TDM et 12,5 % sur la radiographie. Les radiographies standard notamment en incidences dynamiques ont détecté une SAA antérieure dans neuf cas sur dix contre sept cas sur dix à l'IRM. La TDM a permis de mieux mettre en évidence les subluxations atypiques rotatoires et latérales. L'IRM a permis une meilleure étude du pannus C1-C2 et des érosions de l'odontoïde ainsi qu'une évaluation du retentissement neurologique des différentes lésions rhumatoïdes. La comparaison des caractéristiques des patients avec et sans atteinte cervicale rhumatoïde présume la présence de facteurs prédictifs comme le score de Sharp modifié et la CRP élevée ($p = 0{,}002$ et $p = 0{,}004$ respectivement).

Conclusion. – L'atteinte cervicale est fréquente. Elle peut être asymptomatique, c'est dire l'intérêt de la rechercher de façon systématique devant toute PR par la radiographie standard avec des clichés dynamiques en première intention. L'IRM reste l'examen le plus sensible et le plus complet, ses indications sont souvent orientées de même pour la TDM. L'atteinte cervicale rhumatoïde accompagne les formes actives et destructrices de la PR.

© 2008 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Polyarthrite rhumatoïde ; Rachis cervical ; Imagerie ; Facteurs associés

Keywords: Rheumatoid arthritis; Cervical spine; Imaging; Prevalence; Predictive factors

☆ 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.2008.10.010).

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : mohamed_youn@yahoo.fr (M. Younes).

1169-8330/$ – see front matter © 2008 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.rhum.2008.10.013

1. Introduction

L'atteinte du rachis cervical est fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et vient en troisième rang après l'atteinte des mains et des pieds [1,2]. Elle s'observe dans 14 à 88 % des cas [1–4] au cours de l'évolution de la maladie. L'atteinte cervicale rhumatoïde prend une place particulière pour le clinicien de part sa gravité avec possibilité de retentissement neurologique grave. Ce tropisme pour le rachis cervical s'explique par la présence de nombreuses articulations synoviales [2]. La localisation de la maladie à cette région provoque des altérations ostéoligamentaires responsables de modifications profondes dans les rapports de différentes structures entre-elles. On distingue les atteintes du rachis cervical supérieur (RCS) dominées par les subluxations atloïdo-axoïdiennes (SAA), dues essentiellement au pannus C1-C2 et à la rupture du ligament transverse, et les atteintes du rachis cervical inférieur (RCI) dominées par les subluxations subaxiales (SSA). Le tableau clinique est polymorphe, allant de la simple cervicalgie à la compression bulbomédullaire, sans parallélisme radioclinique. Les formes asymptomatiques sont assez fréquentes ; elles sont décrites dans 10 à 50 % des cas dans la littérature [4], ce qui incite à rechercher cette atteinte de façon systématique lors du suivi. La radiographie standard reste l'examen de première intention à demander pour rechercher les différentes atteintes cervicales au cours de la PR. Les clichés dynamiques ont prouvé leur intérêt dans la détection des SSA antérieures (SSAa) [3]. La tomodensitométrie (TDM) hélicoïdale, grâce aux reconstructions coronales et sagittales, offre une meilleure exploration du complexe C1-C2 permettant la mise en évidence des subluxations rotatoires et latérales [2]. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) par ses différentes coupes constitue l'examen le plus complet pour l'exploration des différentes lésions rhumatoïdes. Elle est la seule technique qui permet de visualiser le pannus C1-C2 infra-radiologique et surtout de faire un bilan précis du retentissement neurologique [2,4–7].

À travers cette étude, nous nous proposons d'étudier la prévalence de l'atteinte cervicale rhumatoïde moyennant ces trois différents types d'imagerie, de préciser l'apport de chaque examen et de préciser les facteurs susceptibles d'influencer l'apparition des lésions cervicales rhumatoïdes au cours de l'évolution de la PR.

2. Méthodes

2.1. Patients

Cette étude prospective transversale a porté sur 40 patients atteints de PR, colligés au service de rhumatologie et explorés au service de radiologie de l'hôpital Fattouma-Bourguiba de Monastir entre janvier 2006 et août 2007.

Les critères d'inclusion étaient les patients des deux sexes atteints de PR répondant aux critères de l'American College of Rheumatology (ACR) 1987 [8], évoluant depuis plus de deux ans. Les patients ont été inclus de façon consécutive avec ou sans symptomatologie fonctionnelle cervicale.

Pour chaque patient, nous avons précisé les caractéristiques épidémiologiques (âge, sexe, durée d'évolution), cliniques (score composite d'activité de la maladie DAS28, score Health Assessment Questionnaire [HAQ] et manifestations extra-articulaires), biologiques (vitesse de sédimentation [VS], C-réactive protéine [CRP], facteur rhumatoïde [FR] et anticorps anti-peptides cycliques citrullinés [Ac anti-CCP]), radiologiques avec une évaluation radiographique des dommages structuraux périphériques par le score de Sharp modifié par Van Der Heidje [9] et thérapeutiques (anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticothérapie, traitement de fond).

2.2. Méthodes

Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique (examen neurologique et du rachis cervical). La classification de Pellici et al. [10] a été utilisée dans l'évaluation de l'intensité de la douleur cervicale et la sévérité de l'atteinte neurologique.

Nous avons réalisé de façon systématique un bilan d'imagerie comportant des radiographies standard du rachis cervical (face, profil, face bouche-ouverte, clichés dynamiques de profil en flexion et en extension), une IRM avec réalisation de manœuvres dynamiques en l'absence de contre-indications et une TDM du rachis cervical. Les examens ont été réalisés au cours de la même période d'étude et ont été interprétés par un même radiologue en insu de l'identité du patient.

Grâce à ces trois modalités d'imagerie, nous avons recherché selon l'examen et l'incidence appropriés les différentes lésions du rachis cervical rhumatoïde : SAA (SAAa, SAA verticale [SAAv], SAA latérale [SSAl], SAA rotatatoire [SAAr] et SAA postérieure [SAAp]), SSA, érosion de l'odontoïde, arthrite C1-C2 et spondylodiscite inflammatoire. Les atteintes dégénératives du rachis cervical n'ont pas été retenues.

2.2.1. Radiographies standard

La SAAa est analysée sur les radiographies du rachis cervical de profil (en position neutre, en flexion et en extension) en mesurant l'intervalle atloïdo-axoïdien antérieur (AADI, pathologique si > 3 mm) ainsi que l'intervalle atloïdo-axoïdien postérieur (PADI). Ce dernier constitue une méthode sensible pour prédire une compression médullaire lorsqu'il est inférieur à 14 mm. La SAAv est recherchée sur ces trois mêmes incidences par la ligne de Mac Gregor [11], la mesure de Ranawat et al. [12] et la méthode de Sakaguchi-Kauppi [13]. La SAAl est recherchée sur le cliché de face bouche-ouverte et correspond à un déplacement latéral de C1 sur C2 de plus de 2 mm. La SAAr est identifiée sur le cliché de face bouche-ouverte, elle est traduite par une asymétrie des masses latérales de l'atlas par rapport à la dent. La SAAp, recherchée sur le cliché de profil (neutre et extension), est retenue si le bord postérieur de l'arc antérieur de C1 se trouve en arrière du bord antérieur du corps vertébral de C2. La SSA correspond à un glissement antérieur de la vertèbre supérieure par rapport à la vertèbre inférieure, avec un décalage supérieur ou égal à 3 mm. L'arthrite C_1-C_2 ainsi que la spondylodiscite inflammatoire sont définies par un pincement et érosion des plateaux vertébraux sans ostéophytes.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3388472

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3388472

Daneshyari.com