



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
 www.sciencedirect.com

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



## Rhumatisme à apatite de la charnière et du cou

### *Apatite rheumatism of the neck and the cervico-occipital junction*

Najia Hajjaj-Hassouni<sup>a,\*</sup>, Souad Chaouir<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de rhumatologie, hôpital El Ayachi, université Mohammed V Souissi, CHU Ibn Sina Rabat-Salé, Salé, Rabat, Maroc

<sup>b</sup> Service de radiologie, hôpital militaire Mohammed V, université Mohammed V Souissi, CHU Ibn Sina Rabat-Salé, Rabat, Maroc

#### INFO ARTICLE

##### Historique de l'article :

Accepté le 26 novembre 2012  
 Disponible sur Internet le 27 décembre 2012

##### Mots clés :

Apatite  
 Rachis cervical  
 Calcification  
 Pseudotumeurs  
 Foramen magnum  
 Scanner  
 IRM

##### Keywords:

Apatite  
 Cervical spine  
 Calcification  
 Pseudotumors  
 Foramen magnum  
 Computed tomography  
 RMN

#### RÉSUMÉ

Dans de rares circonstances les dépôts de microcristaux à apatite peuvent intéresser des localisations inhabituelles. C'est le cas du rachis cervical où toutes les structures anatomiques peuvent être concernées (tendons, ligaments, disques intervertébraux, articulations interapophysaires postérieures, pseudotumeurs inflammatoires du foramen magnum. . .). Comme dans le rhumatisme à pyrophosphate de calcium, le tableau clinique peut être très bruyant et trompeur et peut conduire inutilement à des conduites diagnostiques et thérapeutiques invasives. La connaissance de ces pathologies peut aider le clinicien à porter rapidement le diagnostic et à décider d'un traitement conservateur en l'absence de retentissement neurologique significatif.

© 2012 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

Although rarely, apatite microcrystal deposits may concern unusual sites such as the cervical spine where all the anatomical structures can be affected (tendons, ligaments, intervertebral discs, facet joints, inflammatory pseudotumor of the foramen magnum. . .). Acute clinical manifestations may mislead to invasive diagnostic and therapeutic decisions. The knowledge of these diseases may be helpful to the clinician to quickly diagnose and conservatively treat them except if there is any significant neurological involvement.

© 2012 Société française de rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### 1. Introduction

Avec la goutte et le rhumatisme à cristaux de pyrophosphate de calcium, le rhumatisme apatitique est un des trois grands rhumatismes à microcristaux. Il est lié à des dépôts de phosphate de calcium basique (PCB) dont il existe plusieurs formes (apatite carbonatée, phosphate octacalcique, phosphate tricalcique) ; la forme la plus stable est l'apatite, principal constituant minéral de l'os [1,2]. Les localisations périphériques (particulièrement l'épaule, mais également le poignet et le coude) en sont les sièges les plus classiques. Cependant, plus rarement, les localisations peuvent être atypiques, notamment au rachis cervical, où les dépôts de cristaux d'apatite peuvent concerner toutes les structures anatomiques [3].

L'atteinte du rachis cervical constitue une pathologie bénigne mais souvent déconcertante et trompeuse particulièrement lorsque le début est aigu. En effet, le tableau clinique peut être bruyant et donner lieu à des conduites d'urgence. La connaissance de cette pathologie et son diagnostic rapide, reposant avant tout sur l'imagerie, doivent permettre d'éviter au patient des explorations et des traitements inutilement invasifs.

### 2. Physiopathologie

Les avancées récentes portent sur l'action des cellules minéralocompétentes, le déficit en pyrophosphates inorganiques extra-cellulaires et les mutations du transporteur anionique ANK [4,5]. La réaction inflammatoire aiguë déclenchée par les microcristaux est une réaction de défense qui fait appel à l'immunité innée et à l'inflammasome NLRP3 [4,5]. Les mécanismes clés qui conduisent aux dommages tissulaires seraient l'induction d'une

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [nhajjajhassouni@gmail.com](mailto:nhajjajhassouni@gmail.com) (N. Hajjaj-Hassouni).

mitogénèse, la surproduction et l'activation de métalloprotéinases, la stimulation de la production de médiateurs de l'inflammation dont les cyclooxygénases, prostaglandines E2, cytokines notamment les interleukines IL-1 $\beta$ , IL-6 et IL-10 [2].

### 3. Clinique

Généralement asymptomatiques, les dépôts de microcristaux de BCP peuvent, au contraire, être à l'origine d'une réaction inflammatoire le plus souvent aiguë. Les cervicalgies s'installent habituellement en deux à huit jours. Elles peuvent avoir été précédées par un ou plusieurs épisodes de cervicalgies chroniques imputées à une arthrose. La douleur atteint son acmé en deux à cinq jours. Elle diminue ensuite progressivement pour disparaître, même en l'absence de traitement, en une à deux semaines. En raison de la proximité de l'œsophage, les douleurs peuvent s'accompagner d'une odynophagie ou d'une dysphagie d'intensité variable [6]. L'examen retrouve une contracture des muscles spinaux cervicaux et une raideur cervicale multidirectionnelle [7]. Il peut également exister une fièvre de degré variable. Les examens biologiques peuvent mettre en évidence une vitesse de sédimentation et une CRP élevées ainsi qu'une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile.

### 4. L'imagerie est l'élément clé du diagnostic

Les radiographies conventionnelles (clichés de face, de profil, et de face bouche ouverte) donnent une image globale de la région cervicale. Elles sont contributives en cas de calcifications de taille significative, se traduisant par des opacités généralement arrondies, homogènes, sans corticale ni trabéculations [1]. Selon la concentration en cristaux et la phase évolutive de la calcification, la densité est variable et les limites plus ou moins nettes. Les radiographies standard sont, en revanche, très insuffisantes à l'analyse du rachis cervical supérieur et de celle de la charnière cervico-occipitale, à l'individualisation des petits dépôts et à l'interprétation de très grosses masses pouvant prendre une allure pseudotumorale [3].

Le scanner est, dans ce cas, l'examen de référence. Il est, en effet, plus sensible et plus précis pour visualiser les calcifications, différencier les calcifications des ossifications hétérotopiques, mettre en évidence l'existence d'érosions et reconnaître les différentes entités radiocliniques [1,3,8].

L'IRM est le meilleur examen pour mettre en évidence un œdème médullaire, des modifications des parties molles et des collections liquidiennes [3]. Elle est indispensable si un autre diagnostic est discuté, a fortiori s'il existe des signes neurologiques évoquant une myélopathie cervicale ou une compression médullaire.

### 5. Diagnostic différentiel

Pour le praticien informé, le diagnostic est facilité en cas de calcifications périphériques avec ou non une maladie des calcifications tendineuses multiples. Cependant, le plus souvent, le diagnostic peut être difficile devant des cervicalgies aiguës fébriles et amener à discuter d'autres étiologies.

On éliminera en priorité un abcès rétropharyngé [1,3,6–8] dont la fréquence diminue après l'âge de 30 ans, âge à partir duquel le ganglion rétropharyngé commence à s'atrophier [9]. Il faut vérifier en priorité l'existence ou non d'un bombement unilatéral du cavum ; souvent ces patients ont reçu à tort des anti-inflammatoires non stéroïdiens pour une pharyngite. Une prise en charge en urgence en ORL est indispensable car l'extension cervicale, voire médiastinale, de ces abcès est redoutable et délabrante.

On aura également évoqué une méningite mais l'analyse sémiologique rigoureuse du syndrome méningé, sans être discriminante, peut aider à réorienter le diagnostic en recherchant attentivement nausées ou vomissements, photophobie et signes de Kernig et de Brudzinski [10]. Par ailleurs, la raideur n'est pas multidirectionnelle mais le plus souvent limitée à la flexion-extension du cou [10]. Le diagnostic de spondylodiscite et d'épidurite sera écarté notamment par l'IRM [11]. Le syndrome de Griesel associant torticolis et fièvre sera reconnu dans un contexte d'angine [10,12].

D'autres pathologies tumorales ou rhumatismales telles que des néoplasies primitives ou secondaires, une poussée de polyarthrite rhumatoïde, de spondylarthropathie ou d'arthrose ou encore une maladie de Horton pourront être envisagées [12]. Dans les circonstances d'un traumatisme, on éliminera une avulsion fracturaire [10–12].

### 6. Formes topographiques

#### 6.1. Tendinopathie calcifiante du muscle long du cou

Encore appelée tendinite calcifiante rétropharyngée ou tendinite calcifiante prévertébrale c'est la plus fréquente des calcifications du rachis cervical [11] et qui a été décrite pour la première fois en 1964 par Hartley [13]. Ring et al., en 1994, montrent que l'inflammation est liée aux dépôts intratendineux de cristaux d'hydroxyapatite de calcium [14].

Le muscle long du cou (*longus colli*) est constitué d'un faisceau supérieur (*obliquus superior colli* de Luschka), qui prend naissance sur le tubercule antérieur de l'atlas, aux apophyses transverses de C3 à C5, d'un faisceau inférieur des corps de T1 T3 aux apophyses transverses de C1 à C6, à proximité de l'œsophage, et d'un faisceau moyen des corps de C2–C4 aux autres vertèbres cervicales ainsi qu'aux trois premières thoraciques. Il est séparé de l'espace rétropharyngé en avant par le fascia cervical profond [15].

La tendinopathie calcifiante des muscles long du cou est considérée comme rare [11]. Pour Hviid et al. [16] qui publient en 2009, 45 cas observés entre 1989 et 2005, elle serait plutôt méconnue. Les cervicalgies aiguës sont curieusement latérales et soulagées par l'antéflexion du cou [17]. Elles peuvent s'accompagner d'une dysphagie, d'une odynophagie et de fièvre : là encore, il faut exclure l'abcès rétropharyngien.

En imagerie, les calcifications ne sont pas toujours identifiées sur les clichés standard du rachis cervical de profil. Il peut surtout mettre en évidence un épaississement des parties molles précervicales, étendu de C1 à C4. Il peut parfois descendre jusqu'en regard de C6 [11] et faire discuter d'autant plus l'hypothèse d'un abcès rétropharyngé. Cependant, lorsqu'il est associé à des difficultés de déglutition, cet épaississement serait très évocateur du diagnostic [18].

Le scanner est l'examen de choix pour le diagnostic. Les calcifications du faisceau supérieur du muscle long du cou sont pathognomoniques : elles siègent en avant du rachis entre C1 et C3 (Fig. 1–3), et s'accompagnent d'un épaississement des parties molles prévertébrales (Fig. 1). L'IRM, contributive au diagnostic différentiel, est au contraire, peu sensible pour montrer les calcifications tendineuses, qui apparaissent en hyposignal T1 et T2 (Fig. 3). Un hypersignal T2, traduisant l'œdème inflammatoire, peut s'observer au sein du tendon.

#### 6.2. Syndrome de la dent couronnée

Décrit en 1982 [8], il s'agit d'un syndrome radioclinique, relié initialement à la calcification du ligament transverse de l'atlas. Cette définition s'est ensuite étendue, incluant toutes les images de calcifications des structures abarticulaires odonto-atloïdiennes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389918>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389918>

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