

Myélopathies cervicarthrosiques : aspects épidémiologiques et cliniques au Centre Hospitalier Universitaire de Cocody à Abidjan, Côte d'Ivoire

Cervical myelopathy: epidemiological and clinical characteristics in University Hospital Center in Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

M. Diomandé (1), M. Tano (2), E.S.C.L. Kouakou (3), K.J.M. Djaha (1),
E. Eti (1), M.N. Kouakou (1)

(1) Service de Rhumatologie du CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

(2) Service de Médecine Physique et Réadaptation du CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire

(3) Service de Rhumatologie du CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire

Résumé

Objectif. Décrire les aspects épidémiologiques et cliniques des myélopathies cervicarthrosiques vues au CHU de Cocody (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Matériel et méthodes. Etude rétrospective à visée descriptive menée au service de Rhumatologie du CHU de Cocody (Abidjan, Côte d'Ivoire) sur une période de 5 ans entre janvier 2007 et décembre 2012. Ont été inclus 28 dossiers de patients portant le diagnostic de myélopathie cervicarthrosique. Une fiche d'enquête a permis le recueil des caractéristiques épidémiologiques et cliniques.

Résultats. La prévalence hospitalière des myélopathies cervicarthrosiques était de 0,75%, soit 28 cas parmi 3698 pathologies rhumatologiques. Les hommes prédominaient (n=21 ; 75%) avec un âge moyen de 61,67 ans. Le délai moyen d'évolution de la maladie avant l'hospitalisation était de 18 mois. Les motifs de d'hospitalisation étaient des signes rachidiens cervicaux (n=7 ; (25%) comportant une cervicalgie isolée (n= 3 ; 10,7%) et une névralgie cervicobrachiale (n=3 ; (10,7%), des signes rachidiens non cervicaux (n=8 ; 28,6%) dominés par une association de lombosciatique et de trouble de la marche et des signes non rachidiens (n=13 ; 46,4%) où prédominait un trouble de la marche (n=11 ; 39,2%). L'examen clinique révélait une raideur cervicale (n=3 ; 25%) accompagnée d'un syndrome radiculaire chez 39,28% des patients (n=11), des troubles moteurs (n=21 ; 75%) dominés par une paraplégie (n=6 ; 21,42%) et une tétraparésie (n=5 ; 17,87%), des troubles de la sensibilité profonde (n=6 ; 21,42%) et des troubles urinaires (n=12 ; 42,3%). La TDM et l'IRM ont été réalisées respectivement dans 71,42% (n=20) et 39,28% (n=11) des cas.

Conclusion. La myélopathie cervicarthrosique paraît très rare à Abidjan et touche les sujets âgés. Les signes neurologiques sont au premier plan. La TDM et/ou l'IRM constituent l'imagerie de choix.

Mots-clés : myélopathie, arthrose cervicale, Scanner, IRM, Côte d'Ivoire

Abstract

Objective. Describe the epidemiological and clinical characteristics of cervical myelopathy at the university hospital center of Cocody in Abidjan, Côte d'Ivoire.

Materials and methods. A retrospective descriptive study was conducted in the department of Rheumatology of University Hospital Center of Cocody over a period of 5 years between January 2007 and December 2012. Twenty eight patients with cervical myelopathy were included. A structured questionnaire was used to select epidemiological and clinical data.

Results. Hospital prevalence of cervical myelopathy was 0.75% or 28 cases among 3698 rheumatological diseases. Men predominated (n=21; 75%) with a mean age of 61.67 years. The average duration of the disease was 18 months. The complaints were signs of cervical spine (n=7; 25%) with an isolated neck pain (n=3; 10.7%) and cervico-brachial neuralgia (n=3; 10.7%), non-cervical spinal signs (n=8; 28.6%) dominated by sciatica associated with gait disturbance (n=7; 25%) and non-spinal symptoms (n=13; 46.4%) where gait disturbance (n=11; 39.6%) predominated. Clinical examination revealed a stiff cervical spine (n=7; 25%) and radicular syndrom (n=39.28%), movement disorders (n=21; 75%) dominated by paraplegia (n=6; 21.42%) and tetraparesis (n=5; 17.87%), the disorders of the deep sensitivity (n=3; 10.71%) and genital and sphincter troubles (n=12; 42.3%). CT-scan and MRI of cervical spine were performed respectively in 71.42% (n=20) and 39.28% (n=11) of cases.

Conclusion. The cervical myelopathy seems very rare in Abidjan and affects the elderly. Neurological signs are prominent. CT-scan and/or MRI are the imaging modality of choice.

Keywords: myelopathy, cervical arthrosis, CT-scan, IRM, Ivory Cost

Introduction

La myélopathie cervicarthrosique (MCA) est la conséquence de l'agression chronique du cordon médullaire cervicale par des remaniements d'origine dégénératif [1]. C'est l'étiologie principale de l'ensemble des myélopathies cervicales et elle représente à elle seule 55% des myélopathies chez l'adulte de plus de 50 ans [2]. Elle a une présentation clinique polymorphe. La gravité de cette maladie tient en son pronostic fonctionnel car l'évolution sans traitement vers la tétraplégie est imprévisible [3-5]. En Afrique subsaharienne, les données relatives à cette affection sont peu documentées [6]. Ce qui a motivé la réalisation de cette étude dont l'objectif était de décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des MCA vues au CHU de Cocody à Abidjan, Côte d'Ivoire.

Matériels et méthodes

C'était une étude rétrospective, descriptive menée au Service de Rhumatologie du CHU de Cocody à Abidjan, Côte d'Ivoire sur une période de 5 ans allant de Janvier 2007 à Décembre 2012. Ont été inclus les dossiers de patients ayant comme diagnostic une myélopathie cervicarthrosique. Les dossiers de patients incomplets ou sans imagerie n'ont pas été inclus. Les dossiers incomplets étaient ceux dans lesquels les données sociodémographiques et cliniques manquaient. Une fiche d'enquête a permis le recueil des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, profession), cliniques (motif d'hospitalisation, délai d'hospitalisation et les données de l'examen clinique rhumatologique et neurologique) et l'imagerie réalisée par les patients.

Résultats

La prévalence hospitalière des MCA était de 0,75% soit 28 cas sur 3698 pathologies rhumatologiques recensés durant la période d'étude. Ces 28 cas représentaient 21,70% de l'ensemble des pathologies du rachis cervical (128 cas) recensés pendant la même période. L'effectif était constitué de 21 hommes (75%) et de 7 femmes (25%), soit un sex-ratio de 3 avec un âge moyen de 61,67 ans. La tranche d'âge dominante était située au-delà de 65 ans (Fig. 1). Les retraités (11 cas), les agriculteurs et les ménagères (5 cas chacun) étaient les plus nombreux (Fig. 2). Leurs fonctions an-

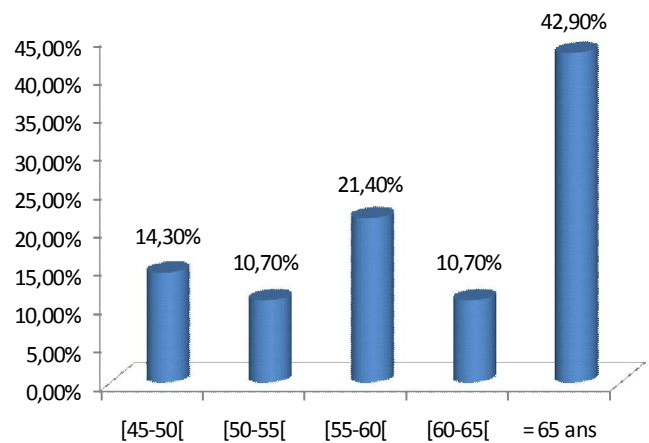


Figure 1. Tranches d'âge des 28 patients atteints de myélopathie cervicarthrosique, CHU Cocody, Abidjan (Côte d'Ivoire).

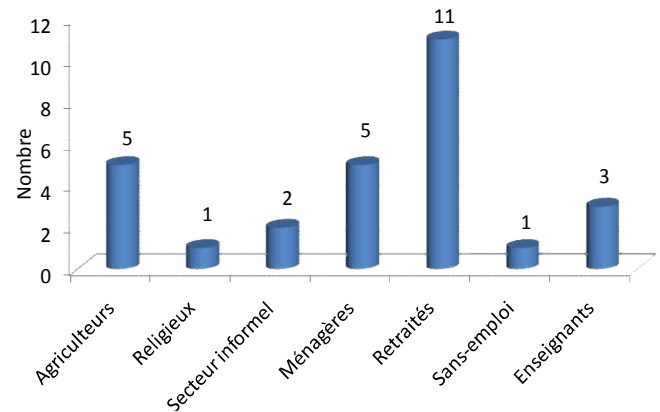


Figure 2. Professions des 28 patients atteints de myélopathie cervicarthrosique, CHU Cocody, Abidjan (Côte d'Ivoire).

térieurs étaient secrétaires et agents de bureau (3 cas), militaires (2 cas), agriculteurs (2 cas), enseignants (2 cas), infirmier et magistrat (1 cas chacun). Le délai moyen d'évolution avant l'hospitalisation était de 18 mois. La durée moyenne de l'hospitalisation était de 10,18 jours. La majorité des patients avaient un trouble de la marche, isolé ou associé à d'autres symptômes (Tableau 1). Les patients avaient comme antécédents : une cervicalgie chronique (53,6% des cas), des névralgies cervicobrachiales (NCB) (50% des cas), des épisodes de torticolis (46,5% des cas), et un port de charges lourdes sur la tête (28,3% des cas). Les données de l'examen clinique révélaient la présence de signes de compression médullaire ou radiculaire caractérisés par un syndrome rachidien, un syndrome lésionnel (radiculalgie) et un syndrome sous lésionnel (troubles moteurs, sensitifs, des réflexes et urinaires) (Tableau 2). La radiographie standard réalisée chez tous les patients montrait une image de cervicarthrose dans 100% des cas. La tomodensitométrie (TDM) a été ré-

Tableau 1. Motifs d'hospitalisation des 28 patients atteints de myélopathie cervicarthrosique, CHU Cocody, Abidjan (Côte d'Ivoire).

Motif d'hospitalisation		N	%
Signes rachidiens cervicaux	Cervicalgie + trouble de la marche	3	10,7
	NCB+ trouble de la marche	3	10,7
	Cervicalgie hyperalgique	1	3,6
Signes non cervicaux	Lombosciatique + trouble de la marche	7	25
	Dorsolombalgie	1	3,6
Signes non rachidiens	Trouble de la marche	11	39,2
	Polyarthralgie + trouble de la marche	2	7,2
Total		28	100

NCB : névralgies cervicobrachiales

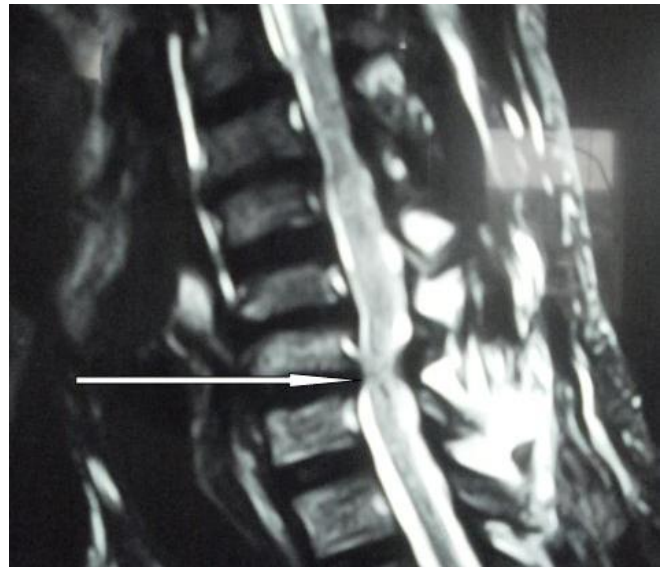
Tableau 2. Données de l'examen clinique des 28 patients atteints de myélopathie cervicarthrosique, CHU Cocody, Abidjan.

Éléments cliniques		N	%
Syndrome rachidien	Raideur rachidienne cervicale	7	25
	Spinalgie palpatoire cervicale	10	35,71
	Contracture des muscles paravertébraux	5	17,85
Syndrome radiculaire	Signe de la sonnette cervical	3	10,71
	Signe de Lhermitte	2	7,14
Troubles moteurs	Paraparésie	3	10,71
	Paraplégie	6	21,42
	Tétraparésie	5	17,87
	Tétraplégie	3	10,71
Troubles sensitifs	Troubles de la sensibilité	6	21,42
Troubles urinaires	Dysurie, pollakiurie, incontinence	12	42,85
Troubles des reflexes	Signes de Hoffman positif	3	10,71
	ROT exagérés aux 4 membres	4	14,28
	Signe de Babinski positif	5	17,85

ROT : réflexe ostéo-tendineux

alisée dans 71,42% des cas et confirmant l'image de cervicarthrose avec atteinte compressive médullaire et radiculaire. L'IRM réalisée chez 39,28% des patients montrait une sténose de la moelle secondaire à des saillies disco-ostéophytiques (Fig. 3).

Concernant la prise en charge thérapeutique, les patients ont eu un traitement médical composé d'antalgiques (100%), d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (75%), de corticoïdes (60,71%). Le traitement physique était constitué par une immobilisation du rachis cervical par un corset (100%) et la kinésithérapie-rééducation (50%).

**Figure 3.** IRM du rachis cervical en séquence pondérée T2. Sténose de la moelle en C6-C7 par des saillies disco-ostéophytiques (flèche).

Discussion

La faible fréquence des MCA (0,75%) s'expliquait par le fait que plusieurs services autre que celui de rhumatologie prennent en charge cette pathologie, notamment les services de neurologie, de neurochirurgie et même d'orthopédie dans lesquels la grande majorité des patients séjournait. Notre étude concordait avec les données de la littérature, concernant la fréquence de la pathologie chez les sujets âgés et la prédominance du genre masculin, sans qu'aucune explication convaincante n'ait justifié ce constat [2,6,7]. Les retraités (N=11 soit 39,2%) prédominaient dans notre étude. Ensuite suivaient les agriculteurs (N=5 soit 17,8%) puis les ménagères (17,8%). Certaines professions sollicitant fréquemment le rachis cervical sont reconnues comme étant des facteurs favorisant de cette affection: chauffeurs, agriculteurs, ouvriers et militaires [6].

Sur le plan clinique, le trouble de la marche était constant; il était soit isolé (39,2%), soit accompagné d'autres signes. C'est un signe habituel dans les MCA [1]. Il s'exprime sous forme d'une fatigabilité, d'une tendance à la chute, d'une réduction du périmètre de marche pouvant correspondre à une véritable claudication intermittente neurologique, parfois sous forme d'épisodes de dérochement des membres inférieurs. Les difficultés de la marche peuvent aussi être en relation avec des difficultés de coordination (ataxie sensorielle), des troubles de l'équilibre ou une mauvaise perception du sol. La fréquence des signes non rachidiens (trouble de la marche isolé ou associé à une polyarthralgie) dans 46,4% des cas montrait le caractère trompeur de ces plaintes qui n'orientaient pas d'emblée directement vers le rachis cervical comme le sont les cervicalgies ou les NCB [8]. Cela pourrait expliquer le retard à l'hospitalisation qui était de 18 mois en moyenne dans notre étude. Au regard des données de l'examen clinique, les signes neurologiques déficitaires étaient au premier plan. Ces signes évoquaient la présence d'un syndrome de compression médullaire lente au niveau cervical, ce qui fait la gravité de la maladie. Au Nigeria, la MCA constituait la première cause de compression médullaire [9] tandis qu'en Ethiopie, elle occupait la seconde position [10].

La radiographie a montré une cervicarthrose chez tous les patients mais la TDM et/ou l'IRM permettait de faire le diagnostic de souffrance médullaire. La TDM montre toutes les structures osseuses et leur empreinte sur la moelle. L'IRM permet d'apprécier davantage l'importance de la sténose, de la stase veineuse et l'état de la moelle en montrant un hypersignal T2 traduisant sa souffrance [11,12]. Elle permet également d'apprécier les saillies disco-ostéophytiques, les hypertrophies postérieures des ligaments jaunes et des capsules articulaires postérieures [8]. La survenue d'un tableau clinique de compression radiculo-médullaire cervicale progressive, non amélioré par les traitements médicaux et authentifié par une MCA à la TDM et où à l'IRM, justifiait comme au regard des données de la littérature, une intervention neurochirurgicale, pour soulager rapidement la moelle, stabiliser le rachis cervical et permettre une récupération du déficit neurologique [1,4,13-15].

Conclusion

La MCA est rarement rencontrée en pratique rhumatologique au CHU de Cocody. Elle est l'apanage des sujets âgés de sexe masculin. L'examen clinique est dominé par les signes neuro-déficitaires qui signent ou annoncent la gravité de la pathologie. Des patients en raison du retard et des difficultés diagnostiques nécessitent une prise en charge médicochirurgicale afin de minimiser le handicap fonctionnel. La TDM et/ou l'IRM sont des techniques d'imagerie indispensables dans la prise en charge de la MCA.

Références

1. Louis E, Reyns N, Sleiman M, *et al.* Indications du traitement chirurgical dans la myélopathie cervicarthrosique. *Lettre Neurologue* 1999; 3(3): 133-6.
2. Edwards CC, Riew KD, Anderson PA, *et al.* Cervical myelopathy: current diagnosis and treatment strategies. *Spine J* 2003; 3: 68-81.
3. Graziani N, Roche P, Dufour H, *et al.* Hernie discale cervicale et myélopathie par cervicarthrose. In: Université Francophone, UREF éd. Neurochirurgie. Paris: Ellipses, 1995: 405-15.
4. Jomin M, Lesoin F, Lozes G, *et al.* Résultats du traitement chirurgical de la myélopathie par cervicarthrose. A propos de 1000 patients opérés. *Larc Med* 1983; 3(9): 613-67.
5. Nurick S. The pathogenesis of the spinal cord disorder associated with cervical spondylosis. *Brain* 1972; 95: 87-100.
6. Loembe PM, Kouma-Ndouongo P, Mwanyombet OL, *et al.* Myélopathies cervicarthrosiques invalidantes. Résultats à long terme de 18 patients opérés par voie antérieure au Gabon. *Afr J Neurol Sci* 2004; 21(3): 21-6.
7. Loembe PM, Bouger D, Ndong LM, *et al.* Intérêt de la corporectomie vertébrale dans le traitement des myélopathies cervicarthrosiques, en l'absence de l'imagerie médicale moderne. *Rev Int Rhumatol* 1989; 95: 171-7.
8. Brunon J, Nuti C, Duthel R, *et al.* Myélopathies cervicales. *EMC Neurologie* 2005; 2: 383-402.
9. Ogunniyi A, Shokunbi MT, Olu WOS, *et al.* Non-traumatic spinal cord diseases in Ibadan, Nigeria: aetiology and prognostic factors. *Central Afr J Med* 1995; 41: 50-4.
10. Zenebe G. Myelopathy in Ethiopia. *East Afr J* 1995; 72: 42-5.
11. Bucciero A, Vizioli L, Carangelo B, *et al.* Magnetic Resonance signal enhancement in cervical spondylotic myelopathy: correlation with surgical results in 35 cases. *J Neurosurg Sci* 1993; 37: 217-22.
12. Okais N, Moussa R, Hage P. Valeur de l'hypersignal à l'IRM dans la myélopathie cervicarthrosique. *Neurochirurgie* 1997; 43: 285-91.
13. Bazin A, Scherpereel B, Peruzzi P, *et al.* Myélopathie cervicarthrosique. A propos de 121 observations, intérêt pronostic des troubles sensitifs. *Neurochirurgie* 1988; 34: 328-37.
14. Milbouw G, Born JD, Collignon J, *et al.* Médulopathies cervicarthrosiques : traitement et pronostic. *Neurochirurgie* 1987; 33: 44-50.
15. Senegas J, Guerin J, Vital JM, *et al.* Décompression médullaire étendue par voie antérieure dans le traitement des myélopathies par cervicarthrose. *Rev Chir Orthop* 1985; 71: 291-300.