

Arthropathie érosive isolée C1-C2

I. Carey Berner, B. Aubry-Rozier, P. Zufferey, J.-C. Gerster, Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - CH-1011 Lausanne (Suisse).

- **Résumé** : nous rapportons deux cas d'arthropathie érosive isolée de C1-C2, d'origine dégénérative :
- **Cas 1** : une patiente de 53 ans, sans antécédent médico-chirurgical notable, a été hospitalisée dans notre service en raison d'une exacerbation depuis deux mois de cervicalgies chroniques, apparues trois ans auparavant, quelques mois après un accident de la circulation. Une IRM et un CT cervical ont mis en évidence, au niveau C0-C3, une image rappelant ce qui s'observe dans les atteintes de type inflammatoire, avec des érosions accompagnées de synovite et d'une protrusion supérieure de l'apophyse odontoïde, réalisant une empreinte basilaire. Un large bilan biologique et radiologique a permis d'écartier une polyarthrite rhumatoïde, une pathologie micro-cristalline, une amyloïdose, une spondylodiscite à germes lents et une néoplasie primaire ou secondaire. Une biopsie de l'isthme droit de C3 sous CT a révélé des fragments osseux, sans cellules tumorales ni granulomes. Sous un traitement antalgique associé au port d'une minerve mousse, l'évolution a été progressivement favorable.
- **Cas 2** : un patient de 59 ans, en bonne santé habituelle, a consulté en raison d'une exacerbation de cervicalgies chroniques, de caractère initialement mécanique, puis inflammatoire. Une IRM et un CT cervical ont montré, au niveau C1-C2, une volumineuse synovite atlanto-axiale, accompagnée d'un important remaniement érosif de l'odontoïde et du corps de l'axis, occasionnant une impression basilaire. Il n'y avait pas de calcifications. Un bilan complémentaire a permis d'exclure une polyarthrite rhumatoïde, une tuberculose ou une néoplasie. Au vu de la persistance de douleurs invalidantes malgré un traitement conservateur, le patient a bénéficié d'une fixation postérieure par plaque et vis de l'occiput à C4, avec une disparition complète de la symptomatologie. Il en est résulté une forte limitation de la mobilité du rachis cervical, en particulier les rotations.
- **Conclusion** : l'arthrose érosive des articulations C1-C2, le plus souvent unilatérale, est rarement décrite dans la littérature, les premières séries rapportées datant de 1960. Toutefois, certains auteurs relèvent une prévalence de 4% chez les patients présentant des troubles dégénératifs périphériques ou rachidiens. Les douleurs occipito-cervicales sont d'allure mécanique ; il y a parfois une irradiation ascendante bilatérale ou unilatérale, mimant une névralgie d'Arnold, et des céphalées. Les douleurs ont rarement un caractère inflammatoire comme dans nos deux cas. L'articulation C1-C2, dont les surfaces sont peu congruentes, est surtout responsable de la rotation de la tête. On trouve à l'examen clinique une limitation de la rotation. Le diagnostic est radiologique, au moyen de clichés standard et d'un CT. La relation entre l'arthrose C1-C2 et un traumatisme antérieur n'est pas certaine. Le traitement est conservateur. En cas d'échec de ce traitement ou d'instabilité, l'arthrodèse est proposée, mais elle a un retentissement fonctionnel important, avec perte des rotations.