

Traumatismes du rachis cervical

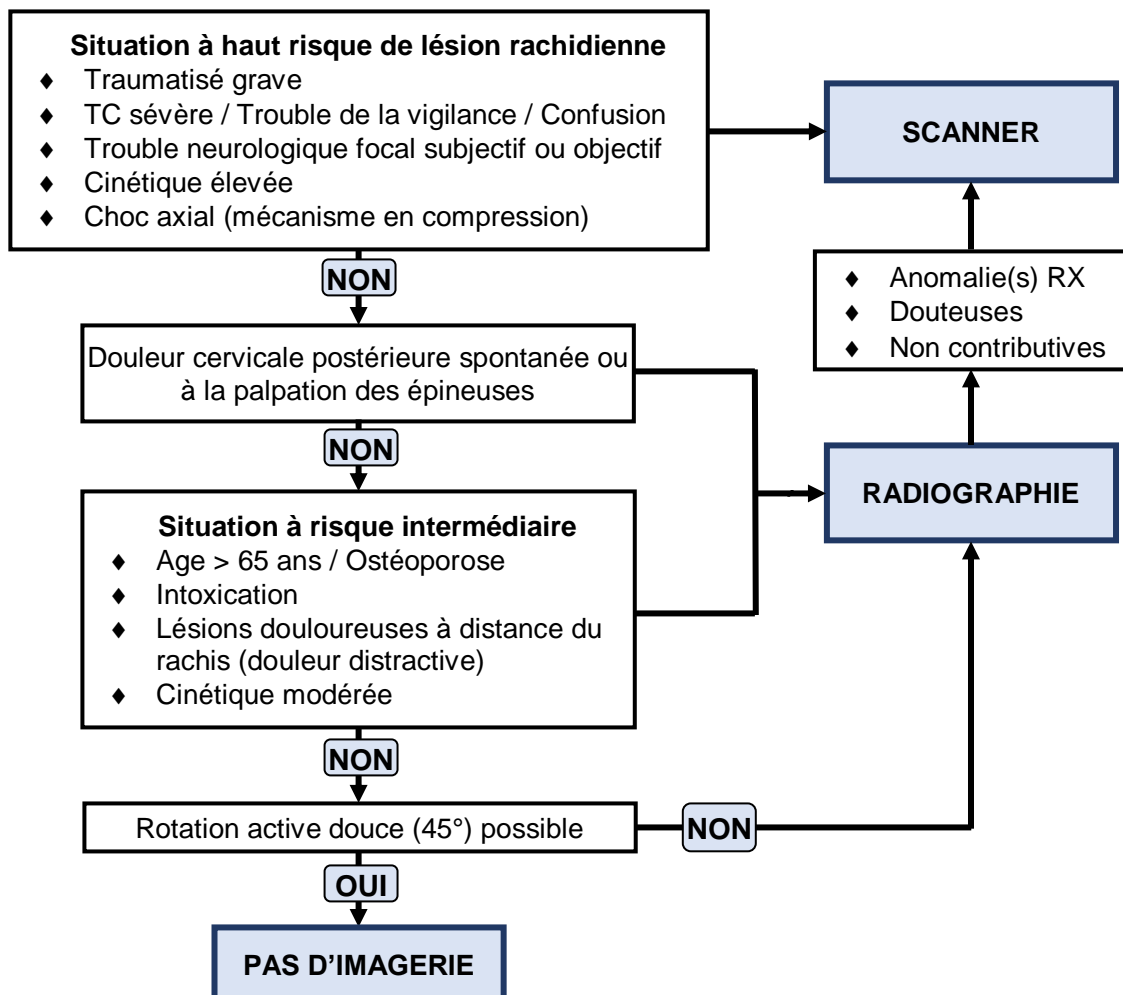
- ◆ 2 terrains :
 - Jeune avec haute cinétique
 - Sujet âgé / ostéoporotique avec chute de leur hauteur
- ◆ Toujours rechercher une lésion associée, fréquente (TC et rachis thoraco-lombaire ++)
- ◆ Distinction :
 - Rachis cervical supérieur (Articulation occipito-atloïdienne → Disque C2 – C3)
 - Lésion neurologique souvent létale par atteinte bulbo-pharyngée (immédiate / déplacement secondaire)
 - Rachis cervical inférieur (C3 → C7)
 - En dehors de certaines atteintes au niveau de C3 – C4 (atteinte respiratoire par lésion du nerf phrénique), lésion neurologique permettant la survie

Tout traumatisé crânien est un traumatisé cervical JPC

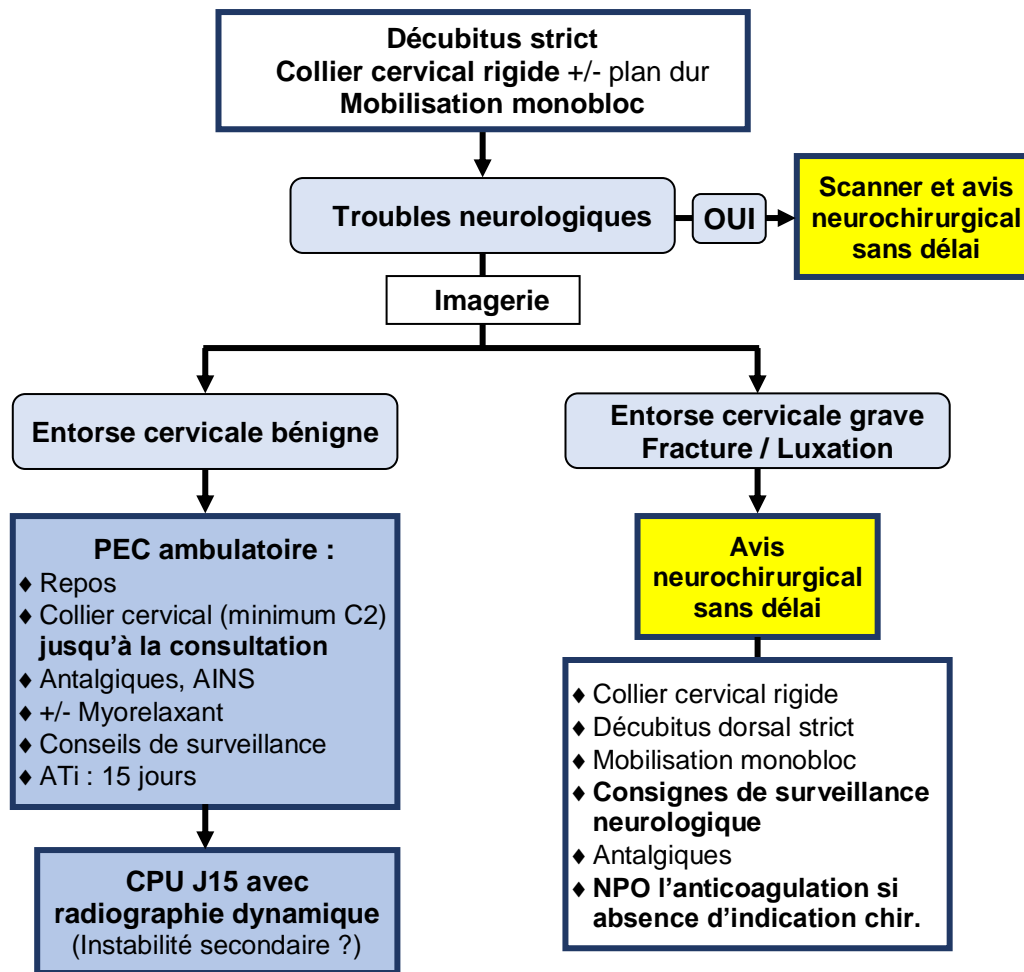
Mécanismes

- ◆ Hyperflexion (décélération brutale)
- ◆ Hyperextension (véhicule percuté par l'arrière, chute de sa hauteur chez la personne âgée (fracture de l'odontoïde))
- ◆ Compression (plongeon en eau peu profonde)
- ◆ Rotation
- ◆ Et surtout combinaison de ces mécanismes : coup de fouet (= Whiplash, flexion – extension), hyperextension – rotation...

Stratégie d'imagerie



Prise en charge



Critères diagnostiques de l'entorse cervicale grave (→ Critères de Louis)

- Entorse grave si présence de 3 critères sur 5 :**
- ♦ **Antélisthésis corporéal**
 - > 3.5 mm au-dessus de C4
 - > 2.5 mm au-dessous de C4
 - ♦ **Angulation des plateaux vertébraux > 10°**
 - ♦ **Perte du parallélisme des articulaires post.**
 - ♦ **Perte de contact des articulaires post. > 50 %**
 - ♦ **Ecart interépineux anormal / Fracture avulsion de l'épineuse**

