

Annexe 2 : Radiographies du rachis cervical

Clichés face, profil et face bouche ouverte (= incidence de l'odontoïde)

Analyse **systematique** → AABCDS

Adéquate (= critères de qualité) / Alignement / Bone (= os) / Cartilage / Disque / Soft (= tissus mous)

Incidence de profil (la plus importante)

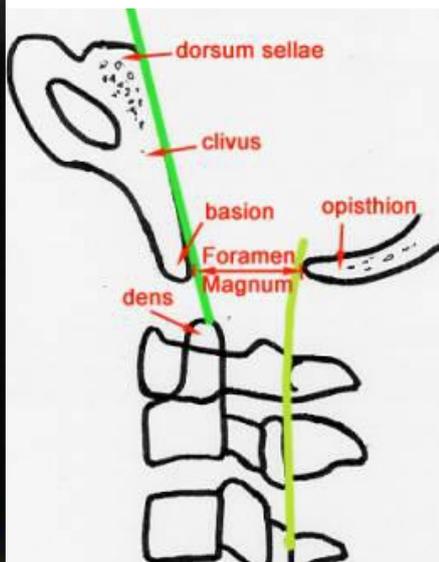
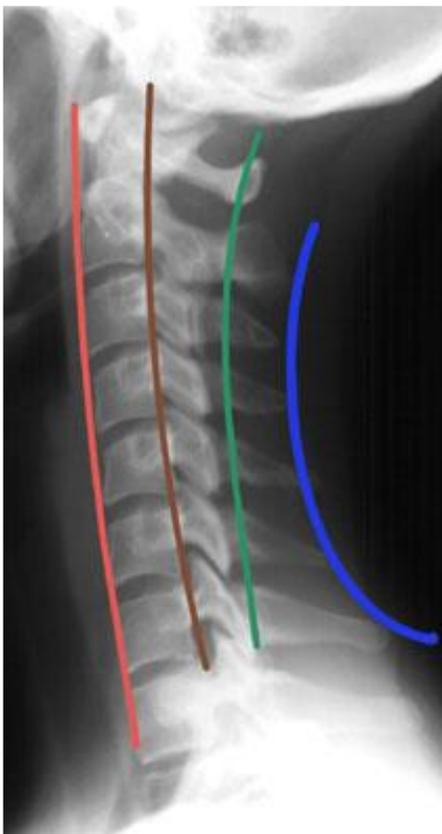
❖ Critères de qualité

- ◆ Visualisation des **7 vertèbres** et de la **jonction C7 – T1**
- ◆ **Superposition des processus articulaires** droit et gauche (+/- aspect de double contour)

❖ Alignement

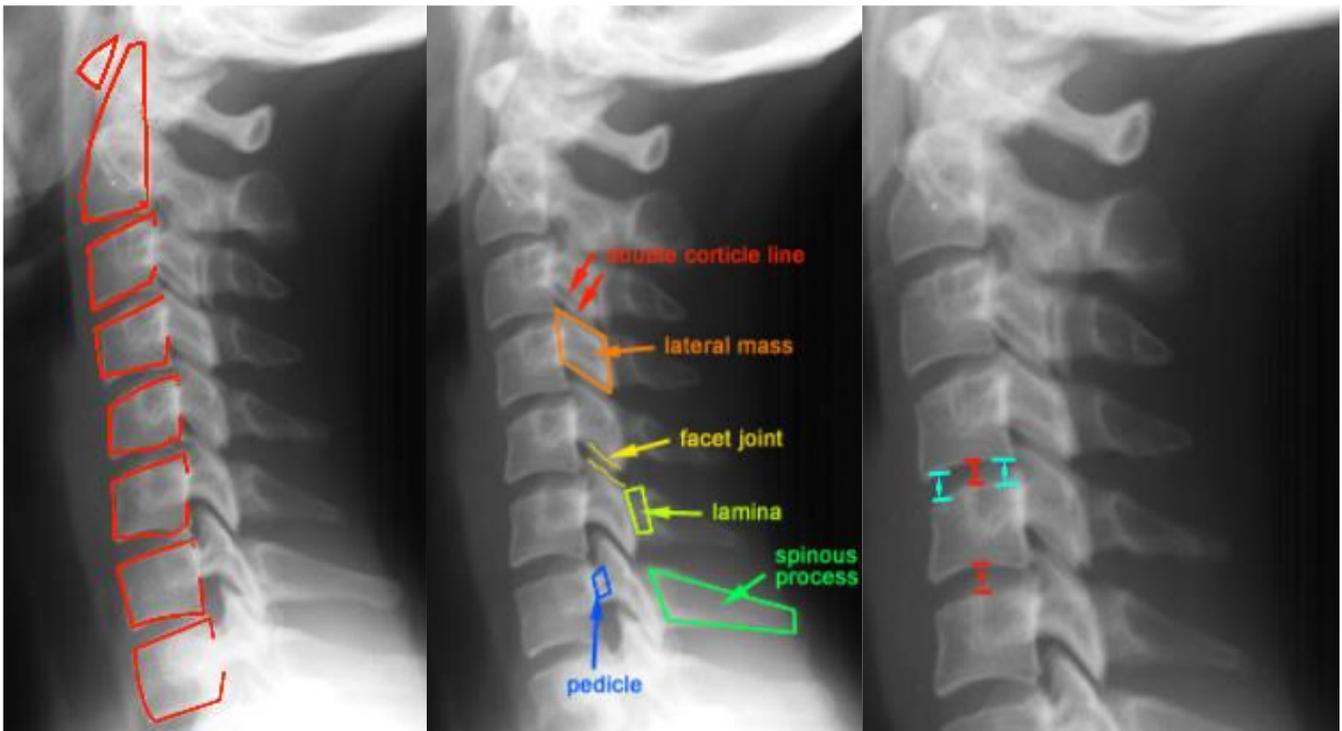
- ◆ Etude de la **courbure rachidienne** → *Lordose physiologique*
- ◆ Etude des **4 lignes** → *Légèrement courbe en lordose, parallèles, harmonieuses et sans décalage*
 - **Vertébrale antérieure**
 - **Vertébrale postérieure**
 - **Spinolamaire**
 - **Postérieure des épineuses**
- ◆ Etude de l'**alignement atlanto-occipital**
 - Bord antérieur du foramen occipital ↔ odontoïde
 - Bord postérieur du foramen occipital ↔ ligne spinolamaire
- ◆ Etude de l'**espace interépineux** → *Harmonieux, globalement équivalent (fonction de la lordose)*
- ◆ Etude de l'**index atlanto-dental** (= ADI = espace entre bord postérieur de l'arc antérieur de l'atlas et bord antérieur de la dent de l'axis)
 - > 3 mm : *rupture du ligament transverse (ou fracture de l'odontoïde)*
 - > 5 mm : *incompétence des ligaments accessoires surajoutée*

Considérer la moindre dysharmonie comme une atteinte ligamentaire ou une fracture occulte...
 → Immobilisation du rachis cervical jusqu'à diagnostic définitif
 ... mais une dysharmonie peut être physiologique (notamment sur rachis dégénératif)



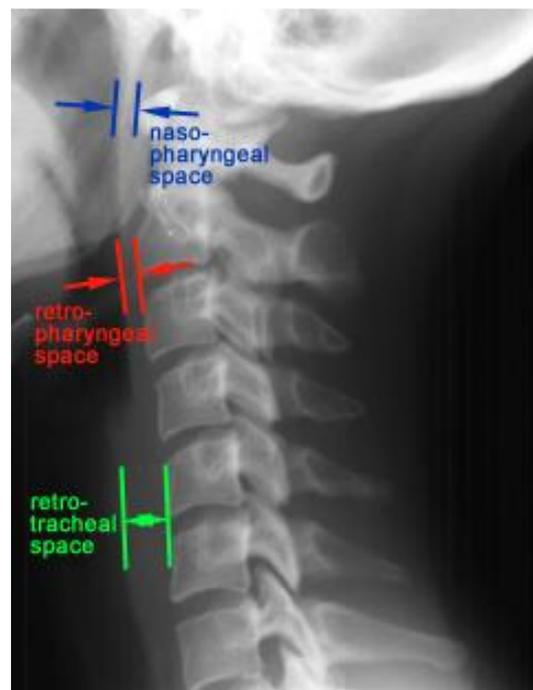
❖ **Os, cartilage et disque**

- ◆ Etude des **corps vertébraux** :
 - Rectangulaire à partir de C3 (+/- bord postérieur > bord antérieur, jusqu'à 3mm)
 - Hauteur des corps vertébraux approximativement égale (+/- C4 - C5 < C3 - C6)
- ◆ Etude des **pédicules** et **masses latérales** (droite et gauche superposés), des **lames**, des **processus épineux** (taille croissante de C3 → C7)
- ◆ Etude des **articulaires postérieures** :
 - Superposition droite / gauche → Aspect de double contour
 - Empilés
 - Interlignes de taille approximativement égale à tous les niveaux
- ◆ Etude des **espaces discaux** :
 - Plateaux parallèles
 - Hauteur approximativement égale en avant et en arrière et à chaque niveau (sauf sur rachis dégénératif)

❖ **Tissus mous paravertébraux**

- ◆ Espace naso-pharyngé (C1) ≤ 10 mm
- ◆ Espace rétro-pharyngé (C2 - C4) ≤ 6 mm
- ◆ Espace rétro-trachéal (C5 - C7) ≤ 22 mm

Epaississement
=
Hématome secondaire à une fracture (+/- occulte)



Incidence de face❖ **Critères de qualité**

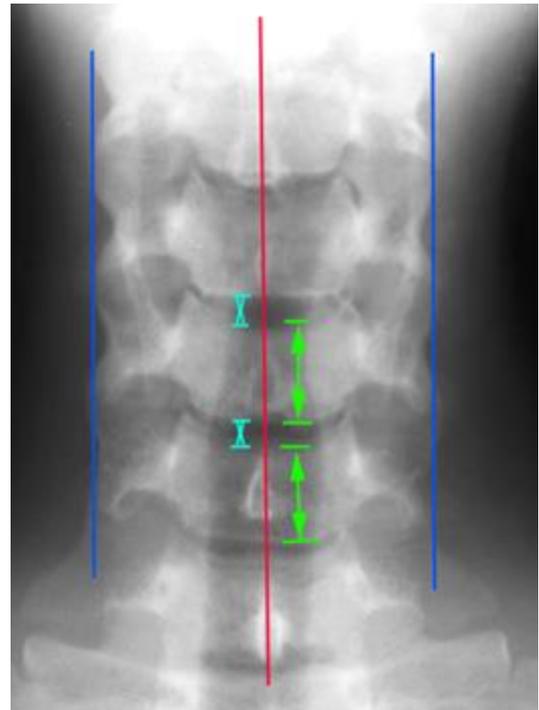
- ◆ Position médiane de la trachée et des épineuses
- ◆ Bonne visibilité des disques de C3-C4 à C7-T1

❖ **Alignement**

- ◆ Du bord des **corps vertébraux et des piliers articulaires**
- ◆ Des **processus épineux**, centrés
→ Sinon, trouble rotatoire → Luxation articulaire
- ◆ **Distance interépineuse** globalement équivalente (prise en compte la lordose)

❖ **Os, disque**

- ◆ Empilement des masses latérales et des uncus
- ◆ Hauteur des corps vertébraux approximativement égale à tous les niveaux
- ◆ Hauteur de chaque espace discal approximativement égale à tous les niveaux, plateaux parallèles

**Incidence de l'odontoïde**❖ **Critères de qualité** → Odontoïde et bords latéraux de C1 et C2 entièrement vus❖ **Alignement**

- ◆ **Distance odontoïde - masses latérales de C1 égale de façon bilatérale**
→ Si asymétrie → fracture de C1 / C2 ou rotation anormale (ou simple bascule de la tête)
- ◆ **Condyles occipitaux ↔ Masses latérales et surfaces articulaires supérieures de C1**
- ◆ **Pointe de la masse latérale de C1 ↔ Bord latéral de la surface articulaire supérieure de C2**
→ Sinon, suspecter une fracture de C1
- ❖ **Os** → Corticale ininterrompue entre l'odontoïde et le corps de C2

