**COMPTE-RENDU D’HOSPITALISATION**

Madame **DENIS Carole**, 50 ans, est adressée par le SAMU pour AVP, avec traumatisme crânien sans PC le 15/04/N.

ANTECEDENTS :

Essentiellement, polyarthrose avec spondylarthrose ostéophytique et gonarthrose bilatérale sur genu varum.

A L’ENTREE :

Douleur précise de la charnière cervico dorsale.

Acroparesthésie du membre supérieur droit.

Parésie du biceps homol latéral et du pouce.

RADIO DE LA COLONNE CERVICALE :

Pas de rupture du membre postérieur sur les clichées standard, mais inversion de la courbure cervicale avec légère cyphose centrer sur C7, discopathie C5-C6 et arthrose inter apophysaire postérieur ancienne.

La scanographie ne montre pas de trais de fracture basiodontoïdienne.

Il s’agit donc d’une entorse cervicale avec atteinte radiculaire C5-C6 sur cervicarthroses anciennes.

Une RMN demandée devant les discrets troubles neurologiques confirme la saillie ostéophytique sous forme d’un hyposignal fessant saillie dans le canal médullaire et venant en contacte du cordon médullaire. Il s’agit bien d’un canal médullaire étroit.

TRAITEMENT :

Il associe la contention cervicale par minerve à une kinésithérapie douce.

La patiente entre chez elle avec une immobilisation qui devra être poursuivie durant trois semaines. La persistance, à distance de l’accident initial, des troubles neurologiques pourrait être alors faire envisager une myélo- radiculographie ainsi qu’une discographie du disque responsable C5-C6.