

# Approche des cervicalgies d'origine discale

## RÉSUMÉ | SUMMARY

La prévalence des cervicalgies est de 70 % environ et des céphalées d'origine cervicale (cervicogéniques) de 20 à 30 %. Il semble que la gêne lors des activités de la vie quotidienne est plus importante que pour les lombalgies.

L'approche discale, bien que certainement moins fréquente qu'au niveau de la région lombaire, est particulièrement intéressante. La stratégie est codifiée et permet une « autoprise en charge » précieuse vers l'amélioration symptomatique.

*The prevalence of neck pain is about 70% and headache cervical origin (cervicogenic) 20 to 30%. It seems the discomfort during activities of daily living is important for low back pain.*

*The approach disc, although certainly less frequent at the level of the lumbar region, is particularly interesting. The strategy is codified and self-treatment is necessary.*

## Arnaud CERIOLI

Kinésithérapeute  
cadre de Santé  
Certifié en thérapie manuelle (MTM)  
Formateur en IFMK (CEERRF, EFOM, AP-HP, ENKRE, Reims) et en thérapie manuelle (ITMP)

## Damien PHILIPPEAU

Kinésithérapeute  
Thérapeute manuel  
au Groupe hospitalier Diaconesses  
Croix Saint-Simon de Paris  
Formateur en formation initiale et en continue à l'ITMP

## Gilles BARETTE

Kinésithérapeute  
Directeur général  
ITMP de Paris

## Fabrice BARILLEC

Kinésithérapeute  
Directeur technique  
ITMP de Paris

## Xavier DUFOUR

Kinésithérapeute  
Ostéopathe D.O.  
Directeur de l'ITMP de Paris

Les auteurs déclarent ne pas avoir un intérêt avec un organisme privé industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

Kinésithér Scient 2013;541:5-9

## MOTS CLÉS | KEYWORDS

▶ Autotraitement ▶ Cervicalgie ▶ Discal ▶ Extension ▶ Radiculaire

▶ Self-treatment ▶ Neck pain ▶ Disc ▶ Extension ▶ Radicular

## LES STRUCTURES EN PRÉSENCE [1]

Quelques particularités anatomiques et biomécaniques sont à rappeler ici :

- il n'existe pas de disque intervertébral entre C0-C1 et C1-C2 ;
- la présence des uncus qui limite le « débordement du disque » ;
- l'artère vertébrale qui chemine de C1 à C6 par les foramen transverses ;
- il existe un couplage entre la rotation et l'inclinaison homolatérales ;
- le disque a grossièrement une forme de croissant (annulus fibrosus épais en avant, plus mince latéralement et en arrière, noyau fibro-cartilagineux) ;
- la translation antéro-postérieure du rachis cervical est supérieure aux autres niveaux rachidiens du fait de l'orientation des interapophysaires.

Avec l'âge (après 25 ans environ) le disque tend à se fissurer, ce qui peut être considéré comme usure normale et le plus souvent asymptomatique. La diminution de hauteur du disque peut favoriser son renflement dans le canal cervical ou la formation d'une saillie postérieure, entraînant ainsi des symptomatologies radiculaires.

## LA SYMPTOMATOLOGIE DISCALE

### ■ Les signes généraux

- La symptomatologie est majorée au réveil (réhydratation du disque) et le soir (insuffisance discale) ;
- les douleurs sont mal systématisées, irradiantes dans la région cervico-scapulaire ;
- les positions de flexion globale ou d'antéposition de la tête majorent les symptômes ;
- les efforts de toux entraînent une recrudescence des signes douloureux ;
- le test de « spurling » (compression dans l'axe de la tête) tend à majorer les symptômes.

### ■ Les signes radiculaires

Ils sont à rechercher et à interpréter de manière systématique :

#### ■ Sensitifs [2]

- C2-C3 : région occipitale, temporale ou frontale ;
- C3-C4 : région occipitale et nuque ;
- C4-C5 : dessus de l'épaule et face latérale du bras (galbe) ;

- C6-C7 : face postérieure du bras et de l'avant-bras jusqu'au médium et au pouce ;
- C8-T1 : 5<sup>e</sup> doigt, face interne de l'avant-bras.

## ■ Moteurs

La présence d'une perte de force inhabituelle est un facteur de gravité habituelle [3]. Le patient doit être réorienté vers le prescripteur. Un « *break test* » comparatif peut être pratiqué.

- C4 : élévation des épaules ;
- C5 : abduction du bras ;
- C6 : flexion du coude ;
- C7 : extension du coude ;
- C8 : extension du pouce ;
- T1 : abduction/adduction des doigts (intrinsèques).

## ■ Réflexes

- C5 et C6 : biceps brachial ;
- C7 : triceps brachial.

## LES GRANDS PRINCIPES DE L'EXAMEN CLINIQUE, D'APRÈS Mac KENZIE [4]

La prise en charge des rachialgies d'origine discale est nécessairement associée au praticien néo-zélandais de plus en plus connu en France, Robin Mac Kenzie. Son approche est rigoureusement codifiée comme nous l'avons déjà évoqué récemment concernant la lombalgie [4].

L'observation de la posture du patient tend à mettre en évidence une fréquence importante des antépositions de tête chez les cervicalgies, extension du rachis cervical haut (RCS), flexion du rachis cervical moyen et inférieur (RCI), ce qui est confirmé par Bogduk par ailleurs [3]. D'autres troubles de la posture peuvent bien entendu être présents (trouble rotatoire du torticolis par exemple).

Le deuxième temps de l'examen peut consister à demander une correction de cette position par une translation postérieure (flexion du RCS, extension du RCI) et d'en apprécier l'effet sur la symptomatologie (recherche du phénomène de centralisation,

► **Tableau I**  
Progression des forces

Patient seul (actif)
Suppression par le patient (actif <sup>++</sup> , passif <sup>+</sup> )
Suppression par le praticien (actif <sup>+</sup> , passif <sup>++</sup> )
Mobilisation par le praticien (passif <sup>++</sup> )

c'est-à-dire d'une concentration des symptômes sur l'axe rachidien de manière localisée).

L'examen de la mobilité peut commencer par rechercher une perte de celle-ci. Dans la plupart des cas, l'extension et la translation postérieure seront les deux secteurs les plus amputés. Le praticien va alors exploiter une « progression des forces » (tab. I) afin de rechercher la réponse symptomatique favorable (centralisation).

Une périphérisation des symptômes nécessitera l'arrêt de celle-ci et l'exploration des plans frontal ou basal (inclinaison et rotation du côté symptomatique). Il est nécessaire de réussir à déterminer une direction de mouvement qui centralise, puis diminue les symptômes (on parle de « préférence directionnelle » qui, dès qu'elle est identifiée, exonère de la poursuite des tests de mobilité).

Mac Kenzie classe alors la symptomatologie du patient en 3 syndromes :

- **dérangement** : la symptomatologie est changeante, variable et particulièrement sensible aux tests pratiqués en général (c'est l'image d'un matériel intra-articulaire mal positionné). La stratégie consistera à rechercher la réduction de ce dérangement par des mouvements répétés et des postures dans le sens de la préférence directionnelle ;
- **dysfonction** : les symptômes sont majorés en fin d'amplitude (présence de fibroses rétractiles). La stratégie consistera dès lors à favoriser le remaniement tissulaire par des mises en tension (mouvements, postures) progressives ;
- **postural** : les symptômes apparaissent aussi en fin d'amplitude mais plutôt lorsque la position est maintenue de manière prolongée (insuffisance vasculaire tissulaire). Cette fois, il faudra faire « sortir » de manière durable le patient de cette position inadéquate.



► **Figure 1**

**Extension en actif**

Observer la direction de la pointe du nez comme repère



► **Figure 2**

**Translation postérieure en actif**

À noter le « double-menton »

## ÉVALUATION NEURO-MÉNINGÉE

La présence d'adhérence de racine nerveuse cervicale peut être explorée par les tests de mise en tension des nerfs. Pommerol [5] les reprend dans son ouvrage, patient en décubitus dorsal :

- **ULNT1 (médian)** : abaissement du moignon, mise en abduction à 110°, supination, poignets et doigts mis en extension coude fléchi, rotation latérale de l'épaule, puis extension du coude. Le praticien se place dans l'espace thoraco-brachial ;
- **ULNT2 (radial)** : abaissement du moignon bras à 20° d'abduction, extension du coude, rotation médiale du bras et de l'avant-bras, flexion du poignet et inclinaison ulnaire, flexion des doigts. Le praticien se place cette fois à la tête du patient ;
- **ULNT4 (ulnaire)** : même position de départ que pour l'ULNT1, puis extension du poignet et supination de l'avant-bras, flexion du coude, rotation latérale de l'épaule, abduction d'épaule.

## TECHNIQUES DE TRAITEMENT

La stratégie discale s'appuie sur des principes codifiés [3] :

- techniques utilisées : mouvements répétés (100 à 150 par jour), postures en fin d'amplitude ;

- secteurs de traitement : en priorité le plan sagittal (extension (fig. 1) et/ou translation postérieure (fig. 2), puis frontal (inclinaison) ou basal (rotation) ;
- progression des forces : en actif, avec une surpression du patient ou du praticien (activo-passif) (fig. 3a, 3b, 4 et 5), mobilisation passive (fig. 6 et 7) ;
- charge ou décharge (décubitus dorsal) en fonction de la réponse symptomatique.

Le choix de la technique dépendra des indicateurs cliniques : elle sera adaptée si les symptômes



► **Figure 3a**

Surpression en translation postérieure particulièrement indiquée pour traiter les céphalées cervicogéniques (en posture)

## Approche des cervicalgies d'origine discale



► Figure 3b

Surpression du praticien en translation postérieure  
(placer la main postérieure en dessous  
des thoraciques supérieures)



► Figure 4

Automobilisation avec surpression  
par le patient  
en inclinaison du côté symptomatique



► Figure 5

Automobilisation avec surpression par le patient  
en rotation du côté symptomatique



► Figure 6

Mobilisation en extension par le praticien en décharge  
(galbe des épaules en débord de table pour optimiser la mobilité  
des thoraciques supérieures)



► Figure 7

Mobilisation par le praticien associant  
des « pompages » en inclinaison  
du côté symptomatique

poursuivent leur centralisation. La progression des forces est particulièrement intéressante en cas de « stagnation » des symptômes ou si la technique est « sans effet ».

La mise en tension des racines nerveuses pourra s'effectuer en installant progressivement le patient dans la position des tests vus plus haut, en y associant un mouvement répété de la tête (flexion, inclinaison controlatérale) jusqu'à cédation des symptômes (fig. 8).

## CONCLUSION

L'approche discale des cervicalgies est clairement présente dans la littérature mais sa mise en pratique peut s'avérer délicate du fait de la grande mobilité de ce levier.

Nous sommes particulièrement convaincus que cette approche doit être complétée d'une stratégie de renforcement musculaire, notamment du long du cou comme le préconise D. Fallah dans ses études, ainsi que de techniques d'entretien (gymnastique « à la serviette », etc.). ✖



► Figure 8

Mise en tension neuroméningée :  
le patient effectue des flexions et des inclinaisons  
controlatérales de la tête



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut Mac Kenzie. *Formation continue en diagnostic et en thérapie mécanique. Partie B : La colonne cervicale et dorsale*. Cahiers de formation, mai 2006.
- [2] Vital JM, Lavignolle B, Pointillart V, Gille O, De Sèze M. Cervicalgie commune et névralgies cervico-brachiales. *EMC* 2004, 15-831-A10.
- [3] Bogduk N, Mac Guirk B. *Prise en charge des cervicalgies aiguës et chroniques : une approche basée sur les preuves*. Éditions Elsevier-Masson, 2008.
- [4] Sagi G, Boudot P, Vvandeput D. Méthode Mac Kenzie : diagnostic et thérapie mécanique du rachis et des extrémités. *EMC* 2011, 26-076-A10.
- [5] Philippeau D, Dufour X, Cérioli A. Méthode Mac Kenzie et hernie discale : pour une approche pragmatique. *Kinésithér Scient* 2012;529-11-8.
- [6] Pommerol P. *Ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuroméningé*. Éditions Sauramps Médical, 2006.
- [7] Nee RJ, Vicenzino B, Jull GA, Cleland JA, Coppieters MW. Neural tissue management provides immediate clinically relevant benefits without harmful effects for patients with nerve-related neck and arm pain: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy* 2012;58(1):23-31.