

# Torticollis versus cervicalgie aiguë



# Torticolis aiguë

- Est une entité distincte
  - S'établit sur la difformité rotatoire caractéristique
  - N'est pas un diagnostic différentiel de cervicalgie
  - Comporte des causes cervicales
    - Piégeage méniscoïde par rapport aux zigapophysaires
    - Subluxation atlanto-axoïdienne
  - Mais comporte des causes non cervicales
    - Pathologie du noyau gris central

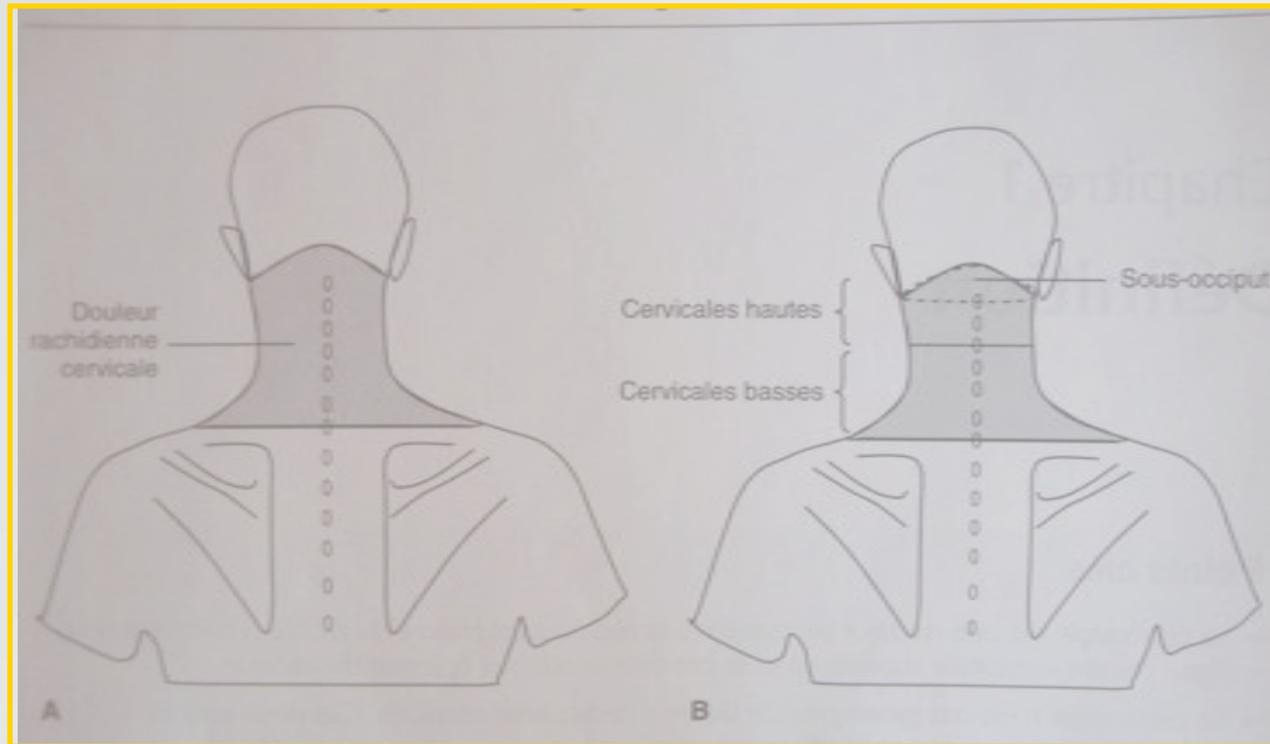
# Cervicalgie aiguë

- Est considérée comme une cervicalgie une douleur siégeant entre la ligne occipitale supérieure et le processus épineux de la première thoracique
- Est considérée comme aiguë une douleur de moins de trois mois
- Est considérée comme chronique une douleur de plus de trois mois

# Cervicalgie aiguë

- Il faut donc dans un premier temps éliminer les causes peu fréquentes ou rares mais graves qui sont
- Tumorales, infectieuses, traumatiques, vasculaires (anévrisme), neurologiques (névromes)
- Causes bénignes
  - Wisplash, entorse, inconnue

# Cervicalgie aiguë



# Cervicalgie aiguë

- Pour l'IASP (International Association for the Study of the Pain), il y a donc:
  - Douleur rachidienne d'origine inconnue
  - Lésion accélération-décélération ou Whiplash
- Elle admet les lésions musculaires et les dysfonctions articulaires mais uniquement à partir de tests fiables

# Cervicalgie aiguë

- Pour des raisons pratiques, l'Australian Acute Muskoletal Pain Guidelines Group recommande uniquement deux termes qui sont:
  - Cervicalgie associée à un whiplash
  - Cervicalgie sans cause connue ou cervicalgie idiopathique

# Cervicalgie aiguë

- Pour Nikolai Bogduk dans son approche fondée sur les preuves, le moment important est l'anamnèse du patient mais ne permet pas de poser le diagnostic précis
- Il recommande d'utiliser des check list afin de gagner du temps mais aussi de se protéger en tant que soignant en prouvant que rien de particulier n'a été trouvé

# Cervicalgie aiguë

Site de la douleur

Irradiation

Durée de l'affection

Circonstances de survenue

Mode d'installation

Qualité de la douleur

Intensité de la douleur

# Cervicalgie aiguë

Fréquence de la douleur

Durée de la douleur

Délai d'installation

Facteurs déclenchants

Facteurs aggravants

Facteurs de soulagement

Signes associés

# Notion de triage

- Constitue la phase initiale de la prise en charge du cervicalgique
- Correspond au diagnostic d'exclusion
- Utilise un algorithme décisionnel

# Triage

## Signes neurologiques

- Oui = prise en charge neurologique
- Non prise en charge M-K ou ThM

## Signes traumatiques

- Oui = radios et imagerie
- Non prise en charge M-K ou ThM

## Signes d'alerte

- Drapeaux rouges
- Drapeaux oranges

# Triage

- Si rien de particulier de retenue, on considère que l'on est face à une cervicalgie idiopathique
- Pour Nikolai Bogduk les différentes techniques ne semblent pas probantes
  - Tractions inefficaces
  - Collier inefficace
  - Thérapie manuelle plus efficace que les traitements limités habituels du généraliste mais pas plus efficace que la kinésithérapie ou le travail à domicile
  - À long terme la thérapie manuelle n'apporte pas plus que les autres thérapies

# Notre approche

- Les travaux sont souvent basés sur telle technique par rapport à telle technique
- L'approche est souvent parcellaire et ne tient pas compte des évolutions possibles
- Elle ne prend pas toujours en charge le patient dans sa globalité

# Organisation du bilan différentiel

## Local

- Tissu par tissu
- Modification tissulaire versus douleur

## Régional

- Recherche de causes régionales
- Membre supérieur par exemple

## À distance

- Autres parties du rachis
- Viscéral mais fonctionnel

# Traitement

## Libérer

- Tissus mous
- Tissus articulaires

## Maintenir

- RNSM
- Renforcement musculaire

## Entretenir

- Exercices musculaires et posturaux
- Ergonomie

Pour comprendre



Groupe 1 : Tendus de l'occiput au rachis cervical

petit oblique supérieur de la tête

grand oblique inférieur de la tête

petit et grand droit postérieur de la tête

complexus – splénius + superficiel

Particularité : **Faire tourner la tête par rapport au cou**

Groupe 2 : Tendus du rachis cervical à la base (thorax ou ceinture scapulaire)

Particularité : **Rôle de hauban autour d'un mât**

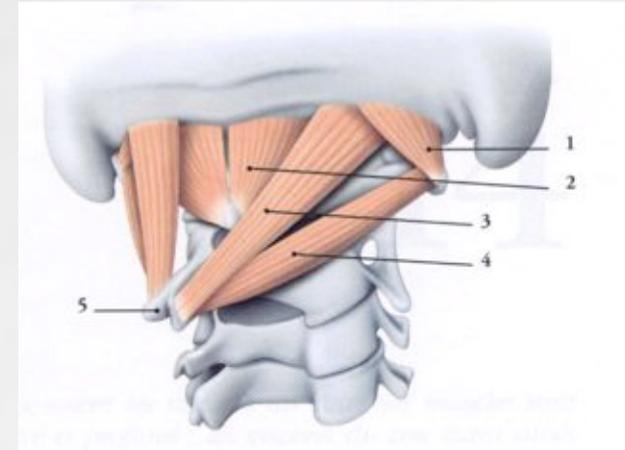
Groupe 3 : Intrinsèque mono-articulaire, petit muscle à l'étage

qui vont avoir un rôle de **stabilité**

Groupe 4 : Muscle qui traverse d'un bout à l'autre le rachis cervical sans s'insérer.  
SCOM, Trapèze supérieur

# Sous-occipitaux

- 1<sup>er</sup> Groupe : - Tous les mouvements de la tête sur le cou
- - entre occiput et atlas et atlas axis



# Les muscles associés

- Muscle splénius
  - Muscle tendu de la base occipitale à la région dorsale
  - Est souvent à l'origine de douleurs inter-scapulaires associées à des douleurs cervicales hautes
  - Joue un rôle d'arrimage sur le rachis dorsal



# Les semi-spinalis



- Tendu de l'écaille de l'occiput à C4-C6 (capitis) et de C7-T6 (cervicis)
- Existence de point gâchette
- Pour Travell et Simons, l'irradiation de la douleur se fait vers la région occipitale et frontale

2<sup>nd</sup> Groupe : Ces muscles sont tendus du rachis cervical à la base.

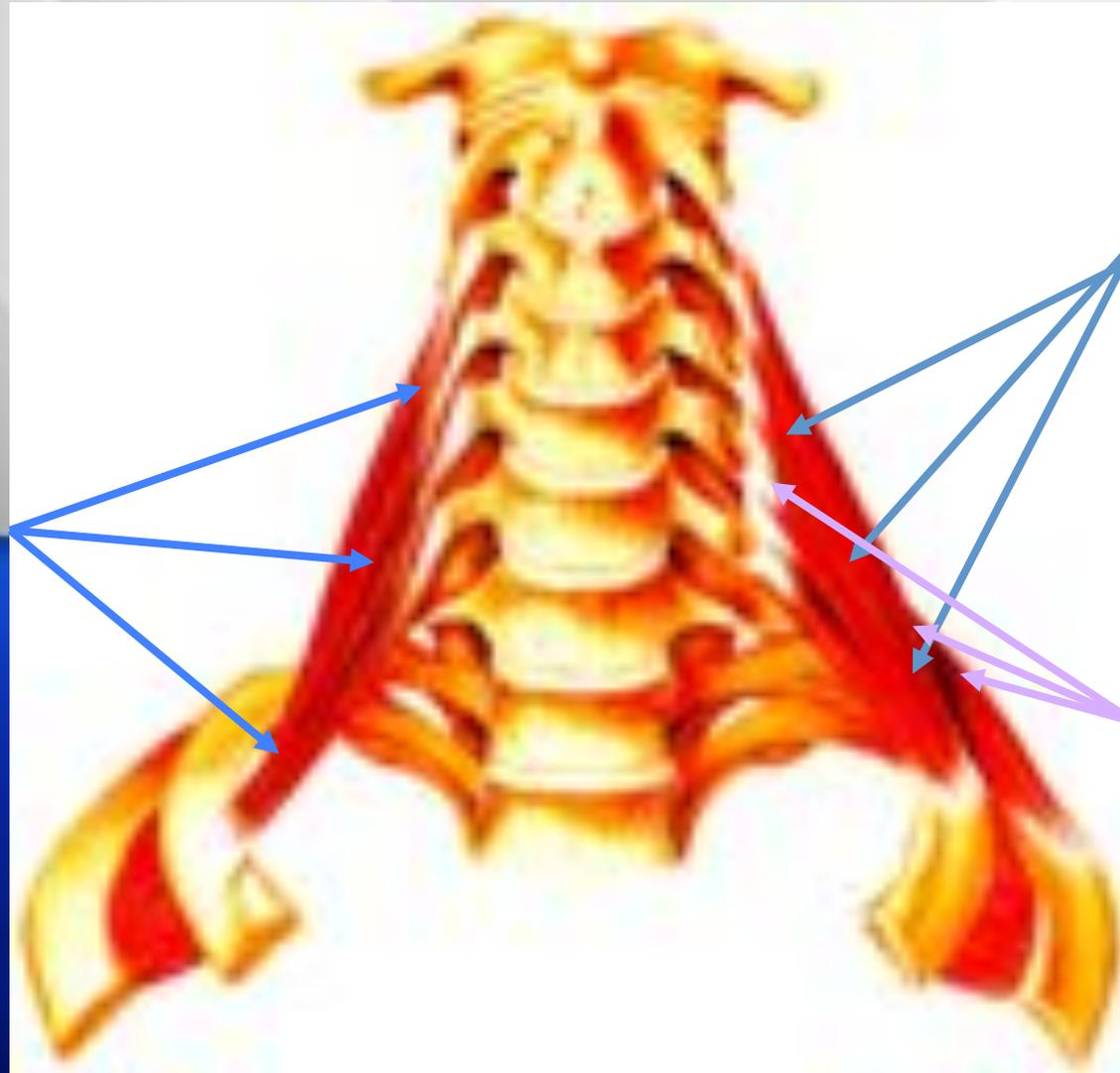
La base : Thorax, ou ceinture scapulaire

C' est une organisation musculaire où les deux acteurs sont principalement les **SCALENES et les ANGULAIRES**

Constante : Garder le regard à l' horizontal  
(permet de percevoir les informations extérieures)

L' ensemble du rachis cervical moyen est capable de bouger dans les 3 plans de l' espace grâce à cette organisation musculaire et d' être maintenu de façon posturale dans ces différentes positions de l' espace.

Scalène  
antérieur

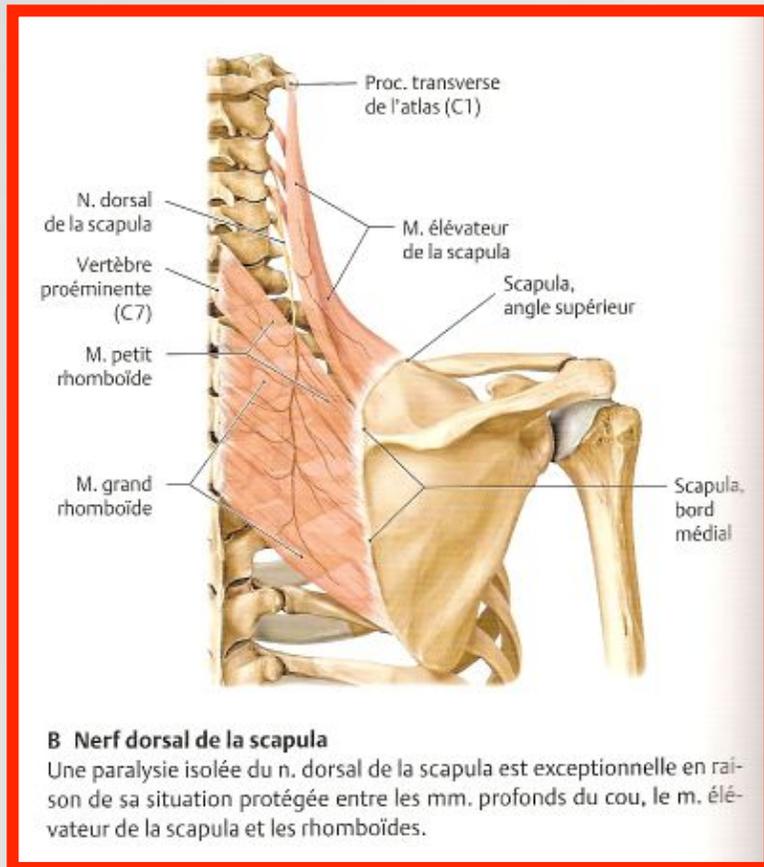


Scalène  
moyen

Scalène  
postérieur

itmp

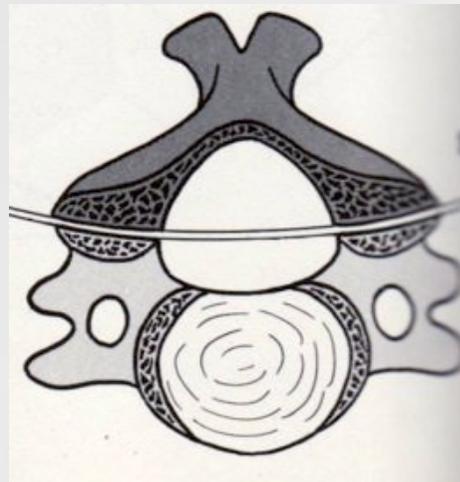
# Elevateur de la scapula



- L' élévateur de la scapula par ses insertions hautes joue un rôle important sur des dysfonctions cervicales hautes

# PATHOLOGIES MUSCULAIRES INTÉRESSANT LE RACHIS CERVICAL MOYEN

D'après Kapandji



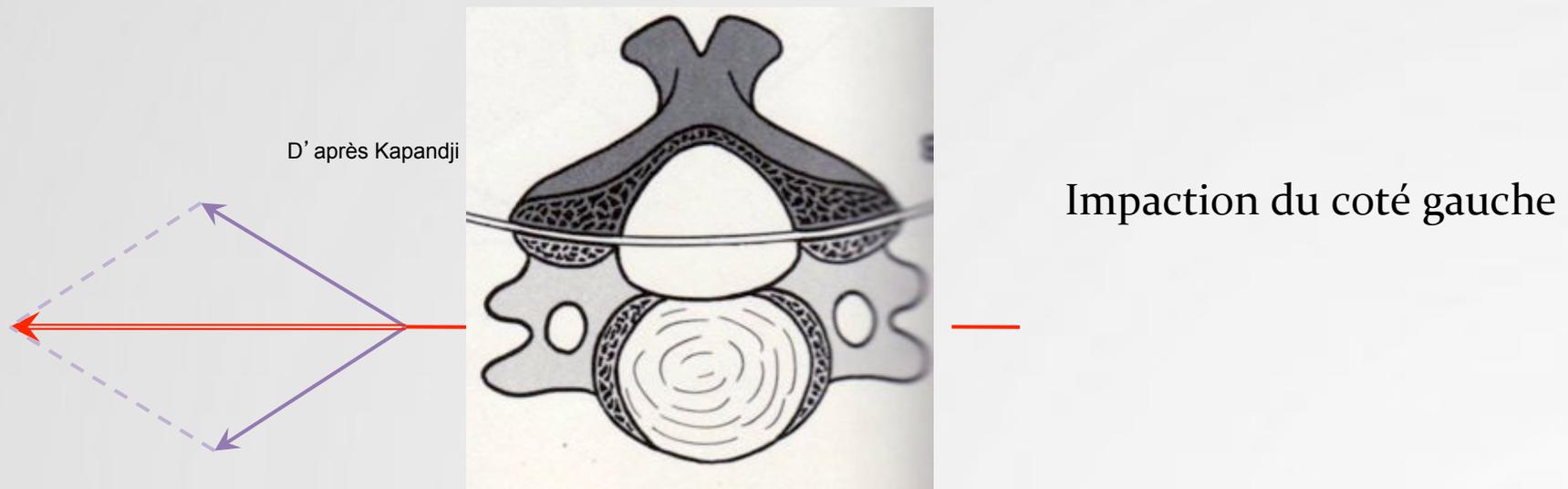
Scalène  
(articulaire D: s'antériorise)  
(Examen palpatoire)

Angulaire  
(articulaire G : se posteriorise)  
(Examen palpatoire)

Pathologie en rotation

1<sup>er</sup> cas : 1 scalène et 1 angulaire de chaque côté

# PATHOLOGIES MUSCULAIRE INTÉRESSANT LE RACHIS CERVICAL MOYEN



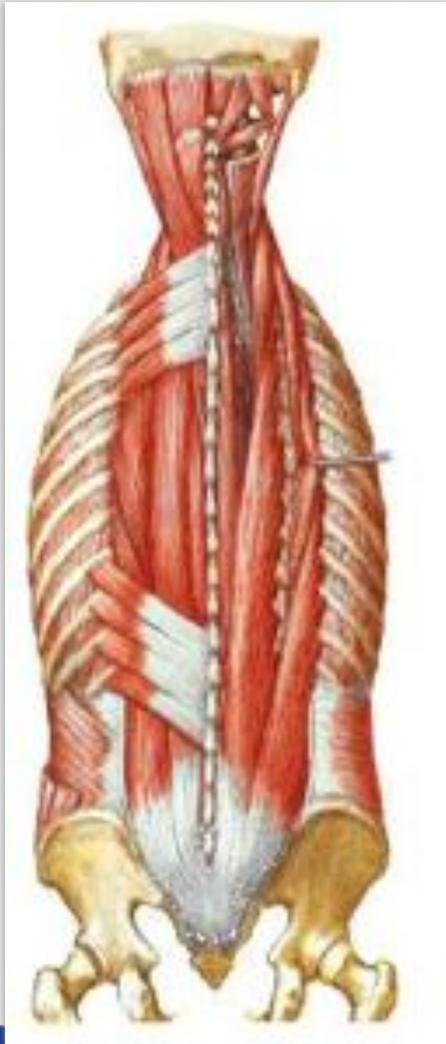
L'action de ces deux muscles va créer une translation latérale (convexité du rachis cervical moyen) associée avec une impaction du coté opposé

# Les rhomboïdes



- La partie musculaire qui nous intéresse est le petit rhomboïde qui s'insère sur la charnière cervico-dorsal
- Son atteinte se traduit par des douleurs dorsales ou scapulaires

# Le dentelé postéro-supérieur



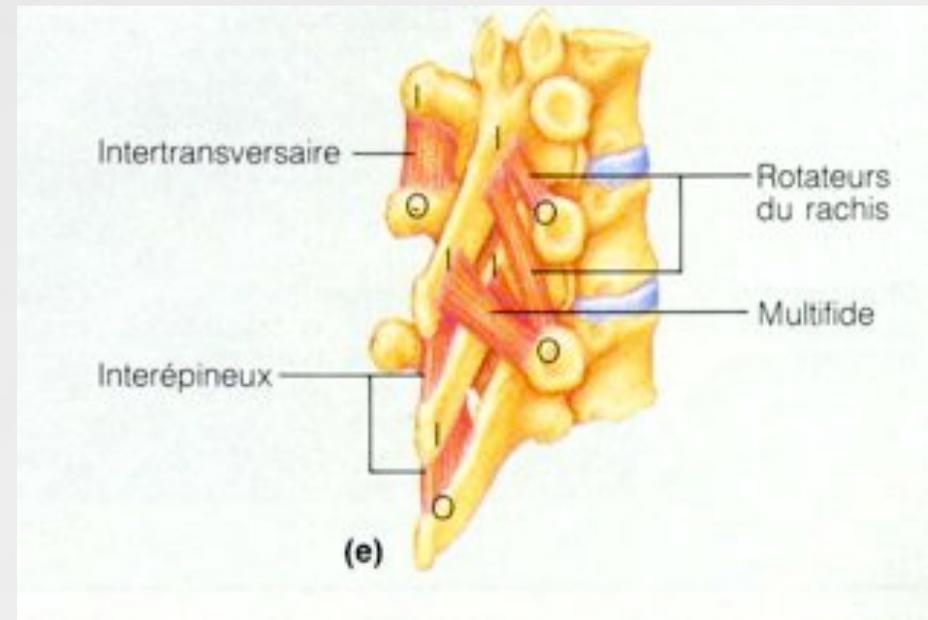
- Système d'arrimage du rachis cervico-dorsal et associé à un muscle plus superficiel qui est le rhomboïde
- Fixe la zone costale

# 3<sup>ème</sup> Groupe : Muscle Intrinsèque

Description : - Ils sont au nombre de 3 :

Transversaire épineux

- Inter Transversaire
- Inter épineux
- - Organisation de la première cervical à dernière vertèbre cervical.



## 4<sup>ème</sup> Groupe

Ces muscles sont tendus de la région occipitale à la base, ce sont des muscles n'ayant pas de véritable attache sur la région cervicale.

On compte parmi eux les muscles Trapèze et SCOM

Ils sont parfois qualifiés de muscles céphalogyres

Le Trapèze est en relation avec le Nerf d'Arnold au niveau de l'écaille de l'occipital réalisant un syndrome canalaire

Ce dernier pourrait être à l'origine de céphalées



# Dysfonction segmentaire (Fryer)

Modification amplitude Mvt:

- épanchement artriculaire aiguë au niveau des PAP
- Excarcération méniscoïde
- Hyperactivité musculaire et
- mode douloureux
- Fibrose de la capsule (chronique)

Sensibilité

Activation des nocicepteurs liés à la lésion tissulaire. Sensibilisation périphérique.

Modifications neuroplastiques de la corne postérieure et des centres nerveux supérieurs. Sensibilisation centrale



Modifications de la texture tissulaire

Inflammation des tissus péri-articulaires

Inflammation neurogénique

Avec activation des nocicepteurs

# Choix technique



# Techniques musculaires

- Reposent sur trois approches différentes et complémentaires qui sont
- Les levées de tension musculo-aponévrotiques
- Les techniques d'inhibition
- Les techniques de MET de Mitchell

# Les levées de tension

- Techniques mises au point dans les années 80,
- Reposent sur la notion de mise en course externe maximale possible et de contraction maximale supportée
- Entraînent une mise en allongement des structures passives
- Peuvent donc se révéler douloureuses dans certains cas

# Les techniques d'inhibition

- Reposent sur les travaux d'Irwin Korr
- Notion de fuseaux neuro-musculaires
- Dans le cadre de la cervicalgie aiguë, il y aurait une hyperexcitabilité de ce fuseau entretenant la fixation articulaire
- Le raccourcissement musculaire permettrait d'obtenir un relâchement du fuseau et donc une libération articulaire
- Hoover, Jones

# Les MET

## (muscular energy technics)

- Pour Fryer , ces techniques auraient une action sur les cervicalgies aiguës (Fryer 2005, Schweria 2008)
- Les mécanismes habituels d'action reposent :
  - Le contracté-relâché
  - Mais permettraient aussi la stimulation de la circulation et le drainage lymphatique (Havas 1997)
  - Permettraient avec les mobilisations articulaires passives une modification des gradients de pression autour et l'intérieur de l'articulation et un drainage des tissus et des articulations
  - Permettraient une hypoalgésie par activation de la substance grise péri-acqueducale
  - Relanceraient la proprioception

# Les techniques de mobilisation articulaire

- Se font sans ou avec impulsion
- Reposent sur les signes cliniques suivants:

|          |                            |                                   |
|----------|----------------------------|-----------------------------------|
| <b>T</b> | Tissue texture abnormality | Anomalie de la texture tissulaire |
| <b>A</b> | Assymmetry                 | Assymétrie                        |
| <b>R</b> | Range of motion            | Diminution de la mobilité         |
| <b>T</b> | Tenderness                 | sensibilité                       |

# Techniques de mobilisation

- Reposent sur la notion de barrière motrice
- Respectent la physiologie
- Se font après élimination des facteurs de risques
- Finalisent le traitement initial
- Ne doivent pas forcer l'articulation

# En conclusion

- Utilisation des techniques musculaires possibles pour le kinésithérapeute et le kinésithérapeute-ostéopathe
- Utilisation des techniques manipulatives pour le masseur-kinésithérapeute ostéopathe
- Ne pas oublier les origines discales



# Conclusion

- Article 3
- II. - Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants :
- 2° Manipulations du rachis cervical.

# Recommandations

- **1ère recommandation** : l'interrogatoire pré-manipulatif doit s'enquérir de manifestations indésirables (vertiges, état nauséeux...) ayant suivi une éventuelle première manipulation et ayant régressé spontanément. Cette constatation pouvant témoigner d'un accident ischémique de très petite taille, voire d'un simple spasme vasculaire, doit avoir une valeur d'alerte et contre-indiquer formellement toute manipulation cervicale.
- **2ème recommandation** : l'examen clinique et neurologique est indispensable avant tout acte manipulatif cervical afin d'éliminer, entre autres, un accident vertébro-basilaire ischémique en voie de constitution, pouvant se révéler par des cervicalgies entraînant la consultation.
- **3ème recommandation** : les indications des manipulations cervicales ainsi que les contre-indications techniques et médicales, relatives et absolues, doivent être impérativement respectées.

- **4ème recommandation** : le médecin manipulateur, diplômé, doit être techniquement très compétent. Un an d'exercice continu des techniques manipulatives après l'acquisition du diplôme universitaire paraît un minimum indispensable.
- **5ème recommandation** : au cours de la première consultation, il n'est pas recommandé de recourir aux manipulations cervicales. Les traitements médicamenteux classiques ainsi que les traitements manuels dépourvus de danger doivent être privilégiés. Ce n'est qu'en cas d'échec, après évaluation lors d'une deuxième consultation, qu'une manipulation cervicale peut être pratiquée ; la préférence doit être donnée aux manœuvres limitant au maximum la rotation. La manœuvre doit être faite avec beaucoup de douceur et précédée de tests pré-manipulatifs comportant une mise en tension cervicale préalable.