

L'Odyssée du rachis cervical



Cervicalgie versus Cervicalgies



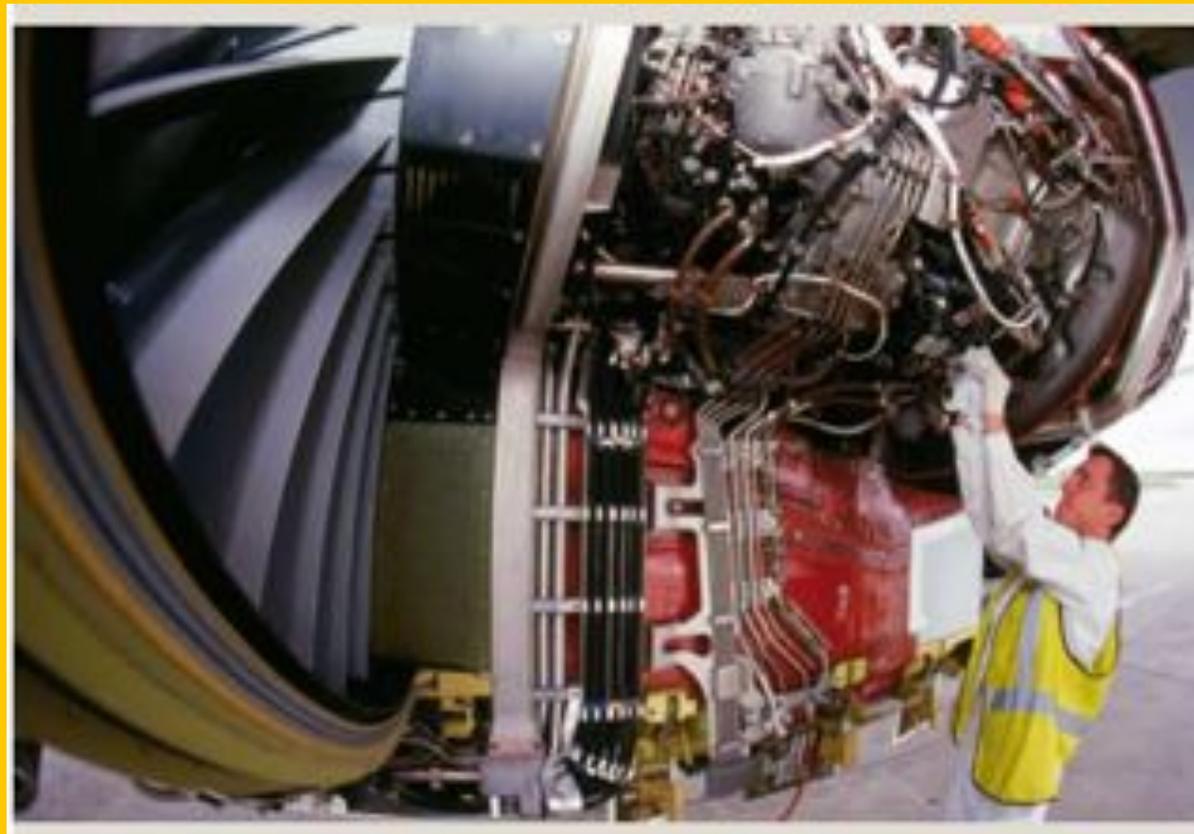
Gilles Barette
Masseur-kinésithérapeute DE
Ostéopathe DO FERO
Ergonome Européen



Etat des lieux

- Dans quatre études épidémiologiques récentes, la prévalence sur 12 mois des cervicalgies, en population générale adulte, est estimée dans une fourchette allant de 12 à 34 %, ce qui place ce syndrome juste derrière la lombalgie pour l'importance.
- On observe pour les cervicalgies des prévalences plus élevées chez les femmes que chez les hommes contrairement aux lombalgies.
- Parallèlement, on constate aussi un effet “ âge ” très marqué. Ainsi, dans une étude finlandaise portant sur les cervicalgies chroniques (2 à 3 mois), la prévalence sur 12 mois des douleurs cervicales passe de 7,1 % pour les femmes âgées de 30 à 44 ans à 24,3 % pour celles âgées de 55 à 64 ans (contre respectivement 3,3 % et 18,1 % pour leurs homologues masculins sur les mêmes tranches d'âge).

Cervicalgie et travail



La cervicalgie

Etat des lieux en 2013

- **Problème fréquent en milieu professionnel :**
 - prévalence de 27% à 48% selon les études
 - motif fréquent d'absentéisme, de changement de profession et d'incapacité
- Le diagnostic de cervicalgie commune liée au travail est difficile :
 - Caractère multifactoriel
 - Facteurs individuels : âge, sexe, anxiété/dépression
 - Facteurs professionnels : physiques, psychosociaux
 - Évolution progressive, récurrente et épisodique au cours de la vie
 - Présentation clinique variable

Etat des lieux

- Age et ATCD d'arthrose : phénomènes dégénératifs
- Facteurs de risque commun entre cervicalgies et autres TMS
 - Forte association avec l'abduction prolongée ou répétée du bras
 - Tension musculaire douloureuse (trapèze)?
- F. psychosociaux = Facteurs de risque classique de cervicalgie
 - Différents mécanismes chez les hommes et les femmes
 - Situations professionnelles différentes

Etat des lieux

- Les postures prolongées sont davantage impliquées dans la genèse des douleurs cervicales et dorsales, ce qui explique la relative fréquence de ces syndromes parmi les employés de bureau



Etat des lieux conclusion

- Prévalence élevée des cervicalgies dans une large population de travailleurs exposés à des niveaux de contrainte variés
- Caractère multifactoriel des cervicalgies
- Importance relative des facteurs individuels, biomécaniques, organisationnels et psychosociaux similaires
- Importance relative des facteurs de risque variable selon le sexe
- Mise en évidence de facteurs de risques professionnels potentiellement modifiables.

Cervicalgies et sport



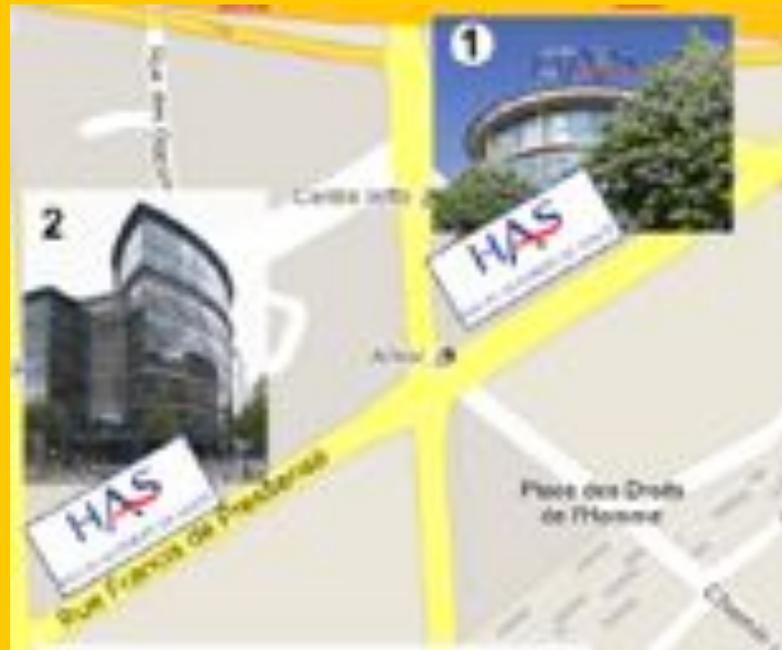
Cervicalgie et sport

- Quarante sept joueurs de 16 à 57 ans ont été comparés à des témoins du même âge, ceci afin d'éliminer dans l'analyse des chiffres qui vont suivre, l'effet du vieillissement.
- le diamètre sagittal fixe (D.S.F) ou constitutionnel (mesuré au niveau de l'arc postérieur) des cadets (16-17 ans) et juniors (18-20 ans) est peu différent de celui des témoins. Par contre, il diminue nettement (et de façon équivalente) chez les seniors (21-36 ans) et vétérans (après 36 ans)

Cervicalgie et sport

- L'indice de TORG, rapport du D.S.F. sur le diamètre antéropostérieur du corps vertébral au même niveau, égal à 1 chez les témoins passe à 0,9 chez les cadets, 0,8 chez les juniors et 0,7 chez les seniors vétérans.
- Si l'on tient compte de ce critère de TORG, il y a un canal cervical étroit sur 2 chez les seniors et 2 sur 3 chez les vétérans !!!

Cervicalgies et HAS



STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DE LA CERVICALGIE COMMUNE (HAS 2003)

– Traitement kinésithérapique

- À court terme : le retour au calme sensoriel
 - À moyen terme : le travail de perception
 - À long terme : le soutien sensoriel
- Il y a peu de techniques kinésithérapiques qui ont été validées isolément.
 - Le plus souvent, les protocoles de recherche publiés dans la littérature associent différentes modalités thérapeutiques, ce qui rend difficile l'interprétation des résultats

Recommandations HAS

- Le groupe de travail a constaté le manque d'essais thérapeutiques bien conçus pour évaluer les techniques kinésithérapiques.
- Cette carence est particulièrement vraie en France. Le groupe de travail encourage vivement la recherche à entreprendre des études dans ce champ d'action.
- Il recommande aussi la promotion du recours à l'utilisation d'outils validés pour évaluer la mobilité du rachis.
- Enfin, le rôle de l'éducation du patient dans la prévention des récurrences et/ou le maintien des résultats obtenus nécessite d'être exploré par des actions de recherche bien conduites.

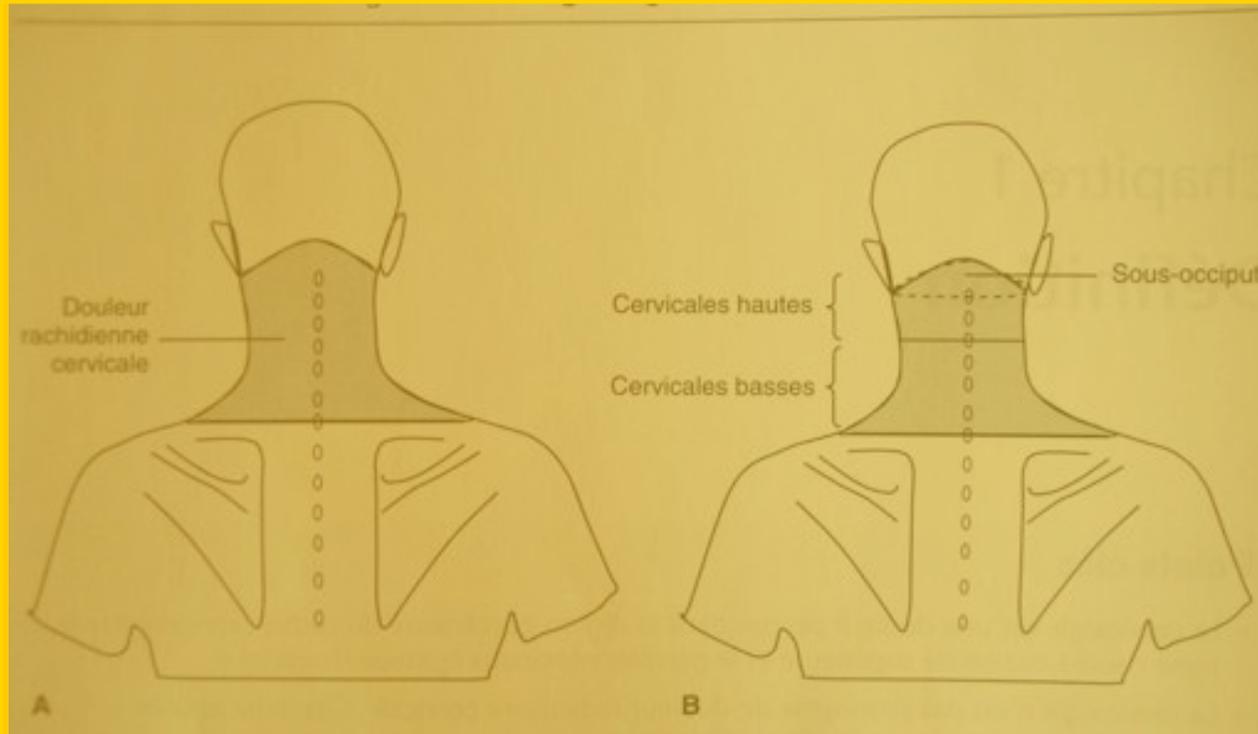
Cervicalgies et Médical



Cervicalgie vue par le médecin

- Cervicalgie aiguë
 - Cervicalgie commune ou non spécifique
 - Posturale du jeune adulte
 - D'usure de la personne âgée
 - Torticolis (à relativiser)
 - Cervicalgies traumatiques (wiplash Injury)
 - Cervicalgies symptomatiques
 - En kinésithérapie : drapeaux rouges

Cervicalgie aiguë



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

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

- 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

Les cervicalgies chroniques

- le tableau douloureux est en règle modéré et s'accompagne d'une limitation fonctionnelle en rotation homolatérale et de contractures musculaires;
- l'évolution se fait par poussées plus aiguës sur un fond chronique.

Les céphalées d'origine cervicale

- ont pour origine les 3 premières racines cervicales dont les branches postérieures innervent le vertex (C3 est interne, C2 est médian, C1 est externe);`
- en cas d'irritation des branches antérieures la palpation retrouve une zone cellulalgique:(pour C3 : sur sourcil et joue; pour C2 sur la tempe; pour C1 en temporal sus et rétro auriculaire).

Cervicalgies et ostéopathie



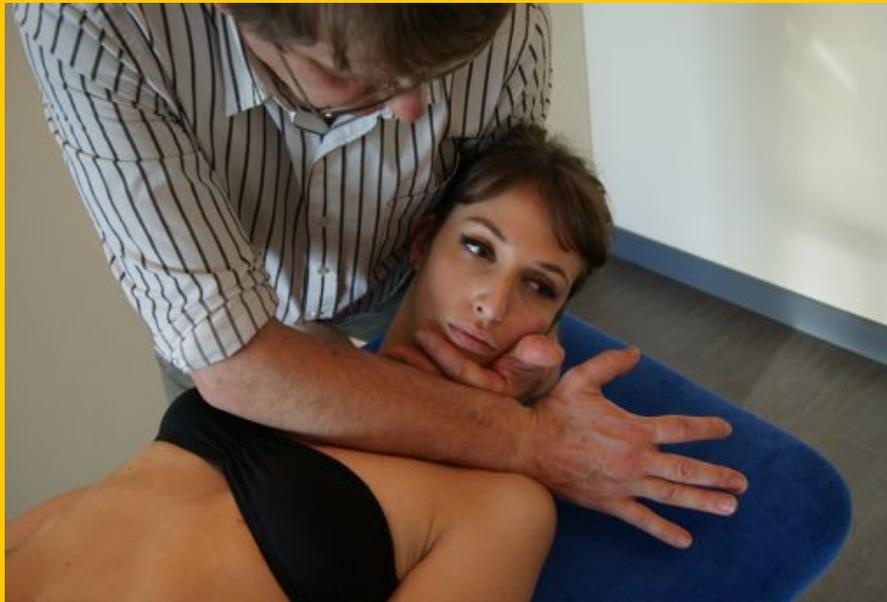
Cervicalgie et ostéopathie

- En ostéopathie, on distingue:
- les cervicalgies posturales, mécaniques, d'origine oculaire, auditive, manducatrice.
- Il faut aussi distinguer les origines viscérales correspondant à la sphère ORL et thoracique voire plus
- les causes traumatiques qui doivent faire agir avec prudence et après contrôle radiologique.
- Ces différentes causes sont proches de celles connues dans la masso-kinésithérapie.

Cervicalgie et ostéopathie

- 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 :
 - 1° ...
 - 2° Manipulations du rachis cervical.
- **Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie**

Cervicalgies et kinésithérapie



Cervicalgie et kinésithérapie

- La kinésithérapie se situe au carrefour de ce qui précède
- Prise en charge en trois temps
 - Libérer (respect des recommandations de la HAS)
 - Techniques myotensives plutôt qu'articulaires (respect du décret de 2007)
 - Maintenir (respect des recommandations de la HAS)
 - Entretenir (travail & sport)
 - Éviter la récurrence
 - Envisager la prévention (document unique)

Que nous apporte l'anatomie

Rachis cervical supérieur:

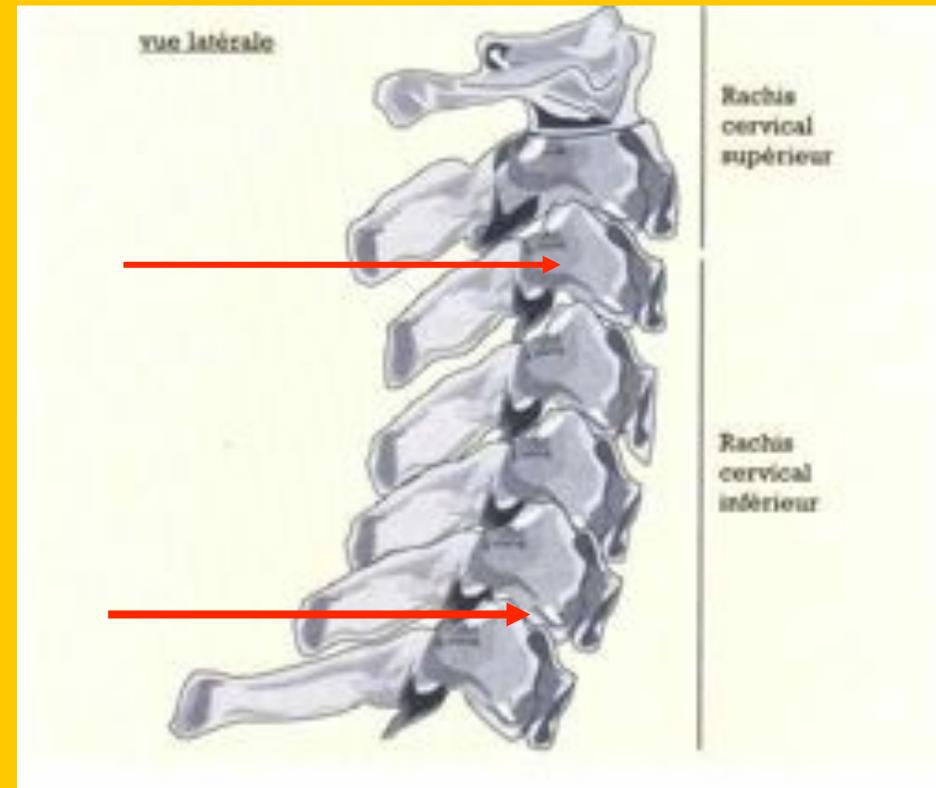
O/C1/C2,

Rachis cervical moyen:

C3-C6,

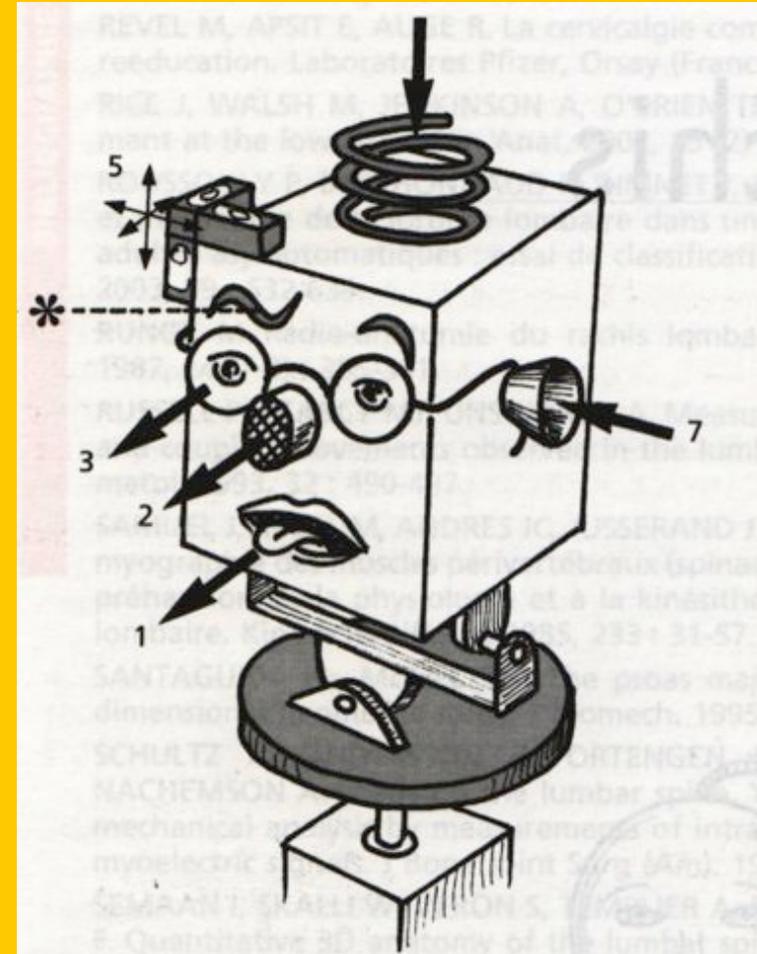
Rachis cervical inférieur:

C7/D1/D2/D3.



Que nous apporte la physiologie

- Deux complexes reliés par un pont
- Complexe sous occipital
- Rachis cervical
- Complexe cervico-thoraco-scapulaire



Dessin Dufour-Pillu

Que nous apporte les références bibliographiques ?

- 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 lists afin de gagner du temps mais aussi de se protéger en tant que soignant en prouvant que rien de particulier n'a été trouvé

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



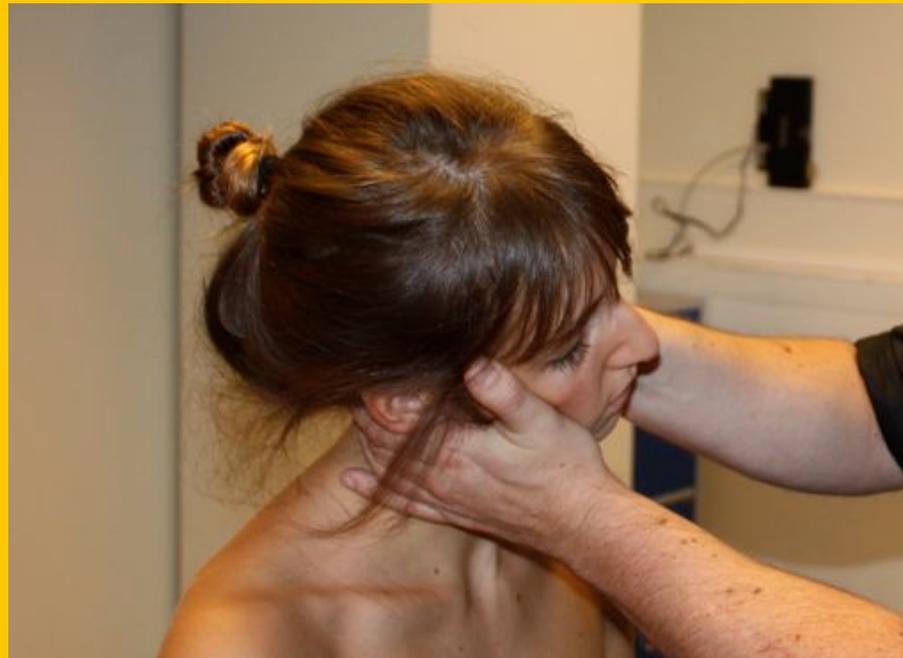
Modifications de la texture tissulaire

Inflammation des tissus péri-articulaires

Inflammation neurogénique

Avec activation des nocicepteurs

Notre approche



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

Evidence-informed practice

- Notre approche repose sur une Pratique fondée sur des données définies comme le **processus** d'intégration de travaux de recherche lorsqu'elles sont disponibles,
- mais y compris des recommandations personnelles fondées sur l'expérience clinique, tout en conservant la transparence du **processus** utilisé pour atteindre les décisions cliniques. Selon Gary Fryer

Comment la recherche peut-elle influencer sur la pratique

- Preuve de l'efficacité et du succès des approches
- Comparaison des techniques les plus efficaces, des approches des différentes pathologies et des objectifs thérapeutiques
- Précision du diagnostique
- Compréhension des mécanismes d'action
- Pour les cervicalgies: Schwerla et al. 2008, Fryer et al. 2005)



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

Conclusion

- Il n'y a donc pas une cervicalgie type mais des cervicalgies
- L'approche en est complexe et multifactorielle
- Elle passe par plusieurs étapes indispensables
- Elle se doit d'être organisée et prudente
- La sécurité du patient est primordiale

Ce que nous souhaitons aujourd'hui



Bibliographie

Bibliographie

1. Petit A, Ha C, Bodin J, Parot-Schinkel E, Ramond A, Leclerc A, Imbernon E, Roquelaure Y. Facteurs de risque personnels, biomécaniques, organisationnels et psychosociaux de cervicalgies dans la population des salariés des Pays de la Loire. 32e Congrès national de médecine et santé au travail - Clermont-Ferrand, juin 2012.
2. Institut national de recherche et de sécurité (INRS) (2003). Les contraintes posturales et articulaires au travail.
3. Rat AC, Guillemin F. Épidémiologie et impact médico-économique des cervicalgies. Revue du Rhumatisme 2004;71(8):653-8.
4. Rozenberg S, Marty M. Cervicalgie- : tri diagnostic et examen clinique.
5. Revue du Rhumatisme 2008;75(8):722-7.
6. Damade R. Cervicalgies. Encyclopédie Médico-Chirurgicale- 1998 Elsevier, Paris.

Bibliographie

7- ANAES. Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « coup du lapin » ou whiplash. Synthèse des recommandations, mai 2003.

ANAES. Bilan kinésithérapique de la cervicalgie. Rapport d'élaboration du référentiel de pratiques professionnelles, octobre 2005.

Société française de rhumatologie. Le «- coup du lapin- ». Revue du Rhumatisme 2004;71.

Gatto F, Favre D. Utilisation d'indicateurs discursifs pour optimiser les effets de la rééducation auprès de patients lombalgiques. Santé Publique 1997;n°3;9e année:341-60. SFSP, Nancy.

Gatto F. Enseigner la santé. Préfaces de Chantal Eymard et de Christian Roux. Post-face de François Gremy. L'Harmattan, 2005.

Bibliographie

- Educational Council on Osteopathic Principles of the American Association of Colleges of Osteopathic Medicine. *Glossary of Osteopathic Terminology*. In: Chila AG, ed. *Foundations of Osteopathic Medicine*. 3rd ed. Baltimore: William & Wilkins; 2011:1098-1099.
- Rogers FJ, D'Alonzo GE, Jr., Glover JC, Korr IM, Osborn GG, Patterson MM, et al. . Proposed tenets of osteopathic medicine and principles for patient care. *J Am Osteopath Assoc*. 2002;**102**:63-5.
- Chaitow L. Is a postural-structural-biomechanical model, within manual therapies, viable?: A JBMT debate. *J Bodyw Mov Ther*. 2011;**15**:130-52.
- Fryer G. Muscle energy technique: An evidence-informed approach. *Int J Osteopath Med*. 2011;**14**(1):3-9.
- Fryer G. Intervertebral dysfunction: a discussion of the manipulable spinal lesion. *J Osteopath Med*. 2003;**6**(2):64-73.
- Fryer G. Research-informed muscle energy concepts and practice. In: Franke H, ed. *Muscle Energy Technique: History - Model - Research (Monograph)*. Ammersestr: Jolandos; 2009:57-62.

Bibliographie

- Fryer G. Muscle energy technique: research and efficacy (Chapter 4). In: Chaitow L, ed. Muscle Energy Techniques. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2006:109-132.
- Fryer G, Fossum C. Therapeutic mechanisms underlying muscle energy approaches. In: Fernández-de-las-Peñas C, Arendt-Nielsen L, Gerwin RD, eds. Tension-type and Cervicogenic Headache: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2009:221-229.
- Kuchera WA, Kuchera ML. Osteopathic Principles in Practice. Missouri: Kirksville College of Osteopathic Medicine Press; 1992.
- Schleip R. Fascial plasticity – a new neurobiological explanation. Part 1. Journal of Bodywork & Movement Therapies. 2003;7(1):11-19.