

Cervicalgie *versus* cervicalgies

RÉSUMÉ | SUMMARY

Dans les lignes qui suivent, nous présentons les approches diverses de la HAS et d'autres praticiens de santé médecins, rhumatologues, ostéopathes.

Si par certains côtés nous sommes dans le même esprit, notre approche développée dans les lignes qui suivent correspond à la fois à notre pratique et à l'enseignement que nous dispensons. C'est sur ce savoir-faire acquis par l'exercice quotidien que nous nous appuyons, étayé par une revue de littérature.

In the following article we present the different approaches of health professionals, doctors, rheumatologists, osteopaths and the Haute Autorité de Santé in managing neck pain.

The approach we developed corresponds both to our practice and teaching and it is in some ways similar to the other approaches mentioned. We have acquired an expertise via daily practice which is supported by current literature.

Gilles BARETTE

Kinésithérapeute
Directeur général
Institut de thérapie
manuelle de Paris
(ITMP)

Fabrice BARILLEC

Kinésithérapeute
Directeur technique
ITMP

Matthieu LOUBIERE

Kinésithérapeute
Ostéopathe
Enseignant à l'IFMK
de Dijon (21), à l'ITMP
de Paris et ORREK FC
Membre de la
Société française de
rééducation
de l'épaule (SFRE)

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

MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Cervicalgie ► Douleur ► Rachis cervical

► Neck pain ► Pain ► Cervical spine

Si la lombalgie a bénéficié depuis longtemps d'une prise en charge suivant un protocole précis, la cervicalgie est apparue dans le paysage des soignants comme une pathologie émergente, peut-être parce que les postes de travail étant de plus en plus de type tertiaire, souvent mal adaptés, sont à l'origine de troubles douloureux et sensitivo-moteurs adaptatifs [1-3].

Pour les rhumatologues [4, 5], les cervicalgies sont les douleurs du rachis cervical.

Dans la très grande majorité des cas, il s'agit de cervicalgies communes dues à une détérioration dégénérative (la cervicarthrose) et/ou un trouble fonctionnel musculo-ligamentaire de la région cervicale.

La cervicarthrose anatomique est d'une extrême fréquence : plus de 50 % des individus après 40 ans et elle augmente avec l'âge. Dans plus de la moitié des cas, elle est asymptomatique et cette notion doit être présente à l'esprit pour ne pas imputer la symptomatologie aux anomalies radiographiques.

On parlera de syndrome cervical :

– **le syndrome cervical aigu** (torticolis) est caractérisé par : une douleur et surtout une raideur cervicales survenant brutalement, volontiers le matin au réveil ;

– **le syndrome cervical chronique** est beaucoup plus fréquent, et se manifeste par des douleurs de la nuque pouvant irradier vers l'occiput, vers l'épaule ou vers la région interscapulovertébrale. Les douleurs sont mécaniques mais avec parfois une recrudescence nocturne. Elles évoluent par poussées successives, parfois sur un fond douloureux permanent.

Pour l'ANAES [6, 7], Les cervicalgies regroupent l'ensemble des douleurs de la région cervicale. Les cervicalgies sont qualifiées de « communes » lorsque la démarche étiologique menée par le médecin ne conduit pas à une affection précise impliquant une cause et une évolutivité particulière justiciable d'un traitement spécifique.

Il n'est pas recommandé d'utiliser le terme « cervicalgie commune » pour décrire une symptomatologie qui peut être chronique et invalidante, et n'est pas vécue comme banale par le patient. Le qualificatif « non spécifique » serait plus approprié.

D'autre part, l'expression « fléau cervical » (en anglais : *whiplash*), communément appelée « coup du lapin » [8], rassemble des cervicalgies qui se distinguent par leurs circonstances d'apparition. Si le « coup du lapin » traduit un mouvement violent d'extension du rachis cervical, le « fléau cervical » représente l'accélération brutale de la tête vers

l'avant, puis vers l'arrière entraînant une hyperflexion, puis une hyperextension du rachis cervical.

Ces recommandations incluent les cervicalgies communes et les cervicalgies après « coup du lapin ». Sont exclues les cervicalgies associées à une radiculalgie des membres supérieurs qui justifient une prise en charge particulière.

La fréquence de cervicalgie « non spécifique » est estimée à 12,1/1 000 patients/an. Environ 2/3 de la population sont concernés dans leur vie par un épisode douloureux de la région cervicale entraînant une raideur locale. Les signes physiques et les symptômes décrits par les cervicalgies ont peu de spécificité et il existe peu de relation entre le niveau de la douleur et la perte de la fonction d'une part, et les faibles signes physiques d'autre part.

L'étiologie de la cervicalgie reste controversée. Les gestes sportifs, les faux mouvements, l'anxiété et les facteurs professionnels sont décrits comme à l'origine des plaintes.

En ostéopathie, on distingue :

- les cervicalgies sont les douleurs de la région du cou et de la nuque ;
- les douleurs cervicales sont d'origine diverses et peuvent être plus ou moins invalidantes dans la vie quotidienne. L'ostéopathe distingue les cervicalgies posturales, mécaniques, d'origine oculaire, auditive, manducatrice. Ces différentes causes sont proches de celles connues dans la masso-kinésithérapie. Il faut aussi distinguer les origines viscérales correspondant à la sphère ORL et les causes traumatiques qui doivent faire agir avec prudence et après contrôle radiologique.

La kinésithérapie se trouve au croisement de ces différents abords. Son champ de compétence lui permet de s'inscrire avec son patient dans une démarche de prise en charge globale respectant le modèle de santé donné par Franck Gatto [9, 10].

CONCLUSION

Comme on peut le voir, nous rentrons dans un univers complexe où seules les notions de bilan et de techniques précises et efficaces doivent guider le praticien. Les vérifications expérimentales, les études randomisées dans notre domaine, manquent à l'appel même si certaines approches

et comparaisons ont été déjà réalisées, que ce soit au niveau des techniques manuelles comme des techniques de rééducation. Gardons en tête les triptyques que nous utilisons : libérer, maintenir et entretenir, ainsi que local, régional et à distance.

Dans les lignes qui suivent, nous avons voulu donner un fil conducteur qui permet au praticien de suivre un déroulé de traitement sans s'embarrasser de vaines répétitions.

Les traitements ne sont pas exhaustifs mais permettent une approche de cette pathologie ou de ces pathologies dont le nombre ne peut malheureusement qu'augmenter du fait des activités professionnelles bureautiques. ✖



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*. 32^e 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 diagnostique et examen clinique. *Revue du Rhumatisme* 2008;75(8):722-7.
- [5] Damade R. Cervicalgies. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 1998 (Elsevier, Paris).
- [6] ANAES. *Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « coup du lapin » ou whiplash*. Synthèse des recommandations, mai 2003.
- [7] ANAES. *Bilan kinésithérapique de la cervicalgie*. Rapport d'élaboration du référentiel de pratiques professionnelles, octobre 2005.
- [8] Société française de rhumatologie. Le « coup du lapin ». *Revue du Rhumatisme* 2004;71.
- [9] Gatto F, Favre D. Utilisation d'indicateurs discursifs pour optimiser les effets de la rééducation auprès de patients lombalgiques. *Santé Publique* 1997;n°3;9^e année:341-60. SFSF, Nancy.
- [10] Gatto F. *Enseigner la santé*. Préfaces de Chantal Eymard et de Christian Roux. Post-face de François Gremy. L'Harmattan, 2005.