

Cervicalgie basse d'origine haute versus cervicalgie haute d'origine basse

RÉSUMÉ | SUMMARY

La prise en charge rééducative des cervicalgies ne saurait être strictement symptomatique. Celles-ci sont intégrées dans le complexe cervico-thoraco-scapulo-huméral et leur diagnostic impose un bilan tissulaire local, régional, et à distance afin de déterminer les structures musculo-aponévrotiques et articulaires en dysfonction.

À travers l'étude de la dorsalgie interscapulaire et de la cervicalgie haute d'origine basse, deux physiopathologies sont évoquées et traitées selon le mode suivant : libérer, maintenir, entretenir.

The management of neck pain is not just symptomatic. The complexity of the cervico-thoracic-scapulo-humeral dynamic means that an assessment must be carried out of local, regional and distant structures in order to locate dysfunctional joints and soft tissue.

A study of interscapular pain and upper cervical pain originating from the lower neck considers two physiopathologies which can be treated by liberating, holding and maintaining.

Fabrice BARILLEC

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

Gilles BARETTE

Kinésithérapeute
Directeur général
Institut de thérapie
manuelle 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

- ▶ Dermatome ▶ Déran­gement intervertébral mineur
- ▶ Diagnostic différentiel ▶ Dorsalgie interscapulaire
- ▶ Techniques myotensives

- ▶ Dermatome ▶ Minor intervertebral derangement
- ▶ Differential diagnosis ▶ Interscapular thoracic pain
- ▶ Muscle energy techniques

Les premières publications de Robert Maigne sur la dorsalgie interscapulaire d'origine cervicale datent de 1964 [1]. Elles ont été complétées plusieurs fois depuis, dans le but d'affiner la physiopathologie. Néanmoins, malgré une évidence clinique, le mécanisme lésionnel demeure obscur.

Nous ne remettons absolument pas en cause cette cervicalgie basse d'origine haute. Nous souhaitons cependant développer le mécanisme inverse qui, d'une dysfonction thoracique aboutit à une symptomatologie cervicale, ce que nous appelons la cervicalgie haute d'origine basse.

PHYSIOPATHOLOGIE

Dorsalgie interscapulaire

Selon Robert Maigne, la zone douloureuse appelée « point cervical du dos » est paramédiane T5-T6 située à un travers de doigt de la ligne médiane et occupe totalement ou partiellement le dermatome postérieur T2 [2, 3]. Les pressions appliquées sur la zone antérolatérale du rachis cervical entre C5 et T1 et/ou sur le processus épineux de ces mêmes étages constituent des points de sonnette qui réveillent ou majorent le point douloureux interscapulaire.

La difficulté réside dans le fait d'établir un lien anatomophysiologique entre la branche postérieure de T2 et le rachis cervical inférieur C5-C6-C7-T1.

L'hypothèse retenue est la suivante : les rameaux cutanés des branches postérieures de C5-C6, C6-C7 et C7-T1 sont quasi inexistantes, ce qui revient à dire qu'au niveau cervico-thoracique, on passe directement du dermatome C4 au dermatome T2. Le contingent cutané de la branche postérieure de T2 représenterait donc le contingent cutané des dernières branches cervicales de C5 à T1.

L'origine de la douleur peut être intrarachidienne, discale (transmise par le nerf sinu-vertébral) ou zygapophysaire matérialisée par un dérangement intervertébral mineur et transmise directement par la branche postérieure du nerf rachidien.

Lazorthes [4] semble corroborer cette hypothèse : selon lui, les branches postérieures de C6, C7 et C8 n'arrivent jamais à la peau et sont uniquement musculaires. Il confirme que la deuxième branche postérieure thoracique semble compenser la différence des branches qui la précèdent.

Une autre hypothèse est avancée par Jean-Yves Maigne [5]. Il part du principe que la flexion prolongée du rachis cervical favorise l'apparition d'un point interscapulaire d'origine musculaire. Ce positionnement expose à la fatigue le splénius du cou et rend douloureuse son insertion basse.

■ Cervicalgie haute d'origine basse

Le rachis thoracique est comme le sacrum, une courbure primaire, siège de dysfonctions souvent primitives. La présence du gril costal minore la mobilité thoracique, ce qui compromet toute compensation dans la courbure primaire. Celle-ci se fait par conséquent dans la courbure secondaire, secteur de mobilité situé à proximité et nous amène à considérer le complexe cervico-thoraco-scapulo-huméral comme périmètre d'investigation clinique.

Contrairement à la description anatomique du rachis cervical, il nous semble plus judicieux dans la physiologie d'aborder le rachis cervical selon trois étages : rachis cervical supérieur C0-C1-C2, rachis cervical moyen de C3 à C6 et rachis cervical inférieur entre C7 et T3.

Deux situations sont envisagées :

- **Dans le plan sagittal strict** : le mode de vie occidentalisé, les activités de la vie quotidienne et la tertiarisation des activités professionnelles nous portent sans cesse vers la flexion rachidienne : délordose lombaire, augmentation de la cyphose thoracique et flexion du rachis cervical inférieur. De l'obligation d'horizontalité du regard et des canaux semi-circulaires de l'oreille interne, naît une compensation cervicale haute, le plus souvent au niveau de l'articulation occipito-atloïdienne en hyperextension.

- **Dans les trois plans de l'espace** : l'incidence clinique est cette fois segmentaire, à la recherche d'un dérangement intervertébral mineur dans le rachis thoracique. Cette perturbation qui siège au niveau d'un ou de plusieurs arthrons apparaît dans les trois plans de l'espace (FRS, ERS ou NSR selon la biomécanique de Fryette) sous la forme d'une restriction de mobilité vertébrale tridimensionnelle qui peut être asymptomatique mais génératrice de contractures musculaires et de tensions fasciales.

La pérennisation de ces troubles dans les tissus musculo-aponévrotiques, en particulier ceux faisant le lien entre rachis cervical et rachis thoracique, peut se répercuter dans le rachis cervical et être à l'origine de dysfonctions articulaires qui se traduisent par des douleurs cervicales hautes.

Exemple : perte de mobilité en T4 provoquant une contracture réflexe du splénius du cou qui va augmenter les contraintes en C3 vers l'extension/inclinaison homolatérale/rotation homolatérale.

BILAN KINÉSITHÉRAPIQUE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL [6]

L'interrogatoire permet de préciser la plainte du patient : douleur et/ou gêne fonctionnelle dans le complexe cervico-thoraco-scapulo-huméral.

L'observation du patient debout est le préambule indispensable à toute investigation clinique. L'étude du profil sera fondamentale puisqu'elle permet de préciser les modifications de courbure rachidienne.

L'examen clinique est systématisé. Il se fait tissu par tissu : cutané, musculaire, aponévrotique, viscéral, nerveux, articulaire. La confrontation des bilans musculaire et articulaire permet de déterminer si la rénitence musculaire palpée correspond à un muscle « long » présentant une contracture en course externe ou à un muscle « court » contracturé en course interne.

Le bilan est d'abord local, puis régional, et enfin réalisé à distance.

■ Dorsalgie interscapulaire

Un point douloureux précis est douloureux à la pression à un travers de doigt de T5 ou T6. Ce point apparaît comme l'épicentre de la douleur. Une pression maintenue dans la zone antéro-latérale du cou entre C5 et T1 provoque instantanément la dorsalgie interscapulaire homolatérale. Une pression de l'épineuse cervicale correspondante peut donner les mêmes effets.

La douleur est parfois perçue comme irradiante vers l'acromion homolatéral. Les manœuvres de palper-rouler de cette zone montrent un infiltrat cellulalgique.

Les muscles rénitents à la palpation sont les splénius du cou et de la tête homolatéraux et les semi-épineux du cou et de la tête homolatéraux. D'autres muscles de la région peuvent être touchés mais sans aucune systématisation.

Le bilan articulaire ne montre aucune perturbation dans le rachis thoracique. L'examen du rachis cervical permet de déterminer un test du rebond positif sur une épineuse entre C5 et T1. L'étude de la mobilité, paramètre par paramètre à cet étage détermine une dysfonction articulaire de type dérangement intervertébral mineur (FRS ou ERS).

■ Cervicalgie haute d'origine basse

Certains dermatomes cervicaux (C1-C2-C3-C4) peuvent être sensibles et/ou infiltrés. Une attention particulière sera apportée à toute cicatrice présente sur le rachis cervical, pouvant constituer l'origine d'un trouble postural adaptatif.

L'examen musculaire comprend les groupes musculaires suivants [7] :

- les muscles crano-thoraco-scapulaires : trapèze supérieur et sterno-cléido-occipito-mastoïdien ;
- les muscles cervico-thoraco-scapulaires : élévateur de la scapula et scalènes antérieur et moyen ;
- les muscles sous-occipitaux et associés : petit droit et grand droit postérieur de la tête, oblique inférieur et supérieur de la tête, splénius et semi-épineux du cou et de la tête ;
- les muscles infra et supra-hyoidiens ;
- les muscles thoraciques associés : petit dentelé postéro-supérieur, rhomboïde, subclavier, petit et grand pectoral, dentelé antérieur.

L'examen des fascias [8] comprend :

- le septum nuchal ;
- le fascia épicrocranien ;
- l'aponévrose cervicale superficielle ;
- les fascias antérieurs du cou ;
- l'aponévrose clavi-pectoro-axillaire ;
- les fascias d'insertion sternale et des digitations costales antérieures.

Par exemple, dans le cadre d'un trouble postural dans le plan sagittal strict (délordose lombaire, hypercyphose thoracique, flexion du rachis cervical inférieur, extension du rachis cervical supérieur), l'examen musculaire détermine les muscles courts et longs suivants :

- muscles contracturés en course interne : subclavier, petit et grand pectoral, dentelé antérieur, sterno-cléido-occipito-mastoïdien, scalènes antérieur et moyen ;
- muscles contracturés en course externe : rhomboïde, splénius (surtout splénius du cou), semi-épineux (surtout semi-épineux du cou) et élévateur de la scapula.

Le bilan articulaire est thoracique et cervical. D'abord global, il devient ensuite segmentaire spécifique :



► **Figure 1**

Test du rebond cervical à l'étage
Le rebond correspond à une poussée manuelle postéro-antérieure sur le processus épineux
La difficulté à engager le mouvement et/ou le mauvais retour et/ou l'apparition d'une douleur localisée chez le patient signe(nt) la positivité du test

Un test du rebond positif permet de déterminer une localisation dysfonctionnelle articulaire ou discale

- test du rebond global ;
- test du rebond à l'étage (fig. 1) ;
- test de mobilité segmentaire paramètre par paramètre afin de déterminer la dysfonction.

TRAITEMENT KINÉSITHÉRAPIQUE

Le traitement comprend trois phases :

- une phase de libération qui abordera d'abord les tissus musculo-aponévrotiques et ensuite l'aspect articulaire. Selon l'adage ne sont traités que les dysfonctions retrouvées au bilan, ce qui permet de s'affranchir de tout protocole ;
- une phase de maintien qui consiste à conserver les acquis de la libération. Elle associe la rééducation sensori-motrice, la rééducation posturale et le renforcement musculaire ;
- une phase d'entretien élaborée avec le patient sous forme de conseils posturaux et d'exercices d'autorééducation.

L'idée soutenue est de traiter la cause et ne pas se limiter à un traitement symptomatique. La douleur naît d'un déséquilibre entre les muscles « longs » responsables de contraintes tensionnelles et les muscles « courts » responsables de

contraintes compressives (hypersollicitation facettaire ou discale). La rééquilibration de l'ensemble en étirant les muscles « courts » et en stimulant les muscles « longs » permet de diminuer les contraintes et la douleur.

■ Dorsalgie interscapulaire

Les muscles contracturés en course interne sont abordés d'emblée. La levée de tension [9] sera la technique de choix dans les cas chroniques (contractures myométaboliques), l'inhibition musculaire [10] sera préférée dans les cas aigus (contractures myoélectriques).

Les fascias seront ensuite traités selon leur état de tension. Les techniques structurelles (qui vont à l'encontre de la barrière motrice) manuelles ou instrumentales seront plutôt utilisées dans les formes chroniques, les techniques fonctionnelles (qui vont à l'opposé de la barrière motrice, dans le sens du mouvement facile) seront préférées dans les formes aiguës.

Le feu vert des tissus musculo-aponévrotiques étant obtenu, nous abordons la correction des dysfonctions articulaires. Les articulations en dysfonctions se situent dans le rachis cervical inférieur et la technique choisie est la levée de tension à l'étage du couple intertransversaire/transversaire épineux.

■ Cervicalgie haute d'origine basse

• **Dans le plan sagittal strict** : l'atteinte est ici posturale et chronique. Les muscles courts diagnostiqués seront traités en levée de tension. Les fascias seront préférentiellement traités selon le mode structurel. La dysfonction C0-C1 en hyperextension est abordée en structurel articulaire sans impulsion.

• **Dans le cadre d'un dérangement intervertébral mineur du rachis thoracique avec résonance cervicale**, l'objectif est de « casser » le lien cervico-thoracique en traitant d'emblée les tissus musculo-aponévrotiques, puis le dérangement intervertébral mineur thoracique, et en dernier lieu, si nécessaire, la dysfonction cervicale (technique de Mitchell [11] sur C0-C1 et C1-C2, levée de tension du couple intertransversaire transversaire épineux sur C2-C7) [11].

Exemple : douleur cervicale haute avec dysfonction de l'occiput en extension inclinaison gauche rotation droite (ESR droite ou occiput unilatéral antérieur gauche) sur dérangement interscapulaire D3 en FRS gauche. Les muscles traités en levée de tension sont les suivants :

- trapèze supérieur gauche et sterno-cléido-occipito-mastôidien gauche : muscles passant très au large du rachis cervical et qui ont tendance à fixer une dysfonction préexistante sans la créer ;
- splénius droit, semi-épineux droit, scalènes antérieur et moyen gauches, élévateur de la scapula droit : muscles faisant le lien cervico-thoracique permettant la compensation cervicale ;
- petit dentelé postéro-supérieur gauche : muscle profond pouvant créer une dysfonction intermédiaire au niveau de la charnière cervico-thoracique (fig. 2) ;
- rhomboïde gauche, dentelé antérieur droit petits pectoraux et subclaviers bilatéraux : muscles thoraciques associés et fixant la lésion d'origine.

Les fascias traités sont les suivants : fascia épicanien, ligament nuchal, aponévrose cervicale superficielle droite, aponévrose clavi-pectoro-axillaire droite.

Les articulations traitées seront les suivantes : D3 en dog technique leviers multiples sans impulsion, technique de mobilisation spécifique en correction spontanée. Puis, si nécessaire, traiter l'occiput selon la technique de Mitchell (fig. 3).

Les phases de maintien et d'entretien ont un rôle majeur afin de pérenniser la correction :

- La rééducation sensori-motrice permet de retrouver une rotation active efficiente de la tête et de lever toute sidération des muscles céphalogyres due à une attitude antalgique trop longtemps maintenue.
- Le renforcement musculaire et la correction posturale sont communs à ceux de la rééducation du rachis lombaire [12] et mettront l'accent sur l'extension du rachis thoraco-lombaire. Les muscles destinés au rachis cervical sont des muscles volitionnels qui permettent à cette région rachidienne de remplir parfaitement le rôle auquel elle est dévolue, le réglage fin de la position de la tête afin d'optimiser le fonctionnement des organes des sens.



► **Figure 2**

Levée de tension du muscle petit dentelé postéro-supérieur gauche



► **Figure 3**

Correction d'un occiput unilatéral antérieur gauche selon la technique de Mitchell

- Dans les formes chroniques, un collier cervical sera proposé la nuit de façon à ce que malgré une position de sommeil inappropriée le rachis cervical reste dans l'axe.
- Mis à part certains sports dont le risque traumatique est évident comme le rugby, peu de sports seront contre-indiqués. Il nous semble également inutile de proposer la pratique d'une activité sportive non appréciée par le patient en partant du principe que seul le plaisir ressenti par la pratique sportive peut être bénéfique pour la santé.

CONCLUSION

Le traitement des cervicalgies se veut définitivement non symptomatique. Seul un bilan clinique systématisé à la recherche des structures dysfonctionnelles et leur traitement précis permet de rééquilibrer le complexe cervico-thoraco-scapulo-huméral et diminuer les contraintes à l'origine de la douleur et/ou de la gêne fonctionnelle ressenties par le patient.

Les rééducations posturale, sensori-motrice et un renforcement musculaire adapté permettent de maintenir l'amélioration obtenue. ✕



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Maigne R, Le Corre F. *Annales de Médecine Physique* 1964;VII;1:1-16.
- [2] Maigne R. *Annales de Médecine Physique* 1968;11:247-52.
- [3] Maigne R. *Sem Hop Paris* 1977;53:1067-72.
- [4] Lazorthes G, Zadeh J. *Revue de Médecine Orthopédique* 1987;10:5-9.
- [5] Maigne JY. sofmmoo.com, 2003.
- [6] Dufour X, Barette G, Barillec F. Le bilan kinésithérapique vu par la thérapie manuelle. *Kinésithér Scient* 2011;518:41-8.
- [7] Maigne JY. Anatomie et pathologie douloureuse du plan musculaire cervico-thoracique postérieur. *Maîtrise Orthopédique* 2009 Juin; 185.
- [8] Paoletti S. *Les fascias. Rôle des tissus dans la mécanique humaine*. 3^e édition revue et augmentée. Éditions Sully, 2011.
- [9] Péninou G, Tixa S. *Les tensions musculaires : du diagnostic au traitement*. Éditions Masson, 2008.
- [10] Barette G, Cérioli A, Dufour X, Barillec F. Traiter les tensions musculaires en thérapie manuelle. *Kinésithér Scient* 2011;519:5-9.
- [11] Chantepié A, Perot JF. *Techniques myotensives rachidiennes*. Cahier d'Ostéopathie 4. Éditions Maloine, 2009.
- [12] Dufour X, Barette G. Place de l'extension dans la lombalgie. *Kinésithér Scient* 2007;481:47-50.