

Bilan de la cervicalgie en thérapie manuelle

RÉSUMÉ | SUMMARY

Cet article aborde les différentes étapes du bilan kinésithérapique. Il approfondit le descriptif technique en donnant une progression logique, vérifiable et basée sur la littérature professionnelle. Il démontre le côté incontournable de cette étape qui conduit à une prise en charge éclairée du patient.

This article covers the different aspects of a physiotherapy assessment. It provides a logical progression which is based on professional literature. It demonstrates the necessity of the assessment which leads directly to an appropriate treatment plan.

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)

Gilles BARETTE

Kinésithérapeute
Ostéopathe
Ergonome européen
Enseignant en IFMK et ITMP
Paris

Fabrice BARILLEC

Kinésithérapeute
Thérapeute manuel
Enseignant en IFMK

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

MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Bilan ► Cervicalgie ► Étiologie ► Thérapie manuelle

► Assessment ► Neck pain ► Etiology ► Manual therapy

L'examen clinique du patient cervicalgique, au même titre que tout examen clinique, doit respecter quelques principes :

- il doit être systématique, bilatéral et comparatif ;
- il doit avoir pour but final la recherche étiologique. L'efficacité du traitement en dépendra ;
- il est qualitatif et fait donc appel au ressenti du praticien ;
- il est quantitatif pour permettre une traçabilité dans la prise en charge ;
- il est local, régional et à distance : il ne s'intéresse pas qu'au rachis cervical ;
- il doit suivre l'image de « l'entonnoir ». Le praticien réalisera des tests globaux au départ qui deviendront plus spécifique si nécessaire.

En thérapie manuelle, nous nous intéressons beaucoup aux pertes de mobilités au sens large du terme et ces déficits sont nommés « dysfonctions » ou « lésions ». Le principe même de l'examen est

donc de mettre en évidence ces dysfonctions. Une fois terminés, le traitement mis en place pourra être spécifique au patient et non plus spécifique à la pathologie [1].

INTERROGATOIRE : prise de contact et recherche étiologique

Temps incontournable et malheureusement souvent bâclé, l'interrogatoire est un temps indispensable de la prise en charge. S'il permet d'établir au départ un contact avec le patient, il permet surtout de réaliser un premier tri sur les symptômes et de réduire l'entonnoir pour parvenir à l'étiologie.

Le motif de consultation (MDC) sera toujours double : la douleur et la gêne fonctionnelle.

Le bilan de la douleur devra être exhaustif et riche (tab. I).

► Tableau I

Critères retenus pour préciser la douleur [3]

Où ?	Permet d'envisager le type de structure responsable
Quand ?	Horaire
Comment ?	Forme de la douleur et recherche de signes dure-mériens
Combien ?	Quantification par l'EVA
Pourquoi ?	Facteur déclenchant
Depuis quand ?	Durée d'évolution
Ce qui augmente la douleur	Facteurs aggravants
Ce qui diminue la douleur	Solutions trouvées par le patient
Effet des différents traitements	Pondère la douleur
Type de douleur	Mécanique ou inflammatoire

La gêne fonctionnelle pourra être évaluée à l'aide de l'autoquestionnaire *Neck pain and disability scale* (NPDS). Il explore la douleur, les activités fonctionnelles, professionnelles ainsi que les répercussions personnelles (sommeil, relations...). Même s'il est décrié par certains auteurs car nécessitant 6 à 7 minutes au remplissage [2], il s'agit d'un outil très complet et validé pour le cervicalgique.

Le praticien tâchera ensuite de retracer l'histoire de la maladie (HDM) ainsi que les antécédents du patient (ATCD). Le mode de vie (MDV) est exploré au travers de questions s'intéressant au travail (ergonomie du poste) et hobbies (activités amenant des contraintes cervicales)

TESTS D'EXCLUSION : la recherche d'une atteinte organique

Les étiologies douloureuses cervicales sont nombreuses. Le tableau II reprend de façon non exhaustive les grandes familles de pathologies. Nous en distinguons trois :

- **les pathologies d'exclusions** : il existe une contre-indication relative à la prise en charge. La prise en charge médicale initiale est indispensable (fracture, inflammation, cancer, etc.) ;
- **les pathologies organiques** : la structure ou la forme de l'organe est touchée (hernies discales, pathologies vasculaires, etc.) ;

- **les pathologies fonctionnelles** : on ne retrouve pas d'altération de l'organe mais une atteinte de la fonction (troubles articulaires, contractures musculaire, troubles posturaux, etc.).

Nous pouvons évoquer également des troubles souvent associés aux cervicalgies : céphalées, migraines, vertiges, et STCTB.

La prise en charge en thérapie manuelle s'appliquera surtout aux pathologies fonctionnelles. Pour autant, le praticien pourra avoir des résultats dans les pathologies organiques non évoluées car elles s'accompagnent souvent de troubles fonctionnels [3].

Les tests mis en place viseront donc à mettre en évidence les exclusions et les pathologies organiques. Les résultats devront être mis en relation avec l'interrogatoire.

■ Test de Spurling ou Jackson : disques et trou de conjugaison (fig. 1)

Le praticien prend appui sur le vertex et imprime une pression vers le bas le rachis cervical étant placé en position neutre (test discal), puis en inclinaisons droite et gauche (trou de conjugaison). L'apparition d'une douleur radiculaire positive le test. Ce test présente une haute valeur prédictive [4].

► **Tableau II**

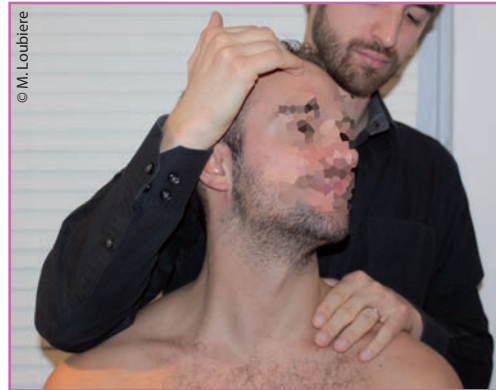
Classifications des pathologies pour le rééducateur

Traumatisme	EXCLUSIONS ET CONTRE-INDICATIONS
Infections/Inflammations	
Tumeurs/Cancer	
Fractures	
Insuffisances vertébro-basilaire	PATHOLOGIES ORGANIQUES
Hernie discale/NCB	
Rétrécissements canalaire	
Arthrose	MIXTE
Troubles articulaires	PATHOLOGIES FONCTIONNELLES
Troubles posturaux	
Whiplash	
Troubles musculaires	
Céphalées/Migraines/Vertiges	PATHOLOGIES ASSOCIÉES
STTB	



► **Figure 1**

Test de Spurling ou Jackson



► **Figure 2**

Test de Kleyne

Le praticien réalise une extension, inclinaison gauche, rotation gauche

■ Manœuvre de Valsalva : phénomène expansif intra-rachidien

Il est demandé au patient de réaliser une apnée et de pousser comme s'il voulait aller à la selle. Cela a pour effet d'augmenter la pression dans le canal rachidien.

Si la douleur augmente, le thérapeute doit penser à un phénomène expansif au sein du canal rachidien tel qu'une hernie discale ou une tumeur.

■ Test de Kleyne : artères vertébrales (fig. 2)

Le praticien place le rachis cervical du patient en extension, inclinaison/rotation du même côté et maintient la position une trentaine de secondes.

Il réalise ensuite le test en controlatéral. Le praticien recherche les signes de réduction du débit artériel : nausées, nystagmus, vertiges, malaises, scotomes. Ce test est controversé et certains auteurs en recommandent l'abandon [4].

■ Examen neurologique (tab. III) [6]

Le praticien teste la sensibilité (à l'aide d'une épingle en pic touche), les réflexes et la motricité.

► **Tableau III**

Rappel par racine du dermatome, du réflexe ostéo-tendineux, et myotome de prédilection

	Sensibilité	Réflexe	Mouvement contre résistance
C4	Moignon d'épaule/ Clavicule		Haussement d'épaule
C5	Face latérale de l'épaule	Bicipital	Abduction d'épaule
C6	Face latérale du bras et de l'avant-bras, pouce	Stylo-radial	Flexion de coude
C7	Face dorsale du bras et de l'avant-bras, médus	Tricipital	Extension de coude
C8	Face interne de l'avant-bras, annulaire et auriculaire	Cubito-pronateur	Extension du pouce
T1	Face interne du bras		Serrer les doigts

Dans un second temps, il réalise des tests neurodynamiques. L'on pourra citer le test de Roger et Bikelas ou l'*Upper limb tension test* (ULTT) (fig. 3a et 3b, page suivante) qui est un test validé [4].

À l'instar du Lassègue, ces tests consistent à mettre en tension un nerf afin de reproduire la symptomatologie radiculaire. On pourra également réaliser le test de Néri afin de mettre en tension le



► Figures 3a et 3b

Test de Roger et Bikelas ou *Upper limb tension test*
Mise en tension du nerf médian

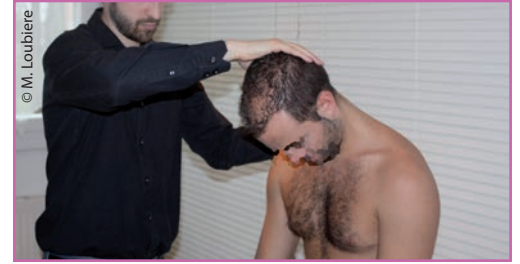
fourreau dural pour mettre en évidence les hernies d'épaules (fig. 4).

INSPECTION

■ Morphostatique

Le praticien observe la statique dans les trois plans :

- **le plan sagittal** : on note le plus souvent une antéprojection de la tête. Cette attitude s'accompagne de contractures des muscles sous-occipitaux, scalènes et SCOM. La rétroprojection, moins courante, amène la chaîne antérieure en position de raccourcissement. Il faut préciser que « l'hyperlordose » cervicale n'est pas en lien avec la cervicalgie et que son évaluation visuelle n'est pas fiable [7] ;
- **le plan frontal** : une attitude en translation droite de la tête s'accompagne d'une contracture des sous-occipitaux gauche ainsi que des scalènes et élévateur de la scapula droits ;



► Figure 4
Test de Neri

- **le plan horizontal** : une attitude en rotation gauche devra guider le praticien vers une palpation des trapèzes supérieurs, scalène et SCOM droit, ainsi que de l'élévateur de la scapula gauche.

Il convient d'investiguer également l'ensemble du rachis et de la ceinture scapulaire afin d'être complet dans l'approche.

■ Morphodynamique

Cette étude permet de mesurer les amplitudes actives du sujet, donc **une partie de sa mobilité**. **Pour tester complètement ses amplitudes il faudra adjoindre à cette étude les tests passifs**. Notons que les amplitudes physiologiques sont de l'ordre de :

- 45° de flexion ;
- 90° d'extension ;
- 45° d'inclinaison ;
- 90° de rotation.

Le praticien évalue les mobilités dans les trois plans de l'espace en veillant bien à séparer les mobilités du rachis cervical supérieur RCS (occiput, C1, C2) et du rachis cervical moyen RCI (C3 à C7). Il note également la répercussion sur la charnière cervico-dorsale afin d'intégrer le rachis thoracique à l'étude.

La qualité et la facilité qu'a le patient à réaliser le mouvement sont observées.

Pour l'aspect quantitatif, il faut noter que l'observation simple est jugée fiable pour évaluer l'amplitude [7]. Les mesures centimétriques présentent également une bonne fiabilité. On prendra alors la distance menton/fourchette sternale pour la

flexion/extension, la distance tragus/acromion pour l'inclinaison et distance menton/acromion pour la rotation.

Le tout est retranscrit sur une étoile de Maigne qui offre simplicité et traçabilité.

PALPATOIRE

La palpation se fera tissu par tissu.

- **palpation osseuse** : on recherche les processus épineux de C2 à T1, les processus transverses de C1 à C7, les articulations zygapophysiales de C2 à C7, sans oublier la loge antérieure (os hyoïde, cartilages) et la première côte ;
- **palpation musculaire** : s'intéresse aux muscles trapèze, élévateur de la scapula, scalènes, SCOM, splénius, complexus, sous-occipitaux et muscles de la loge antérieure. On n'oubliera pas les muscles thoraciques grand et petit pectoral, sous-clavier, rhomboïde et petit dentelé postéro-supérieur ;
- **palpation fasciale** : le ligament nuchal ainsi que lesaponévroses cervicales devront être investigués ;
- **palpation cutanée** : toujours en rapport avec les dermatomes, le praticien recherchera les points gâchettes et les infiltrats cellulalgiques.

MOBILITÉ ARTICULAIRE PASSIVE

Ce temps permet d'évaluer l'amplitude articulaire passive et les dysfonctions. Les résultats devront être mis en relation avec les examens morphodynamique et palpatoires.

La palpation procède en deux temps : les tests globaux lui permettent de cibler un étage alors que les tests spécifiques donnent le sens dysfonctionnel.

■ Tests globaux

- **En position assise** : le praticien fait face à son patient et encercle la région cervicale, les pulpes des doigts étant en contact avec les articulaires postérieures. Cette prise permet au praticien de tester les mobilités une à une ou couplées. Il effectue flexion, extension, inclinaisons et rotations de manière isolée, puis couple les mobilités

de manière physiologique. Pour le RCS, il combine inclinaison et rotation opposée. Pour le RCI, il combine rotation et inclinaison homolatérale ;

– en décubitus dorsal :

- *le test de rebond postéro-antérieur* est utilisé ici pour identifier un étage dysfonctionnel. Il consiste à provoquer un glissement antérieur de la vertèbre par appui sur l'apex de l'épineuse [8]. Notre but n'est donc pas d'évaluer la flexion extension mais d'évaluer une restriction de mobilité consécutive à une dysfonction vertébrale ;
- *le test de translation* : le praticien prend appui sur l'apex des processus transverse de l'étage à tester et imprime une poussée à droite puis à gauche. Par ce test, il confirme ses présomptions sur la limitation d'amplitude et évalue la quantité d'inclinaison (qui sera ici opposée à la translation).

■ Tests spécifiques

– Le RCM :

- une fois l'étage lésionnel identifié, le praticien prend contact à l'aide de ses médius avec les massifs articulaires de la vertèbre dysfonctionnelle. Il évalue les mobilités dans les trois plans en veillant à mobiliser l'étage isolément.

– le RCS :

- *occiput/atlas* : le praticien réalise des tests de translation en empaumant le crâne du sujet. Ces mouvements sont réalisés en flexion pour tester la capacité des condyles à reculer (postériorisation) et en extension pour évaluer leur avancée (antériorisation).
- *atlas/axis* : à l'aide d'une double prise « fer à cheval », il saisit C1 et C2 et imprime des mouvements de rotation et de translation à C1.

CONTRACTILITÉ MUSCULAIRE

Un lien entre perte d'endurance musculaire et cervicalgie a été établi [9]. L'HAS recommande une évaluation lors de l'examen clinique [10].

Les fléchisseurs sont testés patient en décubitus dorsal. Il lui est demandé de décoller la tête pour venir regarder son nombril et de maintenir cette position aussi longtemps que possible.

Les temps moyens de référence sont de 104 secondes pour les femmes et 183 secondes pour les hommes [11].

Les extenseurs sont testés en décubitus ventral à l'aide d'une variante du test de Sorensen (tête hors de la table). Le temps physiologique de maintien est de l'ordre de 10 minutes. Une variante lestée à 2 kg est envisageable afin de gagner du temps (sujet sain : 4 minutes)

PROPRIOCEPTION

Le réflexe oculo-cervical est connu et décrit. Sa prise en charge en phase rééducative améliore la clinique des patients il peut donc être intéressant de l'évaluer. Le praticien pourra, au décours de mobilisations passives cervicales, demander à son patient de fixer un point et vérifiera s'il est capable de maintenir un relâchement musculaire.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les examens complémentaires sont par définition **complémentaires** de l'examen clinique et ne peuvent pas le remplacer [1]. Les clichés disponibles se résument souvent à la radiographie, parfois au scanner ou à l'IRM. Ils permettent aux thérapeutes d'éliminer les pathologies organiques.

Dans tous les cas, le praticien se gardera de surinterpréter les épreuves. Les études ont montré que les courbures et les atteintes dégénératives ne sont pas en lien avec la cervicalgie [4].

BILAN À DISTANCE

Le praticien n'oubliera pas dans son approche d'envisager le patient dans sa globalité et d'évaluer les différentes régions en lien direct avec le rachis cervical : la ceinture scapulaire, l'ensemble thoracique, le rachis lombaire, l'ATM et la sphère crânienne.

CONCLUSION

Le praticien mettra en évidence au cours de son examen des dysfonctions précises. La prise en charge qui s'en suivra devra avoir pour objectif de coller au mieux aux déficiences retrouvées sans enfermer le patient dans un protocole arrêté.

Au même titre que pour la lombalgies se pose un problème de vocabulaire : la « cervicalgie » est un intitulé trop large et insuffisamment spécifique risquant d'entraîner des prises en charge stéréotypées et symptomatiques. ✘



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Dufour X, Barette G, Barillec F. Le bilan kinésithérapique rachidien vu par la thérapie manuelle. *Kinésithér Scient* 2011;518:41-8.
- [2] Marc T, Cudel A. Bilan et diagnostic kinésithérapique des cervicalgies. *Kinésithér Scient* 2002;427:35-7.
- [3] Dufour X, Barette G, Ghossoub P, Loubiere M. Arrêtons de soigner la lombalgie. *Kinésithér Scient* 2010;506:11-7.
- [4] Estrade JL. *Bilan préliminaire des cervicalgies*. Blog actukine. Octobre 2012.
- [5] Marc T, Rifkin D, Cudel A. Bilan du rachis cervical. *Kinésithér Scient* 2003;433:59-60.
- [6] Kouyoumdjian P, Bonnel F, Dagneaux L, Asencio G. Examen clinique du rachis cervical : conduite diagnostique et enquête étiologique. *Kinésithér Scient* 2011;521:33-47.
- [7] Estrade JL. *Bilan passif de la cervicalgie*. Blog actukine. Décembre 2011.
- [8] Calling B, Lee M. Effect of direction of applied mobilization force on the posteroanterior response in the lumbar spine. *J Manip Physiol Ther* 2001;2;vol.24:71-8.
- [9] Whalen RL, Konstant SP, Worrell TW, Kegerreis S. EMG analysis of patients with unilateral neck pain. *Journal of Sport Rehabilitation* 1999;8.
- [10] HAS Service de recommandation professionnelle. *Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « coup de lapin » ou whiplash*. Mai 2003
- [11] Estrade JL. *Bilan actif de la cervicalgie*. Blog actukine. Octobre12.