Rachis cervical haut: de la biomécanique à la thérapie manuelle

XAVIER DUFOUR

KINÉSITHÉRAPEUTE - PARIS

Les pathologies cervicales peuvent prendre de multiples formes touchant le rachis cervical bien sûr, créant des douleurs et des raideurs de ce dernier mais aussi créer des formes neurologiques avec les névralgies cervico-brachiales et les névralgies d'Arnold.

Il existe encore d'autres atteintes de la sphère ORL à type d'otalgie, d'acouphènes ou de vertige. Un point peut être commun à ces pathologies, le trouble mécanique du rachis cervical et des structures avoisinantes pouvant aussi entraîner des troubles de la posture et de l'équilibre dans certains cas. Attention, nous ne prétendons pas soigner toutes pathologies par la thérapie manuelle, mais dans certaines d'entre elles, la thérapeutique manuelle peut solutionner le problème du patient. Le principal motif de consultation est la douleur. Nous connaissons les limites des traitements antalgiques qu'ils soient médicamenteux ou physiothérapiques. Deux hypothèses, la douleur est en regard de la raideur, c'est l'étirement des hypo-extensibilités musculaires, capsulo-ligamentaires et des raideurs articulaires qui produit la douleur. Deuxième hypothèse, la raideur est à distance de la douleur, la zone douloureuse est donc une compensation de la zone raide, le traitement doit principalement s'intéresser à la raideur plus qu'à

Nous retiendrons deux grands morphotypes opposés dans le cadre des cervi-

calgies, les attitudes antéprojetées et les attitudes rétractées. Une troisième étiologie sera présentée à travers les défauts de rotation dans le plan transversal.

ATTITUDES ANTÉPROJETÉES

Il s'agit d'une tête portée en avant par rapport aux épaules, ce qui correspond à une flexion basse et une extension haute, or la raideur est liée essentiellement au rachis cervical inférieur en flexion sous l'action des muscles antérieurs hypo-extensibles souvent oubliés en thérapeutique, les scalènes antérieurs et moyens, muscles sous-hvoïdiens et les Scom. Pour tenir cette tête portée en avant, une réaction des paravertébraux est nécessaire, favorisant ainsi les contractures. La seule levée de ces contractures postérieures par le massage ou toute autre thérapeutique ne peut être efficace tant que les hypo-extensibilités antérieures ne sont pas traitées. Il peut aussi en résulter des dysfonctions articulaires cervicales ou occipitales à type d'antériorisation des condyles.

ATTITUDES RÉTRACTÉES

Caractérisées par une flexion haute du rachis limitant tout mouvement rotatoire et étirant le plan postérieur, cette attitude de protection génère des douleurs postérieures. Les muscles sus-hyoïdiens sont courts et la charnière cervico-dorsale est maintenue rigide en extension. L'autograndissement axial actif en rentrant le menton est à proscrire dans cette attitude.

TROUBLES ROTATOIRES

Les muscles scalène, Scom, trapèze et élévateur limitent les rotations par leur hypoextensibilité. De plus, si le rachis dorsal est bloqué en cyphose, D1 est inclinée en avant en non horizontale, son axe de rotation n'est donc plus vertical mais incliné en avant et donc plus en adéquation avec la rotation cervicale.

7 CONCLUSION

Ces justifications physiopathologiques permettent de trouver une place aux différentes techniques de traitement myotensives, levées de tension, inhibition par raccourcissement, mais aussi les techniques de fasciathérapie manuelle ou par crochetage. Les mobilisations passives sont parfois nécessaires lorsque le problème est d'origine articulaire. Cette vision très mécanique n'exclut pas les techniques de massage, de physiothérapie ou de renforcement mais elle cherche à soigner l'étiologie plus que le symptôme.

En savoir plus...

Formation « Rééducation des cervicalgies » à l'ORREK IdF / Format Kiné

Implication du rachis thoracique dans les cervicalgies Traitement en thérapie manuelle

GILLES BARETTE

KINÉSITHÉRAPEUTE - PARIS

Dans le cadre des cervicalgies, le travail de la région cervico-dorsale semble apporter une diminution des douleurs ainsi qu'une récupération de la mobilité articulaire. Certains recommandent de mobiliser la région dorsale haute pour libérer le rachis cervical:

- Cleland (1) en 2005 et 2007 préconise l'utilisation de la « dog-technic » dans le traitement de la cervicalgie,
- De Las Penas (2) recommande cette technique de manière hebdomadaire dans le traitement de la cervicalgie,
- J-Y Maigne (3, 4, 5, 6, 7) dans une

approche de l'organisation musculaire du rachis cervico-dorsal propose une analyse des différents plans en distinguant les muscles haubans ou stabilisateurs plutôt thoraco-cervicaux, des muscles posturaux plutôt segmentaires ou pluri-segmentaires.



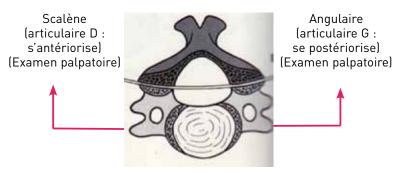


Figure 1 : Pathologie en rotation

Il distingue donc le plan des Trapèzes, des Splénius, du semi-spinalis et y ajoute l'élévateur de la scapula et les rhomboïdes.

QUELS SONT LES ÉLÉMENTS D'UNION **ENTRE LE RACHIS DORSAL** ET LE RACHIS CERVICAL?

Ils sont nombreux mais le système qui semble le plus riche est d'origine musculaire; lui est associé un système conjonctif (fascial et ligamentaire) qui lui aussi est important tant par sa structure que son organisation.

Le système musculaire est donc un véritable système d'amarrage de la partie haute par rapport à la partie basse. Tout dysfonctionnement de cette dernière a des répercussions sur le rachis cervical.

L'organisation du rachis au niveau musculaire comprend plusieurs groupes musculaires qui ont une organisation répondant à cette problématique.

Ce sont:

• le muscle Splénius , tendu de la base occipitale à la région dorsale, est souvent à l'origine de douleurs inter-scapulaires associées à des douleurs cervicales hautes. Il joue un rôle d'arrimage sur le rachis dorsal. Tendu de l'écaille de l'occiput à C4-C6 (capitis) et de C7-T6 (cervicis), il présente des points

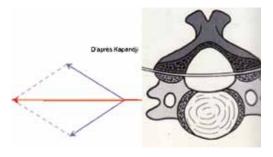


Figure 2 : Impaction du côté gauche

gâchette, dont l'irradiation de la douleur se fait vers la région occipitale et frontale pour Travell et Simons;

- · les rhomboïdes dont la partie musculaire qui nous intéresse est le petit rhomboïde qui s'insère sur la charnière cervico-dorsale et dont l'atteinte se traduit par des douleurs de la charnière cervico-dorsale avec des irradiations scapulaires:
- · d'autres muscles antérieurs comme les scalènes jouent aussi un rôle important de par leurs associations avec l'élévateur de la scapula au niveau de la compréhension des mécanismes de liaison entre le rachis haut et le bas.

SCHÉMAS PATHOLOGIQUES

En effet, les schémas pathologiques que nous pouvons rencontrer sont :

- une tension opposée entre le scalène d'un coté et l'élévateur de l'autre, se traduisant à l'examen par un schéma rotatoire du rachis cervical et moyen du côté de l'élévateur. Pour un élévateur droit, la rotation est donc droite. Cette rotation basse est compensée par une rotation haute permettant au patient de conserver une vision de face. Cette compensation haute peut être génératrice de douleurs et contractures sous-occipitales (figure 1);
- · lors d'une atteinte des deux muscles du même côté, nous sommes sur un schéma de translation se traduisant par une impaction articulaire opposée à cette dernière. Pour les mêmes raisons évidentes de maintien à l'équilibre de la ligne bioculaire, une compensation sous-occipitale peut exister génératrice à son tour de souffrances musculoarticulaires. On comprend donc tout l'intérêt qu'a le praticien à aborder en première intention la zone cervicale basse (figure 2).

Les cas où les muscles s'organisent de manière symétrique existent mais sont plus simples à analyser. On est soit dans un schéma d'extension, soit dans un schéma de flexion.

⊿ CONCLUSION

L'abord du rachis cervical par la charnière C7T1 permet de débroussailler la prise en charge du patient et évite dans certains cas des manœuvres hasardeuses qui, mal dosées, peuvent avoir des conséquences douloureuses pour le patient.

RÉFÉRENCES

→ 1 - CLELAND ET AL.

Short-Term Effects of Thrust Versus Nonthrust Mobilization/Manipulation Directed at the Thoracic Spine in Patients With Neck Pain: A Randomized Clinical Trial. Phys Ther.2007; 87: 431-440,

7 2 - CESAR FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS PT. CRISTOBAL DOWNEY PT, MSC AND JUAN **CARLOS MIANGOLARRA**

Page MD, PhD. Validity of the Lateral Gliding Test as Tool for the Diagnosis of Intervertebral Joint Dysfunction in the Lower Cervical Spine Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics Volume 28, Issue 8, October 2005, Pages 610-616

→ 3 - ANAES

Service des recommandations professionnelles. Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « coup du lapin ». Mai 2003

→ 4 - MAIGNE JY.

Dorsalgie et rachis cervical. Etude anatomique et clinique. Rhumatologie. 1990;42:301

对 5. MAIGNE JY, CHANTELOT F, CHATELLIER G.

Interexaminer agreement of clinical examination of the neck in manual medicine. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 52 (2009) 41-48

→ 6. MAIGNE JY, MAIGNE R. **GUERIN-SURVILLE H.**

Upper thoracic dorsal rami: anatomic study of their medial cutaneous branches. Surg Radiol Anat. 1991;13:109-12.

Douleurs d'origine vertébrale. Comprendre, diagnostiquer et traiter. Elsevier ed. 2006.

En savoir plus...

www.itmp.fr Formation « Rééducation des cervicalgies » à l'ORREK IdF / Format Kiné