

Cervicalgies et lien cervico-thoracique

Fabrice BARILLEC

MKDE Th.M DO

Les rencontres de Format'kiné

Samedi 5 octobre 2013



Avant-propos

- « Lien » cervico-thoracique sous-entend relation et même interaction réciproque entre ces deux régions.
- Rachis cervical et rachis thoracique peuvent constituer la cible symptomatique ou la source étiologique.
- Les études ont surtout porté sur la dorsalgie inter-scapulaire d'origine cervicale.

Avant-propos

- Le niveau de preuve apporté par Robert Maigne (1) (2), l'expertise du praticien et la précision des données cliniques font que l'algie interscapulo-vertébrale peut être intégrée dans la médecine fondée sur les faits (EBM) (3).
- Datant de plusieurs décennies, la vision de R.Maigne n'a quasiment jamais été remise en cause.
- J.Y. Maigne a cependant avancé d'autres hypothèses



Avant-propos

- La notion de cervicalgie d'origine thoracique ne fait pas consensus. Les études sont rares et le niveau de preuve insuffisant (4).
- Les biais sont nombreux et cette relation n'est abordée qu'à travers le prisme de la manipulation vertébrale (5).

Avant-propos

- L'évidence d'un lien musculo-aponévrotique cervico-thoracique, quelques études récentes sur l'intérêt des techniques myotensives (Fryer) (6) et les modifications de structure des fléchisseurs profonds chez les patients cervicalgiques (7) nous amènent à présenter la cervicalgie haute d'origine basse comme une evidence-informed practice.

La dorsalgie interscapulaire: tableau clinique

- Décrite par R.Maigne en 1964 (1)
- Douleur paramédiane à l'épineuse de T4: point cervical du dos
- Syndrome cellulo-myalgique occupant partiellement ou totalement le dermatome T2
- Douleur mécanique calmée par le repos et déclenchée par la fatigue et les travaux effectués en cyphose dorsale prolongée



La dorsalgie interscapulaire: tableau clinique

- Douleur déclenchée par une pression maintenue dans la zone antéro-latérale du cou entre C5 et T1
- Mêmes effets si pression de l'épineuse des vertèbres C5, C6, C7, T1
- La douleur s'accompagne d'irradiations vers l'acromion homolatéral

La dorsalgie inter-scapulaire: physiopathologie selon R.Maigne

- Hypothèse: les rameaux cutanés des branches postérieures de C5-C6, C6-C7 et C7-T1 sont quasi inexistantes
- On passerait donc directement du dermatome C4 au dermatome T2
- Le contingent cutané de T2 représenterait donc le contingent cutané des dernières branches cervicales de C5 à T1



La dorsalgie inter-scapulaire: physiopathologie selon R.Maigne

- Lazorthes (8) corrobore cette hypothèse: les branches postérieures de C6, C7, C8 et T1 n'arrivent jamais à la peau et sont uniquement motrices
- La deuxième branche postérieure thoracique semble compenser la différence des branches qui précèdent

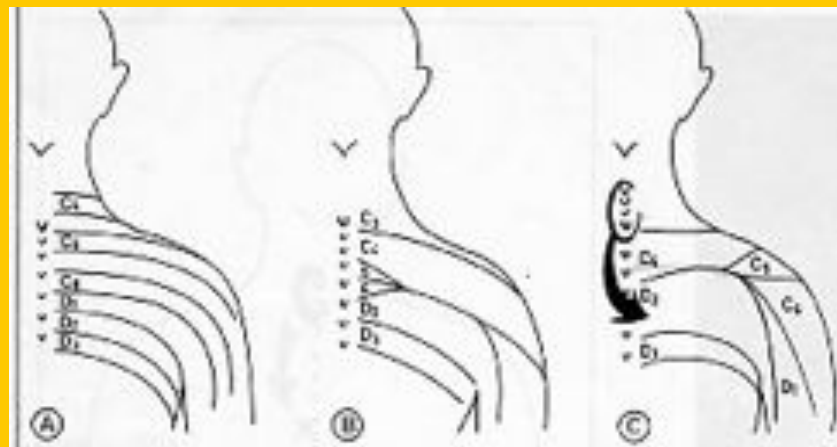
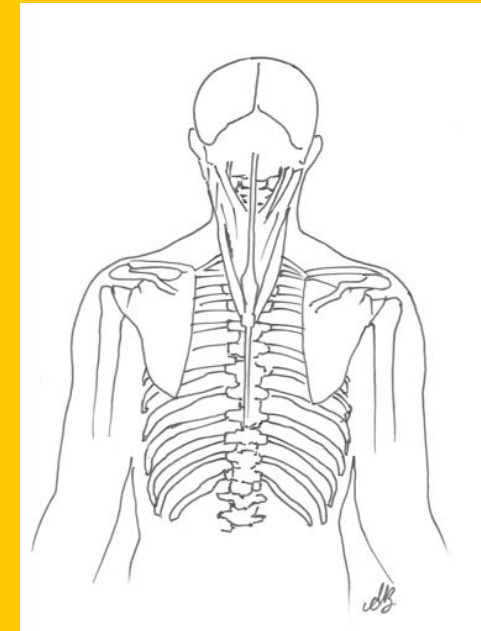
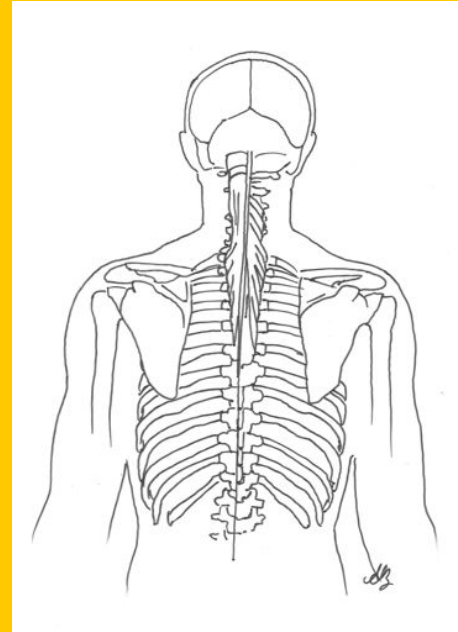


Photo R.Maigne SOFMMOO

La dorsalgie inter-scapulaire: physiopathologie selon J.Y.Maigne

- Point cervical du dos para-T5 (corps vertébral) donc para-T4 (épineuse)
- Face latérale de T4: une seule insertion musculaire, le splenius du cou
- Deux hypothèses peuvent rendre compte d'une douleur sur son insertion basse



La dorsalgie inter-scapulaire: physiopathologie selon J.Y.Maigne

- Première hypothèse: tension musculaire provoquée par le maintien prolongé du rachis cervical en flexion. Le muscle est mince et superficiel à son insertion basse, ces facteurs favorisent la concentration de la douleur à ce niveau
- Deuxième hypothèse: dysfonction articulaire ou discale cervicale basse d'où naissent les racines motrices destinées au splénius.



La cervicalgie haute d'origine basse

- Le rachis thoracique est une courbure primaire siège de dysfonctions souvent primitives
- La présence du gril costal compromet toute compensation dans la courbure primaire.
- Celle ci se fait donc dans la courbure secondaire sus ou sous-jacente
- Nécessité d'investigations dans le complexe cervico-thoraco-scapulo-huméral

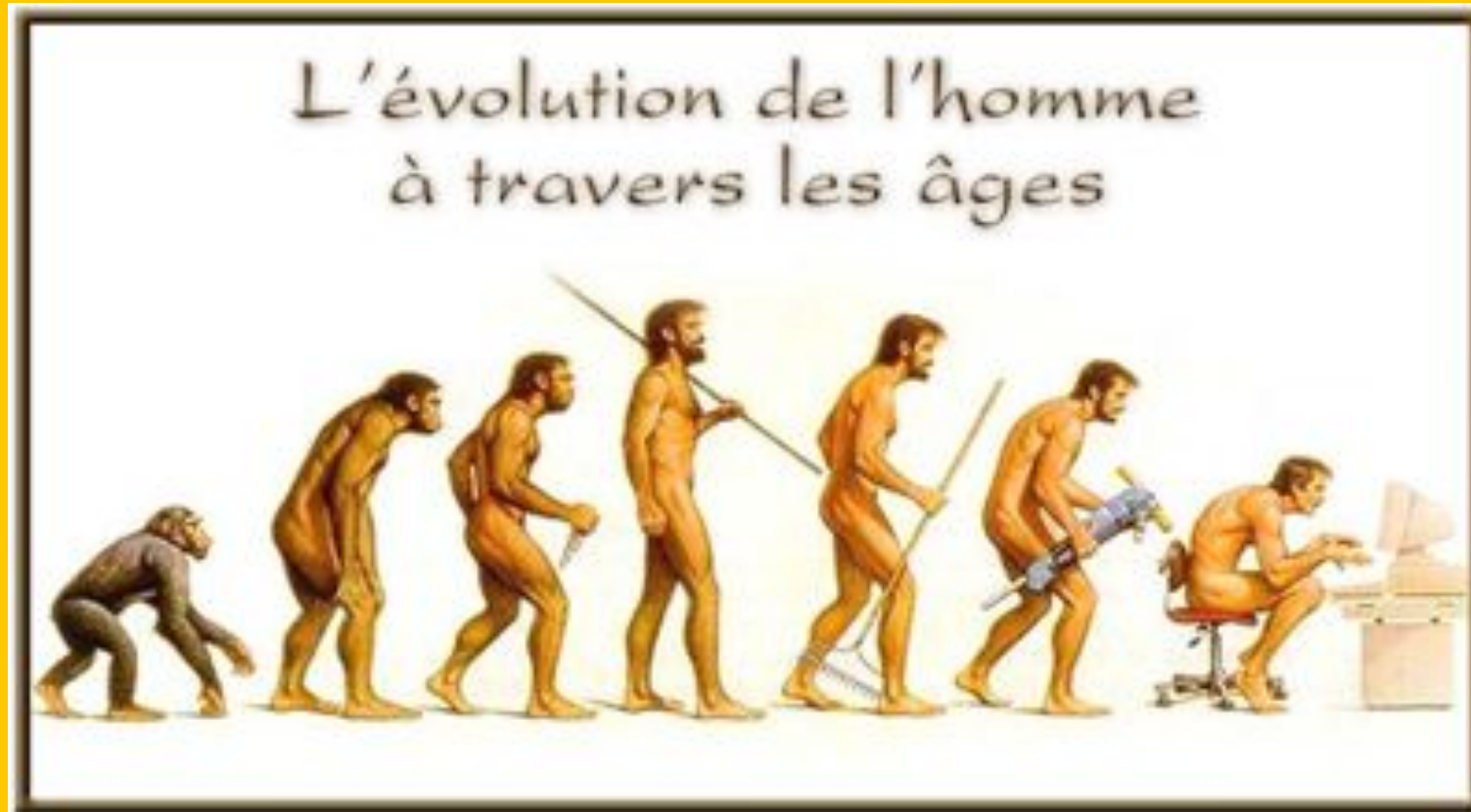


La cervicalgie haute d'origine basse

- Deux situations sont envisagées:
- Dans le plan sagittal strict
- Dans les trois plans de l'espace



Cervicalgie haute d'origine basse: physiopathologie dans le plan sagittal



Cervicalgie haute d'origine basse: physiopathologie dans le plan sagittal

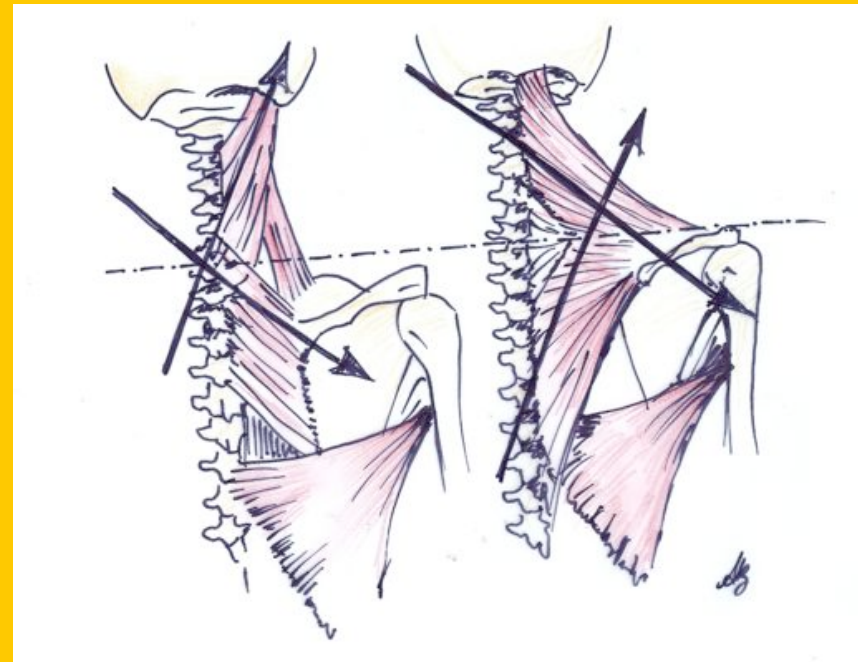
- « Tertiarisation des activités professionnelles »
- Flexion rachidienne: délordose lombaire, hypercyphose dorsale, flexion cervicale basse, hyperextension cervicale haute afin de maintenir l'horizontalité du regard et des canaux semi-circulaires de l'oreille interne
- Le rachis dans sa globalité devient le complexe d'investigation clinique

Cervicalgie haute d'origine basse: physiopathologie dans les trois plans de l'espace

- Incidence clinique segmentaire: DIV dans le rachis thoracique
- Perturbation au niveau d'un ou plusieurs arthrons dans les trois plans de l'espace
- Restriction de mobilité tridimensionnelle pouvant être asymptomatique mais génératrice de contractures musculaires et de tensions fasciales.

Cervicalgie haute d'origine basse: physiopathologie dans les trois plans de l'espace

- Les pérennisations des troubles tissulaires musculo-aponévrotiques peut être à l'origine de répercussions dans le rachis cervical à type de dysfonctions articulaires
- Conséquence: douleurs ou gêne fonctionnelle cervicale haute



Le bilan kinésithérapique et le diagnostic différentiel (9)

- Interrogatoire: douleur et/ou gêne fonctionnelle
- Observation statique et dynamique: plan sagittal +++
- Examen clinique systématisé, tissu par tissu: cutané, musculaire (10), aponévrotique, viscéral, neurologique, articulaire
- Confrontation des bilans musculo-aponévrotiques et articulaires décisive.



Le bilan kinésithérapique et le diagnostic différentiel (9)

- Le bilan s'effectue dans le complexe cervico-thoraco-scapulo-huméral
- Localement: symptomatologie
- Régionalement: évaluation des tissus mous « cervico-thoraciques », contractures sur muscle long ou contractures sur muscle court
- A distance: recherche de la dysfonction primaire

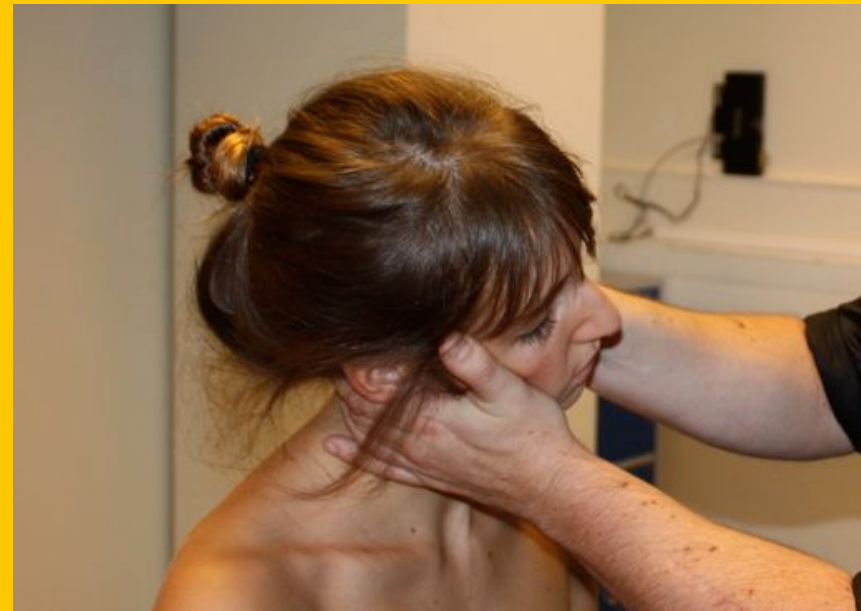


La stratégie thérapeutique

- « On ne traite que ce que l'on trouve »
- Trois phases:
 - Libérer: les tissus musculo-aponévrotiques dans un premier temps, les dysfonctions articulaires ensuite. En résumé « casser » le lien cervico thoracique puis traiter la dysfonction articulaire primitive.
 - Maintenir: les acquis de la libération: rééducation sensori-motrice, rééducation posturale, renforcement musculaire adapté
 - Entretenir: conseils posturaux, ergonomie, sports



La stratégie thérapeutique



Conclusion

- Traitement des cervicalgies non symptomatique
- Importance du bilan élargi et systématisé
- Traitement non protocolaire
- Nécessité d'une poursuite rééducative pour entretenir et maintenir les acquis

Merci de votre attention



Bibliographie

- (1): R.Maigne, Ligue française contre le rhumatisme; séance du 15 avril 1964.
- (2): R.Maigne, Revue du rhumatisme, 9, 497-503, 1964. L'algie interscapulo-vertébrale. Forme fréquente de dorsalgie bénigne; son origine cervicale.
- (3): Sackett.DL et al, « Evidence based medicine: what it is and what it isn't », BMJ, vol 312, n°7023, janvier 1996, p.71-2.
- (4): Gross.A, Miller.J, D'Sylva.J, Burnie.SJ, Goldsmith.CH, Graham.N, Haines.T, Bronford.G, Hoving.GL. Manipulation or mobilisation for neck pain. Cochrane database of systematic reviews 2010, issue 1.
- (5): Fernandez-De-Las-Penas.C, Alonzo-Blanco.C, Luz Cuadrado.M et al, Spinal Manipulative therapy in thr management of cervicogenic headache. Headache 2005;45:1260-3.

Bibliographie

- (6): Fryer.G, muscle energy technique: an evidence-informed-approach; In J Osteopath Med. 2011; 14(1):3-9.
- (7): Jochen Schomacher, Deborah Falla, ManTherapy, function and structure of the deep cervical extensor muscles in patient with neck pain, 2013 Oct;18(5):360-6.Doi:10.1016/j.math.2013.05.009.Epub 2013 Jul12
- (8): Lazorthes.G, Zadeh.J. Revue de Médecine Orthopédique 1987; 10:5-9.
- (9): Dufour.X, Barette.G, Barillec.F. Le bilan kinésithérapique vu par la thérapie manuelle. Kinésithérapie scientifique 2011; 518:41-8.
- (10): Maigne.JY. Anatomie et pathologie douloureuse du plan musculaire cervico-thoracique postérieur. Maîtrise orthopédique 2009 Juin; 185.