

# Cervicalgie : bilan d'exclusion, différentiel et diagnostic kinésithérapique

## RÉSUMÉ | SUMMARY

Cet article met en place les différentes étapes d'un bilan des cervicalgies en partant des généralités de la prise en charge d'un patient vers la prise en charge kinésithérapique. Elle doit aboutir à définir les gestes techniques les plus appropriés à mettre en place en fonction de ses résultats et de la phase dans laquelle se trouve le patient.

*This article demonstrates the different steps of an assessment of neck pain including both general aspects of patient management as well as physiotherapy management. The assessment should enable one to define the most appropriate treatment options to put into place with regards to the phase (acute/chronic) that the patient is in.*

### 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 (2°1), à l'ITMP  
de Paris et ORREK FC  
Membre de la  
Société française de  
rééducation  
de l'épaule (SFRE)

### Arnaud CERIOLI

Kinésithérapeute  
cadre de Santé  
Certifié en thérapie  
manuelle (MTM)  
Formateur en IFMK  
(CEERRF, EFOM,  
AP-HP, ENKRE,  
Reims) et en thérapie  
manuelle (ITMP)

### 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

Kinésithér Scient 2013;540:7-9

## MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Bilan ► Cervicalgie ► Diagnostic

► Assessment ► Neck pain ► Diagnosis

La prise en charge de patients présentant des cervicalgies demande comme dans toute pathologie rachidienne, un bilan précis permettant de déterminer de manière précise les causes tissulaires de la dysfonction cervicale [1].

Notre approche est basée sur un diagnostic kinésithérapique en trois étapes principales permettant de mettre en place le traitement adapté [2].

Le patient qui nous consulte arrive dans notre cabinet avec une plainte, c'est-à-dire une douleur cervicale s'accompagnant ou non de signes associés à type de fourmillement et/ou de douleurs. Pouvant consulter en première intention, il nous paraît important de suivre une progression dans la mise en place de ce bilan

## DIAGNOSTIC D'EXCLUSION

• Ce diagnostic d'exclusion a pour but d'éliminer toute pathologie qui est une contre-indication totale à la prise en charge du patient. Appelé aussi drapeaux rouges [3, 4], il est possible de les classer en cinq grandes familles qui sont les pathologies d'origine tumorale, inflammatoire, infectieuse, traumatique et neurologique.

• L'interrogatoire va permettre d'identifier les causes possibles de contre-indication :

- le patient de plus de 55 ans ayant subi un traitement oncologique doit faire l'objet d'un examen radiologique. Les tumeurs PRSTT (prostate, poumon, rein, sein, testicule et thyroïde) sont les grands fournisseurs de pathologie métastatique ;
- le patient présentant des douleurs nocturnes, sans changement de position, calmées par les anti-inflammatoires, doit nous évoquer une cervicalgie inflammatoire. D'autre part un patient présentant des douleurs inflammatoires entraînant une impossibilité à se mouvoir dans les différents plans (flexion/extension, inclinaison, rotation) est une contre-indication formelle à toute prise en charge ;
- le patient qui se plaint de douleurs accompagnées d'un fébricule régulier et constant, doit faire l'objet d'une prise en charge médicale avant toute prise en charge kinésithérapique ;
- un patient ayant présenté un traumatisme cervical quel que soit le niveau vertébral doit faire l'objet d'un bilan radiologique complet intégrant, entre autres, un cliché bouche ouverte. Nous recommandons de ne pas prendre en charge un patient se présentant sans clichés radiologiques ;

- un patient qui présente une aggravation importante des troubles neurologiques tant sur le plan subjectif qu'objectif doit aussi faire l'objet d'une prise en charge spécifique.

Ces différents drapeaux rouges ayant été mis en place, en leur absence, le praticien peut passer à la seconde étape de son bilan qui est le bilan différentiel.

## BILAN LOCAL DE LA CERVICALGIE [5-7]

- Une fois l'anamnèse réalisée, après avoir éliminé toute cause n'étant pas de notre ressort, nous réalisons le bilan kinésithérapique. Ce bilan se fait tissu par tissu et a pour but d'identifier les dysfonctionnements du rachis cervical et des zones avoisinantes.

- **Bilan cutané** : il est réalisé par un palper-rouler et met en évidence une perte de mobilité tissulaire et un épaissement du tissu cutané et sous-cutané. Cette modification de densité tissulaire met souvent en évidence une dysfonction sous-jacente. L'approche mécanique est complétée par une approche sensitive correspondant à la souffrance des branches nerveuses en rapport avec les dermatomes. L'organisation nerveuse du rachis cervical distingue une partie haute (plexus cervical) et une partie moyenne et basse (plexus brachial). Chacune de ces zones présente des caractéristiques particulières, névralgie d'Arnold à la partie haute, névralgie cervico-brachiale à la partie moyenne et basse.

- **Bilan musculaire** : caractérisé par des contractures musculaires, il est nécessaire néanmoins de distinguer les contractures d'origine myoélectrique caractéristique d'une hyperactivité au niveau du fuseau neuromusculaire et rencontrées le plus souvent dans les atteintes aiguës type torticolis, des contractures d'origine myométabolique caractéristiques des atteintes anciennes. L'une comme l'autre présente une rénitence mise en évidence par la palpation, associée pour la seconde à une perte de l'extensibilité musculo-aponévrotique. Cette distinction permet de comprendre la mise en place de techniques différentes soit de type inhibiteur, soit de type contracter-relâcher. Les différents muscles abordés seront décrits dans l'organisation musculaire du rachis cervico-dorsal.

- **Bilan des tissus conjonctifs** : sont passés en revue les tissus fasciaux. L'organisation des fascias

cervicaux distingue deux zones bien différenciées. La partie postérieure est composée du septum nuchal qui est un tissu conjonctif épais et puissant. Il est différent des fascias cervicaux antérieurs constitués en trois parties, superficiel, moyen et profond, nécessitant une approche différente. Ces tissus sont évalués soit par des techniques de traits tirés centimétriques, plutôt sur la partie postérieure, soit par des techniques de mise en tension de type nappe permettant d'évaluer leur mobilité sans pour autant solliciter les zones sous-jacentes au fascia et souvent fragiles ou réactives (artères, lymphatiques, ganglions sympathiques).

### • Bilan des tissus articulaires [8] :

- au niveau cervical, nous distinguons comme origine de la douleur, les articulaires postérieures, les apophyses unciformes et discales. L'utilisation de tests spécifiques va permettre de réaliser un triage de première intention permettant d'affiner le bilan. Le premier test réalisé au niveau cervical est le test de De Kleyne [9]. Ce test permet de mettre en évidence une dysfonction de l'artère vertébrale au niveau de la jonction sous-occipitale. Plusieurs descriptions en sont faites, le patient étant soit assis, soit couché. Ce test a néanmoins ses détracteurs de par son manque de précision et surtout par les risques encourus lors de son exécution [10]. Il a pour but de mettre en évidence une souffrance artérielle, contre-indication formelle à tout acte de mobilisation en extension et rotation ;

### – le test de Jakson ou test de Spurling [10, 11] :

ces deux tests permettent de réaliser une évaluation de l'état articulaire au niveau discal. Ce test se pratique assis en réalisant une compression dans l'axe cervical. Il est ensuite réalisé de manière étagée en augmentant le degré de flexion. L'association d'une inclinaison-rotation permet de tester les trous de conjugaison ainsi que les mobilités articulaires des étages concernés. Ce bilan de première intention est suivi d'un bilan différentiel orienté vers le disque intervertébral (Mc Kenzie) ou vers les articulations vertébrales. Un protocole simple peut être mis en place en partant de l'étoile de Maigne, pour tester ensuite les mobilités de manière étagée tant à la fois dans les étages inférieurs que dans la zone sous-occipitale. Au niveau cervical moyen et inférieur, nous avons une association inclinaison et rotation du même côté, la translation étant opposée, tandis qu'au niveau sous-occipital, la rotation et

l'inclinaison sont de sens opposé, la translation elle-même associée à la rotation. Ces différentes phases de bilan seront explicitées dans les textes suivants. Ils aboutissent à une identification de la perte de mobilité articulaire sur un ou plusieurs étages. Le bilan différentiel permet alors de choisir le traitement le plus spécifique ;

- **bilan vasculo-nerveux** : ce bilan fait suite aux précédents. Il a pour but une identification de tout trouble vasculaire ou nerveux associé comme une NCB ou bien une névralgie d'Arnold. Les cervicalgies s'accompagnant souvent de céphalées dont l'origine vasculaire est toujours envisageable ;
- **bilan viscéral** : il n'est pas question ici de prendre un raccourci amenant à considérer les cervicalgies comme une extension d'un problème viscéral. Néanmoins, certaines pathologies de la sphère cardio-pulmonaire peuvent s'accompagner de projections cervicales douloureuses. De plus cette zone cervicale est en rapport avec les ganglions supérieur, moyen et inférieur du système végétatif qui peuvent avoir une incidence sur cette zone.

## BILAN RÉGIONAL ET À DISTANCE

- Ce bilan qui comporte deux étapes est indissociable du précédent. Il reprend la même démarche mais en allant solliciter des zones autres que le rachis cervical. C'est un bilan de seconde attention qui trouve son intérêt lorsque le bilan local ne donne pas les résultats espérés. Il est clair que la prise en charge d'un patient commence par le bilan de la région concernée, mais pour certains auteurs [12] la région cervicale est lorsqu'elle souffre, l'adaptation d'une perturbation située à distance. Il semble donc intéressant dans un bilan régional d'aller tester le rachis thoracique haut ainsi que l'appareil manducateur et l'appareil oculaire de par leurs connexions privilégiées entretenues avec la zone sous-occipitale. Le bilan à distance, quant à lui, s'intéresse à la ceinture scapulaire ainsi qu'au rachis lombosacré (axe occipito-sacré) et association charnière cervico-thoracique et thoraco-lombaire.
- L'association avec les différents sens ne doit pas être oubliée non plus. En effet la tête portée par le rachis cervical supporte quatre de nos cinq sens. La perturbation de l'un d'entre eux peut avoir des

répercussions sur l'équilibre loco-régional. Un bilan postural est aussi à envisager en dernier lieu pour les raisons évoquées juste au-dessus.

## CONCLUSION

Ce bilan du rachis cervical se divise principalement en trois temps local, régional et à distance permettant de passer en revue les différentes options possibles. Il est toujours précédé d'un bilan d'exclusion. Une fois réalisé, il va nous permettre de mettre en place les différentes étapes du traitement qui comportera trois phases bien connues aujourd'hui de nos lecteurs et dont les bases remontent aux années 80 : libérer, maintenir, entretenir. Il permet de poser les bases d'une réflexion sur les techniques à choisir en fonction du type de cervicalgie et du moment de la prise en charge du patient. ✕



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Bogduck N, Mc Guirk B. *Prise en charge des cervicalgies aiguës et chroniques*. Elsevier, 2007.
- [2] Dufour X, Barette G, Barillec F. Le bilan kinésithérapique rachidien vu par la thérapie manuelle. *Kinésithér Scient* 2011;518:41-8.
- [3] Terret AGJ. Cervical spine syndromes. In: Murphy D (ed) *Vertebro basilar stroke following SMT* : Chapter 22. Mc Graw Hill Publication, 2000.
- [4] *Les drapeaux rouges chez l'adulte (signes d'alertes)*. Copyright © SOFEC, 2007.
- [5] Fernandez de Las Penas C et al. *Tension type and cervicogenic headache*. Jones Bartlett Publications, 2010.
- [6] HAS (2003). *Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « coup du lapin » ou whiplash*.
- [7] HAS (2003). *Nouvelles recommandations pour la pratique clinique sur la « Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « coup du lapin » ou whiplash*.
- [8] Estrade JL. *Bilan préliminaire des cervicalgies*. Blog actukine, Octobre 2012.
- [9] Konin JG, Wiksten DL, Isear Jr. JA, Brader H. *Special tests for orthopedic examination*. 3<sup>rd</sup> ed. Thorofare, NJ: Slack Inc., 2006.
- [10] Tong HC, Haig AJ, Yamakawa K. The Spurling test and cervical radiculopathy. *Spine* 2002;27:156-9.
- [11] Shah KC, Rajshekhar V. Reliability of diagnosis of soft cervical disc prolapse using Spurling's test. *Br J NeuroSurg* 2004;18:480-3.
- [12] Catanzariti JF, Debusse T, Duquesnoy B. Cervicalgies chroniques et dysfonctionnement de l'appareil manducateur. *Rev Rhum* 2005;72(12):1237-72.