

Cervicalgies

A. Lauwers

Centre de la Douleur

CHU St Etienne

CERVICALGIES

-
- Deux tiers de la population souffriront de cervicalgies à un moment de leur vie. La prévalence est maximale à l'âge moyen.

ANATOMIE FONCTIONNELLE

- Le rachis cervical a une double fonction
- supporte l'extrémité céphalique qu'il mobilise dans les différentes directions
- contient les artères vertébrales, qu'il protège durant leur trajet thoracocéphalique

Mobilité rachis cervical

- Rotation pour permettre l'exploration visuelle verticale et horizontale
 - jonction occiput-atlas assure les mouvements de flexion/extension
 - jonction atlas/axis la rotation horizontale
 - amplitude de mobilité du rachis cervical supérieur (C1/C2) est de 30 à 40°
 - rachis inférieur (C3 à C7) permettant d'effectuer les 160° restant.

Muscles du cou

- Richesse des informations proprioceptives musculaires.
- muscles :
 - céphalique qui assure le déplacement micrométrique du cardan osseux C1/C2
 - craniocervical postérieur ayant pour fonction la tenue de la tête à l'état d'éveil et oblique formant le couple céphalogyre
 - antérolatéral qui mobilise le rachis cervical bas et la ceinture scapulaire.
- base du crâne: système vestibulaire qui a pour rôle l'audition, mais également la stabilisation dynamique (semi-automatique) de la tête.

Cervicalgies

- douleurs cervicales : points douloureux à la palpation, paravertébraux, articulaires postérieurs
- contractures musculaires douloureuses ('angulaire de l'omoplate)
- Les douleurs à distance ou projetées trompeuses,

Cervicalgies douleurs à distance ou projetées

- douleurs rapportées situées dans le métamère cutané dont dépend une structure lésée
- douleurs référées liées au mécanisme de convergence sur un même neurone spinothalamique de stimuli nociceptifs provenant de la peau, des muscles ou des viscères. Les douleurs à distance ou projetées peuvent être trompeuses

Pathologie articulaire postérieure (DIM)

- signes rachidiens cellulalgies dans le dermatome + un cordon musculaire induré et douloureux dans le territoire correspondant à la racine irritée.

syndromes myofasciaux

- Provoqués par des microtraumatismes répétés
- microtraumatismes et contractures de zones musculaires précises
- un petit cordon musculaire induré, non douloureux spontanément
- Sa palpation déclenche une douleur à distance dans le même métamère (zone gachette).

critères de céphalées d'origine cervicale

1. la douleur est cervicale ou occipitale
2. elle est augmentée par la mobilisation du cou
3. la mobilité cervicale est limitée ou il existe des anomalies musculaires (contractures, sensibilité anormale)
4. il existe des anomalies radiologiques

Prévalence: 15% des céphalées. quatre fois plus fréquentes chez les cervicalgiques que dans la population générale

Vertiges

- plus de sensations vertigineuses ou d'instabilité que de vertiges rotatoires vrais,
- afférences cervicales des noyaux vestibulaires, proprioception des articulations des trois premiers étages cervicaux , moindre contrôle postural,
- association: acouphènes , signes végétatifs (29).

Douleur cervicale

D 'origine articulaire

- Posturale
- articulaire (arthrose)
- musculaire
- myofasciale



ETIOLOGIES

- Les cervicalgies hautes sont dues à des affections de la charnière cervico-occipitale ou C1/C2 Rhumatismes inflammatoires , arthrose, DIM et syndrome myofasciaux
- L'arthrose cervicale est-elle bien responsable des douleurs (19)? Dans une population d'arthrosiques âgés de 60 à 65 ans, 95% des hommes et 70% des femmes n'ont pas de douleur.

ETIOLOGIES

- Le DIM (dérangement intervertébral mineur) fréquemment responsable : trouble mécanique dynamique du segment mobile -> mise en tension de la capsule articulaire postérieure + irritation des branches postérieures des nerfs rachidiens.
- Les syndromes myofasciaux : origine de la douleur musculaire secondaire à des traumatismes répétés

Névralgie d'Arnold

- douleur permanente ou évoluant par crises
- région occipitale irradie vertex région orbitaire, unilatérale
- allodynie+ hyperpathie hypoesthésie du cuir chevelu,
- douleur à la mobilisation en rotation/ extension.
- Le nerf d'Arnold, issu du rameau postérieur de C2, passant au contact de l'articulation C2/C3,
- l'irritation mécanique en regard des articulations C1/C2 ou un syndrome de la traversée musculaire.

NEURALGIE C2/C3

- **CLINIQUE:**

**Douleur + Paresthésies+ Déficit
Sensitif (territoire C3)**

- **ETIOLOGIE:**

Racine étirée (Whiplash)

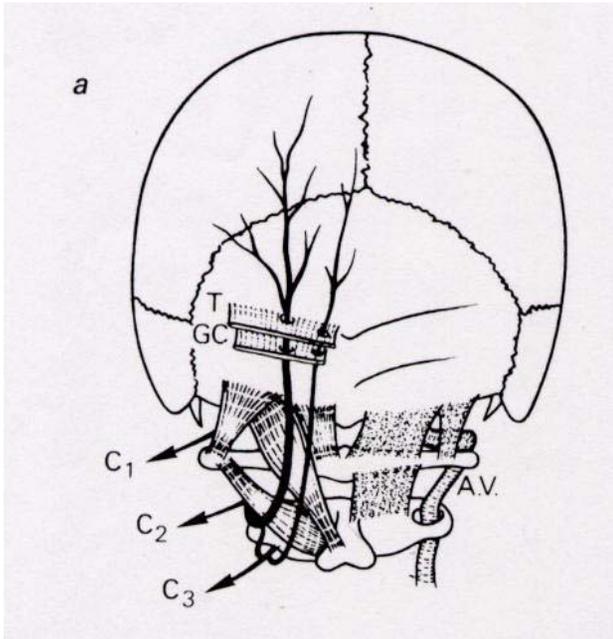
Arthrose C2/C3

musculaire

Boucle vasculaire

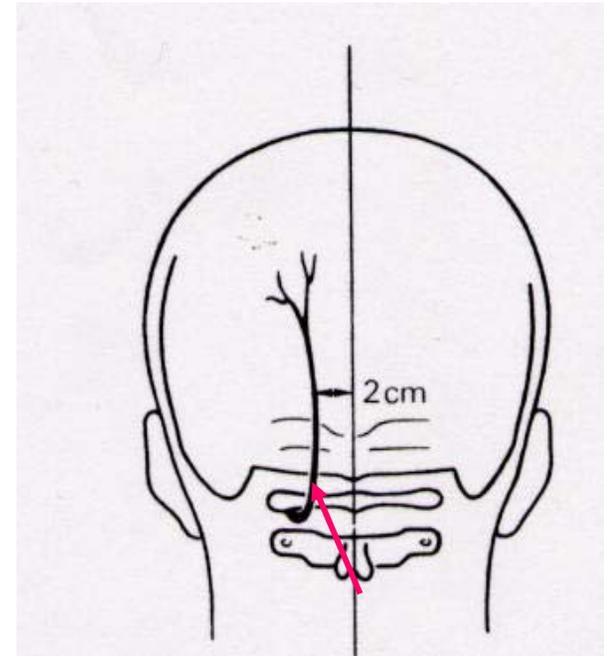
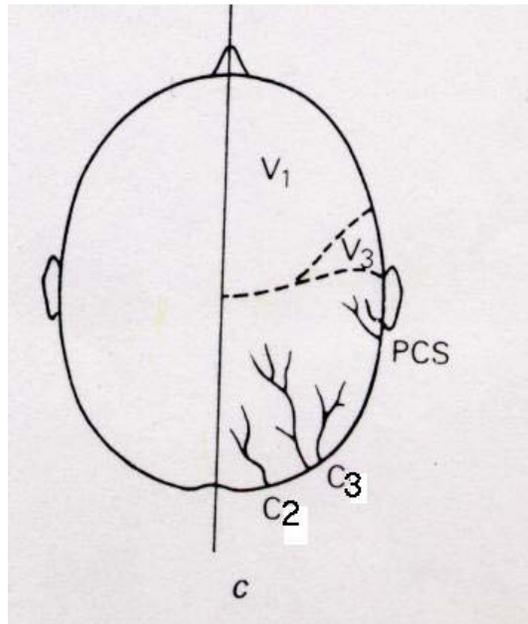


Névralgie arnold



Types de conflit:
articulaire
musculaire..

Douleur :
territoires et irradiation



TTT:
rhumatologique
rééducation
infiltration

Traumatismes en "coup de fouet" du rachis cervical ("whiplash injury »

- traumatismes survenant à l'occasion d'accidents de voiture /mouvement forcé de flexion/extension du rachis cervical.
- La classification de Québec distingue 4 grades:
 - grade 1: cervicalgie sans signe clinique.
 - grade 2: cervicalgie avec limitation de la mobilité et points douloureux.
 - grade 3: cervicalgie et signes neurologiques.
 - grade 4: cervicalgie avec fracture ou luxation.

1. Céphalée post traumatique

- Céphalée après un TC ou traumatisme cervical (coup du lapin) avec ou sans impact direct sur la tête
- début entre 1 et 14 jours après le TC parfois retardé après 2 semaines
- chronique si > 2 mois
- 1/3 des patients avec TC restent céphalalgique pendant 6 mois (Ramadan 2000)

Céphalée post traumatique:clinique

- Tableau de céphalée de tension 75%, de migraine 21%,ou les 2
- plus rare: Névralgie d 'Arnold,pics a glace,Avf
- + syndrome subjectif des traumatisés crâniens: instabilité,intolérance au bruit,vision floue, photophobie
- + troubles psychologiques: troubles de mémoire,concentration,insomnie,irritabilité,apathie,anxiété,dépression

Facteurs de risque à développer des céphalées post traumatiques

- Sexe féminin
- caractère bénin du TC avec PC initial
- contexte :dépression , névrose post-traumatique
- statut socio-économique défavorable
- rôle des antécédents céphalagiques controversés
- rôle de compensation financière variable

CAT : céphalée post traumatique

- Prise en charge précoce
- médicaments: antalgiques, myorelaxants, antivertigineux, antidépresseurs tricycliques
- kinésithérapie dès que possible :
mobilisation douce, étirement, travail de proprioception
- Prise en charge psychologique, relaxation, biofeedback

traitement

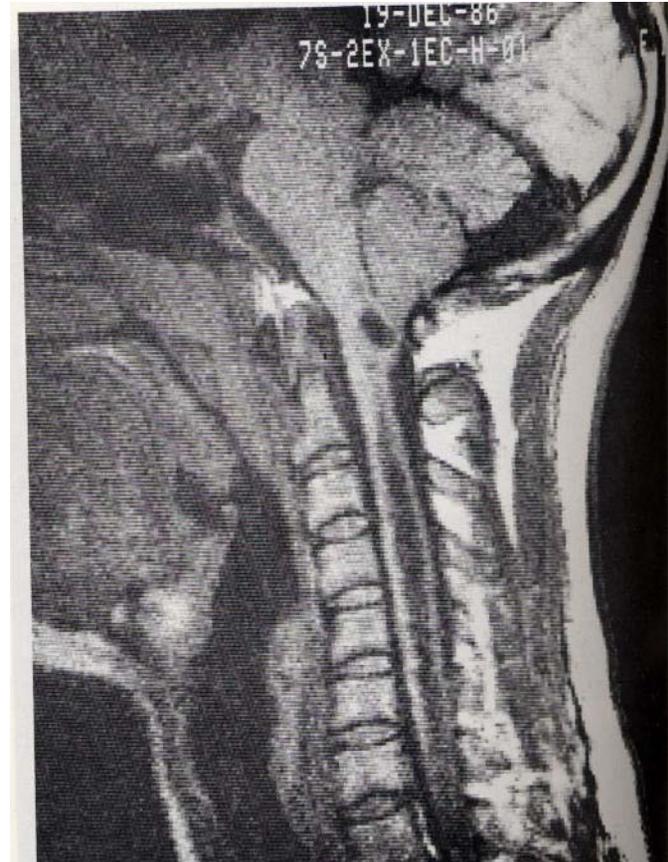
- antalgiques associés aux AINS
- Mobilisation associée à la physiothérapie donne des résultats supérieurs à l'immobilisation par collier cervical associé au repos.

Exercices et traitements physiques

- Ttt différents: "entraînement intensif"
kinésithérapie individuelle "passive"
manipulation "+ école du cou"+TTT
cognitivo-comportemental
- résultats sont plutôt positifs et ne
montrent pas de différence entre les trois
groupes
- infiltrations : resultat moins intéressant

S de Chiari

- Douleur cervicale type tension postérieure +
- Tableau névralgie d'Arnold



- La clinique est riche en signes subjectifs.
- Les cervicalgies irradiant en interscapulaire ou en occipital
- Céphalées, troubles visuels et de l'accommodation, troubles auditifs, acouphènes, sensations vertigineuses, impression de faiblesse musculaire et des paresthésies, difficultés de concentration troubles de la mémoire, douleurs de l'articulation temporomandibulaire

- L'examen clinique est en général pauvre et ne retrouve qu'une raideur rachidienne et des points douloureux.
- Les examens complémentaires radiographies simples avec clichés dynamiques en flexion/extension. L'IRM en deuxième intention ou s'il existe des signes neurologiques.

- La guérison le plus souvent au cours des deux premiers mois.
- Evolution défavorable dans 20 à 40% des cas. facteurs de mauvais pronostic sont:
 - -la sévérité du traumatisme
 - -la sévérité des symptômes initiaux
 - -l'existence de facteurs psycho-sociaux secondaires (douleur, troubles du sommeil, conflit médico-légal, incertitude sur l'évolution et sur la gravité réelle des lésions, attitude des médecins