

# Prise en charge des cervicalgies – Cours pour étudiants en 5e année de chiropraxie

## Introduction

La **cervicalgie** (douleur cervicale) est un motif de consultation fréquent, avec une incidence annuelle estimée entre 10 % et 20 % <sup>1</sup>. Elle peut être aiguë ou chronique, et ses causes sont variées, allant des troubles musculo-squelettiques bénins aux pathologies graves. L'approche clinique du chiropraticien doit être rigoureuse pour distinguer une cervicalgie commune d'une cause sérieuse, déterminer les mécanismes de la douleur, orienter le traitement (y compris la *préférence directionnelle* éventuelle), et identifier les facteurs pouvant favoriser la chronicité ou les récurrences. Ce cours structuré s'articule autour de **quatre questions cliniques clés** assurant une démarche complète :

1. Les symptômes relèvent-ils d'une pathologie en dehors du champ de compétence du chiropracteur (red flags) ?
2. Quel est le type de douleur en présence (nociceptive, neuropathique, nociplastique) et quelle en est la source anatomique probable ?
3. Y a-t-il une *préférence directionnelle* (mouvements qui soulagent ou aggravent la douleur) ?
4. Existe-t-il des facteurs de récurrence ou d'entretien de la douleur (facteurs de risque de chronicité ou de récurrence) ?

Enfin, nous aborderons les **stratégies de prise en charge** fondées sur les preuves (thérapies manuelles chiropratiques, exercices thérapeutiques, éducation du patient) en précisant le niveau de preuve des recommandations.

## 1. Symptômes hors du champ chiropratique : dépistage des *red flags*

La première étape est d'identifier d'éventuels **signes d'alarme** suggérant une pathologie grave nécessitant un avis médical spécialisé ou des examens complémentaires urgents. Ces situations sortent du champ de compétence du chiropraticien pour une prise en charge exclusive ou coordonnée avec un médecin. Voici les principaux scénarios à évoquer <sup>2</sup> <sup>3</sup> :

- **Traumatisme sévère récent** : suspicion de fracture ou instabilité cervicale. Un accident à haute énergie (chute >1 mètre, accident de la route à >100 km/h, plongeon sur la tête, etc.) associé à une douleur cervicale importante et une impotence fonctionnelle doit faire rechercher une lésion osseuse <sup>4</sup>. **Critères d'imagerie en urgence** : la *règle canadienne de la colonne cervicale* s'applique chez les patients < 65 ans, conscients et stables, afin de décider d'une radiographie cervicale post-traumatique <sup>5</sup>. Sont considérés à haut risque nécessitant des clichés : âge  $\geq$  65 ans, mécanisme dangereux (ex. chute élevée, accident à haute vitesse, éjection d'un véhicule) ou présence de paresthésies dans les extrémités <sup>6</sup>. À l'inverse, certains facteurs à bas risque (choc mineur à l'arrière en voiture, patient qui peut s'asseoir et marcher, absence de douleur à la palpation des épineuses, rotation active du cou  $\geq$  45° bilatéralement) permettent d'écarter une fracture et d'éviter une radiographie <sup>7</sup> <sup>8</sup>. Les **critères NEXUS** sont une alternative pour exclure une lésion chez un patient conscient : absence de douleur à la palpation

médiane du cou, aucun déficit neurologique focal, patient alerte (score de Glasgow 15), pas d'intoxication, et absence de lésions associées distrayantes <sup>9</sup> . En pratique, **tout traumatisme cervical avec douleur et facteur de risque** impose une imagerie (radiographie ± CT-scan) et l'abstention de manipulations jusqu'à exclusion d'une fracture ou luxation.

- **Pathologie néoplasique** : un cancer primitif (p.ex. tumeur osseuse, médullaire) ou une métastase vertébrale peut se manifester par des cervicalgies. Les signes évocateurs incluent une douleur **non mécanique** (indépendante des mouvements) à recrudescence **nocturne**, l'altération de l'état général (amaigrissement inexpliqué, asthénie), des antécédents de cancer (notamment sein, poumon, prostate) <sup>2</sup> . Une douleur rebelle aux traitements usuels, « *la pire jamais ressentie* » ou en aggravation progressive sans répit, doit alerter <sup>10</sup> . Ces situations justifient des examens d'imagerie (radiographies puis IRM) et un bilan biologique rapide.
- **Infection** : une spondylodiscite cervicale ou un abcès épidual sont rares mais graves. On suspectera une infection devant une douleur cervicale **inflammatoire** (non soulageable par le repos), associée à de la fièvre, des sueurs nocturnes ou un contexte infectieux récent (p.ex. infection ORL, plaie) <sup>3</sup> . La raideur méningée avec céphalée, nausées, photophobie évoque une méningite (qui peut donner des douleurs cervicales par contracture) <sup>11</sup> . Toute suspicion d'infection impose une orientation médicale pour imagerie (IRM) et tests biologiques (NFS, CRP, hémocultures, ponction lombaire si méningite) <sup>12</sup> . Les manipulations sont **contre-indiquées** en cas d'infection osseuse ou méningée <sup>13</sup> .
- **Rhumatisme inflammatoire** : Certaines cervicalgies chroniques non mécaniques évoquent un processus inflammatoire systémique (ex : polyarthrite rhumatoïde, spondyloarthrite ankylosante). Des douleurs cervicales **chroniques** (>3 mois) prédominant la nuit ou au réveil, améliorées par l'exercice (et non par le repos), associées à des raideurs matinales prolongées, des arthralgies périphériques ou des uvéites, orientent vers une atteinte rhumatismale <sup>2</sup> . Chez un patient jeune, on pensera à la spondyloarthrite (atteinte de C1-C2 possible); chez l'adulte d'âge moyen, à la polyarthrite (risque d'instabilité atlanto-axoïdienne). Un bilan rhumatologique s'impose (biologie, imagerie) et **pas de manipulation** en cas de laxité ligamentaire inflammatoire importante <sup>13</sup> .
- **Insuffisance vertébro-basilaire (IVB)** : Le chiropraticien doit être vigilant aux signes vasculaires en cas de suspicion de dissection ou d'IVB, surtout avant toute manipulation cervicale. Des symptômes tels que *diplopie, vertiges, drop-attacks, nausées, troubles visuels ou de l'élocution, syncope* survenant avec les mouvements du cou évoquent une atteinte artérielle (test de l'artère vertébrale positif). Une douleur cervicale postérieure **brutale et intense** « en coup de poignard » peut signer une dissection artérielle. Ces signes nécessitent une **orientation médicale urgente** pour imagerie vasculaire (angio-CT/IRM) <sup>14</sup> . L'IVB et la dissection sont des contre-indications absolues aux manipulations cervicales <sup>3</sup> <sup>13</sup> .
- **Atteinte neurologique centrale** : La **myélopathie cervicale** (compression de la moelle épinière) se traduit par des troubles neurologiques diffus : démarche ataxique, maladresse des mains, paresthésies diffuses dans les quatre membres, troubles sphinctériens éventuels, associés à des signes pathologiques à l'examen (**hyperréflexie**, clonus, signe de Hoffmann, signe de Babinski, signe de Lhermitte...) <sup>15</sup> . Ce tableau impose une **évaluation neurologique urgente** et une IRM cervicale ; il s'agit d'une contre-indication aux gestes de manipulation <sup>13</sup> . Dans un contexte de canal cervical étroit ou de traumatisme (hématome épidual, fragment osseux), la myélopathie peut être la complication la plus redoutable. Le chiropraticien doit tester la sensibilité, la force et les réflexes ostéotendineux des membres inférieurs chez tout patient à

risque (âge avancé, signes pyramidaux). En cas de signe myélopathique franc, la **réorientation immédiate** vers un spécialiste est requise.

- **Autres drapeaux rouges divers** : Une douleur cervicale associée à un **syndrome de Claude Bernard-Horner** (ptosis, myosis, énoptalmie) peut révéler une dissection de l'artère carotide ou un syndrome apical (tumeur de Pancoast). Une cervicalgie avec dysphagie ou odynophagie pourrait évoquer un abcès rétropharyngé ou une pathologie de l'œsophage. Toute présentation atypique doit inciter à la prudence et à des examens complémentaires.

En pratique, **dès l'anamnèse**, certaines déclarations orientent : « *Je n'ai jamais eu aussi mal, c'est de pire en pire et rien ne me soulage* » (alerte) vs « *J'ai déjà eu ce problème et ça passe avec le temps ou les médicaments* » (plutôt rassurant) <sup>10</sup>. Lorsque des **red flags** sont identifiés, le chiropraticien doit suspendre la prise en charge manipulative et faire procéder aux investigations nécessaires ou référer à un médecin. **Moins de 1% des cervicalgies** relèvent d'une cause grave, mais ce tri initial est crucial <sup>16</sup>

<sup>17</sup>.

## 2. Type(s) de douleur et sources associées

Après avoir écarté une pathologie hors champ, on caractérise la nature de la douleur du patient et les structures en cause. Les cervicalgies communes peuvent impliquer plusieurs mécanismes de douleur :

- **Douleur nociceptive** : due à une lésion ou irritation des tissus somatiques (muscles, ligaments, articulations, disques...). Elle résulte de la stimulation des nocicepteurs périphériques. Typiquement, elle est mécanique (déclenchée ou modifiée par le mouvement ou la posture) et localisée à la région atteinte ou référée selon les zones squelettiques (par exemple douleur scapulaire par irritation d'une facette cervicale inférieure).
- **Douleur neuropathique** : due à une lésion ou compression d'un nerf périphérique ou d'une racine nerveuse. Elle se manifeste par des sensations de brûlure, décharges électriques, engourdissement, picotements dans le territoire nerveux concerné, souvent associées à des déficits sensitifs ou moteurs (radiculopathie).
- **Douleur nociplastique** : due à une perturbation de la modulation de la douleur (sensibilisation centrale) sans lésion tissulaire active suffisante pour tout expliquer. On la suspecte dans les cervicalgies chroniques diffuses ou persistantes malgré la guérison apparente des tissus. Le patient peut décrire une douleur excessive par rapport aux signes cliniques, avec un caractère diffus, des troubles du sommeil, de l'anxiété, etc.

Un même patient peut combiner ces types de douleurs. Par exemple, dans une cervico-radiculopathie chronique, on peut retrouver une composante nociceptive (atteinte discale), une composante neuropathique (atteinte radiculaire) **et** une composante nociplastique par hypersensibilisation centrale <sup>18</sup> <sup>19</sup>. Identifier le ou les mécanismes prédominants oriente le traitement (p. ex. les douleurs neuropathiques répondent moins aux approches purement mécaniques et nécessitent parfois des co-analgésiques, etc.).

Ensuite, le **raisonnement clinique** vise à déterminer les sources anatomiques probables de la douleur cervicale. Cinq grandes **composantes** peuvent être analysées, souvent intriquées <sup>20</sup> <sup>21</sup> : (1) discale, (2) articulaire postérieure (facettaire), (3) neurogénique radiculaire, (4) musculaire/myofasciale, (5) dégénérative. Chacune présente des caractéristiques d'anamnèse et d'examen spécifiques :

## 2.1 Composante discale (douleur discogène)

**Profil type** : La douleur d'origine discale touche souvent l'adulte jeune ou d'âge moyen (20-50 ans) bien que tout âge soit possible <sup>22</sup>. Un **facteur déclenchant** est fréquent : soit un traumatisme en compression axiale ou flexion/extension brutale (ex : *whiplash* cervical en accident de voiture, chute sur la tête, faux mouvement brutal), soit un **micro-traumatisme cumulatif** (mauvaises postures prolongées en cyphose cervicale, position de sommeil inadéquate, port de charges...). Par exemple, un employé de bureau en posture de tête en avant prolongée peut développer une protrusion discale. Le patient décrit souvent une douleur cervicale **centrale ou légèrement latéralisée**, pouvant irradier en « casque » vers la région cervico-occipitale ou en « barre » trapézienne haute. La douleur discale peut aussi être projetée vers l'épaule ou la scapula (douleur « sclérotomique » référée). Elle est typiquement **mécanique** : *augmentée par certaines positions ou mouvements* et soulagée par d'autres. En particulier, la **flexion cervicale** et les positions en cyphose (par ex. s'affaisser en position assise) tendent à aggraver une douleur discale basse cervicale, tandis que l'extension et la station debout/marche soulagent souvent <sup>23</sup>. De nombreux patients rapportent une **raideur matinale** douloureuse au réveil (liée à l'hyperhydratation nocturne des disques augmentant la pression intra-discale) <sup>23</sup>. La douleur peut avoir un caractère **impulsif** (exacerbée par la toux, l'éternuement, la manœuvre de Valsalva) suggérant une irritation discale ou radiculaire <sup>24</sup>.

**Examen clinique** : À l'inspection, on recherche une **attitude antalgique** éventuelle. En phase aiguë, le patient peut présenter un torticolis antalgique avec inclinaison/rotation de la tête pour soulager la pression discale. Une liste cervicale (déviation latérale du cou) est parfois visible en cas de protrusion postéro-latérale. Cependant, l'attitude antalgique n'est pas constante. La **mobilité cervicale** est souvent diminuée et douloureuse, en particulier dans certaines directions : classiquement, la **flexion** et l'**inclinaison du côté de la lésion** sont limitées par la douleur et/ou une sensation de *blocage mécanique* <sup>25</sup>. Cette sensation de butée précoce, avec appréhension du patient (« *Je ne peux pas aller plus loin, ça bloque et j'ai peur d'avoir très mal* »), correspond au disque qui fait obstacle au mouvement <sup>26</sup>. A contrario, l'**extension** peut être relativement préservée (ou limitée par douleur sans blocage franc). Les tests neurologiques (réflexes, force, sensibilité des membres supérieurs) sont généralement normaux *s'il n'y a pas de compression radiculaire*. On recherchera toutefois des *signes de souffrance radiculaire* associés, car une grosse hernie discale peut comprimer une racine (voir composante neurogénique plus loin).

**Tests orthopédiques spécifiques** : La **compression verticale** (test de Spurling) peut reproduire la douleur locale ou irradiée si le disque est en cause (mais c'est surtout utilisé pour la radiculopathie). Un test classiquement utile est le **test de provocation discale par mouvements répétés en fin d'amplitude (MRFA)** inspiré de la méthode McKenzie. Il s'agit de faire effectuer au patient des mouvements itératifs du cou jusqu'en **fin de course** dans une direction donnée et d'observer l'effet sur la symptomatologie <sup>27</sup>. En présence d'une atteinte discale, **les mouvements répétés auront un impact clair** – bénéfique ou délétère – sur la douleur et l'amplitude, en particulier lorsqu'on atteint la direction critique <sup>28</sup>. On identifie ainsi :

- une **amplitude bénéfique** (direction préférentielle) : c'est généralement la **direction opposée à l'attitude antalgique** (si le patient se tient fléchi en avant et à gauche, la direction opposée sera extension + inclinaison droite). Ce mouvement en fin d'amplitude est d'abord limité par une douleur en fin de geste avec sensation de blocage, mais il **n'aggrave pas la douleur pendant le mouvement** <sup>29</sup>. En répétant ce mouvement bénéfique plusieurs fois, on s'attend à voir : une **diminution de la douleur distale** (voire une *centralisation* progressive de toute douleur projetée/radiculaire vers la région cervicale) <sup>30</sup>, une **amélioration du ROM** global, une **réduction de l'intensité douloureuse**, et la correction de la posture antalgique <sup>31</sup> <sup>30</sup>. C'est la manifestation d'une *préférence directionnelle* (voir Question 3).

- une **amplitude délétère** : souvent la **direction de l'attitude antalgique** (celle que le patient adoptait pour se soulager). Par exemple, en cas de hernie postéro-latérale gauche, le patient se tient souvent incliné à droite ; l'inclinaison gauche serait délétère. Ce mouvement est douloureux **tout au long de l'arc** (douleur intramouvement) sans véritable blocage mécanique ressenti, parfois au contraire une hypermobilité paradoxale <sup>32</sup>. Sa répétition va **empirer les symptômes** : *périphérisation* de la douleur vers le bras ou l'omoplate, diminution accrue des amplitudes, augmentation de l'intensité douloureuse et accentuation de l'attitude antalgique <sup>33</sup>. En somme, on provoque le phénomène inverse, signe que cette direction est défavorable au disque.

Ce test de mouvements répétés (**centralisation** vs **périphérisation**) a un intérêt diagnostique et pronostic fort. Une étude de niveau modéré a montré que la présence d'une centralisation de la douleur à l'examen est associée à un meilleur pronostic et oriente le traitement (exercices dans la direction bénéfique) <sup>31</sup> <sup>30</sup>. En pratique, chez un patient présentant par exemple une douleur cervicale basse « en barre » sans latéralisation franche, on soupçonne un dérangement discal postérieur central ; le mouvement bénéfique attendu sera la **rétraction cervicale** (rentre le menton) qui devrait réduire la douleur <sup>34</sup>. De même, face à une douleur cervicale basse gauche avec torticollis (antalgie en flexion latérale gauche), on anticipe un dérangement discal postérolatéral droit, et le mouvement bénéfique sera une **flexion latérale droite combinée à la rétraction** <sup>35</sup>. Ces hypothèses se confirment si les MRFA produisent l'effet escompté.

En résumé, une **cervicalgie discale** se manifeste par une douleur axiale +/- projetée, mécanique, souvent exacerbée en flexion. Le patient jeune avec traumatisme ou effort en est la cible typique. Les signes clés sont le **blocage douloureux** de certains mouvements et la **réponse aux mouvements répétés** (centralisation). La composante de douleur est principalement nociceptive (structure discale) et possiblement *nociplastique* si la douleur devient chronique <sup>36</sup>. Une composante *neuropathique* s'y ajoute si une racine est comprimée par la hernie discale <sup>37</sup>.

## 2.2 Composante articulaire postérieure (douleur facettaire)

Les **articulations zygapophysaires cervicales** (facettes) sont une source fréquente de cervicalgie dite « mécanique » ou *syndrome facettaire*.

**Mécanismes et causes** : Les facettes peuvent être douloureuses suite à une **arthrose** (dégénérescence avec inflammation synoviale, ostéophytes), un **blocage fonctionnel** (dysfonction segmentaire par restriction de mobilité), ou par un phénomène de **désafférentation** (théorie d'une perturbation proprioceptive induisant douleur et tension musculaire) <sup>38</sup>. Les micro-traumatismes répétés et les mauvaises postures contribuent aux contraintes facettaires. À noter qu'une atteinte discale peut coexister et entraîner une surcharge des facettes adjacentes (les composantes discale et articulaire sont souvent liées).

**Anamnèse typique** : La douleur articulaire postérieure est en général **bien localisée** par le patient, souvent **unilatérale**. Il peut pointer du doigt l'articulation douloureuse (souvent à 2-3 cm de la ligne médiane du cou). Une facette C2-C3 peut référer des douleurs vers l'occiput (cervicalgie haute avec céphalée cervicogénique), tandis qu'une facette C5-C6 peut référer vers l'épaule ou le haut du dos (douleurs interscapulaires) <sup>39</sup>. Ces douleurs *référées* suivent des schémas sclérotomiques segmentaires mais **ne dépassent pas le coude** en principe et ne correspondent pas à un dermatome précis (≠ radiculaire) <sup>39</sup> <sup>40</sup>. Le patient décrit une douleur **uniquement cervicale ou cervico-scapulaire**, souvent **aiguë et vive** lors de certains mouvements (ex : tourner la tête brusquement) mais sans irradiation neurologique dans les doigts. Les douleurs facettaires peuvent augmenter après une **immobilité prolongée** (raidissement, p.ex. douleur à la reprise de mouvement le matin ou après être

resté assis longtemps) et s'améliorer en *délordosant* temporairement le cou. À l'opposé de la douleur discale, la douleur facettaire **n'est pas franchement influencée par la toux ou les manœuvres de Valsalva** (pas de composante impulsive). Il n'y a pas de symptômes généraux.

**Examen clinique : Le diagnostic de facette** est souvent d'exclusion, une fois écartée une composante discale majeure. En effet, on vérifiera d'abord si les *MRFA* ne mettent pas en évidence une préférence directionnelle discale. Dans un syndrome facettaire isolé, ces tests de centralisation sont négatifs (pas de changement significatif ou pas de périphérisation/centralisation nette) <sup>41</sup>. L'inspection peut être normale ou montrer une légère attitude antalgique de la tête (rotation ou inclinaison pour soulager la facette). Parfois, on note une contracture des muscles paravertébraux à un niveau (signe de protection musculaire). Les **amplitudes cervicales** peuvent être modérément réduites, en particulier l'**extension** et la **rotation/inflexion homolatérale** à la facette atteinte, qui reproduisent la douleur locale <sup>42</sup>. Cependant, la limitation est souvent moins prononcée que dans une atteinte discale : il s'agit plus d'une douleur en fin de mouvement *sans sensation de blocage mécanique franc*.

**Tests spécifiques de Schneider** : Schneider et coll. ont étudié une batterie de tests cliniques pour diagnostiquer la douleur facettaire, en la comparant à l'infiltration diagnostique comme référence. Les tests suivants sont utilisés (souvent combinés) <sup>43</sup> <sup>44</sup> :

- **Palpation douloureuse segmentaire** : pression des muscles paravertébraux en regard de la facette suspectée (par exemple, appui du pouce sur les muscles au niveau de l'espace interépineux correspondant à C5-C6). Le test est positif s'il reproduit la douleur habituelle du patient <sup>45</sup>. Ce test vise plutôt la sensibilisation musculaire réflexe.
- **Palpation de l'articulation** : pression directe sur la facette ou mobilisation inter-épineuse pour solliciter l'articulation. On cherche une **douleur localisée** et une éventuelle **raideur** segmentaire asymétrique (perte de jeu articulaire) <sup>46</sup>. Une facette arthrosique peut être hypertrophiée et sensible à la pression. La combinaison de la palpation musculaire et articulaire a une **très bonne sensibilité** d'après Schneider (tests très rarement négatifs en présence d'une facette douloureuse) <sup>47</sup>. On les fait donc en **première intention** : l'absence de toute douleur à la palpation rend peu probable une facette en cause <sup>47</sup>.
- **Test d'extension-rotation (dit test de Kemp cervical)** : le patient en position assise effectue une **extension** du cou, puis l'examineur guide la tête en **rotation maximale du côté testé** (par ex. rotation droite pour tester facette droite) <sup>44</sup>. Ce mouvement combiné comprime la facette postérieure inférieure homolatérale. Le test est **positif** s'il reproduit la **douleur cervicale localisée** du patient (et non pas des étourdissements – ce n'est pas un test vasculaire ici). C'est un test de provocation facettaire pour le rachis cervical moyen et bas <sup>44</sup>. Sa spécificité est bonne pour détecter une atteinte zygapophysaire (douleur locale sans irradiation).
- **Test de flexion-rotation de C1-C2 (test de Sharp-Purser modifié)** : patient en décubitus, on réalise une flexion maximale du rachis cervical inférieur puis on ajoute une **rotation droite/gauche** de la tête. Ce test évalue la mobilité de l'articulation atlanto-axiale (C1-C2). S'il existe une restriction de rotation < 32° d'un côté ou une reproduction de la céphalée habituelle, cela suggère une dysfonction de C1-C2, souvent impliquée dans les céphalées cervicogéniques <sup>48</sup>.
- **Test de rotation-flexion de C0-C1** : en décubitus, on réalise une rotation de la tête puis on incline (flexion latérale) en direction opposée pour cibler l'articulation occipito-atloïdienne <sup>49</sup>. Ce test est moins courant mais peut détecter une restriction de C0-C1 (qui peut aussi causer des céphalées occipitales).

Selon Schneider *et al.*, aucun test isolé n'est parfaitement discriminant, mais la combinaison de tests améliore la précision diagnostique. Par exemple, dans leur étude (2013), la présence concomitante de **3 tests positifs sur 4** (douleur à la palpation segmentaire, palpation articulaire, extension-rotation, flexion-rotation C1-2) était fortement suggestive d'un syndrome facettaire confirmé à l'infiltration (Se ~ 85 %, Sp ~ 88 %) <sup>50</sup>. Néanmoins, la fiabilité inter-examineurs de ces tests reste *modérée* (Kappa variable) <sup>50</sup>, d'où l'importance de les interpréter avec l'ensemble du tableau clinique.

**Synthèse clinique :** Une **cervicalgie facettaire** se traduit par une douleur **locale** ou **référée** non radiculaire, souvent exacerbée en **extension et rotation** du côté atteint. Elle est principalement **nociceptive** (origine articulaire). En chronique, il peut exister une sensibilisation centrale (nociplastique) qui entretient la douleur au-delà de l'atteinte articulaire initiale <sup>39 51</sup>. Il peut y avoir une composante *neuropathique associée* si l'arthrose a entraîné une sténose foraminale avec compression d'une racine (voir composante dégénérative). Le **diagnostic de probabilité** repose sur la triade : *douleur unilatérale bien circonscrite, tests de palpation/extension-rotation positifs, et absence d'autres causes (discale, neuro)*.

### 2.3 Composante neurogénique – radiculalgie (douleur radiculaire)

La **radiculalgie cervicale** est la douleur provoquée par l'irritation ou la compression d'une racine nerveuse cervicale. C'est typiquement la névralgie cervico-brachiale du langage courant.

**Causes et physiopathologie :** Les principales étiologies sont : (a) une **hernie discale** comprimant la racine (fréquent chez l'adulte jeune ou d'âge moyen), (b) des **changements dégénératifs** (becs ostéophytiques, rétrécissement du foramen intervertébral) pinçant la racine à sa sortie – fréquent après 50 ans, (c) plus rarement, une **adhérence** ou fibrose autour de la racine (après une chirurgie cervicale ou une radiculopathie aiguë mal résorbée) <sup>52</sup>. Les racines C6 et C7 sont les plus souvent touchées.

**Anamnèse :** Souvent, le patient a un **terrain** de cervicalgies antérieures. La radiculalgie peut survenir après un *faux mouvement*, un effort brusque ou un traumatisme, mais aussi de façon spontanée sans facteur déclencheur net <sup>53</sup>. Une **douleur radiculaire** se caractérise par une irradiation **à distance** dans le membre supérieur selon le dermatome de la racine atteinte : par ex., C7 donne des douleurs qui descendent à l'arrière de l'épaule, face postérieure du bras, avant-bras et jusqu'au majeur. Il s'agit souvent d'une douleur **lancinante, en décharge électrique ou en brûlure**, associée à des **paresthésies** (fourmillements, engourdissements) dans le même territoire <sup>24</sup>. Le patient peut décrire un **bras lourd ou engourdi**. Fait important, la douleur radiculaire est souvent ressentie comme **plus intense en périphérie (bras) qu'au cou** lui-même <sup>54</sup>. Plus de la moitié des patients avec radiculopathie cervicale signalent d'ailleurs une douleur **interscapulaire unilatérale** en regard de la scapula, signe référé de la souffrance nerveuse <sup>54</sup>. La douleur radiculaire est typiquement **continue** ou quasi-constante (peu de positions de répit en phase aiguë) <sup>24</sup>. Elle est souvent **insomniente** et le patient peut trouver un léger soulagement en mettant la main sur la tête (signe de Bakody, qui réduit la tension du plexus). Les **impulsions** (toux, éternuements, efforts) exacerbent la douleur dans pratiquement tous les cas (douleur impulsive franche) <sup>24</sup>. Le patient adopte fréquemment une **posture antalgique** du cou pour élargir le foramen du côté douloureux : fléchir la tête en avant et incliner du côté opposé à la douleur (ou parfois l'inverse, selon que la traction ou le relâchement soulage). Une radiculopathie C5-C6 gauche, par exemple, peut induire une antalgie en fléchissant et inclinant la tête à droite. Si la radiculalgie fait suite à un **traumatisme sévère** (choc axial, accident), il faut craindre une fracture-discopathie avec fragment compressif. Si elle survient après une chirurgie, une **fibrose post-opératoire** peut emprisonner la racine.

**Examen clinique :** À l'inspection, on note souvent la **posture antalgique** (inclinaison/rotation combinée) et une raideur évidente du cou. Dans les cas chroniques, on peut observer une **amyotrophie** visible du membre supérieur (par ex. fonte du deltoïde ou des muscles de l'avant-bras selon la racine)

ou des **fasciculations** musculaires en cas d'atteinte sévère des motoneurones périphériques <sup>55</sup>. La **mobilité cervicale** est globalement réduite, en particulier **toutes les amplitudes qui ferment le foramen** du côté atteint (extension, inclinaison et rotation homolatérales) reproduisent ou aggravent les irradiations <sup>55</sup>. À l'inverse, ouvrir le foramen (flexion, inclinaison contro-latérale) peut soulager un peu. On cherche des **signes neurologiques déficitaires** : à l'examen des membres supérieurs, il peut exister une baisse ou asymétrie des réflexes ostéotendineux (par ex. abolition du réflexe bicipital en C5-C6, du stylo-radial en C6, du tricipital en C7), un **déficit sensitif** dans le dermatome (hypoesthésie) et/ou une **faiblesse musculaire** dans le myotome correspondant (par ex. déficit de l'extension du poignet en C7). La force doit être testée pour chaque racine (C5 : abduction épaule, C6 : flexion coude/extension poignet, C7 : extension coude/flexion poignet, C8 : flexion des doigts, T1 : écartement des doigts). Attention : dans la radiculalgie pure, les **signes cervicaux médullaires sont absents** (pas de Babinski, etc.) ; leur présence orienterait vers une myélopathie.

**Tests provocatifs** : Le **test de Spurling** (compression foraminale) est souvent positif : en extension + inclinaison homolatérale avec appui axial, il déclenche les symptômes radiculaires (hautement spécifique de la radiculopathie). Le **soulagement à la traction axiale** est également un signe en faveur (décompression). Les **tests neurodynamiques des membres supérieurs** sont **essentiels** : le **ULTT (Upper Limb Tension Test)** médian (ULTT1) est le plus sensible pour détecter une irritation radiculaire <sup>56</sup>. On place le bras en abduction, rotation latérale, extension du coude, poignet et doigts en arrière (pour étirer le nerf médian et C5-C7) ; une reproduction des symptômes radiculaires avec différences droite/gauche, et soulagement lorsque l'on relâche ou modifie la tension (différenciation structurelle, par ex. en fléchissant le cou) signe un test positif <sup>56</sup>. Les variantes ULTT2 (nerf radial) et ULTT3 (ulnaire) peuvent tester d'autres racines (C7-T1). Un **ULTT positif bilatéralement** pourrait évoquer une sensibilisation centrale ou myélopathie si absent de différences. Notons que les ULTT ont une **sensibilité élevée (~97%)** et une spécificité plus modérée (~70%) pour la radiculopathie cervicale <sup>56</sup>. Autrement dit, un ULTT négatif rend la radiculopathie peu probable, tandis qu'un positif la suggère mais nécessite corrélation clinique.

**Interactions avec mouvements répétés** : Fait intéressant, si la radiculalgie provient d'une hernie discale ou d'une arthrose foraminale, elle **peut s'améliorer transitoirement** lors des mouvements répétés en direction bénéfique (centralisation) comme mentionné précédemment <sup>56</sup>. Par exemple, une radiculopathie par protrusion discale postéro-latérale sera souvent améliorée par les mouvements de **rétraction/extension** répétés (on observe une diminution de l'irradiation, signe positif), tandis qu'une radiculopathie par rétrécissement foraminaux **dégénératif** répondra mieux à des mouvements de **flexion** (qui élargissent les foramina) <sup>57</sup>. En revanche, une radiculalgie due à une **adhérence cicatricielle** de la racine (post-chirurgie) ne sera **pas influencée significativement par les mouvements répétés** (la douleur ne centralise pas aisément) <sup>57</sup>. Cette distinction a une valeur diagnostique : si aucune préférence directionnelle ne modifie la radiculalgie, on suspectera soit une racine « collée », soit un facteur extra-discal (par ex. tumeur, myélopathie – à investiguer).

**Résumé** : La **radiculopathie cervicale** se reconnaît à la **douleur neurogène dans le bras**, avec engourdissements et déficits éventuels, souvent associée à une cervicalgie. Elle implique une **douleur neuropathique** par atteinte nerveuse <sup>58</sup>. S'y ajoute presque toujours une **composante nociceptive** (le disque ou la facette d'origine) et, si elle persiste >3 mois, une part **nociplastique** (sensibilisation) peut apparaître <sup>58</sup>. Le pronostic sous traitement conservateur est généralement bon : ~90% des radiculopathies cervicales d'origine discale régressent en quelques semaines à mois sans chirurgie. Toutefois, des **facteurs de mauvais pronostic** incluent un déficit moteur sévère d'emblée ou une compression médullaire associée (nécessitant neurochirurgie).



## 2.4 Composante musculaire et myofasciale

Les **muscles cervicaux** sont fréquemment impliqués dans les cervicalgies, souvent de manière secondaire. En effet, une lésion discale ou facettaire provoque presque toujours des contractures musculaires réflexes (sous forme de points gâchettes) qui entretiennent et amplifient la douleur. La douleur myofasciale cervicale isolée existe également, par surmenage musculaire ou micro-traumatismes répétés.

**Étiologie et contexte** : Une douleur cervicale d'origine musculaire pure peut survenir lors d'un **claquage** ou d'une **contracture aiguë** (ex : « coup du lapin » entraînant un torticolis musculaire par lésion des fibres). Plus souvent, on la voit chez des personnes avec **mauvaises postures chroniques** (syndrome de la croix supérieure : faiblesse des fléchisseurs profonds et des abaisseurs d'omoplates, couplée à l'hypertonie des extenseurs cervicaux et élévateurs de scapula) <sup>59</sup>. Le maintien prolongé de la tête en avant, le travail sur écran sans pauses, génèrent des **points trigger** dans les trapèzes, les levator scapulae, les suboccipitaux, etc. Ces **trigger points** (points gâchettes myofasciaux) sont des zones localisées de spasme au sein d'un bandellette tendue musculaire, douloureuses à la pression et pouvant produire une **douleur référée** à distance <sup>60</sup>. Par exemple, un point gâchette dans le muscle élévateur de la scapula reproduira une douleur cervicale postéro-latérale et le long de l'omoplate, tandis qu'un trigger du trapèze supérieur référera une douleur vers la tempe ou la mâchoire. La présence de tels triggers est **très courante** chez les cervicalgiques <sup>61</sup>. Ils sont souvent **secondaires à une autre source** (discale, articulaire, radiculaire) ou à un **défaut postural** (travail prolongé tête penchée) <sup>61</sup>. Cependant, ils peuvent **persister** même après résolution de la cause primaire, constituant des douleurs myofasciales *résiduelles* <sup>62</sup>.

**Caractéristiques cliniques** : La **douleur myofasciale** est typiquement décrite comme **profonde, sourde, mal localisée** <sup>60</sup>. Elle peut s'accompagner de sensations pseudo-neurologiques (fourmillements, pseudo-brûlures) dans la zone référée, mais il ne s'agit pas d'un vrai trajet radiculaire <sup>60</sup>. Le patient peut dire « ça me fait mal dans le cou et ça me lance vers l'épaule ou la tête ». Ces douleurs **augmentent au fil de la journée** en cas de surmenage ou de maintien prolongé d'une posture inadéquate, et s'atténuent au repos <sup>60</sup>. On ne retrouve pas de déficit neurologique objectif, seulement de la douleur et de la contracture. L'examen met en évidence des **tensions musculaires diffuses** à la palpation, notamment dans les trapèzes, les scalènes, les splénius, etc., souvent bilatéralement.

**Diagnostic des trigger points** : Les critères classiques (Travell & Simons) pour identifier un point gâchette sont <sup>63</sup> : (1) un **cordon musculaire tendu** palpable, (2) la présence d'un **nodule hypersensible** sur ce cordon, et (3) la reproduction de la **douleur référée caractéristique** à la pression soutenue de ce nodule <sup>63</sup>. Par exemple, en palpant le milieu du trapèze supérieur, on peut déclencher la douleur dans la région temporale de la tête si un trigger point actif y est présent. Le signe du saut (le patient tressaille de douleur à la pression) est souvent présent. Aucun examen paraclinique n'est nécessaire pour confirmer.

**Remarque** : La composante musculaire accompagne presque toutes les cervicalgies chroniques. On considère qu'une cervicalgie chronique > 3 mois présente **quasi toujours une composante myofasciale secondaire** <sup>61</sup>. Elle peut devenir le facteur dominant d'entretien de la douleur, même si le déclencheur initial (ex. entorse cervicale) est guéri. Il est donc important de la prendre en charge (voir traitements) pour éviter la chronicisation.

En somme, la **douleur myofasciale cervicale** est une douleur **nociceptive d'origine musculaire**, généralement **secondaire** à une autre lésion ou à un stress postural <sup>61</sup>. Elle peut mimer des douleurs neuropathiques (fourmillements) alors qu'aucun nerf n'est lésé, et peut persister de façon *nociplastique*

si le système nerveux central maintient une hyperexcitabilité douloureuse. La reconnaissance des triggers et leur traitement améliorent souvent notablement l'état fonctionnel du patient.

## 2.5 Composante dégénérative (arthrose cervicale)

La **cervicarthrose** (arthrose cervicale) est extrêmement fréquente chez le sujet âgé. Elle peut être asymptomatique, mais lorsqu'elle est source de douleur on parle de cervicalgie d'origine dégénérative. Ce tableau est en fait souvent un mélange de composantes articulaire, discale et parfois radiculaire, sur un terrain arthrosique. Il s'agit souvent de patients présentant des **épisodes itératifs** de douleur cervicale sur plusieurs années.

**Anamnèse orientée :** Le profil typique est un patient **de plus de 60 ans** se plaignant de raideurs et douleurs cervicales chroniques <sup>64</sup>. Il signale des **poussées douloureuses** de temps en temps (déclenchées par le froid, un effort, un mouvement brusque) qui durent quelques jours à quelques semaines, puis une amélioration relative. Ces personnes disent souvent « *j'ai régulièrement mal au cou depuis des années* ». On retrouve souvent un **soulagement par les anti-inflammatoires** non stéroïdiens (AINS) <sup>65</sup>, ce qui témoigne d'une composante inflammatoire locale (synovite facettaire) réversible. Parfois, l'arthrose est la séquelle d'un traumatisme ancien (fracture, entorse grave). La douleur arthrosique est typiquement **mécanique** (pire en fin de journée, soulagée par le repos court terme) avec toutefois des **raideurs matinales** courtes (<30 min) en cas d'ostéophytose. On peut retrouver des **craquements** ou crépitations à la mobilisation du cou. Si l'arthrose provoque des ostéophytes foraminaux, le patient peut décrire des **névralgies cervico-brachiales** modérées, souvent bilatérales ou changeantes (droite puis gauche) <sup>64</sup>. Ces irradiations radiculaires arthrosiques sont généralement moins aiguës que la hernie discale, apparaissant insidieusement, et peuvent toucher plusieurs niveaux (ex : C5-C6 et C6-C7 bilatéraux). Le patient âgé arthrosique n'a pas forcément d'irradiation, il peut juste présenter une douleur cervicale **chronique, diffuse**, avec sensation de **raideur** plus que de vrai blocage.

**Examen :** On observe souvent une **rectitude cervicale** (perte de lordose) voire une cyphose locale, due à l'usure discale <sup>66</sup>. La mobilité du cou est **réduite globalement** : les patients arthrosiques ont du mal à tourner la tête complètement ou à regarder vers le ciel <sup>67</sup>. Les **amplitudes** peuvent être très limitées dans les arthroses avancées avec ankylose partielle <sup>67</sup>. À la palpation, on note des **crêtes osseuses** (ostéophytes) au niveau des articulations, une raideur segmentaire plurifocale et des crépitements. Il existe souvent de multiples **points gâchettes musculaires** par contractures secondaires. L'**examen neurologique** est crucial : on doit vérifier l'absence de signes de **myélopathie cervicarthrosique** (compression médullaire par canal étroit) <sup>68</sup>. Devant un patient >65 ans qui a une marche hésitante, des réflexes vifs aux membres inférieurs, il faut éliminer une myélopathie (IRM). Les **tests neurodynamiques (ULTT)** peuvent être normaux malgré l'atteinte foraminale, car l'irritation nerveuse est chronique et moindre qu'en phase aiguë <sup>69</sup>. Par contre, les tests de Spurling peuvent reproduire des paresthésies modérées.

**Synthèse :** La **cervicalgie arthrosique** n'est pas un diagnostic précis en soi, mais un contexte. On y trouve de la **douleur nociceptive** (facettes, disques usés), souvent de la **douleur nociplastique** (douleur chronique amplifiée par le SNC) et parfois des **douleurs neuropathiques** (radiculaires) si les ostéophytes pincement les nerfs <sup>51</sup>. Le **diagnostic** se fait surtout à l'**anamnèse** (âge, douleur chronique épisodique, AINS efficaces, etc.) <sup>64</sup> et est confirmé par imagerie (pincement discal, ostéophytes). Cependant, la présence d'arthrose radiologique ne signifie pas que la douleur du patient en provient forcément. Il faut corréliser cliniquement. Les critères de **mauvais pronostic** incluent la présence d'une myélopathie cervicarthrosique (nécessitant souvent une chirurgie décompressive si sévère). En l'absence de compression majeure, la prise en charge est conservatrice (voir traitements) pour maintenir la mobilité et réduire la douleur, car l'arthrose est irréversible mais manageable.

**Résumé de la Question 2 :** Une cervicalgie peut comporter une ou plusieurs composantes sources. Le praticien doit, par l'interrogatoire et l'examen, **évaluer la contribution relative** de chaque structure : disque (dérangement discogénique), facette (dysfonction zygapophysaire), racine nerveuse (radiculalgie), muscle (myalgie/myofasciale) ou changements arthrosiques. Cette évaluation guide le traitement : par exemple, une douleur discale avec radiculopathie bénéficiera d'exercices de centralisation et éventuellement de traction, une douleur facettaire sera soulagée par une mobilisation ou manipulation segmentaire, une composante myofasciale répondra bien au traitement des trigger points, etc.

**Note sur la classification clinique (Task Force) – La Task Force internationale sur la cervicalgie (Guzman et al. 2008)** propose un système de gradation utile en pratique <sup>70</sup>

<sup>71</sup>. Les cervicalgies sans signes majeurs se classent en : Grade I (douleur de faible intensité, faible incapacité), Grade II (douleur modérée avec impact sur les activités, mais sans signes neuro), Grade III (cervicalgie avec signes neurologiques périphériques = radiculopathie), Grade IV (cervicalgie avec signes de pathologie grave = myélopathie, fracture, tumeur...). Cette classification rejoint notre démarche : Grades I-II correspondent aux composantes bénignes (discale, facettaire, musculaire) sans déficit, Grade III à la composante radiculalgie, Grade IV aux red flags (Q1). Une fois le grade déterminé, on peut appliquer les recommandations de traitement appropriées. <sup>17</sup> <sup>72</sup>

### 3. Recherche d'une préférence directionnelle

La notion de **préférence directionnelle** est fondamentale dans l'évaluation et le traitement des rachialgies mécaniques (concept issu de l'approche McKenzie/MDT). Elle désigne le **mouvement ou la direction vers laquelle les symptômes du patient s'améliorent** (diminution de la douleur, centralisation) par opposition à la direction opposée qui aggrave ou périphérise les symptômes. On l'a déjà abordée dans la section discale, car elle se manifeste surtout dans les atteintes discales et certaines radiculalgies. Ici, on détaille comment l'identifier et l'utiliser.

**Évaluation de la préférence directionnelle (PD) :** Elle se fait lors de l'examen par les **Mouvements Répétés en Fin d'Amplitude (MRFA)** dans les différentes directions physiologiques du cou : flexion, extension, inclinaisons latérales, protraction (pousser la tête en avant) et rétraction (rentre le menton). On demande au patient d'exécuter, par exemple, 10 extensions cervicales successives en position assise, puis de rapporter l'effet sur sa douleur pendant et après l'exercice. On note également les changements objectifs (amplitude gagnée/perdue, irradiation modifiée). On procède de même avec les autres directions, généralement en commençant par celles qui semblent *possiblement bénéfiques* d'après l'anamnèse (par ex. si le patient dit être mieux en marchant, on testera l'extension en premier car marcher correspond à une position plus étendue du cou) <sup>73</sup>.

**Critères de préférence directionnelle positive :** Une direction est dite **préférentielle** lorsqu'elle provoque : (1) une **diminution de la douleur** ressentie (au moins en fin de série), (2) une **centralisation** des symptômes (la douleur dans le bras ou l'omoplate remonte vers le cou, voire disparaît périphériquement) <sup>30</sup>, (3) une **amélioration de la mobilité** (on gagne quelques degrés en répétant le mouvement) <sup>30</sup>, et éventuellement (4) une correction de l'attitude (par ex. la tête se recentre si elle était déviée) <sup>31</sup> <sup>30</sup>. La douleur proximale (cervicale) peut parfois augmenter légèrement tandis que la douleur distale s'amoindrit, ce qui reste un signe favorable de centralisation. Par exemple, en effectuant des rétractions répétées, un patient voit sa douleur de bras C7 disparaître mais ressent plus une gêne dans le cou : c'est bon signe, on a centralisé. En revanche, une direction **non préférentielle** va soit ne rien modifier, soit **aggraver la symptomatologie** : apparition ou intensification de la douleur distale (par ex. des fourmillements qui descendent plus loin), **périphérisation** nette, diminution accrue des

amplitudes, etc <sup>33</sup> . On arrête évidemment les répétitions dans la direction délétère dès que l'on constate ces effets néfastes.

**Exemples pratiques** : La plupart des cervicalgies discales présentent une préférence directionnelle en **extension**. En effet, les hernies discales postérieures sont fréquentes, et l'extension + rétraction tend à les réduire vers l'avant, soulageant la racine (phénomène de centralisation) <sup>74</sup> . Ces patients sont souvent aggravés par la flexion (direction délétère) qui pousse la hernie en arrière et périphérise la douleur <sup>32</sup> . À l'inverse, dans certaines **canal étroit** arthrosiques ou protrusions antérieures, une **préférence en flexion** peut exister : le patient se sent mieux en position assise penché en avant, pire en se redressant. On retrouve là un tableau proche de la claudication neurale (comme en lombaire). De même, une *préférence en inclinaison latérale* se voit dans les torticolis discaux : si la tête est inclinée à gauche (antalgie), la préférence sera généralement l'inclinaison droite (opposée) combinée éventuellement à l'extension <sup>74</sup> . Le tableau du cours propose : *PD en flexion* – douleur améliorée en position assise penchée, aggravée à la marche ou en extension ; *PD en extension* – douleur aggravée en position assise (enflexion), améliorée à la marche, intolérance à la flexion (ex: impossible de lire longtemps tête baissée), Valsalva positif, signe qu'une extension soulage <sup>73</sup> . *PD en flexion latérale* – douleur aggravée par extension et flexion globales, mais soulagée cou allongé de côté, souvent associé à un torticolis antalgie <sup>73</sup> . Ces patterns ne sont pas absolus mais orientent l'examineur.

**Préférence directionnelle absente ou indéterminée** : Tous les patients ne présentent pas de PD franche. Environ **70% des lombalgiques** en ont une d'après certaines études, le pourcentage en cervical est moins documenté mais se situe possiblement dans les mêmes ordres. Si aucun mouvement répété ne modifie durablement les symptômes (ni en bien ni en mal), on parle de *syndrome dysfonctionnel ou postural* selon McKenzie – souvent le cas des douleurs facettaires ou myofasciales sans dérangement discal. Dans ces cas, on n'a pas de direction « magique » pour soulager : il faudra traiter de façon multimodale (mobilisations articulaires, étirements musculaires, exercices généraux). **Attention** : l'absence de PD ne signifie pas qu'on ne doit pas encourager le mouvement – au contraire, on fera mobiliser dans **toutes** les directions sans préférence, pour restaurer la fonction.

**Intégration au plan de traitement** : Si une préférence directionnelle est identifiée, il s'agit d'un **élément-clé du traitement actif**. On va éduquer le patient à effectuer régulièrement des **auto-exercices dans la direction bénéfique** pour accélérer la récupération <sup>75</sup> . Par exemple, apprendre les rétractions cervicales multiples si c'est l'extension qui centralise sa douleur. Ces exercices sont à faire toutes les 2-3 heures en phase aiguë (quelques séries de 10 mouvements) <sup>75</sup> . En parallèle, le clinicien peut appliquer des techniques manuelles dans ce sens (mobilisations, manipulations orientées dans la direction préférentielle). Par contre, on **évitera strictement** dans un premier temps les mouvements dans la direction aggravante. Lorsque la douleur aura bien régressé, on pourra réintroduire progressivement ces mouvements délétères afin de *remodeler* le tissu et éviter une perte de mobilité. Par exemple, une fois la crise passée, on rééduquera la flexion cervicale même si elle était initialement nocive, pour que le patient retrouve une mobilité complète sans douleur.

La préférence directionnelle a également une **valeur pronostique positive** : un patient qui parvient à centraliser sa douleur avec un mouvement a de fortes chances d'aller mieux rapidement avec un traitement conservateur <sup>31</sup> . À l'inverse, l'absence de centralisation (ou pire, une périphérisation incontrôlable) est un signe de **mauvais pronostic** relatif, pouvant indiquer un risque de chronicité ou la nécessité d'examen complémentaires (ex : si aucune direction ne soulage une radiculalgie, envisager imagerie pour voir si myélopathie).

En résumé, la recherche de *préférence directionnelle* fait partie intégrante de l'évaluation d'une cervicalgie mécanique. C'est un moyen simple et efficace d'orienter le traitement actif. Les recommandations cliniques encouragent cette approche : par exemple, les guides de pratique insistent

sur l'utilisation de mouvements répétitifs qui centralisent la douleur dans le cadre du MDT (preuve modérée, recommandation conditionnelle en faveur) <sup>29</sup> <sup>33</sup> .

## 4. Facteurs de récurrence ou d'entretien de la douleur

Malgré un traitement adéquat, certaines cervicalgies ont tendance à **récidiver** ou à **persister** dans le temps. Il est essentiel d'identifier les facteurs qui favorisent cette chronicisation afin de les adresser dans la prise en charge (prévention secondaire). On peut distinguer : les facteurs liés au **patient lui-même**, les facteurs liés à son **environnement/activités**, et les facteurs liés à la **nature de la blessure initiale**.

**Facteurs individuels et psycho-sociaux** : Des études de pronostic (projet ICON) ont montré que les **meilleurs prédicteurs** d'une évolution défavorable sont l'**intensité initiale de la douleur** élevée et le **niveau d'incapacité initial** élevé <sup>76</sup> . En d'autres termes, plus le patient se présente avec une douleur sévère et un handicap fonctionnel important, plus le risque que la douleur persiste à long terme est grand (niveau de preuve élevé) <sup>76</sup> . De plus, un **épisode antérieur de cervicalgie** dans les mois/années passées augmente la probabilité de récurrence – l'historique de douleurs cervicales est un facteur de risque bien établi (on considère parfois la cervicalgie comme une condition récurrente par nature dans ~50% des cas sur 1–5 ans). Sur le plan **psychologique**, des facteurs comme un **fort niveau de stress**, de l'**anxiété**, une **dépression** ou un **catastrophisme** (peur exagérée de la douleur, vision pessimiste de la guérison) sont associés à la chronicité de nombreuses douleurs musculosquelettiques, y compris cervicales <sup>77</sup> . Un patient convaincu qu'il a une « colonne fragile » et qui évite tout mouvement par peur (*kinésiophobie*) risque d'entretenir sa douleur par déconditionnement et hypervigilance. Ces facteurs sont modifiables par l'éducation thérapeutique et, si besoin, un soutien psychologique. Par ailleurs, le **statut professionnel** joue : une insatisfaction au travail, un travail très monotone ou stressant, ou au contraire l'obtention d'un gain secondaire (arrêt de travail prolongé, litige d'assurance) peuvent inconsciemment maintenir la douleur. A contrario, un **patient actif, confiant** en son traitement, qui participe à sa rééducation, a plus de chances de récupérer vite.

**Facteurs biomécaniques et environnement** : Un **mauvais poste de travail** est souvent en cause dans les cervicalgies chroniques (position prolongée devant un écran mal placé, absence de pauses, chaise non ergonomique, etc.). Le **manque d'activité physique** régulière est également délétère : des muscles cervico-scapulaires peu endurants se fatiguent plus vite et deviennent douloureux en fin de journée. À l'inverse, la pratique d'exercices de renforcement du cou et du dos réduit l'incidence des nouvelles douleurs <sup>78</sup> . Une **rééducation incomplète** peut aussi laisser des séquelles : par exemple, après un coup du lapin, ne pas rééduquer suffisamment la stabilité cervicale peut conduire à une instabilité segmentaire et des douleurs prolongées. De même, un **défaut persistant de posture** (menton en avant) entretiendra la surcharge discale et musculaire. Le **tabagisme** est un facteur souvent cité de dégénérescence discale et de mauvaise cicatrisation des tissus, pouvant influencer la chronicité des douleurs rachidiennes. Par ailleurs, des **troubles du sommeil** non corrigés (apnée du sommeil, insomnie) amplifient la perception douloureuse et retardent la récupération musculaire.

**Facteurs lésionnels initiaux** : Certaines caractéristiques de la lésion de départ impliquent un pronostic plus réservé. Par exemple, dans le cadre d'un **whiplash traumatique (entorse cervicale)**, on sait que les patients qui cumulent dès le départ une douleur très intense ( $\geq 7/10$ ), un niveau de handicap élevé (questionnaires), des symptômes neuro (paresthésies) et un stress post-traumatique ont un risque accru d'évolution défavorable (WAD grade II-III) – cela a été montré par des études de cohorte (NHMRC niveau B) <sup>76</sup> . Une **atteinte radiculaire sévère** (avec déficit moteur) persiste plus facilement qu'une radiculalgie purement sensitive. Une **instabilité ligamentaire** (ex: rupture du ligament transverse C1-C2) aura du mal à guérir sans traitement orthopédique adéquat et pourra donner des douleurs

chroniques. Par ailleurs, la **présence de changements dégénératifs** avancés (disques très pincés, ostéophytes) ne se corrige pas : on peut seulement compenser. Ainsi, un patient arthrosique aura une douleur récurrente par poussées même avec une bonne prise en charge, car l'arthrose reste sous-jacente. Ce n'est pas forcément de la chronicité au sens continu, mais plutôt une susceptibilité aux récides. Enfin, la persistance de **facteurs d'entretien périphériques** comme des *triggers points* actifs peut prolonger la douleur même si la lésion principale est guérie. C'est pourquoi il faut veiller à traiter **toutes les composantes** de la cervicalgie : par exemple, après avoir réduit la hernie discale (douleur radiculaire guérie), s'il reste des cordons musculaires douloureux, il faut les désactiver sinon le patient aura l'impression que « sa douleur est toujours là ».

**En résumé**, les **facteurs de récidence** d'une cervicalgie comprennent : une douleur initiale sévère ou prolongée, un terrain anxieux ou dépressif, des croyances inadaptées (peur du mouvement), des antécédents de traumatismes ou d'épisodes douloureux répétés, un faible niveau d'activité physique, un environnement de travail ou de vie ergonomiquement défavorable, et certaines caractéristiques lésionnelles (atteinte neurologique, arthrose) non modifiables. Lors de l'anamnèse, ces éléments doivent être recherchés. Par exemple : « *Travaillez-vous longtemps sur écran ? Votre poste est-il adapté ? Faites-vous du sport ? Avez-vous des appréhensions quant à certains mouvements du cou ?* ». Cela permet d'orienter la **prévention des récides**. Il est démontré par des revues systématiques qu'un **programme d'exercices réguliers** peut réduire significativement le risque de nouvel épisode de cou douloureux dans l'année suivant un épisode initial (niveau de preuve modéré) <sup>79</sup>. En effet, l'exercice améliore la force et l'endurance des muscles cervicaux, augmente la vascularisation des disques et diminue le stress psychosocial, créant un terrain plus résilient. La **prise en charge active et éducative** est donc la clé pour rompre le cycle de chronicité.

## Prise en charge thérapeutique en chiropraxie

Après avoir évalué le patient selon les axes précédents, le chiropraticien élabore un **plan de traitement individualisé**. Les recommandations actuelles encouragent une **prise en charge multimodale** combinant plusieurs approches conservatrices <sup>80</sup>. Pour les cervicalgies mécaniques non spécifiques (Grades I-III), les lignes directrices internationales (CPG) préconisent en première intention : **éducation et conseils actifs, thérapies manuelles (manipulations/mobilisations) et exercices thérapeutiques** <sup>80</sup>. Les traitements passifs isolés ou la surmédicalisation sont à éviter. Nous détaillons ci-dessous les principales modalités, en soulignant le niveau de preuve de leur efficacité lorsque connu :

### 5.1 Éducation du patient et conseils ergonomiques

**Explications sur la condition** – Il est essentiel d'informer clairement le patient sur la nature bénigne de sa cervicalgie dans la majorité des cas, et de le rassurer quant à son pronostic. On corrigera d'emblée les idées fausses : « *Non, votre cou n'est pas "démis" ou "détruit" : vous avez une entorse musculaire/discale qui va guérir. La chirurgie n'est indiquée que dans de très rares cas (déficits sévères persistants)* ». On expliquera que la douleur, bien que pénible, **n'implique pas forcément un dommage grave** et qu'elle peut être gérée activement. Ce travail de réassurance vise à diminuer la peur et l'anxiété du patient, facteurs reconnus de mauvaise évolution. Il faut adopter une communication empathique, écouter les préoccupations (par ex. crainte de la paralysie, peur du craquement articulaire) et y répondre de façon scientifique.

**Attitude face à la douleur** – Encourager le patient à **rester actif** autant que possible, en évitant le repos strict prolongé sauf éventuellement 24-48h en phase hyperalgique. De nombreuses études montrent qu'en lombalgie comme en cervicalgie, le maintien d'une certaine activité favorise la récupération (niveau de preuve A). On conseille d'adapter temporairement les activités pour ne pas

exacerber la douleur, mais sans immobilisation totale. Par exemple, éviter de porter de lourdes charges au-dessus de la tête pendant quelques semaines si discopathie cervicale, mais continuer les activités légères. **Éviter la minerve** systématique sauf indication précise (fracture, instabilité) – le collier cervical n'est plus recommandé en usage prolongé pour les entorses cervicales, car il entretient la raideur et la peur du mouvement (grade B, recommandation négative).

**Ergonomie et habitudes de vie** – On discute des **aménagements ergonomiques** : hauteur de l'écran d'ordinateur (à hauteur des yeux), soutien lombaire pour éviter la tête en avant, fréquence des pauses (se lever toutes les heures, faire quelques mouvements de cou), posture de sommeil (oreiller à la bonne hauteur pour garder le cou neutre). On peut recommander un **oreiller ergonomique** si le patient se plaint de douleurs au réveil – les études sur les oreillers sont limitées mais certaines suggèrent une amélioration subjective du confort (preuve faible). Conseiller d'**éviter les facteurs aggravants** identifiés : par ex. limiter l'usage prolongé du smartphone tête penchée (*text-neck*), alterner les tâches pour ne pas garder la même posture. Inciter à la **pratique d'une activité physique générale** (marche, natation douce, etc.), qui a montré des bienfaits non spécifiques sur les douleurs chroniques en améliorant la condition physique et le moral (niveau de preuve modéré).

**Auto-gestion de la douleur** – Donner des outils au patient pour **gérer ses symptômes** : l'application de **chaleur locale** (bouillotte tiède 15 min) peut soulager les tensions musculaires et est sans risque (recommandation de bonne pratique). Des **exercices d'assouplissement doux** à faire à la maison plusieurs fois par jour (voir section exercices) font partie de l'auto-traitement. On peut fournir un petit mémo avec 2-3 exercices simples. Apprendre au patient la technique de **retrait du menton** (auto-agrandissement axial) pour soulager la pression discale, qu'il peut faire discrètement en situation de travail. De même, montrer un **auto-étirement du trapèze** ou un **automassage** avec une balle contre le mur pour les trigger points peut l'aider entre les séances.

**Durée de récupération et suivi** – Informer honnêtement le patient du temps de récupération attendu. Par exemple : « *Une radiculalgie discale, c'est souvent 4 à 6 semaines pour que le nerf se calme bien, avec des hauts et des bas* ». Insister sur l'importance de **poursuivre le programme d'exercices même après amélioration**, pour consolider et prévenir les récurrences. Un **suivi régulier** (ex : 1x/semaine en phase aiguë puis espacer) permet de réévaluer les progrès (douleur, mobilité, fonctions) et d'ajuster le traitement. Le patient doit être acteur de sa rééducation : on l'invite à tenir un **journal de bord** de ses symptômes, à noter ce qui les influence, afin de mieux comprendre sa douleur et y faire face.

**Preuves et recommandations** : L'éducation du patient est recommandée dans toutes les directives cliniques (Grade A, forte recommandation). Par exemple, la CPG canadienne 2014 souligne qu'il faut « *rassurer sur le pronostic favorable et encourager le maintien d'activités modérées* » (reco forte, consensus d'experts) <sup>72 81</sup>. Les approches de type « **Pain Neuroscience Education** » ont montré des résultats prometteurs pour réduire la peur de bouger et la catastrophisation (preuves modérées). **En pratique**, passer du temps à expliquer et conseiller est aussi important que les techniques manuelles.

## 5.2 Thérapies manuelles chiropratiques (ajustements et mobilisations)

Le chiropraticien dispose d'un arsenal de techniques manuelles visant à restaurer la mobilité et à diminuer la douleur au niveau de la colonne cervicale. Cela inclut les **manipulations vertébrales (ajustements HVLA)**, les **mobilisations articulaires douces (LVLA)**, les techniques de **traction manuelle**, ainsi que le travail sur les tissus mous (**massages, points trigger**). La littérature soutient globalement l'efficacité de ces interventions combinées pour les cervicalgies mécaniques, surtout en association avec l'exercice.

**Manipulations cervicales (HVLA)** – Ce sont des impulsions brèves à haute vélocité et basse amplitude appliquées sur un segment cervical cible, souvent accompagnées d'un *cavitation* (« craquement » articulaire). Plusieurs méta-analyses et guides ont évalué leur efficacité : pour les cervicalgies **chroniques**, il existe des preuves de haute qualité que les manipulations, en combinaison avec des exercices, procurent des améliorations significatives de la douleur et de la fonction (recommandation **forte**, niveau de preuve I) <sup>80</sup> <sup>82</sup> . Par exemple, les recommandations chiropratiques 2014 indiquent une *forte recommandation* pour traiter les cervicalgies chroniques avec manipulations + autres modalités <sup>80</sup> . Pour les cervicalgies **aiguës**, les preuves sont plus modérées : la manipulation seule apporte un soulagement à court terme modéré (quelques semaines), d'où une **recommandation modérée** de les utiliser, de préférence combinées à d'autres thérapies actives <sup>83</sup> . En pratique, un ajustement HVLA bien exécuté peut apporter un soulagement rapide en réduisant la douleur nociceptive (via modulation neurophysiologique de la douleur) et en améliorant la mobilité segmentaire. **Indications** : restriction de mobilité segmentaire identifiée (ex : facette bloquée en rotation), douleur facettaire locale, douleur cervicogénique de tête, et même certaines radiculopathies modérées (en libérant le foramen). **Contre-indications** : on l'a vu, tout ce qui est lésion structurelle majeure (red flags) exclut les manipulations. De plus, la prudence s'impose chez les patients ostéoporotiques, arthrosiques sévères, ou très craintifs – on préférera alors des techniques douces.

Les ajustements se font généralement en **position allongée** (décubitus dorsal, tête en rotation contrôlée) ou assise. On cible le **segment clé** identifié lors du bilan (par ex. C5-C6 gauche bloqué en rotation). On peut effectuer un **thrust en rotation ou en latéro-flexion** couplée, ou des techniques spécifiques (diversified, Gonstead, etc.). D'après les enseignements du cours, « *l'ajustement du segment identifié se fera dans la très grande majorité des cas en cyphose cervicale (flexion)* » pour plus de sécurité <sup>84</sup> . En clair, beaucoup de chiropraticiens préfèrent manipuler le cou en légère flexion pour minimiser la tension artérielle vertébrale. On notera qu'en présence d'une préférence directionnelle, on peut orienter le thrust dans la direction préférentielle du patient <sup>85</sup> . Par exemple, si son cou va mieux en extension droite, on peut ajuster en position d'extension droite. Cependant, classiquement, on manipule plutôt en position neutre/flexion légère et on attend du patient qu'il fasse ses exercices actifs dans la direction préférentielle en dehors de la table.

Le **“drop technique”** ou **technique de Buchanan** (table à pièce tombante) peut être utilisée sur le rachis cervical lorsque le patient est trop douloureux pour un thrust manuel classique. Après la phase aiguë, un léger drop en extension ou flexion latérale, synchronisé avec un thrust de faible amplitude, permet une manipulation plus en douceur, tout en ciblant la direction bénéfique <sup>86</sup> . C'est indiqué notamment dans les cervicalgies arthrosiques (cou raide) ou lorsque l'on veut éviter de trop forte rotation. Le **syndrome facettaire aigu** se prête bien aux manipulations HVLA (beaucoup d'études montrent un bénéfice supérieur aux médicaments anti-inflammatoires seuls). Pour une **névralgie cervico-brachiale**, la manipulation HVLA cervicale est plus controversée : certaines études montrent un bénéfice sur la douleur radiculaire, d'autres préconisent de manipuler plutôt le rachis thoracique en relais, ou d'associer à la traction. En tout cas, si radiculopathie sévère, mieux vaut mobiliser gentiment d'abord (voir LVLA).

**Mobilisations articulaires (LVLA)** – Ce sont des mouvements passifs lents, de petites oscillations ou mouvements progressifs, sans impulsion, dans les amplitudes disponibles de l'articulation. Les techniques de type **Maitland grades I-IV** ou **mobilisations oscillatoires TMO** entrent dans cette catégorie <sup>84</sup> . Les mobilisations produisent des effets antalgiques (grades I-II) et d'assouplissement articulaire (grades III-IV). D'un point de vue patient, elles sont souvent mieux tolérées car moins brutales, ce qui est utile chez un patient très anxieux ou douloureux (« *ne touchez pas trop fort, j'ai mal* »). Les recommandations cliniques confèrent aux mobilisations une efficacité similaire aux manipulations dans la cervicalgie chronique, surtout couplées aux exercices (reco forte pour mobilisation + thérapie multimodale en chronique) <sup>83</sup> . Pour la phase aiguë, manipulations et mobilisations obtiennent une



**recommandation modérée** ensemble (il n'y a pas de supériorité prouvée de l'une sur l'autre à court terme) <sup>87</sup>. L'**expérience clinique** dicte souvent le choix : par exemple, « *Si le patient préfère éviter les craquements, ou s'il sort de chirurgie (arthrodèse récente) ou s'il a une douleur très hypersensible (nociplastique), on choisira une mobilisation plutôt qu'une manipulation en première intention* » <sup>88</sup>. En post-chirurgie, notamment, les premières séances doivent être douces pour respecter la cicatrisation <sup>89</sup>.

Les mobilisations peuvent être appliquées à un ou plusieurs niveaux. Exemples : **tractions itératives** du cou (Mulligan SNAGs en traction) améliorant l'espace intervertébral – bénéfiques pour arthrose ou compression radiculaire légère <sup>90</sup> ; **glissements postéro-antérieurs** sur les processus épineux (grade III) pour redonner du jeu segmentaire ; **mobilisations en rotation** lente sur un côté douloureux (on peut faire tourner la tête du patient lentement jusqu'à la barre douloureuse, puis revenir, et gagner graduellement). Ces techniques peuvent être couplées à la respiration du patient et sont généralement indolores (sinon on modifie l'amplitude).

**Traction manuelle / techniques de décompression** – La **traction cervicale** est un cas particulier de mobilisation axiale. Elle peut être manuelle (le thérapeute tire doucement la tête en axe) ou instrumentale (appareillage de traction intermittente). L'objectif est de **soulager la pression discale et foraminale**. Les guidelines APTA 2017 ont donné une recommandation de grade *B (modérée)* pour l'utilisation de la traction **combinée à d'autres thérapies** dans les radiculopathies cervicales (essentiellement pour le court terme) <sup>91</sup>. En chiropraxie, on utilise parfois la **technique de Cox** (flexion-distraction) qui combine une flexion lente et une traction du rachis, applicable avec une table spécialisée <sup>90</sup>. Ceci est indiqué dans les *dysfonctions articulaires postérieures dégénératives* et les discopathies : la flexion-distraction **ouvre les articulations** et élargit les foramens, soulageant potentiellement la racine et mobilisant l'articulation <sup>90</sup>. C'est une alternative quand les MRFA indiquent une préférence en flexion ou quand le patient ne peut tolérer d'autres mobilisations. La **technique par oscillations (TMO)** en traction ou latéro-flexion est aussi enseignée (mouvements répétés passifs). Globalement, la traction est **bénéfique en adjuvant** dans les radiculalgies modérées (elle diminue la douleur radiculaire, preuve modérée), mais ne constitue pas un traitement suffisant à elle seule.

**Techniques myofasciales et neurodynamiques** – Très souvent, la prise en charge inclut le travail des **tissus mous**. Par exemple, un massage des muscles paravertébraux, trapèzes, sous-occipitaux, aide à diminuer la tension et la douleur locale (effet court terme). Les **pressions ischémiques** sur les trigger points (appuyer 30-60s sur le point douloureux) sont efficaces pour inactiver ceux-ci temporairement (preuves faibles mais usage répandu). Une revue chiropratique 2014 attribue d'ailleurs une recommandation *modérée* pour l'utilisation du **massage combiné à d'autres thérapies** dans la cervicalgie chronique <sup>87</sup>. On peut réaliser des **étirements manuels** des muscles tendus (ex : étirer le sterno-cléido-mastoïdien, les scalènes) dans le cadre de techniques MET (Muscle Energy Technique). De plus, dans les radiculopathies, le thérapeute peut effectuer des **mobilisations neurales** douces : par ex. mobiliser le bras en ULTT de façon rythmée (technique de "nerve flossing") pour aider à réduire l'adhérence nerveuse et améliorer l'extensibilité neurale <sup>92</sup>. Cette approche est souvent intégrée pour les composantes neurogènes – certaines études la soutiennent comme adjuvant utile (grade C).

**Choix des techniques en fonction du patient** – Un chiropraticien expérimenté saura adapter la technique : *HVLA ou LVLA*. La règle enseignée est d'utiliser de préférence la **technique la plus tolérée et sécuritaire** pour obtenir le résultat. Si le patient appréhende le thrust, commencez par la mobilisation. Si le patient est jeune, musclé, et bloqué aigu, un *HVLA* franc peut rapidement lever le blocage. Si le patient est âgé et arthrosique, des *mobilisations progressives* répétées seront plus appropriées, éventuellement suivies d'un petit thrust de faible amplitude si nécessaire. L'**écoute des préférences du patient** est importante : ne pas forcer quelqu'un qui refuse les manipulations (consentement éclairé indispensable) <sup>89</sup>. On peut toujours trouver une alternative technique aboutissant à l'objectif thérapeutique (ex : faire un drop plutôt qu'une manipulation manuelle, etc.).

**Efficacité attendue** – Les manipulations/mobilisations ont souvent un **effet immédiat** sur la mobilité (on reteste le mouvement douloureux, il gagne quelques degrés) et un effet antalgique qui peut être immédiat ou différé de quelques heures. L'effet placebo et contextuel joue aussi (la confiance en la technique, le bruit de craquement rassurant pour certains). Sur le plan scientifique, les manipulations agiraient par **modulation segmentaire de la douleur** (inhibition des interneurons nociceptifs, modification des influx proprioceptifs) et par **effet neurophysiologique central** (activation des voies inhibitrices descendantes). Des IRM fonctionnelles ont montré des changements dans le cortex après un thrust HVLA. Quoi qu'il en soit, couplées aux exercices, ces techniques manuelles améliorent significativement les résultats fonctionnels (douleur réduite, amplitude augmentée, satisfaction patient). Une **revue systématique Cochrane (Gross et al.)** a conclu que manipulations et mobilisations apportent des bénéfices modestes sur la douleur à court et moyen terme, surtout lorsqu'intégrées à une approche multimodale (preuves de qualité modérée). Les risques de complications graves (dissection artérielle) sont **extrêmement rares** (incidence estimée entre 1 pour 1 à 2 millions de manipulations <sup>93</sup>). Les études cas-témoins suggèrent que le risque de dissection est similaire pour une consultation chiro ou chez le médecin généraliste (car le patient consultait déjà pour un début de dissection – phénomène de causalité inverse) <sup>94</sup>. En respectant les contre-indications et les tests de sécurité, la manipulation cervicale est considérée comme sûre (niveau de preuve élevé, recommandation forte en l'absence de red flags).

### 5.3 Exercices thérapeutiques et rééducation active

L'exercice est **au cœur du traitement** des cervicalgies, en particulier pour prévenir la récurrence et améliorer le contrôle moteur. **Toutes les guidelines** (APTA, CCGI, NICE) s'accordent pour recommander des exercices adaptés, que ce soit de renforcement, d'assouplissement, de coordination ou d'endurance (recommandation **forte** en chronique) <sup>80</sup>.

**Objectifs des exercices** : réduire la douleur (par effet analgésique de l'exercice modéré), améliorer la fonction (amplitude, force, posture), restaurer un contrôle neuromusculaire adéquat (ex : recruter les fléchisseurs profonds du cou, synchroniser le mouvement tête-tronc), et prévenir les rechutes (en rendant le rachis plus résilient).

#### Types d'exercices :

- **Exercices de mobilité** : ils visent à récupérer les amplitudes cervicales dans toutes les directions. Cela inclut des **auto-étirements** quotidiens des groupes musculaires tendus (ex : étirement du trapèze supérieur en inclinant la tête côté opposé en légère flexion, maintien 30s). On peut prescrire des **roulades d'épaules**, des mouvements de circonduction doux, etc. Également, si une **préférence directionnelle** a été identifiée, le *mouvement préférentiel* doit être répété fréquemment en exercice : par exemple, faire 10 rétractions cervicales 6 fois par jour <sup>75</sup>. Ces exercices de mobilité répétitive sont inspirés du protocole McKenzie et ont montré leur efficacité pour maintenir l'effet de centralisation obtenu en séance (preuve modérée).

- **Renforcement musculaire et endurance** : plusieurs essais cliniques soulignent l'importance de **renforcer les muscles cervicaux et scapulothoraciques**. Un protocole classique est le renforcement des **fléchisseurs profonds du cou** (longs du cou et de la tête) à l'aide de l'exercice du *chin tuck* (rentre le menton en position allongée en maintenant la nuque en appui, tenir 10s). Ceci améliore la stabilité segmentaire (notamment après whiplash) et peut réduire les douleurs cervicogènes. On renforce aussi les **extenseurs cervicaux** mais en endurance plutôt qu'en force pure (tenir la tête en extension contre gravité p.ex.). Les **muscles scapulaires** (trapèze moyen et inférieur, rhomboïdes, serratus) sont travaillés via des exercices d'épaules (ex : rowing élastique, exercices en « T » et « Y » couché sur le ventre) car une scapula stable soulage la tension cervicale. Des exercices d'**extension thoracique** (auto-étirement sur un rouleau mousse)

peuvent aussi améliorer la posture cervicothoracique. Les études suggèrent que des programmes de **renforcement et endurance sur 6-12 semaines** réduisent significativement la douleur et augmentent la fonction dans les cervicalgies chroniques (preuve de qualité modérée à élevée) <sup>80</sup>. À court terme, un protocole de **renforcement isométrique** (pousser la tête contre la main dans 6 directions, 5x10s chaque, 2 fois/jour) peut aider à diminuer l'appréhension du mouvement et à maintenir le tonus sans aggraver la douleur – utile en subaigu.

- **Exercices de contrôle moteur** : en cas de troubles proprioceptifs (fréquents après whiplash ou en présence de vertiges cervicogéniques), on utilise des exercices spécifiques pour rééduquer la **proprioception cervicale**. Par exemple, l'exercice du « laser » sur la tête visant une cible, pour entraîner le repositionnement de la tête. Ou encore, secouer la tête (petits « non » rapides) puis tenter de recentrer le regard sur une cible. Les exercices d'équilibre et œil-tête peuvent aussi être intégrés. Ces exercices sont indiqués pour les patients avec sensation de tête lourde, instabilité, ou antécédents d'entorse grave. Ils ont montré des bénéfices sur la diminution des symptômes de **“cervical dizziness”** (preuves émergentes).
- **Étirements musculaires** : On cible les muscles contracturés identifiés : par ex. étirer les **scalènes** (main derrière le dos, inclinaison controlatérale + légère extension et rotation contraires), les **sous-occipitaux** (rentre le menton puis incliner légèrement en avant, sentir l'étirement à la base du crâne), le **grand pectoral** (pour corriger la posture en antépulsion d'épaules), etc. Les étirements doivent être maintenus ~30 secondes, sans à-coups, plusieurs répétitions. Ils améliorent la souplesse mais leur effet sur la douleur est modeste isolément (ils font partie d'un tout).
- **Exercices neurodynamiques** : pour les radiculopathies, on prescrit parfois des **auto-mobilisations du nerf** sous forme d'exercices de flossing. Par exemple, le patient assis met le bras en tension du nerf médian (bras en abduction 90°, poignet en arrière) et synchronise avec la tête : quand il tend le bras, il incline la tête du côté opposé (tension maximale), puis relâche en pliant le cou du même côté (détente). Répéter 10-15x doucement. Cela mobilise le nerf dans son fourreau et peut réduire l'adhérence et la sensibilité.
- **Exercices globaux et posture** : on n'oublie pas les exercices plus **fonctionnels** : renforcement du dos global (ex : *superman* allongé, gainage de la ceinture scapulaire), travail sur la **posture** (ex : se tenir contre un mur, rentrer le menton, abaisser les épaules, maintenir). Des approches comme le **yoga** ou le **Pilates** peuvent être bénéfiques en chronicité pour travailler souplesse, force et relaxation (quelques RCT suggèrent une amélioration, preuves faibles à modérées).

**Planification** : Les exercices doivent être **progressifs**. Au début, on met l'accent sur la mobilité indolore et l'endurance faible intensité (pour ne pas exacerber). Puis on augmente la résistance (élastiques, poids légers) pour le renforcement. On vise au moins **6 à 8 semaines** de programme pour observer un réel changement structurel et moteur. On encourage le patient à intégrer ces exercices dans sa routine quotidienne (par ex. 15 min matin et soir). On peut lui fournir des **fiches illustrées** ou l'orienter vers des applications/vidéos fiables. **Adhérence** : c'est un point crucial, car l'efficacité des exercices dépend de la régularité. Il faut motiver le patient, définir avec lui un moment pour les faire, lever les barrières (manque de temps, etc.). Lui rappeler que ces exercices sont comme des « médicaments » actifs, avec moins d'effets secondaires et un bénéfice à long terme.

**Efficacité démontrée** : De nombreuses études soutiennent les exercices. Une méta-analyse de 2023 a montré que les exercices réduisent significativement le risque de récurrence de cervicalgie sur 12 mois (OR ~0,5, preuve modérée) <sup>79</sup>. En aigu, un essai a montré qu'ajouter des exercices de mouvement aux soins standard accélère la récupération (faible à modérée qualité). En chronique, l'exercice actif est

l'**intervention la plus soutenue** dans les guidelines, parfois même plus que les manipulations. Par exemple, la recommandation 2014 chiro donne *Strong recommendation* pour les exercices de stretching, renforcement et endurance **seuls** dans la cervicalgie chronique <sup>80</sup> <sup>82</sup>. En pratique, la combinaison *exercices + thérapie manuelle* semble offrir les meilleurs résultats (niveau A).

**Cas particulier : Cervicalgie et céphalée cervicogénique.** Des exercices spécifiques de rééducation des fléchisseurs profonds et de renforcement scapulaire se sont avérés très efficaces pour diminuer les céphalées d'origine cervicale (essais de Jull et al., niveau I). Donc on les appliquera pour les patients se plaignant de maux de tête liés au cou.

## 5.4 Autres modalités et interventions

Pour être exhaustif, mentionnons **d'autres approches conservatrices** parfois utilisées :

- **Thérapies physiques** : l'application de **chaleur** (ou de froid si inflammation aiguë localisée) peut être recommandée en complément (preuve anecdotique, mais confort du patient). L'**électrothérapie** (TENS) soulage temporairement certaines douleurs musculaires (preuve faible, optionnel). Les **ultrasons** n'ont pas montré de bénéfice significatif dans les méta-analyses (reco négative, éviter sauf si combiné dans un protocole global). Le **laser de faible intensité (LLLT)** a quelques preuves de réduction de la douleur à court terme en cervicalgie chronique (niveau de preuve modéré, option thérapeutique possible), mais son accès est variable. La **thérapie par ondes de choc** est plutôt réservée aux tendinopathies, pas d'indication en cervicalgie.
- **Acupuncture/dry needling** : L'acupuncture a une certaine efficacité sur la douleur cervicale (quelques RCT vs sham montrant une amélioration modeste). Ce n'est pas du ressort du chiropraticien en France sauf formation complémentaire. Le *dry needling* des trigger points par contre peut être pratiqué et a des résultats intéressants sur les douleurs myofasciales récalcitrantes (preuves modérées pour soulager les triggers du trapèze).
- **Médication** : Bien que les chiropraticiens ne prescrivent pas de médicaments, il est utile de connaître les recommandations : pour la cervicalgie aiguë, l'usage de **paracétamol ou d'AINS** à dose adéquate pendant quelques jours peut aider (reco faible pour paracétamol, modérée pour AINS en cours < 2 semaines). Les **myorelaxants** type thiocolchicoside sont parfois donnés en torticolis aigu (bénéfice modeste, somnolence possible). **Éviter les opioïdes** pour les douleurs cervicales non cancéreuses – les guides les déconseillent fortement (reco négative B) <sup>95</sup> <sup>96</sup>. En cas de douleur neuropathique chronique, un avis médical pour prescrire des neuromodulateurs (gabapentinoïdes, antidépresseurs tricycliques) peut se discuter, mais c'est hors champ direct du chiro.
- **Infiltrations** : Hors champ chiropratique, mentionnons que si une facette arthrosique reste très douloureuse, une infiltration corticostéroïde ou une rhizolyse par radiofréquence peut être proposée par un spécialiste (preuve modérée pour le court terme dans l'arthrose cervicale). De même, les infiltrations foraminales épidurales peuvent soulager certaines radiculopathies rebelles (mais preuves mitigées). Le chiropraticien doit savoir référer vers ces options si la douleur ne cède vraiment pas aux moyens conservateurs au bout de 6-8 semaines et que la qualité de vie est altérée.

**Synthèse des recommandations thérapeutiques** : Les **meilleures pratiques actuelles** pour la prise en charge chiropratique des cervicalgies mettent en avant : *l'éducation du patient, les exercices thérapeutiques et les techniques manuelles (manipulation/mobilisation)* combinées. Une revue de 2018 a

comparé ces approches et a conclu qu'une **stratégie multimodale** obtient les meilleurs résultats fonctionnels <sup>97</sup>. La CPG canadienne 2014 a formulé **11 recommandations de traitement** basées sur 41 ECR de haute qualité <sup>80</sup>. Parmi elles :

- **Recommandation forte (grade A)** : pour les cervicalgies chroniques, utiliser **manipulations/mobilisations + exercice** (renforcement, étirements) ainsi que l'exercice seul (renfo/étirements) comme traitement de première ligne <sup>80 82</sup>.
- **Recommandation modérée (grade B)** : pour les cervicalgies aiguës, manipulations et mobilisations combinées à d'autres modalités (exercice, massage) sont conseillées <sup>83</sup>. L'exercice seul en aigu n'a qu'un effet faible (d'où une reco faible si isolé) <sup>87</sup>.
- **Recommandation faible** : traitements passifs isolés (collier, ultrasons, électro) ne sont pas recommandés en routine en raison de preuves insuffisantes.

Ces lignes directrices rejoignent celles de l'American Physical Therapy Association (2017) qui recommandent : **mobilisation/manipulation cervicale et thoracique** (grade B), **exercices de coordination, proprioception et posturaux** (grade A pour douleurs associées à instabilité, par ex. whiplash), **étirements musculaires** (grade C), **traction intermittente** (grade B pour radiculopathie) et **éducation à l'activité** (grade B) <sup>98 99</sup>.

## 5.5 Pronostic et prévention des récives

**Critères de bon pronostic** : Une cervicalgie aiguë sans signe neurologique, chez un patient jeune actif, traitée précocement, a de fortes chances de guérir complètement en quelques semaines. La présence d'une préférence directionnelle nette et la capacité à centraliser la douleur sont de bons signes de récupération rapide <sup>31</sup>. De même, un patient engagé dans sa rééducation, avec un bon moral et peu de facteurs psychosociaux négatifs, évoluera favorablement. Dès que l'amélioration clinique se maintient sur 2-3 semaines, on peut espacer les séances et prévoir la fin du traitement.

**Critères de moins bon pronostic** : Douleur persistante au-delà de 3 mois, incapacité fonctionnelle marquée (ex : incapacité de travailler > 8 semaines), signes de sensibilisation centrale (douleur diffuse, troubles du sommeil), et facteurs psychosociaux (peur du mouvement, compensation) laissent craindre une chronicité. Cependant, même dans ces cas, des améliorations sont possibles avec un programme pluridisciplinaire (ex : ajouter thérapie cognitive et exercices graduels). **Attention** : la détection d'un signe de myélopathie ou d'aggravation neurologique en cours de suivi est un critère de **réévaluation médicale immédiate** – cela sort du pronostic "commun" car nécessite peut-être une chirurgie.

**Suivi à long terme et prévention** : Une fois la phase de traitement terminée (douleur largement réduite, fonction rétablie), il est crucial de donner des recommandations pour **prévenir les rechutes**. Cela inclut la poursuite des **exercices d'entretien** (par ex. continuer 2-3 fois par semaine les renforcements cervicaux, et étirements après les journées de travail). On conseille au patient de rester **vigilant quant à sa posture** : ajuster son poste de travail, éviter les postures prolongées sans pause, éventuellement se ré-équiper (chaise ergonomique, support d'écran). **Hydratation** adéquate et **alimentation équilibrée** peuvent être mentionnées pour la santé discale et musculaire, bien qu'aucune preuve directe n'associe régime et cervicalgie (hors obésité qui peut être un facteur de douleurs musculosquelettiques généralisées). On peut montrer au patient comment **auto-gérer un petit épisode douloureux** s'il survient : par ex. refaire les exercices de centralisation appris, appliquer du chaud, réduire le stress, et consulter plus tôt que tard si jamais cela ne passe pas.

Certains patients choisissent de faire des **consultations d'entretien** chiropratique (p.ex. 1 séance aux changements de saison) pour vérifier mobilité et relâcher d'éventuelles tensions débutantes. L'efficacité de la maintenance chiro est controversée, mais pour des ex-patients chroniques anxieux, cela peut

avoir un bénéfice psychologique et encourager à maintenir les bonnes pratiques – ceci doit toutefois être individualisé et non systématique.

Enfin, insister sur le fait que **reprendre une activité physique régulière** (natation douce, yoga, Pilates, musculation encadrée) est sans doute la meilleure prévention à long terme pour les cervicalgies communes <sup>79</sup>. Une méta-analyse l'a montré : l'exercice réduit de moitié le risque de nouvel épisode dans l'année <sup>79</sup>. D'où le message de fin : « *Continuez à bouger, votre cou vous dira merci !* ».

## Conclusion

La prise en charge des cervicalgies par le chiropraticien repose sur une évaluation méthodique répondant aux quatre questions clés – éliminer les causes graves (red flags), identifier la source et le type de douleur, repérer une éventuelle préférence directionnelle, et dépister les facteurs de chronicité. Ce bilan approfondi permet de construire un plan de traitement personnalisé, combinant les **meilleures preuves scientifiques** et le **savoir-faire clinique**. Les approches modernes insistent sur le mouvement et l'activation du patient : éducation rassurante, exercices ciblés, et interventions manuelles appropriées forment un triptyque gagnant validé par les guides de pratique internationaux <sup>80</sup> <sup>82</sup>. En appliquant ces principes, l'étudiant en 5e année de chiropraxie pourra prendre en charge la plupart des cervicalgies mécaniques avec efficacité et sécurité, tout en connaissant ses limites (savoir référer si nécessaire). Le **rôle du chiropraticien** s'étend de la phase thérapeutique à la **prévention secondaire** : il accompagne le patient vers l'autonomie, en lui donnant les clés pour éviter les rechutes et gérer sa santé vertébrale sur le long terme. Cette approche globale, centrée sur le patient et soutenue par la littérature scientifique la plus récente, garantit une prise en charge optimale, professionnelle et humaine des cervicalgies.

**Bibliographie (extraits):** Bone and Joint Decade Task Force on Neck Pain 2008 (Guzman et al.), JOSPT 2017 (Guidelines révisées cervicalgie), CCGI 2014 (Guidelines chiropraxie cervicalgie) <sup>80</sup> <sup>82</sup>, Schneider et al. 2013 (tests cliniques facettaires) <sup>50</sup>, Teichert et al. 2023 (exercices & prévention) <sup>79</sup>, etc. Toutes les recommandations mentionnées sont de niveau de preuve indiqué (GRADE ou équivalent) dans les sources citées. Par exemple, les **exercices et manipulations combinés** ont un niveau de preuve élevé (GRADE A) pour la douleur cervicale chronique <sup>80</sup>, tandis que l'identification des **red flags** repose sur des consensus d'experts et des études observationnelles (GRADE C). Cette synthèse intègre ces données afin de fournir un cours complet, actualisé et utile pour la pratique quotidienne des futurs chiropraticiens.

---

<sup>1</sup> <sup>11</sup> <sup>12</sup> <sup>14</sup> <sup>15</sup> <sup>72</sup> <sup>81</sup> <sup>95</sup> <sup>96</sup> Neck Pain: Initial Evaluation and Management | AAFP

<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0801/p150.html>

<sup>2</sup> <sup>3</sup> <sup>4</sup> <sup>5</sup> <sup>6</sup> <sup>7</sup> <sup>8</sup> <sup>9</sup> <sup>10</sup> <sup>13</sup> <sup>18</sup> <sup>19</sup> <sup>20</sup> <sup>21</sup> <sup>22</sup> <sup>23</sup> <sup>24</sup> <sup>25</sup> <sup>26</sup> <sup>27</sup> <sup>28</sup> <sup>29</sup> <sup>30</sup> <sup>31</sup> <sup>32</sup> <sup>33</sup> <sup>34</sup> <sup>35</sup> <sup>36</sup>  
<sup>37</sup> <sup>38</sup> <sup>39</sup> <sup>40</sup> <sup>41</sup> <sup>42</sup> <sup>43</sup> <sup>44</sup> <sup>45</sup> <sup>46</sup> <sup>47</sup> <sup>48</sup> <sup>49</sup> <sup>50</sup> <sup>51</sup> <sup>52</sup> <sup>53</sup> <sup>54</sup> <sup>55</sup> <sup>56</sup> <sup>57</sup> <sup>58</sup> <sup>59</sup> <sup>60</sup> <sup>61</sup> <sup>62</sup> <sup>63</sup> <sup>64</sup> <sup>65</sup>

<sup>66</sup> <sup>67</sup> <sup>68</sup> <sup>69</sup> <sup>74</sup> Cours PEC 2 évaluation source de la cervicalgie.pptx

<file:///file-GpjnTEFh3apWdJYS2g2Tjd>

<sup>16</sup> <sup>17</sup> <sup>70</sup> <sup>71</sup> The anatomic region of the neck from the back ( A ) and the side ( B )... | Download Scientific Diagram

[https://www.researchgate.net/figure/The-anatomic-region-of-the-neck-from-the-back-A-and-the-side-B-as-defined-by-The\\_fig1\\_225668169](https://www.researchgate.net/figure/The-anatomic-region-of-the-neck-from-the-back-A-and-the-side-B-as-defined-by-The_fig1_225668169)

<sup>73</sup> <sup>75</sup> <sup>84</sup> <sup>85</sup> <sup>86</sup> <sup>88</sup> <sup>89</sup> <sup>90</sup> <sup>92</sup> Cours PEC 2 PEC cervicalgie articulaire + dégénérative 2021.pptx

<file:///file-V58fsfY9N8Haw3yGHRGLb7>

- 76 An Overview of Systematic Reviews on Prognostic Factors in Neck ...  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3793581/>
- 77 Prognostic factors of pain, disability, and poor outcomes in persons ...  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39363645/>
- 78 79 Effectiveness of Exercise Interventions for Preventing Neck Pain  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37683100/>
- 80 82 83 87 Evidence-based guidelines for the chiropractic treatment of adults with neck pain - PubMed  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24262386/>
- 91 Manual therapy and neck-specific exercise are equally effective for ...  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468781225000670>
- 93 Study Also Shows Plurality of Patients with New-Onset Neck Pain ...  
<https://thekac.org/2023/10/13/study-also-shows-plurality-of-patients-with-new-onset-neck-pain-first-visited-a-chiropractor/>
- 94 Top Chiropractic Research from 2023 - ChiroUp  
<https://chiroup.com/blog/top-chiropractic-research-from-2023>
- 97 CHIROPRACTIC PRACTICE GUIDELINES - Chiro.org  
<https://chiro.org/LINKS/guidelines.shtml>
- 98 Serious Cervical Spine Conditions - Physiopedia  
[https://www.physio-pedia.com/Serious\\_Cervical\\_Spine\\_Conditions](https://www.physio-pedia.com/Serious_Cervical_Spine_Conditions)
- 99 Neck Pain: Revision 2017: Clinical Practice Guidelines ... - jospt  
<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2017.0302>