

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 % ¹. 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 ² ³ :

- **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 ⁴. **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 ⁵. 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 ⁶. 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 ⁷ ⁸. 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 ⁹ . 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) ² . Une douleur rebelle aux traitements usuels, « *la pire jamais ressentie* » ou en aggravation progressive sans répit, doit alerter ¹⁰ . 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) ³ . La raideur méningée avec céphalée, nausées, photophobie évoque une méningite (qui peut donner des douleurs cervicales par contracture) ¹¹ . Toute suspicion d'infection impose une orientation médicale pour imagerie (IRM) et tests biologiques (NFS, CRP, hémocultures, ponction lombaire si méningite) ¹² . Les manipulations sont **contre-indiquées** en cas d'infection osseuse ou méningée ¹³ .
- **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 ² . 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 ¹³ .
- **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) ¹⁴ . L'IVB et la dissection sont des contre-indications absolues aux manipulations cervicales ³ ¹³ .
- **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...) ¹⁵ . Ce tableau impose une **évaluation neurologique urgente** et une IRM cervicale ; il s'agit d'une contre-indication aux gestes de manipulation ¹³ . 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) ¹⁰. 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 ¹⁶.

¹⁷.

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 ¹⁸ ¹⁹. 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 ²⁰ ²¹ : (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 ²². 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 ²³. De nombreux patients rapportent une **raideur matinale** douloureuse au réveil (liée à l'hyperhydratation nocturne des disques augmentant la pression intra-discale) ²³. La douleur peut avoir un caractère **impulsif** (exacerbée par la toux, l'éternuement, la manœuvre de Valsalva) suggérant une irritation discale ou radiculaire ²⁴.

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* ²⁵. 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 ²⁶. 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 ²⁷. 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 ²⁸. 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** ²⁹. 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) ³⁰, une **amélioration du ROM** global, une **réduction de l'intensité douloureuse**, et la correction de la posture antalgique ³¹ ³⁰. 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 ³². 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 ³³. 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) ³¹ ³⁰. 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 ³⁴. De même, face à une douleur cervicale basse gauche avec torticolis (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** ³⁵. 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 ³⁶. Une composante *neuropathique* s'y ajoute si une racine est comprimée par la hernie discale ³⁷.

2.2 Composante articulaire postérieure (douleur facettaire)

Les **articulations zygapophysiales 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) ³⁸. 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) ³⁹. 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) ³⁹ ⁴⁰. 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) ⁴¹. 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 ⁴². 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) ⁴³ ⁴⁴ :

- **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 ⁴⁵. 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) ⁴⁶. 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) ⁴⁷. On les fait donc en **première intention** : l'absence de toute douleur à la palpation rend peu probable une facette en cause ⁴⁷.
- **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) ⁴⁴. 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 ⁴⁴. 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 ⁴⁸.
- **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 ⁴⁹. 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 %) ⁵⁰. Néanmoins, la fiabilité inter-examineurs de ces tests reste *modérée* (Kappa variable) ⁵⁰, 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 ^{39 51}. 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) ⁵². 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 ⁵³. 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 ²⁴. 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 ⁵⁴. 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 ⁵⁴. La douleur radiculaire est typiquement **continue** ou quasi-constante (peu de positions de répit en phase aiguë) ²⁴. 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) ²⁴. 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 ⁵⁵. 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 ⁵⁵. 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 ⁵⁶. 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 ⁵⁶. 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 ⁵⁶. 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 ⁵⁶. 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) ⁵⁷. 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) ⁵⁷. 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 ⁵⁸. 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 ⁵⁸. 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).