

Diagnostic clinique d'une névralgie cervico-brachiale (radiculopathie cervicale)

Mots clés : ► Diagnostic ► Névralgie cervico-brachiale ► Radiculopathie cervicale ► Thérapie manuelle

Lors d'une consultation en première intention, la démarche clinique d'une atteinte radiculaire est en 3 temps [1, 2] :

- un diagnostic d'exclusion médicale avec la recherche des drapeaux rouges ;
- un diagnostic différentiel : il doit être réalisé notamment avec un syndrome de la traversée thoraco-brachiale et des atteintes tronculaires. Un syndrome de double accrochage ou de multiple accrochage est toujours possible. Pour faire le diagnostic différentiel, l'imagerie et l'EMG peuvent être un précieux secours ;
- un diagnostic d'inclusion : utilisation de tests cliniques pour affirmer l'accrochage nerveux.

L'examen classique neurologique reste incontournable avec les tests de sensibilité (fig. 1), de motricité et de réflexe.

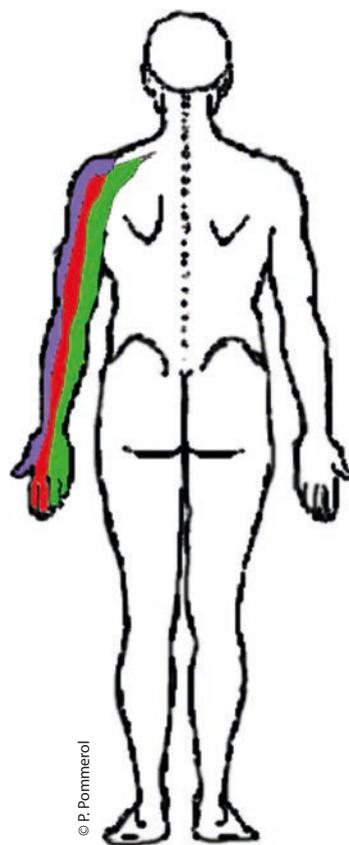
La figure 2 résume les signes cliniques pour les tests moteurs à rechercher de l'atteinte radiculaire.

L'examen nerveux classique permet également le diagnostic d'une atteinte radiculaire et non tronculaire (fig. 1 et 2) des douleurs de type radiculaire.

Il faut rechercher les dysfonctions au niveau des articulations cervicales ; cependant, il existe une batterie de test à faire absolument pour exclure ou inclure une névralgie [3] : mais l'examen clinique d'une névralgie d'origine cervicale est obtenu par la batterie de Wainner *et al.* [4] et recommandé par les guidelines américains [5].

Les patients ont une névralgie quand ils ont les 4 symptômes présents :

1. UNLT1 positif ;
2. test de rotation homolatérale < 60° ;
3. distraction à plat dos soulage la douleur du membre supérieur ;
4. Spurling test positif en inclinaison homolatérale.



© P. Pommerol

► Figure 1

Examen des sensibilités : douleurs radiculaires

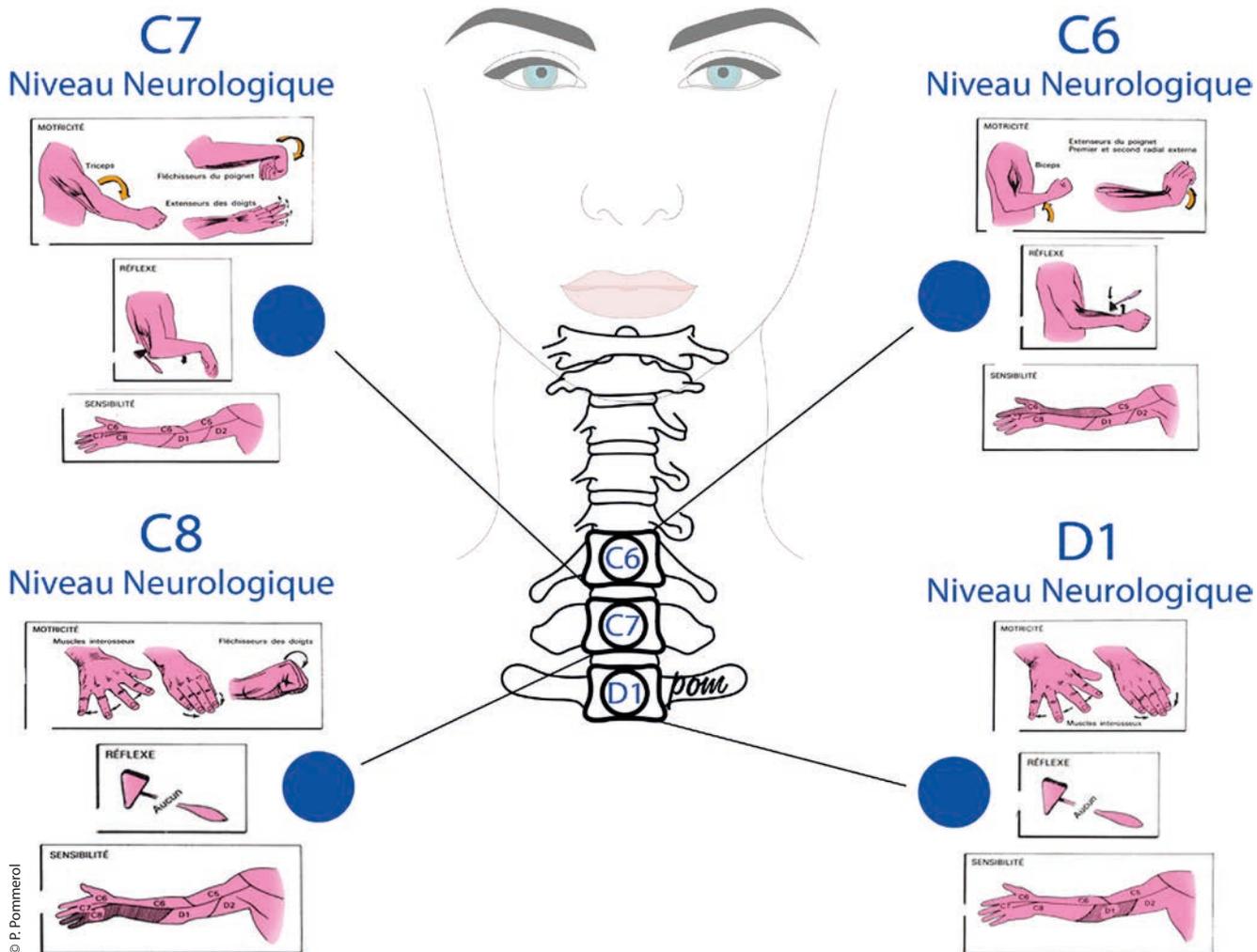
L'UNLT est positif s'il reproduit les symptômes, motif de la consultation, dans une position de tête indifférente. Mais, en général, l'extension et l'inclinaison homolatérale au niveau de la tête augmentent la symptomatologie. La flexion et l'inclinaison controlatérale soulagent, surtout dans les névralgies d'origine arthrosique.

Il est important de noter dans notre pratique que nous considérons le test positif que s'il reproduit les symptômes, ceci pour augmenter la fiabilité du test [6], alors que dans les guidelines, un déficit

Pascal POMMEROL

Kinésithérapeute
Cadre de santé
M Sc, DO
PAPL Formation
Lyon (69)

Diagnostic clinique d'une névralgie cervico-brachiale (radiculopathie cervicale)



► Figure 2

Résumé des signes cliniques des atteintes radiculaires de C6, C7, C8 avec trois images (les signes moteurs, le réflexe ostéo-tendineux à rechercher et le territoire sensitif)

d'amplitude d'extension du coude de plus de 10 peut rendre le test positif (fig. 3).

Nous utilisons cette batterie depuis plus de 10 ans et nous avons pu vérifier la fiabilité de cet examen. Mais peut-être qu'il existe mieux. Cependant, certains auteurs comme Thoomes *et al.* [10] critiquent l'étude de Wainner *et al.* [4] car l'étude a choisi comme étalon l'EMG ; mais cet examen ne semble pas des plus fiables et donc pas suffisant [11]. Le manque de fiabilité de l'EMG [10, 12] fait que beaucoup conseillent l'IRM dans les guidelines [12] comme examen de référence. L'EMG a le mérite d'avoir moins de faux positifs que l'IRM mais a l'inconvénient de créer des faux négatifs car beaucoup de compressions nerveuses créent peu de perturbation électrophysiologie et avec des décalages dans le temps.

Certains critiquent également la méthodologie [10, 13]. Il n'en demeure pas moins que nous pensons que cette batterie de tests reste d'actualité et donne une grande fiabilité avec 3 ou 4 tests positifs en attendant de nouveaux travaux.

En revanche, pour notre part, nous utilisons les tests palpatoires (Tinel, massage manipulation) et le test UNLT3 à 90° en plus pour conforter ce diagnostic, mais il est certain que les tests de mise en tension neural ont plus d'intérêt lors d'un diagnostic d'exclusion. Thoomes *et al.* [10] proposent une combinaison des 4 ULNT qui aurait une sensibilité de 0,97 et un LR -0,04, et pourrait donc être utilisée en cas d'examen pour exclure une radiculopathie cervicale.

**Batterie de 4 tests de Wainner et al. [4] :
gold standard**

- 1- Test UNLT1
- 2- Test de rotation homolatérale < 60°
- 3- test de distraction à plat dos [9]
- 4- Spurling test [4, 8]

Si les 4 tests sont positifs, on est presque certain d'avoir une irritation radiculaire [7]

Test de distraction

(sens. de 0,26, spé. de 1)
RV- de 0,76 [9]



Test UNLT1

(sens. : 0,72 à 0,97, spé. : 0,22 à 0,33)



Test de rotation homolatérale

< 60°



Spurling test

Inclinaison
et compression
de 7 kg

(sens. : 0,3 à 0,93,
spé. : 0,88 à 0,99)
RV+ de 4,29 à 0,58
RV- de 0,75 à 3,5
[4, 8]



© P. Pommerol

► **Figure 3**

Batterie de tests de Wainner et al. [4] et Cleland et al. [7]

Pour notre part et suite à de multiples études publiées [3, 14], seuls le UNLT1 et le UNLT3 permettent de façon certaine de mettre en tension les racines cervicales mais pas les deux autres.

En conclusion, pour avoir une bonne batterie, il faut une association de tests d'exclusion et des

tests d'inclusion. La batterie de test de Wainner et al. [4] reste incontournable même si on peut rajouter un ou 2 tests supplémentaires (palpation et UNLT3) mais sans multiplier les tests par excès. ✘



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Pommerol P. *Ostéopathie et la thérapie manuelle du tissu neuroméningé*. Montpellier : Sauramps Médical, 2007.
- [2] Pommerol P. Technique ULNT1 (Test neural du membre supérieur 1). *Kinesither Scient* 2007 Dec;483:24-9.
- [3] Pommerol P. *Thérapie manuelle des syndromes canaux du membre supérieur. Tome 1 : Épaule*. Montpellier : Sauramps Médical, 2018.
- [4] Wainner RS, Fritz JM, Irrgang JJ, Boninger ML, Delitto A, Allison S. Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy. *Spine [Phila, Pa 1976]* 2003;28:52-62. <http://dx.doi.org/10.1097/01>
- [5] Clinical practice guidelines neck pain: Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther (JOSPT)* 2008;38(9).
- [6] Nee RJ, Jull GA, Vicenzino B, Coppieters MW. The validity of upper-limb neurodynamic tests for detecting peripheral neuropathic pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 2012;42(5):413-24.

- [7] Cleland J, Koppenhaver S. *Netter's orthopaedic clinical examination: An evidence-based approach*. 2nd edition. Philadelphia: Saunders (Elsevier), 2012.
- [8] Tong H et al. The spurling test and cervical radiculopathy. *Spine* 2002;27:156-9.
- [9] Viikari et al. Predictive validity of symptoms and signs in the neck and shoulders. *J Clin Epidemiol* 2000;53:800-8.
- [10] Thoomes EJ et al. Value of physical tests in diagnosing cervical radiculopathy: A systematic review. *Spine J* 2018 Jan;18(1):179-89.
- [11] Schmid AB et al. Reappraising entrapment neuropathies: Mechanisms, diagnosis and management. *Man Ther* 2013 Dec;18(6):449-57.
- [12] Bono C et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders. *The Spine Journal* 2011 Jan;11(1):64-72.
- [13] Grondin F. Diagnostic clinique de radiculopathies cervicales : https://www.actukine.com/Diagnostic-clinique-de-radiculopathies-cervicales_a6788.html?com#com_6832978
- [14] Pommerol P. *Thérapie manuelle des syndromes canaux du membre supérieur. Tome 2 : Bras, avant-bras et main*. Montpellier : Sauramps Médical, 2019.