

Fiabilité des test cliniques pour un syndrome facettaire au niveau des cervicales inférieures (C3 à C7)

1^{ère} partie : description

Mots clés : ► Cervicales inférieures ► Syndrome facettaire ► Tests cliniques ► Thérapie manuelle

La facette est responsable de 55 à 67 % des cervicalgies chroniques [1,2]. La manipulation est un traitement possible de la dysfonction facettaire, encore faut-il savoir diagnostiquer cette dysfonction et est-ce que l'examen clinique est fiable pour une dysfonction facettaire cervicale ?

Une dysfonction facettaire cervicale est une dysfonction cervicale en extension. La vertèbre va bien en extension inclinaison homolatérale mais il y a un manque de mobilité en flexion inclinaison controlatérale. Une dysfonction facettaire est le plus fréquemment retrouvée en C5-C6 au niveau des cervicales basses [3].

Après avoir rappelé la fiabilité d'un test et les descriptions des différents tests nous vous présenterons une revue de littérature et nos conclusions pour la pratique clinique.

Fiabilité d'un test

Pour qu'un test soit validé, il doit être fiable, reproductible et non dangereux [4]. Il doit évidemment être utile, c'est-à-dire orienter le traitement manuel et contribuer à améliorer le patient [5, 6]. Nous nous intéresserons dans cette étude à la fiabilité uniquement. Pour qu'un test soit fiable, il doit être spécifique et sensible.

Le bilan clinique permet de déterminer la probabilité finale que le patient soit porteur de la dysfonction avec un (des) signe(s) pathognomonique(s) de cette dysfonction. Pour qu'un test permette une probabilité finale significative d'inclure ou d'exclure une dysfonction, le ratio de vraisemblance positif doit être supérieur à 10 et le ratio de vraisemblance négatif doit être inférieur à 0,1 [7].

Cook *et al.* [8] évaluent un test comme fiable pour une valeur de sensibilité de 90, un rapport de vraisemblance négatif inférieur à 0,2 et un rapport de vraisemblance positif de 5 ou plus.

Il est prouvé qu'un ensemble de tests est plus fiable qu'un test isolé. Un groupe de tests permet de diminuer la faiblesse d'un test pris de façon isolée [8, 9]. Il s'agit de déterminer un ensemble de symptômes à retrouver dans l'examen subjectif et objectif pour déterminer s'il s'agit ou non d'une douleur mécanique et plus particulièrement d'une dysfonction facettaire [10]. Intuitivement dans leur activité quotidienne, les thérapeutes manuelles prennent en compte un ensemble de tests objectifs évaluant les mouvements accessoires ou principaux d'un étage vertébral, en recherchant la réponse douloureuse, la qualité du mouvement (...) ainsi que l'interrogatoire du patient. Ils n'utilisent pas un test isolé [11].

Nous avons détaillé le raisonnement clinique dans des précédents articles. Un diagnostic d'exclusion médicale, puis un diagnostic d'exclusion fonctionnel (différentiel) et enfin un diagnostic d'inclusion.

Diagnostic d'exclusion médical : « reds flags »

Il y a un consensus de plusieurs auteurs pour mettre en avant l'importance de l'interrogatoire pour détecter les « reds flags » qui permettront d'effectuer un diagnostic d'exclusion [12-14].

Le diagnostic d'exclusion reste le préalable indispensable à notre diagnostic d'un dysfonctionnement mécanique. Il permet d'écarter les patients atteints d'une pathologie importante (fracture, cancer, signes dure-mériens patholo-

Pascal POMMEROL

Kinésithérapeute
Cadre de santé
M Sc2 de Mécanique, DO
PAPL Formation
Lyon (69)

Aude LEVET

Kinésithérapeute, DO
Lyon

Serge GOUTAUDIER

Kinésithérapeute, DO
Chargé de cours à Lyon 1
et à PAPL Formation
Lyon