

Démarche diagnostique en thérapie manuelle : exemple pour les céphalées d'origine cervicale (2^e partie)

Mots clés : ▶ Démarche ▶ Diagnostique ▶ Raisonnement clinique ▶ Thérapie manuelle

Suite à notre précédent article, nous vous proposons le diagnostic de la céphalée d'origine cervicale (chapitre 11.2 ICHD) et/ou névralgie occipitale (chapitre 13.4 ICHD) (IHS classification ICHD-3 en 2018) à titre d'exemple. En 2018, la nouvelle classification dissocie les deux tableaux, mais l'ensemble est regroupé par les céphalées attribuées aux radiculopathies du rachis cervical supérieur (chapitre 11.2.4 IHCD).

Avant cette étape, il est impératif de commencer par un diagnostic d'exclusion, et si ce dernier est positif, une consultation médicale s'impose. Cet article fait suite aux articles publiés par nos soins [1-5].

Diagnostic d'exclusion médicale

Sans prescription médicale, le professionnel doit réaliser ce diagnostic.

Les drapeaux rouges et oranges

Signes à rechercher : contre-indications absolues cliniques

- Fièvre, raideur cervicale, photophobie, étourdissement.
- Céphalée hyperalgique et brutale.
- Céphalée temporale avec hyperesthésie cutanée (scalp et face) associée ou non à fièvre/asthénie.
- Céphalée avec diminution de l'état général (asthénie) attaque variable, intermittente et progressive, amaigrissement.
- Céphalée secondaire, attaque rapide, raideur cervicale, nausée, confusion mentale. Patient hypertendu, diabétique, sous traitement anticoagulant.
- Céphalée post-traumatique sans imagerie médicale.

- Céphalée orbitale et frontale, éventuellement avec réduction unilatérale de la vue (flou visuel, diplopie, un des signes du syndrome de Bernard Horner et nausée).
- Céphalée d'un nouveau type chez un patient atteint d'un cancer, d'une maladie de Lyme, d'une infection par le HIV.
- Céphalée avec trouble neurologique (hémisyn-drome, sensitif et moteur, trouble visuels, vrai vertige, trouble de l'équilibre).

Ces drapeaux rouges ont un caractère d'urgence.

Tests généraux d'exclusion médicale

Nous commençons par l'interrogatoire général, à savoir s'il n'a pas :

- de vertige vrai ;
- de baisse de l'audition ;
- de signes oculaires objectifs (diplopie oculaire, perte d'une partie du champ visuel, etc.) ;
- de vomissement ;
- d'antécédents traumatiques récents ;
- d'exclusions concernant les signes neurologiques.

Il faut éliminer toutes pathologies neurologiques. Le moindre signe nécessite une consultation médicale (hyperesthésie, trouble de l'équilibre, trouble de sensibilité profonde, hypo ou anesthésie, fourmillements des membres inférieurs).

Autres tests

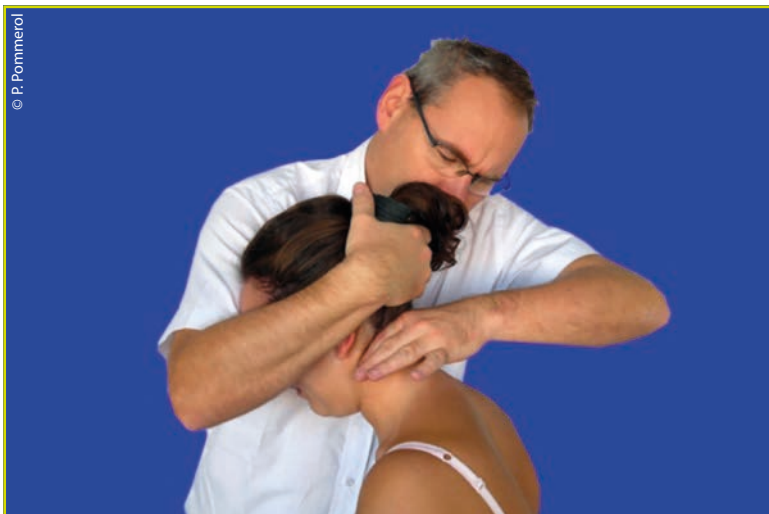
Si le moindre doute existe, nous devons réaliser des tests comme :

- le test de Romberg sensibilisé, le test de la marche les yeux fermés pour des troubles de l'équilibre ;

Pascal POMMEROL

Kinésithérapeute
CDS, DO, Msc
ISTR Univ. Lyon 1
PAPL Formation
Lyon (69)

Démarche diagnostique en thérapie manuelle : exemple de la névralgie occipitale (2^e partie)



► **Figure 1**

Test pour le ligament transverse inspiré du test de Sharp Purser
(sensibilité de 0,69, spécificité de 0,96/radio dynamique) [7]



► **Figure 2**

Test de flexion passive de nuque sensibilisée, décrit par Cyriax [8]

- les tests oculaires (de convergence oculaire, *cover test*, photo moteur) ;
- les tests vasculaires inspirés de Kleyn et de Guttman pour l'artère vertébrale et recherche du souffle carotidien (bien que ces tests ne soient pas fiables mais recommandés par la SOFMMOO [6] ;
- le test d'instabilité cervicale ou test de cisaillement postérieur de C1-C2 pour le ligament transverse (fig. 1), et le test pour le ligament alaire (en translation frontale de C1-C2).

- le test de la flexion passive nucale sensibilisé par la technique de Valsalva (fig. 2) : effort d'inspiration à glotte fermée à la recherche de signes durement aigus ;
- et, le minimum, le test du slump est conseillé par consensus [9] ;
- l'examen de la sensibilité et de la motricité des membres si nécessaire.

Diagnostic d'exclusion fonctionnelle

Il faut essayer d'écartier une souffrance d'origine de l'épaule, les dysfonctions temporo-mandibulaires, les algies d'origine thoracique [9]. Ces troubles peuvent faire partie du tableau clinique car ils sont souvent associés.

■ Diagnostic d'inclusion

Si l'examen d'exclusion est négatif, nous pouvons proposer un diagnostic d'inclusion.

Dans le cas de céphalées, la recherche de la cause est primordiale mais elle est souvent plurifactorielle.

Il faut impérativement faire la distinction entre céphalées d'origine cervicale et céphalées de tension/migraine. *L'International Headache Society* propose une classification de critères nécessaires à l'élaboration du diagnostic des céphalées cervicogènes [10].

Le diagnostic clinique différentiel englobera toujours partiellement la céphalée cervicogène, la migraine et la céphalée de tension.

On reconnaît une céphalée d'origine cervicale (COC) [10, 11] par :

- une douleur projetée dans le temps d'une source cervicale et perçue dans une ou plusieurs régions du crâne et/ou de la face ;
- des preuves cliniques, d'examen de laboratoire et/ou d'imagerie d'une affection ou d'une lésion du rachis cervical ou des tissus mous, connue et généralement acceptée comme étant des causes valides de céphalée. Les douleurs d'origine myofasciale seraient en fait plus des céphalées de tension [10] ;

- des preuves permettant d'attribuer la douleur à une affection du rachis cervical ou à une lésion, fondées sur au moins un des points suivants :
 - une démonstration de signes cliniques de provocation de la douleur dans le rachis cervical ;
 - une diminution des amplitudes cervicales ;
 - une abolition de la céphalée à la suite du bloc diagnostic au niveau cervical ou de son innervation par une infiltration.

Il existe des signes cliniques à rechercher :

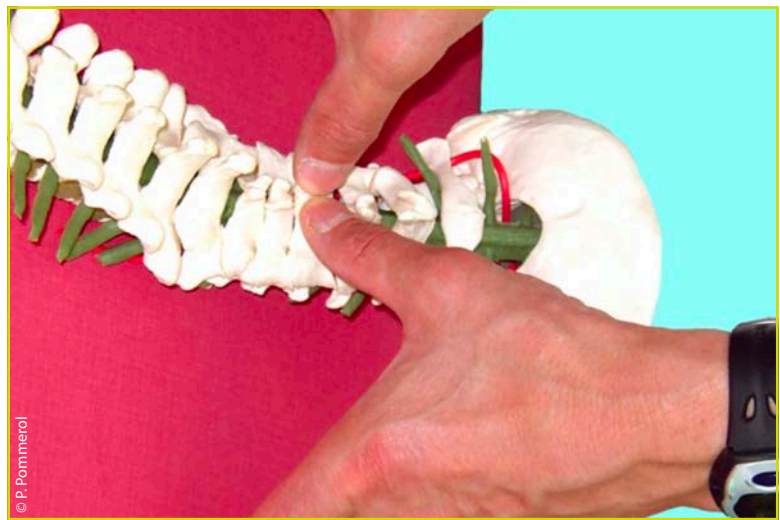
- un **antécédent** ;
- une **radiographie** avec un arthrose des cervicales supérieures et surtout entre C1-C2 et C2-C3 ;
- des **caractéristiques de la douleur** :
 - caractère unilatéral (plus fréquent) ou bilatéral ;
 - douleur dans le territoire, coexistence d'une douleur à l'épaule.
- un **examen actif**. On continue par l'examen de la flexion extension inclinaison et rotation pour rechercher une céphalalgie d'origine cervicale. **Le test cranio-cervical est déficitaire [9] : on note, lors de l'examen, une perte de flexion cervicale haute et une baisse d'endurance suite à une contracture musculaire et/ou une dysfonction articulaire (dysfonction somatique en extension le plus souvent).**
- un **examen passif des cervicales (fig. 3)** : le déficit de mobilité a une sensibilité de 100 % et une spécificité de 94 % pour distinguer une céphalée d'origine cervicale [12]. Il existe un certain consensus sur cette affirmation [9-11, 13, 14].

Diagnostic différentiel d'une dysfonction articulaire ou musculaire

Si la compression est au niveau foraminaux, l'extension et la rotation homolatérales ferment le canal et reproduiront les symptômes (fig. 4).

Le test d'extension cervicale haute sur flexion localisée cervicale basse peut être intéressant dans une batterie de tests pour affirmer l'origine cervicale des symptômes : si l'origine est musculaire (fig. 5), les amplitudes sont douloureuses dès le début des mouvements.

L'oblique inférieur comprime souvent la branche nerveuse postérieure de C2 et provoquera des



► **Figure 3**

Glissement sur une épineuse



► **Figure 4**

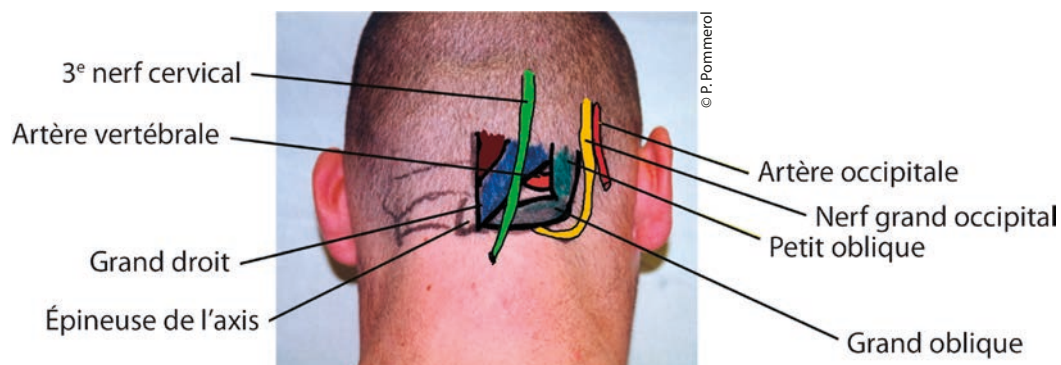
Test de flexion basse et extension cervicale haute



► **Figure 5**

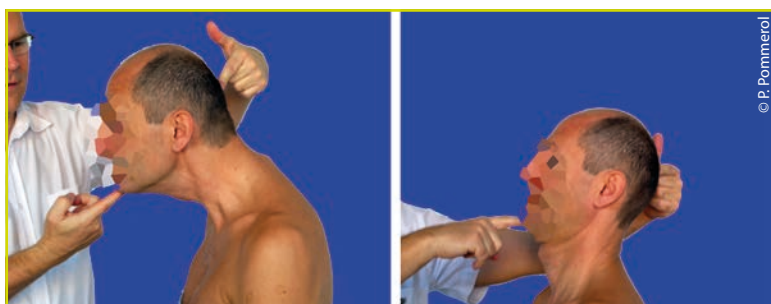
Test de rotation-flexion pour l'oblique inférieur de la tête

Démarche diagnostique en thérapie manuelle : exemple de la névralgie occipitale (2^e partie)



► Photo 6

Palpation des nerfs C2 et C3



► Figures 7 et 8

Palpation en extension cervicale haute et en flexion cervicale haute]

rotations actives douloureuses en homolatérale et des rotations passives douloureuses en controlatérale lors du test de flexion-rotation de C1-C2. La sensation de fin de mouvement « *End feel range* » est alors primordiale pour déterminer l'origine musculaire (limite élastique) ou l'origine articulaire (butée dure).

L'oblique inférieur de la tête (le grand oblique) droit limite la rotation gauche et déclenche la douleur névralgique à droite.

■ Réalisation des tests de provocation de la douleur lors de la palpation

Une sensibilité des articulations ou des émergences des branches postérieures au toucher reproduisant les céphalées est un signe très fiable. Il existe des territoires cohérents à la palpation (fig. 6).

La palpation nerveuse est souvent retrouvée douloureuse et provoque des allodynies [10, 15, 16]. Elle doit se faire en extension et en flexion cervicale supérieure, en transversal et en longitudinal (fig. 7 et 8) [8] :

- la douleur au pincé-roulé des sourcils ;
- test de la sonnette l'articulation interapophysaire CO-C1, C1-C2, C2-C3 du côté homolatéral à la névralgie provoque les douleurs = motif de la consultation.

■ Palpation musculaire

- Recherche d'amyotrophie du semi spinalis.
- Recherche de contractures.

En fait, les céphalées de tension et les migraines ont des contractures diffuses (vers les bras par exemple), ce qui n'est pas le cas dans les céphalées d'origine cervicale (COC).

Dans les COC, on va retrouver surtout les triggers sur les muscles sub occipitaux du semi spinalis et du trapèze supérieur. **Il est fort possible que la présence de triggers soit plus dans un tableau de céphalée de tensions alors que les COC sont plus d'origine d'une radiculopathie suite à un syndrome canalaire artulaire** [10].

■ Réalisation des tests de provocation de la douleur lors des mobilisations

Une reproduction mécanique de la douleur est recherchée.



► **Figures 9 et 10**

Test inspiré de Greenman [20] :
position de départ et position d'arrivée

■ **Le test de flexion-rotation de C1-C2 et C2-C3**
(fig. 9 et 10)

Ce signe a été décrit en biomécanique en évoquant sa mauvaise localisation par manque de blocage sous-jacent mais il a une fiabilité bien prouvée [17-19].

Il doit être utilisé pour spécifier l'origine cervicale des céphalées et mettre en évidence une dysfonction C1-C2 ou C2-C3 à cet étage. Dans ce cas, il déclenche une douleur lors de la rotation homolatérale.

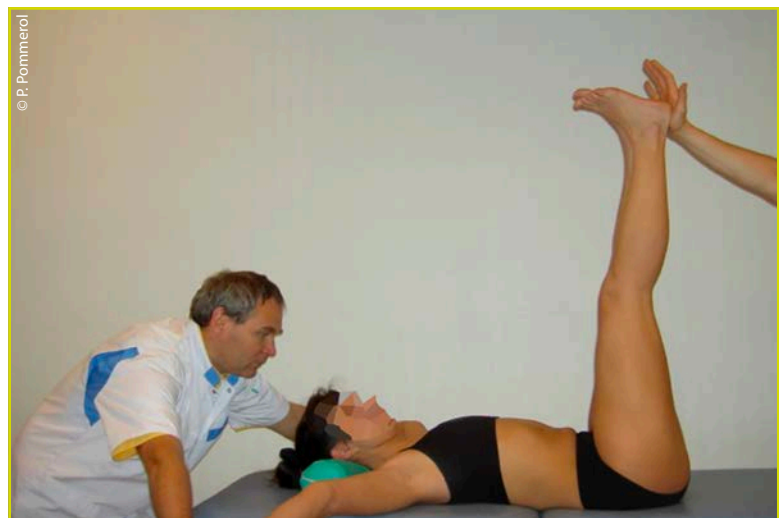
On prendra soin de palper le muscle sterno-cléïdo-occipital pendant le test et de noter son hyperactivité.

■ **Le test d'irritabilité du système nerveux**
(fig. 11)

En positionnant le patient avec une double élévation de la jambe tendue (EJT) et mise en tension bilatérale du plexus brachial, On réalise ensuite une flexion passive de tête, on retrouve alors une reproduction des symptômes. Jull [21, 22] et Zito *et al.* [14] retrouvent une incidence de 7 et 10 % de cette irritabilité dans les céphalées d'origine cervicale.

Le test du slump est conseillé par un consensus [9], mais nous préférons le réaliser couché.

Il est fort possible de retrouver ce test positif dans les migraines et surtout dans les céphalées de tension surtout si dans l'histoire du patient on a un antécédent de *whiplash* [8].



► **Figure 11**

Test d'irritabilité :
on peut adjoindre une flexion lombaire pour augmenter la mise en tension
ou réaliser un slump modifié

Pour le diagnostic entre la migraine et la céphalée de tension, l'histoire du patient et la description des symptômes sont essentielles et permettent à elles seules de faire le diagnostic.

Conclusion

La démarche clinique devient fondamentale et il devient important que les kinésithérapeutes modifient leur prise en charge. ✘

Bibliographie page suivante



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Pommerol P. Diagnostic kinésithérapique et ostéopathique des céphalées de l'adulte. *Kinésithér Scient* 2011;519:17-28.
- [2] Pommerol P. Céphalées : une prise de tête pour l'ostéopathe. *L'Ostéopathe Magazine* 2011 Nov/Déc;10:25-8.
- [3] Pommerol P. Traitement manuel et ostéopathique des céphalées et migraines (1^{re} partie). *Profession Kiné* 2012;34:44-9.
- [4] Pommerol P. Traitement manuel et ostéopathique des céphalées et migraines (2^e partie). *Profession Kiné* 2012;35:30-4.
- [5] Pommerol P. Diagnostic et traitement ostéopathique des céphalées de l'adulte. *Le Monde de l'Ostéopathie* 2013;6:16-22.
- [6] www.sofmmoo.com. Les recommandations de la Société Française de Médecine Manuelle, 2007.
- [7] Cleland JA. *Examen clinique de l'appareil locomoteur*. Issy-les-Moulineaux : Éditions Elsevier-Masson, 2005.
- [8] Pommerol P. *Ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuroméningé*. Montpellier : Sauramps Médical, 2007.
- [9] Luedtke K, Boissonnault W, Caspersen N, Castien R, Chaibi A, Falla D, Fernández-de-las-Peñas C *et al.* International consensus on the most useful physical examination tests used by physiotherapists for patients with headache: A Delphi study. *Man Ther* 2016. doi: 10.1016/j.math.2016.02.010.
- [10] International headache society (IHS). Headache classification committee of the International headache society (IHS), the international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018;38(1):1-211.
- [11] Bogduk N, Mc Guirk B. *Prise en charge des cervicalgies aiguës et chroniques : une approche fondée sur les preuves*. Issy-les-Moulineaux : Éditions Masson, 2007.
- [12] Jull G, Amiri M, Bullock-Saxton J *et al.* Cervical musculoskeletal impairment in frequent intermittent headache. Part 1: Subjects with single headaches. *Cephalalgia* 2007;27:793-802.
- [13] Amiri M, Jull G, Bullock-Saxton J *et al.* Cervical musculoskeletal impairment in frequent intermittent headache. Part 2: Subjects with multiple headaches. *Cephalalgia* 2007;27:891-8.
- [14] Zito G, Jull G, Story I. Clinical tests of musculoskeletal dysfunction in the diagnosis of cervicogenic headache. *Man Ther* 2006;11(2):118-29.
- [15] Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: Diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group. *Headache* 1998;38:442-5.
- [16] Pollmann W, Keidel M, Pfaffenrath V. Headache and the cervical spine: A critical review. *Cephalalgia* 1997;17:801-16.
- [17] Ogincic M, Hall R, Robinson K *et al.* The diagnostic validity of the cervical flexion-rotation test in C1/2-related cervicogenic headache. *Man Ther* 2007;12(3):256-62.
- [18] Hall T, Robinson K. The flexion-rotation test and active cervical mobility: A comparative measurement study in cervicogenic headache. *Man Ther* 2004;9:197-202.
- [19] Hall TM, Robinson KW, Fujinawa O, Akasaka K, Pyne EA. Intertester reliability and diagnostic validity of the cervical flexion-rotation test. *J Manipul Physiol Ther* 2008 May;31(4):293-300.
- [20] Greenman Ph. *Principes de médecine manuelle*. Éditions Pradel, 1996.
- [21] Jull G. Management of cervical headache. *Man Ther* 1997;2:182-90.
- [22] Jull G. The use of high and low velocity cervical manipulative therapy procedures by Australian manipulative physiotherapists. *Aust J Physiother* 2002;48:189-93.

Identifiez-vous et lisez KS en le feuilletant !

