

L'entorse cervicale

Diagnostic et possibilités thérapeutiques

J. PEYRIN

Attaché de médecine physique, Service d'orthopédie et de traumatologie (Chef de service, Pr Butel),
C.H.U. de Grenoble, F38000 La Tronche

Définition

Il s'agit d'une atteinte du segment mobile rachidien décrit par Junghanns. Les traumatismes en extension sont beaucoup plus fréquemment impliqués que ceux en flexion. Les derniers entraînant des dégâts ostéotendineux plus graves.

Importance de la question

Augmentation de fréquence : les entorses cervicales se rencontrent de plus en plus, en particulier dans les accidents de la voie publique, accident de voiture par choc postérieur entraînant « le coup du lapin » (s'il n'y a pas d'appui tête) accident du travail, à un degré moindre, enfin accident de sport chez des sujets peu entraînés, mal échauffés, ou fatigués, ou fatigués musculairement.

Les atteintes neurologiques et surtout le syndrome cervical post-traumatique font de l'entorse cervicale une affection discutée sur le plan thérapeutique et sur le plan médico-légal.

Les lésions anatomiques

LES TRAUMATISMES EN EXTENSION

L'atteinte peut porter sur les structures anatomiques suivantes :

- le ligament commun vertébral antérieur,
- une atteinte du disque,
- une atteinte du ligament jaune (renforcement de la capsule antérieure des articulaires postérieures),
- une lésion des ménisques intra-articulaires.

TRAUMATISMES EN FLEXION

Ils donnent le plus souvent des signes radiologiques de fracture ou de subluxation mais l'entorse simple peut se voir par atteinte :

- du ligament inter-épineux,
- de la capsule postérieure des articulaires,
- du disque intervertébral le plus souvent les deux traumatismes sont associés.

Nous excluons de ce propos les atteintes osseuses et complications neurologiques.

Diagnostic clinique

INTERROGATOIRE

L'interrogatoire minutieux du sujet précisera les circonstances exactes de l'accident, nature du choc, les mouvements responsables des lésions, le type de douleur ressentie (par exemple, décharge dans un membre ou dans un territoire radicaire).

L'évolution depuis cet accident, le mode de transport, les traitements suivis jusqu'à la présente consultation seront à faire préciser par le blessé ou son entourage.

Le traumatisé sera questionné sur ses antécédents, antécédents généraux et antécédents

traumatiques, en particulier au niveau du rachis.

Une brève enquête sur la vie professionnelle et sportive du sujet sera pratiquée dans le but d'une réadaptation la meilleure possible.

L'EXAMEN DU RACHIS CERVICAL

Nous éliminons d'abord, l'examen sur le lieu de la blessure. Celui-ci devra être très succinct en évitant toute mobilisation, en particulier, les mouvements de flexion du rachis cervical. Il se fera par une palpation douce et un interrogatoire à visée neurologique. Au moindre doute, le sujet sera radiographié avant l'examen clinique complet.

Au cabinet, l'examen clinique du rachis cervical se pratiquera en ayant éliminé la suspicion radiologique d'une fracture ou d'une lésion instable.

a) *L'examen statique du rachis cervical* (debout, assis, couché) : noter les mauvaises attitudes, du rachis cervical, debout le rachis, des membres.

Par exemple : un flexum de hanche pouvant être compensé par des courbures exagérées au niveau rachidien.

b) *L'examen dynamique* (il faut avoir éliminer formellement tout risque de lésions instables) ; la flexion, l'extension, les rotations latérales, les latéro-flexions seront testées en insistant sur leurs valeurs au niveau des différents étages cervicaux.

c) *Le syndrome local repose sur*

- L'examen de la peau, à la recherche de plaies ou contusions, mais aussi par la manœuvre du palpé-roulé à la recherche de zones cellulagiques locales ou projetées.

- L'examen des muscles, à la recherche de contractures musculaires paravertébrales, et, s'il s'agit d'un examen tardif de cordons de myalgies à distance.

- L'examen ligamentaire, en particulier, le ligament interépineux (signe de la clef).

- La percussion, pression et latéro-pression des apophyses épineuses.

- La palpation des massifs articulaires.

- Le point cervical antérieur.

- L'examen clinique fait le diagnostic et

précise l'étage en cause.

- Les radiographies ne feront que confirmer l'examen clinique et préciseront l'étendue des lésions.

LE BILAN NEUROLOGIQUE

Il faut insister sur l'examen neurologique des membres supérieurs et l'examen des paires crâniennes.

Le diagnostic radiologique

Les yeux du thérapeute doivent se porter en priorité sur le segment mobile trouvé douloureux à l'examen clinique + + + +.

QUELS SONT LES CLICHÉS A DEMANDER ?

Classiquement, les clichés standards sont la radiographie ouverte montrant le cliché de face et enfin un cliché de profil. S'il n'existe aucune image de fracture osseuse, le radiologue peut alors pratiquer des clichés dynamiques. Ceux-ci seront plus évidents si le malade a été mis sous décontracturants musculaires ou s'ils sont fait dans un deuxième temps.

INTERPRÉTATION DES CLICHÉS RADIOLOGIQUES

Il faut d'abord éliminer : une fracture, une luxation ou subluxation, une image intercurante : cancer, lésion infectieuse, lésion inflammatoire, lésion malformative.

Le diagnostic positif, radiologique d'une entorse cervicale repose sur :

- Le cliché de face : il montre une rotation de la base d'implantation d'une apophyse épineuse, et, parfois une impression de rotation du corps vertébral dans un plan frontal.

- Le cliché de profil : enraidissement segmentaire, inversion de courbure, rotation des vertèbres adjacentes ; pincement discal ?

- Le cliché transbuccal : centrage des masses latérales de C1 par rapport à Co, centrage de l'odontoidé par rapport aux masses latérales.

INTERPRÉTATION DES CLICHÉS DYNAMIQUES DU RACHIS CERVICAL EN FLEXION-EXTENSION

Nous décrivons les signes radiologiques d'instabilité d'une entorse cervicale. Le diagnostic se situera donc entre la normalité et les signes d'instabilité.

Une entorse cervicale est instable si l'on trouve :

- Un antéro ou rétro-lysthésis d'un corps vertébral de plus de 3,5 mm au-dessus de C4, de plus de 2 mm en dessous de C4.

- Une image de surface articulaire découverte de plus de 50 %.

- Un baillement postérieur de l'interligne articulaire.

- Une angulation de deux corps vertébraux de plus de 11°.

- Un baillement d'un espace interépineux supérieur au double des espaces voisins.

- En extension : défaut de pincement discal postérieur débord du coin inférieur de la vertèbre susjacent à la lésion très supérieure à la moyenne des vertèbres adjacentes.

Les possibilités thérapeutiques

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Nous employons les anti-inflammatoires non stéroïdiens, par voie générale, nous ne faisons jamais d'infiltration locale.

En association, l'emploi des décontracturants musculaires soulagent rapidement le sujet et lui permet d'avoir une attitude vertébrale plus propice à la suite du traitement.

Il faut parfois avoir recours aux anxiolytiques.

LES TRAITEMENTS PHYSIQUES

Le repos. Ce repos peut être réalisé avec une élongation cervicale douce, poids très faible, 1,5 kg angulation supérieure à 45°. C'est en effet dans la plupart des cas la seule position bien supportée en association avec perfusion de Diazepan et acide salicylique. Ce repos peut être fait par une immobilisation soit minerve plâtrée,

soit minerve en plexidur, soit orthèse préformée du commerce.

Nous évitons le port d'un collier cervical dans les entorses en dessous de C4 car l'immobilisation nous paraît insuffisante, en particulier, au niveau des mouvements de flexion-extension.

Les manipulations vertébrales : elles sont l'apanage du médecin. Celui-ci doit en connaître les indications. (Schéma en étoile), les contre-indications, les techniques.

Les agents physiques : ondes courtes, ultrasons, infrarouges, galvaniques, etc.

Ils ne sont qu'une thérapeutique d'appoint en particulier sur la douleur et la contracture.

Notre mode de traitement habituel est le suivant : dans les entorses bénignes ou moyennes, nous immobilisons le sujet dans une minerve préformée avec appui sternal, appui mentonnier, et appui mastoïdien réglable afin de corriger progressivement les attitudes vicieuses.

Dans les entorses graves : le sujet est mis en traction sous décontracturant musculaire en perfusion, d'abord entre 45 et 60°, puis progressivement, l'angle de traction est réduit et en dernier lieu la traction est horizontale avec coussin sous les épaules afin de favoriser l'extension. Dans les traumatismes en extension pure l'angle de traction doit rester plus ouvert.

Puis le malade sera porteur d'une minerve plâtrée pendant 4 semaines. Systématiquement le contrôle radiologique est effectué sous orthèse.

LA KINÉSITHÉRAPIE

En phase d'immobilisation qui dure 4 semaines la kinésithérapie se résume en :

- Un entretien musculaire sous plâtre ou sous minerve : en particulier par des stimulations du rachis à distance.

- Des exercices d'étirements actifs axiaux prudents.

- Des exercices de correction des troubles statiques sur le reste du rachis non immobilisé.

- Un apprentissage d'une gestuelle des membres supérieurs, sans compensation syncinétique au niveau du rachis cervical.

Dans la phase suivant l'immobilisation, la

kinésithérapie se propose dans un premier temps, de récupérer une mobilité cervicale normale, dans un deuxième temps de récupérer une proprioceptivité satisfaisante, dans un troisième temps de récupérer la musculature, enfin dans un quatrième temps de réadapter le sujet à sa vie quotidienne. Le sevrage de la minerve se fait sur 2 à 3 jours : la récupération de la mobilité cervicale débute par un massage (tous les types sont admis, l'important c'est la durée de ce massage : il nous semble qu'il ne devrait pas être inférieur à 15 minutes et parfois intégré à la mobilisation).

La mobilisation passive, analytique faite avec légère traction manuelle par le kinésithérapeute se fait en verrouillant l'étage lésé et en insistant sur les assouplissements dans tous les axes et en particulier du rachis cervical bas, et de la charnière cervico-thoracique. La mobilisation passive globale du rachis cervical intervient dans un deuxième temps, progressivement la mobilisation devient activo-passive. Le kinésithérapeute guide les mouvements qui sont exécutés par le malade. Cette phase de récupération se termine par une correction des troubles statiques résiduels rachidiens.

Cette rééducation doit être indolore.

La deuxième phase est la phase de rééducation proprioceptive qui n'est effectuée que si la mobilité rachidienne est bonne : elle se fait par un travail de stimulation manuelle en recherchant d'abord le travail des muscles profonds stabilisateurs puis de toute la musculature. Les gadgets ne remplacent en aucun cas les mains du kinésithérapeute.

La troisième phase est celle du renforcement musculaire qui nous paraît la plupart du temps bien secondaire par rapport à l'importance de la rééducation proprioceptive, nous ne faisons exécuter que des exercices isométriques.

Enfin *la phase de réadaptation*, le sujet apprendra les principaux gestes d'économie du rachis dans sa vie quotidienne, il étudiera sa position de travail. Une étude de son activité sportive sera faite avec l'aide éventuellement de son entraîneur.

La position assise en voiture sera vérifiée et corrigée. Durant cette phase de réadaptation, nous apprenons au malade à pratiquer des exercices d'automobilisation en étirements actifs et nous leur conseillons d'effectuer des exercices lors des trajets en voiture ou lors de la moindre sensation douloureuse au niveau du rachis cervical.

Conclusion

En conclusion, nous pouvons dire que l'examen clinique du rachis cervical fait le diagnostic d'entorse. Il est confirmé par l'examen radiologique.

Le traitement (immobilisation, traitement médicamenteux, rééducation), permet la cicatrisation des lésions, et redonne confiance au sujet en ses possibilités de mouvements du rachis cervical.

Il ne faut en aucun cas tolérer le port prolongé de la minerve.