



La cervicalgie et la cervicobrachialgie quand mettre les spécialistes dans le coup ?

Marc Filiatrault

Les problèmes musculosquelettiques constituent une cause fréquente de consultation au cabinet. Plus des deux tiers de la population seront atteints un jour de cervicalgie¹. En moyenne, un omnipraticien verra quatre patients par semaine ayant une telle affection². Dans la majorité des cas, l'évolution sera favorable, mais certains nécessiteront un coup de main d'un spécialiste. Mais QUAND orienter un patient en spécialité et surtout vers QUI ? Telle est la question !

Nous verrons, ci-après, quelques cas cliniques et jouerons à un petit jeu-questionnaire qui vous permettra de vous sentir plus à l'aise et de ne plus avoir l'impression d'être dans l'eau jusqu'au cou. Saurez-vous quand passer un coup de fil au spécialiste pour votre patient ayant subi un coup de lapin ?

Question 1

Monsieur G. Malocou, 65 ans, souffre depuis quatre semaines d'une cervicalgie apparue sans antécédents traumatiques. Il a également d'autres symptômes qu'il ne croit pas en lien avec sa douleur.

L'anamnèse et l'examen physique devraient vous permettre de décider si votre patient a besoin d'une évaluation ou d'une orientation rapide en spécialité. Vrai ou faux ?

Si vous avez répondu vrai, allez à la case 1.
Si vous avez répondu faux, allez à la case 2.

1

Vrai. Vous avez raison. L'objectif principal de l'anamnèse et de l'examen physique est de détecter les problèmes sérieux nécessitant une prise en charge rapide. Certains éléments décrits dans la littérature pour la douleur lombaire, qualifiés de symptômes d'alerte ou de « drapeaux rouges », ont été repris par Honet et coll.³ pour la colonne cervicale et adaptés par Fortin et coll⁴ (tableau).

Une présomption de cancer ou d'infection exige une évaluation radiologique prioritaire, suivie d'une scintigraphie osseuse avec ou sans gallium ou, idéalement, d'un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Si le syndrome de la queue de cheval fait partie des signaux d'alerte au niveau lombaire, c'est la myélopathie qui doit être recherchée de façon systématique au niveau cervical.

On vérifie donc à l'anamnèse la présence d'un trouble de la démarche, d'un manque de contrôle des membres supérieurs ou inférieurs ou de troubles sphinctériens. Parfois, au début, seul un léger problème d'équilibre que le patient attribue à son âge est présent. L'examen physique

Le Dr Marc Filiatrault, physiatre, est professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal. Il exerce à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM et à l'Institut de physiothérapie du Québec à Montréal ainsi qu'au Centre de physiothérapie Val-des-Arbres, à Laval. Il est membre de l'International Spine Intervention Society (ISIS).

L'objectif principal de l'anamnèse et de l'examen physique est de détecter les problèmes sérieux nécessitant une prise en charge rapide.

Repère

Tableau

Adaptation à la colonne cervicale des « drapeaux rouges » définis pour la colonne lombaire

- Âge > 50 ans
- Antécédents de cancer
- Perte de poids inexplicée
- Durée de la douleur : plus d'un mois
- Douleur non soulagée par le repos au lit
- Absence d'amélioration après trois mois de traitement
- Troubles de la démarche

Source : Fortin L, Bogduk N, Bojanowski M. Rachis cervical. Dans : Bergeron Y, Fortin L, Leclaire R, rédacteurs. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. 2^e éd. : Saint-Hyacinthe, Paris. Edisem-Maloiné ; 2008. p. 214. Reproduction autorisée.

doit donc toujours inclure l'évaluation de la marche ainsi que des réflexes des membres inférieurs (pour s'assurer qu'ils ne sont pas vifs) et des réflexes cutanés plantaires (à la recherche de signes d'une atteinte pyramidale).

La présence de signes pyramidaux exige un examen par IRM du rachis cervical. La confirmation d'une myélopathie cervicale à l'IRM nécessite une consultation avec un chirurgien spécialiste du rachis (orthopédiste ou neurochirurgien). L'urgence dépendra de l'intensité de l'atteinte neurologique et de la vitesse d'évolution. Un examen d'IRM pourrait être demandé le jour même et un avis chirurgical dans les heures qui suivent pour un patient ayant une faiblesse des quatre membres avec spasticité et troubles de l'équilibre évoluant de façon progressive depuis deux semaines. Toutefois, on prescrira un examen d'IRM semi-prioritaire à un patient sans symptômes présentant de façon isolée une hyperréflexie des quatre membres.

2

Vous avez tort. Il pourrait s'agir du tableau clinique suivant : votre patient a de la difficulté à marcher depuis deux semaines et échappe des objets depuis une semaine. L'examen physique montre une hyperréflexie des quatre membres avec des réflexes cutanés plantaires en extension. Vous devriez donc envisager une myélopathie cervicale rapidement évolutive qui nécessitera une orientation rapide en spécialité.

Retournez à la case 1, puis continuez à la question 2.

Question 2

Monsieur G. Malocou revient vous voir quelques semaines plus tard. Sa cervicalgie est toujours présente.

Demandez-vous une consultation auprès d'un spécialiste ? Oui ou non ?

Si vous avez répondu non, allez à la case 3. Si vous avez répondu oui, allez à la case 4.

3

Si vous avez répondu non, bravo.

4

Si vous avez répondu oui, cette demande de consultation est trop précocce. Un omnipraticien peut faire le suivi d'un tel patient, à moins qu'il se considère comme incapable d'évaluer et de traiter un patient présentant une cervicalgie simple.

Durant les premières semaines, le but premier est de soulager la douleur par des médicaments, de préconiser la mobilisation précoce selon la tolérance et d'encourager un retour aux activités usuelles. Au bout de trois à quatre semaines d'évolution, la physiothérapie axée sur des mobilisations et des exercices peut être amorcée. Les diverses modalités thérapeutiques sont abordées dans l'article de M. Stéphane Lamy intitulé : « Les traitements physiques : prescrire ou ne pas prescrire », dans le présent numéro. Si l'évolution demeure favorable, un avis spécialisé n'est pas utile.

Question 3

Malgré les bons soins que vous avez prodigués à Monsieur G. Malocou depuis douze semaines, ses symptômes perdurent.

Un patient qui présente toujours des symptômes après trois mois devrait être dirigé vers un spécialiste. Vrai ou faux ?

Si vous avez répondu vrai, allez à la case 5. Si vous avez répondu faux, allez à la case 6.

5

Vous avez tort. Le délai de trois mois n'est pas une règle d'or. Allez à la case 6.

6

Vous avez raison. Même si une douleur est qualifiée de chronique après trois mois, ce n'est pas le nombre de semaines ni le nombre de mois qui justifie une consultation en spécialité. L'état de la personne prédomine, plus particulièrement son évolution. Si des symptômes perdurent après douze semaines sans entraîner de limitations fonctionnelles, il est possible de continuer le traitement en cours, qu'il soit médicamenteux ou physique. Cependant, un patient qui a toujours des difficultés à accomplir ses activités de la vie quotidienne et domestique, son travail ou ses loisirs mérite que l'on tente une autre approche. Une consultation auprès d'un spécialiste des lésions musculosquelettiques, notamment des atteintes du rachis, est alors suggérée.

Mais vers qui orienter votre patient ?

La réponse à cette question très pertinente dépend de plusieurs facteurs. Le milieu dans lequel vous travaillez, les contacts avec vos consultants ainsi que le nombre et le type de spécialistes œuvrant dans votre région vont certainement avoir une incidence sur votre choix.

Si le patient a eu accès à un traitement symptomatique initial adéquat (mobilisations, exercices, médicament, réadaptation, approche multidisciplinaire) et qu'il demeure souffrant malgré tout, une orientation pour de possibles infiltrations (blocs facettaires, blocs de branche médiane, injections de points gâchettes) devrait être envisagée.

Le médecin de première ligne qui se sent à l'aise de prescrire les niveaux précis nécessitant l'essai de blocs facettaires peut diriger directement le patient vers un radiologiste pouvant effectuer cette intervention sous fluoroscopie. L'omnipraticien qui se sent mal à l'aise de prescrire un tel traitement, notamment de choisir les niveaux à infiltrer, devra demander l'opinion d'un spécialiste du rachis (orthopédiste, neurochirurgien ou

physiatre) pour évaluer la pertinence et les niveaux à infiltrer.

Comme la chirurgie n'est pas indiquée pour la cervicalgie sans brachialgie ni atteinte médullaire, il est préférable de diriger le patient vers un spécialiste non-chirurgical. C'est d'autant plus vrai que, dans certains centres, les physiatres procèdent à la consultation et aux infiltrations durant la même visite.

Le spécialiste consulté pourra faire un suivi conjoint avec le médecin de première ligne et recommander d'autres traitements (changement de médicament, reprise du traitement symptomatique initial s'il était incomplet, injection de points gâchettes, thermolésion par radiofréquence, etc.).

Enfin, un patient souffrant de douleur chronique réfractaire à toute approche thérapeutique peut être dirigé vers un centre antidouleur où pratiquent des spécialistes du traitement de la douleur (généralement des anesthésistes). Le médecin doit cependant être bien conscient des listes d'attente de ces centres.

Question 4

Monsieur G. Malocou répond finalement bien à vos traitements et vous remercie de vos bons soins. Il revient toutefois quatre mois plus tard pour une douleur cervicale irradiant jusqu'à la main droite.

Votre anamnèse et votre examen physique devraient vous permettre de décider si votre patient a besoin d'une évaluation ou d'une orientation rapide en spécialité. Vrai ou faux ?

Si vous avez répondu vrai, allez à la case 7.

Si vous avez répondu faux, allez à la case 8.

7

Vous avez raison. L'objectif premier de l'anamnèse et de l'examen physique est, encore une

Si le patient a eu accès à un traitement symptomatique initial adéquat (mobilisations, exercices, médicament, réadaptation, approche multidisciplinaire) et qu'il demeure souffrant malgré tout, une orientation pour de possibles infiltrations (blocs facettaires, blocs de branche médiane, injections de points gâchettes) devrait être envisagée.

Repère

fois, de détecter les problèmes sérieux nécessitant une prise en charge rapide. Les mêmes signaux d'alerte que ceux de la lombalgie s'appliquent (*tableau*), surtout la recherche d'une myélopathie, qui peut être associée à une brachialgie sans cervicalgie.

D'autres signes d'appel doivent également être recherchés. Une irradiation vers les 4^e et 5^e doigts soulève la possibilité d'une atteinte du plexus brachial inférieur par un envahissement en provenance de l'apex pulmonaire. Une radiographie pulmonaire est alors requise. La présence d'une atteinte neurologique grave avec un déficit moteur inférieur à 3/5 justifie également une évaluation rapide par un chirurgien.

8

Vous avez tort. En interrogeant bien votre patient, vous pourriez apprendre que sa douleur est constante, nocturne, non modifiée par les mouvements du cou et qu'elle irradie distalement jusqu'aux 4^e et 5^e doigts. En fait, sa douleur est attribuable à une tumeur de Pancoast. En cas de brachialgie d'allure C8-T1, une radiographie de l'apex pulmonaire est essentielle.

Retournez à la case 7, puis poursuivez à la question 5.

Question 5

Les patients dont la douleur cervicale irradie jusqu'à la main doivent être dirigés vers un spécialiste. Vrai ou faux ?

Si vous avez répondu vrai, allez à la case 9.

Si vous avez répondu faux, allez à la case 10.

9

Vous avez tort. Même en présence d'une brachialgie d'origine radiculaire, l'évolution est favorable dans la plupart des cas^{5,6}. Chez la majorité des patients, la douleur radiculaire s'estompe rapidement. Le rôle du médecin de première ligne, outre la recherche de signaux d'alerte, est de soulager et de rassurer les patients. L'état de la plupart d'entre eux s'améliorant grandement en moins de huit à douze semaines, l'orientation vers un spécialiste n'est pas indiquée d'emblée, même en cas de radiculopathie cervicale. Il faut ajouter qu'une très grande partie des patients atteints de cervicobrachialgie ne souffrent pas de douleur radiculaire.

Une cervicalgie associée à une douleur somatique demeure la cause la plus fréquente d'irradiation au membre supérieur. Une cervicalgie d'origine facettaire ou des tensions myofasciales peuvent aussi se faire sentir jusqu'à la main. La douleur est alors plus diffuse, sourde et mal localisée et n'a pas une allure radiculaire. La douleur radiculaire, elle, est de type neuropathique plus en bande et est souvent associée à des paresthésies ou à des décharges électriques sur le territoire d'un dermatome. La conduite en présence d'une cervicalgie avec douleur somatique irradiée sera la même qu'en présence d'une douleur cervicale sans irradiation.

Une cervicalgie associée à une ou à plusieurs affections périphériques du membre supérieur peut également ressembler à une douleur radiculaire. Il peut parfois être difficile de départager une tendinopathie touchant l'épaule, le coude ou le poignet d'une atteinte d'un nerf périphérique (tunnel carpien ou névrite ulnaire).

L'opinion d'un spécialiste (physiatre ou neurologue), jumelée à une étude électromyographique, peut aider à distinguer une douleur radiculaire d'une douleur somatique irradiée ou encore d'une neuropathie compressive périphérique.

Une consultation auprès d'un spécialiste de l'appareil locomoteur (physiatre, orthopédiste) peut permettre de confirmer une cause périphérique au niveau des tissus mous (épaule, coude, poignet) à l'origine d'une brachialgie non radiculaire.

10

Vous avez raison. Si vous êtes certain de votre diagnostic, vous pouvez très bien traiter ce genre de problème. Retournez tout de même à la case 9 pour vous assurer que vous avez pensé à toutes les options possibles.

Question 6

Les symptômes de la brachialgie de votre patient sont toujours présents après douze semaines. Vous êtes convaincu qu'il s'agit d'une douleur radiculaire. Ce patient devrait-il être vu par un spécialiste ?

Si vous avez répondu non, allez à la case 11.

Si vous avez répondu oui, allez à la case 12.

11

Vous avez probablement tort, à moins que les symptômes résiduels ne causent pas de limitations fonctionnelles et que l'état du patient s'améliore peu à peu. Il est donc préférable d'envisager une autre approche pour votre patient. Si vous avez déjà essayé des médicaments contre la douleur neuropathique, tels que la prégabaline (Lyrica) ou la gabapentine (Neurontin), une consultation en spécialité s'impose. Allez à la case 12 pour vous aider à sélectionner le ou les spécialistes à consulter.

12

Vous avez raison. Si le patient est toujours incommodé par sa douleur radiculaire, un spécialiste pourra envisager une approche thérapeutique différente.

Une évaluation électrodiagnostique par un physiatre ou un neurologue pourra confirmer ou infirmer une radiculopathie motrice, car une radiculopathie sensitive ou une douleur radiculaire ne donnent pas d'anomalies à l'électromyogramme. Ce dernier permettra de départager le niveau atteint en présence de deux hernies discales et d'un tableau pouvant donner le change pour l'une ou l'autre des racines cervicales.

Si le patient se plaint davantage d'une douleur brachiale que d'une cervicalgie et que cette douleur est radiculaire avec confirmation à l'imagerie (hernie discale ou sténose foraminale), une évaluation par un spécialiste effectuant des ép durales cervicales (physiatre ou anesthésiste) est à envisager. Cette dernière intervention étant associée à un risque de complications sérieuses⁷, elle devrait être réservée aux patients ayant échoué un traitement initial adéquat et être faite par des spécialistes expérimentés.

Le patient souffrant toujours d'une douleur radiculaire malgré un traitement symptomatique mérite une consultation auprès d'un chirurgien du rachis. Même si, dans la littérature, peu d'études ont évalué le meilleur moment pour envisager une intervention chirurgicale, on suggère un traitement symptomatique d'au moins trois mois^{8,9}. La récupération neurologique n'est généralement pas modifiée par la chirurgie puisque le dé-

ficit est habituellement initial avec récupération progressive selon la gravité de l'atteinte initiale. Le patient présentant un trouble sensitif sans douleur n'est candidat ni à une intervention chirurgicale ni à une ép durale cervicale.

Bien évidemment, les ressources de votre milieu, la présence et le nombre de spécialistes dans votre région auront également une influence sur le type de spécialiste consulté. Ce dernier, que ce soit lors d'un rendez-vous pour une électromyographie, une possible infiltration ou une opinion chirurgicale, devrait vous donner son avis sur la conduite à suivre.

Votre patient, Monsieur G. Malocou, a finalement vu sa douleur brachiale diminuer au bout de douze semaines. Il lui reste une légère douleur cervicale sans plus. Il vous remercie de vos conseils et des soins que vous lui avez prodigués.

E SPÉRONS QUE CET ARTICLE vous aura donné un coup de main pour qu'à coup sûr vous ne manquiez pas votre coup lorsque vous traitez vos patients ayant mal au cou ! 🍷

Date de réception : le 2 juillet 2012

Date d'acceptation : le 1^{er} août 2012

Le D^r Marc Filiatrault a été conférencier pour Purdue Pharma en 2011-2012.

Bibliographie

1. Côté P, Cassidy JD, Carroll L. The Saskatchewan health and back survey: the prevalence of neck pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine* 1998; 23 (15) : 1689-98.
2. Bot SD, van der Waal JM, Terwee CB et coll. Incidence and prevalence of complaints of the neck and upper extremity in general practice. *Ann Rheum Dis* 2005; 64 (1) : 118-23.
3. Honet JC, Ellenberg MR. What you always wanted to know about the history and physical examination of neck pain but were afraid to ask. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2003; 14 (3) : 473-91.
4. Fortin L, Bogduk N, Bojanowski M. Rachis cervical. Dans : Bergeron Y, Fortin L, Leclaire R, rédacteurs. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. 2^e éd. Saint-Hyacinthe, Paris : Edisem-Maloine; 2008. p. 214.

L'état de la plupart des patients atteints de brachialgie d'origine radiculaire s'améliorant grandement en moins de huit à douze semaines, l'orientation vers un spécialiste n'est pas indiquée d'emblée, même en cas de radiculopathie cervicale.

Repère

Summary

Neck Pain and Cervical Radicular Pain: When to Involve a Specialist. Most patients with neck pain or cervical radicular pain will get better without specific treatment. Unfortunately, others may be suffering from a more serious pathology or will develop chronic pain. This article presents some clinical cases and a quiz to help you determine which patients to refer to a specialist and the best time to do so. It also covers the signs and symptoms requiring quick referral, especially for cervical myelopathy.

Key to this decision is a good questionnaire and a good physical examination. It is also important to be aware of the different treatments available for patients with an unfavourable course so that you can select which of them may benefit from specialist expertise. This article also gives guidelines even if there are no specific recommendations for determining which patients to refer to the right specialist at the right time.

5. Radhakrishnan K, Litchy WJ, O'Fallon WM et coll. Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990. *Brain* 1994; 117 (Pt 2): 325-35.
6. Bono CM, Ghiselli G, Gilbert TJ et coll. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders. *Spine J* 2011; 11 (1): 64-72.
7. Scanlon G, Romanowsky S, Sculteis G et coll. Neurological infarctions following cervical transforaminal epidural steroid injections. *Pain Med* 2005; 6 (2): 177-8.
8. Yonenobu K. Cervical radiculopathy and myelopathy: when and what can surgery contribute to treatment? *Eur Spine J* 2000; 9 (1): 1-7.
9. Herkowitz HN. The surgical management of cervical spondylotic radiculopathy and myelopathy. *Clin Orthop Relat Res* 1989; 239: 94-108.

C'est fait ! La Fédération des médecins omnipraticiens a emménagé dans ses nouveaux locaux !

Notre nouvelle adresse :

**2, Place Alexis Nihon, 20^e étage
3500, boul. De Maisonneuve Ouest, bureau 2000
Westmount (Québec) H3Z 3C1**

Nos numéros de téléphone
et de télécopieur demeurent les mêmes.

Téléphone : **514 878-1911**
Sans frais : **1 800 361-8499**
Télécopieur : **514 878-4455**



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

