



La cervicalgie et la cervicobrachialgie pour soulager à tout « cou »!

André Roy

En suivant le parcours clinique de Juliette Lafacette et d'Alexandre Disco-Paty, vous êtes invités à révisiter la place des médicaments et des infiltrations dans le traitement de la cervicalgie et de la cervicobrachialgie de façon à rester dans le coup.

BIEN QUE LA CERVICALGIE soit le deuxième motif de consultation en médecine familiale après la lombalgie¹ pour une lésion musculosquelettique, la littérature et les lignes de conduite sur le traitement des affections de la colonne cervicale sont beaucoup moins abondantes que pour la lombalgie. Certaines décisions thérapeutiques doivent donc reposer sur la littérature portant sur la lombalgie.

Le clinicien dispose de deux types de traitement médical en cas de cervicalgie : les médicaments par voie orale et, si les symptômes persistent, les infiltrations. Les médicaments ont pour but de soulager la douleur quelle qu'en soit la cause alors que les infiltrations visent une structure bien précise, comme la facette ou le disque, considérée comme la source du problème ou soupçonnée de l'être.

Pour revoir les éléments de l'anamnèse et de l'examen physique permettant de préciser le diagnostic, lire

Le D^r André Roy, psychiatre, est professeur adjoint à l'Université de Montréal, chef du Service de psychiatrie du CHUM, directeur médical de la Clinique de médecine du sport du CHUM et de l'Université de Montréal et président de l'Association québécoise des médecins du sport. Il pratique également à la Clinique de psychiatrie et de médecine du sport de Montréal.

l'article du D^r Martin Lamontagne, intitulé : « Pour une évaluation clinique optimale à coup sûr », dans le présent numéro. Il est toutefois important de mentionner que plusieurs études sur la cervicalgie chronique et la cervicalgie due à un coup de lapin ont montré que la douleur provient de la facette articulaire dans une proportion de 50 % à 74 % alors que le disque en est la cause dans environ 20 % des cas². L'autre source la plus fréquente de douleur est la musculature paravertébrale.

Ces données devraient aider le clinicien à choisir le type d'infiltration à tenter en premier lieu chez un patient atteint de cervicalgie chronique. Cependant, avant d'aller plus loin, voyons une première étude de cas.

Cas de M^{me} Juliette Lafacette

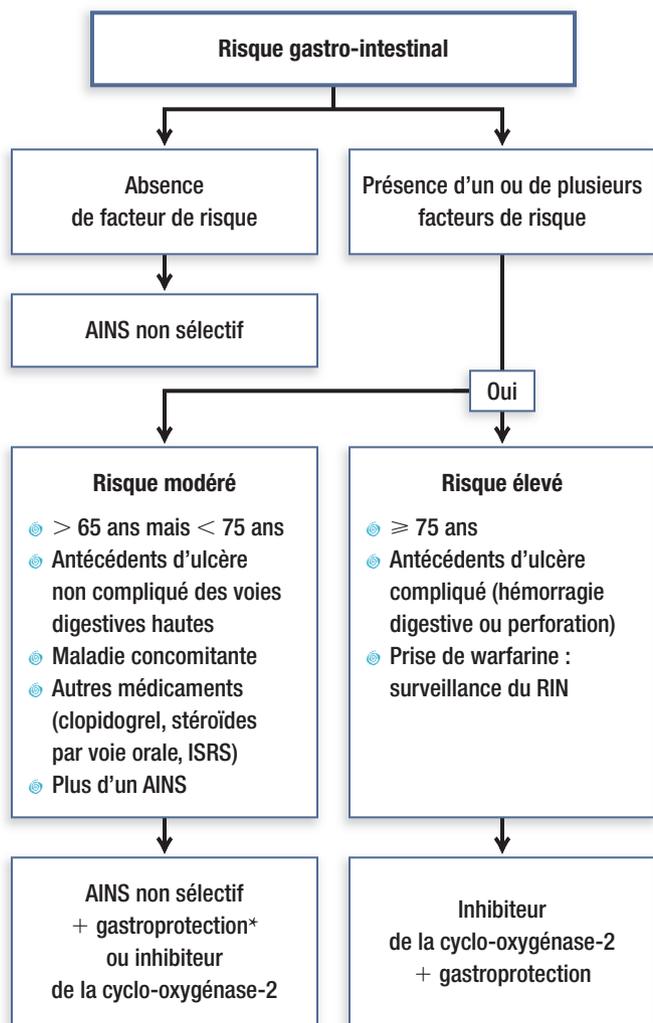
M^{me} Lafacette, 62 ans, est secrétaire et n'a pas d'antécédents pertinents. Il y a deux mois, elle a percuté un autre véhicule à 60 km/h, l'autre conducteur ne s'étant pas arrêté au feu rouge. Elle a alors subi un coup de lapin. Comme elle portait sa ceinture de sécurité, elle n'a subi aucun traumatisme crânien ni aucune perte de connaissance. « Sur l'adrénaline », elle n'a ressenti aucune douleur et n'a pas consulté de médecin immédiatement après l'accident. Toutefois, dès le lendemain, des cervicalgies droites modérées d'une intensité de 6 sur 10 sont apparues ainsi

Plusieurs études sur la cervicalgie chronique et la cervicalgie due à un coup de lapin ont montré que la douleur provient de la facette articulaire dans une proportion de 50 % à 74 % alors que le disque en est la cause dans environ 20 % des cas.

Repère

Figure 1

Risque gastro-intestinal associé à la prise d'AINS



* IPP, 1 f.p.j. ou misoprostol, au moins 800 µg, 1 f.p.j.

Source : Conseil du médicament du Québec. *Algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)*. Québec : Conseil du médicament (INESSS) ; 2010. p. 6. Site Internet : www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/AINS-IPP/CdM-Algorithme-AINS.pdf (Date de consultation : août 2012). Reproduction autorisée.

que des céphalées droites suffisamment intenses pour nuire considérablement à son travail et à son sommeil.

Elle ne présente aucun symptôme neurologique aux membres supérieurs évoquant une atteinte radiculaire, n'a pas de signe de Lhermitte, c'est-à-dire des douleurs sous forme de décharge électrique irradiant le long de la colonne vertébrale lors de la flexion du cou (ce qui fait penser à une myélopathie cervicale), et ne souffre pas de troubles de contrôle des sphincters ni de troubles d'équi-

libre à la marche faisant craindre une myélopathie. Deux mois plus tard, elle vous consulte, car elle est à bout et n'en peut plus d'attendre que les symptômes s'atténuent.

À l'examen, elle est souffrante. Elle présente une diminution d'environ 50 % de l'extension, de la rotation et de la latéroflexion du côté droit. Elle ressent une douleur à la palpation du rachis cervical supérieur droit au niveau des facettes de C2-C3 et C3-C4. Le reste de l'examen, dont l'examen neurologique, est normal (voir le schéma anatomique dans l'article du D^r Martin Lamontagne intitulé : « Pour une évaluation clinique optimale à coup sûr », dans le présent numéro.

Quel est votre diagnostic ?

M^{me} Lafacette souffre d'un dysfonctionnement segmentaire C2-C3, C3-C4 droit après un coup de lapin sans signes de radiculopathie ni de myélopathie.

Quel traitement suggérez-vous ?

L'acétaminophène ?

Il n'existe aucune étude portant sur l'efficacité de l'acétaminophène contre la cervicalgie. Toutefois, il s'agit d'une option à ne pas oublier avant de sortir les « plus gros canons ». En cas de douleur aiguë, jusqu'à 4 g par jour peuvent être prescrits (1 g, 4 f.p.j.), alors qu'en cas de douleur chronique, la posologie doit se limiter à 2 g si le bilan hépatique du patient est normal.

Un AINS ?

Il n'y a pas d'études à répartition aléatoire sur l'efficacité des AINS dans la cervicalgie, mais des données en montrent l'efficacité dans le traitement à court terme de la lombalgie aiguë et chronique³.

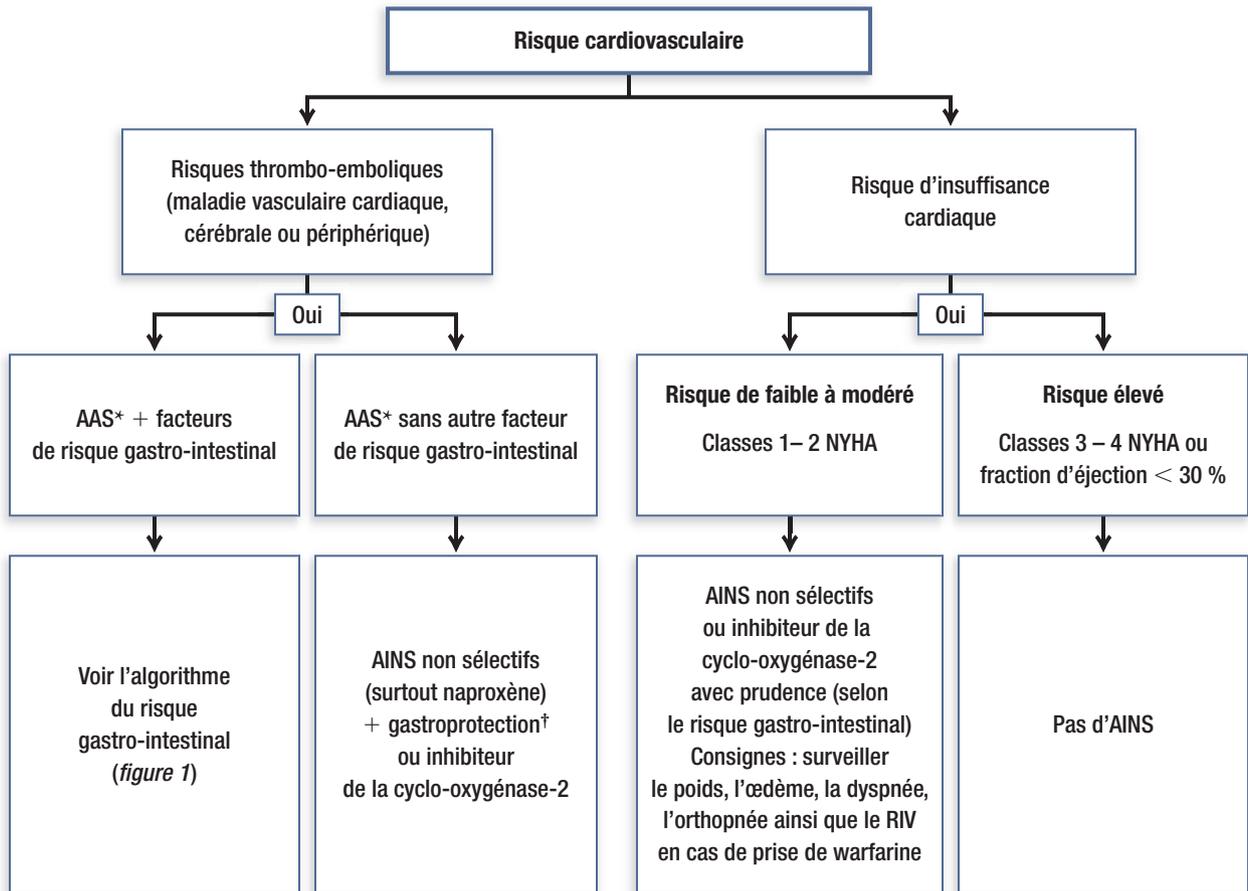
En présence d'une cervicalgie aiguë, évoquant un processus inflammatoire récent, il est indiqué de prescrire un AINS pendant une courte période en l'absence de contre-indications. Le lecteur peut consulter l'algorithme des AINS du Conseil du médicament du Québec (maintenant l'INESSS)⁴ pour le guider dans sa décision de prescrire un AINS en fonction du risque gastro-intestinal, cardiovasculaire et rénal (figures 1, 2 et 3)⁴.

Un relaxant musculaire ?

Encore une fois, il n'y a pas d'études sur l'effet des relaxants musculaires dans le traitement de la cervicalgie. Associés aux AINS, ces agents sont efficaces dans le traitement de la lombalgie aiguë, mais entraînent

Figure 2

Risque cardiovasculaire associé à la prise d'AINS



* AAS : 325 mg ou moins comme antiplaquettaire ; † IPP, 1 f.p.j. ou misoprostol, au moins 800 µg, 1 f.p.j.

Source : Conseil du médicament du Québec. *Algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)*. Québec : Conseil du médicament (INESSS) ; 2010, p. 8. Site Internet : www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/AINS-IPP/CdM-Algorithm-AINS.pdf (Date de consultation : août 2012). Reproduction autorisée.

des effets indésirables sur le plan cognitif qui peuvent s'ajouter à ceux des opioïdes.

Tramadol et opioïdes ?

Un des facteurs de risque de douleur chronique est le traitement insuffisant de la douleur aiguë. Le médecin de première ligne ne doit donc pas hésiter à traiter vigoureusement la douleur aiguë à l'aide du tramadol ou d'un autre opioïde faible pendant une courte période. Il peut utiliser l'échelle analgésique de l'OMS pour choisir la molécule appropriée (figure 4)⁵.

Traitement de la douleur neuropathique ?

La cervicalgie n'est pas une douleur neuropathique

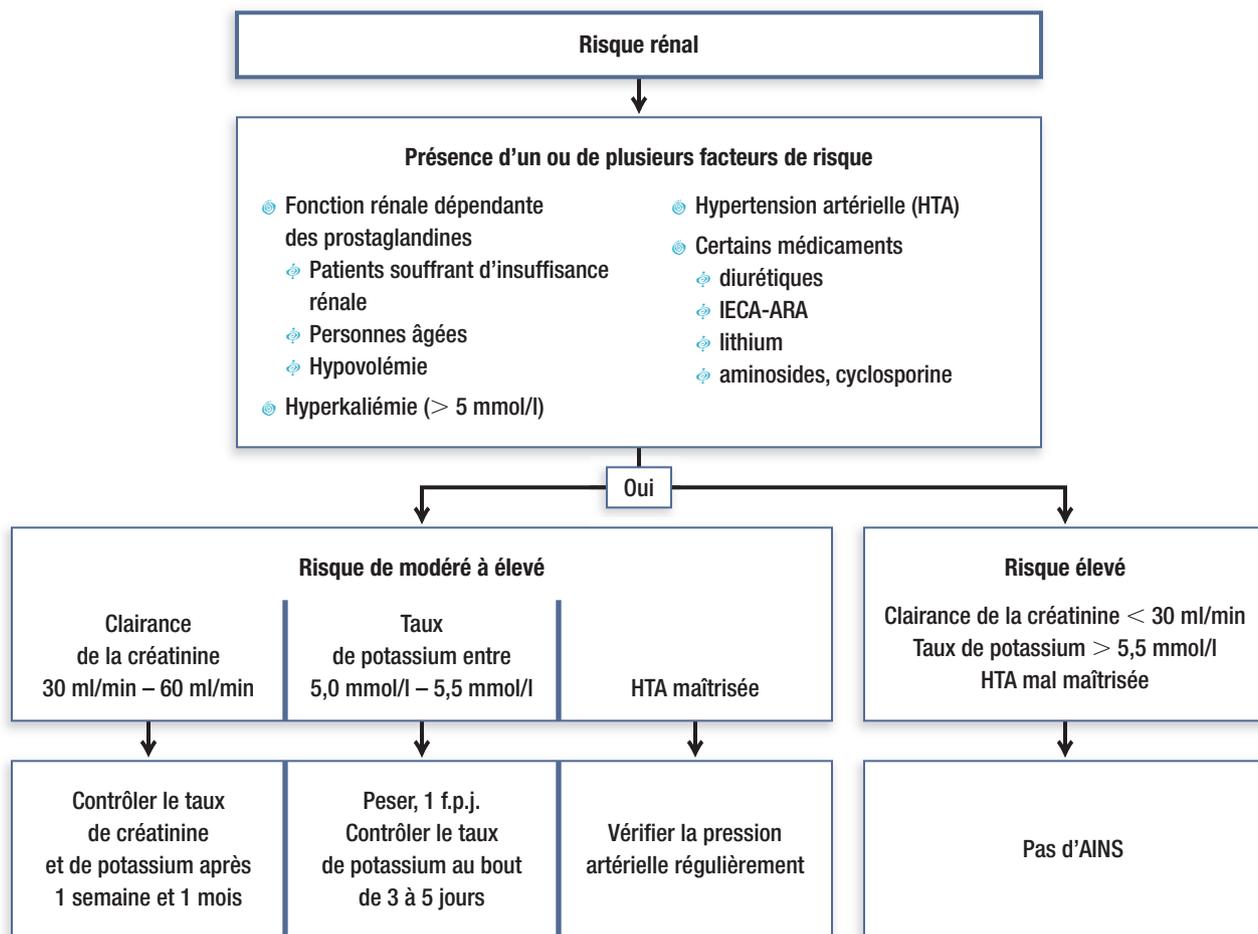
périphérique. Les médicaments visant à traiter ce type de douleur ne font pas partie du traitement.

Vous devriez d'abord prescrire de l'acétaminophène, suivi d'un AINS en cas de soulagement insuffisant, d'un relaxant musculaire si les deux autres médicaments n'ont pas fonctionné et du tramadol ou d'un opioïde faible si la douleur n'a pas été atténuée par les trois options précédentes ainsi que de la physiothérapie (voir l'article de M. Stéphane Lamy intitulé : « Les traitements physiques : prescrire ou ne pas prescrire », dans le présent numéro).

Un mois plus tard, vous revoyez M^{me} Lafacette en suivi. Elle décrit toujours la même douleur, d'une intensité de 6/10, et la même difficulté à faire son travail. L'examen

Figure 3

Risque rénal associé à la prise d'AINS



Source : Conseil du médicament du Québec. *Algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)*. Québec : Conseil du médicament (INESSS) ; 2010. p. 10. Site Internet : www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/AINS-IPP/CdM-Algorithmme-AINS.pdf (Date de consultation : août 2012). Reproduction autorisée.

clinique est semblable à celui de l'évaluation initiale. Quel serait alors le traitement complémentaire ?

Des infiltrations de cortisone

Bien que les blocs facettaires stéroïdiens soient utilisés régulièrement au Québec, leur efficacité n'a pas été prouvée⁶. La seule étude à répartition aléatoire à double insu sur le sujet n'a pas révélé leur supériorité par rapport à un anesthésique local⁶.

Néanmoins, selon l'expérience clinique, les blocs facettaires cervicaux à la cortisone procurent un soulagement considérable, quoique souvent temporaire, des cervicalgies, principalement chez les patients plus âgés présentant des changements articulaires dégénératifs.

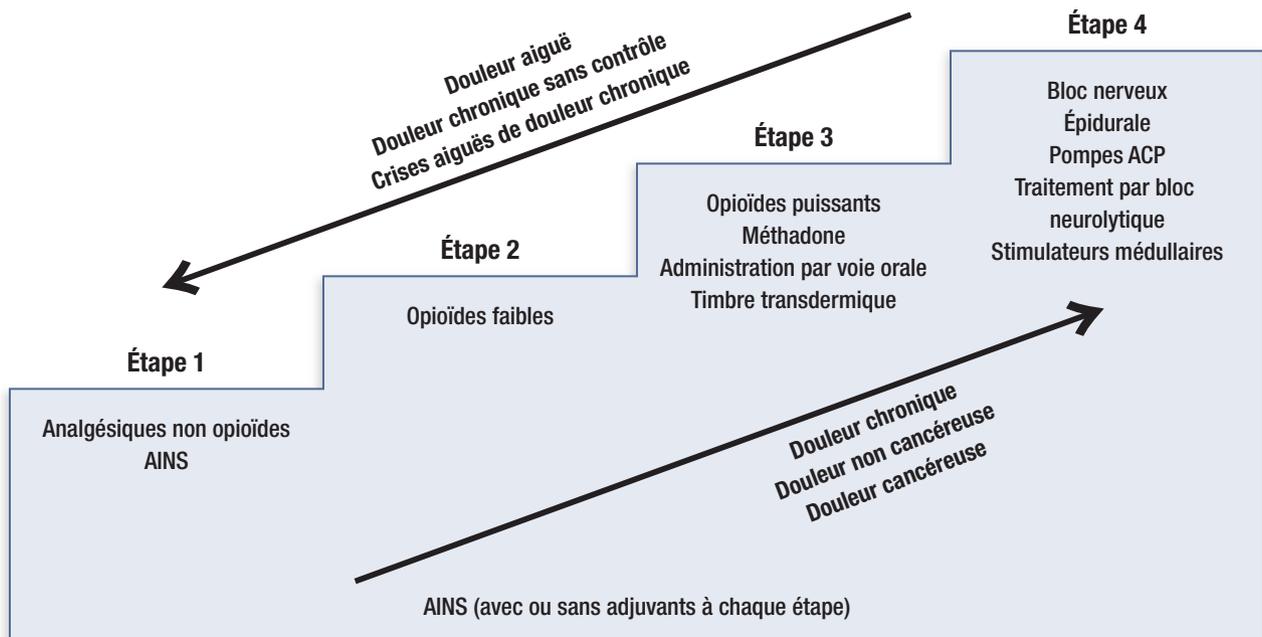
D'autres études seront nécessaires avant que l'on puisse conclure à l'efficacité ou non des blocs facettaires cervicaux, compte tenu de la prévalence élevée de l'origine facettaire de la cervicalgie chronique.

Les infiltrations musculaires

Bien qu'on n'en connaisse pas la prévalence, les tensions musculaires, également appelées tensions myofasciales ou points gâchettes, peuvent constituer une source de cervicalgies et de céphalées. Certains muscles, comme le trapèze supérieur, les muscles sous-occipitaux et plusieurs autres, peuvent être l'objet de « points gâchettes » et peuvent être infiltrés de quelques millilitres d'anesthésique local. L'infiltration entraîne un relâchement de

Figure 4

Échelle analgésique de l'OMS



ACP : analgésie contrôlée par le patient

Adapté de : Vargas-Schaffer G. L'échelle analgésique de l'OMS convient-elle toujours? Vingt-quatre années d'expérience. *Can Fam Physician* 2010; 56 (6) e202-e205. Reproduction autorisée.

la tension musculaire et une diminution de la douleur. Il n'existe toutefois aucune étude portant sur l'efficacité de cette technique contre la cervicalgie.

Les infiltrations de toxine botulinique

Connue sous le nom commercial de « Botox », la toxine botulinique a de nombreux usages thérapeutiques. Bien qu'il n'y ait pas d'études spécifiques sur la cervicalgie, l'administration de la toxine dans certains muscles de la région cervicale et du crâne a été étudiée et s'est révélée efficace pour prévenir la migraine chronique⁷. À cause de son prix élevé, de la possibilité d'infiltrer les mêmes muscles à l'aide d'un anesthésique local beaucoup moins cher et de l'absence d'études dans le traitement de la cervicalgie, le recours à cette molécule devrait être envisagé uniquement dans les cas réfractaires à tout traitement et chez les patients qui ont des tensions myofasciales.

La thermolésion par radiofréquence

La thermolésion par radiofréquence consiste à détruire, au moyen d'une électrode produisant une cha-

leur de 80 °C, la branche médiane du rameau postérieur de la racine nerveuse qui transmet l'influx nociceptif au cerveau, ce qui entraîne une dénervation de l'articulation facettaire. Le patient ne ressent alors plus de douleur si la facette est la cause de la douleur.

Toutefois, avant de détruire cette branche nerveuse, on doit d'abord procéder à un bloc de conduction nerveuse de la branche médiane transitoire en utilisant des anesthésiques locaux (bupivacaïne et lidocaïne) afin de s'assurer que la dénervation thermique de la branche médiane, irréversible contrairement à l'effet temporaire des anesthésiques locaux, apportera un soulagement de longue durée au patient. Si le bloc de branche médiane avec un premier anesthésique local permet de soulager le patient d'au moins les trois quarts de ses cervicalgies pendant quelques heures (le pourcentage varie en fonction des auteurs), un deuxième bloc de branche médiane est répété avec un autre anesthésique local dans le but de réduire de nouveau la douleur pendant quelques heures.

Si le patient répond de façon concordante à ce double bloc de branche médiane, il est considéré comme un

bon candidat à la thermolésion par radiofréquence de la ou des branches médianes évaluées.

Actuellement, cette technique est considérée partout dans le monde comme la meilleure façon de traiter les cervicalgies chroniques d'origine facettaire⁸. Plusieurs études ont montré qu'elle peut provoquer jusqu'à la disparition complète des symptômes sur des périodes de neuf à trente mois⁹. De plus, s'il y a récurrence, elle peut être répétée et procurer le même soulagement.

L'inconvénient est qu'elle est peu accessible en milieu public. Les listes d'attente sont longues, car peu d'hôpitaux possèdent l'appareil nécessaire et peu de médecins savent comment l'utiliser. En outre, son coût en cabinet privé est très élevé. Pour cette raison, en cas d'échec des médicaments par voie orale et de la physiothérapie, les blocs facettaires à la cortisone demeurent le traitement de deuxième ligne de choix. Au besoin, la thermolésion des branches médianes est offerte, entre autres, au service de physiatrie du CHUM ainsi qu'à la clinique de la douleur du CHUM, de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Hôpital général de Montréal.

Pour ce qui est des blocs de branches médianes, ils servent principalement à sélectionner les patients susceptibles de bénéficier d'une thermolésion par radiofréquence. Ils constituent donc une épreuve diagnostique, c'est-à-dire qu'ils confirment l'origine facettaire de la cervicalgie s'il y a soulagement de la douleur dans les heures suivant le bloc. Une seule étude à répartition aléatoire à double insu a évalué l'efficacité thérapeutique des blocs de branche avec anesthésiques locaux seuls ou en association avec un stéroïde¹⁰. Bien que les résultats soient fort intéressants, les blocs de branches médianes thérapeutiques ne sont pas encore reconnus ni utilisés en pratique.

Comme le traitement symptomatique (médicaments par voie orale et physiothérapie) n'a pas fonctionné chez M^{me} Lafacette, les seules options possibles pour le traitement de sa cervicalgie chronique d'origine facettaire sont les blocs facettaires et la thermolésion par radiofréquence. Du fait qu'ils sont plus facilement accessibles et qu'ils coûtent moins cher que la thermolésion, les blocs facettaires de stéroïdes demeurent la première option bien que leur efficacité reste à démontrer.

Cas de M. Alexandre Disco-Paty

M. Disco-Paty, 32 ans, est plombier et n'a pas d'antécédents pertinents. Il y a une semaine, en tirant de toutes ses forces sur un tuyau coincé, il a éprouvé une vive douleur sous forme de décharge électrique dans le bras droit. Depuis ce temps, il ressent une forme de brûlure et des paresthésies irradiant à la face postérieure du bras et de l'avant-bras, à la face dorsale de la main et au niveau des trois premiers doigts de la main droite. Les manœuvres de Valsalva lors des efforts de défécation et de toux exacerbent ses symptômes. Il n'a pas de signe de Lhermitte, ni de troubles de contrôle des sphincters ni de troubles d'équilibre à la marche évoquant une myélopathie cervicale.

À l'examen, il est souffrant. Les amplitudes articulaires de sa colonne cervicale sont limitées en extension, en latérorflexion et en rotation du côté droit. La manœuvre de Spurling est positive à droite et reproduit les cervicobrachialgies droites habituelles. La manœuvre de Lhermitte est négative. L'examen neurologique est normal. L'examen palpatoire segmentaire provoque une douleur à la palpation des facettes de C5-C6 et de C6-C7 droites.

Quel est votre diagnostic ?

Le patient souffre d'une hernie discale foraminale droite au niveau C6-C7.

Quel traitement envisagez-vous pour ce patient ?

Les principes de traitement médicamenteux par voie orale sont les mêmes que pour M^{me} Lafacette, sauf en ce qui a trait au traitement de la douleur neuropathique. Comme la brachialgie sous forme de choc électrique et de paresthésie constitue une douleur neuropathique, les médicaments traitant ce type de douleur sont donc indiqués. Le lecteur peut utiliser l'algorithme du panel d'experts québécois sur le traitement de la douleur neuropathique pour le guider (figure 5)¹¹.

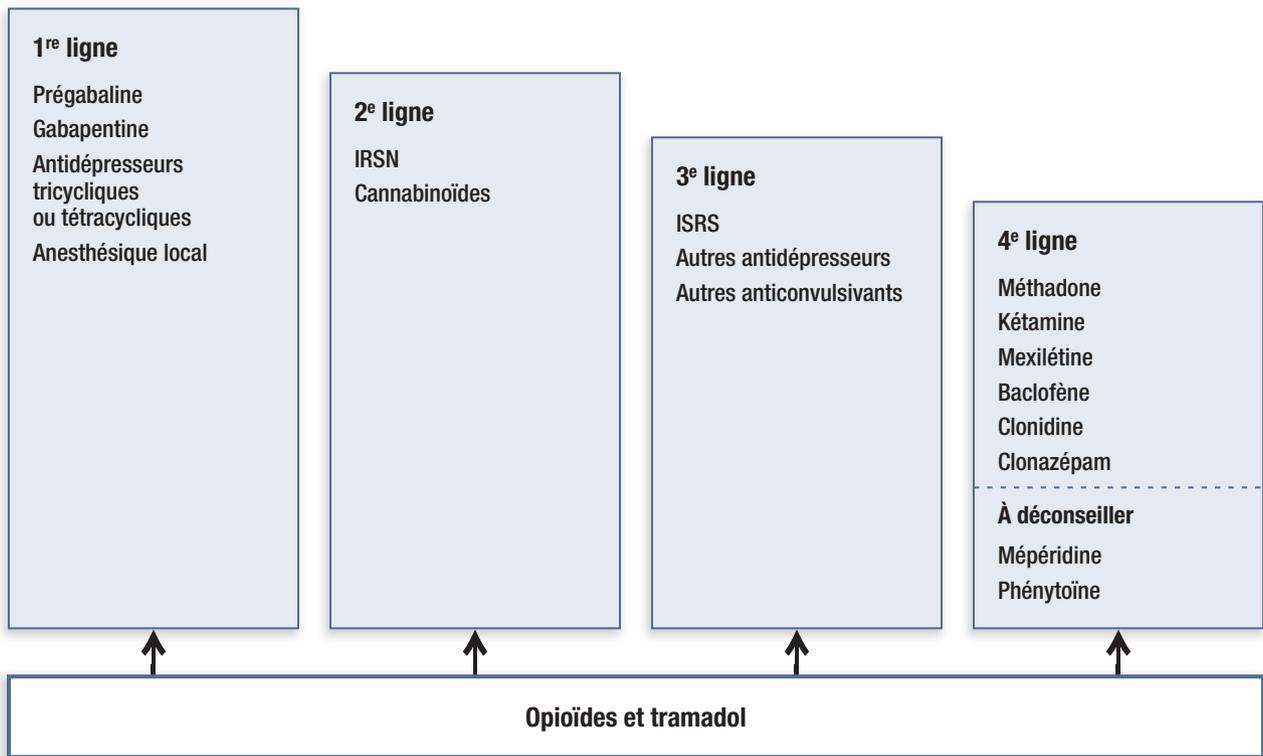
Et quelle est la place de l'épidurale ?

L'épidurale devrait être considérée en cas d'échec des médicaments par voie orale et des traitements de physiothérapie mais pas avant six semaines d'évolution,

Actuellement, la thermolésion par radiofréquence est considérée partout dans le monde comme la meilleure façon de traiter les cervicalgies chroniques d'origine facettaire.

Figure 5

Traitement pharmacologique de la douleur neuropathique



Pour les opioïdes et le tramadol :

Utiliser les agents à action rapide en 1^{re} ligne en association avec les autres agents de 1^{re} ligne dans les cas suivants :

- Soulagement rapide pendant le réglage de la dose des agents de 1^{re} ligne (jusqu'à la posologie efficace) ;
- Épisode d'exacerbation grave de la douleur, de la douleur neuropathique aiguë, de la douleur neuropathique liée au cancer.

Utiliser en 2^e ligne en monothérapie ou en association (lorsqu'une utilisation prolongée est envisagée, favoriser l'administration d'agents à libération prolongée).

ISRS : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine

IRSN : inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline

Source : Boulanger A, Arsenault P, Béland A et coll. Algorithme de traitement de la douleur neuropathique. Recommandations d'un forum québécois sur la douleur neuropathique. *L'Actualité médicale* 2008 ; 8 (12) : 25-30. Reproduction autorisée.

car l'évolution naturelle de la hernie discale est favorable et des complications sérieuses ont été décrites à la suite d'épidurales foraminales ou interlaminaires (paralysie par une infiltration de stéroïdes particulés dans l'artère radiculaire ou l'artère vertébrale, abcès et hématome épidual, lésion radiculaire et médullaire).

Bien que de telles complications soient rares, elles sont catastrophiques. Elles peuvent cependant être réduites au minimum en suivant certaines précautions (*tableau*).

Les épiduals sont indiquées dans le traitement de la réaction inflammatoire associée à une hernie discale

L'épidurale devrait être considérée en cas d'échec des médicaments par voie orale et des traitements de physiothérapie mais pas avant six semaines d'évolution, car l'évolution naturelle de la hernie discale est favorable et des complications sérieuses ont été décrites à la suite d'épidurales foraminales ou interlaminaires.

Repère

Tableau

Précautions lors d'épidurale foraminale cervicale

- Injecteur expérimenté
- Utilisation d'un appareil de fluoroscopie avec soustraction numérique pour mieux visualiser le réseau vasculaire
- Injection d'une substance de contraste sous fluoroscopie directe pour mieux voir si l'infiltration ne se fait pas dans le réseau vasculaire
- Utilisation de stéroïdes hydrosolubles non particulés pour diminuer le risque d'embolie de particules provoquant une thrombose artérielle
- Injection de lidocaïne une minute avant la cortisone et vérification que le patient n'est pas paralysé afin de s'assurer que l'infiltration n'a pas été faite dans l'artère radulaire

chez un patient présentant une cervicobrachialgie. Elles ne sont pas indiquées chez les patients souffrant de cervicalgie sans brachialgie.

UNE REVUE SYSTÉMATIQUE récente comprenant sept études à répartition aléatoire conclut qu'il y a de bonnes preuves (the evidence is good) qu'une épidurale cervicale à l'aide de stéroïdes et d'un anesthésique local est efficace dans le traitement d'une radiculalgie attribuable à une hernie discale¹².

M. Disco-Paty souffre d'une hernie discale responsable de sa cervicobrachialgie. Comme les médicaments et la physiothérapie n'ont pas donné les résultats escomptés, l'épidurale est indiquée dans son cas pour traiter la réaction inflammatoire faisant suite à sa hernie discale, mais elle devrait être faite après six semaines d'évolution en raison des risques de complications associées à cette infiltration.

Date de réception : le 22 août 2012

Date d'acceptation : le 17 septembre 2012

Le D^r André Roy n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Bovim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. *Spine* 1994; 19 (12): 1307-9.
2. Cooper G, Bailey B, Bogduk N. Cervical zygapophysial joint pain maps. *Pain Med* 2007; 8 (4): 344-53.
3. White AP, Arnold PM, Norvell DC et coll. Pharmacologic management of chronic low back pain: synthesis of the evidence. *Spine* 2011; 36 (21 suppl.): S131-S43.
4. Conseil du médicament du Québec. *Algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)*. Québec: Conseil du médica-

Summary

Medical treatment for neck pain and radicular pain in the arm. Cervical pain is a common musculoskeletal problem and the second leading cause of family medicine consultations for musculoskeletal disorders, after low back pain. In chronic cervical pain, the pain originates in the facet joints in 50% to 74% of the cases, while it is caused by the discs in approximately 20% of the cases. Radiofrequency thermocoagulation of the branches is recognized as the most effective treatment for chronic facet joint neck pain, while facet joint block injections with cortisone were not proven effective in the single double-blind, randomized trial published in the literature.

In radicular pain secondary to disc herniation, an epidural should be considered if oral medication and physiotherapy treatments have failed but not before a six-week course of treatment because the natural history of disc herniation is favourable, and severe complications, such as quadriplegia, have been described following transforaminal or intralaminar epidurals.

ment (INESSS); 2010. Site Internet: www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/AINS-IPP/CdM-Algorithm-AINS.pdf (Date de consultation: août 2012).

5. Vargas-Schaffer G. L'échelle analgésique de l'OMS convient-elle toujours? Vingt-quatre années d'expérience. *Can Fam Physician* 2010; 56 (6): e202-e205.
6. Barnsley L, Lord SM, Wallis BJ, Bogduk N. Lack of effect of intraarticular corticosteroids for chronic pain in the cervical zygapophysial joints. *N Engl J Med* 1994; 330 (15): 1047-50.
7. Lyseng-Williamson KA, Frampton JE. OnabotulinumtoxinA (Botox®): A guide to its use in preventing headaches in adults with chronic migraine. *CNS Drugs* 2012; 26 (8): 717-23.
8. Falco FJ, Erhart S, Wargo BW et coll. Systematic review of diagnostic utility and therapeutic effectiveness of cervical facet joint interventions. *Pain Physician* 2009; 12 (2): 323-44.
9. MacVicar J, Borowczyk J, MacVicar AM et coll. Cervical medial branch radiofrequency neurotomy in New Zealand. *Pain Med* 2012; 13 (5): 647-54.
10. Manchikanti L, Singh V, Falco FJ et coll. Comparative outcomes of a 2-year follow-up of cervical medial branch blocks in management of chronic pain: a randomised, double blind controlled trial. *Pain Physician* 2010; 13 (5): 437-50.
11. Boulanger A, Arsenault P, Béliand A et coll. Algorithme de traitement de la douleur neuropathique. Recommandations d'un forum québécois sur la douleur neuropathique. *L'Actualité médicale* 2008; 8 (12): 25-30.
12. Diwan S, Manchikanti L, Benyamin RM et coll. Effectiveness of cervical epidural injections in the management of chronic neck and upper extremity pain. *Pain Physician* 2012; 15 (4): E405-E434.