

7. Балаболкин М.И. Диабетология, // Москва, изд. Медицина, 2000.
8. Герман Д.Г., Кошуг Л.Г. Малый геморрагический инсульт: фактор риска, диагностические критерии и особенности клинического течения. // Международный неврологический журнал, №2(18)2008, - С.16-20.
9. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет, руководство для врачей, // Москва, 2003.
10. Котов С.В., Калинин А.П., Рудакова И.Г. Диабетическая нейропатия, // Москва, изд. Медицина, 2000.

## **L'ORIGINE CERVICALE DE CERTAINES DORSALGIES BENIGNES ET REBELLES**

**Diana Copacinschi**

(Conducător științific: acad. Diomid Gherman)

Catedra Neurologie USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### **On the cervical origin of some benign and treatment resistant dorsalgias**

A large proportion of common dorsalgias which manifest with unilateral interscapular pain with a particularly sensitive area, always one finger breadth front the midline at the level of T5 or T6, are due to minimal changes in the lower cervical spine.

Interscapular pain of a similar topography and character may result from clumsy movements of the lower cervical vertebrae or may be observed after slight cervical traumas and are commonly found in cervical radiculopathy. Thumb pressure, stage by stage, along the anterolateral aspect of the cervical vertebrae (C5, C6, C7, similar to that used for compression of a sensitive cervical root in cervical radiculopathy), will nearly always reveal a point of particular tenderness at the cervical level, on the same side of dorsalgia. If the pressure is maintained on such a spot for some seconds (but only on this spot), the familiar interscapular pain is reproduced, or significantly intensified.

This test, together with the satisfactory results of cervical treatment - generally by manipulation, immobilisation with a small cervical collar, or heat therapy - confirms the usually cervical origin this « Interscapulo-vertebral pain». A discussion of the physiopathology is presented.

### **Résumé**

S'attribue à de minimes dérangements du rachis cervical inférieur la plupart des dorsalgies habituelles qui se présentent comme des algies interscapulaires unilatérales avec un point douloureux exquis à la pression, toujours situé à un travers de doigt de la ligne médiane au niveau de D5 ou de D6. Des douleurs interscapulaires de même topographie et de même caractère peuvent être provoquées par des manipulations maladroites du rachis cervical inférieur ou se voient après des traumatismes cervicaux mineurs, et se rencontrent fréquemment ou cours des névralgies cervico-brachiales radiculaires.

La pression faite étage par étage avec le pouce, au niveau de la partie antéro-latérale du rachis cervical inférieur (C5, C6, C7, analogue à celle utilisée lorsqu'on veut comprimer une racine cervicale sensible dans une névralgie cervico-brachiale) permet de mettre presque toujours en évidence la sensibilité particulière d'un étage cervical du même côté que la dorsalgie. La pression maintenue quelques secondes sur ce point (et ce point seul) réveille ou exacerbe vivement la douleur dorsale interscapulaire habituelle du malade.

Ce test, joint au bon résultat du traitement cervical - manipulations généralement, immobilisation par petit collier, ou radiothérapie - permet d'affirmer l'origine fréquemment cervicale de ces « algies interscapulovertébrales ». La physiopathogénie est discutée.

On sait en effet le caractère rebelle à la thérapeutique de ces dorsalgies banales et chroniques, dont la forme la plus répandue est la dorsalgie des couturières et des dactylos ; on sait aussi la pauvreté des signes d'examen objectifs. Il est généralement admis qu'un certain terrain psychasthénique joint à une mauvaise musculature sont les causes essentielles de ces douleurs. Il est vrai que ce sont des conditions assez fréquemment rencontrées, mais il paraît difficile de les prendre pour la cause immédiate de la douleur dorsale, même si leur présence la favorise, l'augmente ou l'entretient.

Certains signes d'examen régulièrement retrouvés dans de nombreuses dorsalgies nous paraissent suffisants pour en affirmer l'origine cervicale, ce que confirme la bonne action des thérapeutiques qui découlent de ces constatations. Enfin, ces dorsalgies se présentent sous un aspect clinique assez stéréotypé qu'il est possible d'individualiser.

### **I) Observations**

**Obs. 1. Mme P..., 50 ans.** Fracture de D6 par chute de cheval il y a six ans. Tassement cunéiforme du corps, sans aucune complication. Depuis, souffre de dorsalgies pénibles et rebelles, surtout marquées dans la région interscapulo-vertébrale gauche. Cette douleur est calmée par le repos, mais existe souvent vive le matin au réveil, Elle est augmentée par la fatigue, le port de paquets ou du sac à main ; elle rend impossible le tricot, passe-temps favori de cette patiente. On réveille la douleur habituelle par la pression d'un point para-vertébral très sensible situé à gauche au niveau de D6, à un travers de doigt de la ligne médiane.

De nombreux traitements ont été pratiqués : gymnastique rééducative (dont certains mouvements augmentaient la douleur), massages qui apportaient temporairement un certain soulagement, infiltrations locales, cures thermales, ionisations, radiothérapie, sans influencer réellement la douleur dorsale qui est devenue plus vive et plus constante avec le temps.

Un traitement par manipulations cervicales, fait en trois séances disparaître la douleur spontanée et le point douloureux D6, qui ne sont pas réapparus depuis 8 mois.

**Obs. 2. Mme S..., 66 ans.** Grande et maigre, présente une forte cyphose sénile. Cette malade se plaint depuis plusieurs années d'une dorsalgie droite rebelle dont le maximum se situe au niveau de la région interscapulaire. Elle compare sa douleur à un fer rouge, à un abcès qui la ronge. Cette douleur rend le tricot, la couture impossibles. Elle ne peut porter le moindre paquet et même au lit, certaines positions lui font mal et la réveillent.

Les radiographies montrent un squelette très porotique, mais aucune lésion locale. A l'examen, on retrouve un point très aigu à la pression, à un travers de doigt de la ligne médiane, au niveau de D5-D6 qui réveille la douleur.

Différentes thérapeutiques médicales ou physiothérapeutiques n'ont apporté aucun soulagement notable.

Cette malade a été complètement soulagée de sa dorsalgie par le port d'un petit collier en plastique pendant vingt jours. Puis elle l'a quitté et ne le remet que de temps à autre, pour un jour ou deux, lorsque la dorsalgie réapparaît, ce qui n'est pas très fréquent. Un an de recul.

**Obs. 3. Mme K... 54 ans.** Dorsalgies rebelles depuis plus de dix ans, qui ont pris un caractère plus intense depuis la ménopause, il y a trois ans. Le maximum de la douleur est ressenti dans la région interscapulaire droite. La dorsalgie est très gênante pour la malade, aggravée par la fatigue, la position debout ou assise conservées et lui rend très pénibles tous les travaux ménagers. Les radiographies montrent une scoliose dorso-lombaire à sommet D6 droit, et surtout une très importante dorsarthrose. Peu d'influence des antalgiques habituels. A eu de très nombreux traitements médicaux, anti-inflammatoires, antalgiques, sédatifs ou tranquillisants, de la radiothérapie dorsale, des massages, des infiltrations. A fait trois cures thermales avec une légère rémission après deux d'entre elles. Elle a été très soulagée par trois manipulations cervicales, complétées par la suite par un traitement radiothérapeutique. centré sur le rachis cervical bas qui a fait complètement disparaître la dorsalgie depuis un an.

Une autre observation fait justement le lien entre le rachis cervical et la possibilité de douleur dorsale.

**Obs. 4. M. C.... 42 ans.** Ce menuisier, grand et très athlétique, souffre d'une dorsalgie pénible depuis deux ans, qu'il décrit comme un point aigu, "une brûlure vive" sous l'omoplate droite. Peu influencée par les gros travaux, cette douleur est particulièrement pénible dans le travail statique ou même au repos, en position assise, en voiture. Porter un petit paquet ou un manteau un peu lourd la réveille désagréablement. A l'examen, on retrouve effectivement dans la région interscapulaire, au niveau de D6, à un travers de doigt de la ligne médiane, un point exquis dont la pression réveille « la douleur habituelle ». Les radiographies montrent une petite hernie intra-spongieuse de D5 et une de D7, rien d'autre.

A noter dans les antécédents de ce malade une sciatique S1 droite il y a cinq ans, qui lui a laissé quelques lombalgies lorsqu'il fait trop d'efforts ou travaille penché. Mais surtout il y a un an, il a présenté une violente névralgie cervico-brachiale droite. Les radiographies montrent un pincement C6-C7. Un traitement par tractions cervicales avait été entrepris. Mais au cours de la première traction, il ressentit une très vive douleur au niveau de sa dorsalgie habituelle, ce qui a fait interrompre le traitement. Puis la névralgie cervico-brachiale s'est calmée en quelques semaines, sous l'influence d'antalgiques et d'anti-inflammatoires. Mais le point dorsal a persisté avec des poussées plus ou moins aiguës, conditionnées par la fatigue, certains travaux mais pas les plus durs et surtout déclenché par certains mouvements, notamment en voiture pour faire une marche arrière.

Ces quatre malades ont reçu un traitement visant leur rachis cervical, parce que certains signes d'examen, que nous décrirons plus loin, permettaient d'attribuer au rachis cervical la responsabilité de la douleur dorsale. Les résultats en furent excellents.

Nous allons voir les différentes étapes qui nous ont amené à cette conclusion.

## **II) Le point interscapulaire**

A noter d'abord certains caractères communs dans ces quatre cas de dorsalgie, caractères qui ont été également rencontrés dans les 128 autres cas où une origine cervicale a pu être invoquée.

C'est la topographie interscapulovertébrale de la douleur. C'est une « algie interscapulovertébrale »

L'existence à ce niveau d'un point douloureux particulier, remarquable par sa constance et par sa fixité, que la palpation réveille à un travers de doigt de la ligne médiane au niveau de D5 ou de D6.

Il peut exister bien sûr d'autres points douloureux musculaires au épineux dans ces dorsalgies, mais aucun n'a le même caractère d'acuité à la pression et ne paraît comme celui-ci être l'épicentre de la douleur habituelle. Il suffit en effet de maintenir quelques secondes la pression sur ce point pour que le malade ait l'impression qu'on ait mis le doigt sur « sa » douleur.

## **III) Origine cervicale de la douleur interscapulaire**

Depuis longtemps, s'a remarqué avec quelle fréquence des manipulations du rachis cervical mal faites déclenchaient des douleurs interscapulaires avec le même point para-D5 ou para-D6. On rencontre également le même type de douleur chez des malades qui avaient simplement fait un faux mouvement du cou. Mais c'est surtout le fait que l'on rencontre assez régulièrement au cours des névralgies cervico-brachiales radiculaires typiques une douleur interscapulaire tout à fait analogue avec le même point para-D5 ou D6. Il ne s'agit pas ici des irradiations cervico-dorsales hautes vers la fosse sus-épineuse mais bien d'une douleur à maximum interscapulaire. Elle peut être parfois très aiguë et précéder la douleur brachiale comme par exemple dans l'observation suivante :

Mme P..., âgée de 35 ans, souffrait d'une violente dorsalgie à topographie interscapulaire gauche, survenue trois jours plus tôt après un effort banal. Cette dorsalgie était augmentée par le décubitus, par certains mouvements du cou et du bras. Les radiographies du dos étaient normales. L'examen clinique n'apporte aucun autre élément que la constatation d'une zone sensible à la pression dans la région interscapulo-vertébrale gauche, avec un point exquis à 2 cm de l'épineuse de D5. Il suffit de comprimer ce point avec le doigt pour augmenter considérablement la dorsalgie et la malade situait là l'épicentre de sa douleur. Une infiltration

locale de novocaïne faite plan par plan n'apporte aucune amélioration, même temporaire. Puis apparaît quelques jours plus tard une douleur irradiant aux deux derniers doigts de la main gauche. C'était une névralgie cervico-brachiale C8 tandis que persistait, suraiguë, la douleur dorsale.

Les radiographies cervicales alors pratiquées montraient une certaine rigidité cervicale avec un pincement C7-D1, et une légère arthrose des uncus (séquelle sans doute d'un traumatisme cervical par accident d'automobile sept ans auparavant). La douleur du bras et du dos était intense et très mal calmée par les thérapeutiques usuelles. Une tentative de traction exacerba la douleur dorsale. Les manipulations étaient contre-indiquées par le fait que les mouvements de rotation et latéro-flexion étaient douloureux dans les deux sens. L'échec des thérapeutiques médicamenteuses conduit à pratiquer une infiltration stellaire qui soulagea remarquablement la douleur dorsale et atténua la douleur brachiale. Le port d'un petit collier en plastique quelques jours maintint parfaitement le résultat.

On sait que dans les névralgies cervico-brachiales, il existe fréquemment une irradiation douloureuse à la fois sus-épineuse et à la partie supérieure du dos. Ces cervico dorsalgies hautes, certainement liées à la souffrance de la branche postérieure, sont très différentes de l'algie interscapulaire et ne nous intéressent pas ici. Mais dans un tiers des cas de névralgies cervico-brachiales, on note une algie interscapulo-vertébrale du même côté, plus ou moins aiguë. Dans la plupart des cas, la douleur interscapulaire disparaît avant la douleur brachiale, mais il arrive qu'elle survive isolée. A noter que l'on retrouve chaque fois dans les algies interscapulo-vertébrales accompagnant les névralgies cervico-brachiales le même point interscapulaire para-D5 ou D6. La topographie de ce point ne varie pas avec le niveau de la racine atteinte qu'il s'agisse de névralgies cervico-brachiales C6, C7 ou C8.

#### **V) Examen clinique du rachis cervical**

Il existe une diminution de la mobilité du côté de la dorsalgie, Mais surtout, les manœuvres forcées en rotation, latéro-flexion ou extension combinées du côté de la douleur dorsale peuvent parfois, si elles sont maintenues quelques secondes, réveiller la dorsalgie. Plus souvent, les signes d'examen clinique au niveau du rachis cervical sont plus discrets - cette limitation de mobilité doit être recherchée avec soin, le malade étendu sur le dos, la tête hors de la table, soutenue par les deux mains de l'opérateur qui palpe doucement les gouttières para-vertébrales et fait exécuter passivement étage par étage les mouvements, de rotation et latéroflexion de chaque côté, combinés successivement à des mouvements de flexion et d'extension. Un tel examen montrera une limitation de la mobilité d'un segment cervical inférieur du côté de la dorsalgie et l'existence d'une sensibilité vive à la pression au niveau du massif articulaire postérieur correspondant à l'étage où l'on aura trouvé le « point sonnette » cervical antérieur. C'est dans ces manœuvres que l'on pourra également constater que les tentatives de mobilisation forcée du segment cervical sensible du côté de la dorsalgie peuvent irriter ou reproduire cette dernière.

Sur le sujet assis, on pourra provoquer une douleur par la pression sur l'épineuse de la vertèbre cervicale correspondante, par pression axiale ; mais plus évocatrice d'un petit dérangement mécanique intervertébral sera l'existence d'une douleur à la pression latérale de l'épineuse d'un seul côté de cette épineuse (la pression de l'autre côté étant indolore).

#### **VIII) Formes cliniques**

1° L'algie interscapulo-vertébrale chronique ou habituelle. C'est la forme que nous avons décrite.

2° L'algie interscapulo-vertébrale épisodique. Elle survient par périodes, déclenchée par un faux mouvement presque toujours le même (rotation extrême du cou du côté de l'algie interscapulo-vertébrale, étirement du bras du même côté en adduction et rétropulsion. La gêne plus ou moins marquée existe pendant quelques jours, s'atténue et disparaît puis se produit à l'occasion d'un autre faux mouvement. A noter que la douleur se répète toujours identique du même côté, au même endroit.

3° L'algie interscapulo-vertébrale aiguë.

C'est le tableau de la dernière observation que nous avons décrite. Elle peut être isolée et ne pas précéder une névralgie cervico-brachiale. Elle n'est pas rare, est extrêmement douloureuse. Les mouvements du cou sont très souvent limités et déclenchent la douleur interscapulaire.

La conclusion thérapeutique est évidente. Elle visera le rachis cervical.

### **IX) Traitement**

**Le traitement que nous avons utilisé le plus souvent est la manipulation** lorsqu'elle est techniquement possible. Il s'agit de la manipulation élective du segment intervertébral sensible faite selon la « règle du mouvement contraire et de la non douleur » que nous avons décrite par ailleurs. Dans la majorité des cas, le soulagement est obtenu en 2 à 4 manipulations. A noter que ce sont les manœuvres en latéroflexion qui sont le plus souvent utiles, 103 cas ont été ainsi traités avec 72 très bons résultats. Les manipulations en rotation sont généralement sans effet.

**Les tractions vertébrales** nous ont donné des résultats beaucoup moins fidèles et irréguliers. Il faut les utiliser si dès la première traction, sous traction, le point interscapulaire disparaît ou s'atténue à la pression, ce qui n'est pas très fréquent. Par contre les éviter si au cours de ce premier essai, la douleur est exacerbée, ce qui est fréquent. En respectant cette règle, 15 cas ont été traités, 8 très bons résultats.

Dans les cas difficiles ou rebelles ou lorsque les conditions locales contre-indiquent les traitements mécaniques, le port pendant 8 à 20 jours d'un petit **collier cervical** immobilisant le rachis nous a donné des résultats excellents (obs. n° 2). Parfois nous ne le faisons porter que pendant la nuit.

**La radiothérapie cervicale** rend des services certains, si l'arthrose cervicale basse est très importante. 11 cas, 6 bons résultats.

**La rééducation.** Très importante elle portera d'abord sur les muscles de la nuque :

En premier lieu, sur les extenseurs de la charnière cervico-dorsale que le testing musculaire montrera souvent très affaiblis. Nous utilisons la rééducation en isométrique contre-résistance maximum.

- Puis, sur les fléchisseurs du cou et sur la musculature du dos (fixateurs de l'omoplate et spinaux). Mais il est bien évident que la rééducation d'un malade est un ensemble et qu'il faudra corriger toutes les déficiences musculaires notamment l'insuffisance abdominale et les troubles statiques qui peuvent avoir leur retentissement sur tout le rachis dorsal : inégalité de longueur des membres inférieurs notamment.

### **Bibliographie**

1. Armas A. - La place de la névralgie spinale de Brodie dans le syndrome douloureux du rachis. Rev. Rhum, 1949, 16, 16-18.
2. Arlet J. - Les dorsalgies bénignes de l'adulte. Rev. Rhum., 1954, 21, 303-312
3. Arlet J., Laporte C., Toussaint J. - Les dorsalgies bénignes de l'adulte. Rhumatologie, 1952, 139-150.
4. Arnulff G. - Considérations sur la sensibilité douloureuse du sympathique chez l'homme étudiée par l'excitation électrique directe. Presse Méd., 1948, 56, 575-6.
5. Auquier L. Les rhumatismes du rachis dorsal. In « Le Rhumatisme ». Etudes cliniques, biologiques et thérapeutiques. 4° série par Coste F., Expansion Scientifique Française, Paris, 1955, 512 p.
6. Auquier L. Les fonctionnels en rhumatologie. Gaz. Méd., 1956, 64, 485-492.
7. Bret, Bardiaux. Les algies de la colonne dorsale au niveau (le D4 à D7, au cours des syndromes gynécologiques attribués à l'hyperfolliculinie.