



Traitement des distorsions cervicales aiguës et chroniques

Thierry Ettlín et Markus Felder

Les traumatismes d'accélération au niveau de la colonne cervicale résultent d'un transfert d'énergie vers la nuque provoqué par une violente accélération et décélération. L'accident peut donner lieu à différents symptômes cliniques, et notamment à des douleurs et à des limitations fonctionnelles. Après un tel traumatisme, 80 à 90% des patients récupèrent en l'espace de 3 mois. Au-delà de cette période, seules de faibles améliorations s'observent généralement encore chez les patients symptomatiques. Il est donc essentiel de diagnostiquer le patient rapidement après l'accident, d'initier un traitement approprié de la douleur et d'instaurer une surveillance.

Prise en charge des traumatismes cervicaux à la phase aiguë

Markus Felder

En 1995, la Quebec Task Force [1] a proposé une classification en quatre degrés de sévérité des conséquences médicales des distorsions cervicales (voir tableau 1). Le principal enseignement de cette publication est que le diagnostic est posé sur la base de l'anamnèse, des résultats cliniques et des clichés radiologiques. En Suisse, le questionnaire standardisé sur les traumatismes cervicaux d'accélération

(voir tableau 2) constitue une aide utile pour l'examen clinique des patients et pour la documentation de leurs symptômes. Cet examen permet de déterminer la présence de déficits neurologiques voire de fractures au niveau de la colonne cervicale. En l'absence de déficits et de fractures, il convient avant tout de prendre en charge la douleur.

Facteurs pronostiques

Disposons-nous d'outils d'aide à la décision en ce qui concerne le pronostic individuel des patients ?

Editorial

En Suisse, les statistiques actuelles recensent environ 10 000 cas par an de traumatismes d'accélération, qui sont souvent appelés à tort « coups du lapin » dans le langage familier. Bien que les conséquences des accidents régressent heureusement le plus souvent vite et en totalité, une chronicité s'observe chez 10 à 20% des victimes 3 mois après l'accident. Pour limiter le risque de chronicisation, les patients devraient bénéficier d'un traitement, par des professionnels expérimentés, le plus rapidement possible après l'accident, et ce surtout aussi à cause des conséquences psychiques et économiques engendrées par les symptômes.

Déborah Prisi

Rédactrice

En 2008, Kamper et al. [2] ont publié une revue systématique et une méta-analyse à ce sujet. Ils sont parvenus à la conclusion que de fortes douleurs et limitations initiales constituaient des indicateurs de mauvais pronostic. Plusieurs études ont souligné que des facteurs psychologiques individuels comme le stress, l'anxiété et la dépression entravaient la guérison. Les facteurs démographiques comme le sexe féminin, l'âge avancé et le type d'accident (y compris direction et intensité de l'accident) semblent n'avoir aucune valeur pronostique. Le message principal des auteurs est qu'en raison de l'hétérogénéité des études, il est impossible d'établir des indicateurs définitifs d'évolution

Sommaire

Traitement des distorsions cervicales aiguës et chroniques	1
Prise en charge des traumatismes cervicaux à la phase aiguë	1
Diagnostic et traitement à la phase chronique	3
Pharmanews	4



Tableau 1 Classification de la Quebec Task Force des traumatismes par degré de sévérité

1. Douleurs de nuque (douleur, raideur, algies) sans éléments somatiques
2. Douleurs de nuque et symptômes musculo-squelettiques (par ex. mobilité réduite, points douloureux)
3. Douleurs de nuque et symptômes neurologiques (par ex. réflexes tendineux diminués ou absents, déficits sensitivo-moteurs)
4. Douleurs de nuque et fracture ou luxation

favorable ou défavorable. Williamson et al. [3] sont parvenus à la même conclusion dans une revue systématique portant sur les facteurs psychologiques et la chronicisation.

Dans la pratique, les facteurs de risque listés dans le tableau 3 nous semblent utiles parce qu'ils ont été bien démontrés et qu'ils sont facilement identifiables. Ils doivent inciter à une prudence accrue et à une surveillance plus stricte de l'évolution. Toutefois, la présence de ces facteurs de risque ne devrait pas nous conduire à des jugements prématurés.

Neurophysiologie

Plusieurs études neurophysiologiques ont montré qu'en cas de distorsions cervicales, la genèse de la douleur n'est pas la même qu'en cas de symptômes vertébraux simples consécutifs à une sollicitation inadéquate [4,5].

Dans une étude récente, Ettlin et al. [6] ont examiné la localisation et la répartition des altérations musculaires après traumatisme de type coup du lapin. Il s'est avéré que les distorsions cervicales étaient associées à un nombre significatif de points gâchettes actifs et de bandes de fibres musculaires tendues (« taut bands ») dans les muscles extenseurs supérieurs de la tête, et particulièrement dans le muscle semi-épineux de la tête, par rapport au syndrome cervical d'origine non traumatique, à la fibromyalgie, à la dépression et aux contrôles sains.

Par ailleurs, tous les groupes étudiés, et particulièrement le groupe avec syndromes cervicaux chroniques d'origine non traumatique, présentaient un nombre élevé de points gâchettes latents et de bandes de fibres musculaires tendues dans tous les muscles étudiés.

Traitement

En cas de traumatisme d'accélération à la phase aiguë, le traitement vise principalement à réduire la douleur. Il est essentiel de prévenir une intensification de la douleur (wind up) et donc des modifications au niveau des processus du traitement de la douleur dans le système nerveux central. Comme des processus inflammatoires sont impliqués au cours de la phase précoce, un traitement stéroïdien à dose élevée (par ex. prednisone, 50 mg par jour durant 5 jours) peut constituer une option thérapeutique judicieuse en cas de douleurs prononcées [7]. Il est recommandé d'administrer un

analgésique à dose élevée en début de traitement et de réduire les doses avec l'atténuation de la douleur. Comme pour tout traitement aigu de la douleur, il convient de respecter un schéma temporel fixe au début. En plus de 3-4 g de Panadol, il est judicieux d'administrer un anti-inflammatoire non stéroïdien (par ex. diclofénac retard, 2 x 75 mg) ; chez les patients considérés à risque sur la base de l'anamnèse, il est impératif d'y ajouter un inhibiteur de la pompe à protons. Le recours aux opiacés est à double tranchant. En cas d'utilisation de ce groupe de médicaments au cours de la phase aiguë, il est difficile de déterminer si les nausées constituent un effet indésirable du traitement ou une conséquence de l'accident.

Au cours de la phase aiguë, en plus des médicaments, il est en général utile de rafraîchir la nuque plusieurs fois par jour. Le port d'un collier cervical souple en routine n'est plus recommandé. Toutefois, en cas de douleurs au mouvement et au repos limitant la mobilisation, le port d'un collier cervical en mousse ferme, bien ajusté, durant quelques jours, peut parfois permettre un soulagement de la douleur.

Tableau 2 Fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical

Le questionnaire aide à établir une anamnèse globale après traumatisme d'accélération crânio-cervical et englobe les questions suivantes :

1. Circonstances de l'accident
2. Questionnement chronologique sur le déroulement de l'accident
3. Indications du patient sur les symptômes
4. Anamnèse antérieure
5. Résultats des examens
 - a) Douleurs / mobilité de la colonne cervicale
 - b) Douleurs / limitations fonctionnelles à une autre localisation
 - c) Examen neurologique
 - d) Etat actuel de conscience
 - e) Lésions externes
 - f) Radiographies
 - g) Autres constatations ou éléments frappants
6. Diagnostic provisoire
7. Traitement / mesures prescrites

Le questionnaire peut être téléchargé à www.svv.ch > Médecine > Formulaires.

Néanmoins, il convient d'éviter les traitements de mobilisation manuelle ou passive au cours des 3 premières semaines : la distorsion entraîne un étirement des tissus mous, ce qui induit une réaction inflammatoire et par la suite, des processus réparateurs. Ainsi, le processus de guérison ne doit pas être entravé par des étirements inopportuns. En fonction des résultats cliniques et fonctionnels, une réhabilitation progressive peut avoir lieu après 3-6 semaines.

Aptitude au travail

Durant la phase aiguë, l'aptitude au travail dépend d'une part de l'intensité des symptômes et d'autre part des contraintes professionnelles. Souvent, il existe en plus une inquiétude quant à la survenue de lésions secondaires provoquées par des mouvements déclencheurs de douleur, ce qui peut influencer l'aptitude au travail au cours des premiers jours. Il est recommandé d'adapter l'aptitude au travail de telle sorte que des douleurs ne soient pas déclenchées par l'activité ou que le déclenchement de douleurs puisse être prévenu par des mesures ergonomiques. Pour ce faire, il est essentiel de connaître l'environnement de travail du patient.

Enfin, il convient de rappeler qu'il est essentiel d'instaurer une surveillance étroite au cours de la phase initiale d'une distorsion cervicale, et ce également pour pouvoir rassurer le patient. Souvent, il est déjà important de savoir que 80 à 90% des patients récupèrent bien.

Diagnostic et traitement à la phase chronique

Thierry Ettlin

Alors que les conséquences cliniques aiguës d'une distorsion des parties molles de la nuque et du cou sont bien expliquées sur le plan physiopathologique, les symptômes persistants chez 10 à 20% des patients suscitent d'importantes controverses médicales et médico-légales [8]. Les principales raisons de ces controverses sont l'absence significative de signes radiologiques évidents, la complexité liée à la psychopathologie de la chronicisation qui est observée dans de nombreux cas, et l'augmentation des indemnités de responsabilité civile pour les cas de traumatismes de type coup du lapin au cours des dernières années. La procédure dia-

gnostique et le traitement diffèrent durant la phase aiguë et la phase chronique. Par ailleurs, en 2002 et en 2005, deux publications [9,10] sont parues dans le Forum Médical Suisse, incluant des recommandations de consensus de groupes de travail multidisciplinaires. Tout comme les recommandations de ces articles de consensus, cette section se concentre exclusivement sur la marche à suivre après un traumatisme crânio-cervical d'accélération sans commotion cérébrale concomitante

Procédure de base

Sur le plan physiopathologique, la persistance des symptômes après 6 semaines expose déjà à un risque de chronicisation. A ce moment-là, la prise en charge doit devenir interdisciplinaire. Le médecin responsable prend en charge la direction du cas en collaboration avec des spécialistes et un case manager de l'assurance. Par ailleurs, il convient de signaler le cas à l'assurance-invalidité pour détection précoce et il faut de préférence déjà informer l'employeur du patient à ce moment. La communication mutuelle au sein d'un tel réseau de prise en charge a une importance capitale : les patients atteints de douleurs chroniques doivent obtenir des informations cohérentes à propos du plan thérapeutique et de ses objectifs afin qu'ils continuent à se sentir responsables et concernés. Si, en l'espace de 6 à 12 mois, aucune amélioration fonctionnelle considérable n'est obtenue malgré tous les efforts déployés, l'objectif n'est plus le même : se pose alors la question des possibilités professionnelles restantes. Sur le plan thérapeutique, le patient doit être encouragé à adopter une attitude de coping actif afin qu'il accepte un certain handicap. Par ailleurs, il doit se défaire des dépendances thérapeutiques et à la place, apprendre à se prendre en charge activement [10].

Diagnostic

La chronicisation se caractérise par une discordance entre le comportement du patient au quotidien et la manière dont il présente sa souffrance, et par une prévalence élevée de composantes psychopathologiques [15]. Nos propres résultats [16] ainsi que les données de la littérature [17] révèlent une constellation caractéristique de signes et de symptômes au cours de la phase chronique. Parmi les symptômes dominants fréquents figurent les cé-

Tableau 3 Symptômes dominants dans la phase chronique

Céphalées et douleurs de nuque d'intensité modérée associées à

- vertiges
- troubles de la fonction visuelle
- acouphènes
- symptômes psycho-végétatifs

Facteurs de risque de chronicisation [9,11-14]

- Age avancé
- Douleurs de nuque et / ou céphalées d'intensité initialement élevée
- Mobilité initiale de la colonne cervicale fortement limitée
- Troubles du sommeil précoces
- Troubles précoces de l'attention et des réactions
- Score de nervosité élevé
- Anamnèse de céphalées antérieures
- Anamnèse de traumatisme crânien antérieur

phalées et les douleurs de la nuque d'intensité modérée, auxquelles s'ajoutent plusieurs autres symptômes comme les vertiges, les troubles de la fonction visuelle, les acouphènes et les symptômes psycho-végétatifs. En outre, des points gâchettes actifs myofasciaux et des bandes de fibres musculaires tendues peuvent être mis en évidence [8,18] au niveau des muscles de la nuque et de la ceinture scapulaire touchés.

Par rapport aux autres pathologies cervicales, les muscles extenseurs supérieurs de la nuque, et notamment le muscle semi-épineux de la tête, en sont significativement plus souvent touchés [16]. Lorsqu'il est certain que le diagnostic différentiel post-traumatique a été correctement mené, le diagnostic durant la phase chronique se focalise sur une surveillance clinique, physiothérapeutique, neurologique et psychopathologique régulière de l'évolution. Des explorations instrumentales supplémentaires sont exclusivement indiquées en cas d'altérations cliniques prononcées.



Traitement

Au stade chronique, le traitement est toujours multimodal. Il repose à la fois sur des informations répétées au patient et des accords d'objectifs, sur une physiothérapie active avec inculcation de principes ergonomiques, sur des techniques manuelles adaptées aux résultats musculo-squelettiques et sur une psychothérapie [19]. Lorsque le recours aux différents traitements ambulatoires est épuisé et que malgré tout l'état du patient stagne, se dégrade ou récidive, il convient de songer à un traitement stationnaire. Le médecin responsable vérifie régulièrement l'efficacité de chaque traitement. Il faut toujours songer à un éventuel comportement abusif, particulièrement avec les médicaments et l'alcool. Selon des objectifs par paliers convenus, les traitements sont réduits à un programme minimal destiné à maintenir l'état du patient et des thérapies autonomes sont élaborées. Parallèlement à ce processus thérapeutique, des sessions de travail à visée thérapeutique sont mises en place, suivies d'une réintégration professionnelle progressive.

Bibliographie :

1. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, Zeiss E. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining "whiplash" and its management. *Spine* 1995;20(8 Suppl):15-735
2. Kamper SJ, Rebeck TJ, Maher CG, McAuley JH,

3. Sterling M. Course and prognostic factors of whiplash: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2008;138(3):617-29
4. Williamson E, Williams M, Gates S, Lamb SE. A systematic literature review of psychological factors and the development of late whiplash syndrome. *Pain* 2008;135(1-2):20-30
5. Kosek E, Januszewska A. Mechanisms of pain referral in patients with whiplash-associated disorder. *Eur J Pain* 2008;12(5):650-60
6. Gerdle B, Lemming D, Kristiansen J, Larsson B, Peolsson M, Rosendal L. Biochemical alterations in the trapezius muscle of patients with chronic whiplash associated disorders (WAD)--a microdialysis study. *Eur J Pain* 2008;12(1):82-93
7. Ettl T, Schuster C, Stoffel R, Brüderlin A, Kischka U. A distinct pattern of myofascial findings in patients after whiplash injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2008;89(7):1290-3
8. Petterson K, Göran Toolanen. High-Dose Methylprednisolone Prevents Extensive Sick Leave After Whiplash Injury. *SPINE Lippincott-Raven Publishers* 1998;23(9):984-989
9. Ettl T. Schleudertrauma. In: *Chronischer Muskelschmerz. Klinik, Grundlagen, Diagnose, Therapie.* Hrsg.: Mense S, Pongratz D. Steinkopff Darmstadt 2003
10. Strebel HM, Ettl T, Annoni JM, Caravatti M, Jan S, Gianella C, Keidel M, Saner U, Schwarz H. Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (sog. Schleudertrauma). *Schweiz Med Forum* 2002;47:1119-1125
11. Stöckli HR, Ettl T, Gysi F, Knüsel O, Marelli R, Mayer CU, Soltermann B, Annoni JM, Dubs L, Hoffmann JF, Müller A, Radanov B, Walz F, Zimmermann H. Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der chronischen Phase nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma (ckZBT, sog. Schleudertrauma) (ohne Commotio cerebri/mild traumatic brain injury).

12. Radanov BP, Sturzenegger M, Di Stefano G. Long-term outcome after whiplash injury. A two-years follow-up considering features of injury mechanism and somatic, radiologic and psychosocial findings. *Medicine* 1995;74:281-97
13. Radanov BP, Sturzenegger M. Predicting recovery from common whiplash. *Eur Neurol* 1996;36: 48-51
14. Kasch H, Bach FW, Jensen TS. Handicap after acute whiplash injury. *Neurol* 2001;56: 1637-43
15. Keidel M. Schleudertrauma der Halswirbelsäule. In: Brandt T, Dichgans H, Diener HC, Hrsg. *Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen.* 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 1998. S. 69-84
16. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999;80:1-13
17. Ettl T, Schuster C, Stoffel R, Brüderlin A, Kischka U. A distinct pattern of myofascial findings in patients after whiplash injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2008;89(7):1290-3
18. Van het Loo M, Frinking E, Kahan JP, Vader JP. A review of the literature on whiplash associated disorders. RAND Europe, Institut universitaire de médecine sociale et préventive 2002
19. Travell JG, Simons DG, Simons LS. *Myofascial Pain and Dysfunction.* Lippincott Williams 1998
20. Bekkering GE, Hendriks HJM, Lanser K, Oostendorp RAB, Scholten-Peeters GGM, Verhagen AP, van der Windt DAWM. *Clinical practice guidelines for physical therapy in patients with whiplash-associated disorders. KNGF-guidelines for physical therapy in patients with whiplash 2003*

Pharmanews

Pfizer Suisse SA

Nouvelle indication de LYRICA® (prégabaline) : traitement du TAG

Le trouble anxieux généralisé (TAG) empoisonne la vie de beaucoup de personnes; c'est une maladie chronique et il faut la prendre au sérieux [1]. Avoir en permanence ce sentiment de peur réduit considérablement la qualité de la vie et influe sur le quotidien des malades comme sur celui de leurs proches [2-4]. Un traitement du TAG avec LYRICA® présente de nombreux avantages :

- Réduction significative des symptômes de TAG par rapport à un placebo [5]
- Réduction significative des troubles du sommeil des patients souffrant de TAG [6]
- Manifestation de l'effet dès la première semaine de traitement

Références :

1. Kessler RC, Berglund P, Dernier O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994:435-6
3. Wittchen HU et al. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *J Clin Pharmacol.* 2001;429(1-3):1-11
4. Hoffman DL, Dukes EM, Wittchen HU. Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety.* 2008;25:72-90
5. Kasper S. et al. Efficacy of pregabalin and venlafaxin-XR in generalized anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled 8-week trial. *Int. Clin. Psychopharmacology.* 2009, 24:87-96
6. Montgomery SA, Tobias K, Zornberg GL, et al. Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(5):771-82.

Tous les textes publiés sous la rubrique Pharmanews sont des affirmations émanant de l'industrie.

Impressum

Comité de rédaction : Pr A. Borgeat, Zurich ; Pr U. W. Buettner, Aarau ; Dr M. Felder, PD, Zurich ; Pr P. Keel, Bâle ; Pr S. Palla, médecine dentaire, Zurich ; rédactrice responsable : D. Prisi, IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Bâle

Les noms de marque peuvent être protégés par le droit des marques, même si l'indication correspondante devait faire défaut. Aucune garantie n'est donnée en ce qui concerne les indications relatives à la posologie et à l'administration de médicaments.

Publication en collaboration avec la Société suisse pour l'étude de la douleur. Edition : Dr Christian Jäggi, IMK, Bâle ; Edition : IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Münsterberg 1, 4001 Bâle ; tél. : 061/271 35 51 ; fax : 061/271 33 38 ; e-mail : dolor@imk.ch ; www.dolor.ch

Parution trimestrielle
ISSN 1422-0601 © IMK

Avec l'aimable soutien de



Les sponsors n'exercent aucune influence sur le contenu de la publication. Ils peuvent faire paraître de brefs communiqués sous la rubrique Pharmanews.