

CAT DEVANT UNE ENTORSE DU RACHIS CERVICAL

Clinique : cervicalgies + mécanisme : flexion - extension forcée (automobiliste ceinturé)

Examen neurologique normal

- C5 : épaule
- C6 : biceps et flexion (bicipital)
- C7 : triceps et extension (tricipital)
- C8 : auriculaire et mouvements des doigts.

Exploration de la mobilité du cou: flexion/extension, rotation et latéro-flexion droite et gauche.

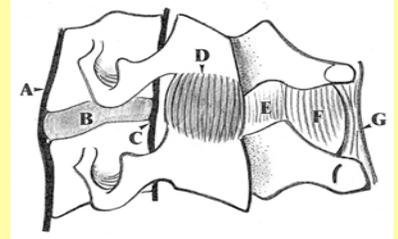
Examen des muscles : Les muscles paravertébraux sont un support important de la douleur : le levator scapula (ex angulaire de l'omoplate), le splenius du cou, les trapèzes et les muscles profonds de la nuque (semispinalis et multifidus, respectivement ex complexus et transversaire épineux).

Examen segmentaire cervical : palpation, segment par segment, quatre manœuvres de base (pressions sur les articulaires postérieures, sur l'épineuse, sur le ligament interépineux et pression latérale sur l'épineuse) mais seules les épineuses de C2 et de C7 sont palpables et servent de repères anatomiques. On n'utilise donc que la palpation des articulaires.

Recherche douleur ou sensibilité anormale, et en précisés l'étag concerné : de façon approximative (rachis cervical supérieur, moyen ou inférieur) ou précise en s'aidant des repères anatomiques classiques : épineuse de C7 (la première palpable en bas), angle de la mâchoire (qui correspond au corps de C4), épineuse de C2 (la seule palpable en haut).

Le segment mobile rachidien

- A : ligament (lgt) longitudinal antérieur
- B : disque intervertébral
- C : lgt longitudinal postérieur
- D : capsules articulaires
- E : lgt jaune
- F : lgt interépineux
- G : lgt supraspinal.



Bilan radiologique

Face, profil (C7 D1+++), bouche ouverte, 3/4 D et G

Moindre doute sur une lésion osseuse : TDM

Quand suspecter une lésion grave ?

Hématome des parties molles pré-rachidiennes

Radios : Cyphose locale, antélysthésis, baillement articulaire, augmentation de l'écart interépineux
 Dans ce cas : dynamiques sous surveillance médicale, scanner avec reconstruction.

Les dynamiques peuvent être normaux au début.
 Les refaire à J8.

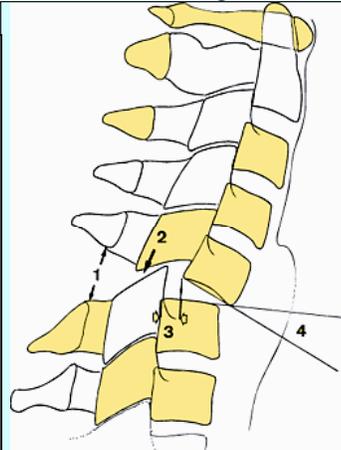
Entorse grave

- Rupture des moyens d'unions
 LVCA , Disque, LVCP, capsule, ligament jaune, ligament inter et sus épineux.

Ce qui n'est pas une entorse grave :

Le spondylolisthésis dégénératif cervical.

Le plus souvent, il n'existe sur les clichés initiaux, même lors d'une entorse grave, qu'une perte de la lordose cervicale physiologique.



Critères radiographiques d'entorse grave :

- 1 : augmentation de l'écart interépineux ;
- 2 : baillement articulaire postérieur ;
- 3 : antélysthésis de plus de 3,5 mm ;
- 4 : cyphose discale de 11° de plus que les étages adjacents.

Traitement	Evolution
<ul style="list-style-type: none"> - Antalgiques / AINS / Décontracturants. - Collier de thomas (aucune étude ne prouve son effet bénéfique), donc le moins longtemps possible 2-3 jours. - Mobilisation précoce, guidée par kinésithérapie. - Risque de sinistrose +++ donc dédramatiser le plus possible. 	<p>Normalisation en 8 à 15 jours, parfois moins. Parfois syndrome de Barré Liéou :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiopath mal connue (hgies articulaires, lésions deslongs du cou, de la chaine sympathique cervicale...) - Subjectif ou organicité ?
<ul style="list-style-type: none"> - Clichés dynamique à J8. - Moindre doute sur une lésion osseuse : TDM. 	