DOSSIER

LES CÉPHALÉES DES SPASMOPHILES ET LEUR TRAITEMENT PAR MANIPULATIONS VERTÉBRALES

M. DUC*
M. COQUERON*

Les céphalées sont une des doléances les plus fréquentes des spasmophiles. Un examen clinique attentif permet de rattacher la plupart d'entre elles à une cause cervicale. L'efficacité des manipulations vertébrales dans les céphalées d'origine cervicale est un fait maintenant acquis ; il restait à vérifier qu'elle se retrouve dans le contexte de la spasmophilie. Les résultats immédiats sont, dans notre expérience, brillants. Contrôler l'évolution à moyen terme permet d'atténuer le rôle de l'effet placebo et de mieux définir les inter-actions entre la spasmophilie et les céphalées d'origine cervicale. Tel est l'objet d'une enquête menée chez 43 sujets et rapportés dans la thèse de M. JANEL (4).

BASES THÉORIQUES

1 LES CÉPHALÉES D'ORIGINE CERVICALE DE MAIGNE

Ce sont les plus fréquentes des céphalées chroniques. GARCIA *(2)* estime qu'elles représentent 65 à 70 % des céphalées communes.

Mécanisme

La céphalée cervicale a pour origine un dérangement intervertébral mineur (D.I.M.) de l'étage C2-C3, provoquant une réaction inflammatoire locale et l'irritation du 3e nerf rachidien, en particulier de sa branche

* *Service de Médecine J , Professeur M. DUC, CHU de Nancy, Hôpital de Brabois, 54500 Vandœuvre-Les-Nancy.*

postérieure. Le territoire innervé par ce 3e nerf cervical recouvre essentiellement une partie de l'occiput, la mastoïde et l'angle maxillaire. Les phénomènes douloureux qui en découlent n'intéressent pas seulement ce territoire, mais le débordent largement, du fait :

- du passage à ce niveau de fibres trigéminales à destination orbitaire ;
- d'une contracture musculaire qui résulte d'une part de l'irritation des fibres motrices du nerf, d'autre part d'une réaction musculaire locale à la douleur. Cette contracture dépasse l'étage C2-C3 et, en particulier, retentit jusqu'aux insertions occipitales des muscles trapèze et grand complexus. Le nerf d'Arnold et la branche postérieure du 3e nerf cervical, qui traversent ces insertions, sont irrités secondairement à ce niveau. Les douleurs peuvent donc intéresser pratiquement toute la surface du crâne, notamment les régions frontale et occipitale, déborder sur la face au niveau orbitaire et même au niveau mandibulaire.

La fréquence du dérangement intervertébral mineur C2-C3 s'explique par les caractéristiques fonctionnelles de ce niveau. C'est en effet le premier joint intervertébral complet, sur les plans anatomique et fonctionnel, au-dessous du bloc formé par l'occiput, C1 et C2 *(3)* et il est exposé à toutes les contraintes : subites (traumatismes, mouvements brusques), durables (positions anormales de la tête) ou permanentes (correction de troubles statiques du rachis sous-jacent).

Clinique

CETTE CÉPHALÉE A PLUSIEURS CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES :

- Elle est souvent unilatérale, siégeant du même côté qu'un point douloureux à la pression, situé au niveau C2-C3 ; la palpation révèle un nodule ou point articulaire postérieur de MAIGNE *(6)* du volume d'un noyau de cerise, au niveau du massif articulaire postérieur ;
- Elle peut se bilatéraliser dans un certain nombre de cas ;
- elle est parfois pulsatile ;
- quasi permanente, elle est en tous cas journalière, contrairement aux migraines ;
- elle cède momentanément, de façon généralement incomplète, aux antalgiques usuels ;
- elle s'accompagne fréquemment d'une sensation désagréable, d'une gêne mal définissable : sensation de tête vide, impressions ébrieuses, difficultés de concentration ;
- très souvent un traumatisme cervical, même mineur, ou un traumatisme crânien est retrouvé par l'interrogatoire.

- Ces céphalées peuvent être exacerbées en période prémenstruelle, ainsi que par les conditions climatiques, les états de tension psychologique, les dysfonctionnements organiques divers (maldigestion notamment).

- L'examen clinique, outre le point articulaire postérieur C2-C3, révèle des contractures homolatérales plus ou moins étendues et une limitation fréquente de l'inflexion latérale cervicale à ce niveau. La palpation, douloureuse, des insertions occipitales du trapèze et du grand complexus, réveille parfois la céphalée. Une infiltration cellulaire sous-cutanée, diagnostiquée par la manœuvre du "pincé-roulé", s'observe au niveau du sourcil lors des céphalées sus-orbitaires et au niveau temporo-mandibulaire : ce sont les cellulalgies *(7)*.

2 LES MANIPULATIONS VERTÉBRALES DE L'ÉTAGE CERVICAL HAUT

Les manipulations vertébrales agissent sur les deux composantes étiologiques de la douleur céphalique, le D.I.M. et la contracture. Elles consistent en une pulsion brève et rapide à un niveau vertébral déterminé. Cette pulsion dépasse légèrement le point atteint par une mobilisation passive extrême de l'articulation ; elle stimule fortement les mécanorécepteurs articulaires et tendineux. Il en résulte une action proprioceptive intense, au niveau musculaire et tendineux avec un relâchement profond par réflexe myotatique inverse, et au niveau des récepteurs ligamentaires et capsulaires dont la sidération brusque est susceptible d'apporter une décontraction musculaire étendue. Simultanément, la manipulation corrige le D.I.M. Ces deux effets conjugués ont pour résultat de lever la compression canalaire qui s'exerce sur le nerf rachidien et de supprimer ses conséquences à distance.

L'acte manipulatif n'est exécuté que lorsque l'indication est justifiée par la conjonction d'une céphalée de caractère cervical et d'un point C2-C3, en l'absence des contre-indications habituelles radiologiques, biologiques et mécaniques (notamment la mobilité du segment envisagé doit être suffisante),

en se référant au schéma en étoile de MAIGNE et LESAGE *(8)*. Bien entendu, cet acte ne doit être réalisé que par un médecin parfaitement qualifié.

3 LA SPASMOPHILIE

- Dans notre conception *(1)*, la spasmophilie se définit comme "un ensemble de symptômes fonctionnels dont le substrat physiologique est l'hyperexcitabilité neuro-musculaire liée à la réaction de l'organisme aux états de fatigue et de stress ou, si l'on préfère, aux difficultés d'adaptation de l'individu à son mode de vie". Dans cette définition, deux points nous intéressent ici :
  - Le premier est la notion d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Celle-ci est susceptible de favoriser et d'entretenir des contractures musculaires, notamment des muscles paravertébraux. Il n'est donc pas étonnant que les céphalées d'origine cervicale soient si fréquentes dans une population de spasmophiles. Sur 1800 spasmophiles que nous avons examinés en 3 ans, 60 % se plaignaient de céphalées d'origine cervicale et 10 % de céphalées d'autre origine. On peut noter également que 60 % des spasmophiles se plaignent d'algies vertébrales diverses. Un corollaire de ce rôle de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire dans la genèse et l'entretien des contractures est la mauvaise réputation des spasmophiles auprès des spécialistes en manipulations vertébrales. Il est fréquent en effet, que, chez ces patients, les manipulations soient difficiles, en raison de l'intensité particulière des contractures, exposant soit à des réactions post-manipulatives exagérées, soit à des récidives. Une habitude suffisante de ces patients permet cependant d'éliminer la quasi totalité des réactions douloureuses.
  - Le second point résulte de la pluralité des facteurs étiologiques de la spasmophilie : fatigue et stress peuvent résulter de facteurs surtout exogènes, physiologiques (surmenage) ou psychologiques (conflits). Ils peuvent aussi traduire des facteurs endogènes liés à des traits névrotiques de la personnalité. Si les premiers peuvent être réduits par des conseils d'hygiène ou une psychothérapie simple, les seconds ne peuvent être rapidement modifiés. Or, toute thérapeutique a de nombreuses chances d'échouer lorsque les facteurs étiologiques ne sont pas corrigés. C'est pourquoi les manipulations vertébrales comportent, comme les autres traitements, un risque accru d'échec sur un terrain névrotique. Si les traits anxieux, obsessionnels ou phobiques, ne grèvent guère les résultats, il en va tout autrement des **personnalités hystériques qui représentent une contre-indication formelle.**
- L'interaction réciproque des céphalées d'origine cervicale et de la spasmophilie illustre un autre aspect de la diversité des mécanismes étiopathogéniques de celle-ci. Les céphalées chroniques et leur cortège symptomatique de sensations vertigineuses, difficultés de concentration, sont, nous y reviendrons, sources de fatigue et de stress. Elles peuvent entretenir, aggraver, voire déclencher une spasmophilie. Ainsi se constitue un cercle vicieux dont le patient ne peut sortir que si l'on traite l'une et l'autre de ses composantes.

ETUDE PERSONNELLE

1 MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les patients retenus sont des spasmophiles céphalalgiques hospitalisés ou consultant dans le Service de Médecine et ayant subi des manipulations vertébrales ayant concerné le niveau C2-C3.

L'indication, fondée sur les considérations précédentes, était initialement posée par un médecin averti de cette symptomatologie, mais non spécialisé et ne pratiquant pas cette technique. Tous les patients spasmophiles paraissant relever de ce traitement ont été retenus, à l'exception :

- d'une part, des contre-indications classiques ;
- d'autre part, des sujets atteints d'une névrose hystérique ou d'un état dépressif profond.

Ils ont été présentés au médecin manipulateur pour confirmation de l'indication, obtenue dans la très grande majorité des cas, et pour mise en œuvre du traitement. Celui-ci a été pratiqué chez 75 patients. Chez la plupart d'entre eux, il s'agissait de céphalées anciennes, ayant résisté depuis plusieurs années à tout traitement. Ils ont subi de 2 à 6 manipulations, en moyenne 3, espacées de 1 à 2 semaines. Quatre à six mois plus tard, deux questionnaires, identiques à la forme près, ont été adressés respectivement au malade et à son médecin traitant. Nous avons obtenu 43 réponses.

2 RÉSULTATS

Sur les céphalées

89 % des sujets ont été immédiatement améliorés. La disparition des céphalées se maintenait, lors de la réponse, dans 53 % des cas. Le pourcentage de récidives, au delà de 3 mois après la dernière manipulation, est, d'après notre expérience, plus élevé que chez les non-spasmophiles.

Le nombre important des bons résultats sur des céphalées rebelles est en soi un argument en faveur de leur origine cervicale.

Sur la spasmophilie

Un traitement de fond a été prescrit à tous les patients selon les modalités adaptées à chaque cas et qui varie selon le stade de la spasmophilie, les facteurs étiologiques, les perturbations ioniques. Globalement, 75 % des spasmophiles ont signalé une atténuation nette de leurs symptômes autres que les céphalées, amélioration subsistant après 4 à 6 mois. Il est intéressant de souligner que 9 patients reconnaissent n'avoir pas suivi cette thérapeutique de fond et que 6 d'entre eux se disent améliorés de l'ensemble de leurs symptômes après le seul traitement manipulatif.

COMMENTAIRES CONCLUSIONS

Les résultats obtenus par les manipulations vertébrales dans les céphalées des spasmophiles éclairent trois perspectives :

- l'intérêt des manipulations dans les céphalées d'origine cervicale en général ;
- le mécanisme des céphalées des spasmophiles ;
- le mécanisme de la spasmophilie et de ses symptômes en général.

L'intérêt des manipulations vertébrales dans les céphalées d'origine cervicale est un fait acquis pour tous ceux qui ont quelque expérience de ces techniques, ou tout du moins de leurs indications. Cet intérêt est souligné par le fait que les techniques manuelles réussissent là où de multiples traitements ont échoué auparavant. Il l'est également par la qualité des résultats chez des patients qui sont considérés habituellement comme des candidats médiocres au traitement manipulatif. En effet, la spasmophilie est souvent observée chez des sujets au psychisme fragile, porteurs de traits névrotiques, chez lesquels toute thérapeutique a de moindres chances de réussite, ce qui est le cas dans notre série, même si nous avons éliminé le contingent le plus névrotique de nos patients. D'autre part, la propension des spasmophiles à la contracture musculaire est un facteur de difficultés immédiates à la manipulation et de récidives à terme. Dans ces conditions, que près de 90 % des cas soient améliorés dans l'immédiat et 50 % de façon prolongée, témoigne d'une remarquable efficacité. Cependant, l'approche de ces patients nécessite de la part du médecin manipulateur une habileté particulière. En ce qui concerne la technique elle-même, il faut "recruter" très électivement le niveau incriminé, généralement C2-C3, le sens de la rotation devant être choisi en fonction de la contracture dominante de façon à l'étirer.

Ces règles permettent de diminuer la fréquence et l'intensité d'une réaction douloureuse les jours suivant la manipulation, réaction qui reste possible, surtout chez les spasmophiles. Il est psychologiquement indispensable d'en prévenir le patient. Enfin, on gagnera toujours à réaliser les manipulations sous traitement décontracturant pendant quelques jours. Bien entendu, plusieurs séances sont nécessaires pour une efficacité optimale.

L'amélioration des céphalées ne peut pas être liée à un effet placebo. Rappelons le pourcentage, la durée des bons résultats, l'inefficacité des traitements antérieurs. C'est donc le mécanisme physio-pathologique même des céphalées qui est corrigé. Sur un plan général, la preuve est apportée d'un mécanisme physiologique et non purement psychique à l'origine de ces céphalées. On ne doit pas parler de céphalées psychogènes, même si, à l'origine de la spasmophilie se trouvent des facteurs psychologiques, de terrain ou acquis, qui d'ailleurs ne représentent nullement la totalité des cas. La céphalée traduit un retentissement fonctionnel, c'est-à-dire physiologique et non un mécanisme purement psychique de conversion.

Sur le plan des phénomènes locaux, la manipulation agit sur deux systèmes, celui des récepteurs tendineux et celui des mécanorécepteurs articulaires. L'étirement des récepteurs tendineux de Golgi favorise par voie réflexe un relâchement complet (réflexe myotatique inverse) probablement limité aux muscles paravertébraux. Vis-à-vis des récepteurs articulaires, la manipulation situe l'articulation dans une position privilégiée, extrême, où tous les mécanorécepteurs sont en alarme

et provoque des réactions proprioceptives intenses aboutissant à une décontraction étendue *(11,12)*.

Parallèlement à la correction d'un D.I.M., la manipulation vertébrale vise ainsi à lever une contracture qui apparaît comme un mécanisme primordial dans l'entretien des douleurs. Ces contractures sont susceptibles de siéger à distance de l'articulation incriminée, dans le myotome correspondant *(9)*et intéressent les segments voisins sus et sous-jacents des muscles paravertébraux. Elles sont responsables en grande partie de l'irritation chronique tronculaire, et donc de la douleur ressentie dans tout le territoire du nerf rachidien correspondant. Cette diffusion des contractures est particulièrement importante chez les spasmophiles, en relation directe avec l'hyperexcitabilité.

▶ Les résultats des manipulations vertébrales contribuent à la compréhension de la physiopathologie générale de la spasmophilie. Il est remarquable que certains malades, sans aucun traitement propre de la spasmophilie, aient guéri de tous leurs symptômes, et non de leur seule céphalée, après des manipulations. Il faut donc que celles-ci aient supprimé un symptôme-clé pour l'entretien de leur spasmophilie. Il est clair que la céphalée elle-même est, comme tout état douloureux, un facteur d'asthénie. Elle peut être une cause d'anxiété du fait de sa ténacité et de l'absence d'explication. Les symptômes d'accompagnement, notamment les troubles de la mémoire et de la concentration intellectuelle, obligent à un effort supplémentaire dans la vie quotidienne. A elles seules, les céphalées sont donc génératrices d'asthénie et d'anxiété, qui sont les principaux facteurs étiologiques de la spasmophilie. La suppression de ce symptôme, en l'absence d'autres facteurs de pérennisation, peut guérir ces spasmophiles céphalalgiques. En retour, cette constatation conforte la théorie qui fait de la spasmophilie une affection acquise liée à une réaction à la fatigue et au stress, et notamment susceptible d'être déclenchée ou entretenue par un D.I.M. C2-C3 et ses conséquences loco-régionales.

Nous voudrions insister sur les analogies existant entre les traumatismes crânio-cervicaux et la spasmophilie. TOTIN *(10)* retrouve avec une fréquence inattendue des antécédents de traumatismes crâniens chez les spasmophiles. Le syndrome post-traumatique cranien est généralement très amélioré par les manipulations. Qu'il puisse être responsable d'une spasmophilie, cela se conçoit, d'autant que les perturbations adrénergiques post-commotionnelles étudiées expérimentalement par LEFRANÇOIS *(5)* pourraient être un facteur directement responsable d'hyperexcitabilité. Or il est extrêmement fréquent de retrouver à l'examen des patients qui ont été victimes d'un traumatisme cranio-cervical, des signes de D.I.M. cervical et notamment de C2-C3.

▶ Les céphalées d'origine cervicale et la spasmophilie sont donc unies par un double lien, chacune pouvant provoquer peut-être, entretenir certainement, l'autre. Les manipulations vertébrales, capables de faire disparaître rapidement et de façon prolongée ce type de céphalées, peuvent améliorer la spasmophilie dans son ensemble. Au moins, dans certains cas, elles ont valeur non seulement de traitement symptomatique, mais de traitement physio-pathologique. De plus, l'amélioration tangible encourage le malade à suivre l'ensemble des prescriptions médicales qui visent à enrayer les autres mécanismes de la spasmophilie et à réduire ses facteurs étiologiques, ce qui est la condition d'une guérison définitive.

BIBLIOGRAPHIE

1 - DUC M., DUC M.L.
La spasmophilie, modèle de la maladie fonctionnelle.
Rev. Méd. Fonct., 1982, 79-101.

2 - GARCIA J.L.
Les "Dérangements intervertébraux mineurs" de siège cervical supérieur : étude de leur rôle dans la genèse de certaines céphalées et des possibilités du traitement manuel.
Thèse Méd. Reims, 1977, 102-314 p.

3 - GARCIA J.L.
Rôle du rachis cervical dans la genèse et l'entretien de certaines céphalées chroniques. Responsabilité des dysfonctionnements mécaniques de l'étage C2-C3 et intérêt du traitement local par manipulations ou infiltrations.
Rhumatologie, 1980, 32, 115-124.

4 - JANEL M.
Hyperexcitabilité neuro-musculaire et céphalées d'origine cervicale. Intérêt des manipulations vertébrales.
Thèse Méd. Nancy, 1983, 302 p.

5 - LEFRANCOIS J.
Approche expérimentale du syndrome post-commotionnel. Rôle des catécholamines centrales. Thèse Méd. Rouen 1976.

6 - MAIGNE R.
"La céphalée sus-orbitaire. Sa fréquente origine cervicale. Son traitement par manipulations".
Ann. Méd. Phys., 1968, 11, 241-246.

7 - MAIGNE R.
Dérangement Intervertébral Mineur (D.I.M.), et Syndrome Cellulo-Téno-Myalgique Radiculaire (S.C.T.M.R.).
Cinésiologie, 1982, 21, 189-198.

8 - MAIGNE R.
Douleurs d'origine vertébrale et traitements par manipulations. 1 vol. 482 p., Paris, Expansion Scientifique Française.

9 - MAIGNE R.
Signes cliniques des céphalées cervicales ; leur traitement.
Méd. Hyg., 1981, 39, 1174-1185.

10 - TOTIN R.
La spasmophilie. Terrain et facteurs déclenchants. A propos de 1911 observations. Thèse Méd., Nancy, 1981, 163, 252 p.

11 - WINTER E. De.
Les cinorthèses : méthodes d'étude, concepts, apprentissage.
Ed. E.P.R.I. Médicorama, Paris, 1975, 62 p.

12 - WIKE B.
Neurology of the cervical spinal joints.
Physiotherapy, 1979, 65, 72-76.