Revue du rhumatisme monographies 80 (2013) 67–71

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

« Whiplash » : actualités

Whiplash: Current concepts

B. Fouquet*, F. Doury-Planchout

Service de médecine physique et de réadaptation, pôle reconstruction, hôpital Trousseau, CHU de Tours, 37044 Tours cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Accepté le 26 novembre 2012
Disponible sur Internet le 5 janvier 2013

Mots clés :
Coup de fouet cervical et affections associées
Classification
Cervicalgie
Central sensitization

RÉSUMÉ

Les « troubles associés au coup de fouet cervical » (TACFCC) sont un problème important de Santé publique, en particulier, du fait de l'incapacité chronique qui survient dans 20 % des cas environ. Les TACFCC représentent des entités hétérogènes avec de multiples aspects cliniques et psychologiques. La classification de la Québec Task Force de 1995 a été améliorée en 2008 avec l'intégration dans la classification du concept d'incapacité et d'interférence sociale liée ou associée au processus douloureux post-traumatique cervical. Une sensibilisation centrale à la douleur est probablement la clef de la compréhension des différentes dysfonctions observées dans les TACFCC. Cette sensibilisation centrale est liée à un réseau complexe d'interactions entre des facteurs personnels génétiques, physiques, affectifs, émotionnels, cognitifs, comportementaux mais aussi avec des facteurs environnementaux. La nouvelle classification des TACFCC devrait permettre, dans le futur, d'avoir des études plus précises sur les populations de TACFCC, de leurs facteurs pronostiques et donc, une meilleure approche thérapeutique. À ce jour, si la pratique d'exercices musculaires et de mobilisations précoces sont le meilleur choix thérapeutique dans les formes aiguës et subaiguës, en revanche, beaucoup de questions restent non résolues sur les modalités de prise en charge optimales dans les formes chroniques.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de rhumatologie.

Keywords:
Whiplash associated disorders
Classification
Neck pain
Central sensitization

ABSTRACT

Whiplash associated Disorders (WAD) are a very significant public health problem, particularly in relationship to chronic disability that occurs in 20 % of cases. WAD are heterogeneous entities with multiple clinical and psychological features. The Quebec Task Force classification of 1995 has been improved in 2008 with the integration of the concept of disability and social interference related to or associated to a post-traumatic neck pain. A central sensitization is probably the key of the different dysfunctions observed in WAD. Central sensitization to pain is related to a complex network of interactions between personal genetic, physical, affective, emotional, cognitive and behavioural factors but also with environmental factors. This new classification of WAD may allow, in the future, more precise studies of prognostic factors and therefore, a better approach of each patient. Today, if exercises and early mobilisation are the best therapeutic choices for acute and sub acute stages, there are many unresolved questions about the best effectiveness treatment in the chronic stage.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of the Société française de rhumatologie.

Le terme de « *Whiplash* » ou coup de fouet cervical (CFC) a été introduit par Crowe en 1928, pour expliquer un mécanisme lésionnel possible du rachis cervical au cours d'un accident, mécanisme qui avait été décrit à la fin du XIX^e^ siècle au cours d'accidents de chemin de fer (*railway spine*). Il combine un mouvement rapide de flexion puis extension du rachis cervical, sans traumatisme direct [1].

Le mécanisme est plus complexe, combinant un mouvement en « S » avec extension du rachis cervical inférieur et hyperflexion du rachis cervical supérieur, sans réaction musculaire associée, conduisant à des lésions potentielles du rachis cervical supérieur notamment en C2-C3 [2].

L'incidence des CFC serait comprise entre 1/1000 et 7/1000 personnes [3]. Au cours du XX^e^ siècle, il est apparu que ce tableau de cervicalgie, induit par un mouvement de coup de fouet, était associé à des manifestations multiples (Tableau 1) [4,5], conduisant à proposer le terme de troubles associés au coup de fouet cervical (TACFC) (*Whiplash Associated Disorders*) [6]. Alors

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : fouquet@med.univ-tours.fr (B. Fouquet).

1878-6227/$ – see front matter © 2012 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de rhumatologie.
http://dx.doi.org/10.1016/j.monrhu.2012.11.003

Tableau 1
Manifestations cliniques fonctionnelles des coups de fouet cervicaux [4,5].

Manifestations	Fréquence estimée (%)
Cervicalgies	94
Raideur cervicale	96
Céphalées	44
Cervicoscapulalgies	35
Sensations vertigineuses	15
Troubles de l'équilibre	?
Perturbations visuelles	12
Acouphènes	?
Fatigue	?
Troubles du sommeil	35
Troubles de la mémoire	15
Manifestations dysfonctionnelles temporomandibulaires	?
Sensations de manque de force d'un membre supérieur	?
Paresthésies diffuses non systématisées d'un membre supérieur	22
Syndrome de la traversée thoracobrachiale	?
Douleurs diffuses musculosquelettiques	?
Fibromyalgie	0,5 à 20

que la sécurité des véhicules a été améliorée, différentes études montrent une augmentation du nombre de personnes souffrant de TACFC.

En 1995, la Québec Task Force avait proposé une classification des patients en quatre groupes (Tableau 2). La majorité des TACFC concernait les patients dans les grades I et II (environ 90 %) et seulement 6 % des patients dans le grade III [7].

Les TACFC sont caractérisés par : une récupération rapide des phénomènes douloureux et de l'incapacité dans 50 % des cas, en moins de trois mois, une fréquence anormalement élevée d'incapacité à un an (environ 20 %); une symptomatologie s'aggravant progressivement dans ces formes chroniques [8].

Les TACFC sont le reflet d'une dysfonction globale d'un état de santé imposant une approche bio-psychosociologique.

1. Pour un nouveau modèle conceptuel des troubles associés au coup de fouet cervical (TACFC)

L'importance épidémiologique des grades I et II, leur caractère inhomogène [2], le fait que cette classification ne tenait pas compte des incapacités [9], concouraient à proposer une modification de la classification de 1995, reposant sur le modèle de la classification internationale des états de santé (CIF) (Fig. 1).

Dans ce modèle, les facteurs individuels et environnementaux interagissent avec les trois dimensions de santé, soit comme des facilitateurs, soit comme des barrières, dans la survenue, dans le maintien, voire l'amplification des troubles. La proposition de la *Bone Joint Decade Task Force* inclue maintenant le concept

Tableau 2
Classification des coups de fouet cervicaux et des manifestations associées de 1995 de la Québec Task Force [6].

Stade	Caractéristiques
0	Aucune plainte, aucune anomalie clinique
I	Plainte douloureuse, sensations de raideur, sensation de sensibilité locale. Aucune anomalie à l'examen physique
II	Plainte douloureuse, sensations de raideur, sensation de sensibilité locale et douleurs à la palpation ou diminution des mobilités du rachis cervical
III	Plainte douloureuse, sensations de raideur, sensation de sensibilité locale et anomalies de l'examen neurologique (déficit sensitif, déficit moteur, diminution ou abolition des réflexes)
IV	Plainte douloureuse, sensations de raideur, sensation de sensibilité locale et atteinte traumatique de la colonne cervicale (fracture ou luxation ou entorse grave)

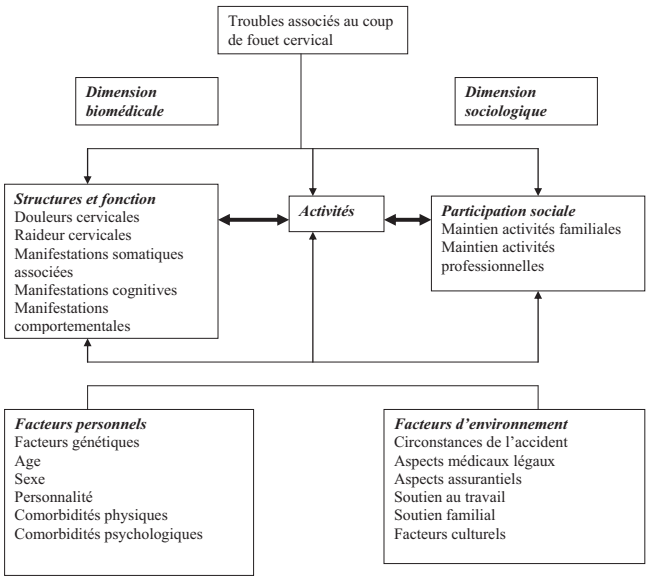

Fig. 1. Les troubles associés à un coup de fouet cervical selon la Classification internationale fonctionnelle des états de santé.

d'interférence sévère, c'est-à-dire le risque de non-participation sociale, familiale, professionnelle (Tableau 3) [10].

Chacun de ces stades peut être défini en fonction de son évolution « transitoire » si l'épisode est inférieur à sept jours ; « aiguë » de sept jours à trois mois ; « prolongée » si supérieur à trois mois.

Chaque épisode peut être classé en fonction de sa récupération :

- épisode « unique » avec récupération ;
- « deux épisodes ou plus » mais avec une récupération totale entre chaque épisode ;
- épisode « persistant » sans récupération après la première crise.

Cette classification permet une approche commune avec les cervicalgies observées dans le milieu de travail, voire dans la population générale [11].

Tableau 3
Classification des cervicalgies après accident de la Bone and Joint decade 2000–2010 Task Force [10].

Stade	Douleurs et anomalies associées	Interférences avec la vie quotidienne et la participation sociale
I	Faible intensité et aucun signe de pathologie grave (fracture, entorse grave, luxation) et examen neurologique normal périphérique et médullaire	Faible
II	Faible ou forte intensité et aucun signe de pathologie grave (fracture, entorse grave, luxation) et examen neurologique normal périphérique et médullaire	Sévères
III	Faible ou forte intensité et aucun signe de pathologie grave (fracture, entorse grave, luxation) et examen neurologique anormal (déficit de la sensibilité, déficit moteur, diminution ou abolition des réflexes)	Variables
IV	Faible ou forte intensité et aucun signe de pathologie grave (fracture, entorse grave, luxation) ou atteinte médullaire	Sans objet

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3389919

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3389919

Daneshyari.com