

# Sensation vertigineuse cervicogénique

## TECHNIQUES POUR LES SENSATIONS VERTIGINEUSES CERVICOGÉNIQUES

SNAG C1 pour sensations vertigineuses en rotation cervicale

Autoglissement PA sur C1

SNAG C2 pour sensations vertigineuses en extension cervicale

Sensation vertigineuse cervicogénique : SNAG C2 en extension (debout)

Autoglissement PA sur C2

Self-SNAG C2 avec serviette et ceinture

SNAG C2 pour nausées, étourdissements, ou troubles visuels (Manœuvre de secours)

## INTRODUCTION

Une sensation vertigineuse cervicogénique est caractérisée par un déséquilibre ou une instabilité, qui est communément associé avec une douleur cervicale, une raideur ou une céphalée (Wrisley et al., 2000).

Cette sensation vertigineuse non spécifique proviendrait d'une activité afférente anormale des mécanorécepteurs cervicaux supérieurs créant une inadéquation sensorielle avec les systèmes visuel et vestibulaire au niveau des noyaux vestibulaires et du cervelet (Gargano et al., 2012; Huijbregts & Vidal, 2004; Reid & Rivett, 2005; Reid et al., 2008).

L'observation de la suppression immédiate de ces symptômes pendant l'application d'une technique de SNAG cervical permet de raisonner cliniquement sur les segments mobiles de la colonne cervicale comme étant probablement la source de l'activité afférente anormale et donc responsables des symptômes. Il n'existe pas actuellement de test clinique de référence pour confirmer ou infirmer un diagnostic de sensation vertigineuse cervicogénique. La sensation vertigineuse cervicogénique est un diagnostic d'exclusion, mais elle est particulièrement fréquente lorsqu'il existe des antécédents de traumatisme et que les vertiges signalés sont en corrélation avec des douleurs cervicales (Huijbregts & Vidal, 2004).

Aux difficultés rencontrées par le praticien lors de la pose d'un diagnostic s'ajoute un large éventail d'affections bénignes et graves pouvant provoquer des sensations vertigineuses (Sloane et al., 2001). Un entretien clinique approfondi et un historique comprenant des questions spécifiques concernant les antécédents médicaux, les facteurs de risque vasculaire, tels que l'hypertension, les traumatismes cervicaux antérieurs et la répartition des douleurs, sont importants pour déterminer la pertinence d'une intervention de thérapie manuelle (Kerry & Taylor, 2009).

Dans certains cas, des tests de la fonction vestibulaire et un examen neurologique complet doivent être effectués pour exclure un dysfonctionnement vestibulaire et une atteinte du système nerveux central (Wrisley et al., 2000). Cette section décrira en détail les techniques de SNAG couramment utilisées pour traiter les sensations vertigineuses cervicogéniques, pour lesquelles il existe des preuves de niveau 2 (voir § Niveaux de preuves, ci-dessous).

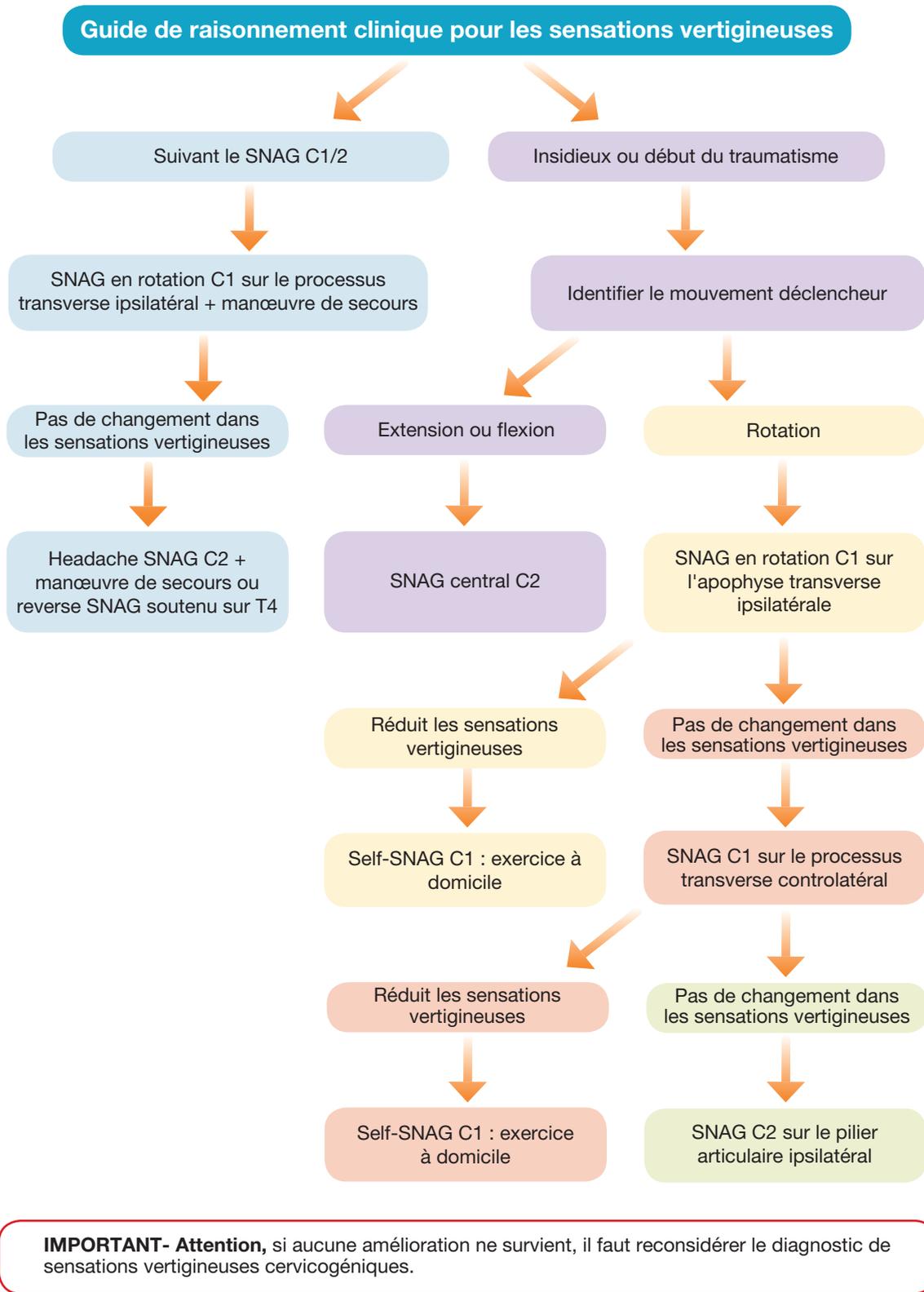
L'ordre dans lequel les techniques suivantes sont appliquées doit être soigneusement pris en compte et est détaillé dans l'organigramme de la fig. 2.1. La sélection de la technique est basée sur le mouvement symptomatique provocateur. Une fois celui-ci déterminé, un ordre suggéré de test et de traitement est appliqué. Si les techniques appliquées ne modifient pas les sensations de vertige, le praticien doit reconsidérer le diagnostic provisoire de sensations vertigineuses cervicogéniques.

### Niveaux de preuve

#### Niveau 2 : quatre ERC

Une étude contrôlée randomisée (ERC) menée par Reid et al. (Reid et al., 2008) a démontré que quatre séances de SNAG cervical étaient plus efficaces qu'un LASER placebo débranché en comparaison pour réduire les vertiges à 12 semaines. Le groupe SNAG a rapporté un bénéfice important en moyenne, alors que le groupe placebo a fait état d'un bénéfice minimal ou d'un peu de bénéfice (sur une échelle de bénéfice perçu où : 1 = aucun, 2 = minimal, 3 = un peu, 4 = beaucoup, 5 = grand et 6 = bénéfice maximal). En d'autres termes, le SNAG cervical peut être appliqué cliniquement en sachant qu'il a prouvé son efficacité sur 12 semaines. D'autres essais cliniques similaires sont nécessaires pour valider ce résultat.

Dans une étude longitudinale comportant trois ERC publiées, Reid et al. (Reid et al., 2014a, 2014b, 2015) ont comparé les effets du SNAG de Mulligan, des mobilisations de Maitland plus des exercices d'amplitude de mouvement et du placebo sur les mesures subjectives (les vertiges sur l'échelle EVA, la fréquence des vertiges, le *Dizziness Handicap Inventory* [DHI], l'EVA de douleur, et l'effet global perçu [GPE]) et les mesures objectives (l'amplitude de mouvement cervical, la précision du repositionnement de la tête et l'équilibre) liées aux vertiges cervicogéniques. Les études ont montré que les mesures subjectives se sont améliorées dans les groupes de thérapies manuelles, sans différence significative entre les deux. Le groupe SNAG a montré une plus grande amélioration de l'amplitude cervicale après traitement et après 12 semaines de traitement par rapport aux groupes Maitland et placebo. Cependant, la différence observée dans l'amplitude après 12 semaines entre les groupes de thérapie manuelle était inexistante lors du suivi à 12 mois.

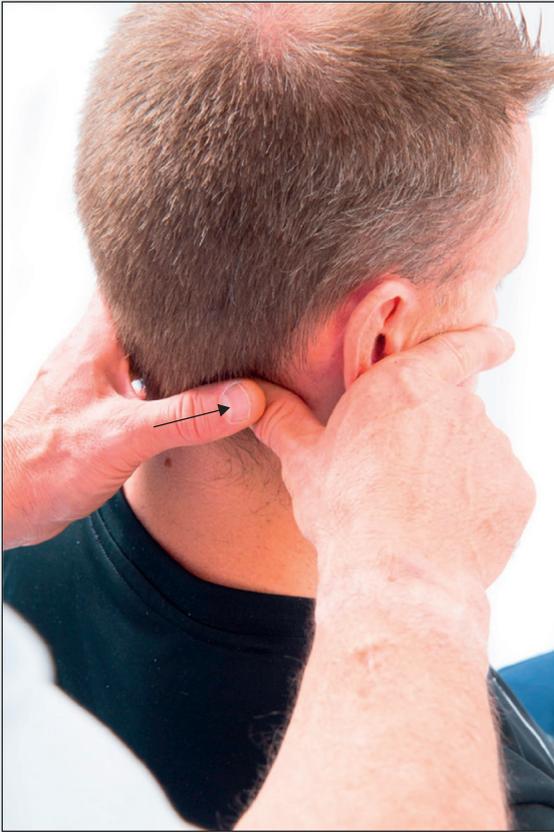


**Figure 2.1**  
Guide de raisonnement clinique de présentation des sensations vertigineuses

## SNAG C1 POUR SENSATIONS VERTIGINEUSES EN ROTATION CERVICALE

### APERÇU DE LA TECHNIQUE

2



**Figure 2.2**  
Sensation vertigineuse cervicogénique : glissement PA sur C1



**Figure 2.3**  
Sensation vertigineuse cervicogénique : glissement PA sur C1 (vue anatomique)



**Figure 2.4**  
Sensation vertigineuse cervicogénique : SNAG en rotation droite sur C1 avec supression

- Le patient est assis bien soutenu sur une chaise.
- La colonne cervicale et la tête sont placées dans une position neutre.
- Un léger glissement postéro-antérieur (PA) est appliqué sur le processus transverse de C1 du côté des symptômes.
- Pendant que le glissement est maintenu le patient tourne activement sa tête dans la direction qui a produit précédemment la sensation de vertige.
- S'il n'y a pas de symptômes, le patient applique une supression sur l'arcade zygomatique pour aller plus loin dans la rotation.
- Voir fig. 2.2 à 2.4.

**INDICATION**

Une sensation de vertige, d'étourdissement, de nausée et/ou de déséquilibre associée à la rotation de la tête.

**POSITIONNEMENT**

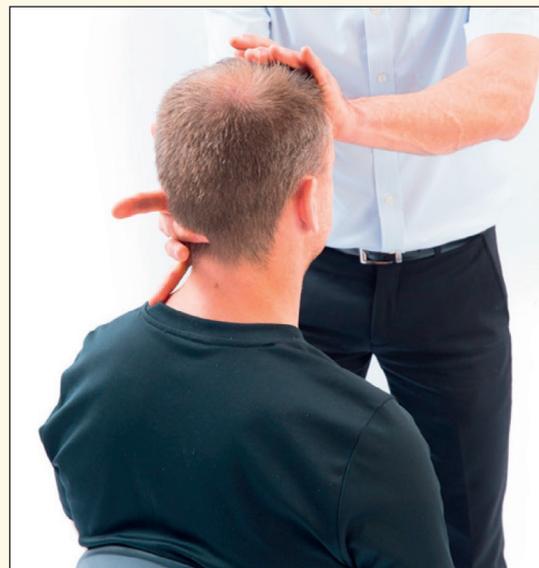
<b>Patient :</b>	Assis, bien soutenu sur une chaise.
<b>Partie du corps traitée :</b>	Tête et nuque dans un alignement neutre.
<b>Thérapeute :</b>	Debout derrière le patient.
<b>Mains/point de contact :</b>	La pulpe du pouce droit (pouce de contact) est placée sur la partie postérolatérale du processus transverse de C1. La pulpe du pouce gauche (pouce de mobilisation) est placée par-dessus l'ongle du pouce droit.

**PRINCIPES D'APPLICATION**

- S'assurer d'abord que l'activité aggravante (la rotation cervicale droite dans ce cas) provoque systématiquement les symptômes avant d'appliquer le glissement.
- Appliquer un glissement PA passif sur le processus transverse droit de C1 avec le pouce gauche (pouce de mobilisation) en appuyant directement sur le pouce droit (pouce de contact). Le thérapeute interroge le patient pour s'assurer que le glissement ne provoque pas de symptôme avant d'ajouter un mouvement actif.
- Le glissement PA est maintenu pendant que le patient tourne la tête de manière active dans le sens symptomatique jusqu'à la fin de l'amplitude du mouvement actif sans symptômes.
- Si l'amplitude complète est obtenue sans symptôme, le patient est invité à appliquer une surpression en rotation droite en utilisant le dos de sa main droite contre son maxillaire. Le dos de la main est utilisé sur le maxillaire pour empêcher le patient d'appliquer une surpression excessive et pour empêcher l'inclinaison du cou.
- Le patient est interrogé pour s'assurer que la surpression est asymptomatique.
- Un maximum de 3 répétitions de surpression (règle des 3) est effectué le jour 1 pour éviter la possibilité d'un effet indésirable (voir § Commentaires ci-dessous).

**VARIANTES**

- Une approche alternative pour cette technique consiste pour le thérapeute à se tenir debout devant le patient assis. Une main appuie contre le front du patient tandis que le majeur de son autre main repose sur l'arche postérieure de C1, dirigeant une force de glissement PA sur le processus transverse de C1 (fig. 2.5). Tout en maintenant une force de glissement constante, le patient tourne activement la tête dans le sens symptomatique.
- Si les symptômes ne disparaissent pas avec un SNAG C1 du côté des symptômes, la même technique sur le processus transverse de C1 controlatéral peut être tenté. En cas d'échec, une dernière alternative consiste à appliquer la même technique sur la lame ipsilatérale de C2. Le thérapeute suit la même procédure que celle décrite ci-dessus avec une surveillance étroite continue pour s'assurer que le patient ne présente aucun symptôme.
- Si le patient a une posture en antéprojection excessive de la tête, demandez-lui une antéversion du bassin pour avoir une posture plus érigée et réduire l'extension sous-occipitale, permettant une mobilisation efficace de C1.



**Figure 2.5**  
Placement alternatif des mains pour un glissement PA sur C1

## COMMENTAIRES

- Il est important que le thérapeute fasse pivoter son corps en conjonction avec la rotation de la tête du patient pour s'assurer qu'il maintient la bonne direction et la pression correcte sur le processus transverse de C1.
- La règle des 3 s'applique aux SNAG cervicaux supérieurs afin de prévenir les symptômes indésirables pouvant survenir malgré l'application de la technique appropriée. Les symptômes indésirables peuvent inclure des sensations vertigineuses, des étourdissements, des nausées, un léger flou visuel et/ou une transpiration. Si des symptômes indésirables apparaissent, le thérapeute dispose de plusieurs options pour y remédier (voir les techniques de manœuvre de secours).

## AUTOTRAITEMENT

- Le patient reproduit la technique en autotraitement en utilisant la pulpe de son index, renforcée par le majeur, pour être en contact sur l'extrémité latérale postérieure du processus transverse de C1 du côté des symptômes (fig. 2.6A et B). Un glissement PA est obtenu par une légère traction antérieure avec le bras. Le glissement est maintenu en même temps qu'il tourne activement sa tête vers le côté des symptômes. Le mouvement doit être sans symptômes ou ne doit pas être effectué. L'angle et/ou l'amplitude de glissement sont ajustés pour assurer une rotation active sans symptômes.
- Une surpression peut être appliquée avec la main sur l'arcade zygomatique, mais seulement si un mouvement complet sans symptômes peut être obtenu.
- Jusqu'à 3 répétitions sont effectuées et les symptômes sont ensuite réévalués. Les répétitions peuvent être augmentées jusqu'à 6-10 lorsque le patient s'habitue à l'exercice. Ce processus est répété 3-5 fois par jour jusqu'à ce que tous les symptômes aient disparu.
- Pour l'aider à trouver le processus transverse de C1, montrer au patient comment palper le processus mastoïde avec son index, puis comment le déplacer légèrement médialement et inférieurement.
- Un autre exercice consiste à utiliser une sangle cervicale d'autotraitement ou une serviette pour induire la rotation C1/2, comme décrite dans la section self-SNAG C1/2 pour les céphalées.



**Figure 2.6A**  
Autoglissement PA sur C1 : vue arrière



**Figure 2.6B**  
Autoglissement PA sur C1 : surpression

## ANNOTATIONS

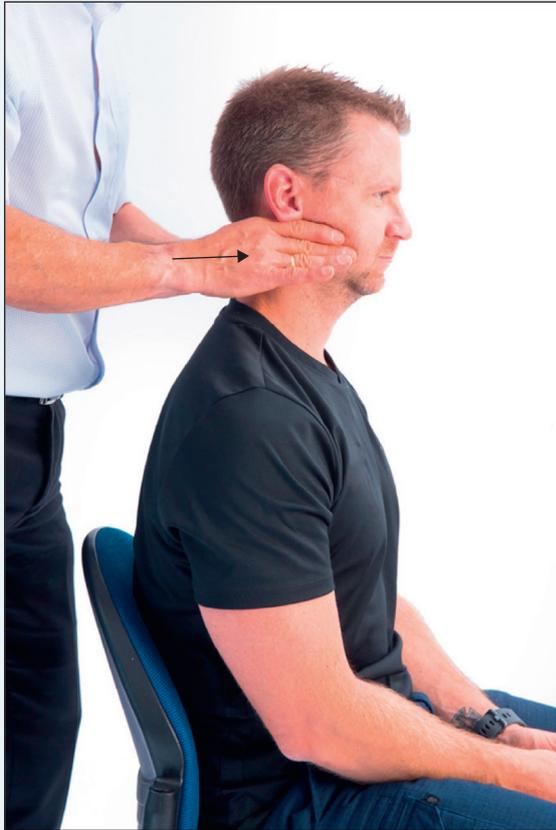


- sit R C1 SNAG Rot R × 3
- sit stabiliser le front R C1 SNAG Rot R + OP × 3
- sit R C1 self-SNAG Rot R + OP × 3

## SNAG C2 POUR SENSATIONS VERTIGINEUSES EN EXTENSION CERVICALE

2

### APERÇU DE LA TECHNIQUE



**Figure 2.7**  
Sensation vertigineuse cervicogénique : glissement PA sur C2



**Figure 2.8**  
Sensation vertigineuse cervicogénique : glissement PA sur C2 (vue anatomique)



**Figure 2.9**  
Sensation vertigineuse cervicogénique : SNAG C2 en extension

- Le patient est assis bien soutenu sur une chaise.
- La colonne cervicale et la tête sont placées dans une position neutre.
- Un glissement PA passif sans douleur est appliqué sur le processus épineux de C2, dans le plan horizontal.
- Pendant que le glissement est maintenu, le patient réalise une extension active du cou dans la direction qui provoquait précédemment la sensation de vertige.
- Voir fig. 2.7 à 2.9.