

Syndrome facettaire

présen- dlr lors des mvts qui rapprochent les facettes (ext>FL et rot ipsi), diminution de la mobilité vertébrale locale principalement en ext
tation mais aussi en FL et rot ipsi, pression douloureuse sur la vertèbre, tension et dlr musculaire, possibilité de cellulalgie
clinique

arthrose vertébrale

présen- niveaux les plus atteints = C5-C6-C7, symptômes selon évolution de l'atteinte, tableau clinique similaire à syndrome facettaire,
tation gravité des symptômes n'est pas égale aux imageries, dlr : impression de sable dans le cou, sensation de dlr et raideur après
clinique immobilisation, prédominance svt d'un côté, irradiation possible à l'occiput, la région scapulaire et aux MS, A°A° réduites (surtout
ext, FL et rot), radiculopathies possibles, limitations aux angles morts et difficulté à regarder rapidement vers les côtés et vers le
haut

primaire due au vieillissement physiologique des articulations, pt être marqué par bagage génétique

secondaire mauvaise posture, surcharge fctelle = microtraumatismes, traumatismes directs, traumatismes indirects, anomalies congénitales
causes

traitements éducation ++, chaleur, traction vertébrale manuelle douce, massages, mobilisations, correction et hygiène posturale, programme
général d'X's

Discarthrose: diminution de l'hydratation du noyau = diminution de la pression intradiscale (difficulté à assumer les charges compressives) =
déchirure des anneaux du disque= rapprochement des plateaux vertébraux et des facettes articulaires post. = formation d'ostéophytes là ou
plus instables à causes du rapprochement des insertions des ligaments et des capsules

Syndrome discal

évolution détérioration de l'anneau, infiltration du noyau et protrusion discale, rupture des fibres extérieures de l'anneau, hernie dicale

non-radic- présentation clinique ressemble syndrome facettaire et syndrome musculaire mais augmentation de dlr si flx prolongée et
ualire valsava, dx difficile, LLP reçoit pression du disque = dlr, diminution ROM cx

facteurs mvts répétés en flx et en torsion, périodes prolongées et excessives de compression et de vibrations, position prolongée en
contributifs flexion, lordose aplatie ou inversée



Céphalées

migraine	durée de 4-72h, unilatérale mais pt changer de côté, pulsatile, intensité modérée à sévère, nausée et vomissement, photophobie ou phonophobie, précédée ou non par une aura
céphalée de tension	durée 30 min- 7 jours, pression, serrement, non-pulsatile, bi-latérale, intensité faible à modérée, nausée et vomissement légers ou absents
céphalée cervicogénique	dû à une mauvaise posture ou un manque de mobilité critères majeurs : s et s d'une implication au cou, précipitée par : mvts du cou, postures inconfortables, pression externe sur la colonne cx du côté symptomatique., restriction de la mobilité cx, dlr au bras, à l'épaule ou au cou ipsilat critères modérés : confirmée par des blocs dx, unilatéralité de la dlr à la tête, caractéristiques des maux de tête: intensité modérée à sévère, dlr non lancinant, épisodes de durée variable, dlr fluctuante continue
drapeaux rouges	début soudain d'un nouvel épisode de céphalée, détérioration d'une céphalée préexistante en l'absence de facteurs explicatifs évidents, céphalées associées à de la fièvre, éruption cutanée, histoire de cancer, sida ou autres maladies systémiques, céphalées associées à des signes neuro focaux autres qu'une aura, céphalée modérée à sévère provoquée par la toux, l'effort ou l'effet de se pencher, apparition d'une céphalée pendant ou après la grossesse
céphalée médicamenteuse	attribuable à médication si prise régulière et abusive tous type de médic (acétaminophène, aspirine, antimigraineux, AINS) ou retrait d'une substance (caféine, opioïdes, oestrogène, alcool, cocaïne)



Céphalées (cont)

Névralgie d'arnold n. du grand occipital, C2, C1, C3, pt apparaître spontanément, svt provoqué par compression locale des sous-occipitaux, accentué par ext présentation: dlr face post de la nuque qui irradie jusqu'au sommet du crâne, dlr sous forme d'élan-cement intermittente et continue, palpation articulation C2 et C3 dlreuse

facteurs contri- posture, traumatismes cx, syndrome du stress post-traumatique
butifs aux
céphalées cervic-
ogéniques

muscles le splus svt impliqués : trap sup, SCM, sous-occipitaux
étourdissements : étourdissements non-rotatoires décrit comme un déséquilibre
vertige : inclut un aspect rotatoire

affections du défilé cervico-thx

présen- brachialgie (parfois aec paresthésies), source artérielle, veineuse ou neurogénique, peuvent être sévère ou simple (nouvelle
tation classification) selon ancienne classification : syndrome scapulocostal, syndrome du scalène antérieur, syndrome costoclavicu-
laire, syndrome d'hyperabd/syndrome du petit pec

traitements correction posturale, X's d'assouplissement des scalènes et pectoraux, mobilisations neurales, renforcement des MS, TMO
général

syndrome dlr région interscapulaire haute + bord med de la scap, brachialgie pouvant irradier jusqu'aux 4e et 5e doigts, diminution du pouls
scapul- radial dans certaines position du bras, posture cyphosée, tension trapèze sup et élévateur de la scap.
ocostal

syndrome cervicobrachialgie dominée par une brachialgie diffuse, sensation de lourdeur et de paresthésies, augmentés par certains mvt de
du scalène l'épaule et certaines postures, manoeuvre d'Adson peut être positive, peut être causé par côte surnuméraire
antérieur

syndrome brachialgie douloureuse, engorgement veineux du MS atteint, test du syndrome costoclaviculaire peut être positif.
costoclav-
iculaire

syndrome brachialgie douloureuse provoquée par la compression du paquet vasculo-nerveux sous le petit pec ou sous la clavicule,
d'hyperab- manoeuvre d'allen peut être positive
duction

*toujours unilatéral

