



HAL
open science

Les céphalées d'origine cervicale : évaluation des différentes prises en charge en médecine libérale (médecine générale, médecine manuelle et ostéopathique, neurologie)

Paul Mathieu

► **To cite this version:**

Paul Mathieu. Les céphalées d'origine cervicale: évaluation des différentes prises en charge en médecine libérale (médecine générale, médecine manuelle et ostéopathique, neurologie). Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932315

HAL Id: hal-01932315

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932315>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Paul MATHIEU

Le 14 Septembre 2017

LES CÉPHALÉES D'ORIGINE CERVICALE : ÉVALUATION DES DIFFÉRENTES PRISES EN CHARGE EN MÉDECINE LIBÉRALE (MÉDECINE GÉNÉRALE, MÉDECINE MANUELLE ET OSTÉOPATHIQUE, NEUROLOGIE)

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Bruno CHENUÉL	Président
M. le Professeur Jean PAYSANT	Juge
M. le Docteur Mathias POUSSEL	Juge
M. le Docteur Denis EVRARD	Directeur et Juge
M. le Docteur Razvan Nicolaie GOSPODARU	Juge

16 février 2017



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER –
Professeur François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU –
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles
GROSDIDIER – Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN -
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC -
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel
CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale) Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire) Docteure Véronique - DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES Madame Christine

DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE

Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Bruno CHENUÉL,

Professeur de Physiologie

Soyez assuré de notre gratitude pour avoir accepté de présider notre travail, et de l'intérêt que vous lui avez porté. Nous espérons être à la hauteur de la confiance que vous nous avez apportée.

À notre Maître et juge,

Monsieur le Professeur Jean PAYSANT,

Professeur de Médecine physique et de réadaptation

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

À notre Maître et juge,

Monsieur le docteur Mathias POUSSEL,

Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

Merci d'avoir accepté de juger notre travail et de vous être rendu si souvent disponible afin de répondre au mieux à nos interrogations. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

À notre Maître et juge,

Monsieur le docteur Denis EVRARD,

Docteur en médecine générale et diplômé en médecine manuelle ostéopathique

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour avoir accepté la direction de cette thèse.

Merci de votre confiance, de votre implication et de votre bienveillance, que j'ai pu ressentir à chacun de nos entretiens. Vos conseils et votre disponibilité m'ont permis d'aboutir à ce travail, que je suis heureux d'avoir effectué à vos côtés.

À notre Maître et juge,

Monsieur le docteur Razvan Nicolaie GOSPODARU,

Docteur en Neurologie

Nous avons été sensibles à l'honneur que vous nous accordez en jugeant ce travail.

Puissiez-vous trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Aux douze médecins qui ont accepté de faire partie de notre étude, merci d'avoir pris le temps de faire participer vos patients et de m'avoir permis d'effectuer ce travail.

A toutes les équipes des services qui m'ont accueilli au cours de mes stages et qui m'ont permis de progresser dans ma pratique.

Aux médecins libéraux qui m'ont fait confiance au cours de ma formation et m'ont accueilli dans leur cabinet.

À ma famille,

À mes parents, je vous aime. Merci pour votre soutien de tous les instants et pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises. Vous avez toujours été là pour moi, dans les bons comme dans les mauvais moments. Cette réussite est aussi la vôtre !

À mon frère Antoine, qui m'a montré la voie des études médicales. Certes tu soignes des dents maintenant, mais tes conseils m'ont permis d'avancer. Merci ! (J'espère avoir quelques occasions de venir supporter l'ASM avec toi l'année prochaine !)

Caroline, je suis heureux que tu fasses partie de la famille. Je vous souhaite plein de bonheur pour le mariage à venir.

À ma sœur Valentine, qui a été plus qu'un soutien durant ces longues années. Merci d'avoir toujours répondu présente pour me remonter le moral quand j'en ai eu besoin. Et puis quels souvenirs je garderai de notre visite de Seattle, « it was amazing !!!! » Merci pour tout.

On se le dit pas souvent (voir jamais) entre nous, mais Antoine, Valentine, je vous aime.

À Camille, mon amour. Tu es assurément ma plus belle rencontre nancéienne ! Je sais que ce n'est pas de tout repos de me supporter, mais merci pour ton courage et ta patience ! Chaque jour passé à tes côtés est un réel bonheur. Merci pour ta bonne humeur et pour tout l'amour que tu me donnes. Maintenant que tout ça est enfin terminé, le meilleur reste à venir ! Je t'aime.

À mes grands-mères, merci pour votre bienveillance et votre amour.

À ma belle-famille, merci de m'avoir accueilli à bras ouverts parmi vous.

Aux fidèles compagnons, Matcha et Momo, sans oublier la volaille (Bobo, Nono et Milky)

À mes amis,

*À **Baptiste et Audrey**, qui êtes devenus de véritables amis. Merci pour tous ces moments partagés, que ce soit en stage, au ski ou autour d'un barbecue avec une vinasse bien gouleyante. Ne changez rien !*

*À **FX et Laure**, qui m'avez adopté comme je suis ! Toujours un plaisir de passer nos soirées en votre compagnie (et celle de nos chats), en espérant qu'il y en ait encore plein à venir !*

*À **Mathieu D**, mon co-interne de choc de la Mat' ! Que de fous rires partagés avec toi, ces 6 mois d'internat auront été un réel plaisir !*

*À **Fabien**, le super cardiologue ! Merci pour le soutien que tu m'as apporté avec **Cindy**. Je vous souhaite plein de bonheur à venir.*

*À **Meryl et Clément**, qui m'avaient si gentiment accueillie lors de votre PACS. J'ai hâte d'être à l'ann e prochaine et de pouvoir, cette fois, assister à votre mariage.*

*Aux ostéo de l'extrême, **Flavien, Céline, Edouard, Hélène, Jeff, Adrien**, que de belles rencontres. Les Macdo mensuels partagés avec vous me manquent !*

*Au **Baseball**, d'abord à Nice, et ensuite à Nancy ! De franches rigolades partagées avec vous tous, et particulièrement avec **Leni**. Go Jags !*

À tous les niçois, avec qui j'ai partagé mes premières années médicales, et surtout les nombreuses soirées !

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	8
SERMENT	16
LISTE DES ABRÉVIATIONS	19
PRÉFACE	20
1. HISTORIQUE DES CÉPHALÉES CERVICALES.....	20
2. RAPPELS ANATOMIQUES	21
2.1. Le rachis cervical dans son ensemble :.....	21
2.2. Bases physiopathologiques :.....	22
2.2.1. Innervation du rachis cervical :.....	22
2.2.2. Mécanismes possibles des douleurs céphaliques d'origine cervicale :.....	23
3. LES DIFFÉRENTS ASPECTS DES CÉPHALÉES CERVICALES SELON MAIGNE	25
4. PRISE EN CHARGE OSTÉOPATHIQUE DES CÉPHALÉES CERVICALES : PEU D'ÉTUDES	26
5. LA MÉDECINE MANUELLE OSTÉOPATHIQUE ET ORTHOPÉDIQUE.....	27
5.1. Histoire de l'ostéopathie :.....	27
5.2. La pratique de l'ostéopathie en France aujourd'hui :.....	27
5.2.1. La législation actuelle :	27
5.2.2. Deux formations distinctes :.....	28
5.2.3. Imagerie et manipulation :.....	29
5.2.4. Contre-indications et complications des manipulations cervicales :.....	30
ARTICLE	32
1. INTRODUCTION	32
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	33
2.1. Type d'étude :.....	33

2.2.	Description de l'étude :	33
2.3.	Recueil des données :	33
2.4.	Population étudiée :	34
2.5.	Analyse des données :	34
3.	RÉSULTATS	35
3.1.	Caractéristiques des participants :	35
3.2.	Une affection récidivante :	36
3.3.	Les options thérapeutiques et les examens complémentaires :	36
3.4.	Evolution de la pathologie :	37
3.5.	Les sensations vertigineuses associées :	39
3.6.	Des patients globalement satisfaits :	40
4.	DISCUSSION	41
5.	CONCLUSION	43
	BIBLIOGRAPHIE ARTICLE	44
	CONCLUSION GÉNÉRALE	46
	BIBLIOGRAPHIE PRÉFACE ET CONCLUSION GÉNÉRALE	47
	ANNEXES	50

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

C1 : 1^{ère} vertèbre cervicale

C1-C2 : Articulation 1^{ère} et 2^{ème} vertèbre cervicale

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DO : Diplôme d'Ostéopathie

EVA : Echelle Visuelle Analogique

ICHD-3b : International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)

IHS : International Headache Society

MMO : Médecine Manuelle Ostéopathique

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

SOFMMOO : Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique

TENS : Neurostimulation Electrique Transcutanée

PRÉFACE

1. HISTORIQUE DES CÉPHALÉES CERVICALES

La notion même de céphalée cervicale a été longtemps contestée, car les céphalées communes furent longtemps considérées comme d'origine psychologique.

Les premières références retrouvées faisant état d'un lien entre céphalées et rachis cervical, furent données par Hilton dans les années 1860 et rapportées par Pearce (1). Dans ses écrits, Hilton supposa qu'une douleur au niveau de la partie antérieure ou latérale de la tête pouvait provenir du petit ou du grand nerf occipital, et plus probablement d'un désordre entre la première et la deuxième vertèbre.

60 ans plus tard, en 1926, Barré émit l'hypothèse d'une relation entre le rachis cervical et certains symptômes neurologiques, incluant céphalées et vertiges (2).

Le terme de céphalée cervicale fut introduit par Maigne en 1968 (3). En 1981, il présenta ses critères diagnostiques (4) et démontra l'efficacité de la médecine manuelle dans le traitement de ces céphalées (5).

C'est Sjaastad en 1983 qui utilisa pour la première fois le terme de « cervicogenic headache » dans la littérature médicale internationale, en décrivant des patients présentant des céphalées qui n'étaient pas encore répertoriées à cette époque (6).

En 1988, l'International Headache Society (IHS) modifia sa classification pour introduire une catégorie de céphalées associées à un désordre de la colonne cervicale (7).

En 1990, Sjaastad s'en inspira, et publia des critères diagnostiques spécifiques concernant les céphalées cervicales (8). Suite à des critiques qui s'en sont suivies (9), ces critères furent modifiés par Sjaastad en 1998 (10) en se basant sur de nouvelles recherches cliniques.

A l'heure actuelle, les céphalées cervicogènes sont reconnues comme une entité nosologique à part entière. En effet, l'IHS a publié en 2013 une nouvelle classification : The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) (ICHD-3b) (11). Les céphalées cervicogènes y sont décrites ainsi : Céphalée causée par un désordre du rachis cervical, aussi bien dans sa composante osseuse, discale et/ou des tissus mous.

Les critères diagnostiques sont les suivants :

A. Toute céphalée répondant au critère C.

B. La clinique, la biologie et/ou l'imagerie apportent la preuve de l'existence d'une pathologie ou d'une lésion du rachis cervical ou des tissus mous du cou connus pour être capables de provoquer des céphalées.

C. Lien de causalité démontré par au moins deux des éléments suivants :

1. la céphalée s'est développée en lien chronologique étroit avec le début de la pathologie cervicale ou l'apparition de la lésion ;
2. la céphalée s'est améliorée significativement ou s'est résolue en parallèle avec l'amélioration ou la résolution de la pathologie cervicale ou de la lésion ;
3. les amplitudes des mouvements cervicaux sont réduites et les céphalées sont significativement aggravées par les mouvements provoqués ;
4. la céphalée disparaît à la suite d'un bloc diagnostique de la zone cervicale en cause ou de son innervation.

D. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic ICHD-3b.

2. RAPPELS ANATOMIQUES

2.1. Le rachis cervical dans son ensemble :

Le rachis cervical, considéré dans son ensemble, est constitué de deux parties anatomiquement et fonctionnellement distinctes :

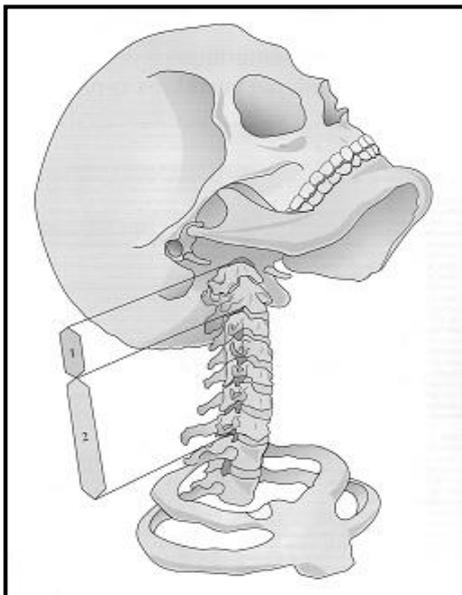


Figure 1 : Le rachis cervical dans son ensemble, d'après Kapandji (1 = rachis cervical supérieur, 2 = rachis cervical inférieur)

- Le rachis cervical supérieur ou encore rachis suboccipital, comportant la première vertèbre cervicale ou atlas, et la deuxième vertèbre cervicale ou axis. Ces pièces squelettiques sont réunies entre elles et avec l'os occipital par une chaîne articulaire complexe à trois axes et trois degrés de liberté ;
- Le rachis cervical inférieur, s'étendant du plateau inférieur de l'axis au plateau supérieur de la première vertèbre thoracique.

Les vertèbres cervicales, au nombre de sept, sont toutes du même type à l'exception de l'atlas et de l'axis, très dissemblables entre elles et avec les autres vertèbres cervicales. Les articulations du rachis cervical inférieur possèdent deux types de mouvements :

- D'une part, des mouvements de flexion-extension ;
- D'autre part, des mouvements mixtes d'inclinaison-rotation mais pas de mouvements purs d'inclinaison, ni de rotation.

Fonctionnellement, ces deux segments du rachis cervical se complètent mutuellement pour réaliser des mouvements purs de rotation, d'inclinaison ou de flexion-extension de la tête (12).

2.2. Bases physiopathologiques :

2.2.1. Innervation du rachis cervical :

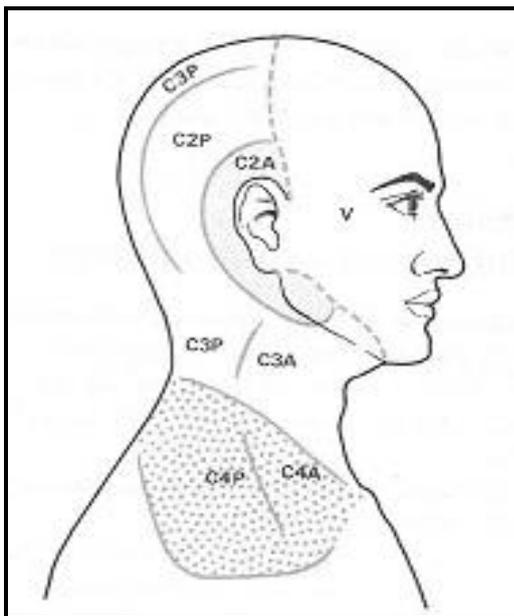


Figure 2 : Les topographies d'innervation (C2P = branche postérieure de C2, C2A = branche antérieure de C2, C3A et C3P = branches antérieure (A) et postérieure (P) de C3)

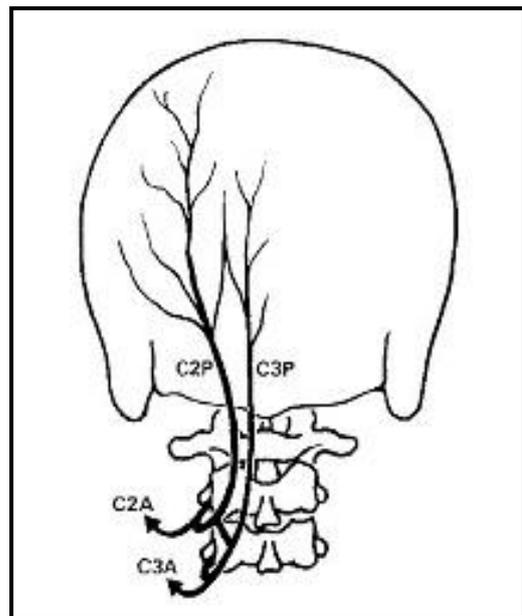


Figure 3 : Les branches postérieures de C2 et de C3 (C2P et C3P). Les branches antérieures de C2 et de C3 (C2A et C3A), d'après G. Lazorthes

- La branche postérieure de C1 ou nerf suboccipital n'a pas de rameau cutané, elle est essentiellement motrice à destination des muscles sous occipitaux.

- Dans le foramen intervertébral C1-C2, le ganglion spinal de la racine C2, le plus volumineux des ganglions cervicaux, adhère à la face postérieure de l'articulation latérale C1-C2. Le grand nerf occipital ou grand nerf d'Arnold est la branche postérieure cutanée de cette racine C2. Son trajet est tortueux. Il contourne le bord inférieur du muscle oblique inférieur de la tête, se dirige vers la ligne médiane puis monte verticalement et émerge à environ 2-3 centimètres de la protubérance occipitale externe en perforant successivement le muscle semispinalis puis le fascia du trapèze. Ses branches terminales innervent la partie postérieure du scalp, en épargnant une zone rétroauriculaire, innervée par la branche antérieure de C2.
- La branche postérieure du troisième nerf cervical sort par le foramen intervertébral C2-C3. Elle contracte des rapports étroits avec l'articulation zygapophysaire C2-C3. Elle se divise en une branche inférieure qui innerve la nuque et une branche supérieure, le petit nerf occipital ou petit nerf d'Arnold. Il innerve une bande paramédiane de la partie postérieure du scalp, jusqu'au vertex.
- La région rétroauriculaire est innervée par des rameaux nerveux issus du plexus cervical superficiel et provenant de la branche antérieure de la racine C2. Ces mêmes rameaux nerveux innervent aussi la peau de l'angle de la mâchoire (13).

2.2.2. Mécanismes possibles des douleurs céphaliques d'origine cervicale :

Par définition, une céphalée cervicale désigne une douleur ressentie à la tête mais provenant du rachis cervical. Trois mécanismes sous-tendant cette projection ont été décrits.

- *Irritation directe des fibres nerveuses :*

Du fait des rapports entre ganglion spinal de la racine C2 et articulation latérale C1-C2, il est possible que l'arthrose ou qu'un traumatisme articulaire puisse irriter le tissu nerveux et être à l'origine d'irradiations dans le territoire du deuxième nerf cervical. Une boucle vasculaire a aussi été décrite autour de la racine, qui pourrait avoir le même effet (14). De même, les nerfs C2 et C3 contournent en contact étroit les articulations zygapophysaires correspondantes (15). Enfin, il est concevable qu'une contracture musculaire du muscle oblique inférieur de la tête puisse étirer le grand nerf occipital (16). Une fibrose de l'insertion haute du muscle trapèze (traversée par le nerf) pourrait enfin entraîner une neuropathie canalaire (17).

- *Douleur dure-mérienne :*

Un pont de tissu conjonctif unit le muscle petit droit postérieur de la tête et la dure-mère de la jonction occiput-atlas. L'hypothèse a été émise qu'une tension de ce muscle pourrait générer des maux de tête par des tiraillements sur la dure-mère (18).

- *Douleur référée :*

Une douleur rachidienne (qu'elle soit articulaire, osseuse, discale ou autre) peut se projeter dans le territoire du même métamère (douleur référée) en l'absence de toute irritation directe des fibres nerveuses. Le mécanisme en cause est désigné sous le nom de phénomène de convergence, traduisant le fait que la structure causale et celle où est ressentie la douleur sont innervées par des nerfs différents. On admet que toute atteinte d'une structure cervicale haute peut être à l'origine d'irradiations vers le scalp en arrière du vertex. C'est aussi le mécanisme allégué des céphalées par points gâchette musculaires (19).

Ce phénomène est observé chez des volontaires sains, chez qui l'injection de sérum physiologique dans les articulations C0-C1, C1-C2 et C2-C3 produit une distension capsulaire à l'origine de douleurs cervicales supérieures et occipitales, mais n'irradiant pas au-delà du vertex (20).

Mais il est des cas, fréquents et reconnus comme céphalées cervicales, où la douleur irradie vers la région sus-orbitaire. Le mécanisme en cause est une convergence entre les afférents trigémiques et ceux des trois premiers nerfs cervicaux dans la racine descendante du trijumeau. Le trijumeau possède trois noyaux. Le premier, pédonculaire, reçoit les fibres de la sensibilité épicritique de la face. Le deuxième, protubérantiel, est moteur (muscles de la mastication). Le troisième forme la racine descendante et descend jusqu'au niveau C2, voire C3, dans la moelle cervicale. Il reçoit les fibres de la sensibilité thermoalgique de la face. Sa partie basse contracte des anastomoses avec les fibres sensibles des métamères cervicaux supérieurs (C1, C2, C3). Or il existe au sein de cette racine descendante une somatotopie. Sa partie basse reçoit des fibres afférentes provenant de la région sus-orbitaire, via le nerf ophtalmique. Ainsi se trouve constituée une voie nerveuse autorisant la projection de douleurs provenant du rachis cervical haut vers la région sus-orbitaire (21).

3. LES DIFFÉRENTS ASPECTS DES CÉPHALÉES CERVICALES SELON MAIGNE

Trois formes de céphalée cervicale peuvent être schématiquement décrites selon R. Maigne (22). Elles peuvent être isolées ou associées.

- *Céphalée occipitale :*

Elle est ressentie dans la région occipitale et peut irradier jusqu'au vertex. Elle correspond au territoire des branches postérieures de C2 et C3. Isolée, elle représente environ 20% des céphalées cervicales, mais elle est souvent associée sur un mode mineur aux autres formes. La forme aiguë constitue la névralgie d'Arnold (qui peut avoir d'autres causes). Celle-ci est rare avec ses paroxysmes généralement provoqués par des mouvements brusques du cou. La forme chronique est fréquente. Elle est responsable de céphalées occipitales survenant par périodes de durée et d'intensité extrêmement variables.

Dans les deux cas il existe une cellulalgie du cuir chevelu : « signe de la friction » ou « du shampoing. »

- *Céphalée occipito-temporo-maxillaire :*

Elle occupe la région pariétale rétroauriculaire, mastoïdienne et irradie vers le maxillaire inférieur. C'est le territoire de la branche antérieure de C2 et accessoirement de C3 qui est concerné. Isolée, cette forme représente environ 5% des cas de céphalées cervicales, mais elle est le plus souvent associée sur un mode mineur à une autre forme. Elle est souvent confondue avec des douleurs provenant de l'articulation temporo-maxillaire ou des muscles masticateurs.

Le « signe de la friction du cuir chevelu » est présent, tout comme le « signe de l'angle de la mâchoire ».

- *Céphalée sus-orbitaire :*

C'est la plus fréquente des céphalées cervicales (67% selon les statistiques). La topographie de la douleur est habituellement sus-orbitaire, parfois occipito-sus-orbitaire, et dans quelques cas rétro-orbitaire.

Elle s'accompagne toujours d'un « signe du sourcil ».

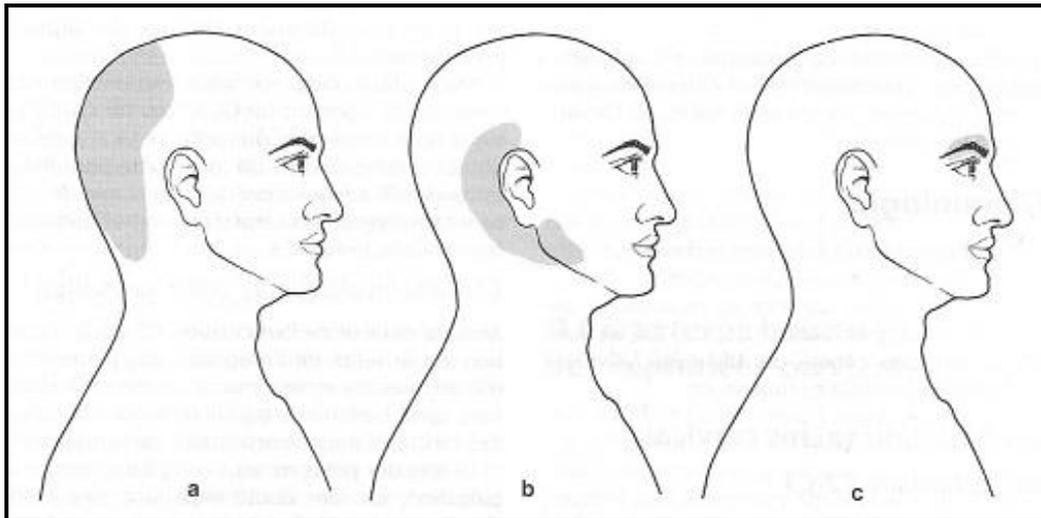


Figure 4 : Les trois types de céphalée cervicale, d'après R. Maigne (a = occipitale, b = occipito-temporo-maxillaire, c = sus-orbitaire)

4. PRISE EN CHARGE OSTÉOPATHIQUE DES CÉPHALÉES CERVICALES : PEU D'ÉTUDES

Les manipulations ont été le premier traitement proposé des céphalées cervicogéniques. Cependant, très peu d'études mêlant l'ostéopathie médicale et les céphalées ont été réalisées. Les travaux de revues systématiques et les méta-analyses regroupent souvent entre eux tous les articles évoquant les « manipulations vertébrales », afin d'évaluer leur effet thérapeutique pour traiter les céphalées (23).

Généralement, les résultats des méta-analyses ne permettent pas de conclure en raison de la méthodologie faible et du nombre d'études insuffisant (24).

Une autre méta-analyse souligne particulièrement la médiocre qualité des études disponibles concernant les manipulations vertébrales pour les traitements des céphalées cervicogéniques (25).

Malgré tout, deux méta-analyses de Bronfort *et al.* concluent l'une à un effet des manipulations supérieur à celui du massage (26), et l'autre supérieur à celui du massage ou d'un placebo de manipulation, au moins sur le court terme (27).

D'autre part, Jull *et al.* ont également montré dans un essai contrôlé et randomisé l'efficacité du traitement manuel dans les céphalées cervicogéniques (28).

5. LA MÉDECINE MANUELLE OSTÉOPATHIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

5.1. Histoire de l'ostéopathie :

L'ostéopathie fut créée à la fin du XIX^e siècle par le médecin Andrew Taylor Still.

En effet, c'est en 1874 que Still établit les principes de l'ostéopathie basés sur sa parfaite connaissance de l'anatomie et de la physiologie du corps humain. Il s'installa à Kirksville dans le Missouri, abandonna la médecine allopathique pour se consacrer à sa démarche ostéopathique de « chercher la cause, retirer l'obstruction et laisser le remède de la nature, le sang artériel être le docteur. »

En 1892, face aux succès médicaux, Still fonda la première école d'ostéopathie à Kirksville, l'American School of Osteopathy où on dispensa un diplôme de doctorat de médecine ostéopathique à partir de 1897.

L'ostéopathie continue de se développer aux USA et, au début du XX^e siècle, sa pratique est autorisée dans tous les Etats. A partir de 1973, tous les ostéopathes américains seront médecins. Ils auront des études et des prérogatives identiques.

L'ostéopathie fait son apparition en Europe par l'intermédiaire d'un des tous premiers élèves de Still, John-Martin Littlejohn. C'est lui qui crée la première école européenne à Londres en 1917 : la British School of Osteopathy. En 1990, le Royaume-Uni légalise l'ostéopathie.

La médecine ostéopathique apparaît en France dans les années 1960 grâce à des praticiens formés au Royaume-Uni ou aux USA. Ces derniers en formèrent d'autres puis ouvrirent des écoles. L'ampleur de ce véritable phénomène social amena le législateur à agir. 1962 voit la création du monopole d'exercice pour les seuls médecins, mais ce n'est que le 4 mars 2002 que la France légalise l'exercice de l'ostéopathie. Les décrets d'applications seront publiés en mars 2007, suivis du processus de reconnaissance des praticiens en exercice avant la publication de la loi (29).

5.2. La pratique de l'ostéopathie en France aujourd'hui :

5.2.1. La législation actuelle :

A l'heure actuelle, en France, la pratique de l'ostéopathie est encadrée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (30). En effet, comme le décrit l'Article 75, l'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé aux personnes

titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret.

Toute personne faisant un usage professionnel du titre d'ostéopathe est soumise à une obligation de formation continue, dans des conditions définies par décret. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé est chargée d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques. Elle établit une liste de ces bonnes pratiques à enseigner dans les établissements de formation délivrant le diplôme.

Un décret établit la liste des actes que les praticiens justifiant du titre d'ostéopathe sont autorisés à effectuer, ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont appelés à les accomplir.

Ces praticiens ne peuvent exercer leur profession que s'ils sont inscrits sur une liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations.

5.2.2. Deux formations distinctes :

Actuellement, on retrouve deux types de formations à l'ostéopathie :

- *Les ostéopathes non médecins :*

Ils sont autorisés à exercer en tant qu'ostéopathes après avoir obtenu un « diplôme d'ostéopathie » (DO), suite à une formation dans une école privée. La durée d'enseignement est de 5 ans, avec un minimum de 2600 heures d'enseignement selon les dispositions réglementaires.

L'ostéopathe non médecin, à moins d'être kinésithérapeute, n'a pas le statut de professionnel de la santé, et exerce en tant que professionnel du « bien-être » comme son champ de compétence le définit.

Il y a une nécessité inconditionnelle de diagnostic médical avant tout traitement manuel. En effet, l'ostéopathe non médecin est autorisé à prendre en charge des patients uniquement pour des troubles fonctionnels, comme le précise le décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie (31) : « Les praticiens sont tenus, s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétences. »

- *Les ostéopathes médecins :*

Ils ont réalisé un diplôme interuniversitaire (DIU) de Médecine Manuelle Ostéopathique (MMO) d'une durée de deux ou trois ans, dès le troisième cycle ou à la fin des études médicales. Il est néanmoins obligatoire d'un point de vue déontologique de poursuivre sa formation par le biais de cours pratiques et théoriques afin d'approfondir ses connaissances.

Début avril 2016, on estimait à 26 222 les personnes autorisées à user du titre d'ostéopathe (32).

5.2.3. Imagerie et manipulation :

La Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique (SOFMMOO) a émis des recommandations concernant la prescription de radiographies avant manipulation (33) :

- *1^{ère} recommandation :*

Pour toute manipulation des articulations sacro-iliaques, du rachis lombaire et du rachis thoracique, il n'y a pas lieu de demander systématiquement une radiographie. Le médecin devra se conformer aux recommandations internationales qui préconisent une radiographie en cas de douleur chronique rebelle (plus de trois mois d'évolution) ou lorsque des signes d'alerte sont présents ou chez les sujets de moins de 20 ans et de plus de 50 à 55 ans. La SOFMMOO propose de faire passer de 20 à 25 ans l'âge jusqu'où des radiographies systématiques sont nécessaires.

- *2^{ème} recommandation :*

Avant toute manipulation du rachis cervical, des radiographies sont indispensables, quelle que soit l'ancienneté de la douleur.

- *3^{ème} recommandation :*

Lorsque le patient souhaite de façon insistante une radiographie médicalement non justifiée et qu'un traitement manipulatif est indiqué, cette radiographie doit être réalisée. Cette recommandation est liée au caractère très particulier du geste manipulatif et de la nécessaire pleine coopération du patient.

5.2.4. Contre-indications et complications des manipulations cervicales :

La relative fragilité du rachis cervical jointe à la présence de la moelle épinière et, latéralement, des artères vertébrales, fait que les manipulations cervicales présentent des risques. La prévention passe d'abord par le respect des contre-indications classiques (34) :

- *Contre-indications absolues (risque élevé d'accident) :*
 - Pathologie tumorale ou infectieuse
 - Présence ou possibilité de présence de fracture, entorse, luxation cervicale
 - Ostéoporose évoluée avec tassements
- *Contre-indications simples (risque faible d'accident) :*
 - Hyperlaxité
 - Pathologie inflammatoire
 - Hernie discale cervicale en phase aiguë
 - Traitement anticoagulant
 - Rachis immature (moins de 16 ans)
 - Absence d'indication raisonnable à la manipulation cervicale

Mais les manipulations cervicales peuvent aussi avoir pour conséquence une dissection de l'artère vertébrale. Quoique très rare, cette complication est potentiellement la plus grave et elle est imprévisible. La SOFMMOO a publié cinq recommandations visant à en réduire le risque (35) :

- *1ère recommandation :*

Effectuer un interrogatoire prémanipulatif : l'existence d'antécédents d'effets indésirables (vertiges, état nauséeux...) doit faire réfuter la manipulation cervicale.
- *2ème recommandation :*

L'examen clinique, neurologique et vasculaire, est indispensable avant toute manipulation cervicale.

- *3ème recommandation :*

Les indications des manipulations cervicales ainsi que les contre-indications techniques et médicales, relatives et absolues, doivent impérativement être respectées.

- *4ème recommandation :*

Le praticien manipulateur doit être diplômé et techniquement très compétent. Un an d'exercice continu des techniques manipulatives après l'acquisition du diplôme universitaire de 3ème cycle est indispensable.

- *5ème recommandation :*

Au cours d'une première consultation, il n'est pas recommandé de recourir aux manipulations cervicales chez la femme de moins de 50 ans. Celles-ci ne peuvent intervenir qu'après l'échec des traitements médicamenteux et physiques habituels. Dans ce cas, après l'accord éclairé du patient à qui on explique de manière simple, loyale et intelligible en quoi consiste la manipulation et ses risques, la technique manipulative doit être réalisée avec « douceur et doigté » et le moins de rotation possible. Un suivi médical doit être assuré.

D'autres complications sont possibles, quoique moins graves, en particulier l'aggravation de la douleur initiale. Une réaction douloureuse après manipulation n'est pas rare, mais elle ne doit pas dépasser quelques jours. L'analyse soigneuse des symptômes du patient, le respect des indications, des contre-indications et de la règle de la non-douleur constituent la meilleure prévention de ce problème.

La médecine manuelle et l'ostéopathie ne sont pas encore fondées sur des preuves évidentes, sur le plan scientifique. Elles sont plutôt fondées sur des ignorances : ignorance du grand public, ignorance des non-médecins, parfois même ignorance des médecins. Toutefois, les doutes et les critiques, essentiellement universitaires, ne doivent absolument pas faire récuser une thérapeutique antalgique non médicamenteuse qui s'avère être très efficace sur le terrain, empiriquement (36).

C'est notamment pour cette raison que de nouvelles études doivent être menées afin d'évaluer l'efficacité de l'ostéopathie pour la prise en charge de certaines pathologies.

ARTICLE

1. INTRODUCTION

Les céphalées sont des pathologies fréquentes dans la population générale. Selon l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG), on retrouve en 2009 une prévalence de 2.1% concernant les résultats de consultation pour « céphalée », soit le 40^{ème} résultat de consultation le plus fréquent par ordre décroissant (1).

Il convient néanmoins de distinguer les céphalées primaires (céphalée de tension, migraine, algie vasculaire de la face) et secondaires (2).

Les céphalées cervicogènes sont considérées comme des céphalées secondaires, même si parfois aucune lésion organique cervicale n'est retrouvée (3). Il s'agit d'une pathologie peu reconnue et souvent controversée dont les caractéristiques sont différentes en fonction des auteurs. Plus que la nosologie propre, c'est le concept de la céphalée cervicogène qui est primordial en médecine manuelle ostéopathique, en raison du rapport de cause à effet existant entre le rachis cervical et certaines douleurs de la face (4).

La prévalence de ces céphalées cervicogènes est estimée à 4% (5) selon les critères de Sjaastad (6). D'après cet auteur, les céphalées cervicogènes représenteraient 18% des céphalées essentielles (7). Selon Maigne, et d'après ses propres critères diagnostiques (8), elles représenteraient plutôt 80% des céphalées essentielles (9).

Les manipulations ont été le premier traitement proposé des céphalées cervicogéniques. Cependant, très peu d'études mêlant l'ostéopathie médicale et les céphalées ont été réalisées. Les travaux de revues systématiques et les méta-analyses regroupent souvent entre eux tous les articles évoquant les « manipulations vertébrales », afin d'évaluer leur effet thérapeutique pour traiter les céphalées (10).

L'objectif de ce travail est d'évaluer les différentes prises en charge qui s'offrent aux patients souffrant de cette pathologie.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une enquête quantitative dont l'objectif principal est l'évaluation des différentes prises en charge des céphalées d'origine cervicale en médecine libérale.

Le critère de jugement principal est la diminution de la douleur, évaluée grâce à l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) 30 jours après la prise en charge, comparée à l'EVA le jour de la consultation initiale ayant pour motif une céphalée cervicale.

Le critère de jugement secondaire est de recueillir le degré de satisfaction du patient concernant la prise en charge dont il a bénéficié.

2.2. Description de l'étude :

La première partie de l'étude consistait en la réalisation d'un questionnaire à faire remplir au patient pendant la consultation. Durant cette consultation, leur consentement oral était recueilli, et les différents points du déroulement de l'étude leur ont été expliqués. Une « fiche de recueil patient » leur était remise à la fin de la consultation afin qu'ils puissent noter l'évolution de leur symptomatologie sur 30 jours. Une « lettre d'informations » leur était également transmise pour leur expliquer les objectifs du travail de recherche. Au terme des 30 jours, les patients devaient renvoyer leur « fiche de recueil » grâce à une enveloppe préaffranchie qui leur avait été préalablement remise.

La deuxième partie de l'étude se résumait à contacter les patients par téléphone lors de la réception de leur « fiche de recueil ». Cet appel téléphonique avait pour but d'évaluer leur douleur 30 jours après la prise en charge, mais également de recueillir leur ressenti global sur la prise en charge dont ils avaient fait l'objet.

2.3. Recueil des données :

Les données de l'enquête ont été recueillies au moyen d'un questionnaire envoyé par courrier postal à différents médecins libéraux (médecins généralistes, médecins ostéopathes, neurologues).

L'étude a été réalisée dans plusieurs départements de la région Grand Est (Meurthe-et-Moselle, Moselle, Meuse, Vosges).

L'envoi postal a été effectué en Novembre 2016 après échange téléphonique direct avec les différents médecins concernés. Après une relance téléphonique effectuée au mois de Février 2017, l'arrêt du recueil s'est achevé à la fin du mois de Mars 2017.

La première partie du questionnaire permettait de recueillir différentes informations sur le patient : âge, sexe, poids, profession, antécédents, traitements, mode de vie.

La deuxième partie renseignait le motif de la consultation actuelle : apparition des symptômes, automédication de la part du patient. Il était également demandé si le patient avait déjà bénéficié d'une consultation antérieure pour le même motif, et si une imagerie avait déjà été effectuée.

Une EVA était réalisée et permettait de quantifier la douleur le jour de la consultation.

La troisième partie s'intéressait à l'épisode actuel : un vertige était-il associé ? Un médicament, de la kiné, une imagerie étaient-ils prescrits ? Des soins étaient-ils réalisés ? Et enfin, le patient était-il adressé à un médecin d'une autre spécialité ?

Afin de garantir l'anonymat des patients, un numéro d'anonymisation était noté sur chaque questionnaire et sur chaque feuille de recueil patient correspondante.

2.4. Population étudiée :

Le questionnaire a été envoyé à 23 médecins : 4 neurologues, 12 médecins généralistes et 7 médecins ostéopathes.

Etaient inclus tout patient se présentant en consultation chez un des médecins sélectionnés pour l'étude pour le motif « céphalée d'origine cervicale », et qui acceptaient de participer à l'étude.

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

2.5. Analyse des données :

Les questionnaires ont été intégrés informatiquement grâce au logiciel QUALTRICS® afin de procéder à l'analyse statistique. Les variables qualitatives ont été décrites par un pourcentage, les variables quantitatives par la moyenne et l'écart-type.

Les analyses statistiques ont utilisé le test du Khi 2, le test de Fisher et l'analyse de variance (ANOVA), avec un risque alpha fixé à 5% ($p < 0,05$).

3. RÉSULTATS

3.1. Caractéristiques des participants :

Au total, 126 questionnaires ont été envoyés : 20 pour les neurologues, 56 pour les médecins généralistes, 50 pour les médecins ostéopathes. Le taux de réponse global a été de 34,1%. Différentes raisons peuvent expliquer ce taux : 5 médecins n'ont pas donné suite, 4 médecins n'ont pas pu participer par manque de temps ou oubli et 2 médecins n'ont pas retrouvé de cas à intégrer.

Tableau 1: Caractéristiques de la population enquêtée

Effectif (nombre)	43				
Age (années)	Moyen	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
	38,9	13,5	39	17	80
Genre (%)	Féminin	Masculin			
	62,8	37,2			
Spécialité du médecin consulté (%)	Médecin ostéopathe	Médecin généraliste	Neurologue		
	51,2	39,5	9,3		
Consultation antérieure pour le même motif (%)	Oui	Non			
	79,1	20,9			
EVA lors de la consultation (nombre)	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
	5	2,7	6	0	9
Vertiges présents lors de la consultation (%)	Oui	Non			
	48,8	51,2			

Parmi les antécédents retrouvés pour les 43 patients intégrés, il s'agissait en majorité de pathologies ostéo-articulaires (19 patients) et psychiatriques (12 patients).

Pour 51,2% des patients, les symptômes évoluaient depuis plusieurs mois avant de consulter. Ce délai d'attente avant la consultation peut s'expliquer entre autre par l'automédication. En effet, pour plus de 2 patients sur 3 (69,8%), un traitement médicamenteux avait déjà été pris avant de consulter. Il s'agissait, pour la majorité des cas, d'antalgiques de palier 1 (Paracétamol la plupart du temps, mais aussi des molécules anti-inflammatoires). Plus rarement, les patients prenaient des antalgiques de palier 2 (Paracétamol-Codéine, Tramadol, Néfopam, etc) ou bien d'autres molécules, comme des Triptans ou des Myorelaxants.

3.2. Une affection récidivante :

Le questionnaire s'intéressait également à la prise en charge des épisodes antérieurs. Effectivement, nous avons pu constater que 79,1% des patients interrogés avaient déjà consulté auparavant pour ce même motif. La prise en charge était principalement médicamenteuse, associée dans plus de la moitié des cas à une prise en charge ostéopathique, et, à moindre mesure, à des séances de kinésithérapie.

Il est aussi intéressant d'analyser les prescriptions d'examen complémentaires. En effet, on remarque que parmi les 34 patients ayant déjà consulté antérieurement pour cette pathologie, une grande majorité (82,3%) avait déjà bénéficié d'une imagerie. Il s'agissait principalement de radiographies du rachis cervical. Dans 69% des cas, ces examens complémentaires ne retrouvaient pas d'anomalie.

3.3. Les options thérapeutiques et les examens complémentaires :

Pour en revenir à la prise en charge de l'épisode actuel, on a pu noter que des médicaments étaient prescrits dans plus de la moitié des cas (55,8%). La plupart du temps, il s'agissait d'antalgiques de palier 1. Les antalgiques de palier 2 et les myorelaxants étaient rarement prescrits.

D'un autre côté, nous avons pu constater que seulement 1 patient sur 5 (20,9%) avait bénéficié de la prescription de séances de kinésithérapie. Néanmoins, pour plus de la moitié des patients intégrés à l'étude (55,8%), des soins ont été réalisés. Il s'agissait, pour une très large majorité (91,7%), de manipulations ostéopathiques.

En revanche, il est intéressant de noter que 2 patients ayant consulté un neurologue ont bénéficié de traitements plus spécifiques, à savoir une infiltration pour l'un, et la mise en place de Neurostimulation Electrique Transcutanée (TENS) en hospitalisation pour l'autre.

D'autre part, seulement 6 patients ont été adressés à un autre médecin pour la suite de la prise en charge, dont 5 à un médecin ostéopathe.

Enfin, concernant les examens complémentaires, nous avons remarqué qu'une imagerie n'était prescrite que pour moins d'un patient sur 4 (23,3%). Il s'agissait essentiellement de radiographies du rachis cervical.

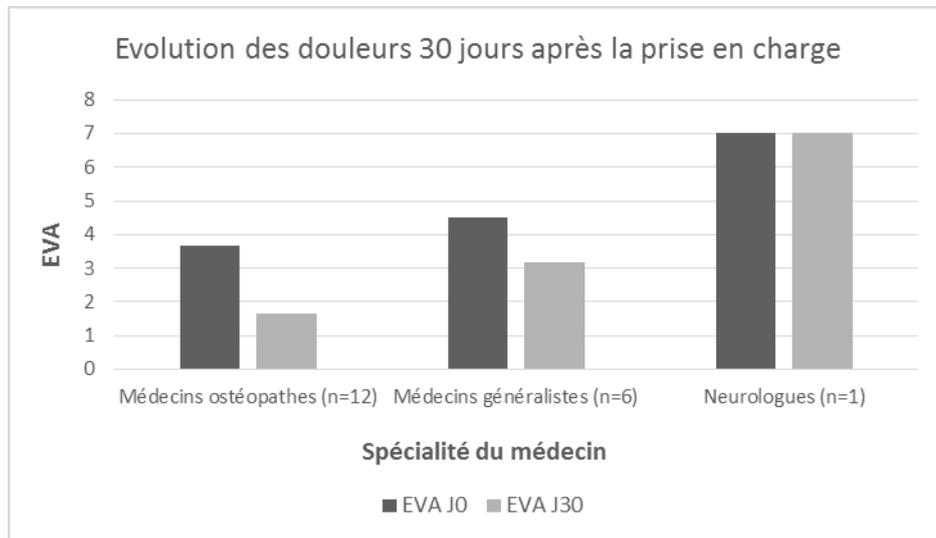
3.4. Evolution de la pathologie :

Parmi les 43 patients ayant répondu au questionnaire, seulement 20 ont renvoyé leur fiche de recueil. 19 d'entre eux ont ainsi pu être contacté par téléphone afin de pouvoir compléter l'étude.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population de fin d'étude

Effectif (nombre)	19				
Age (années)	Moyen	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
	38,8	13,7	43	17	65
Genre (%)	Féminin	Masculin			
	68,4	31,6			
Spécialité du médecin consulté (%)	Médecin ostéopathe	Médecin généraliste	Neurologue		
	63,2	31,6	5,3		
EVA au 30 ^{ème} jour (nombre)	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
	2,3	2,1	2	0	7

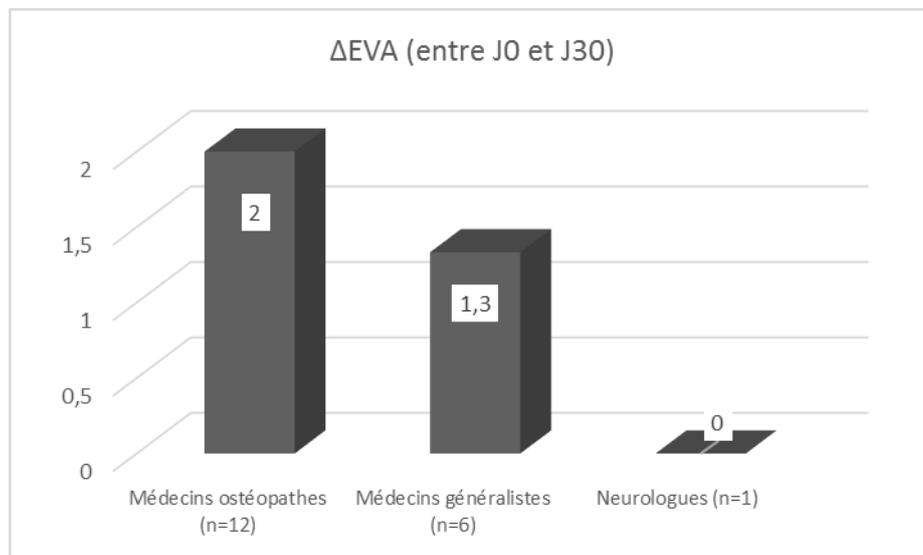
Globalement, nous avons donc constaté une diminution des douleurs évaluées grâce à l'EVA dans les 30 jours qui ont suivi la prise en charge. Cependant, il est également intéressant de s'intéresser à ces résultats en distinguant les différentes spécialités médicales consultées.



Le jour de la consultation (J0), nous avons constatés que nos patients avaient un profil similaire au sein des 3 groupes. En effet, l'analyse statistique ne retrouve aucune différence significative concernant l'EVA ($p = 0,54$).

Au 30^{ème} jour en revanche (J30), l'EVA du groupe « Médecins ostéopathes » est plus basse que les groupes « Médecins généralistes » et « Neurologues » ($p = 0,0096$)

Afin d'évaluer au mieux cette amélioration des douleurs, nous avons calculé un différentiel des EVA (Δ EVA) entre le jour de la consultation et le 30^{ème} jour.



3.5. Les sensations vertigineuses associées :

Un des items du questionnaire permettait de renseigner sur la présence ou non d'une sensation vertigineuse associée aux céphalées cervicogènes. Lors de l'entretien téléphonique réalisé 30 jours après la consultation, il a été demandé aux patients s'ils présentaient encore des vertiges suite à la prise en charge dont ils avaient fait l'objet. Le but était de juger de l'efficacité des manipulations ostéopathiques sur les sensations vertigineuses qui accompagnaient les céphalées.

Tableau 3: Nombre de patients présentant des sensations vertigineuses en fonction des médecins consultés

	Médecins ostéopathes	Médecins généralistes	Neurologues
Sensation vertigineuse présente lors de la consultation initiale	6	4	0
Sensation vertigineuse encore présente au 30 ^{ème} jour	0	3	0

Le jour de la consultation, nous avons également recensé des groupes de patients identiques (à l'exception du groupe « Neurologues » où ne figure aucun patient). Tout comme pour l'EVA, nous ne retrouvons aucune différence significative concernant la présence de sensation vertigineuse ($p = 0,50$).

Cependant, au 30^{ème} jour, les patients du groupe « Médecins ostéopathes » présentent moins de vertiges que les patients du groupe « Médecins généralistes » ($p = 0,0049$).

3.6. Des patients globalement satisfaits :

Lors de l'appel téléphonique effectué au 30^{ème} jour, il a également été question de recueillir le ressenti des patients concernant leur prise en charge. Parmi les 19 patients ainsi interrogés, 10 ont déclaré être très satisfaits, 8 étaient satisfaits, et seulement 1 patient a dit être moyennement satisfait. Aucun patient n'a déclaré être peu ou pas satisfait de la prise en charge dont il a bénéficié.

Enfin, il a aussi été demandé aux patients s'ils avaient prévus de reconsulter un médecin dans les 30 prochains jours pour ce même motif. Seulement 3 patients ont répondu affirmativement : le premier comptait retourner voir le même médecin, à savoir le même ostéopathe ; le deuxième désirait consulter un médecin généraliste alors qu'il avait au préalable consulté un médecin ostéopathe ; le dernier avait quant à lui prévu de se tourner vers un autre spécialiste, à savoir un ophtalmologue, sur les conseils de son médecin généraliste qu'il avait consulté initialement.

4. DISCUSSION

Notre étude aura permis d'évaluer les prises en charges concernant une pathologie souvent méconnue : la céphalée d'origine cervicale.

Cependant, notre travail souffre de certains biais. L'échantillon obtenu ne permet pas d'extrapoler nos résultats à la population générale. Pour se faire, il aurait fallu pouvoir recruter davantage de médecins. Malheureusement, un grand nombre de médecins contacté n'a pas souhaité participer à l'étude. Il en résulte qu'une grande partie des médecins recrutés sont des médecins avec qui nous avons une relation professionnelle privilégiée. Il existe donc un biais de sélection des professionnels de santé.

En revanche, malgré la limite de notre échantillonnage, les caractéristiques de la population de notre étude, à savoir une majorité de femmes (62,8%) avec une moyenne d'âge de 38,9 ans, sont comparables aux données de la littérature concernant cette pathologie (11).

D'autre part, dans le but d'éviter un biais de confusion, nous avons décidé de ne pas interpréter l'évolution des douleurs durant les 30 jours séparant la consultation et l'entretien téléphonique, comme cela avait été initialement prévu. Effectivement, les patients devaient remplir une fiche de recueil qui leur avait été remise à la fin de la consultation, afin de noter leur EVA en cas de douleurs pendant 30 jours. Mais devant un trop grand nombre d'incohérences entre les différentes fiches remplies, il a été conclu que ces valeurs étaient ininterprétables.

Parmi les différentes prises en charges dont nous avons pu discuter dans ce travail, il en ressort que les manipulations ostéopathiques semblent être la meilleure option thérapeutique dans le traitement des céphalées cervicogènes. En effet, dans notre échantillon final de 19 patients ayant participé à l'intégralité de l'étude, nous avons pu noter une diminution des douleurs, marquée par une diminution de l'EVA au 30^{ème} jour par rapport à l'EVA du jour de la consultation, plus importante chez les patients ayant consulté un médecin ostéopathe.

Ce résultat concorde avec les différentes études réalisées jusqu'à présent. Effectivement, une revue de 2011 concernant les céphalées d'origine cervicale (12) démontrait une meilleure efficacité des manipulations rachidiennes dans le traitement de cette pathologie par rapport à la physiothérapie, aux massages, aux médicaments ou à l'abstention thérapeutique.

Concernant les traitements médicamenteux, nous n'avons pas retrouvé d'études significatives prouvant leur efficacité. Même si dans notre étude nous avons pu constater qu'ils étaient volontiers prescrits et qu'ils pouvaient s'avérer efficaces, l'utilisation des médicaments se fait plus volontiers dans le traitement des affections rhumatologiques telles que les cervicalgies arthrosiques (13). Il s'agit principalement du Paracétamol, suivi des Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS). Les antalgiques de pallier 2 et les myorelaxants sont également prescrits, mais à moindre mesure (14).

Pour ce qui est de la prescription de kinésithérapie, notre travail a montré que les médecins interrogés n'y avaient que rarement recours, et préféraient une prise en charge ostéopathique avec des manipulations rachidiennes. Là encore, nos résultats semblent être en accord avec les données de la littérature. En effet, deux méta-analyses de Bronfort et al. concluent l'une à un effet des manipulations supérieur à celui du massage (15), et l'autre supérieur à celui du massage ou d'un placebo de manipulation, au moins sur le court terme (16).

Cette étude aura également permis de mettre en évidence d'autres alternatives thérapeutiques, comme la mise en place de TENS, ou bien la réalisation d'infiltrations. Bien qu'il s'agisse d'avantage de traitements de spécialistes, des études ont tout de même permis de prouver leur efficacité dans le traitement des céphalées cervicogènes. Ainsi, un essai a montré que les TENS permettent une légère amélioration des symptômes de façon temporaire (17). De même, une étude a mis en évidence un effet bénéfique à court terme suite à l'injection d'un corticostéroïde au niveau de l'articulation latérale C1-C2 (18).

Une autre constatation faite grâce à ce travail est le soulagement des sensations vertigineuses qui peuvent accompagner les céphalées cervicales. Nous avons remarqué que les patients ayant bénéficié de manipulations ostéopathiques pour la prise en charge de leurs céphalées ont également été soulagés des vertiges qui y étaient associés. Cela va dans le sens de différents travaux déjà réalisés dans ce domaine. Effectivement, une revue (19) et deux essais ultérieurs (20,21) suggèrent l'efficacité de certaines manipulations sur les états vertigineux d'origine cervicale.

5. CONCLUSION

Conformément aux données de la littérature, notre étude a permis de mettre en avant le recours à la médecine manuelle ostéopathique dans le traitement des céphalées d'origine cervicale.

D'une part, les manipulations rachidiennes ont montré leurs effets bénéfiques concernant les douleurs ressenties par les patients, et ce grâce au recueil de l'EVA lors de la consultation, puis 30 jours après le traitement subi.

D'autre part, le traitement ostéopathique s'est également avéré efficace sur les états vertigineux d'origine cervicale qui peuvent être retrouvés au cours de la pathologie.

En attendant l'évaluation d'autres thérapies complémentaires (comme l'acupuncture, la mésothérapie, ou même l'hypnose), ou encore l'émergence de nouvelles thérapeutiques, les manipulations ostéopathiques proposées par les médecins ostéopathes semblent donc être le traitement privilégié par les patients lorsqu'il s'agit de prendre en charge une céphalée d'origine cervicale.

BIBLIOGRAPHIE ARTICLE

1. Observatoire de la Médecine Générale (SFMG) - Top 50 des RC [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php?sid>
2. Collège des enseignants de Neurologie. Neurologie. In Elsevier Masson; 2016. (Les référentiels des Collèges). Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle%20/cephalee-aigue-chronique-ladulte-lenfant>
3. Vincent MB. Cervicogenic headache: the neck is a generator: con. *Headache J Head Face Pain*. 2010;50(4):706–709.
4. Cooper G, Bailey B, Bogduk N. Cervical Zygapophysial Joint Pain Maps. *Pain Med*. 2007;8(4):344-53.
5. Sjaastad O, Bakketeig LS. Prevalence of cervicogenic headache: Vågå study of headache epidemiology. *Acta Neurol Scand*. 2008;117(3):173-80.
6. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group. *Headache*. 1998;38(6):442–445.
7. Vincent MB. Headache and Neck. *Curr Pain Headache Rep*. 2011;15(4):324-31.
8. Maigne R. Signes cliniques des céphalées cervicales. *Médecine Hygiène*. 1981;39:1174-85.
9. Maigne R. Douleurs d'origine vertébrale (comprendre, diagnostiquer et traiter). Elsevier Masson. 2006.
10. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie [Internet]. Inserm U669; 2012. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/content/download/75074/592913/file/Ost%C3%A9opathie.pdf>
11. Shah PA, Nafee A. Clinical profile of headache and cranial neuralgias. *J Assoc Physicians India*. 1999;47(11):1072-5.
12. Posadzki P, Ernst E. Spinal manipulations for cervicogenic headaches: A systematic review of randomized clinical trials. *Headache J Head Face Pain*. 2011;51(7):1132-9.
13. Dreyer SJ, Boden SD. Non-operative treatment of neck and arm pain. *Spine*. 1998;23:2746-54.
14. Coutaux A. Traitements médicamenteux des cervicalgies. *Rev Rhum*. 2004;71(8):710-4.

15. Bronfort G, Assendelft WJJ, Evans R, Haas M, Bouter L. Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: A systematic review. *J Manipulative Physiol Ther.* 2001;24(7):457-66.
16. Bronfort G, Haas M, Evans RL, Goldsmith CH, Assendelft WJ, Bouter LM. Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2004; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001878.pub2>
17. Farina S, Granella F, Malferrari G, Manzoni GC. Headache and cervical spine disorders: classification and treatment with transcutaneous electrical nerve stimulation. *Headache J Head Face Pain.* 1986;26(8):431–433.
18. Narouze SN, Casanova J, Mekhail N. The Longitudinal Effectiveness of Lateral Atlantoaxial Intra-articular Steroid Injection in the Treatment of Cervicogenic Headache. *Pain Med.* 2007;8(2):184-8.
19. Reid SA, Rivett DA. Manual therapy treatment of cervicogenic dizziness: a systematic review. *Man Ther.* 2005;10(1):4-13.
20. Reid SA, Rivett DA, Katekar MG, Callister R. Sustained natural apophyseal glides (SNAGs) are an effective treatment for cervicogenic dizziness. *Man Ther.* 2008;13(4):357-66.
21. Lystad RP, Bell G, Bonnevie-Svensden M, Carter CV. Manual therapy with and without vestibular rehabilitation for cervicogenic dizziness: a systematic review. *Chiropr Man Ther.* 2011;19(1):21.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'objectif de notre étude était d'évaluer les différentes prises en charge des céphalées d'origine cervicale en médecine libérale. Pour se faire, nous avons donc transmis des questionnaires à différents médecins généralistes, médecins ostéopathes et neurologues. Il en ressort que les patients se sont avérés mieux soulagés au niveau des douleurs lorsqu'ils étaient pris en charge par un médecin ostéopathe.

En effet, les manipulations ostéopathiques semblent avoir les meilleurs résultats sur les douleurs ressenties par les patients, mais aussi sur les sensations vertigineuses qui peuvent être présentes au cours de la pathologie.

La littérature fait état de conclusions similaires, notamment au travers d'un article de 2010 sur l'état des connaissances en la matière (37), qui stipule que les manipulations rachidiennes peuvent se montrer modérément efficaces sur la céphalée d'origine cervicale ainsi que sur les états vertigineux d'origine cervicale.

Cependant, outre le fait que nos résultats soient difficilement extrapolables à la population générale de part une trop faible quantité de patients interrogés, notre travail ne prend pas en compte les différentes manipulations qui peuvent exister en médecine manuelle ostéopathique. Un futur travail pourrait permettre de recenser les différentes techniques au sein de plusieurs cabinets de médecins ostéopathes et d'en analyser les effets, dans le but de proposer aux patients une prise en charge optimale.

BIBLIOGRAPHIE PRÉFACE ET CONCLUSION GÉNÉRALE

1. Pearce JM. Cervicogenic headache: an early description. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1995;58(6):698.
2. Barré M. Sur un syndrome sympathique cervical postérieur et sa cause fréquente: l'arthrite cervicale. *Rev Neurol*. 1926;33:1246-8.
3. Maigne R. La céphalée sus-orbitaire. Sa fréquente origine cervicale. Son traitement par manipulations. *Ann Médecine Phys*. 1968;11:241-6.
4. Maigne R. Signes cliniques des céphalées cervicales. *Médecine Hygiène*. 1981;39:1174-85.
5. Meloche JP, Bergeron Y, Bellavance A, Morand M, Huot J, Belzile G. Painful intervertebral dysfunction: Robert Maigne's original contribution to headache of cervical origin. *Headache*. 1993;33(6):328–334.
6. Sjaastad O, Saunte C, Hovdahl H, Breivik H, Grønbæk E. "Cervicogenic" headache. An hypothesis. *Cephalalgia*. 1983;3(4):249–256.
7. IHS. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. *Cephalalgia*. 1988;8:1-96.
8. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. *Headache*. 1990;30(11):725–726.
9. Leone M, D'Amico D, Grazzi L, Attanasio A, Bussone G. Cervicogenic headache: a critical review of the current diagnostic criteria. *Pain*. 1998;78(1):1–5.
10. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group. *Headache*. 1998;38(6):442–445.
11. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808.
12. Kapandji AI. *Physiologie articulaire* (6ème édition). Maloine. 2007.
13. Maigne J-Y. Céphalées d'origine cervicale. *Rev Rhum*. 2008;75(8):728-32.

14. Jansen J, Bardosi A, Hildebrandt J, Lücke A. Cervicogenic, hemicranial attacks associated with vascular irritation or compression of the cervical nerve root C2. Clinical manifestations and morphological findings. *Pain*. 1989;39(2):203–212.
15. Guerrier Y, Colin R. Le deuxième nerf cervical. *CR Assoc Anat*. 1954;86:813-6.
16. Vital JM, Grenier F, Dautheribes M, Baspeyre H, Lavignolle B, Senegas J. An anatomic and dynamic study of the greater occipital nerve (n. of Arnold) Applications to the treatment of Arnold's neuralgia. *Surg Radiol Anat*. 1989;11(3):205–210.
17. Bovim G, Bonamico L, Fredriksen TA, Lindboe CF, Stolt-Nielsen A, Sjaastad O. Topographic variations in the peripheral course of the greater occipital nerve. Autopsy study with clinical correlations. *Spine*. 1991;16:475-8.
18. Alix ME, Bates DK. A proposed etiology of cervicogenic headache: the neurophysiologic basis and anatomic relationship between the dura mater and the rectus posterior capitis minor muscle. *J Manipulative Physiol Ther*. 1999;22(8):534–539.
19. Borg-Stein J. Cervical myofascial pain and headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2002;6:324-30.
20. Dreyfuss P, Michaelsen M, Fletcher D. Atlanto-occipital and lateral atlanto-axial joint pain patterns. *Spine*. 1994;19:1125-31.
21. Kerr FWL. Central relationships of trigeminal and cervical primary afferents in the spinal cord and medulla. *Brain Res*. 1972;43:561-72.
22. Maigne R. Douleurs d'origine vertébrale (comprendre, diagnostiquer et traiter). Elsevier Masson. 2006.
23. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie [Internet]. Inserm U669; 2012. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/content/download/75074/592913/file/Ost%C3%A9opathie.pdf>
24. Posadzki P, Ernst E. Spinal manipulations for cervicogenic headaches: A systematic review of randomized clinical trials. *Headache J Head Face Pain*. 2011;51(7):1132-9.
25. Fernández-de-las-Peñas C, Alonso-Blanco C, San-Román J, Miangolarra-Page JC. Methodological quality of randomized controlled trials of spinal manipulation and mobilization in tension-type headache, migraine, and cervicogenic headache. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2006;36(3):160–169.
26. Bronfort G, Assendelft WJJ, Evans R, Haas M, Bouter L. Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: A systematic review. *J Manipulative Physiol Ther*. 2001;24(7):457-66.

27. Bronfort G, Haas M, Evans RL, Goldsmith CH, Assendelft WJ, Bouter LM. Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2004; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001878.pub2>
28. Jull G, Trott P, Potter H, Zito G, Niere K, Shirley D. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine*. 2002;27:1835-43.
29. Histoire de l'ostéopathie - Rôles et missions - LE ROF - Registre Des Ostéopathes de France - Association ostéopathie [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.osteopathie.org/3685-roles-et-missions-histoire-de-l-osteopathie.html>
30. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte>
31. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid>
32. La démographie des ostéopathes en France - Syndicat Français Des Ostéopathes [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-france>
33. Maigne J-Y, Goussard J-C, Dumont F, Marty M, Berlinson G. Faut-il faire des radiographies systématiques avant manipulation vertébrale? Recommandations de la Société française de médecine manuelle orthopédique et ostéopathique (SOFMMOO). *Ann Réadapt Médecine Phys*. 2007;50(2):111-6.
34. Maigne J-Y. Cervicalgie et manipulation. *Rev Rhum*. 2008;75(8):770-2.
35. Maigne J-Y. Manipulations cervicales et prévention du risque vasculaire. Les recommandations de la SFMOTM. *Rev Med Orthop*. 1998;52:16-7.
36. Vautravers P, Isner-Horobeti M-È, Maigne J-Y. Manipulations vertébrales – ostéopathie. Évidences/ignorances. *Rev Rhum*. 2009;76(5):405-9.
37. Bronfort G, Haas M, Evans R, Leininger B, Triano J. Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropr Man Ther*. 2010;18(1):3.

ANNEXES

Annexe n°1 :

QUESTIONNAIRE DE THÈSE

Thèse présidée par Mr le Professeur CHENUÉL et dirigée par Mr le Docteur EVRARD

Sujet : Les céphalées d'origine cervicale : description des différentes prises en charge en médecine libérale (médecine générale, médecine manuelle et ostéopathique, neurologie)

Objectif : Evaluation de la douleur grâce à la réalisation d'une EVA à J-0 lors d'une consultation ayant pour motif une céphalée d'origine cervicale, recueil de l'apparition des douleurs par le patient pendant 30 jours après l'éventuelle mise en place d'un traitement, puis réévaluation à J+30 lors d'un entretien téléphonique.

• **Nom :** _____ **Prénom :** _____

• **Civilité :** Homme Femme **Téléphone :** _____

• **Age :** _____ **Poids :** _____ **Profession :** _____

• **Principaux antécédents :**

Ostéo-articulaire :

Cardio-vasculaire :

Pulmonaire :

Neurologique :

Psychiatriques (anxiété, dépression, etc) :

Autres :

• **Traitements chroniques, dont contraception :** Béta-bloquants Antalgiques
 Myorelaxants Corticoïdes per os Anti-neuropathiques
 Contraception orale (si oui, laquelle : _____) Autres

• **Consommations lors des 30 derniers jours :** Tabac Drogues
 Alcool (de façon régulière)

• **Motif de consultation:**

• **Apparition des premiers symptômes :**

< 1 semaine entre 1 et 4 semaines > 4 semaines plusieurs mois

• **Traitements médicamenteux déjà pris pour l'épisode actuel ?** Oui Non

➤ Si oui, le(s)quel(s) et à quelle fréquence ?

• **Patient migraineux connu ?** Oui Non

➤ Si le patient bénéficie d'un traitement de fond, quel est-il ?

➤ Est-il suivi par un médecin d'autre spécialité pour sa maladie migraineuse ?

Oui Non

• **Le patient a-t-il déjà consulté auparavant pour ce motif ?** Oui Non

➤ Si oui, quelle a été la prise en charge ? (plusieurs réponses possibles)

Médicaments Ostéopathe Neurologue Kiné Mésothérapie

Homéopathie Acupuncture Sophrologie Relaxation Autre

• **Le patient a-t-il déjà bénéficié d'une imagerie pour ce motif ?** Oui Non

➤ Si oui, laquelle ? (plusieurs réponses possibles)

Radio du rachis cervical Scanner cérébral IRM cérébrale

Scanner du rachis cervical IRM du rachis cervical Autre

➤ Ces examens ont-ils décelés une anomalie ? Oui Non

Si oui laquelle ?

• **EVA de la douleur actuellement (selon le patient) ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- **Concernant l'épisode actuel, le patient présente-t-il une sensation vertigineuse associée à ses céphalées ?** Oui Non

- **Concernant l'épisode actuel, mise en place d'un traitement médicamenteux ?**
 Oui Non
 ➤ Si oui, lequel et à quelle posologie ?

- **Concernant l'épisode actuel, prescription de séances de kiné ?** Oui Non

- **Concernant l'épisode actuel, réalisation de soin(s) ?** Oui Non
 ➤ Si oui, le(s)quel(s) ? (plusieurs réponses possibles)
 Manipulation ostéopathique Mésothérapie Sophrologie
 Relaxation Acupuncture Autre

- **Concernant l'épisode actuel, patient adressé à un médecin d'autre spécialité ?**
 Oui Non
 ➤ Si oui, à qui ? Ostéopathe Neurologue Autre

- **Concernant l'épisode actuel, prescription d'une imagerie ?** Oui Non
 ➤ Si oui, laquelle ? (plusieurs réponses possibles)
 Radio du rachis cervical Scanner cérébral IRM cérébrale
 Scanner du rachis cervical IRM du rachis cervical Autre

Nom du médecin et date de la consultation :

LETTRE D'INFORMATIONS MÉDECIN

Madame, Monsieur,

Je suis médecin remplaçant en médecine générale et réalise avec l'aide d'autres médecins généralistes, neurologues et médecins-ostéopathes, une enquête qui sera présentée au cours de ma thèse de médecine.

Cette enquête s'adresse aux patients présentant des céphalées, et plus précisément des céphalées liés à des dysfonctions au niveau du rachis cervical, et qui consultent un médecin pour ce motif. Cela a pour but d'évaluer les différentes prises en charge concernant cette pathologie.

Une première partie de l'enquête permettra de recueillir certains éléments se rapportant à la pathologie du patient et sera réalisée lors d'une consultation sous la forme d'un questionnaire, qui sera à remplir par vos soins.

La deuxième partie de l'enquête s'intéressera à l'évolution de la fréquence des céphalées suite à la consultation, ainsi que les différentes prises d'antalgiques éventuellement consommés.

Afin de recueillir ces données, vous aurez une fiche à remettre au patient (la « *fiche de recueil patient* ») à la fin de la consultation, accompagnée d'une des enveloppes libellées à mon nom. **Il conviendra de vérifier que le numéro d'anonymisation de cette fiche de recueil figurant en haut à gauche correspond bien au numéro du questionnaire rempli par le même patient.** Il sera également important de bien expliquer aux patients la nécessité de bien remplir la « *fiche recueil patient* » en prenant bien soin de noter leurs coordonnées afin que je puisse les contacter au terme des 30 jours de recueil.

Au terme de cette consultation, il sera également important de remettre aux patients la « *lettre d'informations patient* » afin de les informer des différents objectifs de l'étude.

La troisième partie de l'enquête sera donc un entretien téléphonique que je réaliserai moi-même. Il aura pour but d'évaluer l'efficacité des différentes thérapeutiques mises en place.

Les questionnaires réalisés seront ensuite à me retourner grâce aux différentes enveloppes libellées à mon nom.

Le secret médical ainsi que l'anonymat des patients et des médecins seront respectés.

Je vous rappelle qu'en participant à cette enquête, vous acceptez que les données agrégées et anonymisées puissent faire l'objet d'une publication.

Merci de votre participation,

Bien confraternellement,

Paul MATHIEU

LETTRE D'INFORMATIONS PATIENT

Madame, Monsieur,

Je suis médecin remplaçant en médecine générale et réalise avec l'aide d'autres médecins généralistes, neurologues et médecins-ostéopathes, une enquête qui sera présentée au cours de ma thèse de médecine.

Cette enquête s'adresse aux patients présentant des maux de tête, et plus précisément des maux de tête liés à des anomalies de fonctionnement du rachis cervical, et qui consultent un médecin pour ce motif.

Une première partie de l'enquête permettra de recueillir certains éléments se rapportant à votre pathologie et sera réalisée lors de votre consultation chez le médecin sous la forme d'un questionnaire.

La deuxième partie de l'enquête s'intéressera à l'évolution de la fréquence de vos maux de tête suite à la consultation chez le médecin, ainsi que les différentes prises de médicaments antidouleur éventuellement consommés afin de vous soulager.

Afin de recueillir ces données, une fiche vous sera remise (la « *fiche de recueil patient* ») à la fin de la consultation. Vous pourrez ainsi noter au fur et à mesure les jours où vous présenterez des maux de tête, l'intensité de la douleur, ainsi que le nom et la quantité des médicaments consommés ces mêmes jours pour vous soulager afin de juger de leur efficacité. Cette fiche sera à me retourner après 30 jours à l'aide d'une enveloppe libellée à mon nom qui vous sera remise.

La troisième partie de l'enquête consistera en un entretien téléphonique, que je réaliserai moi-même. Cela aura pour but d'évaluer l'efficacité des différentes thérapeutiques mises en place par le médecin. Il est donc important de bien remplir vos coordonnées ainsi que de préciser les jours et horaires auxquels vous serez joignable.

Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette enquête sans que votre choix n'ait de conséquence sur le type et la qualité de votre prise en charge ainsi que sur la relation que vous entretenez avec votre médecin.

Par ailleurs, en acceptant de participer à cette enquête, vous restez libre de pouvoir quitter l'étude à tout moment, sans avoir à vous justifier.

Enfin, aucune donnée personnelle ne sera publiée ou transmise. Le secret médical ainsi que l'anonymat des patients et des médecins seront respectés.

Merci de votre participation,

Paul MATHIEU

ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE

- **Numéro anonymisation patient :**

- **EVA de la douleur au 30^{ème} jour après la consultation ?**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- **Le patient a-t-il réalisé une imagerie ?** Oui Non
 - Si oui, laquelle ? (plusieurs réponses possibles)

 - Radio du rachis cervical Scanner cérébral IRM cérébrale

 - Scanner du rachis cervical IRM du rachis cervical Autre

 - Ces examens ont-ils décelés une anomalie ? Oui Non
Si oui laquelle ?

- **Des vertiges étaient-ils présents à la 1ère consultation ?** Oui Non
 - Si oui, sont-ils encore présents ? Oui Non

- **Degré de satisfaction concernant la prise en charge lors de la consultation :**
 - Très satisfait(e)
 - Satisfait(e)
 - Moyennement satisfait(e)
 - Peu satisfait(e)
 - Pas du tout satisfait(e)

- **Le patient a-t-il prévu de reconsulter pour ce motif dans les 30 prochains jours ?**
 - Oui Non
 - Si oui, qui ?
 - Le même médecin
 - Un (autre) généraliste
 - Un (autre) ostéopathe
 - Un (autre) neurologue
 - Autre :

RESUME DE LA THESE :

Introduction : Les céphalées sont des pathologies fréquentes dans la population générale. Parmi celles-ci, nous distinguons les céphalées d'origine cervicale qui sont considérées comme des céphalées secondaires. Même si les manipulations vertébrales ont été le premier traitement proposé pour cette pathologie, peu d'études permettent d'évaluer les différentes options thérapeutiques. L'objectif de notre étude était d'évaluer les différentes prises en charge des céphalées d'origine cervicale en médecine libérale.

Méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative transversale descriptive reposant sur l'utilisation d'un questionnaire. Le questionnaire a été remis à différents professionnels de santé (médecins généralistes, médecins ostéopathes et neurologues) sélectionnés dans toute la région Grand Est. Ont été inclus tous les patients consultant chez leur médecin pour le motif de céphalée d'origine cervicale. Le critère de jugement principal était la diminution de la douleur, évaluée grâce à l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) 30 jours après la prise en charge, comparée à l'EVA le jour de la consultation initiale. L'évaluation de la douleur au 30^{ème} jour s'est faite au cours d'un entretien téléphonique réalisé par le thésard.

Résultats : 43 patients ont été inclus grâce aux questionnaires retournés par 12 médecins. Parmi eux, 19 patients ont pu être contactés par téléphone afin de pouvoir compléter l'étude. Il s'agissait d'une majorité de femmes (62,8%) avec une moyenne d'âge de 38,9 ans. L'amélioration des douleurs était plus importante chez les patients ayant été traités par manipulations ostéopathiques. Cela se traduisait par une diminution de l'EVA de 2 entre le jour de la consultation et le 30^{ème} jour pour les patients traités par un médecin ostéopathe, contre une diminution de 1,3 pour les patients traités par un médecin généraliste.

Discussion : Malgré la limite de notre échantillonnage, notre étude a permis de mettre en avant le traitement par la médecine manuelle et ostéopathique dans la prise en charge des céphalées d'origine cervicale. Nous avons également pu constater que les manipulations ostéopathiques permettaient de soulager les sensations vertigineuses qui pouvaient être présentes au cours de la pathologie. Dans tous les cas, les patients se sont avérés satisfaits de la prise en charge dont ils ont fait l'objet.

TITRE EN ANGLAIS : Cervicogenic headaches : evaluating various cares in private medical care (general medicine, manual and osteopathic medicine, neurology)

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLEFS : céphalées cervicales ; médecine manuelle et ostéopathique ; manipulations rachidiennes

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
