

FICHE MEMO EN CHIROPRACTIE

Évaluation du patient atteint de cervicalgie et prise de décision thérapeutique en chiropraxie

25 Janvier 2017

Cette fiche mémo a reçu le label méthodologique de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce label signifie que cette fiche mémo a été élaborée selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès du promoteur.

Objectif de la fiche mémo :

L'objectif de cette fiche mémo est d'aider le chiropracteur à évaluer efficacement les patients atteints de cervicalgie, pour orienter et guider leur prise de décision thérapeutique dans l'intérêt du patient.

Préambule :

La cervicalgie est une affection commune, avec une prévalence annuelle entre 30 à 50 % chez les adultes. Plus de 67 % de la population souffre d'un épisode cervicalgique au cours de sa vie. Une limitation des activités liée à la cervicalgie est plus inhabituelle, avec une prévalence annuelle de l'ordre de 2 à 11 %. Moins de 5 % de la population en est handicapée.

La cervicalgie est une douleur cervicale et ne correspond pas à un diagnostic mais à un syndrome. De ce fait, deux types de cervicalgies s'opposent : la cervicalgie commune et la cervicalgie symptomatique ou secondaire. Cette dernière est caractérisée par la mise en évidence d'une lésion organique observable, à l'origine des symptômes. A l'inverse, dans la cervicalgie commune, aucune cause précise ne peut être identifiée et le diagnostic est un diagnostic d'exclusion.

Le patient souffrant de cervicalgie commune peut recourir aux thérapies manuelles directement auprès d'un chiropracteur. Environ 30 % des patients qui consultent en chiropraxie le font pour des douleurs cervicales.

Patients concernés :

Cette fiche mémo concerne les adultes (≥ 18 ans) souffrant de cervicalgie.

Les patients peuvent consulter directement le chiropracteur qui recueille et analyse les informations nécessaires à l'établissement d'un diagnostic en chiropraxie et à leur prise en charge. Le chiropracteur choisit et met en œuvre dans son champ de compétence l'arsenal thérapeutique adapté aux besoins du patient. La prise de décision clinique du chiropracteur est guidée par l'addition de son expertise

clinique, des valeurs et préférences du patient ainsi que des meilleures données scientifiques disponibles.

Professionnels concernés :

Ces recommandations sont principalement destinées à toute la profession chiropratique incluant :

- Les chiropracteurs en exercice,
- Les chiropracteurs enseignants,
- Les chiropracteurs chercheurs.

Ces recommandations sont aussi destinées aux étudiants en chiropraxie dans le cadre de leur formation.

Ces recommandations pourraient également être adaptées à des cibles secondaires prenant en charge des patients atteints de cervicalgie, comme par exemple les :

- Médecins de médecine manuelle,
- Médecins de médecine physique et de réadaptation,
- Médecins généralistes,
- Rhumatologues,
- Chirurgiens orthopédistes,
- Neurochirurgiens,
- Neurologues.

Quels sont les actes autorisés par un chiropracteur, notamment dans la prise en charge d'une cervicalgie ?

Ces recommandations sont élaborées en respectant les actes et conditions d'exercice de la chiropraxie inscrits dans le décret du 7 janvier 2011 (n°2011-32).

« Les praticiens justifiant d'un titre de chiropracteur sont autorisés à pratiquer des actes de manipulation et mobilisation manuelles, instrumentales ou assistées mécaniquement, directes et indirectes, avec ou sans vecteur de force, ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles de l'appareil locomoteur du corps humain et de leurs conséquences, en particulier au niveau du rachis, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces actes de manipulation et mobilisation sont neuro-musculo-squelettiques, exclusivement externes. Ils peuvent être complétés par des conseils ou des techniques non invasives, conservatrices et non médicamenteuses à visée antalgique. » (Article 1 du Décret n°2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie).

La manipulation vertébrale, aussi appelée ajustement vertébral, est un mouvement forcé de haute vitesse et de faible amplitude (HVLA), appliqué directement ou indirectement sur une articulation. L'application contrôlée de cette force peut être manuelle, instrumentale ou assistée mécaniquement.

A la différence de la manipulation vertébrale, la mobilisation n'est pas une manœuvre forcée. Les manœuvres de mobilisation peuvent être soit actives soit passives et s'adressent à une ou plusieurs articulations consécutives, avec pour objet de solliciter leur mobilité le plus complètement possible dans les limites de la physiologie articulaire. Elle ne comporte à aucun moment de mouvement brusque ou d'accélération.

« Les praticiens justifiant d'un titre de chiropracteur 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 leur champ de compétences. » (Article 2 du Décret n°2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie).

Avant toute prise en charge, « les praticiens justifiant d'un titre de chiropracteur doivent s'interdire de faire courir un risque injustifié à la personne prise en charge, dont le consentement éclairé doit être recherché dans tous les cas. Ils informent cette personne des risques possibles des manipulations ou des mobilisations cervicales qu'ils envisagent de réaliser. Ils doivent rester disponibles pour les patients dans les quarante-huit heures suivant toute manipulation ou mobilisation cervicale réalisée » (Article 21 du Décret n°2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie).

Quels sont les signes cliniques et les contre-indications aux actes de manipulation du rachis cervical par un chiropracteur ?

Extrait du décret du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie :
« Les actes de manipulation du rachis cervical sont réalisés, par un praticien justifiant d'un titre de chiropracteur.

Le chiropracteur ne doit pas procéder à une manipulation ou à une mobilisation cervicale en présence des signes cliniques suivants, classés par famille de risques, qui doivent alerter le praticien sur la possibilité d'une pathologie grave sous-jacente et de la nécessité d'investigations complémentaires :

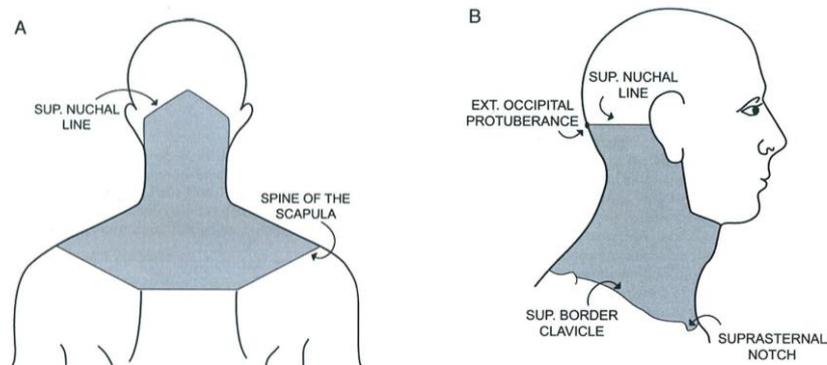
- Traumatiques : douleurs et impotence fonctionnelle dans un cadre de traumatisme important, en particulier s'il existe un contexte de fragilisation osseuse.
- Néoplasiques : douleurs non mécaniques à recrudescences nocturnes, d'altération de l'état général, en particulier chez des patients atteints ou présentant des antécédents néoplasiques.
- Rhumatologiques : douleurs non mécaniques, chroniques et récurrentes, en particulier dans le cadre de maladies systémiques rhumatismales inflammatoires.
- Infectieux : douleurs non mécaniques à recrudescences nocturnes, en particulier s'il existe un contexte d'infection récente et/ou de fièvre.
- Vasculaires : signes d'insuffisance vertébro-basilaire.
- Neurologiques : signes d'atteinte neurologique centrale ou d'atteinte radiculaire. »

Les contre-indications aux manipulations ou mobilisations cervicales par un chiropracteur sont :

- « - Fracture, tassement, déchirure ligamentaire avec instabilité articulaire,
- Tumeurs malignes (primitive ou secondaire, tumeurs méningées), tumeurs bénignes fragilisant la structure osseuse,
- Spondylodiscite, ostéomyélite,
- Pathologie rhumatismale systémique avec laxité majeure,
- Signes d'insuffisance vertébro-basilaire,
- Ostéopénie majeure, myélopathies,
- Compression radiculaire,
- Méningite. »

Comment identifier une cervicalgie ?

Le *Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its associated disorders*, schématise ci-dessous les régions anatomiques concernées par la cervicalgie, vues de dos (A) et de côté (B) avec ou sans radiation vers la tête, le tronc et les membres supérieurs (*Guzman et al, 2008*) :



La douleur cervicale comprend la douleur non-traumatique du cou ou la douleur au cou suite à un traumatisme (coup de fouet cervical ou coup du lapin), avec des symptômes associés pouvant réunir une douleur de bras irradiante à partir du cou ou de la région thoracique supérieure, des maux de tête, une douleur de l'articulation temporo-mandibulaire associée à la douleur cervicale.

Le Groupe de travail québécois sur les troubles associés à l'entorse cervicale définit le coup de fouet cervical (ou *whiplash* en anglais) comme « un mécanisme d'accélération-décélération de l'énergie transférée au cou qui provoque des lésions des tissus mous, pouvant conduire à une variété de manifestations cliniques incluant une douleur cervicale et des symptômes associés », cités plus haut.

Comment classer les patients atteints de cervicalgie?

D'après le *Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its associated disorders*, la douleur cervicale peut être classée en fonction de sa gravité en quatre grades :

- Grade I : Aucun signe ou symptôme suggérant une pathologie structurelle majeure et aucune, ou très faible, interférence avec les activités de la vie quotidienne.
- Grade II : Aucun signe ou symptôme suggérant une pathologie structurelle majeure mais interférence majeure avec les activités de la vie quotidienne.
- Grade III : Aucun signe ou symptôme suggérant une pathologie structurelle majeure mais présence de signes neurologiques tels que : une diminution des réflexes tendineux profonds, un déficit sensitif ou moteur.
- Grade IV : Signes ou symptômes de pathologie structurelle majeure: fracture, dislocation vertébrale, blessure à la moelle épinière, infection, maladie systémique incluant les arthropathies inflammatoires, tumeur.

Comment évaluer un patient atteint de cervicalgie ?

L'évaluation du patient comprend une succession de questions, de tests ou d'instruments diagnostiques ayant une réelle utilité pratique pour le chiropracteur. La fiabilité et la validité de ces questions, tests ou instruments diagnostiques sont des prérequis à leur utilisation.

Cette évaluation du patient doit aider le chiropracteur à classer la cervicalgie selon les quatre grades de sévérité identifiés par le *Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its associated disorders* orientant ainsi sa prise de décision thérapeutique.

Dans un premier temps, lors de l'anamnèse et de l'examen clinique, le chiropracteur doit exclure toutes pathologies structurelles comme étant la cause de la cervicalgie. Les « drapeaux rouges », correspondant à des symptômes ou des signes cliniques suggérant une pathologie grave à l'origine de la douleur cervicale, doivent être identifiés par le chiropracteur. Neuf catégories de pathologies graves ont été identifiées et la présence des « drapeaux rouges » respectifs doit faire l'objet d'un questionnement précis du patient comme suit :

- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'une fracture traumatique : règle de prédiction clinique Canadienne « C-Spine » positive (pour les patients âgés de 65 ans ou moins) ou présence des critères NEXUS (pour les patients âgés de plus de 65 ans). Il est recommandé au chiropracteur d'utiliser les règles de prédiction clinique, règle Canadienne C-Spine ou critères NEXUS (âge >65 ans), pour exclure la présence de fractures ou de dislocations chez les patients ayant subi un traumatisme modéré récent (moins de 48 heures) à la nuque. Un traumatisme modéré se définit chez un patient comme un traumatisme à faible risque d'alerte où le patient est conscient, sans état d'ébriété, avec un score de 15/15 sur l'échelle de Glasgow et sans aucune blessure majeure « distrayante ». L'échelle de Glasgow est un outil validé et utilisé pour évaluer le niveau de conscience du patient. Les blessures « distrayantes » sont des blessures qui entravent la fiabilité de l'anamnèse et l'examen du patient. Elles peuvent inclure des fractures des os longs, des lésions viscérales nécessitant une intervention chirurgicale, de grandes lacérations, des blessures par écrasement, des brûlures graves, ou toute autre lésion produisant une déficience fonctionnelle aiguë. Les blessures peuvent être décrites comme gênantes si elles ont le potentiel de nuire à la capacité du patient pour apprécier d'autres blessures. L'Annexe 1 contient la règle de prédiction Canadienne « C-Spine » et les critères NEXUS.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence de fractures ostéoporotiques : antécédents d'ostéoporose, prise prolongée de corticostéroïdes, âge avancé.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'un cancer : antécédents de cancer, perte de poids inexplicite, douleur nocturne, âge > 50.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'une infection vertébrale : fièvre, usage de drogues par voie intraveineuse, infection récente.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'une myélopathie ou de déficits neurologiques sévères ou progressifs : raideur nucale avec douleur, douleur au bras et faiblesse, changements sensitifs aux membres inférieurs, motricité affaiblie et atrophie, hyperréflexie, démarche spastique.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'une dissection de l'artère carotide/vertébrale : apparition soudaine et intense de maux de tête ou douleur au cou.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'hémorragie cérébrale ou de lésion intracrânienne : apparition soudaine et intense de maux de tête.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'une arthrite inflammatoire : raideur matinale, gonflement de plusieurs articulations.

La présence de « drapeaux rouges » permet au chiropracteur d'identifier une possible cervicalgie de grade IV qui doit être référée à un médecin pour évaluation et/ou imagerie dans le cadre d'une suspicion de pathologie grave. La prise en charge ne sera possible que si le compte rendu médical et/ou l'imagerie

ne révèlent aucune contre-indication à la prise en charge chiropratique. L'Annexe 2 fournit un modèle de lettre type à envoyer au médecin pour demande d'avis.

L'anamnèse se poursuit ensuite par l'identification des facteurs de mauvais pronostic, aussi appelés « drapeaux jaunes », qui pourraient retarder la récupération et le rétablissement du patient. Le chiropracteur doit identifier les « drapeaux jaunes » suivants : un âge avancé, des antécédents de douleurs cervicales, des niveaux élevés de douleur initiale, des niveaux élevés d'incapacité initiale, des facteurs psychologiques post-traumatiques (pessimisme concernant le rétablissement, symptômes de stress aigu (≤ 4 semaines), symptômes de stress post-traumatique (≤ 4 semaines), humeur dépressive ou sensation de déprime due à la douleur, anxiété ou peur de la douleur, niveau élevé de frustration ou de colère vis-à-vis de la douleur, passivité face à la douleur, kinésiophobie, activités évitées à cause de la douleur). Si des « drapeaux jaunes » sont identifiés, le chiropracteur doit repérer lesquels peuvent être modifiables pour entreprendre une prise en charge multidisciplinaire et présager au mieux le pronostic, dans le but de favoriser la récupération et le rétablissement du patient.

L'anamnèse comprend tout une série de questions permettant au chiropracteur d'ajuster sa prise en charge en fonction du patient. Des questions portant sur les traitements en cours, comme par exemple anticoagulants, ou le passé chirurgical du patient feront l'objet d'une interrogation.

L'examen clinique fait suite à l'anamnèse et comprend l'inspection visuelle du patient, l'examen neurologique, suivis de tests ou instruments axés sur la douleur et la mobilité. L'ordre de ces tests est sans incidence sur l'évaluation du patient.

Le chiropracteur doit évaluer la présence d'une atteinte neurologique et d'une souffrance radiculaire pour distinguer la cervicalgie de grade III nécessitant une prise de décision thérapeutique différente des grades I et II. L'examen neurologique, comprenant l'évaluation des réflexes ostéo-tendineux, et la recherche d'un déficit sensitif ou moteur, doit être utilisé par le chiropracteur pour évaluer la présence d'une atteinte neurologique chez les patients ayant une cervicalgie. Pour rechercher une souffrance radiculaire chez les patients atteints de cervicalgie, il est recommandé au chiropracteur d'utiliser un test de provocation. Le test de traction des membres supérieurs devrait être privilégié par le chiropracteur. L'Annexe 3 décrit le test de traction des membres supérieurs.

Dans le cadre des cervicalgies de grade III et selon le décret du 7 janvier 2011, le chiropracteur doit référer pour avis médical et/ou examen d'imagerie.

L'utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA) ou de l'échelle numérique de la douleur est recommandée au chiropracteur pour évaluer l'intensité de la douleur lors de l'examen et des accès paroxystiques, ainsi que son évolution chez des patients atteints de cervicalgie. L'Annexe 4 contient l'EVA et l'échelle numérique de la douleur.

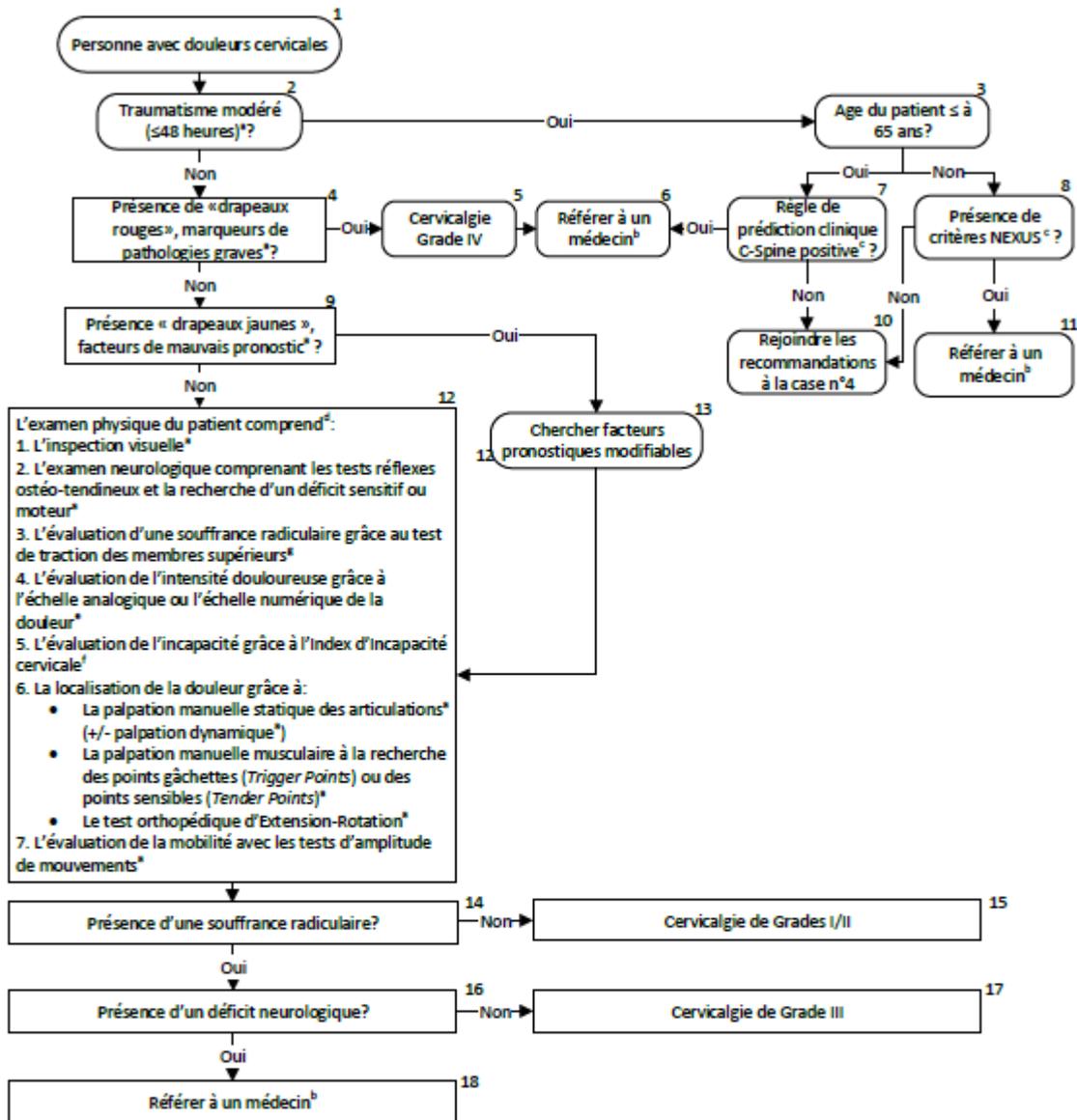
La localisation de la douleur est ensuite évaluée. L'examen manuel des vertèbres cervicales (palpation statique) est recommandé au chiropracteur pour préciser le niveau du segment douloureux chez des patients atteints de cervicalgie. La palpation dynamique peut être utilisée en complément de la palpation statique pour cibler la manipulation ou la mobilisation, lorsque jugée pertinent par le clinicien. La palpation manuelle musculaire, à la recherche des points gâchettes (*Trigger Points*) et des points sensibles (*Tender Points*), est recommandée au chiropracteur pour évaluer et localiser les points douloureux des patients atteints de cervicalgie. Le test orthopédique d'Extension-Rotation est recommandé au chiropracteur pour reproduire et localiser la douleur des patients atteints de cervicalgie.

Les restrictions de mouvements et l'incapacité fonctionnelle sont ensuite évaluées. Les tests d'amplitude de mouvement (flexion, extension, rotations et flexions latérales) sont recommandés au

chiropracteur pour évaluer les restrictions de mouvements des patients atteints de cervicalgie. Il est également recommandé au chiropracteur d'utiliser l'index d'incapacité cervicale (NDI), questionnaire d'auto-évaluation, pour évaluer et suivre le degré d'incapacité chez des patients atteints de cervicalgie. L'Annexe 5 contient l'index d'incapacité cervicale.

L'Annexe 6 est un document compilant toutes les étapes de l'évaluation du patient atteint de cervicalgie, accompagnées de toutes les définitions nécessaires des termes et des tests, pour aider les étudiants, les nouveaux chiropracteurs diplômés, et les chiropracteurs en exercice.

L'algorithme ci-dessous concernant l'évaluation du patient atteint de cervicalgie résume les points clés de l'anamnèse, de l'examen physique et du triage des patients :



* Annexe 5 : Document retraçant la chronologie d'une visite chiropratique incluant les définitions des termes, des tests d'évaluation et de prise en charge nécessaires

^b Annexe 2: Modèle de lettre type pour référer un patient à un médecin pour avis et/ou examens d'imagerie

^c Annexe 1: Règle de prédiction clinique Canadienne C-Spine et critères NEXUS

^d L'ordre de ces tests est sans incidence sur l'évaluation du patient

^e Annexe 3: Echelle analogique visuelle et Echelle numérique de la douleur

^f Annexe 4: Index d'incapacité cervicale

^g Annexe 7: Description du test de traction des membres supérieurs

Quelle est la prise de décision thérapeutique chiropratique adaptée à un patient atteint de cervicalgie ?

La prise de décision thérapeutique diffère en fonction du grade de la cervicalgie et de la durée des symptômes identifiés lors de l'évaluation du patient.

Le chiropracteur doit informer et éduquer les patients sur la nature bénigne de leurs symptômes, les rassurer sur l'évolution naturelle et le pronostic habituellement favorable des cervicalgies de grades I et II, en expliquant l'importance de continuer à mobiliser activement le rachis cervical. L'Annexe 7 fournit un exemple de consentement éclairé pour un patient atteint de cervicalgie. Les patients ayant une aggravation des symptômes et ceux qui développent de nouveaux symptômes physiques ou psychologiques doivent être référés vers un médecin pour une évaluation plus poussée et ce, à n'importe quel moment de la prise en charge.

Pour les cervicalgies de grades I et II de durée ≤ 3 mois, il est recommandé au chiropracteur d'envisager une éducation du patient structurée en combinaison avec soit une prise en charge multimodale alliant des techniques de manipulation ou mobilisation chiropratiques complétées par des exercices d'amplitude du mouvement soit des exercices d'amplitude du mouvement. En absence de données scientifiques, il est recommandé au chiropracteur de ne pas proposer ou conseiller une éducation du patient structurée seule, une thérapie *strain-counterstrain*, un massage de relaxation, un collier cervical.

Pour les cervicalgies de grades I et II de durée > 3 mois, il est recommandé au chiropracteur d'envisager une éducation structurée du patient avec soit une prise en charge multimodale alliant des techniques de manipulation ou mobilisation chiropratiques complétées par des exercices d'amplitude du mouvement, soit des exercices d'amplitude du mouvement et d'étirements, si cela n'a pas déjà été effectué lors des 3 premiers mois, et ils peuvent conseiller des activités physiques douces complémentaires (comme par exemple du qigong ou du Iyengar yoga). En absence de faits scientifiques, il est recommandé au chiropracteur de ne pas proposer des exercices d'étirements seuls, une thérapie *strain-counterstrain*, une thérapie de relaxation pour la douleur ou l'incapacité.

Pour les cervicalgies de grade III, selon le décret du 7 janvier 2011 (Annexe, Titre I), le chiropracteur ne doit pas procéder à une manipulation ou à une mobilisation cervicale en présence de signes cliniques neurologiques qui doivent alerter le praticien sur la possibilité d'une pathologie grave sous-jacente et de la nécessité d'investigations complémentaires. Dans ce cas, le chiropracteur doit référer pour avis médical et/ou examen d'imagerie. L'Annexe 2 fournit un modèle de lettre type à envoyer au médecin pour demande d'examens complémentaires.

En l'absence de contre-indication à la prise en charge chiropratique (listée au Titre II de l'Annexe du décret du 7 janvier 2011) dans le compte rendu médical, le chiropracteur pourra procéder à des manipulation ou mobilisation chiropratiques adaptées à la condition physique du patient souffrant de cervicalgie. En présence de contre-indications, des techniques chiropratiques tissulaires n'entraînant pas de manipulation ou de mobilisation du rachis cervical pourront être utilisées. Les techniques chiropratiques tissulaires comprennent par exemple les points gâchettes (*Trigger Points*) ou les points sensibles (*Tender Points*). En l'absence de données scientifiques, il est recommandé au chiropracteur de ne pas proposer d'éducation structurée du patient seule, ou un collier cervical.

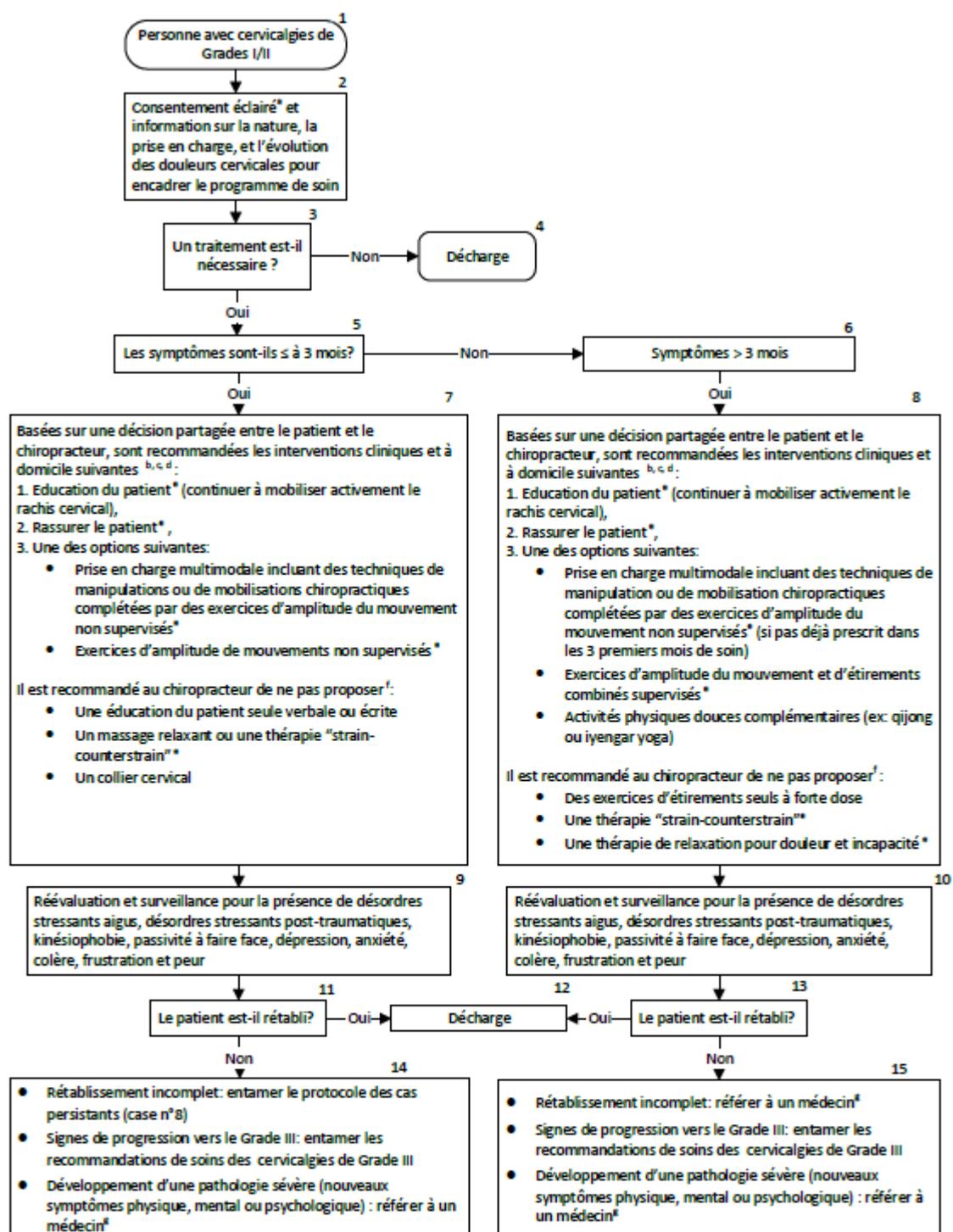
L'Annexe 6 réunit toutes les définitions et tous les détails concernant les recommandations de prise de décision thérapeutique incluant la fréquence et la durée des consultations quand elles sont connues.

Suivi des patients, comment procéder ?

Il est recommandé au chiropracteur de réévaluer le patient à chaque visite pour déterminer si des soins supplémentaires sont nécessaires, si la condition s'aggrave ou si le patient est rétabli. Dès que le patient montre un rétablissement significatif, la continuité du suivi chiropratique sera basée sur une décision partagée entre le chiropracteur et le patient. Il est conseillé au chiropracteur d'utiliser la question suivante pour mesurer l'auto-perception du rétablissement : « Comment percevez-vous la récupération de vos troubles ? ». Les options de réponse comprennent : « complètement amélioré », « amélioré », « légèrement amélioré », « sans changement », « légèrement moins bien », « pire », « pire que jamais ». Les patients ayant les réponses « complètement amélioré » ou « amélioré » sont considérés comme rétablis. Cette question d'auto-évaluation est une mesure globale fiable et valide d'auto-perception de la récupération chez des patients atteints de cervicalgie (en anglais : « *How well do you feel you are recovering from your injuries ?* »). Les patients n'ayant pas récupéré suivent les soins comme indiqués précédemment. Une prise en charge chiropratique doit donner des résultats suggérant un rétablissement dans les premières semaines et ne saurait excéder 2 mois en l'absence totale d'amélioration.

Les algorithmes ci-dessous récapitulent la prise de décision thérapeutique adaptée à un patient atteint de cervicalgie.

Algorithme des prises de décision thérapeutique chiropratique pour les patients atteints de cervicalgie de grades I/II :



* Annexe 7: Exemple de consentement éclairé du patient

^b Si les symptômes progressent procéder au protocole de recommandations pour les cervicalgies de Grade III

^c Ces recommandations ne prennent pas en compte les interventions pour lesquelles il existe un manque de preuves d'efficacité

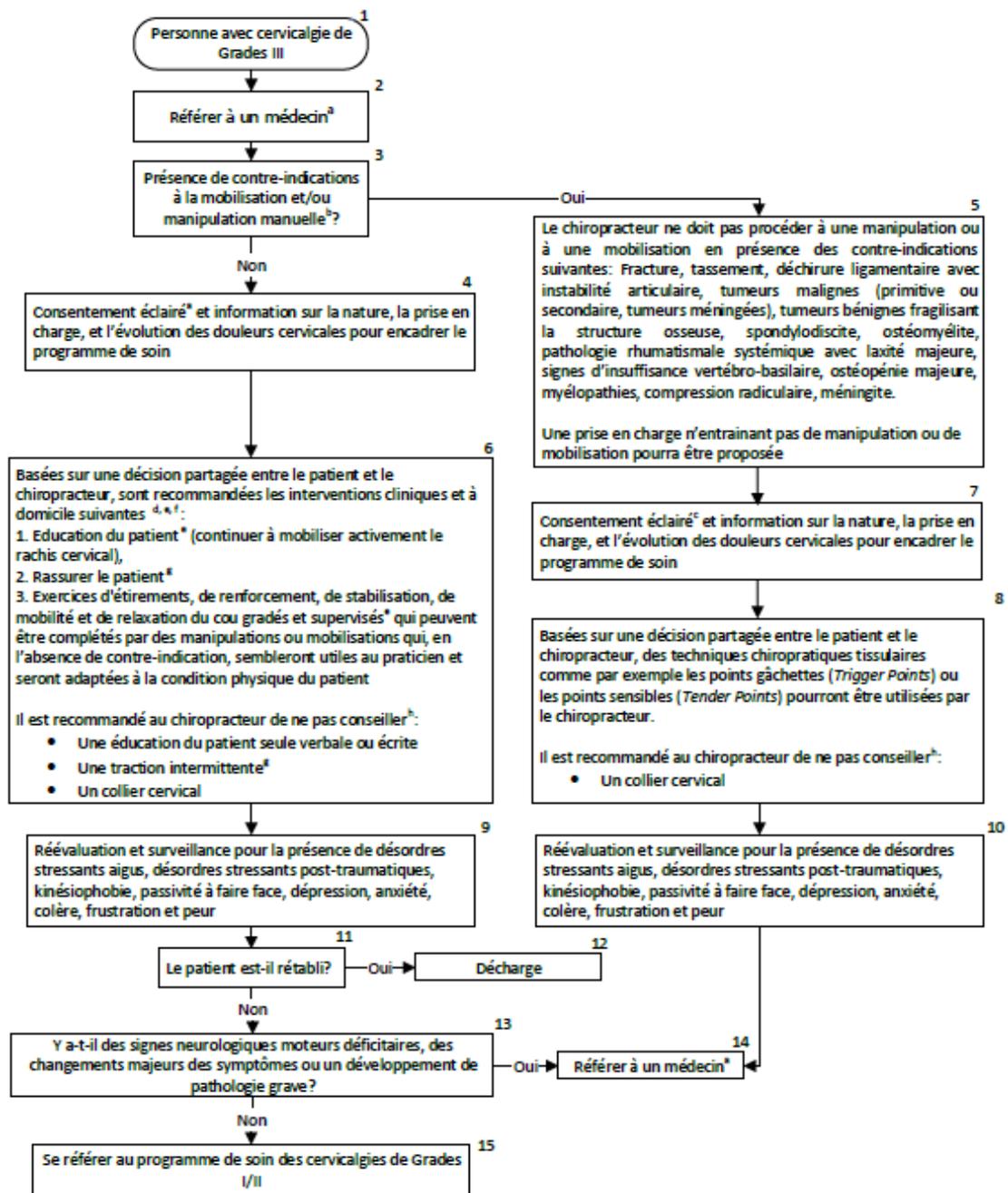
^d L'ordre des interventions ne reflète pas la supériorité de l'effet.

^e Annexe 6: Document retraçant la chronologie d'une visite chiropratique incluant les définitions des termes, des tests d'évaluation et de prise en charge nécessaires

^f Aucune utilité fondée sur les faits scientifiques pour le patient

^g Annexe 2: Modèle de lettre type pour référer un patient à un médecin pour avis et/ou examens d'imagerie

Algorithme des prises de décision thérapeutique chiropratique pour les patients atteints de cervicalgie de grade III :



^a Annexe 2: Modèle de lettre type pour référer un patient à un médecin pour avis et/ou examens d'imagerie
^b Les contre-indications aux manipulations ou mobilisations cervicales par un chiropracteur sont : fracture, tassement, déchirure ligamentaire avec instabilité articulaire, tumeurs malignes (primitive ou secondaire, tumeurs méningées), tumeurs bénignes fragilisant la structure osseuse, spondylodiscite, ostéomyélite, pathologie rhumatismale systémique avec laxité majeure, signes d'insuffisance vertébro-basilaire, ostéopénie majeure, myélopathies, compression radriculaire, méningite.
^c Annexe 7: Exemple de consentement éclairé du patient
^d Mener une évaluation du patient continue pour l'amélioration ou l'aggravation/progression des symptômes pendant le suivi et référer en fonction
^e Ces recommandations ne prennent pas en compte les interventions pour lesquelles il existe un manque de preuves d'efficacité
^f L'ordre des interventions ne reflète pas la supériorité de l'effet.
^g Annexe 6: Document retraçant la chronologie d'une visite chiropratique incluant les définitions des termes, des tests d'évaluation et de prise en charge nécessaires
^h Aucune utilité fondée sur les faits scientifiques pour le patient

Effets secondaires des manipulations cervicales chiropratiques?

Tout acte de soin à la personne présente un risque que le professionnel est formé à évaluer, afin d'en minimiser tant la gravité que la fréquence. La probabilité que se produise un événement indésirable fait partie des éléments que le chiropracteur prend en compte pour évaluer la pertinence d'un acte.

La manipulation vertébrale ou articulaire peut entraîner des troubles bénins tels que des douleurs générales ou locales (voir une exacerbation de la douleur d'origine) pouvant durer de quelques heures à trois jours, des courbatures, une gêne passagère au niveau de la zone traitée (ou encore de rares manifestations de type œdème, hématome ou ecchymose).

Une aggravation de la lésion avec douleurs difficiles à supporter, parfois une fracture vertébrale, voire une névralgie cervico-brachiale (avec ou sans atteinte d'un nerf) sont rapportés parmi les risques modérés rares.

De façon plus exceptionnelle, des cas d'accident vasculaire cérébral (AVC) ont été signalés. Néanmoins, aucun fait scientifique n'a établi de relation de cause à effet entre une prise en charge chiropratique et un AVC. D'après les faits scientifiques, le risque d'accident vasculaire cérébral est un événement très rare dans la population avec une incidence de 8 cas sur 1 000 000 de personnes par an. La fréquence d'AVC associée à des visites chez un médecin ou un chiropracteur est due à l'apparition des symptômes (maux de tête et douleurs cervicales intenses) chez des patients à la recherche de soin avant leur AVC. Il n'y a aucun fait scientifique prouvant une association entre AVC et soins chiropratiques ou médicaux. De plus, aucun fait scientifique probant n'est en faveur de l'utilisation du doppler vélocimétrique portatif pour dépister les sténoses de l'artère vertébrale chez des patients atteints de cervicalgies.

L'Annexe 7 fournit un exemple de consentement éclairé pour un patient atteint de cervicalgie qui reprends ces différents effets secondaires.

Le chiropracteur est soumis à l'obligation de s'assurer.

Ces recommandations seront mises à jour tous les 5 ans.