



Le coup de fouet: une occasion de collaborer

Roland Bryans, DC

Contexte

Le coup de fouet est un problème médical courant, mais qui demeure pourtant une énigme. Bien que le terme soit connu de tous, la mécanique pathologique de ce traumatisme est encore peu connue. Cela s'explique peut-être par les divergences de longue date sur la reconnaissance du coup de fouet comme une blessure. Dans le secteur des assurances, nombre de personnes, et parmi elles des chercheurs travaillant à des études financées par les assureurs, considèrent le coup de fouet comme un phénomène d'autolimitation amplifiée par des facteurs tels que la névrose d'accident.^{1,2,3,4,5} De ce point de vue, les dizaines de milliards de dollars que coûte annuellement ce problème en Amérique du Nord sont inacceptables.

Par contre, les médecins de première ligne, les médecins spécialistes et les victimes considèrent généralement le coup de fouet comme une blessure réelle associée à une pathologie tout aussi réelle.^{6,7,8} De ce point de vue, sa prévalence est comparable à celle de l'épilepsie.⁹ Malheureusement, il est difficile de confirmer la présence du coup de fouet car la documentation clinique se limite souvent à l'identification de lésions telles que l'ecchymose, le saignement, l'œdème, une perte de l'amplitude de mouvement et une sensibilité localisée.

Confirmation du coup de fouet

La controverse entourant le coup de fouet est alimentée par l'absence de tests diagnostiques fiables pour le confirmer. Des études réalisées par Jonsson, publiées dans la revue *Spine Disorders*, révèlent que seulement quatre des 245 lésions constatées en autopsie ont été décelées par radiographie.¹⁰ Selon des études subséquentes de Taylor, publiées dans *Spine*, 94 % des lésions mineures décelées en autopsie sont passées inaperçues à la radiographie.¹¹ D'autres recherches soutiennent également que même les outils de diagnostic de pointe comme le tomogramme et l'IRM sont généralement inefficaces pour déceler les

blessures des tissus mous associées au coup de fouet.¹²

Bien qu'il n'existe aucun test diagnostique qui permet de confirmer les lésions des tissus mous associées au coup de fouet, des observations en autopsie ont démontré la présence de plusieurs blessures douloureuses impossibles à déceler autrement: micro-fractures des lames sous-condyliennes et des facettes articulaires, fractures par avulsion du plateau vertébral, déchirures de l'anneau fibreux et du ligament longitudinal antérieur, déchirures de la capsule et du ménisque de la facette articulaire et hémarthrose de la facette articulaire.¹³

En 1993, Barnsley et al ont publié les résultats d'essais randomisés à double insu avec anesthésie qui démontraient que les facettes cervicales pouvaient contribuer de façon significative aux douleurs cervicales qui suivent un coup de fouet.¹⁴ L'année suivante, ces auteurs ont soutenu dans *Spine* que les facettes cervicales sont la principale cause des douleurs cervicales et des céphalées chroniques qui suivent un coup de fouet.¹⁵

Heureusement, la recherche commence à faire tomber quelques-unes des méprises et inexactitudes qui ont faussé le débat entourant le coup de fouet. Il est maintenant clair que la plupart des victimes de coup de fouet guérissent parfaitement dans les semaines ou les mois qui suivent.¹⁶ Malheureusement, 15 % d'entre elles mettront plus de temps à récupérer et certaines souffriront même de douleurs et de pertes fonctionnelles permanentes.¹⁷ Ce petit groupe de patients est responsable des coûts astronomiques associés aux blessures par coup de fouet.

Traitement chiropratique du coup de fouet

Au cours de la dernière décennie, un nombre croissant d'études médicales a appuyé l'intervention chiropratique dans des cas de coup de fouet. En 1996, Hurwitz a écrit dans *Spine* que le traitement de douleurs cervicales chroniques par manipulation vertébrale se révélait plus efficace que toute autre forme de

traitement.¹⁸ En 1996, Aker a publié dans le *British Medical Journal* une recherche complémentaire qui confirmait les conclusions de Hurwitz.¹⁹ En 1997, Khan et al concluaient dans un article du *British Journal of Orthopedic Medicine* comparant la médecine, la physiothérapie et la chiropratique que la chiropratique était le seul traitement éprouvé contre les douleurs cervicales chroniques.²⁰ En 1999, Giles a publié une étude dans le *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* qui étayait l'efficacité supérieure de la manipulation vertébrale par rapport aux AINS et à l'acupuncture pour le traitement de douleurs cervicales.²¹

Co-traitement du coup de fouet

Le suivi des cas de coup de fouet à la fois par un médecin et un chiropraticien favorise la guérison rapide des patients. Les chiropraticiens connaissent les outils de suivi d'un traitement, notamment l'évaluation de la douleur et des capacités fonctionnelles. Les techniques éprouvées utilisées par les chiropraticiens permettent d'établir de façon objective l'état de santé du patient et sa réponse au traitement. Lorsque vous demandez une consultation en chiropratique, vous recevez un rapport d'examen initial, suivi de rapports périodiques jusqu'à la guérison du patient.

De façon générale, un patient qui consulte en chiropratique pour un coup de fouet fait l'objet d'un examen complet avant le début du traitement. Cet examen comprend plusieurs des tests neurologiques et orthopédiques que vous connaissez. Le chiropraticien procède en plus à une évaluation approfondie du mouvement intersegmentaire de la colonne afin d'identifier les zones où le mouvement est restreint ou anormal ou qui présentent des lésions des tissus mous. Selon le cas, il demande des radiographies normales afin

d'éliminer l'éventualité de toute pathologie sous-jacente grave. Après discussion des résultats de l'examen et des recommandations, le patient doit signer un formulaire de consentement avant que le traitement débute.

Dans le cas de blessures récentes, le traitement chiropratique est généralement intensif la première semaine ou tant que les symptômes aigus persistent. Cette approche contribue à réduire la douleur, l'inflammation, l'enflure et les spasmes. Une fois passée la phase aiguë, la fréquence des séances va en diminuant, selon les besoins de chaque patient. Un suivi périodique est ensuite effectué, afin de s'assurer de la guérison du patient et de déterminer si d'autres traitements sont nécessaires.

Un programme de traitement chiropratique comprend souvent des ajustements vertébraux, combinés à des soins thérapeutiques complémentaires comme la chaleur, la glace, l'électrothérapie, les ultrasons, les tractions et un programme d'exercices à domicile. Pour la plupart des patients, ces traitements sont sans douleur et favorisent un soulagement rapide et significatif.

Si vous avez des questions sur le programme de traitement chiropratique de l'un de vos patients, n'hésitez pas à appeler un chiropraticien pour en discuter. Dans des cas de coup de fouet, l'approche multidisciplinaire peut aider vos patients à se remettre rapidement d'une blessure souvent longue à guérir.

Le D^r Roland Bryans a dirigé la rédaction du guide « Whiplash : A Practitioners Guide to Understanding Whiplash Associated Disorders », publié par L'Association chiropratique canadienne (1997).

Références

1. Spitzer WO, Skovron MK, Salmi RL, et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash Associated Disorders: Redefining whiplash and its management. *Spine* 20 (Supp 8) 1S-73S, 1995.
2. Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, Sukiene D, et al. Natural evolution of late whiplash outside the medicolegal context. *Lancet* 1996;347:1207-1211.
3. Cassidy JD, Carroll LJ, Cote P, et al. Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash. *N Engl J Med* 2000; 3423: 1179-1186.
4. Gorman W. The alleged whiplash "injury." *Ariz Med* 31:411-413, 1974.
5. Mills H, Horne G. Whiplash: manmade disease? *N Z Med J* 99: 373-374, 1986.

6. Barnsley L, Lord S, Bogduk N. The pathophysiology of whiplash. *Spine: State of the Art Reviews*, Vol.12, No. 2, May 1998, Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc. 209-242.
7. Teasell R, Shapiro A. The clinical picture of whiplash injuries. *Spine: State of the Art Reviews*, Vol 12, No. 2, May 1998, Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc.
8. Freeman M, Croft A, Rossignol A. Redefining Whiplash and Its Management. *Spine: Vol 23, No. 9, 1998: 1043-1049.*
9. Barnsley L, Lord S, Bogduk N. The pathophysiology of whiplash. *Spine: State of the Art Reviews*, Vol.12, No. 2, May 1998, Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc: 232.
10. Jonsson H, Bring G, Rauschnig W, et al. Hidden cervical spine injuries in traffic accident victims with skull fractures. *J Spinal Disord* 1991; 4: 251-63
11. Taylor JR, Twomey LT. Acute injuries to cervical joints: an autopsy study of neck sprain. *Spine* 1993; 9: 1115-22.
12. Barnsley L, Lord S, Bogduk N: The pathophysiology of whiplash. *Spine: State of the Art Reviews*, Vol.12, No. 2, May 1998, Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc: 216.
13. Barnsley L, Lord SM, Bogduk N. The pathophysiology of whiplash. *Spine: State of the Art Reviews*, Vol. 12, No. 2 May 1998, Philadelphia, Hanley and Belfus, Inc: 209-242.
14. Barnsley L, Lord SM, Bogduk N. Comparative local anaesthetic blocks in the diagnosis of cervical zygapophysial joint pain. *Pain* 55: 99-106, 1993.
15. Barnsley L, Lord SM, Wallis BJ, Bogduk N. The prevalence of cervical zygapophysial joint pain after whiplash. *Spine* 20: 20-26, 1995.
16. Smith J, Everett C. Prognosis after whiplash-related injury. *Spine: State of the Art Reviews*, Vol 12, No. 2 May 1998, Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc: 287-300.
17. Smith J, Everett C: Prognosis after whiplash-related injury. *Spine: State of the Art Reviews*, Vol 12, No. 2 May 1998, Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc: 299.
18. Hurwitz EL, Aker PD, Adams AH, Meeker WC, Shekelle PG. Manipulation and Mobilization of the Cervical Spine: a Systematic Review of the Literature. *Spine* 21:1746-60, 1996.
19. Aker PD, Gross AR, et al. Conservative Management of Mechanical Neck pain: Systematic Overview and Meta-analysis. *Br Med J* 313:1291-96, 1996.
20. Khan S, Cook J, Gargan M, Bannister G: A symptomatic classification of whiplash injury and the implications for treatment. *J of Ortho Med* 21 (1), 1999.
21. Giles L, Muller R: Chronic Spinal Pain Syndromes. *JMPT* Vol. 22, No. 6, July-August 1999: 376-381.