Douleur ou picotements à la main venant du cou

CE QUE VOUS AVEZ

Votre douleur ou vos picotements au poignet ou aux doigts viennent d'un nerf irrité à sa sortie de la colonne, dans le bas du cou, et non d'un problème dans la main elle-même. Dans la grande majorité des cas, cela s'améliore progressivement sans opération. Rester actif, soigner sa posture et faire des exercices doux du cou et des épaules aident pendant la récupération.

CE QUI AIDE

- Faire les exercices doux du cou et des épaules plutôt que de travailler la main.
- Prendre des pauses régulières devant les écrans pour redresser la tête et bouger.
- Appliquer de la chaleur 15 minutes sur la nuque si cela soulage.
- Soutenir l'avant-bras sur un accoudoir ou un coussin en position assise.

À ÉVITER POUR L'INSTANT

- Garder la tête penchée en avant sur le téléphone pendant de longues périodes.
- Regarder vers le haut ou pencher et tourner fort la tête du côté douloureux si cela déclenche des picotements dans la main.
- Porter des charges lourdes avec le bras atteint.

RÈGLE DE DOULEUR (0 À 10)

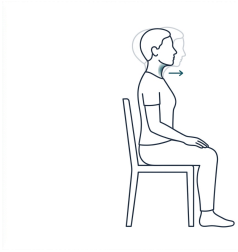


Pendant et après les exercices, une douleur au cou jusqu'à 3 sur 10 est acceptable si elle est revenue à la normale le lendemain matin, mais arrêtez tout mouvement qui augmente la douleur du bras ou les picotements dans les doigts.

QUAND RECONSULTER

- Perte de force dans le bras, le poignet ou les doigts (échapper des objets), ou engourdissements qui s'aggravent.
- Maladresse des deux mains (boutons, écriture), perte d'équilibre en marchant ou faiblesse dans les jambes.
- Difficulté nouvelle à retenir ou à évacuer les urines ou les selles, ou sensations de décharge électrique dans le dos ou les membres quand vous penchez la tête.
- Aucune amélioration après 4 à 6 semaines.

Durée habituelle : La douleur commence habituellement à diminuer en 4 à 8 semaines; la récupération complète prend souvent plusieurs mois (4 à 6 mois).



Rentré du menton

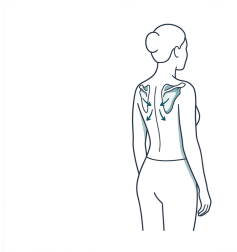
Départ : Assis droit, regard à l'horizontale, épaules basses.

Mouvement : Reculez doucement le menton vers l'arrière, comme pour faire un double menton, sans baisser ni lever la tête. Tenez 5 secondes, puis relâchez.

Dosage : 2 séries de 8 à 10 répétitions, 2 fois par jour.

Progression : Tenez 10 secondes si le bras et la main restent calmes.

Erreur fréquente : Baisser le menton vers la poitrine ou pencher la tête vers l'arrière.



Rapprochement des omoplates

Départ : Assis ou debout, bras le long du corps.

Mouvement : Tirez doucement les omoplates vers l'arrière et vers le bas. Tenez 5 secondes et relâchez.

Dosage : 3 séries de 10 répétitions, 1 fois par jour.

Progression : Ajoutez un tirage avec un élastique léger.

Erreur fréquente : Hausser les épaules.



Position de soulagement du bras (main sur la tête)

Départ : Assis confortablement, dos appuyé.

Mouvement : Si le bras élance ou si la main fourmille au repos, posez doucement la main du côté atteint sur le sommet de votre tête pendant 1 à 2 minutes. Cette position soulage temporairement; ce n'est pas un traitement.

Dosage : Au besoin, 2 à 4 fois par jour.

Progression : Utilisez moins souvent cette position à mesure que les symptômes diminuent.

Erreur fréquente : Maintenir la position si elle fait mal à l'épaule.

Références : Blanpied PR et al., Neck Pain: Revision 2017, J Orthop Sports Phys Ther, 2017 (PMID: 28666405) · Childress MA, Becker BA, Nonoperative Management of Cervical Radiculopathy, Am Fam Physician, 2016 · Sleijser-Koehorst MLS et al., Clinical course and prognostic models for the conservative management of cervical radiculopathy: a prospective cohort study, Eur Spine J, 2018

Dr Morand

Pathologies nécessitant une prise en charge médicale préalable

POURQUOI CES PATHOLOGIES N'ONT PAS DE FICHE D'EXERCICES STANDARD

Les 12 affections ci-dessous exigent une évaluation médicale, rhumatologique ou orthopédique prioritaire (et parfois une immobilisation ou un traitement médical urgent) avant d'entreprendre des exercices.

Fracture du radius distal (dont motte de beurre)

Fracture nécessitant d'abord une immobilisation et un suivi médical ou orthopédique jusqu'à la consolidation de l'os avant toute réadaptation. Cas particulier : la fracture en motte de beurre confirmée chez l'enfant se traite par une simple attelle amovible ou un bandage pendant environ 3 semaines, sans radiographie de contrôle ni programme d'exercices.

Fracture du scaphoïde

Fracture à risque de mauvaise consolidation nécessitant d'abord une immobilisation stricte (parfois une chirurgie) et un suivi orthopédique avec contrôle de la guérison avant de bouger le poignet.

Luxation péri-lunaire

Urgence orthopédique majeure nécessitant une réduction et une prise en charge chirurgicale sans délai.

Fracture de l'hamulus de l'hamatum

Fracture d'un petit os de la paume nécessitant d'abord un avis orthopédique spécialisé (immobilisation ou chirurgie) en raison du risque élevé de non-consolidation et de lésion des nerfs ou des tendons voisins.

Maladie de Kienböck

Atteinte de la circulation sanguine d'un petit os du poignet (le lunatum) nécessitant d'abord une immobilisation et une prise en charge orthopédique spécialisée, adaptée au stade de la maladie, avant tout programme d'exercices.

Fracture de la main (métacarpien, phalange, Bennett)

Fracture nécessitant d'abord une immobilisation (parfois une chirurgie) et un suivi médical ou orthopédique pour vérifier l'alignement et la guérison de l'os avant de commencer des exercices.

Doigt en maillet

Lésion du tendon extenseur au bout du doigt nécessitant le port strict et continu, jour et nuit, d'une attelle maintenant le bout du doigt droit pendant 6 à 8 semaines (parfois plus), puis un port de nuit pendant quelques semaines. Si le bout du doigt plie ne serait-ce qu'une fois, le décompte repart de zéro; les exercices ne commencent qu'ensuite.

Avulsion du fléchisseur profond (jersey finger)

Arrachement du tendon qui plie le bout du doigt nécessitant un avis chirurgical urgent (chirurgie de la main) dans les jours qui suivent, la réparation devant idéalement être faite dans les 7 à 10 jours.

Ténosynovite infectieuse des fléchisseurs
Infection grave de la gaine d'un tendon fléchisseur constituant une urgence médicale et chirurgicale immédiate.

Polyarthrite rhumatoïde (poignet et main)
Maladie inflammatoire auto-immune nécessitant d'abord un traitement de fond en rhumatologie pour contrôler l'inflammation et protéger les articulations, puis un programme adapté en ergothérapie ou en physiothérapie.

Goutte ou chondrocalcinose (poignet ou main)
Arthrite aiguë à cristaux nécessitant d'abord une évaluation médicale pour écarter une infection et un traitement ciblé pour calmer la crise inflammatoire avant de reprendre les exercices.

Arthrite psoriasique (dactylite)
Maladie inflammatoire nécessitant d'abord un traitement médical en rhumatologie pour contrôler l'inflammation et prévenir les lésions articulaires.

