

Évaluation clinique initiale des pathologies cervicales

Introduction

L'évaluation initiale des cervicalgies requiert une approche systématique combinant observation, tests dynamiques, examen neurologique et manœuvres spécifiques. Il s'agit pour le clinicien de distinguer les douleurs cervicales *non spécifiques* (mécaniques, posturales) – très prévalentes – des atteintes plus graves ou spécifiques (radiculopathie, myélopathie, instabilité, dissection, etc.), tout en identifiant les facteurs modulateurs de la douleur. De hauts niveaux de preuve indiquent qu'aucun signe clinique isolé n'a une valeur diagnostique absolue pour la cervicalgie ¹. L'examineur doit donc interpréter avec prudence chaque élément, en s'appuyant sur des revues systématiques et recommandations actuelles pour guider son raisonnement. La présente synthèse propose une démarche experte et structurée, adaptée à l'enseignement clinique en chiropraxie, couvrant successivement l'observation statique et dynamique, les tests orthopédiques et neurologiques clés (avec leur utilité diagnostique et leurs limites), l'investigation dirigée selon certains tableaux cliniques (atteinte temporo-mandibulaire, vertiges, etc.), l'identification des **red flags**, ainsi que l'approche de modulation rapide des symptômes inspirée de McKenzie. Les niveaux de preuve seront précisés lorsque disponibles, en privilégiant les méta-analyses et revues systématiques, quitte à signaler d'éventuelles discordances et limites.

Observation statique debout

L'examen débute par l'observation du patient en position debout, au repos. Le clinicien note l'attitude spontanée de la tête et du cou : présence d'une posture antalgique (par exemple tête inclinée ou rotée pour réduire une douleur radiculaire), raideur segmentaire visible, désalignement marqué (protraction importante de la tête, asymétrie des épaules), etc. On peut également relever les expressions faciales témoignant d'une douleur, ou des signes associés tels qu'un regard hagard (vertiges), des sourcils froncés (céphalée), ou le patient mentionnant une sensation de *plénitude auriculaire* (pression dans l'oreille, pouvant évoquer un trouble vestibulaire). Toutefois, il est crucial de ne pas sur-interpréter ces constatations statiques. Les études peinent à établir un lien fort entre la posture cervicale statique et la présence ou la sévérité d'une douleur cervicale ² ¹. Par exemple, la corrélation entre le port de tête en avant et les cervicalgies reste faible ou confuse dans la littérature : certains travaux trouvent une légère augmentation de l'inclinaison de la tête chez les adultes douloureux comparés aux témoins, mais sans valeur prédictive individuelle fiable ³. En d'autres termes, une attitude « anormale » (ex. tête penchée en avant) n'est ni nécessaire ni suffisante pour causer une cervicalgie, et inversement de nombreuses personnes asymptomatiques présentent des postures cervicales imparfaites ⁴. Ainsi, l'observation morphologique doit rester descriptive et servir de point de départ, sans conclure hâtivement à un diagnostic. Son intérêt principal est de détecter d'emblée d'éventuels **signes de gravité** visibles (par exemple un torticolis marqué post-traumatique pouvant faire suspecter une fracture ou luxation, ou des ecchymoses d'un coup de fouet cervical) et de préparer l'examen dynamique. En résumé, l'examen postural statique fournit un contexte mais possède une **faible valeur prédictive isolée** ⁴. Le clinicien doit garder en tête que c'est l'interaction dynamique avec le patient qui apportera les informations les plus pertinentes.

(NB : Une posture antalgique extrême ou une attitude neurologique (ex : inclinaison de la tête associée à un syndrome de Wallenberg) pourrait orienter vers une atteinte spécifique, mais ces cas sont l'exception et nécessitent toujours une corrélation avec l'histoire clinique.)

Observation dynamique et mouvements actifs

L'examen dynamique cervical est **primordial** car il permet d'évaluer la fonction du rachis cervical et la reproduction des symptômes en interaction avec le patient. On demande au patient d'exécuter lentement les mouvements actifs du cou dans les différents plans, tout en surveillant ses réactions et en l'interrogeant sur ses perceptions. Les mouvements classiquement testés incluent :

- **Flexion** (se pencher en avant, menton vers la poitrine),
- **Extension** (regarder vers le plafond),
- **Inclinaisons latérales** droite et gauche (oreille vers l'épaule),
- **Rotations** droite et gauche (regarder par-dessus chaque épaule),
- **Protraction** (glisser la tête vers l'avant, menton en avant) et
- **Rétraction** (rentre le menton, mouvement de "double menton").

On note l'amplitude de chaque mouvement, la symétrie droite/gauche, et surtout l'apparition de **douleurs ou autres symptômes** au cours du mouvement : douleur locale cervicale, douleurs irradiées (ex : douleur ou engourdissement irradiant vers l'épaule ou le bras), sensations vertigineuses, céphalée provoquée, etc. Il est conseillé d'évaluer aussi l'intensité de la douleur (par exemple sur une échelle 0-10) à l'extrémité de chaque mouvement, ainsi que la nature de la limitation (douleur limitante, blocage mécanique ressenti, appréhension du patient).

L'observation dynamique fournit des indications bien plus fiables que la simple posture statique. Par exemple, une **douleur reproduite** par un mouvement spécifique a plus de pertinence diagnostique qu'une douleur au repos avec une certaine posture ⁵ ⁶ . Un mouvement qui provoque le *symptôme principal* du patient (on parle de **signe concordant**) suggère que la direction de ce mouvement sollicite la structure en cause. Par exemple, une douleur cervicale basse augmentée en extension et rotation ipsilatérale évoquera une atteinte facettaire postérieure ou foraminale (test d'impaction foraminale, voir plus loin), tandis qu'une douleur avec étourdissement lors de l'extension pure pourrait faire suspecter une insuffisance vertébro-basilaire (bien que ce signe doive être corrélé à d'autres examens, cf. vertiges). À l'inverse, l'absence de douleur lors de mouvements actifs du cou oriente plutôt vers une douleur d'origine non mécanique ou extra-cervicale. Il faut toutefois tenir compte de la variabilité inter-patients des amplitudes normales (certaines personnes ont naturellement une rotation plus limitée que d'autres sans pathologie). Aussi, la présence d'une limitation modérée non douloureuse n'est pas forcément pathologique. En revanche, une **limitation franche associée à la douleur** est significative. Par exemple, une rotation cervicale < 60° du côté douloureux combinée à d'autres tests positifs fait partie du cluster diagnostique de la radiculopathie cervicale ⁷ ⁸ .

Le clinicien doit également prêter attention aux *réactions neurovégétatives* ou signaux d'alarme pendant les mouvements : l'apparition d'un nystagmus ou d'un vertige intense à la rotation/extension suggère un compromis artériel (insuffisance vertébro-basilaire) et nécessite l'arrêt immédiat de l'examen, de même qu'une faiblesse soudaine ou un flou visuel évoquant un problème vasculaire (voir section Red Flags). De même, une douleur vive dans le bras déclenchée par la flexion cervicale avec des paresthésies bilatérales (signe de Lhermitte) pourrait indiquer une atteinte médullaire (myélopathie compressive ou atteinte démyélinisante).

En somme, l'examen dynamique permet d'**objectiver les limitations fonctionnelles** et de **repérer les mouvements douloureux ou symptomatiques**. Il offre une base pour guider les tests spécifiques

ultérieurs et oriente le diagnostic différentiel. Notons que la qualité de l'interaction est importante : encourager le patient à décrire précisément ce qu'il ressent à chaque mouvement (douleur localisée vs diffuse, sensation d'accrochage, bruit articulaire, vertige rotatoire, etc.) enrichit grandement l'interprétation clinique.

Évaluations cliniques spécifiques selon les présentations

Cas particulier : suspicion de dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)

Il existe une interrelation étroite entre la région cervicale haute et l'ATM. Jusqu'à **70 % des patients présentant une dysfonction temporo-mandibulaire (DTM) rapportent également des douleurs cervicales** ⁹. Même en l'absence de plainte cervicale initiale, les individus avec DTM présentent plus fréquemment des signes de tension cervicale (raideur des upper cervicales, points gâchettes dans les muscles cervicaux, faiblesse des fléchisseurs profonds du cou) comparé à la population générale ¹⁰. Par conséquent, lorsqu'une dysfonction de l'ATM est suspectée (douleurs à la mâchoire, bruits articulaires, blocages ou déviation à l'ouverture buccale, bruxisme, etc.), il est recommandé d'intégrer une brève évaluation cervico-mandibulaire au bilan initial.

Concrètement, on évaluera :

- **L'ouverture buccale** (amplitude d'ouverture mesurée en mm entre les incisives, normalement ~40-50 mm) et la présence d'une déviation mandibulaire à l'ouverture/fermeture (signe d'un trouble de coordination condylienne).
- **Les bruits articulaires** (crépitements, claquements) à l'ATM, signe possible de trouble méniscal.
- **La palpation** des muscles masticateurs (masséters, temporaux) et des insertions cervicales hautes (muscles suboccipitaux, SCM) à la recherche de reproductions de la douleur faciale ou cervicale du patient. Une sensibilité excessive des muscles cervicaux supérieurs est fréquente dans les DTM avec cervicalgie associée ¹¹.
- **La mobilité cervicale haute** (C0-C1-C2), par exemple via le **test de flexion-rotation C1-C2** (test de Hall) décrit plus bas, car une hypomobilité de la jonction crania-cervicale peut contribuer aux symptômes de céphalées et DTM. En effet, les contraintes biomécaniques et les afférences nerveuses trigémino-cervicales sont interconnectées (convergence au niveau du noyau trigémino-cervical) ¹² ¹³, expliquant qu'une dysfonction de l'ATM peut influencer la région cervicale et vice-versa.

L'évaluation ATM est donc un « *encart* » important à inclure dès l'examen initial chez les patients dont l'anamnèse oriente vers une douleur oro-faciale ou des antécédents de DTM. Elle permet de décider si un traitement ou un avis spécialisé odontologique est nécessaire en complément de la prise en charge cervicale. Par exemple, une limitation marquée de l'ouverture buccale (<30 mm) avec douleurs ATM et bruit de craquement pourrait indiquer une luxation discale antérieure nécessitant un suivi spécifique, alors qu'une ATM hypermobile avec surtout une douleur cervicale haute pourrait être adressée par le thérapeute manuel. En bref, **intégrer l'ATM** dans l'évaluation améliore la pertinence du diagnostic global dans les cervicalgies atypiques, conformément aux recommandations multidisciplinaires.

Cas particulier : vertiges d'origine cervicale ou vestibulaire

La présence de **vertiges ou sensations vertigineuses** associées à une cervicalgie impose de distinguer une cause vestibulaire (oreille interne) d'une cause potentiellement **cervicogène** (dysfonction cervicale

haute) ou d'une cause **neurologique centrale** (insuffisance vasculaire cérébrale, atteinte centrale). L'évaluation clinique doit donc comporter des tests spécifiques :

- **Manœuvre de Dix-Hallpike** : Il s'agit du test de référence pour diagnostiquer un *vertige positionnel paroxystique bénin* (VPPB) dû à une canalolithiase du canal postérieur. Le praticien réalise une bascule rapide du patient en décubitus avec la tête en rotation 45° et extension ~20° (position qui aligne le canal postérieur de l'oreille testée dans le plan vertical). Un test positif reproduit un vertige avec nystagmus typique (torsionnel et vertical, épuisable en <60s) après une latence de quelques secondes ¹⁴ . La sensibilité de Dix-Hallpike est estimée autour de 79% et sa spécificité 75% ¹⁵ pour le VPPB postérieur – bien qu'il soit considéré comme le *gold standard* pratique faute de meilleur examen ¹⁶ . Un Dix-Hallpike positif oriente clairement vers un VPPB, traitable par manœuvre de libération (Epley), tandis qu'un Dix-Hallpike négatif n'élimine pas formellement un VPPB (il faudra alors tester l'autre côté, voire les canaux latéraux par un head roll test).
- **Examen HINTS** (*Head-Impulse-Nystagmus-Test-of-Skew*) : Ce protocole neuro-ophtalmologique en trois étapes s'adresse aux *syndromes vestibulaires aigus* (vertige rotatoire continu sur heures/jours, avec nystagmus et ataxie). Il aide à différencier une névrite vestibulaire bénigne d'un AVC cérébelleux ou du tronc cérébral (cause centrale). Un **HINTS dangereux (signe central)** est défini par : *Head Impulse Test* normal (ou peu correctif), *Nystagmus* directionnel changeant ou vertical, et *Skew deviation* (déviation verticale de l'alignement oculaire) ¹⁷ ¹⁸ . La présence de l'un de ces signes centraux a une **sensibilité ~100% et spécificité ~96%** pour détecter un AVC central en contexte de vertige aigu ¹⁷ . En pratique, un HINTS jugé "central" impose une prise en charge neurologique urgente malgré une éventuelle imagerie initiale normale (une étude a montré que HINTS était plus sensible que l'IRM de diffusion dans les 48 premières heures) ¹⁹ . Inversement, un HINTS *bénin* (head impulse franchement positif indiquant un déficit vestibulaire périphérique, nystagmus purement horizontal unidirectionnel, pas de skew) oriente vers une névrite vestibulaire plutôt que vers un AVC ¹⁷ . Ce test est très utile en milieu hospitalier ; en consultation chiropratique, si des vertiges importants sont rapportés, repérer ces signes doit conduire à **une référence médicale immédiate** (suspicion d'AVC). Notons qu'il faut une certaine expertise pour bien interpréter le nystagmus et le head impulse; en cas de doute, le principe de précaution prévaut.
- **Test de flexion-rotation de C1-C2** (test de Hall) : Ce test évalue la mobilité de la première articulation intervertébrale (C1-C2) et est utile dans le bilan des *céphalées cervicogéniques* et des vertiges cervicogéniques présumés. On place le rachis cervical du patient en flexion maximale (pour verrouiller les autres segments), puis on effectue une rotation passive de la tête droite et gauche en gardant le menton rentré. Une amplitude de rotation <32° ou une différence >10° entre les deux côtés, accompagnée de la reproduction de la douleur céphalalgique du patient, constitue un test positif suggérant une restriction C1-C2 associée à la céphalée ²⁰ ²¹ . La validité diagnostique du test de flexion-rotation est élevée pour la céphalée cervicogénique : sensibilité ~90% et spécificité ~90% dans la différenciation céphalée cervicogénique vs migraine/tension ²² . Une méta-analyse a confirmé que ce test est *extrêmement fiable* inter-examineurs ($\kappa \approx 0,9$) et sensible pour détecter un dysfonctionnement de C1-C2 ²³ ²⁴ . Chez un patient avec vertiges chroniques sans cause vestibulaire identifiée, un test de flexion-rotation positif pourrait suggérer une composante cervicogène au vertige (via les propriocepteurs cervicaux). Cependant, le diagnostic de "*vertige cervicogène*" reste un diagnostic d'exclusion – il faut éliminer les causes centrales et vestibulaires avant de conclure que les vertiges proviennent d'une perturbation sensorimotrice cervicale. Des tests additionnels comme le **Head-Neck Differentiation Test** (rotation du corps sous la tête fixée, comparée à rotation de la tête sur corps fixe) peuvent aider à appuyer l'hypothèse cervicogénique lorsqu'ils soulagent les

symptômes en isolant la tête ²⁵ ²⁶ . En pratique, devant un patient cervicalgique vertigineux, on exécutera *Dix-Hallpike* pour éliminer un VPPB, *HINTS* si le tableau est aigu, et *flexion-rotation C1-C2* si l'on suspecte une contribution cervicale (typiquement vertiges modérés chroniques augmentés par certaines postures de tête).

En résumé, l'évaluation des vertiges en contexte cervical nécessite un **dépistage méthodique des étiologies vestibulaires et centrales**, étant donné les enjeux vitaux. Ce n'est qu'après avoir écarté ces causes qu'une origine cervicogène pourra être retenue et traitée manuellement, avec un pronostic généralement favorable.

Identification des Red Flags et examens d'orientation différenciée

Une étape capitale de l'évaluation initiale est de repérer d'éventuels **signes d'alerte (red flags)** évoquant une pathologie sérieuse sous-jacente. Bien que celles-ci soient rares chez les consultants pour cervicalgie (prévalence très faible des pathologies graves) ¹ , il est du devoir du clinicien de les **dépister systématiquement**. Voici les principaux red flags cervicaux et la conduite à tenir :

- **Traumatisme majeur récent** (accident de voiture, chute de hauteur, choc sportif) : suspecter une fracture cervicale ou une instabilité ligamentaire aiguë. Utiliser les critères validés tels que la **Règle Canadienne de la Colonne Cervicale** (Canadian C-Spine Rule) ou les critères NEXUS pour décider de la nécessité d'une imagerie en urgence. La règle canadienne, par exemple, atteint une sensibilité ~99% pour détecter une lésion cervicale significative ²⁷ . Elle considère l'âge (>65 ans), le mécanisme du trauma (élevé), et la présence de symptômes (paresthésies membres) comme des facteurs imposant le cliché cervical d'emblée. En l'absence de ces facteurs, on évalue la mobilité active du cou sur place : une incapacité à tourner la tête de 45° droite/gauche malgré l'absence de critère de haut risque indique aussi une radiographie. **Toute suspicion de fracture** (douleur cervicale post-traumatique intense, déformation, déficit neurologique) commande une immobilisation cervicale immédiate et un transport médical. De même, une **instabilité atlanto-axoïdienne** peut survenir chez un patient arthritique (polyarthrite rhumatoïde érosive, spondylarthrite) ou porteur de maladies prédisposantes (syndrome de Down, antécédent de chirurgie cervicale). Des symptômes comme une lourdeur occipitale, des paresthésies diffusant dans les bras en flexion (signe de Lhermitte), une appréhension ou des "drop attacks" (chutes soudaines sans perte de conscience) peuvent évoquer ce problème. On réalise alors avec précaution des tests de stabilité crano-cervicale (ex : **test de Sharp-Purser**, voir plus loin) – un résultat positif (perception d'un ressaut de réduction, ou diminution des symptômes lors du déplacement postérieur de C1) est un *red flag absolu* nécessitant une immobilisation et un bilan radiologique (le Sharp-Purser a une spécificité ~96% pour l'instabilité C1-C2 ²⁸). En cas de doute, l'imagerie (radio dynamique, ou mieux scanner/IRM) est justifiée avant toute manipulation cervicale.
- **Signes de myélopathie cervicale** (compression de la moelle épinière) : Ce tableau survient généralement chez les patients de >50 ans avec canal cervical étroit ou hernie centrale, ou chez les plus jeunes après un trauma (luxation/fracture compromettant le canal). Les symptômes incluent des **troubles de la marche** (démarche ébrieuse, spastique), des **paresthésies diffuses** dans les mains (sensation de "gant") et/ou les pieds, une **faiblesse** des mains (difficulté à boutonner les chemises, lâcher d'objets), éventuellement des troubles urinaires tardifs. L'examen recherche des **signes neurologiques centraux** : hyperréflexie ostéotendineuse, clonus du pied, et surtout **signe de Hoffmann** (flexion réflexe du pouce/index à la flexion brusque du doigt médian) et **signe de Babinski** (extension en éventail des orteils à la stimulation plantaire). Un

Hoffmann ou un Babinski positifs traduisent une atteinte du tractus corticospinal ²⁹ ³⁰. Ces signes ont individuellement une sensibilité modérée (Hoffmann ~60%) mais une spécificité assez bonne (~81%) ³¹. Pour augmenter la certitude diagnostique, on utilise un **cluster de tests cliniques** proposé par Cook *et al.* : la présence simultanée d'au moins **3 sur 5 critères** suivants – *âge > 45 ans, Hoffmann positif, Babinski positif, signe du supinateur inversé (réflexe brachioradial pathologique), et trouble de la démarche* – est très évocatrice d'une myélopathie (spécificité ~99%, +LR ~30) ³² ³³. À l'inverse, l'absence de *tous* ces signes (ou seulement 1/5 présent) rend une myélopathie peu probable (sensibilité élevée, -LR ~0,18) ³⁴. **Face à un tel tableau**, le clinicien doit référer en neurologie/neurochirurgie pour une IRM médullaire en urgence relative. La myélopathie cervicale évolue de façon imprévisible (souvent progressive) et un traitement chirurgical de décompression est souvent requis pour prévenir des déficits permanents ³⁵ ³⁶. En attendant, les manipulations ou mobilisations cervicales sont contre-indiquées en cas de suspicion forte de myélopathie.

- **Signes de dissection ou d'insuffisance vertébro-basilaire (IVB)** : Les *dissections des artères vertébrales* touchent des patients souvent plus jeunes (30-50 ans), parfois sans traumatisme majeur (mouvements brusques du cou, manipulations récentes, ou sans cause déclenchante). Une **céphalée et/ou cervicalgie sévère d'installation aiguë** peut en être le prodrome, suivie de signes neurologiques tels que : *diplopie* (vision double), *dysarthrie* (difficulté à parler), *dysphagie* (difficulté à avaler), *drop attacks* (chutes soudaines), *étourdissements intenses*, *nausées/vomissements*, *nystagmus* inhabituel, *engourdissements hémicorps ou face*, ou *ataxie*. Ces "5D, 3N, A" (Diplopia, Dysarthria, Dysphagia, Drop attacks, Dizziness – Nausea, Numbness, Nystagmus – Ataxia) représentent des drapeaux rouges vasculaires ³⁷. En présence de tels symptômes, le praticien doit **cesser l'examen** et faire transférer le patient à l'hôpital en urgence (appel au SAMU), car une dissection vertébrale ou un AVC du tronc cérébral est à craindre. Il est notable que les tests cliniques provocatifs d'IVB (ex. test de **dé Klein** ou de **haut-le-corps** – extension/rotation cervicale soutenue) sont peu fiables et potentiellement dangereux. En effet, le test d'artère vertébrale classique présente une sensibilité proche de 0% (il peut être négatif même en présence d'une IVB) et une spécificité variable (~67-90%) ³⁷. Autrement dit, *un test négatif ne garantit aucunement l'absence de risque*, et un test positif (vertige, nystagmus reproduits) n'ajoute que peu d'information par rapport aux symptômes spontanés du patient ³⁸. Les recommandations internationales (IFOMPT) encouragent davantage un dépistage par l'interrogatoire et l'examen neurologique général que par ces manœuvres de mise en contrainte artérielle. Ainsi, en présence de céphalées inhabituelles ou de vertiges positionnels suspects, on recherchera plutôt en anamnèse les 5D/3N, les facteurs de risque vasculaires (hypertension, migraine, contraception orale, dyslipidémie...) et on évaluera les yeux (nystagmus, asymétrie pupillaire), la force des membres, la coordination, etc. Si une **insuffisance artérielle cervicale** est suspectée cliniquement, **toute manipulation cervicale est contre-indiquée** et le patient doit être investigué médicalement (imagerie vasculaire).

- **Autres red flags** : Citons pour mémoire d'autres signes nécessitant une référence médicale : *fièvre, sueurs nocturnes, raideur méningée* (évoquant une infection méningée ou discale), *antécédent de cancer* avec cervicalgie nouvelle (métastase osseuse possible), *perte de poids inexpliquée*, *immunodépression*, *VIH* (risque infectieux), *douleurs cervicales nocturnes croissantes* (tumeur) ou *déformation inflammatoire des grosses articulations* (arthrite rhumatoïde cervicale nécessitant un suivi spécialisé). Ces éléments d'alarme, bien qu'inhabituels en pratique courante, doivent rester à l'esprit. Une revue de dossiers de cervicalgies a montré que les pathologies graves étaient très rares, mais que l'examen clinique initial jouait un rôle essentiel pour ne pas les manquer ¹. Le clinicien doit donc documenter l'absence ou la présence de ces red flags dans son examen écrit. En cas de doute raisonnable, *le principe de précaution et la hiérarchisation*

de la sécurité priment : mieux vaut référer le patient pour bilan complémentaire (imagerie, avis médical) que de risquer de passer à côté d'une affection sévère.

Tests orthopédiques et neurologiques pertinents (hiérarchisation diagnostique)

Après l'observation et les mouvements actifs, l'examineur réalise des **tests ciblés** pour affiner le diagnostic. Ces tests orthopédiques cherchent typiquement à *provoquer* ou *soulager* la douleur du patient afin de confirmer l'implication de certaines structures. Il convient toutefois de connaître la fiabilité et la validité de chaque test pour éviter les interprétations erronées. De nombreuses études (dont des revues systématiques) ont évalué la performance diagnostique de ces tests, offrant des sensibilités, spécificités ou rapports de vraisemblance qui aident à les hiérarchiser en pratique ³⁹ ³³ . Nous passerons en revue les principaux tests du bilan cervical, en les groupant par syndrome recherché, et en soulignant leur intérêt et leurs limites d'après les données probantes disponibles.

Tests de radiculopathie cervicale (atteinte radiculaire C5-C8)

La radiculopathie cervicale se manifeste classiquement par des douleurs cervicales irradiant dans le bras selon un dermatome, avec engourdissements ou faiblesse correspondants. Les tests de provocation nerveuse visent à comprimer ou étirer la racine pour reproduire les symptômes radiculaires.

- **Test de Spurling (manœuvre de compression foraminale)** : Le patient est assis, incline la tête du côté atteint, le clinicien applique une compression axiale sur la tête. Un test positif reproduit la radiculalgie bras (douleur ou paresthésie dans le dermatome) par rétrécissement du foramen intervertébral. Ce test a une *spécificité élevée* (~90-95%) mais une sensibilité faible (~30-50%) ⁴⁰ ³¹ . Cela signifie qu'un Spurling positif est assez fiable pour confirmer l'irritation radiculaire (peu de faux positifs), alors qu'un Spurling négatif n'écarte pas la radiculopathie (de nombreux faux négatifs car toutes les radiculopathies ne provoquent pas de douleur à la compression). En pratique, on considère donc Spurling comme un test de confirmation : un patient avec clinique compatible et Spurling + a de fortes chances d'avoir une compression foraminale ⁴⁰ . À l'inverse, on complétera avec d'autres tests si Spurling est négatif malgré des symptômes évoquant une radiculopathie.
- **Test de distraction cervicale** : En décubitus ou assis, on saisit la tête du patient et on exerce une traction axiale (soulèvement de la tête) pour *décompresser* les foramens. Le test est positif s'il entraîne un soulagement ou une diminution franche de la douleur radiculaire dans le bras (signe qu'en libérant la racine, la douleur s'amende). Ce test a lui aussi une sensibilité faible (~44%) et une spécificité très haute (90-97%) ⁴¹ . Un soulagement à la traction est donc fortement indicatif d'une composante mécanique compressive réversible (hernie discale, foramenal rétréci) ⁴² . En revanche, son absence de soulagement n'exclut pas formellement le diagnostic (certaines radiculopathies ne se soulagent pas immédiatement en traction). Notons que ce test constitue également un *signe pronostique* : un patient dont la douleur brachiale est soulagée par traction aura souvent une bonne réponse aux techniques de décompression (traction manuelle/mécanique) en thérapie ⁴³ .
- **Test de Lhermitte** : Moins spécifique de la radiculopathie, ce signe correspond à une sensation d'« électricité » descendant le long de la colonne ou dans les membres lors de la flexion brusque du cou. Il indique une irritation des structures dures ou de la moelle. Il peut apparaître dans les myélopathies, la sclérose en plaques ou les radiculopathies multiples. Un Lhermitte positif

oriente vers un examen neurologique approfondi et possiblement une IRM, plutôt que vers un traitement manuel direct. Ce signe n'a pas de valeurs de sensibilité/spécificité établies, c'est un signe clinique d'orientation.

- **Test de traction du plexus brachial (Upper Limb Tension Test, ULTT)** : Il s'agit en réalité d'une *famille* de tests d'étirement neural (ULNT1 pour le nerf médian, ULNT2 pour radial, ULNT3 pour ulnaire). Le plus utilisé est l'**ULTT1 (ULNT A)** ciblant le nerf médian, souvent impliqué dans les radiculopathies C5-C7. En décubitus, le praticien déprime l'épaule, abduit le bras à ~110°, poignet et doigts en extension, puis étend progressivement le coude du patient (tout en maintenant la tête du patient en position neutre ou en légère inclinaison contro-latérale pour majorer la tension). Un test est positif s'il reproduit soit la *douleur radiculaire* du patient (paresthésie dans le bras, douleur scapulaire...) ou s'il révèle une différence gauche/droite significative en amplitude avec reproduction de symptômes, et que ces symptômes sont modulés par la mise en tension ou le relâchement (par ex. diminuer en relâchant l'inclinaison cervicale). **L'ULTT a la particularité d'être très sensible** : en effet, un ULTT1 négatif rend très improbable une radiculopathie (sensibilité ~97% selon Wainner *et al.* ⁴⁴). En revanche sa spécificité est faible (~22%) ⁴⁴, car beaucoup de patients sans radiculopathie peuvent ressentir des tiraillements ou engourdissements modérés lors du test (faux positifs). Par conséquent, un ULTT1 **négatif** permet d'**éliminer** dans une large mesure une souffrance neurale cervicale, alors qu'un ULTT1 positif doit être interprété prudemment et en corrélation avec la clinique (il indique une irritabilité neurogène, mais pas forcément la cause – cela peut être un syndrome du canal carpien ou autre). En pratique, l'ULTT est un *excellent test de dépistage* de la radiculopathie, complémentaire du Spurling (qui lui est plutôt confirmatoire) ⁴⁵ ⁴⁶.

- **Signe de Bakody (manœuvre d'abduction de l'épaule)** : Ce n'est pas un test manuel standardisé mais une observation clinique : le patient avec radiculopathie C5-C6 peut avoir tendance à mettre la main du côté douloureux sur sa tête pour soulager la douleur (cette position relaxe la tension sur la racine). Si le patient rapporte que placer son bras en l'air diminue ses symptômes, c'est le *signe de Bakody* positif – utile à noter car il suggère une compression radiculaire basse (cependant aucune donnée de spécificité n'existe, c'est un signe empirique).

Plusieurs études ont montré que **la combinaison de tests augmente la précision diagnostique** pour la radiculopathie. Wainner *et al.* ont proposé un **"cluster" de 4 tests** : Spurling, Distraction, ULTT (median) et rotation cervicale ipsilatérale <60°. Si au moins 3 de ces 4 éléments sont positifs, la probabilité post-test de radiculopathie atteint ~65% (Se 39%, Sp 94%, +LR ~6) ; et si les 4 sont positifs, la probabilité dépasse 90% (+LR ~30, Sp ~99%) ⁴⁷ ⁴⁸. À l'inverse, un seul test positif parmi 4 donne un *LR négatif* assez faible, ce qui aide à exclure l'atteinte radiculaire lorsqu'ils sont quasiment tous négatifs ⁴⁹. Ce cluster de Wainner est donc un outil pragmatique : en présence de signes cliniques évocateurs, le regroupement de ces tests conforte le diagnostic. Toutefois, rappelons qu'une confirmation par imagerie (IRM ou électromyogramme) peut être nécessaire en cas de doute persistant ou avant orientation chirurgicale.

Enfin, notons que la radiculopathie cervicale peut coexister avec d'autres problèmes (épaule, canal carpien...) et que les tests doivent être interprétés dans le contexte global du patient. Le tableau ci-dessous résume les principaux tests de radiculopathie et leurs performances.

Tests d'atteinte facettaire postérieure et articulation intervertébrale

Les douleurs cervicales *articulaires postérieures* (zygapophysies ou articulations uncovertebrales) sont fréquentes, notamment chez les patients présentant de l'arthrose cervicale ou des séquelles de

whiplash. Le diagnostic précis de la source articulaire reste délicat sans imagerie ou injections diagnostiques, mais certains tests orientent le praticien :

- **Test d'extension-rotation** (test de fermeture facettaire) : En position assise, on guide la tête du patient en extension puis en rotation maximale du côté testé. Ce mouvement combiné comprime les articulations postérieures cervicales inférieures du côté de la rotation. L'apparition d'une *douleur localisée* cervico-épineuse ou cervico-scapulaire reproduisant les symptômes du patient est un test d'extension-rotation positif, en faveur d'une *atteinte facettaire locale* au niveau *cervical inférieur (C4-C7)* du côté de la rotation. Selon une revue, ce test d'**Extension-Rotation** présente une bonne sensibilité et une spécificité modérée pour identifier un syndrome facettaire ⁵⁰. Employé seul, sa valeur diagnostique est limitée (+LR ~2 seulement) ³⁹, mais combiné à une palpation segmentaire concordante (douleur à la pression de l'articulation correspondante), la précision s'améliore sensiblement (+LR ~4,7) ³⁹. Ainsi, un *double critère* extension-rotation douloureuse + palpation postérieure douloureuse au même étage renforce l'hypothèse d'une douleur zygapophysaire. A contrario, un test d'extension-rotation **négatif** (pas de douleur) a une bonne valeur prédictive négative pour écarter une atteinte facettaire cliniquement significative ³⁹. Ce test est particulièrement utile chez les patients sans irradiations neurogènes, se plaignant de douleurs focalisées augmentées par les mouvements de torsion ou de recul : il aide à cibler les segments potentiellement responsables (souvent confirmés ensuite par des clichés dynamiques ou des infiltrations diagnostiques si besoin).

- **Tests de mobilité intervertébrale passive** : Il s'agit de techniques manuelles (parfois appelées *PAIVMs* – Passive Intervertebral Motion) où le praticien palpe les processus épineux ou articulaires et applique de légères mobilisations (glissement postéro-antérieur, inclinaisons, etc.) segment par segment. Le but est d'évaluer la **mobilité** (souplesse ou raideur) et de détecter des **douleurs segmentaires**. Par exemple, une pression postéro-antérieure sur l'arc postérieur de C5 peut reproduire une douleur locale ou référée si l'articulation C5-C6 est pathologique. Cependant, les études montrent que la **fiabilité inter-examineurs de la palpation de mobilité pure est limitée** (κ souvent <0,5) ⁵¹, tandis que la palpation à but de **provocation de douleur** est un peu plus consistante (κ ~0,6) ⁵ ⁶. Autrement dit, les cliniciens s'accordent mieux sur "ce segment est douloureux à la palpation" que sur "ce segment est rigide". L'identification d'un segment *franchement douloureux et reproduisant la douleur habituelle du patient* est une information pertinente : on parle de *niveau concordant*. Par exemple, une pression sur l'espace C2-C3 qui reproduit exactement la céphalée occipitale connue du patient suggère fortement une *céphalée cervicogénique C2-C3*. De même, une douleur brachiale reproduite à la palpation paravertébrale basse cervicale oriente vers une irritation facettaire ou uncovertebrale avec possible irritation radiculaire. Néanmoins, **un point douloureux isolé sans correspondance clinique claire est peu informatif** – les douleurs myofasciales peuvent être multiples et non spécifiques. Il convient donc de ne retenir que les *tests palpatoires qui réveillent la douleur caractéristique du patient*. Ces tests guideront le traitement (par exemple manipuler/mobiliser le segment douloureux reproduisant la symptomatologie pour vérifier s'il modifie durablement la plainte). En thérapie manuelle, on évalue aussi la *sensibilité musculaire* (trapezius supérieur, élévateur de la scapula, SCM, scalènes...) : la présence de **points gâchettes** myofasciaux peut déclencher des douleurs référées (ex : un point gâchette dans le splénius de la tête donnant une douleur vers le crâne, mimant une céphalée). L'expérience clinique montre que ces points, traités par pression ischémique ou dry needling, soulagent la douleur référée s'ils étaient bien la source. Mais d'un point de vue strictement diagnostique, un *seul point douloureux musculaire* n'a pas de valeur s'il ne reproduit pas le pattern de douleur du patient. La palpation sert donc surtout à **compléter le bilan fonctionnel** : elle identifie des *cibles de traitement potentielles* (segments hypomobiles, muscles tendus et douloureux) dont la pertinence sera confirmée a posteriori par l'évolution sous traitement.

En définitive, la recherche d'une origine articulaire précise reste difficile cliniquement. Les tests comme l'extension-rotation ou la palpation segmentaire ont des sensibilités correctes mais ne sont pas infaillibles. Des études avec anesthésies diagnostiques montrent que la correspondance examen clinique / articulation réellement douloureuse n'est pas parfaite ⁵². Ainsi, il faut considérer l'hypothèse facettaire comme probable en cas de tests cohérents, sans en faire une certitude absolue. L'approche pragmatique est de traiter l'articulation suspectée (par mobilisation ou injection test) et d'évaluer l'effet sur la douleur du patient. La section suivante sur la modulation rapide abordera justement l'intérêt de tester la réponse thérapeutique.

Tests d'instabilité cervicale haute (C0-C1-C2)

Dans certaines circonstances (trauma sévère, polyarthrite rhumatoïde, anomalies congénitales), l'**instabilité des ligaments** alaires ou du ligament transverse de l'atlas peut exister. On la suspecte devant des symptômes comme : douleur cervicale haute, céphalées occipitales, sensations de "tête qui tombe" ou de "claquement" dans le cou, signes neuro (médullaires ou n. crâniens) positionnels. Deux tests principaux sont enseignés :

- **Test de Sharp-Purser** : évalue la translaticivité C1/C2 (intégrité du ligament transverse). Le patient est assis, on place une main sur le front du patient et l'index de l'autre main sur l'épineuse de C2. Le patient fait une légère flexion du cou pendant que l'examineur oppose une force vers l'arrière sur le front. Un **clunk** ressenti ou entendu, ou la réduction des symptômes pendant la poussée postérieure, constitue un test positif signant un déplacement antérieur excessif de l'atlas réduit par la manœuvre (subluxation atlanto-axiale réductible) ²⁸. Sa spécificité a été reportée proche de 96% (IC95) et sa sensibilité ~69% ²⁸. Cela en fait un bon test de confirmation (peu de faux +, mais quelques faux -). **Attention** : ce test ne doit être réalisé que si l'on a de bonnes raisons cliniques de le faire, et *avec d'innombrables précautions*, prêt à relâcher immédiatement. Un résultat positif impose une immobilisation cervicale et référer en urgence.
- **Test du ligament alaire** : patient assis, l'examineur stabilise C2 entre son pouce et index, puis incline ou fait légèrement pivoter la tête. Normalement, on sent immédiatement l'épineuse de C2 bouger sous les doigts (traduction de la tension des ligaments alaires qui entraînent C2). Si l'on perçoit un *retard* ou un *excès de jeu* avant que C2 ne suive, le test est considéré comme positif (laxité des alaires). Ce test est plus subjectif et aucune donnée chiffrée de validité n'est vraiment disponible ; il sert de screening qualitatif. Un résultat positif doit là encore conduire à la prudence extrême et à des examens complémentaires (radio en inclinaison, IRM).

En pratique courante, hors contexte d'urgence traumatique, ces tests sont rarement nécessaires. Mais le clinicien doit y penser chez un patient arthritique ancien présentant de nouvelles douleurs cervicales hautes avec signes neuro (risque de subluxation atlanto-axoïdienne progressive). De même après un whiplash sévère, si des symptômes étranges (instabilité, paresthésies généralisées) apparaissent, un screening d'instabilité haute se justifie. Dans le doute, l'imagerie prime sur les tests manuels qui pourraient aggraver une condition instable.

Tests neurologiques périphériques du membre supérieur

Dans le bilan cervical, on n'oubliera pas d'examiner rapidement le statut neurologique des membres supérieurs afin de détecter une atteinte radiculaire ou une pathologie périphérique concomitante :

- **Réflexes ostéotendineux** : Bicipital (C5/C6), stylo-radial (C6), tricipital (C7). Une asymétrie hypoactive peut indiquer une compression radiculaire correspondante, tandis qu'une hyper-réflexie diffuse orienterait vers la myélopathie.

- **Dermatomes** : tester la sensibilité fine de C4 (épaule), C5 (face latérale bras), C6 (pouce), C7 (majeur), C8 (auriculaire), Th1 (face médiale avant-bras) pour déceler un déficit sensitif en carte radiculaire.
- **Myotomes** : force du deltoïde (C5), biceps (C5/C6), extenseurs poignet (C7), interossei (Th1)... Une faiblesse franche isolée dans un myotome, associée à des réflexes abolis, confirme une radiculopathie avec atteinte motrice.
- **Tests du syndrome du défilé thoraco-brachial** : Adson, Wright, Roos, etc., peuvent être faits si suspicion d'un syndrome neurovasculaire (fourmillements main exacerbés par certains mouvements des ceintures). Leur valeur diagnostique étant limitée et le cadre sortant du strict cervical, on ne s'y attarde pas ici, mais c'est à garder en tête pour le diagnostic différentiel.

Ces examens neurologiques complètent les tests orthopédiques en objectivant l'atteinte nerveuse. Un patient avec Spurling + et ULTT +, *et* un déficit sensitif/moteur correspondant au même niveau radiculaire a une radiculopathie quasi-certaine (spécificité cumulative très élevée). À l'inverse, des tests orthopédiques positifs sans aucun déficit objectif imposent de rester vigilant : la cause pourrait être myofasciale plutôt que radiculaire, ou bien la compression radiculaire est à un stade purement irritatif (sans pertes fonctionnelles) – on surveillera alors l'évolution.

Modulation rapide des douleurs : approche McKenzie (MDT) et pronostic

Un aspect fondamental de l'évaluation experte est d'identifier la *réponse symptomatique aux mouvements répétés ou aux positions soutenues*. L'approche MDT (Mechanical Diagnosis and Therapy) de Robin McKenzie préconise de tester si certains mouvements actifs, répétés de manière standardisée, provoquent une amélioration ou une aggravation rapide des symptômes du patient. On recherche en particulier des phénomènes de **centralisation** ou de **direction préférentielle** :

- La **centralisation** se définit par la régression ou la disparition des douleurs périphériques (distales) au profit d'une douleur recentrée plus proximale, lors de mouvements répétés ou posture soutenue ⁵³. Par exemple, un patient souffrant initialement d'une douleur diffusant de la nuque jusqu'à l'épaule qui, après 10 répulsions du menton (retractions répétées), ne ressent plus qu'une tension dans la nuque (et plus rien dans l'épaule) présente un phénomène de centralisation positif. Ce concept, initialement décrit pour les lombalgies, s'applique également aux cervicalgies. Une revue systématique a compilé 29 études et trouvé une **prévalence de la centralisation d'environ 44%** chez les patients souffrant de douleurs rachidiennes (dos ou cou) ⁵⁴. La centralisation est plus fréquente dans les cas aigus (jusqu'à 74% des patients aigus montrent une centralisation) que dans les cas chroniques (~42%) ⁵⁵. Cela signifie qu'en phase aiguë, près des trois quarts des cervicalgies/lombalgies peuvent présenter une réponse favorable immédiate à un mouvement répété adéquat, alors qu'en chronique ce pourcentage reste significatif mais moindre.
- La **direction préférentielle (DP)** quant à elle se réfère à une direction de mouvement spécifique qui, répétée, entraîne soit la diminution/abolition durable des symptômes, soit une augmentation de l'amplitude de mouvement limitée, *même sans centralisation complète*. Par exemple, certains patients cervicalgiques vont nettement mieux en extension répétée (douleur réduite et mobilité accrue), d'autres en flexion, d'autres en rotation, etc., on dit qu'ils ont une *préférence directionnelle*. La prévalence de la DP a été estimée à ~70% des patients rachidiens (60-78% selon les études) ⁵⁶. Souvent, DP et centralisation vont de pair (la direction préférentielle est celle qui centralise les symptômes), mais pas toujours – on peut avoir une amélioration locale sans centralisation franche.

Pourquoi ces phénomènes sont-ils importants ? D'une part, ils ont une **valeur pronostique** démontrée : une vaste revue (62 études) rapporte que **21 sur 23 études** ayant investigué le sujet concluent que la centralisation est associée à un meilleur pronostic (douleur et incapacité moindres à terme) ⁵⁷ . En d'autres termes, un patient qui centralise lors de l'évaluation a de fortes chances d'évoluer favorablement avec un traitement mécanique ciblé. Deux études de qualité modérée n'ont pas retrouvé cette association, mais elles font figure d'exception face au nombre d'études en faveur ⁵⁷ . Par ailleurs, les données indiquent que les patients non-centralisateurs ont environ *6 fois plus de risque* d'avoir un échec thérapeutique ou une évolution défavorable comparés aux centralisateurs (ce chiffre ressort d'analyses combinées – ex. dans une cohorte, le taux de succès était significativement plus faible chez les non-centralisateurs) ⁵⁸ ⁵⁹ . D'autre part, la présence d'une centralisation/DP permet au clinicien de **stratifier la prise en charge en toute sécurité** : si un mouvement répétitif soulage nettement et rapidement la douleur, on peut rassurer le patient et intensifier ce mouvement en auto-rééducation sans crainte (il est très improbable qu'une pathologie grave soit en cause si les symptômes diminuent aussi vite par un simple exercice mécanique). Ainsi, McKenzie mettait en avant que *l'amélioration rapide des symptômes est un signe de bon pronostic et un indicateur de stratégie thérapeutique adéquate et sûre*, ce qu'ont confirmé les données récentes ⁶⁰ ⁶¹ .

Application pratique lors de l'évaluation initiale : après les tests orthopédiques classiques, on peut faire réaliser au patient une série standardisée de mouvements répétés dans la direction que l'on soupçonne "préférentielle" d'après l'examen (par ex, si flexion provoque la douleur, on testera plutôt l'effet de l'extension répétée). On mesure l'amplitude ou la douleur avant et après 10 à 15 répétitions. Si on observe une centralisation ou une amélioration franche (douleur diminuée de >30%, gain de mobilité), on note la direction bénéfique. On peut également tester la direction opposée pour voir si elle aggrave (parfois, un mouvement contraire augmente la périphérisation, ce qui renforce par contraste la pertinence de la DP identifiée).

En fin d'examen, le clinicien dispose ainsi de **critères objectifs de modulation** : par exemple, *"rétraction cervicale répétée : diminution de la douleur de 6/10 à 2/10, centralisation de l'épaule vers le cou"*. Cela sert à deux choses : 1) éduquer le patient sur le fait que son douleur est mécaniquement influençable et qu'il existe un *mouvement-exercice "réducteur"* pour lui (améliorant) ; 2) orienter la prescription d'exercices et la stratégie de traitement dès la première séance (on va insister sur les mouvements dans la direction soulageante). De plus, l'absence de réponse favorable malgré plusieurs directions testées peut suggérer une douleur plutôt inflammatoire chimique (moins influencée par le mouvement), ou orienter vers une exploration plus poussée si aucun mouvement n'est supporté (par crainte d'une pathologie sous-jacente).

Les études montrent également que ces réponses peuvent être reproduites de façon fiable (bien que la *fiabilité inter-thérapeutes* à identifier une DP ou centralisation varie de κ 0,15 à 0,9 selon la formation des examinateurs) ⁶² . Cela implique une courbe d'apprentissage, mais dans l'ensemble, MDT est un outil d'évaluation robuste. Son intégration dans le bilan initial apporte un **niveau de preuve supplémentaire** pour guider le diagnostic (classification en syndrome de dérangement mécanique par ex.) et le pronostic.

En synthèse, on peut affirmer qu'une douleur cervicale qui **s'améliore rapidement** lors du bilan initial (que ce soit par une traction, un mouvement répété, une posture d'essai) est de *bon augure* pour la récupération ⁵⁷ . Ce constat trouve un écho dans les guidelines qui soulignent l'intérêt des *"examens de mouvement répété"* pour orienter le traitement des cervicalgies non spécifiques (niveau de preuve modéré à élevé). Nous conseillons donc vivement d'inclure cette dimension dynamique et pronostique dans votre examen : elle participe à une prise en charge éclairée par les données probantes, centrée sur l'évolution du patient dès la première consultation.

Tableau de synthèse des tests cliniques cervicaux

Le tableau suivant récapitule les principaux tests abordés, avec leur intérêt diagnostique et les données de validité les plus communément rapportées dans la littérature :

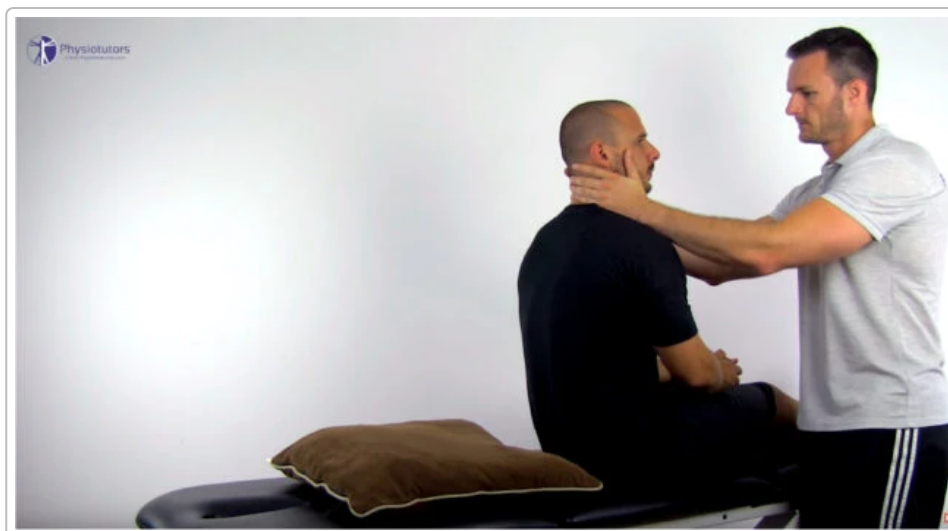


Tableau : Tests cliniques cervicaux – utilité diagnostique et valeurs de sensibilité/spécificité. 15 44

Test	Indication / Pathologie visée	Sensibilité (Se)	Spécificité (Sp)
Observation statique (posture)	Désalignement, attitudes antalgiques (faible corrélation douleur) ⁴ . Intérêt descriptif, peu prédictif.	– (n/a)	– (n/a)
Mouvements actifs (flex/ext/rot/...)	Évaluation fonctionnelle globale, reproduction symptômes (très utile si douleur ou limitation concordante).	–	–
Spurling (compression foraminale)	Radiculopathie cervicale (compression racine) ⁴⁰ . Test + = reproduction douleur radiculaire bras.	~30–50% ⁴⁰	~90–95% ⁴⁰
Distraction cervicale (traction)	Radiculopathie (soulagement à la décompression) ⁴¹ . Test + = soulage symptômes radiculaires.	~44% ⁴²	~90–97% ⁴²
ULNT/ULTT <i>Upper Limb Tension Test</i> (Median – ULTT1)	Radiculopathie / irritation nerveuse (épreuve d'étirement neural) ⁴⁴ . Test + = reproduction des paresthésies du patient.	~97% ⁴⁴	~22% ⁴⁴
Cluster de Wainner (≥3/4 tests positifs : Spurling, Distraction, ULTT1, rot. <60°)	Radiculopathie cervicale confirmée ⁴⁸ . 3+/4 = forte probabilité (voir texte).	~39% ⁶³	~94% ⁶³

Test	Indication / Pathologie visée	Sensibilité (Se)	Spécificité (Sp)
Test de Bakody (signe du bras au-dessus de la tête)	Radiculopathie C5-C6 (soulagement en abduction). Signe clinique empirique.	n/a	n/a
Signe de Lhermitte	Myélopathie cervicale (ou atteinte diffuse cordon postérieur). Sensation d'électricité à la flexion.	-	-
Hoffmann (réflexe des fléchisseurs des doigts)	Myélopathie (atteinte voies pyramidales) ³¹ . Test + = flexion pouce/index involontaire.	~59-67% ³¹	~81% ³¹
Babinski (réflexe cutané plantaire)	Myélopathie (atteinte voies pyramidales). Test + = extension orteils ²⁹ . Se faible, Sp très élevée (signe pathognomonique pyramidal).	~10-20% (est.)	~90-100% (est.)
Inverted supinator (réflexe stylo-radial inversé)	Myélopathie cervicale ³¹ . Test + = flexion des doigts à la place de supination lors du réflexe C6.	~51% ³¹	~81% ³¹
Cluster de Cook ($\geq 3/5$: Hoffmann, Babinski, Inverted sup., âge>45, marche anormale)	Myélopathie cervicale (confirmation) ³³ . 3 signes + = myélopathie très probable.	~31% (calc.)	~99% ³³
Test d'Adson, Wright, Roos	Syndrome défilé thoracique (vasculo-nerveux). Nombreux faux +/-, interprétation prudente.	-	-
Test d'Extension-Rotation	Douleur facettaire (arthropathie postérieure) ³⁹ . Test + = douleur locale en fin d'extension/rotation ipsi.	bonne (selon études)	modérée (seul) ³⁹
Palpation segmentaire douloureuse	Douleur facettaire ou discale segmentaire. Recherche de <i>signe concordant</i> (douleur habituelle reproduite) ⁵¹ . Fiabilité modérée.	-	-
Flexion-Rotation C1-C2 (test de Hall)	Céphalée cervicogénique, vertige cervicogénique ⁶⁴ . Test + = <32° rotation d'un côté avec reproduction céphalée.	~91% ²²	~90% ²²
Dix-Hallpike (manœuvre positionnelle)	Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) ¹⁵ . Test + = nystagmus torsionnel et vertige retardé.	~79% ¹⁵	~75% ¹⁵
HINTS (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew)	Vertige aigu central vs périphérique (AVC vs neurite) ¹⁷ . "Dangerous HINTS" = suspicion AVC (voir texte).	~95-100% ¹⁷	~71-96% ¹⁷

Test	Indication / Pathologie visée	Sensibilité (Se)	Spécificité (Sp)
Test de Sharp-Purser	Instabilité atlanto-axiale (ligament transverse) ²⁸ . Test + = <i>clunk</i> ou réduction symptômes en translation postérieure de C1.	~69% ²⁸	~96% ²⁸
Test ligament alaire (stabilité C1-C2)	Instabilité occipito-cervicale (lig. alaires). Test + = latence/excès de mouvement de C2 lors d'inclinaison/rotation de la tête.	- (qualitatif)	- (qualitatif)

(Les valeurs chiffrées présentées ci-dessus proviennent de méta-analyses ou études de référence citées. "n/a" = non applicable ou donnée non disponible. Les performances des tests peuvent varier selon les études ; elles sont indicatives du potentiel diagnostique mais doivent être interprétées à la lumière du contexte clinique individuel.)

Conclusion

L'évaluation clinique initiale d'une cervicalgie requiert une **démarche à la fois exhaustive et critique**. Le chiropraticien ou clinicien enseignant doit combiner les données de l'observation, du bilan fonctionnel dynamique, des tests orthopédiques ciblés et de l'examen neurologique pour dresser un tableau le plus précis possible de la situation du patient. Cette approche multi-étapes permet :

- **D'identifier des signes de gravité** nécessitant une orientation médicale rapide (red flags tels qu'une myélopathie, une dissection, une fracture, etc.) – heureusement rares, mais vitaux à ne pas manquer.
- **De préciser le syndrome douloureux** : radiculopathie compressive, douleur articulaire postérieure, syndrome myofascial, céphalée cervicogénique, atteinte temporo-mandibulaire associée, vertige d'origine potentielle cervicale, etc., en s'appuyant sur des tests validés. On a vu que chaque test a ses limites, mais que judicieusement combinés, ils améliorent la certitude diagnostique.
- **D'évaluer l'impact fonctionnel** : amplitude cervicale active, perturbations sensori-motrices, hyperalgie segmentaire, autant de facteurs qui guideront le plan de traitement et la progression des soins (par exemple, une raideur marquée cervico-thoracique oriente vers des techniques de mobilisation).
- **D'apprécier la modulation possible des symptômes** (approche McKenzie) dès le premier jour, ce qui à la fois renseigne sur le pronostic (amélioration rapide = bon pronostic généralement ⁵⁷) et oriente la stratégie thérapeutique la plus efficace et sécuritaire pour le patient.

Il est crucial de garder un **jugement clinique éclairé par les preuves** : ne pas sur-interpréter une posture ou un test isolé (risque de faux positifs/négatifs), confronter les trouvailles de l'examen aux données de la littérature (par ex. connaître qu'un Spurling – est plus fiable s'il est positif que négatif ⁴⁰, qu'un test d'artère vertébrale négatif ne rassure pas totalement ³⁸, ou qu'une centralisation indique qu'on peut poursuivre un traitement mécanique en confiance). En cas de discordances entre les tests ou d'incertitude diagnostique, ne pas hésiter à re-tester ultérieurement, à obtenir un second avis, ou à recourir aux examens complémentaires (imagerie, électrodiagnostic) appropriés, surtout si le patient n'évolue pas favorablement.

Pour les enseignants cliniciens, ce chapitre souligne l'importance d'**intégrer les niveaux de preuve** dans la formation pratique : discuter avec les étudiants de la sensibilité/spécificité des manœuvres, de la hiérarchie des preuves (une revue systématique aura plus de poids qu'une opinion experte isolée), et de la nécessité d'adapter l'examen à chaque patient (un patient vertigineux ne nécessitera pas les mêmes tests spécifiques qu'un patient post-traumatique, etc.).

En conclusion, l'évaluation clinique initiale experte des pathologies cervicales est un exercice de synthèse entre l'art (l'observation fine, l'écoute des symptômes du patient, la dextérité palpatoire) et la science (l'utilisation raisonnée de tests validés et de critères diagnostiques objectivables). C'est en combinant ces approches que le clinicien obtient le **tableau le plus juste** de la situation, condition nécessaire à une prise en charge efficace, sûre et personnalisée du patient cervicalgique.

References Bibliographiques : Les sources citées (revues systématiques, méta-analyses, guides cliniques) figurent en notes et illustrent les points clés par des données probantes. Elles témoignent du niveau de preuve actuel sur lequel s'appuie cette démarche d'évaluation initiale. En pratique, le clinicien doit sans cesse actualiser ses connaissances au fil des publications – notamment sur la fiabilité des tests cliniques et les critères pronostiques – afin d'offrir des soins alignés avec les meilleures évidences disponibles, tout en respectant l'individualité de chaque patient. 4 1

- 1 39 50 An overview of systematic reviews investigating clinical features for diagnosing neck pain and its associated disorders - PubMed
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39670815/>
- 2 3 4 The Relationship Between Forward Head Posture and Neck Pain: a Systematic Review and Meta-Analysis - PMC
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6942109/>
- 5 6 23 24 51 Inter-examiner reliability study of physical examination procedures to assess the cervical spine | Chiropractic & Manual Therapies | Full Text
<https://chiromt.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12998-021-00377-2>
- 7 47 Wainner Cluster for Cervical Radiculopathy - [P]rehab - Prehab Guys
<https://library.theprehabguys.com/vimeo-video/wainner-cluster-for-cervical-radiculopathy/>
- 8 Spurling's Test - Physiopedia
https://www.physio-pedia.com/Spurling%27s_Test
- 9 10 11 12 13 J of Oral Rehabilitation - 2024 - Bednarczyk - The Effectiveness of Cervical Rehabilitation Interventions For Pain in | PDF | Systematic Review | Physical Therapy
<https://www.scribd.com/document/787240201/J-of-Oral-Rehabilitation-2024-Bednarczyk-The-Effectiveness-of-Cervical-Rehabilitation-Interventions-for-Pain-In>
- 14 16 Dix-Hallpike Test | Benign-paroxysmal positional vertigo
<https://www.physiotutors.com/wiki/dix-hallpike-test/>
- 15 Establishing a diagnosis of benign paroxysmal positional vertigo through the dix-hallpike and side-lying maneuvers: a critically appraised topic - PubMed
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18469678/>
- 17 18 19 25 26 H.I.N.T.S. to Diagnose Stroke in the Acute Vestibular Syndrome—Three-Step Bedside Oculomotor Exam More Sensitive than Early MRI DWI - PMC
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4593511/>
- 20 Diagnostic accuracy of the flexion-rotation test and cut-off value in ...
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11570821/>
- 21 22 Flexion Rotation Test | Upper Cervical Hypomobility Assessment
<https://www.physiotutors.com/wiki/flexion-rotation-test/>
- 27 [PDF] The Canadian C-Spine Rule - SIRA
<https://www.sira.nsw.gov.au/resources-library/motor-accident-resources/publications/for-professionals/whiplash-resources/SIRA08109-Canadian-C-Spine-Rule1117-396476.pdf>
- 28 Sharp-Purser Test - The Student Physical Therapist
<https://www.thestudentphysicaltherapist.com/sharp-purser-test.html>
- 29 30 Cervicalgies.pdf
<file:///file-NPqYbbXsfLfZ9m8pw8Zt5L>
- 31 Degenerative Cervical Myelopathy: Recognition and Management | AAFP
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/1215/p740.html>
- 32 34 35 36 1399_OP_Jan.indd
<https://www.orthopt.org/uploads/Greer.pdf>
- 33 The value of Clinical signs in the diagnosis of Degenerative Cervical ...
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/21925682231209869>
- 37 38 Vertebral Artery Test
<https://www.thestudentphysicaltherapist.com/vertebral-artery-test.html>

40 **Cervical radiculopathy - PMC**

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4958381/>

41 42 43 **A systematic review of the diagnostic accuracy of provocative tests of ...**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK73918/>

44 **Upper Limb Tension Test 1 | ULNTA | Cervical Radiculopathy**

<https://www.physiotutors.com/wiki/upper-limb-tension-test-1/>

45 **Special Tests: Cervical Radiculopathy, Cervicogenic Headache, and ...**

<https://brookbushinstitute.com/courses/special-tests-cervical-radiculopathy-cervicogenic-headache-and-canadian-c-spine-rules>

46 **REVIEW OF THE FUNDAMENTAL HISTORY, PHYSICAL ...**

<https://journal.parker.edu/article/78086-review-of-the-fundamental-history-physical-examination-and-diagnostic-procedures-in-the-assessment-of-cervical-radiculopathy>

48 **Cluster of Wainner | Cervical Radicular Syndrome Assessment**

<https://www.physiotutors.com/wiki/cluster-of-wainner/>

49 **Cluster of Wainner | Cervical Radicular Syndrome**

<https://book.physiotutors.com/content/cervical-spine-assessment/cervical-radicular-syndrome/cluster-of-wainner-cervical-radicular-syndrome/>

52 **The validity of manual examination in assessing patients with neck ...**

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S152994300600756X>

53 54 55 56 57 60 61 62 **shura.shu.ac.uk**

https://shura.shu.ac.uk/6975/1/May_-_Centralization.pdf

58 59 **Centralisation | The McKenzie Institute International®**

<https://www.mckenzieinstitute.org/clinicians/research-and-resources/reference-list/centralisation/>

63 **CPR for Cervical Radiculopathy - Physiopedia**

https://www.physio-pedia.com/CPR_for_Cervical_Radiculopathy

64 **The diagnostic validity of the cervical flexion-rotation test in C1/2 ...**

[https://www.mskscienceandpractice.com/article/S1356-689X\(06\)00111-1/fulltext](https://www.mskscienceandpractice.com/article/S1356-689X(06)00111-1/fulltext)