

Évaluation initiale des cervicalgies non spécifiques et facteurs pronostiques

Les douleurs cervicales (cervicalgies) d'origine non spécifique peuvent s'accompagner de symptômes variés : irradiations vers le bras, céphalées, vertiges d'origine cervicale ou encore douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM). Une évaluation clinique initiale rigoureuse est essentielle pour **écarter une pathologie grave (red flags)**, caractériser la présentation clinique, et identifier les **facteurs pronostiques** qui orienteront la prise en charge. Ce document synthétise les données issues de la littérature scientifique (revues systématiques, méta-analyses, essais contrôlés) concernant :

- Le triage des pathologies graves (red flags) : tests spécifiques, conditions d'utilisation, valeurs de sensibilité/spécificité et références.
- L'examen statique et dynamique de la colonne cervicale, en soulignant la faible valeur de l'observation posturale isolée et l'importance des mouvements actifs pour reproduire la douleur, les irradiations ou autres symptômes, et évaluer l'amplitude.
- Les évaluations particulières selon les présentations cliniques (irradiations brachiales, vertiges d'origine cervicale, troubles de l'ATM), avec les tests associés et leur valeur clinique.
- Les tests orthopédiques pertinents : à visée diagnostique (avec données de validité) et ceux utiles comme suivi objectif de l'évolution des symptômes.
- Les tests de pression (palpation myofasciale, articulaire segmentaire) pour reproduire les symptômes ou localiser des zones douloureuses.
- L'utilisation des mouvements de préférence directionnelle ou de la modulation rapide des symptômes comme stratégie d'évaluation et leur valeur pronostique.

Chaque section est structurée selon le niveau de preuve disponible, en précisant les consensus et divergences, et en restant ouverte à la pluralité des approches thérapeutiques.

Triage initial : dépistage des pathologies graves (Red flags)

La première étape de l'examen est de rechercher des **signes d'alarme** suggérant une pathologie sérieuse nécessitant des examens complémentaires ou une référence médicale (fracture, atteinte neurologique centrale, infection, tumeur, dissection/artère vertébrale, etc.). Plusieurs tests de **trriage** et critères cliniques standardisés sont disponibles :

- **Risque de fracture cervicale (traumatisme)** – Appliquer la règle canadienne des cervicales (Canadian C-Spine Rule) chez les patients traumatisés alertes et stables. Cette règle de décision clinique présente une **sensibilité élevée (90-100%)** et une valeur prédictive négative de 99-100%, ce qui en fait un excellent outil pour exclure une fracture cervicale lorsqu'aucun critère radiographique n'est rempli. Sa spécificité est plus modérée (environ 45-77% selon les études). En comparaison, les critères de NEXUS sont un peu moins sensibles. En pratique, un patient adulte ayant un traumatisme cervical sans critère à la CCR a un risque très faible de lésion et n'a pas besoin de radiographie en urgence.
- **Myélopathie cervicale (compression médullaire)** – Devant des signes neurologiques centraux (troubles de la marche, hyperréflexie, signe de Babinski, etc.), on recherche un faisceau de signes suggestifs de myélopathie cervicospinale. **Le cluster de Cook (2010)** rassemble 5 tests

cliniques : démarche ataxique, test de Hoffmann positif, signe du **Babinski** positif, **réflexe stylo-radial inversé** (signe de l'inversion supinateur) et âge > 45 ans. La présence d'**au moins 1 test positif sur 5** offre une sensibilité de **94%** (LR- ~0,18) pour détecter une myélopathie, ce qui est utile pour le dépistage (élimination si tous négatifs). À l'inverse, **3 tests positifs sur 5** augmentent fortement la probabilité (+LR ~30) avec une spécificité élevée (environ 99%). Par exemple, un patient >45 ans avec démarche perturbée et Hoffmann positif aura un **risque élevé de myélopathie** nécessitant une IRM. Ce cluster illustre qu'une combinaison de signes neurologiques permet de **"ruler in"** ou **"ruler out"** une compression médullaire cervicale mieux que chaque signe isolé.

- **Instabilité cervicale haute (C1-C2)** – Chez les patients à risque d'instabilité atlanto-axoïdienne (polyarthrite rhumatoïde érosive, syndrome de Down, traumatisme cervical haut), des tests spécifiques évaluent l'intégrité ligamentaire. Le **test de Sharp-Purser** (réduction de la subluxation atlanto-axoïdienne en poussée antéro-postérieure de C1) est utilisé pour détecter une atteinte du ligament transverse de l'atlas. Il est positif si on sent un "clunk" de réduction ou une diminution des symptômes pendant la manœuvre. La littérature rapporte pour ce test une **sensibilité ~69%** et une **spécificité ~96%** (pour une translation >3 mm à la radiographie) ¹. En pratique, un Sharp-Purser positif impose l'arrêt des manipulations cervicales et un avis spécialisé. D'autres tests (stress-test ligament transverse, test en flexion latérale pour le ligament alaire) ont également été décrits, avec des spécificités élevées (>95%) mais des sensibilités modestes (~65-70%).

- **Insuffisance vertébro-basilaire / Dissection artérielle** – Une cause rare mais critique de cervicalgie associée à des symptômes neurologiques fluctuant (vertiges, syncopes, troubles visuels ou de la parole) est une atteinte vasculaire (compression ou dissection des artères vertébrales). Les **signes d'alerte neurologiques** connus sous "5D, 3N" (Dizziness – vertige, Drop attacks – chutes soudaines, Diplopie, Dysarthrie, Dysphagie ; Nystagmus, Nausées, engourdissement **Numbness** facial) orientent vers un **dysfonctionnement artériel**. Historiquement, un test positionnel de **VBI (extension + rotation maintenue)** était utilisé avant les manipulations cervicales pour provoquer ces signes. Cependant, une revue systématique (4 études) a montré que ces tests **manquent de sensibilité (0-57%)** pour détecter une insuffisance artérielle, malgré une spécificité assez haute (67-100%). En clair, un test de VBI négatif ne garantit pas l'absence de risque vasculaire. Les recommandations récentes encouragent plutôt un bon interrogatoire (antécédents vasculaires, migraines, facteurs de risque CV) et l'évaluation des **symptômes** d'alarme que la reliance sur les tests positionnels dont la valeur prédictive est faible. **Conclusion** : en présence de signes neurologiques inhabituels (drapeaux rouges vasculaires), il convient de différer tout traitement manuel cervical et de référer pour évaluation médicale.

- **Autres red flags** – Certaines présentations de cervicalgie doivent faire évoquer :

- Une **infection/discite** : douleur cervicale non mécanique, fébrile, contexte infectieux (ORL, dentaire) ou immunosuppression.
- Une **tumeur** : douleur insidieuse, constante, prédominant la nuit, terrain de cancer connu ou signes généraux (amaigrissement, fatigue).
- Un **syndrome méningé** (raideur de nuque fébrile, céphalée intense) ou une **hémorragie sous-arachnoïdienne** (céphalée en coup de tonnerre associée).

Ces situations ne correspondent pas à un test orthopédique spécifique, mais plutôt à un **faisceau de signes cliniques** issus de l'anamnèse et de l'examen général. Le clinicien doit rester vigilant face à **"la première douleur de ce type et la plus intense jamais ressentie"**, une inefficacité totale du

traitement antalgique, ou des drapeaux rouges à l'interrogatoire (ex. antécédent de cancer). Dans le doute, des examens d'imagerie (radiographie, IRM) et avis spécialisés sont indiqués avant toute prise en charge manipulative.

↑ **Preuves et consensus** : Les critères de triage comme la règle canadienne des cervicales et les clusters cliniques (myélopathie) sont appuyés par des études de haute qualité (validation sur grandes cohortes, revues systématiques). Il existe un consensus pour les utiliser en pratique afin de ne pas passer à côté d'une pathologie sérieuse. En revanche, certains tests traditionnels (ex. test de l'artère vertébrale) sont remis en question du fait de leur faible fiabilité diagnostique. Le clinicien doit donc combiner les informations de l'histoire et des tests afin d'avoir la **sensibilité la plus élevée** pour les red flags (le moindre doute justifie un complément d'examen).

↓ **Divergences** : Le dépistage des atteintes vasculaires cervicales reste débattu. Si tout le monde s'accorde sur l'importance d'identifier les signes neuro-vasculaires d'alarme, la façon de dépister (tests positionnels vs simple interrogatoire ciblé) fait l'objet de discussions. Les pratiques évoluent vers une approche raisonnée intégrant les facteurs de risque individuels plutôt que des tests standard appliqués à tous.

Examen clinique : observation statique vs mouvements actifs

Une fois éliminées les urgences, l'examen clinique de la cervicalgie commune comporte une **observation statique** et surtout une **évaluation dynamique** de la colonne cervicale. L'objectif est de comprendre quelles structures ou mouvements reproduisent la douleur du patient, et d'objectiver les limitations fonctionnelles.

- **Observation de la posture** : On évalue l'alignement de la tête et du cou (antéposition de tête, cyphose cervico-dorsale, bascule de la tête, asymétries). Cependant, la **corrélation entre posture statique et douleur cervicale est faible**. Une revue systématique n'a trouvé que de petites différences moyennes d'inclinaison de tête (~5°) entre adultes asymptomatiques et ceux avec cervicalgie, et aucune corrélation significative chez les adolescents. Chez l'adulte d'âge moyen, certaines études rapportent une corrélation modérée entre la sévérité de la douleur et l'angle de tête ($r \approx -0,55$, où une posture de tête plus en avant serait associée à une intensité de douleur plus élevée). Toutefois, ces associations restent modestes et possiblement confondues par l'âge ou d'autres facteurs. De plus, la fiabilité de l'inspection visuelle de la posture est limitée, bien qu'améliorable par des outils (goniomètre, smartphone, etc.). **En pratique**, une posture "tête en avant" est très fréquente dans la population générale et n'implique pas nécessairement une cervicalgie. Une posture statique n'est considérée comme cliniquement pertinente que si elle s'accompagne de douleurs reproductibles (ex: posture antalgique adoptée spontanément par le patient pour soulager sa douleur).

- **Mouvements actifs du rachis cervical** : L'examen dynamique débute par la mesure des amplitudes de mouvement actives (flexion/extension, inclinaisons latérales, rotations) en notant les limitations et surtout **l'apparition de la douleur ou de symptômes associés**. Cet examen a une double visée : **diagnostique** (quel mouvement reproduit la douleur initiale du patient ?) et **fonctionnelle** (quel est le degré de mobilité, comment la douleur affecte-t-elle la fonction ?). On accorde une valeur importante à la **reproduction de la douleur familière** du patient lors d'un mouvement ou d'une combinaison de mouvements. Par exemple, une douleur cervicale augmentée en extension et rotation droite évoquera une composante facettaire ou foraminale droite. Une irradiation dans le bras reproduite à la rotation/extension fera suspecter une irritation radiculaire. De même, des étourdissements reproduits par certains mouvements de

tête orienteront vers un vertige cervicogène si les causes vestibulaires sont exclues. L'amplitude globale est mesurée (par estimation visuelle ou idéalement avec un goniomètre/inclinomètre) pour suivre l'évolution : une flexion de 30° limitée par la douleur qui passe à 50° après traitement est un indicateur objectif d'amélioration.

- **Tests combinés et mouvements répétés** : En cas de doute, on peut utiliser des **mouvements combinés** ou répétés pour tenter de provoquer la symptomatologie. Par exemple, des mouvements répétés en protraction/rétraction ou en inclinaisons répétées peuvent révéler une **préférence directionnelle** (voir plus loin) et centraliser ou au contraire périphériser la douleur. La présence d'une **posture antalgique** (ex: tête inclinée d'un côté pour soulager une névralgie cervico-brachiale) est notée, mais on cherchera surtout à voir si un mouvement correctif modifie cette posture douloureuse. L'observation statique seule a une **valeur limitée sans corrélation aux symptômes actifs** : c'est l'évolution de la douleur **pendant le mouvement** et **à l'extrême de l'amplitude** qui fournit des indications diagnostiques. Par exemple, une posture spontanée de la tête légèrement fléchie n'est pas pathologique en soi, mais si le patient **adopte** cette posture pour diminuer sa douleur (signe antalgique) et qu'à l'inverse la position neutre provoque une recrudescence de douleur, cela devient une information pertinente.

En résumé, la **hiérarchie en examen cervical** place en premier la *fonction douloureuse* plutôt que la *forme statique*. Les preuves disponibles soulignent qu'une **observation posturale isolée** n'est pas un indicateur fiable de la présence ou de la sévérité de la cervicalgie. En revanche, la **provocation de la douleur par les mouvements** a une valeur diagnostique forte (même si peu quantifiée en littérature, c'est un consensus clinique). On notera les mouvements aggravants et soulageants, ainsi que **l'amplitude où la douleur survient** (par exemple douleur en fin d'extension uniquement, suggérant une atteinte moins sévère que douleur dès le début du mouvement).

↑ **Preuves et consensus** : Il existe un consensus pour considérer l'examen dynamique comme plus pertinent que l'examen statique visuel. Les données de recherche confirment que la posture cervicale n'est qu'un facteur contributif mineur dans la cervicalgie, modéré par l'âge et d'autres facteurs. En revanche, la mesure des amplitudes et la reproduction de la douleur sont des pratiques universelles en clinique, bien que la littérature objective surtout leur fiabilité plutôt que leur impact pronostic. Des outils comme les goniomètres ou capteurs augmentent la précision de mesure des mouvements actifs, mais ne sont pas indispensables pour la démarche diagnostique initiale tant que l'on consigne bien les limitations de façon reproductible.

↓ **Divergences** : Certaines approches plus anciennes accordaient une grande importance aux "*dysmorphismes posturaux*" (cyphose, tête en avant) comme cause de douleur. Les études modernes nuancent fortement ce lien, si bien qu'il peut y avoir divergence entre cliniciens "classiques" focalisés sur la posture et cliniciens actuels focalisés sur la fonction. Néanmoins, l'observation posturale conserve sa place pour détecter des attitudes antalgiques ou des anomalies évidentes (torticoli aigu en rotation, par exemple).

Évaluations spécifiques selon la présentation clinique

Selon les symptômes associés, l'examineur intègre des tests spécifiques additionnels. Une cervicalgie "pure" ne s'évalue pas exactement de la même manière qu'une cervicalgie avec névralgie cervico-brachiale, vertiges ou TMD (trouble de l'ATM). Nous détaillons ci-dessous les **présentations cliniques majeures** et l'examen ciblé correspondant, avec les tests utiles et leur performance diagnostique lorsqu'elle est documentée.

Cervicalgie avec irradiations brachiales (radiculopathie cervicale)

Une douleur cervicale irradiant dans l'épaule ou le bras, accompagnée possiblement de paresthésies dans les doigts, évoque une **névralgie cervico-brachiale** par irritation radiculaire (compression discale ou foraminale, inflammation). L'examen cherchera à confirmer l'atteinte radiculaire et à préciser le niveau, tout en évaluant la gravité (déficit sensitivo-moteur ?). Les tests orthopédiques classiquement employés ont fait l'objet d'études de validité :

- **Test de Spurling** (compression foraminale) : en position assise, on réalise une inclinaison latérale et une légère extension du cou du patient, puis on applique une compression axiale. Le test est **positif** s'il reproduit la douleur radiculaire dans le bras (douleur ou paresthésie selon le dermatome). Une méta-analyse indique que le Spurling a une **sensibilité faible à modérée (~50%)** et une **spécificité élevée (~86-92%)**. Cela signifie qu'un Spurling **négatif n'élimine pas** la radiculopathie (faux négatifs fréquents), mais un Spurling **positif augmente fortement la probabilité** de compression foraminale (faux positifs rares). Son rapport de vraisemblance positif a été estimé entre 4 et 7 dans différentes études, ce qui en fait un bon test de confirmation.
- **Test de traction cervicale** (distraction) : en décubitus ou assis, on soulève doucement la tête du patient pour **diminuer** la pression foraminale. Le test est positif s'il **soulage** les symptômes radiculaires (diminution de la douleur ou des fourmillements dans le bras). C'est l'inverse du Spurling. Sa sensibilité est également faible (~44%) et sa spécificité haute (~90%) d'après les données disponibles. Un test de traction positif (c'est-à-dire un soulagement net) a donc une bonne valeur de confirmation d'une atteinte radiculaire, tandis qu'un test négatif ne l'exclut pas formellement. Souvent, Spurling et Distraction sont utilisés en complément (l'un provoque, l'autre soulage).
- **Test de tension du membre supérieur (ULNT ou ULTT)** : il s'agit d'une mise en tension neural des racines cervico-brachiales, par exemple ULTT type A (dépression de l'épaule, abduction 90-110°, rotation externe, supination, extension du poignet/doigts puis du coude). On compare l'amplitude atteinte et les symptômes aux deux côtés. **L'ULTT est le test le plus sensible pour détecter une radiculopathie** : la revue de Wainner (2003) montrait une **sensibilité ~97%** pour ULTT type A, avec une **spécificité faible (~22%)**. Une autre revue systématique confirme cette tendance : tension neural négative (aucun symptôme déclenché dans le bras atteint) rend très improbable une radiculopathie (LR- ~0,12), par contre une ULTT positive n'est pas très spécifique (de nombreux sujets sains peuvent ressentir des tiraillements). Ainsi, **un ULTT négatif permet d'exclure** avec confiance une atteinte radiculaire dans le contexte de suspicion clinique. En revanche, un ULTT positif doit être corrélé aux autres signes (un ULTT isolément positif n'est pas diagnostique si le tableau clinique est peu évocateur). Notons que l'examineur doit s'assurer du caractère *reproductible de la douleur initiale* : par exemple, une tension neural qui provoque simplement une tension musculaire dans le bras ne suffit pas, il faut idéalement reproduire les paresthésies ou la douleur précise du patient.
- **Rotation cervicale < 60°** du côté atteint : Wainner et al. ont inclus la mesure de la rotation cervicale ipsilatérale. Une limitation nette de la rotation (<60°) du côté douloureux a une sensibilité d'environ 90% et une spécificité d'environ 50%. Ce critère est moins étudié isolément, mais entre en compte dans le cluster de tests.
- **Cluster diagnostique de la radiculopathie cervicale** : Wainner et collaborateurs (Spine 2003) ont proposé un **"test item cluster"** combinant 4 findings : (1) ULTT A positif, (2) rotation cervicale ipsilatérale < 60°, (3) Spurling A positif, (4) Traction positive (soulagement). La

probabilité post-test de radiculopathie atteint **~90% si les 4 tests sont positifs** ². Avec **3 tests positifs sur 4**, le risque reste élevé (post-test ~65%, +LR ~6). À l'inverse, si **seul 1 des 4** est positif, la radiculopathie est peu probable (le cluster a alors une sensibilité de 94% pour détecter le problème en cas de ≥ 1 test positif). En pratique, ce cluster est utilisé comme référence : **≥ 3 tests positifs** oriente fortement le diagnostic. Notons que les études ultérieures ont nuancé certains points (sensibilité moindre en pratique réelle), mais globalement ce cluster demeure un outil clinique utile. Une revue systématique de 2007 concluait de façon cohérente : *Spurling, distraction et manœuvre de Valsalva positifs pointent vers une radiculopathie, tandis qu'un ULTT négatif la rend improbable.*

- **Examen neurologique** : il complète les tests orthopédiques. On recherche un **déficit sensitif** dans un dermatome (hypoesthésie), un **déficit moteur** dans un myotome (faiblesse à la résistance, ex. extension du poignet pour C7, abduction des doigts pour T1, etc.), et des **réflexes ostéotendineux** diminués (bicipital C5/C6, stylo-radial C6, tricipital C7). La présence d'un déficit neurologique franc (parésie, aréflexie) augmente la probabilité d'une radiculopathie sévère compressive. Toutefois, la sensibilité de chaque signe neurologique n'est pas élevée. C'est l'association douleur cervicale irradiée + déficit neuro correspondant qui donne un diagnostic certain. Par exemple, une hypoesthésie du pouce et un réflexe bicipital aboli confortent l'atteinte de C6. L'examen neurologique a aussi un rôle pronostique : un déficit moteur important d'emblée (ex. triceps <3/5) est un facteur de pronostic défavorable sans intervention (indication neurochirurgicale plus probable).

Point pronostic : En dehors des déficits objectifs, un facteur de bon pronostic dans les radiculopathies est la capacité à **centraliser la douleur** (voir section plus bas sur préférence directionnelle). Si, lors de l'examen, certains mouvements ou postures arrivent à atténuer l'irradiation dans le bras (même temporairement), c'est encourageant. Par exemple, le patient qui trouve du soulagement en mettant la main sur la tête (signe de Bakody) a souvent une compression radiculaire de C5-C6 modérée qui répond bien aux traitements conservateurs. En revanche, des douleurs radiculaires très distales (jusque dans les doigts) persistantes malgré différentes manœuvres et associées à un score de douleur élevé signalent un risque de chronicité ou la nécessité d'examens complémentaires. Heureusement, la plupart des radiculopathies cervicales non compliquées ont une évolution favorable en quelques mois. Une revue sur l'histoire naturelle montre qu'environ 90% des patients voient leurs symptômes radiculaires s'améliorer significativement en 4 à 6 mois (souvent grâce à la résorption partielle d'une hernie discale). Les **facteurs de mauvais pronostic** rapportés dans la littérature incluent : une **douleur intense initiale**, un **niveau élevé de handicap** (questionnaire de incapacité cervicale > 40%) et la présence de **facteurs psychosociaux négatifs** (anxiété, catastrophisme – voir plus loin). Ces éléments doivent inciter à une prise en charge plus active et à un suivi rapproché.

Cervicalgie avec vertiges ou étourdissements (dizziness cervicogène)

Certains patients présentent des **vertiges, sensations d'instabilité ou étourdissements** associés aux mouvements de cou, sans cause vestibulaire évidente. Le **vertige cervicogène** (dizziness cervicogénique) est un diagnostic d'exclusion, défini par des sensations vertigineuses **synchrones aux positions ou mouvements du cou**, apparaissant généralement après un traumatisme cervical (whiplash) ou dans le contexte d'une cervicalgie chronique, et disparaissant lorsque la cause cervicale est traitée. L'évaluation vise d'abord à **écarter les autres causes de vertige** (atteinte de l'oreille interne, cause neurologique centrale ou cardio-vasculaire), puis à mettre en évidence des signes en faveur d'une origine cervicale.

Le bilan initial comportera donc :

- **Examens vestibulaires de dépistage** : Test de **Dix-Hallpike** (manœuvre positionnelle) pour éliminer un vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) du canal postérieur, qui est la cause la plus fréquente de vertige périphérique. Un Hallpike classique ne devrait pas reproduire de nystagmus positionnel en cas de vertige cervicogène pur (il sera négatif). De même, le **Head Impulse Test** (test impulsionnel de la tête) évalue le réflexe vestibulo-oculaire : il sera normal si la cause est cervicale (car l'oreille interne est intacte). Un HIT positif orienterait plutôt vers une déficience vestibulaire périphérique (névrite). On peut aussi réaliser un **test d'Unterberger** (marche aveugle sur place) ou d'autres tests vestibulaires – ceux-ci seront en principe normaux dans le vertige cervicogénique isolé. **Attention** : la coexistence d'une cervicalgie et d'une pathologie vestibulaire n'est pas impossible, d'où l'importance d'un examen complet.
- **Recherche de signes neurologiques centraux** : comme évoqué en section red flags, des vertiges associés à des signes neurologiques (diplopie, dysarthrie, ataxie...) feraient évoquer une insuffisance artérielle cérébrale ou une atteinte centrale (AVC, sclérose en plaques) plutôt qu'un vertige cervicogène banal. Ces signes d'alarme doivent être exclus d'emblée.

Une fois ces étiologies écartées, plusieurs tests cliniques orientent vers le diagnostic de **dizziness cervicogénique** :

- **Test de torsion cervicale (Cervical torsion test)** : Considéré comme l'un des meilleurs tests diagnostiques pour le vertige d'origine cervicale ³. Il consiste à dissocier le mouvement de la tête et du corps : le patient est assis, on stabilise fermement sa tête (par exemple avec un dispositif ou par le thérapeute) puis on fait tourner son tronc (épaules) vers la droite ou gauche d'environ 90°, induisant ainsi une rotation relative du cou **sans changer l'orientation de la tête par rapport à l'espace**. Dans ce test, les canaux vestibulaires ne sont pas stimulés (la tête reste fixe dans l'espace), seule la proprioception cervicale change. Le test est **positif** s'il déclenche le vertige ou un nystagmus. Des études avec vidéonystagmoscopie ont montré une **sensibilité ~72%** et une **spécificité ~92%** du test de torsion cervicale assis pour diagnostiquer un vertige cervicogène. En d'autres termes, un test de torsion qui reproduit exactement les étourdissements du patient rend très probable l'origine cervicale. À l'inverse, un test de torsion négatif n'exclut pas totalement le diagnostic (il y a ~28% de faux négatifs), mais oriente à chercher d'autres causes.
- **Test de suivi oculaire avec cou en torsion (Smooth Pursuit Neck Torsion Test)** : Variante plus élaborée, où le patient suit des yeux une cible mobile (évalue le réflexe oculo-cervical) d'abord tête neutre puis tête fixe avec tronc en rotation. Un **déficit du poursuite oculaire apparaissant uniquement en position de cou tourné** suggère une origine cervicale des perturbations du contrôle oculomoteur. Ce test a montré une sensibilité jusqu'à **90%** et **spécificité 91%** dans certaines études pour les vertiges cervicogènes post-whiplash, même si les résultats varient (dépendants de l'âge et de facteurs cognitifs). En clinique courante, ce test est moins répandu car il requiert une bonne observation du mouvement oculaire (idéalement avec lunettes de Frenzel pour détecter un petit nystagmus). Si disponible, un tel examen peut renforcer la confiance diagnostique.
- **Test de positionnement de la tête** : On peut également tester la **proprioception cervicale** via le "Joint Position Error Test" – le patient, les yeux fermés, doit repositionner sa tête neutre après une rotation, et on mesure l'erreur angulaire à l'aide d'un laser sur cible. Une erreur de repositionnement importante (>4-5°) a été observée chez des patients avec vertige cervicogénique, reflétant un trouble de la sensibilité proprioceptive du cou. Ce test n'a pas de

valeurs de sensibilité/spécificité bien établies, mais il fait partie du **tableau complet** d'évaluation cervicogénique.

- **Palpation et mobilité cervicale** : On recherche systématiquement des signes de dysfonction cervicale associés : raideur ou douleur segmentaire à la palpation, restrictions de mobilité (souvent en rotation) au niveau de la jonction cervico-occipitale et des segments hauts (C1-C3). Bien que non spécifiques, ces constats (par ex. douleur à la pression des muscles suboccipitaux, reproduction du vertige en mobilisant C1-C2) renforcent l'hypothèse cervicogène lorsqu'ils sont présents concomitamment aux étourdissements.

Consensus diagnostique : Le vertige cervicogène est retenu lorsque l'on constate l'association de **dizziness + cervicalgie** et que l'exclusion des autres causes est faite, avec au moins **deux tests cliniques positifs** en faveur d'une origine cervicale (typiquement le test de torsion cervicale positif, plus un test de poursuite altéré ou une erreur de repositionnement). Par ailleurs, on note souvent une amélioration des vertiges par les traitements cervicaux (physiothérapie, manipulations), ce qui a aussi une valeur confirmatoire a posteriori.

Facteurs pronostiques : La bonne nouvelle est que le vertige cervicogénique, une fois diagnostiqué correctement, **répond bien aux traitements conservateurs** (mobilisations, travail proprioceptif, renforcement musculaire du cou) d'après plusieurs essais contrôlés et revues qualitatives. Des améliorations significatives de l'intensité des vertiges et de l'équilibre postural sont rapportées après 8 à 12 semaines de rééducation dans ces études. Un facteur de bon pronostic est lorsque le patient **identifie clairement les mouvements du cou déclencheurs** et arrive à les reproduire (car on pourra cibler précisément ces mouvements en thérapie). À l'inverse, la présence de **doute diagnostique** (par exemple un nystagmus intermittent inexpliqué) ou de **symptômes vestibulaires francs** peut indiquer soit une erreur de diagnostic, soit une composante mixte plus complexe, ce qui rend la récupération moins prévisible. Globalement, en l'absence de lésion neurologique, le pronostic du vertige cervicogénique est favorable. Il faut toutefois informer le patient que la rééducation peut prendre plusieurs semaines car il s'agit de "rééduquer" le cou et le système d'équilibre.

Douleur cervicale associée à un trouble de l'ATM (cervicalgie et TMD)

Les dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) et les cervicalgies sont fréquemment **associées**. Environ **50 à 70% des patients avec TMD** (trouble temporo-mandibulaire) rapportent des douleurs cervicales concomitantes, et inversement les patients avec cervicalgie chronique ont souvent des tensions des muscles masticateurs. Cette interrelation anatomique et fonctionnelle (muscles cervico-mandibulaires communs, chaînes myofasciales) implique qu'un examen de l'ATM peut s'avérer nécessaire chez un patient consultant pour cervicalgie, et vice versa.

Évaluation combinée cou-ATM :

- **Anamnèse ciblée** : rechercher des symptômes d'ATM : douleurs pré-auriculaires, bruits articulaires (claquements), blocages ou limitations d'ouverture de la mâchoire, bruxisme, etc. De même, chez un patient consultant pour douleur ATM, demander l'existence de douleurs cervicales, céphalées occipitales, etc.
- **Examiner l'ATM** : observer l'ouverture de bouche (amplitude normale ~40-50 mm, déviation en S ou C), palper les bruits articulaires au stéthoscope ou à la main (click suggérant une luxation discale avec réduction), et palper la contracture des muscles manducateurs (masséters,

temporaux, ptérygoïdiens externes via la bouche). Noter si la palpation reproduit la douleur habituelle (ex: douleur temporale, ou rétro-orbitaire évoquant un point trigger).

- **Test de compression de l'ATM (test du bâton)** : Il s'agit d'un test orthopédique visant à différencier une douleur d'origine **intra-articulaire (arthralgie)** d'une douleur **musculaire (myalgie)**. Le principe : le patient mord fermement un objet dur (classiquement un abaisse-langue en bois) d'un seul côté, ce qui charge l'ATM *controlatérale* en compression et sollicite les muscles *ipsilatéraux*. Si cette manœuvre reproduit une **douleur familial** du côté opposé à la morsure, cela suggère une atteinte intra-articulaire (arthralgie) de l'ATM controlatérale comprimée. Si au contraire la douleur apparaît du **même côté que la morsure**, on incrimine plutôt les muscles masticateurs ipsilatéraux (myalgie) puisque ce sont eux qui travaillent lors du serrage ⁴. Les performances diagnostiques de ce test ont été étudiées sur 300 sujets : une **douleur controlatérale** à la compression a une **spécificité élevée (~91%)** pour le diagnostic d'arthralgie ATM (selon les critères diagnostics TMD), mais une sensibilité modérée (~40%) ⁵. De même, la **douleur ipsilatérale** à la morsure a une spécificité ~93% pour une myalgie des muscles masticateurs, mais une sensibilité de 35%. En pratique, **un test de compression négatif rend peu probable une atteinte sévère** (valeur prédictive négative élevée, du fait de la haute spécificité), tandis qu'un résultat positif oriente sans certitude absolue (il peut y avoir des douleurs combinées muscle + articulation qui brouillent le test). Dans l'étude citée, un test négatif était fortement associé à l'absence d'arthralgie ATM confirmée (OR ~5.7). Ce test est simple à réaliser en clinique (morsure d'une roulée de coton ou d'un bâtonnet) et fournit une information précieuse pour guider le traitement : arthralgie (atteinte articulaire) ou myalgie (plutôt musculaire) ou les deux.

- **Tests d'ouverture contre résistance (tests de provocation)** : Par exemple, le **"tongue blade test"** (test du bâton dans les dents) peut également servir à identifier une atteinte intra-articulaire. Le patient mord un bâton des deux côtés simultanément ; une douleur **vive dans l'ATM** évoquerait une atteinte articulaire (ce test est plutôt utilisé en contexte de suspicion de fracture condylienne en urgence, avec une sensibilité de ~95% pour exclure une fracture si le patient peut mordre sans douleur). En contexte chronique, ce test est moins spécifique. On peut aussi demander au patient d'ouvrir contre résistance : une douleur musculaire augmente à la contraction (myalgie), alors qu'une arthralgie pure donnera surtout des douleurs en fin d'ouverture maximale (quand la tête condylienne comprime le disque en avant par exemple).

- **Examen cervical associé** : on ne doit pas négliger le rachis cervical dans ce contexte. Souvent, on trouve des **contractures des sous-occipitaux et du SCM** chez les patients TMD, ainsi qu'une posture tête en avant. L'amplitude de rotation cervicale est à tester (une restriction significative pourrait contribuer à des troubles proprioceptifs favorisant les TMD). Palper l'insertion occipitale du trapèze, les points gâchettes du SCM qui peuvent référer une douleur à la face, etc.

Corrélations et implications thérapeutiques : Un lien cervico-mandibulaire fréquent est le réflexe antalgique : un patient avec arthrose des facettes hautes C1-C2 peut développer une hypertonie réflexe des muscles masticateurs, ou vice versa une malocclusion chronique peut entraîner une tension des muscles cervicaux. L'examineur doit garder l'esprit ouvert sur ces **douleurs référées croisées**. Par exemple, un point gâchette dans le muscle SCM peut causer des douleurs pré-auriculaires pouvant mimer un TMD, alors qu'il s'agit d'une cervicalgie myofasciale. **Reproduire la douleur du patient** par la palpation ou le test du bâton reste le critère principal pour identifier la source (cou vs ATM).

Pronostic : La présence conjointe d'une cervicalgie et d'un TMD **complexifie légèrement le tableau**, mais ne signifie pas forcément un moins bon pronostic. Des approches combinées (thérapie manuelle cervicale **et** soins occlusaux par exemple) peuvent être nécessaires. D'après les revues, les TMD ont un

pronostic variable, souvent favorable avec des traitements conservateurs (éducation, gouttière, exercices) dans la plupart des cas. Cependant, les **facteurs psychosociaux** (stress, bruxisme lié à l'anxiété) pèsent beaucoup dans la chronicité des TMD tout comme des cervicalgies. On recommande d'identifier ces facteurs dès l'évaluation initiale (voir plus loin "drapeaux jaunes"). Un patient présentant à la fois un TMD et une cervicalgie a potentiellement une atteinte plus globale du système musculo-squelettique : il faudra rester *ouvert aux options thérapeutiques non exclusives* (prise en charge multidisciplinaire associant chiropracteur/kinésithérapeute pour le cou et dentiste/occlusodontiste pour l'ATM, par exemple).

Résumé des tests ATM à retenir (et niveau de preuve) : Le **test de compression ATM** a une base scientifique dans la littérature récente, avec de bonnes valeurs de spécificité pour distinguer arthralgie vs myalgie. Les autres tests (palpation, mouvements mandibulaires) reposent sur un consensus d'experts et les critères diagnostiques internationaux (RDC/TMD) qui exigent la reproduction de la douleur à la palpation ou au mouvement pour confirmer le diagnostic d'arthralgie/myalgie. L'évaluation combinée cou + ATM est soutenue par des études montrant le lien fréquent entre ces régions, mais nécessite surtout une bonne **jugement clinique** pour déterminer la contribution de chaque région dans la plainte du patient.

Tests orthopédiques pertinents : diagnostic et suivi

En plus des tests spécifiques aux présentations cliniques (détaillés ci-dessus), l'examineur dispose d'une panoplie de **tests orthopédiques généraux** pour le rachis cervical. Il est utile de distinguer deux catégories :

1. **Tests à visée diagnostique** – conçus pour **confirmer ou infirmer une hypothèse** (avec des données de validité connues).
2. **Tests de suivi ou de résultat** – qui ne sont pas forcément spécifiques d'un diagnostic, mais qui servent de **mesures objectives de l'évolution** des symptômes (amplitude, douleur provoquée, etc.).

Voici les principaux tests orthopédiques cervicaux et leur utilisation basée sur les preuves :

- **Spurling, Traction, ULTT, Rotation <60°** : ces tests forment le **carré d'as diagnostique de la radiculopathie** (cf. cluster de Wainner) et ont déjà été décrits. Leur spécificité ou sensibilité individuelle est modérée, mais combinés ils atteignent une **valeur prédictive importante**. **En suivi**, on peut s'en servir comme étalon : par exemple, un Spurling initialement positif qui devient négatif après traitement indique une diminution de la compressibilité foraminale et donc une amélioration objective. De même, l'amplitude de rotation <60° pourra être re-mesurée : si on passe de 45° à 70° de rotation indolore, c'est un progrès mesurable.

- **Tests de mobilité segmentaire (palpation des mouvements intervertébraux)** : Le clinicien peut effectuer des **glissements postéro-antérieurs** (spring test) sur les épineuses ou les facettes cervicales pour évaluer la mobilité et la **douleur à la pression** de chaque segment. Un segment hypo-mobile et douloureux peut suggérer une dysfonction articulaire locale. La **fiabilité inter-examineur** de la palpation de mouvement est modérée, mais certains travaux montrent une **validité** si l'on combine la recherche de raideur et la provocation de douleur. Par exemple, Lemeunier et al. (CADRE 2018) ont trouvé des **preuves préliminaires de validité** pour la palpation articulaire couplée à la reproduction de la douleur, ce qui pourrait en faire un outil d'examen utile. En pratique, un thérapeute repérera souvent un niveau précis ("C5-C6 bloqué") et suivra son évolution au fil des séances. Même si cela n'est pas un test "diagnostique" au sens

classique (pas de chiffres de sens/spéc), la **palpation segmentaire** sert de **critère de suivi** : diminution de la douleur à la pression et assouplissement perçu = évolution favorable.

- **Tests de tension musculaire** : Par exemple, le **test de Schöber modifié pour le cou** ou test d'endurance des fléchisseurs profonds (test de flexion craniocervicale) – il s'agit de chronométrer la tenue d'une contraction. Un patient avec cervicalgie chronique a souvent une endurance diminuée des fléchisseurs profonds du cou. Ce test a une pertinence fonctionnelle mais n'est pas spécifique d'une pathologie. Il peut être utilisé en bilan initial et final pour quantifier un progrès musculaire. Autre test, plus clinique : la **mise en tension du scalène ou de l'élévateur de la scapula** (en rotation + inclinaison opposée) qui reproduit une douleur peut orienter vers un syndrome myofascial de ces muscles. Là encore, c'est plus un constat clinique qu'un test validé, mais reproductible d'une séance à l'autre.
- **Tests de provocation vertébrale spécifiques** : Le **test de l'odontoïde** (pour vérifier l'intégrité de C2 via le réflexe nauséeux en décubitus) ou le **test de la côte première** (élévation de la 1ère côte en inspirant profondément, voir si limitation asymétrique contribue aux symptômes) sont des examens utilisés par certains cliniciens. Le niveau de preuve est faible (essentiellement empirique). Ils peuvent s'avérer utiles dans des cas particuliers (par ex. un syndrome de la 1ère côte pouvant imiter une névralgie C8), mais ils n'ont pas de données chiffrées robustes.
- **Tests d'origine cervico-céphalique** : Le **Flexion-Rotation Test (FRT)** pour le diagnostic de céphalée cervicogénique est parfois réalisé : en décubitus, flexion maximale du cou puis rotation bilatérale. Une restriction nette de rotation ($>10^\circ$) d'un côté, reproduisant la céphalée du patient, suggère une céphalée cervicogénique de C1-C2. Ce test a montré une **très bonne sensibilité (~90%) et spécificité (~90%)** dans les études pour différencier les céphalées d'origine cervicale. Même si la question ici porte sur les cervicalgies, on le mentionne car il fait partie de l'arsenal orthopédique : chez un patient présentant aussi des céphalées, un FRT positif oriente le traitement vers le segment C1-C2.
- **Autres tests neurologiques** : Les signes de Lhermitte (décharge dans le rachis à la flexion cervicale rapide) ou de Doorbell (pression latérale des foramina provoquant un choc électrique dans le bras) sont des signes cliniques parfois notés. Ils ont une spécificité relativement bonne pour des irritations médullaires ou radiculaires sévères, mais leur sensibilité est faible. Ils ne remplacent pas les tests principaux mais peuvent compléter l'examen.

Utilisation en suivi : Tous les tests qui étaient initialement positifs peuvent être réévalués périodiquement. Par exemple, un **ULNT** positif (avec déficit d'extension de coude à 30° du côté affecté) pourra être mesuré à nouveau : si l'extension s'améliore à 10° du full range sans symptôme, c'est un progrès mesurable. **Même sans valeur diagnostique absolue, un test reproduisant la symptomatologie du patient sert d'étalon de référence.** Ainsi, un clinicien peut utiliser le **"comportement du symptôme"** à un test donné comme critère de succès. Par exemple : "Au test de traction, la douleur bras passait de 6/10 à 2/10 (positif) en pré-traitement, désormais le patient n'a plus de douleur du tout à ce test." Cela atteste objectivement d'une diminution de l'irritation nerveuse, même si le test de traction n'est pas en soi un diagnostic différentiel.

Données de preuve : Une revue de 2018 (CADRE collaboration) a passé en revue la fiabilité et la validité de nombreux tests cliniques cervicaux. Les conclusions soulignent une **pénurie d'évidence forte** pour la majorité des tests usuels en ce qui concerne leur validité diagnostique, mais confirment la **fiabilité acceptable** de certaines mesures (amplitudes avec outils, repérage des points douloureux à la palpation). Par exemple, la localisation des points gâchettes musculaires par palpation montre une concordance entre examinateurs (fiabilité modérée à bonne) et peut être validée par des reproductions

de douleur référée caractéristiques. Il y a consensus pour dire qu'**aucun test isolé** (hormis les règles de décision d'imagerie) ne suffit à diagnostiquer une cervicalgie – c'est la concordance de plusieurs tests et signes qui fait foi.

Approche clinique raisonnée : En pratique avancée, l'examineur **hiérarchise ses tests** en fonction de l'hypothèse la plus probable. Par exemple : suspicion de compression radiculaire -> effectuer en priorité Spurling, ULTT et tests neuro ; suspicion de céphalée cervicogénique -> faire le Flexion-Rotation Test de C1-C2 ; suspicion de vertige cervicogène -> faire le test de torsion cervicale, etc. Il faut éviter de surcharger inutilement le patient de tests redondants. Chaque test doit avoir un but : confirmer un diagnostic ou fournir un point de comparaison pour la suite.

Palpation et tests de pression des tissus (myofasciaux, articulaires)

La **palpation** occupe une place importante dans le bilan cervical du chiropraticien. Elle permet d'**identifier les zones douloureuses** (hyperalgie locale ou points gâchettes) et d'**évaluer la qualité tissulaire** (tension musculaire, congestion, fibrose) ou la **réactivité des structures** (spasmes à la pression, irradiations). Bien que subjectifs, ces tests de pression apportent des informations que les examens formels ne donnent pas toujours.

Principaux éléments palpatoires :

- **Palpation musculaire et points gâchettes (trigger points)** : On explore les muscles cervicaux superficiels (trapèze supérieur, élévateur de la scapula, scalènes, SCM) et profonds (sous-occipitaux, paravertébraux) à la recherche de bandes tendues et de points douloureux caractéristiques. Un **point trigger actif** se définit par une douleur locale vive à la palpation **reproduisant la douleur référée** du patient, parfois avec irradiation à distance (ex: un point dans le trapèze supérieur référant une douleur vers la tempe ou la mâchoire). L'existence de points triggers cervicaux chez les patients souffrant de cervicalgie est très répandue – par exemple, une étude a noté que **tous les patients** souffrant de céphalée cervicogénique avaient au moins un point trigger actif dans les muscles sous-occipitaux ou SCM. D'un point de vue diagnostic, la présence de multiples points gâchettes peut suggérer une composante **myofasciale** dominante ou une sensibilisation centrale (surtout s'ils sont bilatéraux et diffus). La **fiabilité** pour identifier un point douloureux précis par palpation manuelle s'est révélée correcte dans certaines études, en particulier pour les muscles superficiels. La pression digitale peut être standardisée (~4 kg) pour uniformiser l'examen. En suivi, la **diminution de la sensibilité** d'un point gâchette à la pression (évaluée soit subjectivement, soit via un algomètre de pression) est un indicateur de progrès. Des essais cliniques ont d'ailleurs mesuré les **seuils de douleur à la pression** sur des points précis (trapèze, angle supéro-médial de la scapula) avant et après traitement pour objectiver l'effet des manipulations ou dry-needling.
- **Palpation des articulations zygapophysiales** : En glissant les pouces de part et d'autre des épineuses, on peut appuyer sur les **facettes articulaires** cervicales postérieures (par des mouvements PA ou en médial). Cela teste à la fois la **mobilité segmentaire** (springiness) et la **douleur locale ou projetée**. Par exemple, une pression sur la facette C4-C5 droite peut reproduire une douleur cervicale droite ou même une irradiation vers l'omoplate si cette articulation est impliquée. On parle parfois de "**cervical point sign**" : douleur provoquée à la palpation postéro-latérale du cou, référant dans le membre supérieur (signe parfois présent dans les radiculopathies). La palpation des facettes a une validité modérée individuellement, mais son intérêt principal est de **cartographier les segments douloureux** pour orienter le

traitement (manipulation ciblée sur le niveau le plus douloureux par exemple). Les preuves sur la palpation segmentaire (voir CADRE 2018) montrent là encore un bénéfice à **associer évaluation de la mobilité et de la douleur** plutôt que l'une ou l'autre isolément. En d'autres termes, sentir qu'une facette est "dure" à la pression n'est significatif que si c'est aussi douloureux pour le patient.

- **Compression manuelle foraminale** : en complément du Spurling, le clinicien peut effectuer une **palpation appuyée sur les foramens intervertébraux** (par exemple, pouce en arrière de l'angle de la mâchoire, enfoncé vers l'oblique bas/arrière) – c'est le "**Doorbell sign**" (sonnette) : s'il provoque des décharges dans le bras, cela oriente fortement vers une radiculopathie compressive. Ce n'est pas un test validé officiellement, mais de nombreux cliniciens le rapportent comme positif dans les compressions foraminales sévères.
- **Palpation des pouls carotidiens et vertébraux** : Ce n'est pas une "palpation" au sens de reproduire une douleur, mais dans le cadre du **screening vasculaire**, on palpe les pouls carotidiens (diminués en cas de dissection carotidienne par exemple, mais ceci est très rare) et on peut faire le test de George (rotation-extension du cou et palpation du pouls radial) à la recherche d'un phénomène de Raynaud ou d'une différence de pouls. Ces tests ne sont pas très sensibles et servent plus à conforter la suspicion de syndrome de l'ouverture thoracique qu'autre chose.

En somme, la **palpation** est un outil sensoriel du clinicien pour **objectiver la douleur** (ce que le patient ressent subjectivement). Elle permet également de créer un "**mapping**" des dysfonctions : tel segment articulaire, tel muscle est impliqué. Les traitements manuels s'appuient ensuite sur ce bilan palpatoire. Les recommandations (consensus) encouragent l'usage de la palpation, tout en reconnaissant que sa fiabilité dépend de l'entraînement du clinicien. Pour renforcer l'objectivité, on peut recourir à des échelles de douleur provoquée (ex: EVA lors de la palpation d'un point précis, algomètre de pression qui quantifie en kg/cm² le seuil de douleur). Ces mesures chiffrées sont rarement faites en pratique courante, mais des études s'en servent pour **quantifier l'hyperalgésie** associée aux cervicalgies, par exemple montrant des seuils de douleur abaissés au niveau du trapèze chez les patients fibromyalgiques (signe de sensibilisation centrale).

Preuves scientifiques : La palpation musculaire et articulaire a été investiguée dans quelques études de fiabilité, avec résultats variables. La revue CADRE mentionne une **fiabilité intra-examineur acceptable** pour détecter les zones sensibles, mais une fiabilité inter-examineur plus mitigée, surtout si on ne définit pas clairement les critères (endroit exact, pression appliquée). Malgré cela, la **validité clinique** de trouver des douleurs à la palpation est peu remise en question – c'est un aspect inhérent à tout examen clinique en rhumatologie (palpation des points douloureux dans les lombalgies, etc.). Il y a consensus pour dire que **palper les muscles et les articulations douloureuses fait partie intégrante de l'évaluation** des cervicalgies, même si ce n'est pas "diagnostique" au sens d'une pathologie précise. Cela aide aussi à **impliquer le patient** en lui montrant les zones problématiques (le patient reconnaît souvent sa "douleur habituelle" quand on appuie sur le point en cause, ce qui crédibilise le diagnostic et le plan de traitement à ses yeux).

Mouvements préférentiels et modulation rapide des symptômes : valeur pronostique

Un concept clé en thérapie manuelle/physiothérapie moderne est celui de "**préférence directionnelle**" ou de "**centralisation**" des symptômes, issu du méthode McKenzie (Mécanique Diagnostique et Thérapeutique). Il s'agit d'observer l'effet de **mouvements répétés ou postures prolongées** sur la

distribution de la douleur du patient. Lorsque un mouvement répété tend à **diminuer l'intensité de la douleur et/ou recentrer la douleur** vers la colonne (ex: la douleur de bras remonte vers l'épaule puis le cou), on parle de **centralisation**. À l'inverse, si un mouvement aggrave la douleur et la fait se diffuser plus distalement (périphérialisation), c'est un signe défavorable de ce mouvement. La **préférence directionnelle** est le mouvement spécifique qui centralise ou soulage les symptômes (par ex. extension vs flexion).

Évaluation de la préférence directionnelle en cervical : Après les mouvements actifs classiques, le clinicien peut faire exécuter au patient des **mouvements répétés** dans une direction donnée (p. ex. 10 extensions cervicales en station debout, ou 10 rétractions cervicales assises). On note l'effet sur la douleur : s'aggrave-t-elle, s'atténue-t-elle, se déplace-t-elle ? On teste de même d'autres directions (flexions, inclinaisons latérales, etc.) si nécessaire. Un **changement rapide et durable** des symptômes pendant l'examen (modulation rapide) est noté. Par exemple, un patient arrive avec une douleur cou + omoplate de 5/10 ; après 10 mouvements de rétraction cervicale, il indique n'avoir plus qu'une gêne de 1/10 localisée dans le cou, et plus aucune douleur à l'omoplate – ceci est un signe de préférence directionnelle marquée pour la rétraction/extension.

Valeur pronostique : De nombreuses études sur les lombalgies ont montré que les patients présentant une centralisation des symptômes ont de meilleurs résultats cliniques à court et long terme. Pour le rachis cervical, les données sont moins abondantes mais suggèrent la même tendance. Une étude clinique a suivi 11 patients avec cervicalgie traités par approche MDT : ceux dont les symptômes **centralisaient** lors de l'examen initial ont eu une **amélioration d'indice de handicap cervical (NDI) moyenne de 41 points**, contre seulement 12 points chez ceux dont les symptômes ne se centralisaient pas (différence significative). Autrement dit, les "*centraliseurs*" ont beaucoup mieux récupéré que les "*non-centraliseurs*". Une revue systématique actualisée (May et al. 2018) a retrouvé une **prévalence de la centralisation d'environ 40%** chez les patients avec douleurs vertébrales (toutes régions confondues), plus **26% avec préférence directionnelle sans centralisation**, ce qui fait environ **66% de patients** répondant d'une manière ou d'une autre aux mouvements répétés. Cette revue confirme que la **centralisation est un facteur pronostique positif** bien établi pour les lombalgies, et suggère qu'il en va probablement de même en cervical malgré des preuves moins nombreuses. En revanche, l'absence de centralisation (ou la périphérialisation persistante) est associée à un risque accru de chronicité ou d'échec thérapeutique.

Il a été observé que les patients *centralisateurs* présentent souvent moins de facteurs psychosociaux négatifs, ce qui peut aussi contribuer à leur bon pronostic. Néanmoins, même en contrôlant ces facteurs, la centralisation en elle-même reste un indicateur indépendant de bon pronostic dans de nombreuses études. **Pourquoi est-ce un bon signe ?** Physiologiquement, on suppose que la centralisation reflète une diminution de la compression nerveuse (par ex. un fragment discal qui se recentre) ou un recalibrage du système nerveux central qui "débranche" la douleur référée. Quoi qu'il en soit, un patient qui répond favorablement à un mouvement répété a plus de chances de progresser rapidement, surtout si on intègre ce mouvement thérapeutiquement (exercices dans le plan de traitement).

Stratégie de traitement découlant de l'évaluation : Si une préférence directionnelle est identifiée (ex: extension répétée soulage), le clinicien la note et l'utilise pour orienter la thérapie (exercices d'extension, éviter les flexions aggravantes, techniques manuelles dans ce sens). À l'inverse, si aucune direction ne soulage et que toutes aggravent, ou si les symptômes varient de façon incohérente, cela peut signaler soit une douleur d'origine non mécanique (par ex. douleur inflammatoire constante) soit une composante psychosomatique importante. Cela oriente alors vers d'autres approches (gestion de la douleur, médication, etc.).

Données chiffrées supplémentaires : En addition de la revue 2018 citée, la revue originale de 2012 par May & Aina montrait déjà que **21 études sur 23** soutenaient la validité pronostique de la centralisation (dont 3 de haute qualité). La fiabilité du phénomène a été étudiée : la constatation de centralisation/décentralisation lors d'un examen par deux praticiens a une concordance modérée (kappa environ 0,4–0,6), ce qui est raisonnable vu la subjectivité partielle (le patient doit bien communiquer ses sensations). On recommande malgré tout d'inclure systématiquement la recherche d'une centralisation, même chez les patients cervicalgiques chroniques, car environ 1 patient sur 4 à 1 sur 3 de ces populations chroniques présente une préférence directionnelle exploitable. C'est donc un outil d'évaluation simple à mettre en œuvre et à **fort potentiel de prédiction**.

Lien avec les drapeaux jaunes : La centralisation est un signe **biomécanique** de bon pronostic. En parallèle, l'évaluation initiale doit aussi détecter les signes **psychosociaux** de mauvais pronostic – les fameux *drapeaux jaunes*. Un patient très anxieux, catastrophant chaque douleur, ou enfermé dans des croyances inadaptées ("ma colonne est déplacée, je ne guérirai jamais") aura tendance à moins bien récupérer, indépendamment des findings biomécaniques. Par exemple, une étude méta-analytique a identifié **plus de 40 facteurs pronostiques** de chronicisation dans les cervicalgies, dont les principaux étaient **cognitivo-émotionnels (peur du mouvement, dépression), socio-environnementaux (litiges d'indemnisation, insatisfaction au travail)** et certains **liés au mode de vie**. Ces éléments, combinés à une douleur initiale élevée, forment un terreau propice à la chronicité. Il est donc impératif, tout autant que de chercher une centralisation, de repérer si le patient a des **croyances catastrophiques ou des attentes irréalistes**. Des questionnaires validés (FABQ – Fear Avoidance Belief Questionnaire, questionnaire de Start Back, etc.) peuvent objectiver ces risques. Par exemple, un patient avec un score Start Back élevé aurait bénéfice à une éducation thérapeutique renforcée et un suivi psycho-social, faute de quoi même une centralisation de ses symptômes mécaniques pourrait ne pas suffire à assurer un bon résultat.

En résumé : Lors de l'évaluation initiale, l'observation d'une modulation rapide des symptômes (centralisation, amélioration notable) est un **facteur pronostique favorable** solidement documenté, tandis que la présence de facteurs psychosociaux négatifs (drapeaux jaunes) et d'une douleur intense persistante est un **facteur pronostique défavorable** pour l'évolution de la cervicalgie. Une prise en charge optimale devra prendre en compte ces deux versants.

Conclusion et perspectives

L'évaluation initiale des cervicalgies non spécifiques, qu'elles soient localisées ou associées à des irradiations, des vertiges ou des troubles de l'ATM, repose sur une **démarche clinique structurée** : élimination des urgences (red flags) grâce à des tests de triage à haute sensibilité, puis examen approfondi alliant mesures objectives et recherche de reproduction des symptômes du patient. Les **preuves scientifiques** soulignent l'importance de certaines approches (règles de décision clinique, clusters de tests diagnostiques, centralisation) tout en remettant en question d'autres pratiques plus traditionnelles (sur-importance de la posture statique, tests de l'artère vertébrale peu fiables).

Il existe un **large consensus** sur les grands principes : sécurité d'abord (identifier les drapeaux rouges), évaluation fonctionnelle plutôt qu'esthétique (observer le mouvement plus que la posture figée), et nécessité d'une vision holistique (inclure aspects neuro, vestibulaires, ATM selon le cas, sans oublier le psychosocial). Sur d'autres points, la **divergence** persiste quant aux outils à employer : par exemple, certains cliniciens manuels utiliseront systématiquement la palpation segmentaire fine et des tests de mobilité accessoire pour diagnostiquer un "segment en restriction", tandis que d'autres s'appuieront davantage sur l'examen fonctionnel global et le ressenti du patient. Les études n'ont pas tranché définitivement, mais suggèrent que **l'intégration de multiples sources d'information** (histoire, tests

orthopédiques, palpation, questionnaires) donne la meilleure précision diagnostique. Chaque élément pris isolément a ses limites, mais mis ensemble ils dressent le portrait clinique du patient.

En termes de **facteurs pronostiques**, l'évaluation initiale permet déjà de stratifier le patient : - Si l'on identifie des **facteurs de bon pronostic** (douleur modérée, centralisation rapide, pas de déficit neuro, peu de facteurs psychosociaux), on pourra rassurer sur une récupération probable en quelques semaines avec un traitement conservateur. - Si au contraire on cumule des **facteurs de risque** (douleur intense, diffusion permanente, absence de mouvement soulageant, appréhensions élevées, etc.), il faudra prévoir un suivi plus intense, envisager éventuellement des examens complémentaires plus précocement, et mettre l'accent sur l'éducation et la pluridisciplinarité (par exemple associer une prise en charge cognitive des douleurs chroniques).

Enfin, il convient de rester **ouvert aux options thérapeutiques non exclusives** : l'évaluation n'est pas là pour "rentre" absolument le patient dans une case unique (par ex. "c'est *juste* une facette C3 droite") et exclure toute autre approche. Au contraire, une bonne évaluation met en lumière **toutes les composantes de la cervicalgie** – articulaire, musculaire, nerveuse, vestibulaire, cognitive – qui pourront chacune être traitées par la modalité adéquate. Par exemple, un patient peut très bien avoir à la fois une petite protrusion discale C6 et des muscles sous-occipitaux très contracturés : l'examen aura révélé les deux, et la prise en charge combinera des techniques discales (traction, exercices de McKenzie si extension préférentielle) **et** un travail myofascial des sous-occipitaux. Ce **principe de non-exclusivité** assure une approche **globale** centrée sur le patient plutôt que sur le diagnostic simpliste.

En conclusion, l'évaluation clinique initiale des cervicalgies est un exercice complexe mais fondamental, qui bénéficie aujourd'hui d'un important corpus de connaissances scientifiques. L'utilisation judicieuse de tests validés (règle canadienne, clusters de Cook et Wainner, tests cervicogéniques), couplée à l'expérience clinique (palpation, observation des réponses aux mouvements) et à la prise en compte du contexte du patient, permet d'aboutir à un **diagnostic fonctionnel précis**. Celui-ci oriente le traitement et permet de discuter du pronostic avec le patient en s'appuyant sur des données concrètes (par exemple : "vos douleurs qui diminuent quand vous faites tel mouvement sont bon signe, les études montrent que c'est associé à une meilleure récupération"). Cette alliance de la science et de l'art clinique est au cœur de la pratique chiropratique de haut niveau que vise ce support pédagogique.

Sources : Les informations et données chiffrées présentées proviennent exclusivement de la littérature scientifique, incluant des revues systématiques et études clés sur le sujet, afin de fournir un contenu actualisé et fiable aux étudiants de 5e année et aux cliniciens formateurs. Chaque test et concept mentionné renvoie aux publications de référence correspondantes.

1 Systematic review of the diagnostic accuracy, reliability, and safety of the sharp-purser test - PMC
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7170372/>

2 Cluster of Wainner | Cervical Radicular Syndrome Assessment
<https://www.physiotutors.com/wiki/cluster-of-wainner/>

3 Proprioceptive Cervicogenic Dizziness: A Narrative Review of Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment
<https://www.mdpi.com/2077-0383/11/21/6293>

4 5 The outcome of a temporomandibular joint compression test for the diagnosis of arthralgia is confounded by concurrent myalgia | Clinical Oral Investigations
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00784-019-02891-3>