

# Cervicalgies

## Anamnèse

L'entretien doit préciser le mode d'apparition (brutal, insidieux), l'intensité, la localisation, l'irradiation (membres supérieurs) et les facteurs déclenchants (traumatisme, efforts, mouvements répétitifs). On interrogera sur les antécédents médicaux : cancer, infection (ex. tuberculose), arthrite (polyarthrite), traitements immunosuppresseurs ou corticoïdes (suspecter fracture vertébrale), migraines (associer un risque d'événement vasculaire) <sup>1</sup>. La présence de symptômes associés (céphalées unilatérales, nausées, vertiges) oriente vers une possible atteinte vasculaire (dissection vertébrale) ou cervicogène. L'IFOMPT 2023 recommande de rechercher les facteurs de risque vasculaire (traumatisme cervical récent, anomalies vasculaires, tabagisme, hypercholestérolémie, migraine, hypertension, contraception orale, antécédents familiaux d'AVC) lors de l'anamnèse <sup>1</sup>. On notera également la réduction de l'amplitude cervicale, la douleur provoquée à la palpation, et la relation avec la posture (par exemple soulagement en basculant la tête en avant).

**Niveaux de preuve** : la plupart des observations de l'anamnèse reposent sur des études observationnelles ou consensus (niveau B-C) <sup>2</sup> <sup>3</sup>. Seul le **Canadian C-Spine Rule** pour traumatisme cervical fait l'objet de preuves robustes (niveau A) <sup>4</sup>.

## Signes de gravité (drapeaux rouges)

Les *drapeaux rouges* à dépister sont ceux suggérant une pathologie sérieuse (cancer, infection, fracture, myélopathie, dissection). On distingue notamment :

- **Traumatisme ou choc violent** (accident, chute de hauteur) ; discuter de la règle canadienne du rachis cervical pour décider d'imager (niveau A) <sup>4</sup>.
- **Signes d'infection** : fièvre, frissons, perte de poids, antécédent de maladie infectieuse (abcès cervical, ostéomyélite).
- **Antécédents de cancer**, de corticothérapie prolongée, ou immunodépression, évoquant un risque de métastases ou d'infection (niveau C) <sup>2</sup>.
- **Signes neurologiques progressifs** : faiblesse motrice, hypoesthésie périphérique ou au-delà d'un métamère, troubles sphinctériens (incontinence), troubles de la marche (ataxie) – évocateurs de myélopathie cervicale. Ces drapeaux rouges (spasticité, signes pyramidaux) sont fondés sur un raisonnement expert sans données diagnostiques formelles (niveau C) <sup>5</sup>.
- **Douleur sévère ou insomnière**, aggravation nocturne, céphalée occipitale inhabituelle ou « en coup de tonnerre » ; raideur nucale sévère. Tout mal de tête brutal maximal en <1 h, surtout après effort, impose d'écarter une hémorragie méningée <sup>6</sup>.
- **Symptômes vasculaires** : vertige, trouble de l'équilibre, dysarthrie, diplopie, ptose, nausées inexpliquées – pouvant traduire une dissection vertébrale ou de l'artère carotide (niveau C) <sup>7</sup> <sup>8</sup>. Noter que le simple fait d'identifier des facteurs de risque n'exclut pas la possibilité de dissection spontanée <sup>9</sup>.

## Évaluation clinique

Après triage, l'examen clinique cible la confirmation de l'hypothèse :

- **Examen neurologique général** (force, réflexes, sensibilité) de l'ensemble des membres et examen des nerfs crâniens (y compris fond d'œil pour papilloedème <sup>10</sup>). Réaliser des tests de Hoffmann ou

Babinski si myélopathie suspectée.

- **Examen vasculaire** : prise de la tension artérielle (HTA = facteur de risque AVC/dissection <sup>11</sup>), auscultation carotidienne (souffle artériel) et palpation des pouls périphériques pour dépister une maladie athéromateuse.
- **Examen orthopédique** : palper les structures osseuses (procès épineux), muscles (spasmes), articulaire (mobilité passive et active cervicale). Tests de provocation radiculaire (spurling, latéroflexion contre résistance) pour évoquer une compression nerveuse radiculaire. Limitation majeure douloureuse de l'extension ou rotation cervicale peut évoquer une spondylose ou protrusion discale.
- **Tests de provocation vasculaire (non validés)** : la littérature ne recommande pas de tests de provocation de l'artère vertébrale (ROT fixe, rotation/soulèvement prolongés) en routine, car leur valeur prédictive est faible <sup>12</sup> <sup>5</sup>. L'accent est mis sur l'anamnèse et l'examen neurologique.
- **Tests de l'équilibre et de la coordination** : examen de la marche, Romberg, test de la marche talon-pointe, coordination membres. Une démarche instable ou des tests de coordination altérés orientent vers une atteinte centrale ou cérébelleuse.
- **Fonctionnements spécifiques** : selon l'hypothèse, on peut réaliser un **test de provocation vertébrobasilaire\*** (limité à des cas sélectionnés), ou explorer les muscles sous-occipitaux.

**Niveau de preuve** : la plupart des tests d'examen ont une base de niveau B (études observationnelles) pour la détection des radiculopathies ou myélopathies, et la revue IFOMPT souligne l'intérêt d'un examen neurologique complet et de mesures standard de routine (pression, auscultation) <sup>3</sup>.

## Décision de référer

En présence d'un ou plusieurs drapeaux rouges, le patient doit être référé en urgence :

- Fracture (trauma + perte de conscience, déficit moteur) : collet cervical et scanner/IRM immédiats (Niveau A pour la règle canadienne du rachis) <sup>4</sup> <sup>13</sup>.
- Myélopathie (troubles moteurs/sensitifs bilatéraux, sphincters) : IRM cervicale urgente et avis neurochirurgical (Niveau B-C).
- Infection/Cancer (fièvre, amaigrissement, Atcd cancer) : consultation médicale urgente pour examen plus approfondi et imagerie (Niveau C).
- Dissection ou AVC (vertige, céphalée atypique, ptose, parésie) : transfert aux urgences pour imagerie vasculaire (angioIRM/angioTDM cérébro-vertébrale) <sup>14</sup> <sup>15</sup>.
- Aucun drapeau rouge identifié : prise en charge conservatrice par kinésithérapie/manipulation (en respectant la prudence), avec réévaluation rapide si aggravation.

## Céphalées

### Anamnèse

Recueillir la chronologie (apparition, évolution sur minutes/heures/jours), le type de céphalée (pulsatile, oppressive, unilatérale/bilatérale), la durée et la fréquence, et les facteurs déclenchants (stress, dysrégulation du sommeil, consommation d'alcool, efforts). Recherche de signes associés : nausées, vomissements (souvent migraine, mais intensité ou persistance inhabituelle est un drapeau rouge), photo/phonophobie (migraine) ou raideur nuque (infection). Antécédents familiaux (migraine) et personnels (médicaments, hypertension artérielle, maladie vasculaire) sont notés. Apprécier l'efficacité habituelle des traitements (AINS, triptans) et noter toute surconsommation médicamenteuse (migraines rebonds). Enfin, vérifier la possibilité d'une céphalée cervicogène : douleur unilatérale occipitale irradiant vers le front, déclenchée par certains mouvements de tête. **Notion de tableau SNOOP** : on se méfie de symptômes Systémiques (fièvre, perte de poids), Néoplasie ou

immunodépression, Neurologiques nouveaux, Old onset (début après 50 ans), Outset brutal, Positionnel, « effort » déclenchant, « progressif » (détérioration) <sup>6</sup> <sup>16</sup> .

**Niveau de preuve** : l'anamnèse de la céphalée repose essentiellement sur l'expérience clinique (niveau C) et des revues descriptives.

## Signes de gravité (drapeaux rouges)

Les principaux signes d'alerte (« red flags ») sont regroupés par l'acronyme SNOOP :

- **Apparition subite ou crescendo** : céphalée « *en coup de tonnerre* » (maximale en <1 min) et/ou début brutal en moins de 1 heure. Selon la règle d'Ottawa, chez un patient consultant pour céphalée **inhabituelle et maximale en <1 h**, la présence d'au moins un des critères (âge  $\geq$  40 ans, raideur nucale, perte de conscience, début lié à un effort, douleur  $\geq$  7/10 en <1 min) évoque fortement une hémorragie méningée nécessitant imagerie rapide <sup>6</sup> .
- **Symptômes systémiques** : fièvre, asthénie, altération générale, signes inflammatoires (œdème papillaire à l'examen du fond d'œil) évoquent méningite, artérite temporale ou néoplasie (niveau C) <sup>10</sup> .
- **Antécédents et facteurs de risque** : cancer connu, VIH, corticothérapie. Apparition récente de céphalées type migraine après 50 ans (« migraine 2.0 ») est inhabituelle (drapeau rouge) <sup>16</sup> .
- **Signes neurologiques focaux** : tout déficit neurologique (notamment trouble visuel transitoire ou persistant, paralysie d'un nerf crânien, ataxie, confusion, crises convulsives) doit faire évoquer un AVC, un hématome intracrânien ou une lésion tumorale <sup>10</sup> <sup>14</sup> . En particulier, une baisse de conscience ou une instabilité motrice ne peuvent être d'origine migraineuse.
- **Nouveauté ou aggravation** : céphalée d'intensité progressive sur plusieurs jours ou transformée en céphalée quotidienne (cécise chronique) requiert bilan (hydrocéphalie, tumeur).
- **Déclencheurs particuliers** : efforts de Valsalva, changements de position (pire en decubitus vs orthostatisme) orientent vers HTIC ou artérite temporale.
- **Symptômes associés** : vomissements incoercibles sans cause apparente, signes ophtalmologiques (œdème papillaire, paralysie du III) nécessitent consultation urgente (Niveau C).

## Évaluation clinique

L'examen doit exclure les causes graves et orienter vers une céphalée primaire :

- **Signes vitaux** : pression artérielle (HTA sévère), température (fièvre), fréquence cardiaque (sauf si suspicion syncope).
- **Examen neurologique complet** (pupilles, réflexes, sensibilité, langage, coordination). Examen ophtalmologique : recherche d'œdème papillaire ou anomalies oculomotrices (paralysie oculomotrice, anisocorie) <sup>10</sup> .
- **Nerfs crâniens** : réaliser un examen du trijumeau (douleur faciale), du nerf facial (paralysie), de l'acuité visuelle, des champs visuels et du nerf vestibulo-cochléaire (audiométrie si vertige/acephalie associée) pour détecter un processus intracrânien.
- **Examen musculo-squelettique** : palpation cervicale (points gâchettes, muscles sous-occipitaux), mobilités passives (amplitudes). Le test de flexion-rotation de C1-2 peut objectiver une restriction (céphalée cervicogène). Examen des axes cervicaux et temporomandibulaires (cervicalgie associée, douleurs faciales) complète l'évaluation.
- **Tests méningés** (Kernig, Brudzinski) : douloureux dans les méningites ou HTIC, mais absence de ces signes n'exclut pas une alerte.

**Niveau de preuve** : l'utilité diagnostique des tests physiques seuls est limitée (niveau B-C). Aucune manœuvre clinique isolée n'a validé la détection d'une pathologie secondaire de la céphalée; on se fonde donc sur la constellations des signes <sup>5</sup> .

## Décision de référer

- **Tout drapeau rouge présent** : oriente vers le secteur d'urgence pour imagerie (scanner en cas de suspicion d'hémorragie, IRM pour tumeur/abcès) et prise en charge spécialisée. Par exemple, une suspicion de méningite ou hémorragie impose un scanner cérébral et ponction lombaire urgente.
- **Absence de gravité évidente** : céphalées primitives (migraine, céphalée de tension, céphalée cervicogène typique) peuvent être prises en charge en cabinet (thérapie manuelle, rééducation, médication) en adaptant la technique à la douleur. Toutefois, toute évolution défavorable doit amener à reconsidérer les drapeaux rouges.

## Vertiges

### Anamnèse

La distinction principale est entre **vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)** et **syndrome vestibulaire aigu (SAV)**. Interroger sur le *timing* et les *déclencheurs* (« timing » vs « trigger ») : un vertige déclenché uniquement par un changement de position de tête évoque un VPPB (courtes crises <1 min), tandis qu'un vertige spontané persistant >24 h (sans reproduction par le mouvement) évoque un syndrome vestibulaire aigu (ex. vestibulopathie) <sup>17</sup>. Demander contexte : nausées/vomissements associés, acouphènes (possible maladie de Ménière si surdité), perte auditive, céphalées. Rechercher l'horaire et la fréquence des crises (récurrentes ou continu) – utile pour classer (« ÉVSA, ÉVS, t-VS, s-VS » selon les nouvelles recommandations) <sup>17</sup>. Noter les facteurs de risque d'AVC (hypertension, tabac, etc.) et tout traumatisme cervical récent (facteur de dissection).

**Niveau de preuve** : l'anamnèse du vertige repose sur des guides cliniques et études observationnelles (niveau C-B). La classification basée sur *timing & triggers* est largement reconnue (recommandation HAS, etc.) <sup>17</sup>.

### Signes de gravité (drapeaux rouges)


- **Déficit neurologique** : toute paralysie faciale ou oculaire, dysphagie, dysarthrie, perte de sensibilité, faiblesse motrice, diplopie, ou altération de l'état de conscience signale un probable AVC ou pathologie centrale – référer en urgence. Comme noté par les HUG-Genève, **même en l'absence de déficit initial, un AVC peut se manifester par un vertige isolé** <sup>14</sup>.
- **Céphalée intense** (surtout occipitale), douleurs thoraciques ou syncopes concomitantes (troubles cardio-vasculaires possibles). L'algorithme HUG souligne que « *l'impossibilité de tenir debout* » ou une syncope ne sont **jamais** d'origine vestibulaire périphérique <sup>18</sup>.
- **Vertiges continus >24 h avec aggravation progressive** malgré repos : le rôle du **HINTS** (Head-Impulse, Nystagmus, Test-of-Skew) est crucial pour éliminer un AVC à petit infarctus. En plein syndrome vestibulaire aigu, un HINTS réalisé par un neurologue atteint ~96-100 % de sensibilité pour détecter un AVC <sup>15</sup> (niveau B). Chez le non-spécialiste, la sensibilité chute (≈83 %) <sup>15</sup>. De fait, un HINTS anormal doit faire transférer en urgence.
- **Vertige positionnel familial** (VPPB) typique sans autres signes : faible risque ; toutefois, une présentation atypique (longue durée, absence de nystagmus reproductible) nécessite prudence.

## Évaluation clinique

- **Examen neurologique** : recherche de nystagmus spontané, vertical ou directionnel, d'un test de Romberg instable, d'ataxie à la marche. Examen des nerfs crâniens (voies auditives, oculomotrices, vigilance).
- **Protocole HINTS (si suspicion de SAV)** : réaliser le *Head-Impulse Test* bilatéral (normal chez un patient AVC), le test du Skew (déviation verticale des yeux) et observer la direction du nystagmus (unidirectionnel vs changeant de sens). Un résultat « HINTS positif » (impulsion normale + nystagmus biphasique + skew) signale un AVC (sensible ~96 %) <sup>15</sup>.
- **Manœuvre de Dix-Hallpike (pour VPPB)** : si le vertige est déclenché par le passage à la position couchée/la tête en arrière, on fait la manœuvre de Dix-Hallpike. Un nystagmus rotatoire typique confirme le VPPB du canal postérieur. **C'est le test diagnostique de choix pour le VPPB** <sup>19</sup> (Niveau A).
- **Autres tests** : si suspicion de VPPB horizontale, tester la position allongée tête à 90°. Recherche de signe d'Hennebert (nystagmus à la pression oculaire) si chocs labyrinthiques. Test vestibulaire clinimétrique (tenir sur une jambe, test de coordination).
- **Examens complémentaires** : le bilan initial en cabinet comprend la mesure de la TA, l'auscultation cardiaque (exceptionnellement suspicion arrhythmie) et le dépistage du diabète si perte de conscience. L'otoscopie permet d'éliminer une cause otalgique aiguë.

## Décision de référer

- **Orientation en urgence** : vertiges avec suspicion de cause centrale (déficit neurologique, HINTS trompeur, nystagmus non typique) – scanner/IRM cérébral ou admission en stroke unit. Selon les HUG, *tout signe évoquant une origine centrale conduit à référer d'emblée* <sup>20</sup>.
- **Traitement en cabinet** : en l'absence de drapeau rouge, le VPPB confirmé est traité par manœuvres de repositionnement (Epley/Semont, recommandées par plusieurs méta-analyses, niveau A). Les vestibulopathies périphériques (névrite vestibulaire, maladie de Ménière) sont gérées par kiné vestibulaire, diurétiques ou corticoïdes selon les recommandations (Niveau B).
- **Suivi rapproché** : tout vertige persistant >3-4 semaines malgré traitement rend nécessaire un bilan complémentaire.



Service de médecine de premier recours

### VERTIGES

#### 1. INTRODUCTION

Les études sur les vertiges des deux dernières décennies proposent un algorithme de prise en charge qui repose sur le « *ring* » (sensibilité) et le « *ring* » (élément déclencheur) des vertiges, et les symptômes qui y sont associés, plutôt que sur la qualité des vertiges en soi (e.g. rotation, étourdissement, tangage, déséquilibre, pré-syncope, etc.). L'ancienne approche proposée dans les années 70 est actuellement remise en question pour les raisons suivantes : - il existe une réelle difficulté à décrire la qualité des vertiges ; il existe une modification des descriptions au cours du temps par la même personne, et une disparité des descriptions de vertiges pour la même pathologie ; - Traditionnellement, il a été proposé de distinguer quatre formes de « *ring* » en l'associant à une étiologie : 1) les vertiges (rotation ou linéaire) à une origine vestibulaire, une pré-syncope à une origine cardiovasculaire, un déséquilibre à une origine neurologique et un étourdissement non spécifique à une cause psychiatrique ou métabolique. Cependant, un patient souffrant de VPPB (vertiges positionnels paroxystiques bénins) par exemple peut aussi rapporter une sensation de pré-syncope, et un patient souffrant d'un infarctus, une sensation de vertiges ; - Ces symptômes ne sont donc pas assez discriminants (cf. Annexe 1 pour la définition de ces termes).

#### 2. DEFINITIONS

Sauf mention spécifique, nous allons pour cette stratégie englober ces symptômes sous le terme générique de « *syndrome vestibulaire* », ou de « *ring* » tel qu'employé indifféremment par les patients de même langage employé dans les références citées « *dizziness* » ; - Les étiologies sont variées, allant d'une origine centrale (ou cardio-vasculaire) à périphérique (appareil vestibulaire, vision, proprioception etc.) en passant par des causes non vestibulaires (cardiaque, respiratoire, psychogène etc.). Contrairement à la qualité des vertiges, le « *ring* » et le « *ring* » sont rapportés de façon plus fiable et constantes par les patients, et donc considérés comme des valeurs plus sûres dans l'orientation diagnostique. Le « *ring* » doit définir si le vertige est **épisode** ou **continu** et persister : le « *ring* » si le vertige est **épisode** ou **déclenché** par un mouvement de tête ou du corps, par un trauma ou réaction acoustique/mécanique. Voici les 4 catégories proposées dans cette méthode : - :

- **Neurone aigu vestibulaire syndrome (N-AVS)** : syndrome vestibulaire aigu, nouveau et persistant de plus de 24h, pouvant durer des jours voire des semaines, exacerbé aux mouvements mais pas déclenché ni reproductible par le mouvement ; à proprement dit, Les patients sont symptomatiques à leur admission, avec exacerbation des symptômes aux mouvements. E.g. neurinome, AVC.
- **Traumatisme aigu vestibulaire syndrome (T-AVS)** : syndrome vestibulaire aigu avec, dans l'historique médical ou le témoignage, un facteur déclencheur tel qu'un trauma, intoxication médicamenteuse ou alcoolique.
- **Triggered episodic vestibular syndrome (EVS)** : épisodes brefs, intermittents et récurrents d'un syndrome vestibulaire déclenché par un mouvement et reproductible par le mouvement. Un épisode peut durer de quelques secondes à quelques minutes. Le facteur déclencheur est en général un changement de position de la tête, ou changement de position posturale. En général ces patients sont asymptomatiques à l'arrivée aux urgences, et les symptômes peuvent être déclenchés par des manœuvres. (E.g. VPPB).
- **Neurone épisodique vestibulaire syndrome (N-EVS)** : épisodes intermittents et récurrents d'un syndrome vestibulaire, d'une durée de quelques minutes à quelques heures, sans qu'il ait été observé qu'il puisse reproduire les symptômes, bien que les symptômes puissent être exacerbés par des mouvements de la tête ou un changement de position persistant une crise. Aux urgences, ces patients sont généralement asymptomatiques au repos. Certains patients souffrent d'épisodes de plus longue durée peuvent être symptomatiques lors de leur admission aux urgences. Ils seront pris en charge comme un syndrome vestibulaire aigu (définition ci-dessus). (E.g. Migraine vestibulaire, maladie de Ménière).
- **Syndrome vestibulaire chronique (S-VS)** : Vertiges épisodiques ou continus persistants pouvant être caractéristiques d'une pathologie aiguë ou une dégénérescence du système de l'équilibre. Les symptômes peuvent changer sur la durée, passant d'intermittents à continus par exemple. Il n'existe pas de durée à partir de laquelle on peut parler d'un syndrome vestibulaire chronique mais la plupart des études sur les différentes pathologies entrant dans ce domaine parlent de 3 à 6 mois. <sup>1,2</sup>

Vertiges – Service de médecine de premier recours – HUG – 2024

Page 3 sur 18

## Signes neurologiques (sensoriels/moteurs isolés)

### Anamnèse

Préciser la nature et la topographie des troubles : paresthésies (engourdissement en gant/chaussette), douleurs lancinantes, faiblesses musculaires, troubles visuels/transitoires ou dysarthrie. Interroger sur le début (aigu vs progressif), la durée, la persistance au repos, et l'association à un événement (traumatisme, infection, toxique). Chercher des facteurs de risque d'AVC (cardiopathie, fibrillation, tabac, antécédents TIA) et d'infections neurologiques (ex. zona récidivant, maladies auto-immunes). Noter aussi l'atteinte d'autres territoires nerveux (douleurs névralgiques du trijumeau, atrophie musculaire, incontinence).

**Niveau de preuve** : basé sur l'expertise clinique et les données épidémiologiques (niveau C-B).

### Signes de gravité

Tout **déficit neurologique focal soudain** ou **progressif** est un signal d'alarme urgent :

- **Hémiparésie, faiblesse unilatérale ou dissymétrie motrice/sensible** évoque un AVC ou une lésion occipitale/spinale, nécessitant transfert immédiat (Niveau A protocole AVC).
- **Trouble de la parole, de la déglutition, altération de la conscience ou crises épileptiformes** : suspecter hémorragie cérébrale ou AVC massif (référence neurologique en urgence).
- **Paresthésies bilatérales ascendantes, troubles de la marche ou sphinctériens** (dysurie, rétention) : évoquent une compression médullaire (myélopathie) – IRM spinale urgente (Niveau B-C).
- **Névralgies sévères** (trijumeau, occipital aiguë) avec déficit moteur ou anomalies du tronc cérébral doivent être explorées rapidement (néoplasie, anévrisme).
- **Absence de caractère aigu** : des sensations chroniques stables (neuropathies périphériques connues, paresthésie positionnelle sans déficit) peuvent relever d'un suivi en ville après bilan adapté.

### Évaluation clinique

- **Examen neurologique détaillé** : force musculaire (échelle Medical Research Council), réflexes ostéo-tendineux (noter hyperréflexie, clonus), sensibilité (tact, température, vibration), coordination (index-nez, talon-genou), démarche et Romberg. Un signe de Babinski ou Hoffman positif signe une atteinte pyramidale (myélopathie).
- **Examen sensoriel** : carte cutanée pour localiser le niveau d'atteinte (démarche en gant/chaussette or dermatomal).
- **Cervelet/Cerveau** : épreuves vestibulo-oculaires (poursuite oculaire lisse, saccades, nystagmus), crispe du regard, épreuves de vertige.
- **Situations spécifiques** : en cas de suspicion de thrombose veineuse intracrânienne (céphalée + signes focaux chez un patient avec hypercoagulabilité), rechercher papilloedème. Pour suspicion de sclérose en plaques, noter signes oculomoteurs (nystagmus interne).
- **Tests complémentaires simples** : glycémie capillaire (hypoglycémie), électrocardiogramme (embolie cardiaque dans AVC), marqueurs inflammatoires (CRP si suspicion vasculaire inflammatoire).

## Décision de référer

- **Toujours référer urgemment** en cas de : déficit moteur/sensoriel progressif, paralysie faciale ou oculomotrice, troubles sphinctériens aigus, symptomatologie en foyer neurologique (cortex, tronc) <sup>14</sup> <sup>15</sup> .
- **Imagerie ciblée** : IRM cérébrale pour tout déficit persistant inexpliqué (stroke/TNM), IRM cervicale/thoracique si signes médullaires, électromyogramme en consultation si suspicion radiculopathie ou neuropathie périphérique isolée.
- **En l'absence de signe grave** : examens complémentaires programmés en ville, poursuite des soins manuels ou rééducatifs selon la présentation (ex. algie de la face sans déficit, syndrome radiculaire léger).

## Sécurité du patient et responsabilité clinique

La priorité est la *sécurité du patient*. Le praticien manuel doit systématiquement documenter les **drapeaux rouges** identifiés et justifier les décisions de traitement ou de référence <sup>13</sup> . La démarche nécessite un **consentement éclairé** : expliquer au patient les hypothèses diagnostiques, les avantages/risques des options thérapeutiques, et les alternatives possibles <sup>21</sup> . L'IFOMPT insiste sur la balance risques-bénéfices et le partage d'information avant toute manipulation cervicale <sup>21</sup> . Le thérapeute surveille l'évolution clinique à chaque étape et réévalue en cas d'aggravation. Ces pratiques relèvent du consensus expert (preuve C) mais sont essentielles pour éviter les complications. Enfin, toute décision de référer doit être prise en plaçant la sûreté du patient au-dessus de la volonté de traiter, conformément aux recommandations de l'IFOMPT et des autorités de santé <sup>13</sup> <sup>21</sup> .

**Sources** : Revues systématiques et recommandations récentes ont été synthétisées pour cet exposé. Les données présentées reflètent la hiérarchie des preuves : essais contrôlés randomisés (A) pour les règles de tri (Canadian C-spine, HINTS, Dix-Hallpike), études observationnelles (B) pour l'évaluation neurologique/vestibulaire, et consensus d'experts (C) pour les red flags et bonnes pratiques cliniques <sup>2</sup> <sup>6</sup> <sup>3</sup> <sup>15</sup> .

---

<sup>1</sup> <sup>7</sup> <sup>8</sup> <sup>9</sup> [aptawa.org](https://aptawa.org)

<https://aptawa.org/docs/727/>

b900cdb5645254fb859e0d282de8f4bd02333d03/3SteveAllenIFOMPTCervicalFrameworkfinalSeptember2020.pdf

<sup>2</sup> <sup>4</sup> <sup>5</sup> <sup>13</sup> Red flags for potential serious pathologies in people with neck pain: a systematic review of clinical practice guidelines - PMC

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11618059/>

<sup>3</sup> <sup>11</sup> <sup>12</sup> <sup>21</sup> Translating the new International IFOMPT Cervical Framework into a framework flowchart for clinical practice and education - PMC

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10041416/>

<sup>6</sup> <sup>10</sup> <sup>16</sup> [em-consulte.com](https://www.em-consulte.com)

<https://www.em-consulte.com/ecomplementfile/476383/emm6517.pdf>

<sup>14</sup> <sup>17</sup> <sup>18</sup> <sup>20</sup> [hug.ch](https://www.hug.ch)

[https://www.hug.ch/sites/interhug/files/2024-09/strategie\\_vertiges\\_1.pdf](https://www.hug.ch/sites/interhug/files/2024-09/strategie_vertiges_1.pdf)

<sup>15</sup> Can Emergency Physicians Accurately Rule Out a Central Cause of Vertigo Using the HINTS Examination? A Systematic Review and Meta-analysis - PubMed

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32167642/>

19 Dix-Hallpike Maneuver - StatPearls - NCBI Bookshelf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459307/>