



LES DRAPEAUX ROUGES CHEZ L'ADULTE

(Signes d'alertes)

Copyright © S.O.F.E.C. 2007

I. HISTORIQUE ET DÉFINITION

Les recherches et les agences médicales s'accordent sur le fait que les guides cliniques doivent donner aux praticiens de premier contact les informations nécessaires à la détection de pathologies sérieuses, appréciées sous 2 angles distincts (2,18, 23).

D'une part, le but premier, au travers de l'historique et de l'examen, est de rechercher des signes susceptibles d'évoquer une pathologie vertébrale grave sous-jacente telle qu'une fracture, une tumeur, une infection ou encore un syndrome compressif d'urgence (ex. : syndrome de la queue de cheval). Ces signes sont appelés **drapeaux rouges**. Lorsqu'ils sont présents, une investigation complémentaire médicale doit être entreprise avant traitement.

Les drapeaux rouges se réfèrent à un groupe de signes cliniques caractéristiques qui doivent alerter le praticien sur la possibilité d'une pathologie vertébrale grave sous-jacente et la nécessité d'investigations complémentaires.

Les termes « drapeaux rouges » sont issus initialement des recommandations émises par l'agence américaine A.H.C.P.R. en 1994 (23) et qui ont été repris plus tard par le *Royal College of General Practitioners* en 1999 (18), en collaboration avec la *British Chiropractic Association*. Ils ont été confirmés par les directives européennes en matière de prise en charge de la lombalgie aiguë (2).

D'autre part, l'historique et l'examen physique doivent aussi évaluer la possibilité d'atteintes graves non vertébrales (vasculaires, abdominales, urinaires ou pelviennes), entraînant des douleurs référées dans le dos. À partir du moment où le chiropraticien a exclu la possibilité de pathologie sérieuse grâce aux drapeaux rouges, ainsi que la possibilité d'atteintes non vertébrales, la symptomatologie peut être répertoriée soit en atteinte **radiculaire** soit en **mal de dos non spécifique**.

Cette distinction en **trois catégories** est liée au fait que les différentes professions concernées, utilisent une variété importante de diagnostics et de termes pouvant caractériser les diverses causes possibles du mal de dos. Néanmoins, tous ces diagnostics et termes ne font pas l'unanimité dans cette tentative de catégoriser les différentes possibilités d'atteintes. On considère aujourd'hui qu'il est effectivement beaucoup plus pratique de répertorier les problèmes de dos dans l'une des trois catégories cliniques suivantes (2, 18) :

- **Possibilité d'une pathologie grave sous-jacente vertébrales ou non** : tumeur, infection, fracture, syndrome compressif d'urgence, pathologies viscérales, etc. suggérés par les différents éléments de l'historique et de l'examen physique (« drapeaux rouges »).
- **Atteinte radiculaire** : douleurs vertébrales associées à des irradiations dans le membre en rapport avec une souffrance radiculaire.
- **Mal de dos non spécifique** : symptômes d'origine vertébrale mais dont la cause n'est pas liée ni à une souffrance radiculaire, ni à une atteinte vertébrale grave sous-jacente.

Enfin, il est important de savoir que les listes des drapeaux rouges actuels ont été évaluées à partir de la pathologie dorsolombaire et non pas dans le cas d'atteintes cervicales (2,18,23). La présence de ces drapeaux peut représenter une contre indication à certains actes chiropratiques, notamment les techniques d'ajustements vertébraux. Il apparaît donc primordial d'étendre la réflexion à la totalité du rachis (cervical). Notons aussi que l'ensemble des complications possibles post-manipulatives n'a pas été encore complètement étudié et ne fait pas

l'objet de consensus. Le difficile problème des cas d'atteintes vasculaires vertébro basilaire est un exemple caractéristique (11). C'est la raison pour laquelle une réflexion s'imposait sur ce thème dans le but d'approfondir et de favoriser la mise en place d'une prévention efficace des complications, même si certaines paraissent actuellement théoriques dans l'élaboration d'une liste complète.

II. COMMENTAIRES SUR LES DRAPEAUX ROUGES ACTUELS

La plupart du temps, les douleurs vertébrales sont dues à un mal de dos dit classique. Moins d'1 % des atteintes sont dues à des pathologies graves telles que des tumeurs ou des infections nécessitant une réorientation urgente vers un spécialiste pour un traitement adapté (8,12,22). C'est la raison pour laquelle la procédure diagnostic doit suivre un processus clair et logique. La plupart des livres ou des cours à ce sujet donnent des listes longues de maladies possibles en rapport avec le mal de dos, alors que la majorité d'entre elles sont extrêmement rares. En pratique, il est impossible de répertorier toutes les causes possibles, c'est la raison pour laquelle il n'est pas surprenant de voir les étudiants ou des praticiens quelques fois mal à l'aise dans la mise en place d'un diagnostic de travail débouchant à posteriori sur de mauvaises investigations et un traitement inadapté (8). Les drapeaux rouges et le triage permettent d'éviter la possibilité de maladies graves sous-jacentes, et représentent la première étape. Un diagnostic exact sera établi dans un second temps.

LISTE ACTUELLE DES DRAPEAUX ROUGES

*(Source : Royal College of General Practitioners
et directives européennes dans la lombalgie aiguë)*

- 1. Patient de plus de 55 ans ;**
- 2. Traumatisme violent ou traumatisme mineur chez les sujets âgés, en particulier cervical ;**
- 3. Douleurs de type non mécanique, (constante, progressive, inflammatoire, nocturne, non calmée par le repos au lit) ;**
- 4. Douleurs thoraciques ;**
- 5. Historique**
 - **Antécédents néoplasiques,**
 - **Prise de stéroïdes,**
 - **Immunodéficience (V.I.H.)**
 - **Prise de drogues,**
- 6. Altération de l'état général (perte de poids, fatigue)**
- 7. Apparition soudaine de signes neurologiques (syndrome compressif d'urgence (ex. : anesthésie en selle, troubles sphinctériens dans le syndrome de la queue de cheval)) ;**
- 8. Restriction sévère et persistante de la flexion lombaire ;**
- 9. Déformation structurale**
- 10. Fièvre**

a) Déformations structurales

Elles peuvent être dues à une pathologie sous-jacente et doivent être repérées par le chiropraticien pour plusieurs raisons. Une angulation importante de cyphose dorsale peut être le témoin de fracture de compression (souvent par ostéoporose), une bosse de bison proéminente peut parfois être en relation avec un syndrome de cushing (20).

Les scoliose ont aussi des causes multiples, une scoliose douloureuse d'apparition précoce peut être le signe de hernie discale, voire d'un ostéome ostéoïde (20). La scoliose idiopathique représente une cause d'atteinte fréquente de la jeune adolescente, et son évolution est souvent très rapide en phase pubertaire. Le but premier dans l'évaluation de ces déformations structurales, en particulier de la scoliose, est de prévenir son évolution (13). Le chiropraticien doit être capable de les évaluer, de distinguer les atteintes fonctionnelles réductibles des déformations structurales. La détection précoce des scoliose idiopathiques, et le suivi de leurs évolutions (qui représente 80% des cas, pouvant être extrêmement graves), doivent rester une priorité pour les chiropraticiens.

Ce n'est pas tant l'acte par manipulation qui est dangereux mais le fait de laisser évoluer, jusqu'à un certain degré, les troubles sans les traiter, entraînant ainsi des conséquences graves chez le patient.

b) Atteinte neurologique

Le Chiropraticien doit être capable d'évaluer la présence d'une atteinte neurologique périphérique ou centrale (10,12) même si celle-ci ne correspond pas en une atteinte caractérisée (le patient pouvant être atteint de signes diffus). En général, les atteintes vertébrales lombaires sont mono radiculaires (8).

Dans les cas où plusieurs racines sont atteintes, (par exemple, qu'il existe un retentissement compressif bilatéral), l'existence d'une atteinte neurologique grave plus étendue est à considérer. Le Chiropraticien doit se focaliser sur quelques symptômes-clé : à titre d'exemple, la présence éventuelle d'une instabilité ou d'une perturbation de la marche, une rétention urinaire représentant une urgence médicale... Le Chiropraticien doit être capable de mettre en évidence, par un examen spécifique complet, tout tableau neuropathologique chez un patient (soit rechercher une pathologie grave sous-jacente), venu le consulter en première intention, et dans ce cas, savoir le référer vers un médecin neurologue (1,19).

Quelques points-clé...

- Difficultés à la miction
- Perte de tonus du sphincter anal ou incontinence fécale
- Anesthésie en selle
- Atteinte neurologique étendue (>1 atteinte radiculaire), apparition progressive de faiblesse musculaire dans la jambe, perturbations de la marche
- Examen des sensibilités (superficielle, profonde, thermoalgésique)

Autres éléments neurologiques importants...

- Brève étude sensitive du membre supérieur, étude des dermatomes du tronc, étude d'une éventuelle anesthésie en selle
- Palpation de la vessie (à la recherche d'une masse sus-pubienne, susceptible de causer une rétention urinaire...)
- Etudes des signes pyramidaux, en particulier du membre inférieur, réflexes vifs, augmentation éventuelle du tonus, spasticité, signe de Babinski,
- Autres signes centraux comme une perte de la coordination, perte du sens proprioceptif.

c) L'âge

Les patients qui développent un mal de dos inhabituel après l'âge de 55 ans ont une probabilité plus importante de maladies graves, en particulier de métastases ou de tassements vertébraux liées à l'ostéoporose (8, 22).

Signalons que les cancers les plus ostéophyles sont les cancers du poumon, de la prostate, du rein, du sein et du testicule (14).

d) Douleurs mécaniques / Douleurs non mécaniques

Il s'agit d'un aspect important dans l'évaluation de patients, atteints de pathologies vertébrales. Le mal de dos ordinaire est en général mécanique dans la mesure où l'activité physique exerce une influence nette sur la douleur (8). Certaines postures ou certains mouvements augmentent cette intensité douloureuse. Inversement, une position confortable, un étirement, certains exercices sont susceptibles de l'améliorer. En général, la douleur évolue tout au long de la journée ou des semaines, en réponse aux activités et aux traitements divers (14).

À l'opposé, le mal de dos non mécanique ne montre pas de relations directes avec une modification de l'activité. Les douleurs sont d'apparition en général spontanées et progressives. Le repos ou les exercices n'entraînent aucun soulagement et il est très difficile pour le patient de trouver une position antalgique. Souvent, la douleur s'aggrave pendant la nuit, caractérisant une atteinte inflammatoire ou un aspect non fonctionnel de la pathologie (ex : néoplasme, souffrance viscérale aiguë, etc.). Certains cancers ostéophyles (tel que celui du sein par exemple) peuvent entraîner des douleurs de ce type, en particulier dorsales caractérisées notamment par l'impossibilité de rester en position allongée (7).

ATTEINTES INFLAMMATOIRES

- Douleurs chroniques et répétitives rachidiennes avant l'âge de 40 ans
- Réveil nocturne par la douleur (en 2^{nde} moitié de nuit) et déverrouillage matinal, particulièrement chez les jeunes,
- impossibilité de rester allongé
- limitation persistante des amplitudes de mouvements dans toutes les directions
- Atteintes périphériques articulaires (ex. : Polyarthrite Rhumatoïde)
- Eruptions cutanées (Rhumatisme Psoriasique), urétrite, uvéite (syndrome de Reiter)
- Antécédents familiaux
- Réponse partielle ou absente aux traitements antalgiques

e) Douleurs thoraciques

La plupart du temps, les troubles biomécaniques atteignent la région lombaire inférieure ou cervicale. Les douleurs dans la région thoracique ou entre les omoplates, sont relativement moins fréquentes et peuvent être en rapport avec une pathologie grave sous-jacente. Un nombre important de patients référés (environ 30 %) à l'hôpital pour des douleurs thoraciques sont atteints de pathologies graves, voire de tassements vertébraux spontanés sur un terrain ostéoporotique (8). Il faut aussi garder à l'esprit que ces douleurs thoraciques peuvent être le signe de douleurs référées d'organes tels que le cœur, les poumons et les organes abdominaux.

f) Traumatismes et Fractures

Seul un traumatisme violent comme une chute de sa propre hauteur ou un accident de la route, est susceptible d'entraîner une fracture vertébrale ou des côtes chez des patients normaux (8). Chez la femme post-ménopausée, régulièrement atteinte d'ostéoporose, ou chez les patients prenant un traitement de corticothérapie au long cours, des fractures par tassement, sur traumatisme mineur, représentent une cause fréquente (9,21).

g) Antécédents médicaux

Un certain nombre d'atteintes systémiques peuvent affecter le dos. Un antécédent cancéreux représente une éventualité probable, même si l'origine est ancienne. De la même manière, la possibilité d'une rechute doit être envisagée pour tous les cancers traités, de manière récente (8, 14, 20).

Des antécédents rhumatismaux, tuberculeux, ou infectieux peuvent être déterminants. La toxicomanie, l'immunodépression (V.I.H.), représentent un terrain favorable aux infections (2).

L'utilisation de corticothérapie au long cours provoque une ostéoporose susceptible de contre-indiquer les actes par manipulation directe (14).

h) Symptômes systémiques et altération de l'état général

Les patients atteints de mal de dos courant sont en général en bonne santé. Si un patient présente des signes d'altération de l'état général, la possibilité d'une pathologie grave sous-jacente doit être considérée. Une perte de poids, des malaises généraux, une fièvre, une asthénie prononcée ou d'autres signes cliniques, peuvent amener à évoquer la présence d'une pathologie grave sous-jacente (2,17,23).

Si le praticien se trouve dans une situation où il existe une suspicion de pathologie non fonctionnelle sous-jacente, un examen clinique complet doit être effectué, incluant à titre d'exemple les principaux sites d'atteintes tumorales, les poumons, la glande thyroïde, les seins, les ganglions lymphatiques, l'abdomen et la prostate. Des examens complémentaires biologiques ou d'imagerie seront alors demandés (8), par exemple un bilan urinaire, un bilan sanguin (NFS, VS, CRP, Immunoélectrophorèse des protéines, phosphatases alcalines, PSA, etc.), radiographies/scanner/I.R.M. des poumons, échographie prostatique, etc. Si les examens complémentaires confirment la suspicion du praticien, ou en cas de doutes persistants, ce dernier doit référer vers un médecin spécialiste compétent.

i) Limitation sévère des amplitudes lombaires

Un des points les plus importants de l'examen physique vertébral est l'existence d'une restriction sévère et persistante de la flexion lombaire. Certains auteurs soulignent que dans 50 % des cas atteints par cette limitation, la possibilité d'une atteinte vertébrale grave sous-jacente ou d'une hernie discale est très probable (8,14). La flexion lombaire est restreinte de manière sévère dans 70 % des cas de patients atteints d'infections vertébrales. Il n'en reste pas moins que 30 % des cas, atteints par ces infections, ne montraient aucun signe. Notons encore, que 81 % des cas d'atteintes rhumatismales inflammatoires, et 80 % des cas atteints de métastases osseuses, présentent cette restriction de mobilité (8). La technique de mesure est aussi primordiale. La méthode la plus simple et la plus fiable est le test de SCHÖBER-MC RAE (voir description du test en annexe).

Enfin, des atteintes vertébrales graves peuvent être présentes au niveau thoracique, sans pour autant qu'il existe une restriction lombaire. Il faut toujours garder à l'esprit qu'un examen physique normal n'exclut jamais complètement la possibilité d'une atteinte vertébrale grave sous-jacente (8).

En Conclusion...

- La méthode la plus fiable d'analyse d'une pathologie vertébrale grave sous-jacente est la recherche de drapeaux rouges
- Un examen clinique normal n'exclut pas la possibilité d'une atteinte vertébrale grave sous-jacente

- Les radiographies normales n'excluent pas la possibilité d'une atteinte vertébrale grave sous-jacente
- Des examens complémentaires doivent être demandés et s'ils s'avèrent être positifs, ils doivent faire référer, par le praticien, vers un médecin spécialiste compétent.

III. VALIDITÉ DES DRAPEAUX ROUGES

Tous les experts s'accordent à dire que les guides cliniques et les recommandations, concernant le mal de dos, doivent s'appuyer sur des preuves scientifiques, et que la recherche de ces preuves est prioritaire sur les opinions du comité d'experts. Trois points doivent être évalués avant de considérer un drapeau rouge comme valide, le danger potentiel, sa fiabilité en pratique clinique, et la réalité de la situation clinique. Voici l'évaluation de l'A.H.C.P.R. (23) à propos de ces drapeaux rouges :

Classification du niveau de preuves :

A = preuves fortes (issus d'études multiples de haut niveau)

B = preuves modérées (une seule étude de haut niveau ou quelques études de niveau scientifique acceptable)

C = preuves limitées (au moins une étude scientifique adéquate concernant les patients atteints de mal de dos)

D = preuves insuffisantes (l'interprétation du comité d'experts n'a pas permis d'inclure des critères basés sur la médecine des preuves)

Selon l'A.H.C.P.R., les points importants que le praticien doit rechercher :

- Les informations sur l'âge du patient, durée et description de la symptomatologie, impact des symptômes sur la vie quotidienne, réponse du patient aux traitements passés (niveau d'évidence B) ;
- La recherche des antécédents, en particulier de cancers, de perte de poids inexplicée, d'immunodéficience, de toxicomanie, d'infections urinaires, de douleurs augmentées par le repos, de la présence de fièvre. Ces renseignements sont particulièrement importants à rechercher chez les patients de plus de 50 ans (niveau de preuves B) ;
- Il est important de rechercher des renseignements sur des signes neurologiques ou des symptômes pouvant évoquer un syndrome de la queue cheval, c'est-à-dire des troubles urinaires, une anesthésie en selle en association à une atteinte motrice majeure, entraînant une faiblesse du membre (niveau de preuves C) ;
- Il est important de rechercher des renseignements sur un contexte traumatique qui doit être fonction de l'âge (par exemple, une chute de sa propre hauteur ou un accident de la route chez un adulte jeune, ou un traumatisme mineur (chute) chez des patients atteints d'ostéoporose ou des patients âgés (niveau de preuves C) ;
- Il est recommandé de prêter attention au contexte psychologique et social dans lequel intervient l'atteinte vertébrale, dans la mesure où des facteurs non physiques sont susceptibles de compliquer l'évaluation et le traitement (niveau de preuves C) ;
- L'utilisation des instruments suivants est recommandée, schémas pour décrire douleurs, utilisation de l'échelle visuelle analogique en complément de l'historique (niveau de preuves D) ;
- L'évaluation du degré d'élévation de la jambe tendue (*Straight Leg Raising test*) pour la mise en évidence de la sciatique chez l'adulte jeune. Chez les patients plus âgés, avec une sténose canalaire rachidienne, la manœuvre d'élévation de la jambe tendue peut être normale (niveau de preuves B) ;
- Un examen neurologique, mettant l'accent sur les réflexes ostéo-tendineux rotulien et achilléen, les myotomes des flexions dorsale et plantaire de la cheville et du gros orteil ainsi que la distribution des dysesthésies, est recommandé pour mettre en évidence des déficits neurologiques (niveau de preuves B) ;

Principales procédures diagnostic en présence de drapeaux rouges :

- Les radiographies ne sont pas recommandées dans l'évaluation initiale des patients atteints d'un mal de dos non spécifique, durant le premier mois, à moins qu'un drapeau rouge ne soit retrouvé dans l'examen clinique (niveau de preuves B) ;
- Les radiographies du rachis lombaire sont recommandées pour exclure la présence de fractures chez les patients atteints de mal de dos aigu, lorsque aucun drapeau rouge n'est retrouvé : traumatisme important récent (quelque soit l'âge), traumatisme bénin récent (patient de plus de 50 ans), corticothérapie au long cours, ostéoporose, patient de plus de 70 ans (niveau de preuves C) ;
- Des radiographies, associées à une Numération Formule Sanguine et une Vitesse de Sédimentation, peuvent être utiles pour exclure la présence de tumeur ou d'infection chez les patients atteints de mal de dos aigu, lorsque aucun drapeau rouge n'est retrouvé : antécédent de cancer ou d'infection récente,

fièvre supérieure à 37,8°C, prise de drogue en intraveineuse, corticothérapie au long cours, mal de dos aggravé par le repos, perte de poids inexpliquée (niveau de preuves C) ;

- En présence de drapeaux rouges, indiquant la présence d'une possible tumeur ou infection, l'utilisation d'imageries complémentaires telles que la scintigraphie, le scanner ou l'I.R.M. peut être cliniquement indiquée, même si les radiographies apparaissent normales (niveau de preuves C) ;

Il existe un consensus entre les agences internationales et les comités d'experts dans l'évaluation de ces drapeaux rouges, en particulier avec l'agence française A.N.A.E.S. (15,16) qui précise :

L'évaluation initiale du patient vise à identifier les lombalgies dites symptomatiques avec :

- En faveur d'une fracture : une notion de traumatisme ou d'ostéoporose, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 70 ans (accord professionnel) ;
- En faveur d'une néoplasie : un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexpliquée, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique. La vitesse de sédimentation et l'électrophorèse des protéines sanguines sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique (accord professionnel) ;
- En faveur d'une infection : une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, un contexte d'immunosuppression, d'infection urinaire, de prise de drogue en intraveineuse, de prise prolongée de corticoïdes. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation et le dosage de la Protéine C-Réactive (C.R.P.), sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique (accord professionnel) ;
- L'imagerie n'est pas nécessaire durant les sept premières semaines de maladie, exceptée quand le traitement choisi (tel que manipulation et infiltration) nécessite l'exclusion de certains types de mal de dos. Si le patient ne répond pas de manière suffisante au traitement, la période des sept semaines pourra être réduite (accord professionnel) ;

IV. ÉVALUATION DE LA SPHÈRE CERVICALE

Quatre principales situations peuvent être rencontrées :

a) Traumatismes et Fractures

En général, les forces causant des fractures sont violentes ; un traumatisme direct sur la tête peut-être associé avec une perte de connaissance, une rigidité nucale, atteinte nerveuse centrale ou des nerfs crâniens (20). Malgré tout, il faut garder à l'esprit, en particulier chez les personnes âgées, la possibilité de fractures ou d'entorses graves sur des traumatismes mineurs, du fait de la fragilité osseuse (fracture de l'odontôïde, qui peut se déplacer dans un second temps) (6,9). Les corticoïdes au long cours sont à l'origine d'une ostéopénie quelques fois majeure (14).

Il faut aussi insister sur un scénario fréquent, correspondant en une fracture **spontanée** par tassement vertébral, caractérisée par des douleurs vertébrales aiguës (chez les patientes ostéoporotiques, en particulier en phase de post-ménopause), en dehors de tout contexte traumatique (21).

b) Maux de tête

Ils représentent une symptomatologie très fréquente. Les techniques d'ajustements vertébraux sont couramment employées dans les maux de têtes dits cervicogènes. Il est malgré tout primordial de déterminer quels sont les cas pour lesquels il reste important de référer son patient en Neurologie. Ces cas correspondent aux maux de tête dit non primitifs (3,20) :

- Apparition soudaine d'un mal de tête inhabituel chez des personnes âgées (Possible tumeur ou artérite temporale) ou des enfants (une artère élargie et indurée peut suggérer une artérite temporale) ;
- Traumatismes sur la tête (possible hématome sous-dural ou épidual) ;
- Association de signes neurologiques (paralysie faciale, diplopie, dysarthrie...) ;
- Changements cognitifs (confusion, changement d'humeur) ;
- Vomissements en jet, sans nausée (indiquant une hypertension intra-crânienne) ;
- Maux de tête progressifs et persistants ;
- Rigidité nucale (possible hémorragie sous-arachnoïdienne ou méningite) ;
- Dépendance alcoolique ou de drogue ;
- Céphalées en présence d'une hypertension artérielle supérieure à 115 mm Hg ;
- Augmentation de la douleur à la toux, l'éternuement et se pencher en avant (possible hypertension intra-crânienne) ;

Avec ces indications, le chiropraticien doit réaliser un examen des nerfs crâniens, tester les fonctions cérébelleuses et motrices, et vérifier les dermatomes et les myotomes afin de poser un diagnostic. La prise de tension artérielle doit être habituelle chez les patients souffrant de céphalées afin de détecter une étiologie d'hypertension. Lors d'une augmentation de la pression intra-crânienne, un examen du fond d'œil peut mettre en évidence un œdème papillaire, et indiquer une probable lésion expansive. Des résultats positifs de ces examens mettent l'accent sur l'urgence d'un suivi médical du patient et peuvent aider le médecin dans le diagnostic du malade.

c) Insuffisance vertébro-basilaire

Comme décrits par TERRET (5,17) et HAYNES (11), une douleur sévère et inhabituelle ressentie sur le côté de la tête et du cou, associée à des signes d'insuffisance vertébro-basilaire (5Ds & 3Ns), tels que des vertiges, représentent une cause possible de dissection des artères vertébrales. Cette situation doit être considérée comme un drapeau rouge.

Les signes d'insuffisance vertébro-basilaires (5Ds & 3Ns) :

| | |
|------------|--|
| 5Ds | - Déséquilibres (vertiges), |
| | - <i>Drop attack</i> , (sensation de jambes qui se dérobent) |
| | - Diplopie, |
| | - Dysarthrie, |
| | - Dysphagie, |
| And | - Ataxie, |
| 3Ns | - Nausées, |
| | - Nystagmus, |
| | - <i>Numbness</i> (engourdissements, paresthésies) |

Les chiropraticiens doivent être à même de déterminer si ces signes d'insuffisance vertébro-basilaire (5Ds & 3Ns) surviennent avant, pendant ou après le traitement par manipulations. Il est à noter que le patient peut développer des douleurs de la tête et/ou du cou, suggérant une dissection de l'artère vertébrale suite à la manipulation cervicale, avec ou sans signe d'insuffisance vertébro-basilaire. Si le chiropraticien détecte également des signes anormaux de l'artère vertébrale au Doppler vélocimétrique, du même côté que la douleur, évalués initialement normaux dans un examen préliminaire, cela devient un fort indicateur de dissection (11). Lorsqu'il existe une forte suspicion de dissection de l'artère vertébrale, il devient impératif d'hospitaliser le patient dans les plus brefs délais et de prévenir le service médical en question.

d) Les malformations de la charnière crânio-rachidienne

Les pathologies touchant la région crânio-cervicale sont nombreuses mais leurs symptômes sont souvent non spécifiques et parfois trompeurs. Ces pathologies doivent être détectées, spécialement dans la pratique manuelle, car elles augmentent le risque de sérieuses complications de sténoses, impliquant les structures neurologiques et vasculaires. Elles peuvent être osseuses (impression basilaire, bloc vertébral, occipitalisation) et/ou nerveuse (malformations d'Arnold-Chiari). Il n'y a pas de syndrome clinique spécifique (9). De plus, ces malformations peuvent être silencieuses. Néanmoins, certains cas doivent être rappelés. Des patients se présentant avec une anomalie morphologique de la face et du crâne, peuvent être atteints d'un syndrome de KLIPPEL-FEIL (9); Quant au syndrome de DOWN (Trisomie 21), il s'associe fréquemment (entre 30 et 50 % des cas), avec une laxité ou une agénésie du ligament transverse de l'atlas (20); les rhumatismes inflammatoires, en particulier la polyarthrite rhumatoïde après 10 ans d'évolution (mais aussi la spondylarthrite ankylosante), peuvent présenter une instabilité de la charnière crânio-rachidienne (4,21).

V. LA LISTE DES DRAPEAUX ROUGES PROPOSÉE PAR LA SO.F.E.C.

Cette liste n'est pas forcément exhaustive et n'est donc pas définitive. Elle s'appuie sur l'état actuel des connaissances scientifiques, sur l'analyse de la littérature, et peut être modifiée ultérieurement.

LISTE DES DRAPEAUX ROUGES PROPOSÉE PAR LA SO.F.E.C.

I. Particularités communes à l'ensemble du rachis

1. **Âge** : patient(e) de **plus de 55 ans** ;
2. **Douleur de type non mécanique** : constante, progressive, inflammatoire, nocturne, réponse partielle aux traitements antalgiques ; impossibilité de rester allongé ;
3. **Historique du patient** :
 - Antécédents néoplasiques (y compris familiaux) ;
 - Prise de stéroïdes ;
 - Immunodéficience congénitale ou acquise (V.I.H., Transplantation, les immunodépresseurs donnés pour éviter le rejet de greffe, entraînent un terrain fragile aux infections) .
 - Prise de drogues ;
 - Alcoolisme (présence d'ostéoporose et risque de chute important...) ;
 - Infection récente ;
4. **Altération de l'état général** : fièvre, perte de poids, fatigue, malaise ;
5. **Restriction sévère et persistante de la mobilité** ;
6. **Apparition soudaine de signes neurologiques** :
 - Syndrome compressif périphérique d'urgence (ex. : anesthésie en selle, troubles sphinctériens dans le syndrome de la queue de cheval),
 - Atteinte centrale (Babinski, hyperréflexie...) ou des nerfs crâniens,
 - Symptômes neurologiques dans plusieurs membres (myélopathie),
 - Syndrome de Claude-Bernard HORNER,
 - Etc.
7. **Traumatismes en général**

II. Particularités par niveau

A. RACHIS LOMBAIRE

1. **Traumatismes et risques de fractures spontanées** :
 - Traumatisme violent, chute de sa propre hauteur (d'autant plus importante s'il y a eu perte de connaissance) ;
 - Survenue très brusque de la douleur avec tassement vertébral possible sans traumatisme, en particulier dans un contexte déminéralisé (personnes âgées, corticothérapie au long cours) ;
2. **Déformations structurales** :
 - Fractures par tassement,
 - Scolioses évolutives...
3. **Restriction sévère et persistante de la flexion objectivée par le test de SCHÖBER-McRAE**

B. RACHIS DORSAL

1. **Douleurs thoraciques** : tassement vertébral traumatique ou spontané, douleurs référées organiques ;

2. Déformations structurales :

- Fractures par tassement,
- Scolioses évolutives...

C. RACHIS CERVICAL

1. Insuffisance vertébro-basilaire :

- Apparition soudaine d'une douleur intense de la partie latérale du cou ou de la tête, décrite comme étant différente des douleurs passées, associée à des signes d'insuffisance vertébro-basilaire (**5Ds & 3Ns = Déséquilibres, Drop attack, Diplopie, Dysarthrie, Dysphagie, Ataxie, Nausée, Nystagmus, Numbness** (engourdissements)),
- Antécédents de cervicalgies ou céphalalgies aiguës (avec vertiges, nausées) post-manipulations...

2. Traumatismes :

- Traumatisme violent, (d'autant plus importante s'il y a eu perte de connaissance) ;
- Traumatisme mineur, en particulier chez les sujets âgés (associé avec une rigidité nucale, une incontinence) ; possible atteinte C1/C2 avec fracture odontoïdienne et risque de déplacement secondaire ;

3. Charnière crânio-rachidienne et anomalies morphologiques :

- Syndrome de DOWN (ou Trisomie 21 avec agénésie ou hyperlaxité du ligament transverse de l'atlas), Syndrome de KLIPPEL-FEIL (asymétrie crânio-faciale, hauteur courte du cou et implantation basse des cheveux), Syndrome de MARFAN (hyper mobilité) ;
- Antécédents de rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante),

4. Maux de tête non primitifs :

- Âge > 55 ans,
- Notion de traumatisme,
- Vomissements (en jet),
- Présence de troubles neurologiques,
- Présence de signes cognitifs (confusion, changement de la personnalité), d'une incontinence, d'une rigidité nucale, d'une hypertension artérielle, d'une accentuation à la toux/l'éternuement/se pencher en avant, céphalées persistantes et sévères, troubles visuels (diminution de l'acuité)...

RÉFÉRENCES :

1. Symptomatic expansive vertebral haemangioma causing conus medullaris compression, Rich JA, Donahue TC, Mick TJ. *J Manipulative Physiol Ther.* 2005 Mar-Apr;28(3):194-8.
2. European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care, April 2005.
3. Management of headache, Chapter 50, section V, Dennis R, Cooperstein R, from « Principles and Practice of Chiropractic, Scott Haldeman, McGraw Hill, 2005
4. Management of Neck pain and related disorders, Chapter 49, section V, from « Principles and Practice of Chiropractic, Scott Haldeman, McGraw Hill, 2005.
5. Neurological complications of spinal manipulation therapy, Terrett A, section V, from « Principles and Practice of Chiropractic, Scott Haldeman, McGraw Hill, 2005.
6. Osteoporotic fracture of the dens revealed by cervical manipulation, Hang-Korng Ea, Anne-Joëlle Weber, François Yon and Frédéric Lioté, *Joint bone spine*, Received 4 February 2003; accepted 7 May 2003. Available online 5 February 2004.
7. Margaret : a tragic case of spinal red flags and red herrings, sue Greehalgh and coll, *physiotherapy* 90(2004) 73-76.
8. *The Back Pain Revolution.* Gordon Waddell. Churchill Livingstone. 2004.
9. Is there a need for routine X-rays prior to manipulative therapy ? Guidelines of the SOFMMOO. June 2003.
10. Recognizing spinal cord emergencies. Arce D, Sass P, Abul-Khoudoud H, *Am Fam Physician* 2002 May 1;65(9):1751.
11. Vertebral arteries and cervical movement: Doppler ultrasound velocimetry for screening before manipulation, Michael J. Haynes, BAppSc (Chiro). *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* • Volume 25 • Number 9. November/December 2002.
12. Low Back Pain, Bartleson JD, *Curr Treat Options Neurol.* 2001 Mar;3(2):159-168.
13. Adolescent idiopathic scoliosis: review and current concepts. Reamy BV, Slakey JB. *Am Fam Physician.* 2001 July 1;64(1):111-6.
14. *Soulager le mal de dos*, Maigne JY, Masson, 2001.
15. Diagnosis and management of acute low back pain (<3 months) with or without sciatica. ANAES, France, February 2000.
16. Diagnosis, management and follow-up of patients with chronic low back pain ANAES, France, December 2000.
17. Cervical spine syndromes, Mc Graw Hill publication, Donald Murphy, chapter 22, vertebro basilar stroke following SMT, Allan G.J. Terret, 2000.
18. *Guide clinique de la prise en charge de la lombalgie*, Royal College of Practionners, 1999.
19. Low back pain and the lumbar intervertebral disk: clinical considerations for the doctor of chiropractic, Troyanovich SJ, Harrison DD, Harrison DE, *J Manipulative Physiol Ther.* 1999 Feb;22(2):96-104.
20. *Differential diagnosis for the chiropractor*, Thomas A. Souza, aspen publication, 1997.
21. Osteoporotic vertebral fractures in postmenopausal women, Millard PS, Rosen CJ, Johnson KH, *Am Fam Physician.* 1997 Mar;55(4):1315-22.
22. Primary care management of acute low back pain, Jones AK, *Nurse Pract.* 1997 July; 22(7):50-2, 61-3, 66 passim; quiz 74-5.

23. Lower Back Problems in Adults, Clinical Practice Guideline 14, *A.H.C.P.R.* Publication No. 95-0642:
December 1994