

Cas cliniques en médecine manuelle

Dr M-H Gauchat
Spéc en médecine interne générale FMH
Médecine Manuelle SAMM

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

Vignette clinique 1:

M. N 1936

- Suivi par intermittence depuis 1983 pour cervicodorsalgies récidivantes et lombalgies basses
- Troubles dégénératifs vertébraux étagés avec séquelles de Scheuerman
- RX rachis dorsal 1983
- RX rachis lombaire 1989
- Rx épaule 1996

Antécédents

- Méniscectomie interne gauche 1965
- Néphrolithiase 67 et 75
- Fractures clavicule et 2 côtes 1985
- Pathologie chronique dégénérative coiffe des rotateurs
- Acromioplastie 1999
- Coxarthrose droite stable
- Gonarthrose droite avec méniscope 2000

Antécédents

- Opération de Maladie de Dupuytren 2003
- HTA traitée 2005
- Hypercholéstérolémie traitée 2006
- Gastrite non érosive avec HP 2012
- Status après IR Akin 1 2013
- Anémie hyporégénérative d'origine rénale stable 2014

Antécédents

- Trouble de l'adaptation avec dépression sur conflit de voisinage 2015
- Cardiopathie valvulaire et ischémique opérée 2017
 - Fracture sternale avec refixation

Conséquences

- Aspirine cardio et statine à vie
- Poursuite TTT hypotenseur
- Insuffisance rénale chronique stable = pas d'AINS
- Privilégier TTT non médicamenteux pour les troubles de l'appareil locomoteur

Traitement de médecine manuelle

- Manipulations cervicales et lombaires ciblées bien supportées (mobilisations dans la période sous Sintrom!)
- Mobilisation et manipulations dorsales avec précaution
- Mobilisation en décoaptation de la coxofémorale droite par intermittence
- Consultation en cas de récurrence, intervalle libre souvent de plusieurs mois voire de 2 ans au maximum
- Suivi plus étroit et régulier de médecine générale depuis émergence des autres affections!

Vignette clinique 2:

Mme Y M. 1945

- Première consultation 2004 Lombosciatalgies gauches non déficitaires , quelques semaines
- RX: Discopathie L4-5
 - Renversement post du tronc avec maladie de Bastrup L3-4-5
 - Pincement modéré interligne coxofémoral ddc

Antécédents

- G 2 P2 (66 et 67)
- Status après appendicectomie
- # péroné 96
- HTA traitée
- Hypercholéstérolémie traitée
- Hypothyroïdie substituée
- Hémochromatose traitée
- Obésité BMI 31

Suivi

- Episode 1: janv- fév 04,Lombosciatalgie gauche. 4 TTT
- Episode 2: sept 04-nov, récursive, 5 TTT
- Episode 3: juillet 06 lumbago aigu 1 TTT
- Episode 4: sept-déc 07, lombosciatalgie gauche 8 TTT
- Episode 5: Juillet 2010, lumbago aigu, 1 TTT
- Episode 6: Nov 2010-mars 12, cervicalgies, 10 TTT
- Episode 7: Juillet 12, conflit sous-acromial drt 2 TTT

Suivi

- Episode 8, oct 12-fév 2013, récursive conflit sous-acromial, 9 TTT
- Episode 9: août-sept 2014, lombosciatalgie droite 6 TTT
- Episode 10: sept 2015. récursive lombalgies basses 3 TTT
- Episode 11: juillet 2016, lumbago aigu 1 TTT
- Episode 12: août 2017 Récursive lombalgies basses 3 TTT

Conclusions

- 53 TTT en 14 ans, soit 3,78/an en moyenne
- Pas de prescription de physiothérapie
- Pas d'imagerie supplémentaire pour l'appareil locomoteur depuis 2004
- Consommation minimale d'AINS (Nisulid en réserve)
- Pas de tourisme médical!

Vignette clinique 3

Mr.B 1944

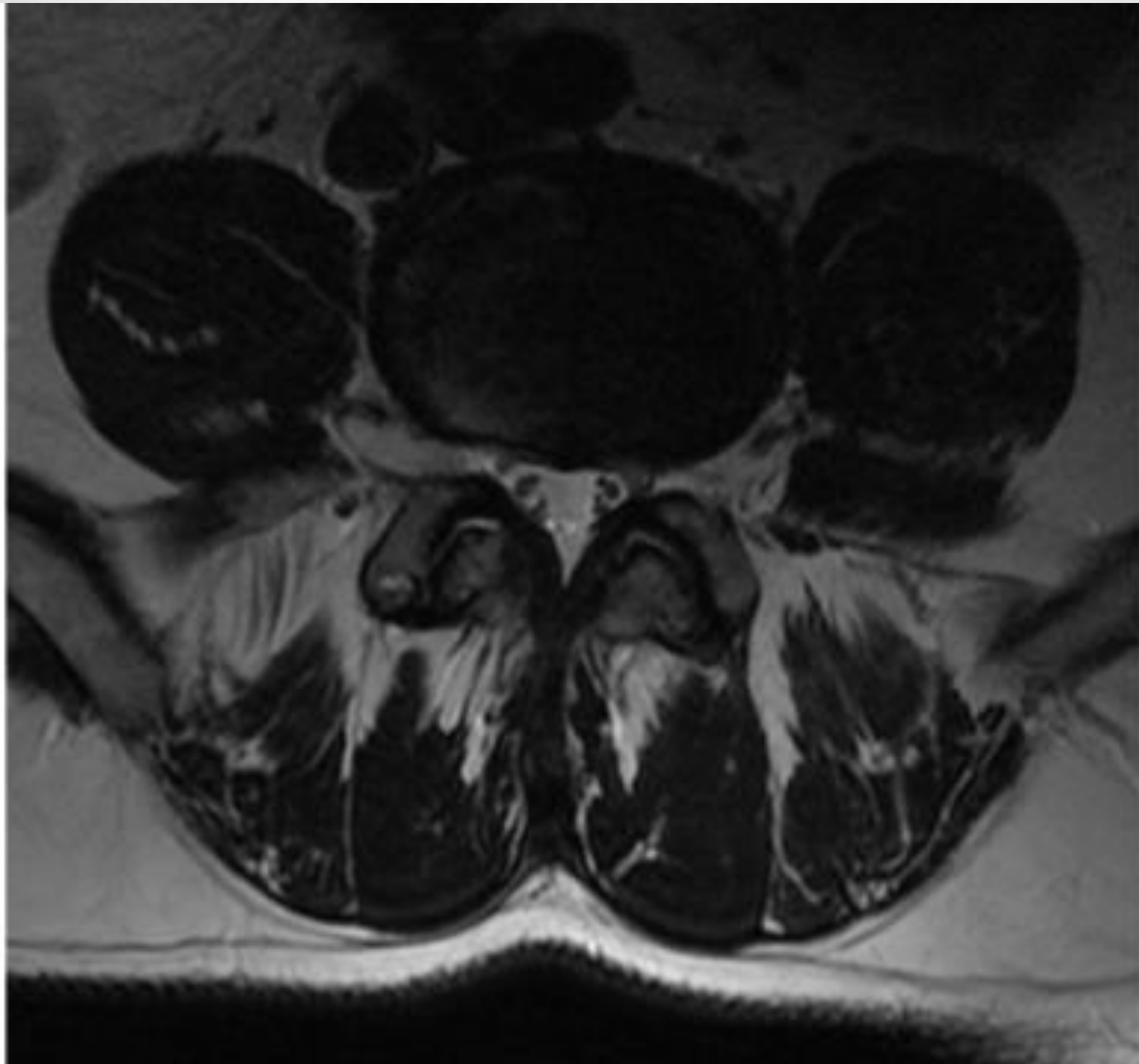
- Retraité, 1944
- Status après PTH ddc et PTG
- Glisse à domicile et se rattrappe sans tomber
- Premier épisode de lombalgie basses sans irradiation
- Aucun red flags
- Pas de paresthésie, marche asymptomatique

Proposition thérapeutique 1

- Adressé par son orthopédiste à un neuro-chirurgien
- IRM!
- Proposition d'intervention pour canal lombaire étroit

IRM!







Examen clinique

- DDS 5 cm
- Mouvements physiologiques lombaires libres dans toutes les directions
- Lasègue négatif
- Pas d'altération sensitivo-motrice
- Sensibilité de l'articulaire postérieure L5-S1

2ème proposition thérapeutique

- Manipulation de la jonction lombosacrée
- Asymptomatique après 4 traitements
- Catamnèse à 6 mois.

Vignette clinique No 4

Mr D. 1948

- Infirmier à la retraite
- Vu en 2013 pour lombalgies mécaniques, 5x avec évolution favorable
- Depuis 2015: lombosciatalgies gauches non-déficitaires suite à des travaux de jardin
- Stop vélo
- Consulte son généraliste
 - AINS: stop à cause crise HTA
 - Physiothérapie

Evolution

- Médecine homéopathique
- Médecine chinoise et acupuncture
- Avis neurochirurgical: pas d'indication opératoire
- 19 séances de physiothérapie (TENS, mobilisation gymnastique aquatique, etc)
- 6 séances de psychothérapie
- 2 avis rhumatologiques: injection interépineuse
- Visite un guérisseur
- 75 mg de Prégabaline le soir

Evolution Janvier 2017

- grosse raideur lombosacrée
- Ex neurologique normal
- IRM: discopathie L5-S1, absence de HD
- Dysfonction articulaire L5-S1 avec participation sacro-iliaque gauche

Traitement de médecine manuelle

- Manipulation lombo-sacrée et sacro-iliaque gauche 6 x
- Traitement fascia lombaire
- Stop prégabaline après 3 TTT
- Reprise progressive vélo de route

Mais quels sont les cas qui ne répondent pas?

Hypothèse

Vignette clinique No 5

Mme S

- Femme de 35 ans, BMI 35
- Premier épisode de lumbago aigu en mai 2009, traitement conservateur
- 2ème épisode aigu en septembre 2009 avec sciatalgie gauche

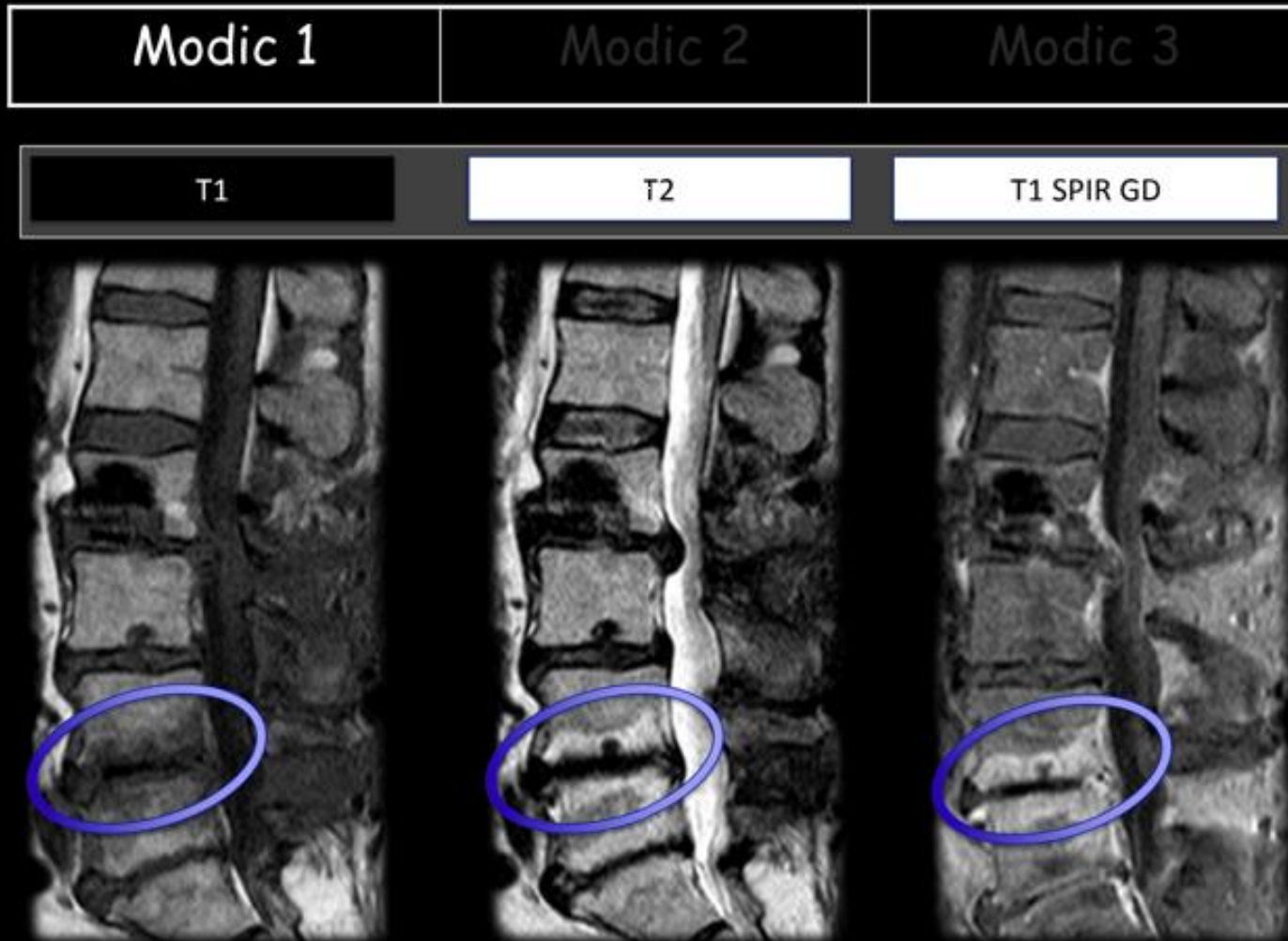
Examen clinique

- Valsalva +
- Schober 10-10.5 cm
- DDS: 56 cm
- Ischiojambiers raccourcis à 60 degrés, Lasègue négatif
- Pas de modification sensitivo-motrice aux MI

IRM lombaire 12.08.09

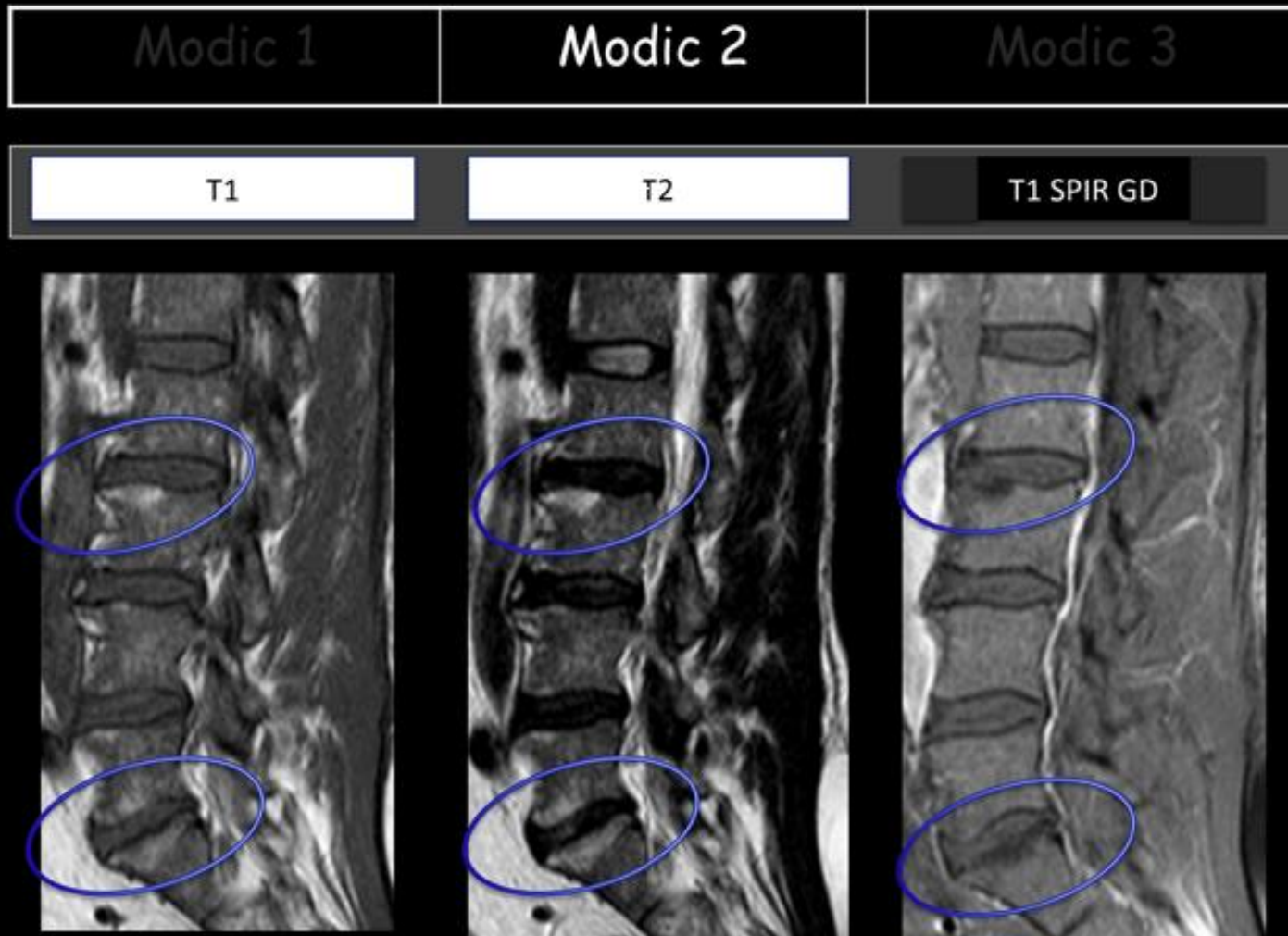
- Small discal hernia paramedial left at L4-L5 level without radicular contact.
- Modic changes type 1 in L4-L5.

IRM-Modic I changes



Source: Dr Hugues Brat, groupe 3R

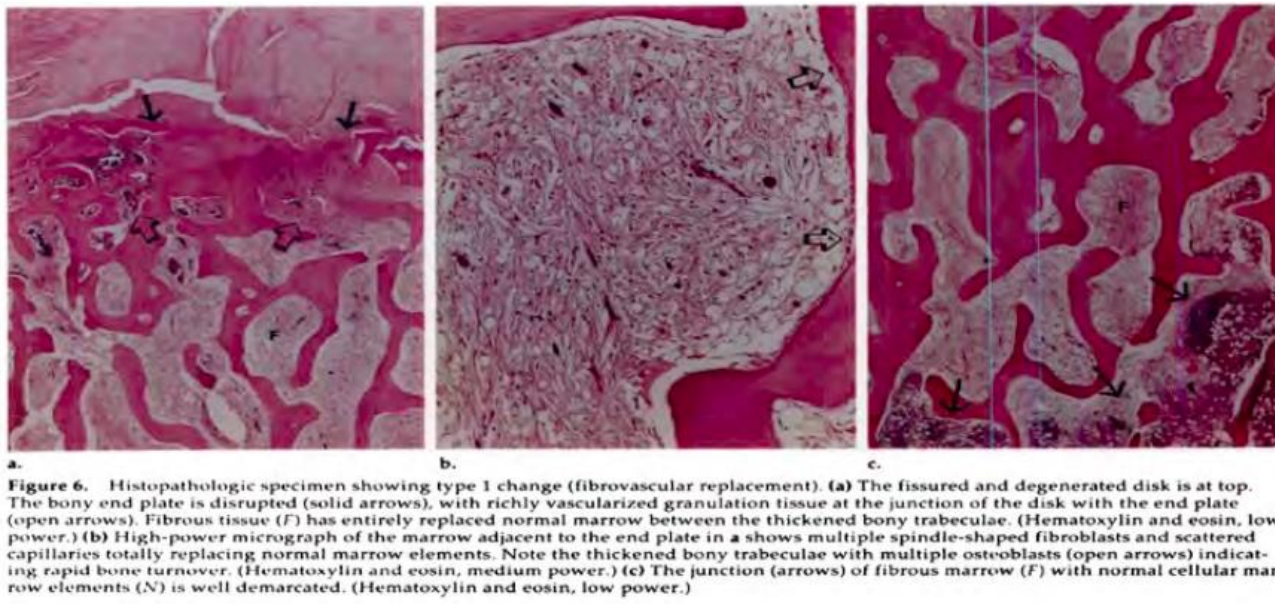
IRM-Modic 2 changes



Source: Dr Hugues Brat, groupe 3R

Histopathology of Modic I Changes

- Disruption and fissuring of endplates
- Formation of fibrovascular granulation tissue
- Correspond to inflammatory changes of DDD



From: Modic et al. Radiology 1988;166:193-99

Histopathology of Modic II Changes

- Fatty degeneration of the red marrow
- Replacement by yellow marrow
- Corresponds to a more stable and chronic process

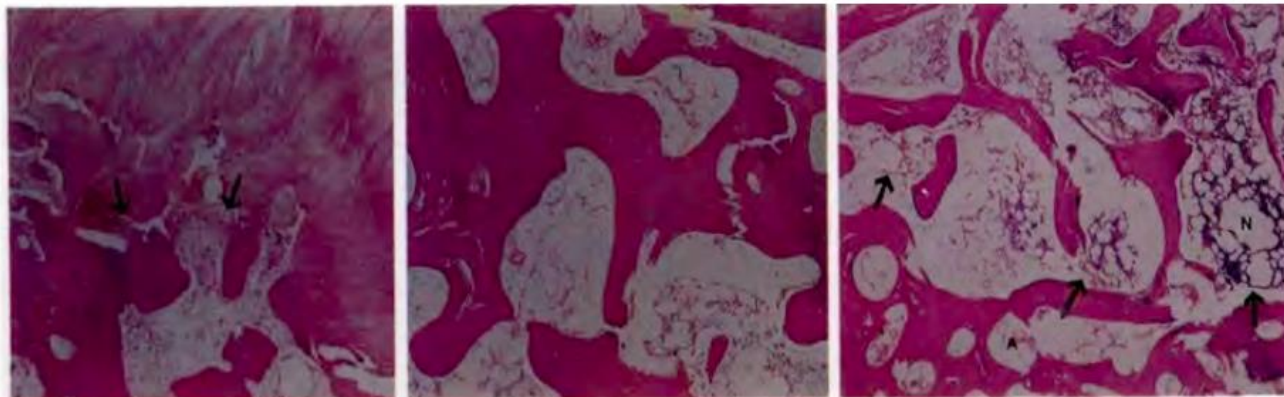


Figure 7. Histopathologic specimen showing type 2 change (yellow marrow). (a) The fissured and degenerated disk is at top. The bony end plate is disrupted, with prominent granulation tissue (arrows) as in Figure 6a. (Hematoxylin and eosin, low power.) (b) Beneath the chronically injured end plate, the marrow elements are replaced by fat cells. Note the markedly thickened bony trabeculae. (Hematoxylin and eosin, medium power.) (c) The junction (arrows) of the fatty marrow (A) and the normal cellular marrow (N) is well demarcated. (Hematoxylin and eosin, low power.)

From: Modic et al. Radiology 1988;166:193-99

Evolution

- Pas d'indication chirurgicale
- Mobilisation and manipulation sans effet positif
- Physiothérapie ambulatoire active: effets négatifs
- Haute dose de corticostéroïdes pour 1 semaine: amélioration de courte durée.
- Infiltration péri-radiculaire sous CT: amélioration 1 semaine



Hospitalisation en rehabilitation

- Status lombaire inchangé
- Oswestry 26.5.2010: 42%
- FABQ (Fear Avoidance Belief Questionnaire) élevé
- Waddells nonorganic physical signs 3/5
- ENMG: normal
- IRM 2.6.10: accentuation des Modic changes I en L4-L5.

Evolution

- Sans changement après 3 semaines de physiothérapie active
- Intolérance aux AINS
- Opiacés: constipation opiniâtre (même avec laxatif hyperosmotique)
- Pregabaline avec effet positif mais aussi constipation.

Evolution

- 100% AI (coiffeuse)
- Persistance de lombalgies chroniques avec sciatalgies intermittentes
- paracetamol 2-3-g/j
- diclofenac 75 mg 1-2/sem

Do Participants With LBP Who Respond to Spinal Manipulation Therapy Differ Biomechanically From Nonresponders, Untreated Controls or Asymptomatic Controls?

Wong et al. Spine (2015) Vol 40, No 17, pp 1329-1337

Place de l'imagerie dans la douleur lombaire: limites et réflexions

Rev Med Suisse 2013; 9: 1351-9

F. Balagué
J. Dudler

Drs Federico Balagué et Jean Dudler
Clinique de rhumatologie
et Service de médecine physique
et rééducation
HFR Fribourg – Hôpital cantonal
1708 Fribourg
federico.balague@h-fr.ch
jean.dudler@h-fr.ch

TAB. 2**Fréquences des « anomalies » IRM dans une population asymptomatique âgée de plus de 70 ans**

Type	Fréquence
Dégénérescence discale	90%
Protrusion circonférentielle	77%
Fissure discale	30%
Hernie discale	40%
Arthrose facettaire	70%
Spondylolisthésis	35%

Tableau 2. Avantages et désavantages de l'imagerie pour la prise en charge du patient lombalgique

Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none">• Vision des structures anatomiques• «Satisfaction» intellectuelle du médecin• Satisfaction à court terme du patient <p>*</p>	<ul style="list-style-type: none">• Mauvaise corrélation avec la clinique• Coûts directs en augmentation• Peu d'influence sur les décisions thérapeutiques basées sur l'évidence• Faux positifs pouvant induire des décisions inappropriées, par exemple, chirurgicales• Effet négatif sur la qualité de vie des patients• Irradiation (pour les radiographies, tomodensitométries et scintigraphies)

* La probabilité de découvrir par hasard une lésion grave potentiellement traitable est beaucoup trop faible pour pouvoir être acceptée comme un «avantage» à l'heure de demander des examens radiologiques.

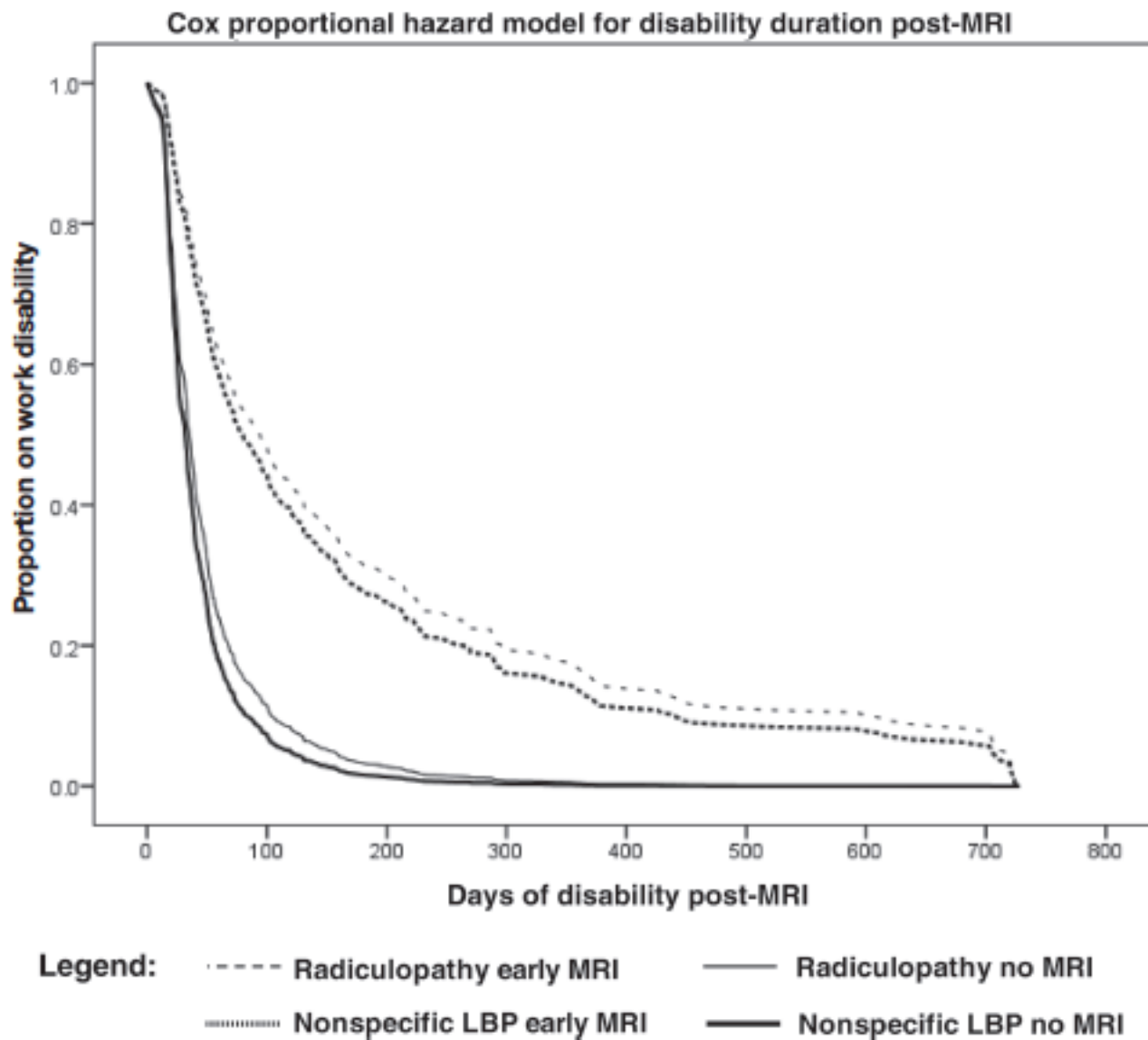
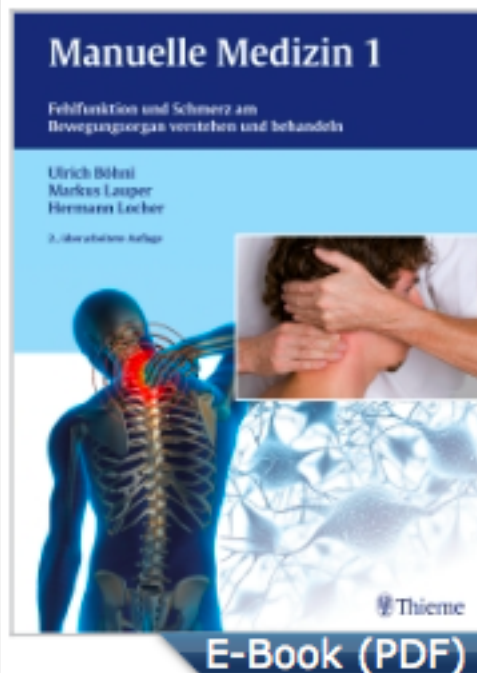


Figure 2. Daily proportion of cases on first episode of disability by diagnostic/MRI subgroup. MRI indicates magnetic resonance imaging; LBP, low back pain.

Implications pratiques

- > La faible prévalence des lésions vertébrales graves combinée à la haute fréquence d'images anormales révélées par l'imagerie chez des sujets asymptomatiques rend l'interprétation des images du rachis lombaire, même obtenues par IRM ou CT, difficilement interprétables dans le contexte clinique
- > La littérature montre bien que les cliniciens ne traitent pas plus efficacement leurs patients douloureux lorsqu'ils ont recours à ces techniques d'imagerie de manière précoce ou sans une hypothèse clinique précise
- > Outre les coûts directs générés, l'imagerie peut avoir des effets négatifs sur la qualité de vie des patients et découvrir des lésions rachidiennes et extrarachidiennes, sources d'anxiété pour les patients et leur médecin



Manuelle Medizin 1 (E-Book PDF)

Fehlfunktion und Schmerz am Bewegungsorgan verstehen und l

> Ulrich W. Böhni > Markus Lauper > Hermann-Alexander Locher

Buch

E-Book (PDF)

2., überarbeitete
Auflage 2015
680 S. , 545 Abb.
, PDF
ISBN: 9783131652621

EUR 149,99
EUR [A] 49,99

Versandkostenfrei
[D], inkl.
MwSt.

**Download: E-
Book (PDF)**

■ Sofort zum
Download
verfügbar



Manuelle Medizin 2 (E-Book PDF)

Diagnostische und therapeutische Techniken praktisch anwenden

> Ulrich W. Böhni > Markus Lauper > Hermann-Alexander Locher

2011
640 S. , 1655 Abb.
, PDF
ISBN: 9783131652812

Download: E-Book (PDF)

■ Sofort zum
Download
verfügbar

EUR [D]9,99
EUR [A]99,99

Versandkostenfrei
[D], inkl.
MwSt.



Je vous remercie
de votre
attention!