

Thérapie Manuelle Congrès SPB 4 juin 2016

Matthieu Loubiere, MKO, Thérapeute Manuel

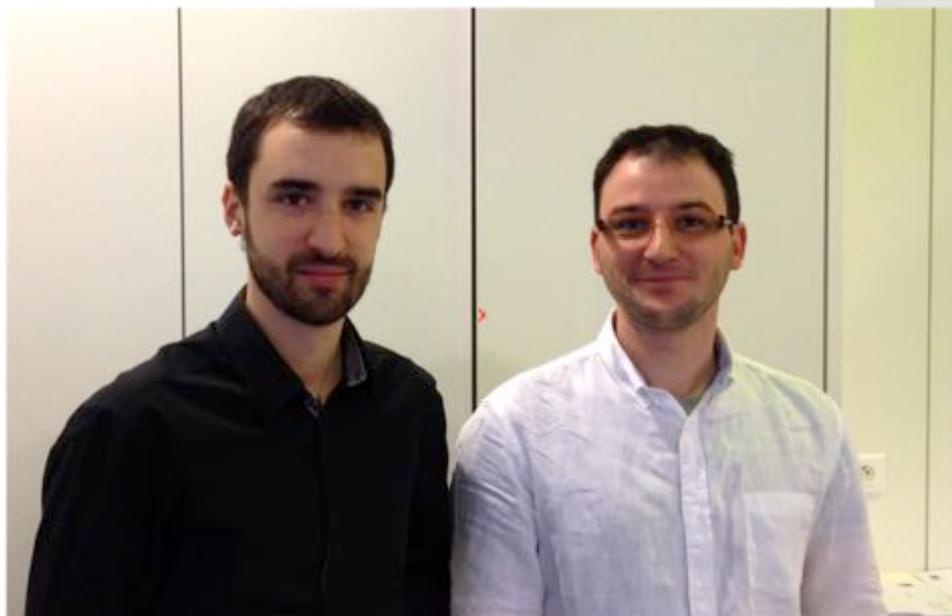
— *théma* —

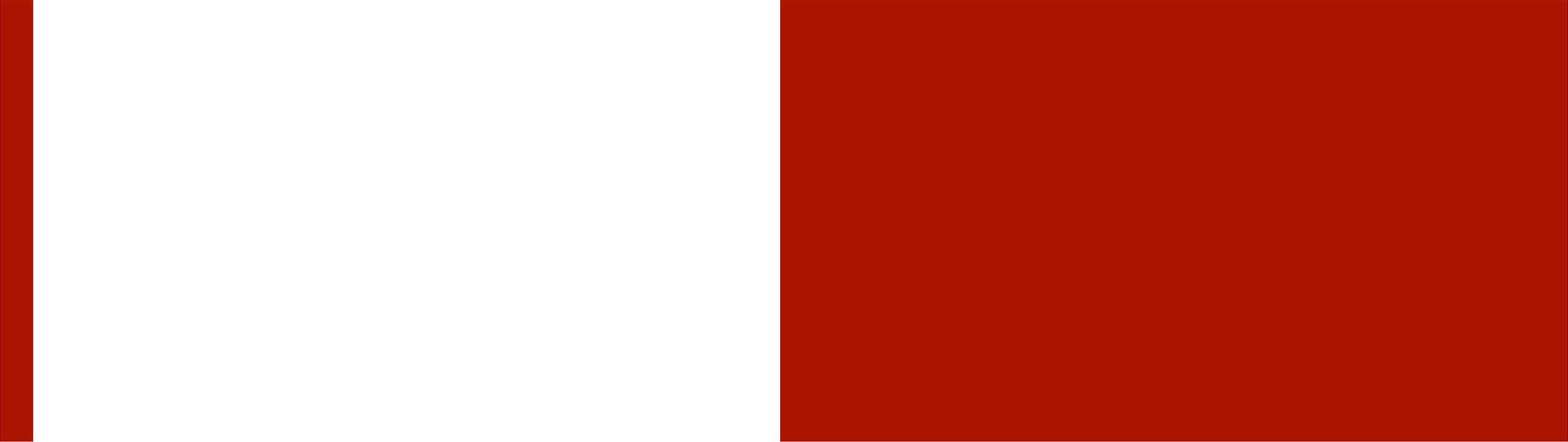


Matthieu Loubiere - Théma/GEM-K SPB 2016

Déclaration de conflit d'intérêt

- Théma
- GEM-K

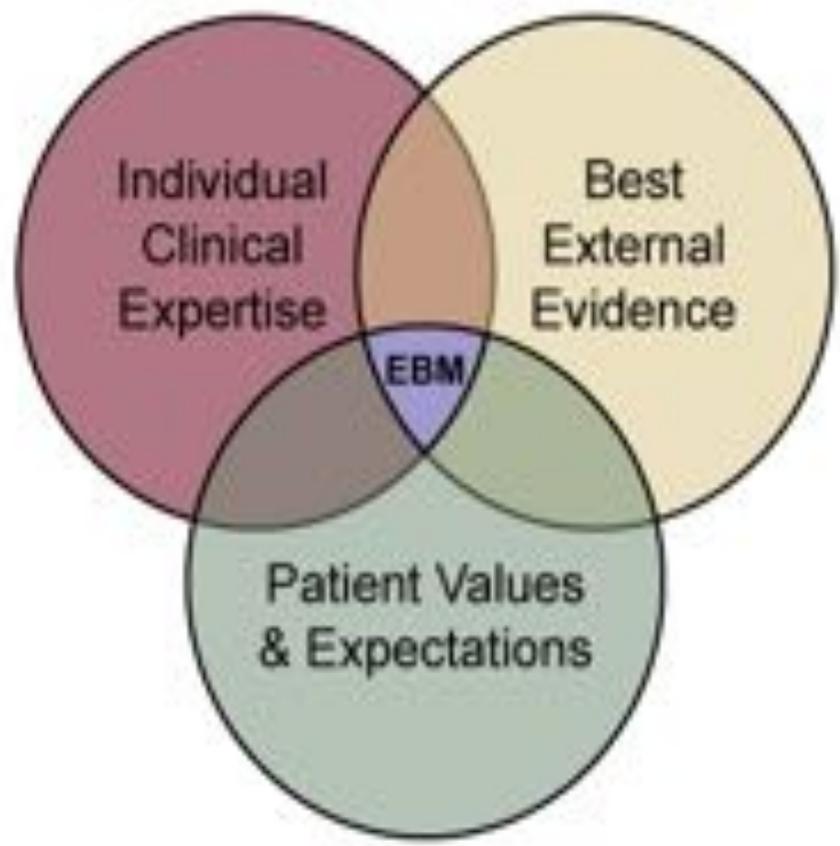
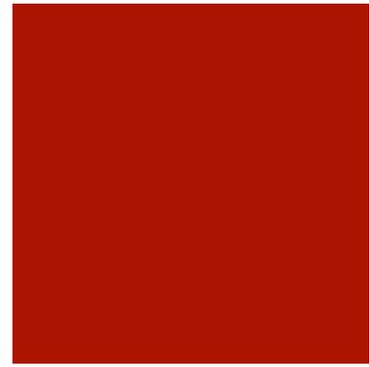




Introduction

EBM – Histoire - Définition

Introduction



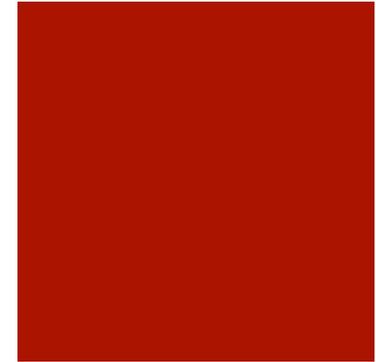
Introduction

- **Evidence based Medecine (EBM) = Médecine basée sur les preuves.**
- Désigne le concept selon lequel le praticien doit, pour appliquer le meilleur traitement possible et le plus adapté à son patient, allier à la fois (Sackett 1996, Duclos 2010) :
 - son expérience professionnelle en tant que clinicien,
 - les données apportées par la littérature scientifique,
 - les préférences du patient.

Introduction

- **Historique de la TMO => L'antiquité...**

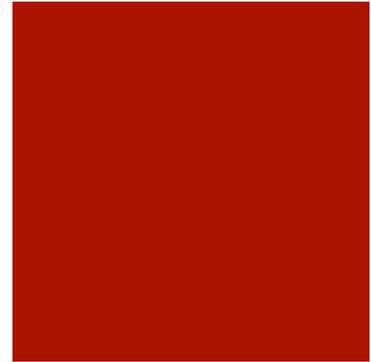
- Andrew Taylor Still (1874) : Naissance de l'ostéopathie. Notion de « lésions ostéopathique » aussi appeler « dysfonction »
- Daniel David Palmer (1894) : Notion de « subluxation »
- Henrick Kellgren : Premier praticien à présenter des techniques de manipulation en Europe. (Publi 1904).



Introduction

■ Historique de la TMO => La naissance de la TMO

- La Thérapie manuelle orthopédique née en Europe sous l'impulsion de Edger et James Cyriax, ainsi que de James et John Mennel en 1907.
- Ce sont les premiers à envisager qu'un examen clinique est nécessaire pour trouver l'étiologie ainsi que les causes des atteintes.
- Notion de diagnostic différentiel et diagnostic d'exclusion.
- Changement de paradigme notable : Passage du geste technique au triage préalable.



Introduction

- **Historique de la TMO = > L'essor de la TMO**
 - Emergence de praticiens à la seconde moitié du XXe siècle
 - Kaltenborn, Maitland, McKenzie, Mulligan, Paris, Maigne, Grieve...
 - Logique de réflexion et d'examen clinique approfondi.
 - Raisonnement clinique

Introduction

■ Historique de la TMO => Structuration

- Création de l'IFOMPT (1974 Montréal) pour mettre en place des standards dans l'enseignement et la formation en TMO.
- En 1978, reconnaissance de la spécialité au WCPT
- En France, OMT France est actuellement la seule association française affilié à l'IFOMPT

Introduction

- On peut synthétiser trois approches dans la prise en charge en thérapie manuelle (Cook 2012)
 - La première consiste à s'intéresser au contexte biomécanique, à l'utilisation de schémas capsulaires, aux techniques usant des règles de la concavité/convexité. (*Cyriax, Kaltenborn...*)
 - La seconde consiste à étudier la réponse clinique des patients lors de la prise en charge (tests de provocations, apparition de la douleur, signes concordants) (*Maitland, McKenzie...*)
 - La troisième est une approche **mixte**. Nous avons choisi cette approche. Notion de boîte à outil. Sélection de techniques en fonction du raisonnement clinique

Introduction

- Définition de la thérapie manuelle (Cook 2012)
 - Composée de techniques passives (mobilisations, manipulations...), et actives (exercices, reprogrammations...) construite autour d'un raisonnement clinique.
 - Il ne s'agit donc pas de l'accumulation simple d'outils mais d'une prise en charge réflexive et organisée.

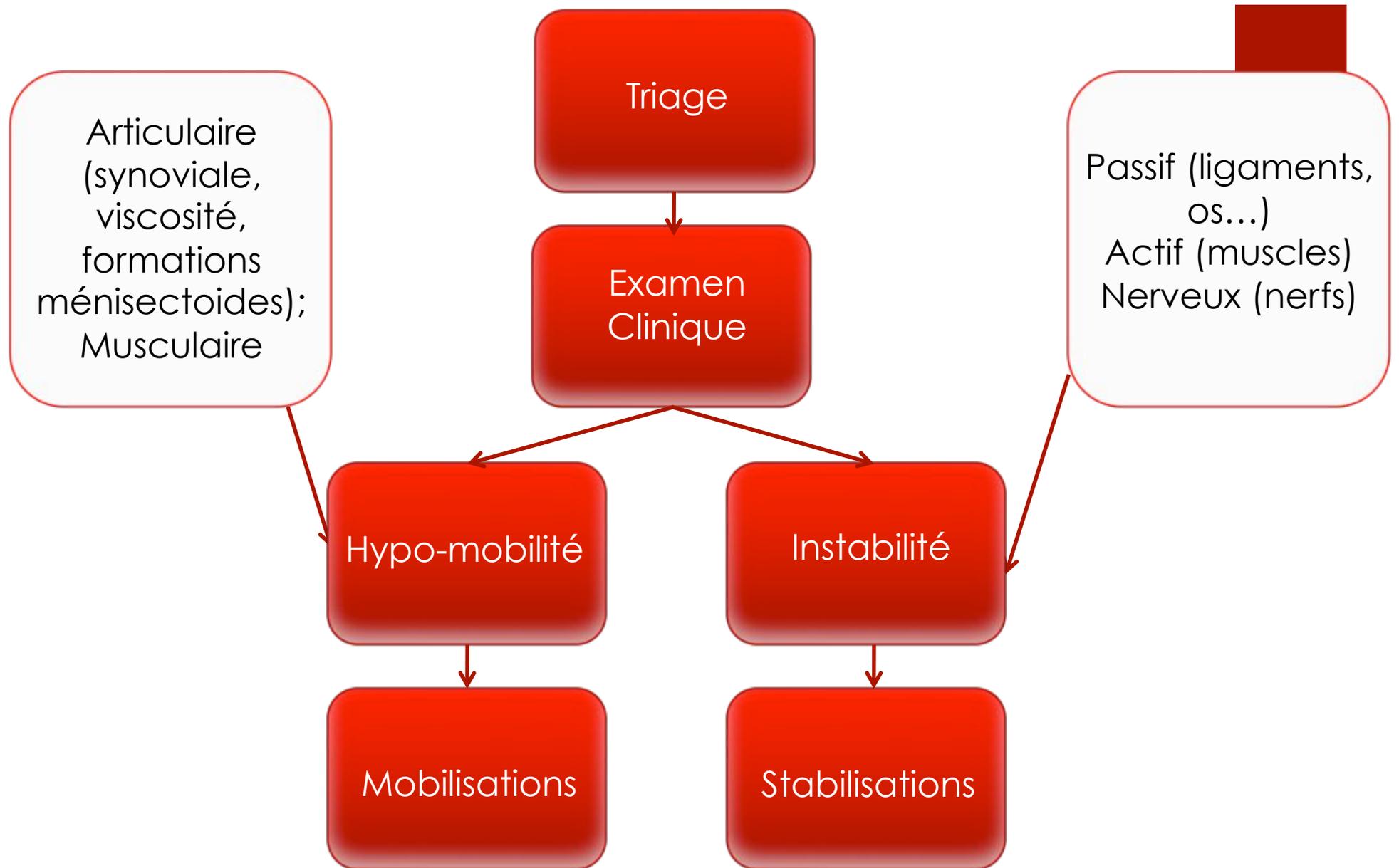


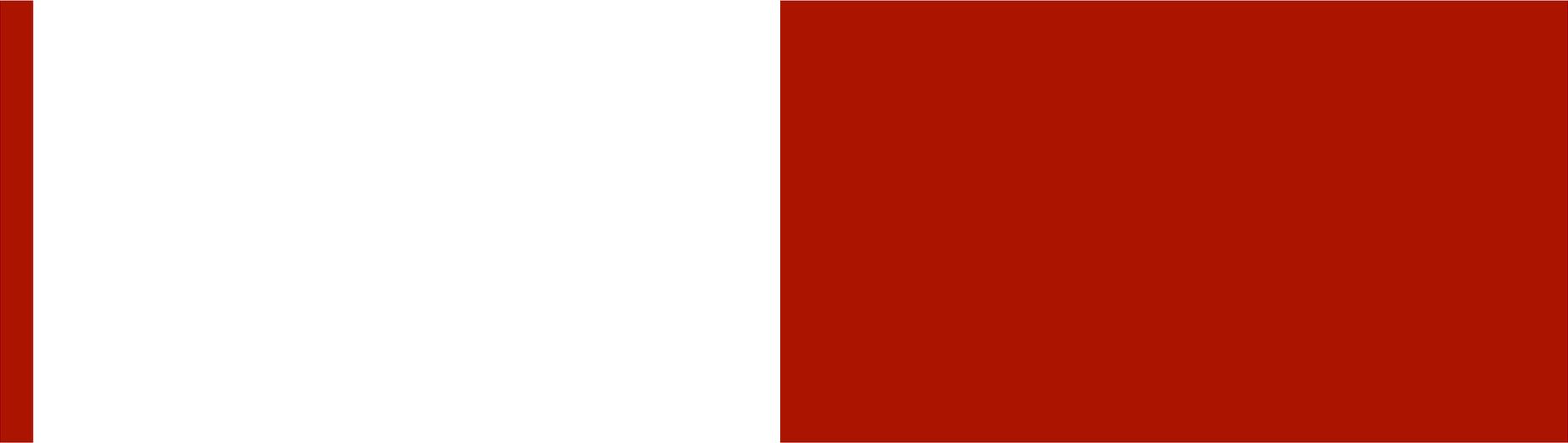
Mat

2016

Introduction

- Les objectifs de la TM
 - Diminuer/Moduler la douleur.
 - Réduire l'inflammation des tissus.
 - Améliorer la contractilité musculaire, la souplesse.
 - Améliorer la mobilité articulaire.
 - Faciliter le mouvement.
 - Redonner la fonction.

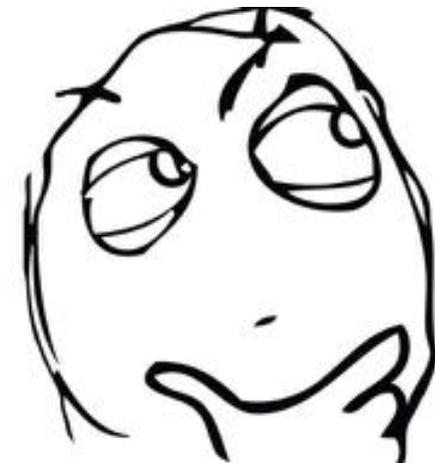




Examen clinique

Préalable

- Le raisonnement clinique (Edwards 2004 Jones 2004)
 - C'est le processus durant lequel chaque thérapeute va être amené à trancher tant sur le diagnostic que sur le traitement. La capacité à modifier son diagnostic au décours de l'examen.
- Modèle Bio-Psycho-Social (Decache 2000)
 - Considère le patient, l'environnement, les pathologies, la complexité de l'humain...



Préalable

- La prise en charge en TM nécessite un examen qui dans un premier temps va tenter de déterminer si le patient est un candidat ou non au soin.
- Il faut réaliser un triage (Boissonnault 2010, Magee 2014)
 - Diagnostic d'exclusion = Les redflags
 - Diagnostic différentiel
- Contre-indications absolues et relatives pour les techniques et le traitement
- Praticien de première intention?

Red-Flag

- Chaque région présente des spécificités, toutefois, nous devons systématiquement penser à 6 modalités de manière reflexe
 - Le traumatisme
 - L'infection (fièvre)
 - L'inflammation (douleurs nocturnes)
 - La tumeur (âge >50ans, fatigue, amaigrissement, ATCD de cancer)
 - Le nerveux (paresthésies, manque de force, modification de la marche, atteinte vessie)
 - Le vasculaire (gonflements, douleurs musculaires, perte de force)

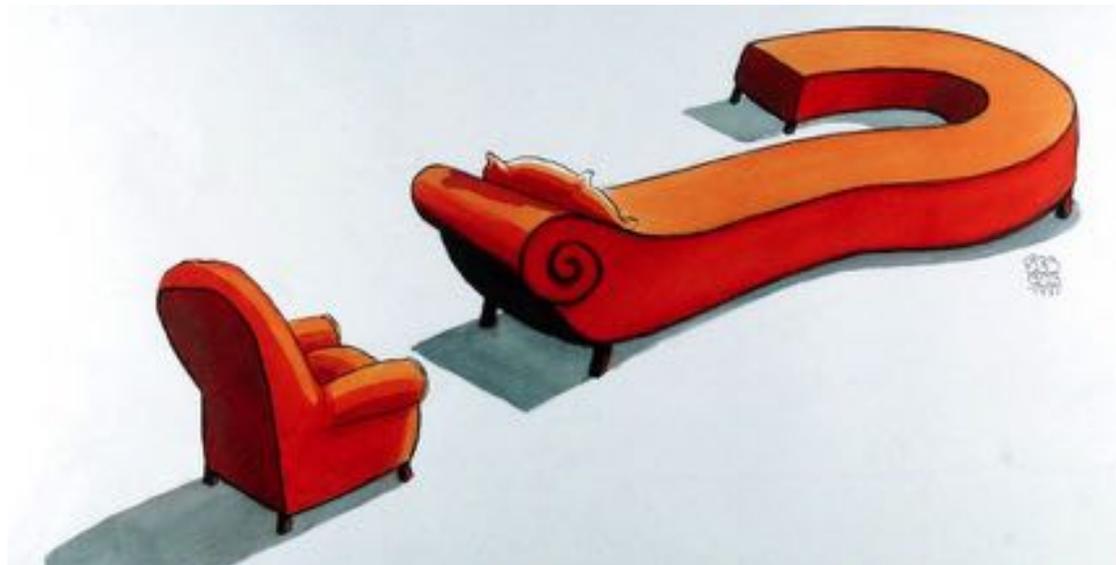


Plan de l'examen

- 1- Interrogatoire, Red Flag et tests spéciaux
- 2 - Observation
- 3 - Mouvements actifs
- 4 – Mouvements passifs = Tests articulaires
- 5 – Bilan tissulaire
- 6 - Tests spéciaux (musculaires, neuro méningés...)
- 7 - Conclusions

1- Interrogatoire

- L'objectif de cette interrogatoire est triple (Woolf 2003) :
 - Caractériser le problème et en trouver la cause
 - Déterminer les effets du problème sur la vie du patient, son impact fonctionnel, son handicap
 - Mesurer la réponse au traitement réalisé



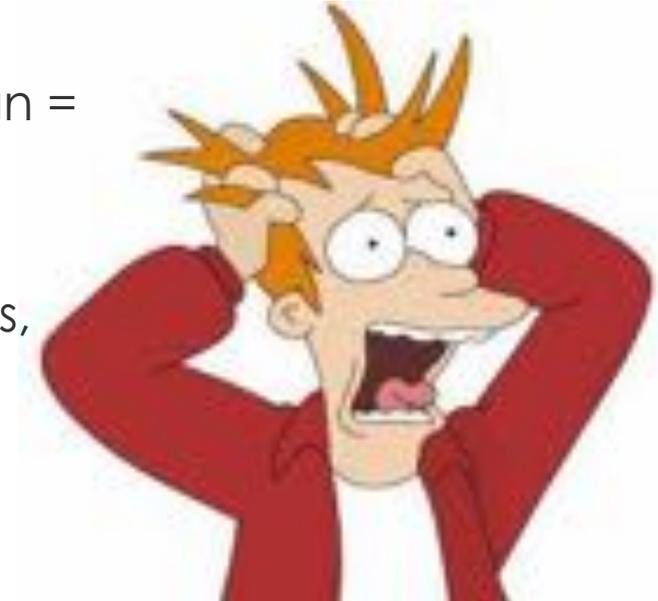
1- Interrogatoire

- L'interrogatoire peut présenter une grande valeur diagnostique. (McGregor 1998)
- A ce titre, il peut prétendre à être la partie la plus importante de l'examen clinique.



1- Interrogatoire

- La douleur
 - Description/Circonstances d'apparitions
 - Mécanisme de production (Comparable Sign = Concordant sign)
 - Irritabilité
 - Evolution des symptômes : diurnes, nocturnes, évolution dans le temps.
 - Antécédents
 - Objectif du patient
 - Mesure objective : EVA – Body chart – Score Fonctionnel



1- Interrogatoire

- Les conclusions de l'interrogatoire doivent renvoyer à un triage. Nous identifions ici deux familles, :
 - **Les diagnostics d'exclusion**
 - **Les diagnostics différentiels**
- Les diagnostics différentiels : C'est l'ensemble des pathologies susceptibles de provoquer la clinique de notre patient. – Raisonnement hypothético-déductif.
- Afin de compléter l'anamnèse et d'affiner notre diagnostic, nous aurons besoin des tests spéciaux = Tests orthopédiques.

1- Tests spéciaux = Tests orthopédiques

- Ils sont utiles pour :
 - Compléter le diagnostic d'exclusion.
 - Affiner le diagnostic différentiel.
- Ils doivent être le plus fiable et le plus valide possible afin de sécuriser la pratique. (Cleland 2015)

2 – Observation

- Générale puis posturale
- Mise en évidence des troubles positionnels.
- Il faut noter que d'une manière générale, l'observation n'est pas jugée très fiable, en conséquence elle doit toujours être complétée d'un bilan des mobilités.
- Le praticien devra faire preuve de prudence quant aux conclusions de l'observation.
- Elle doit être organisée, systématique et construite plan par plan.



3 – Mobilité active

- Objectifs
 - Amplitude active
 - Signes concordants : Importance de situer la douleur.
 - Surveiller l'évolution des symptômes
- Afin d'augmenter la fiabilité de l'observation, nous pouvons ajouter des mesures chiffrées.



4 – Mobilités passives

- Objectifs
 - Evaluer l'amplitude et la comparer avec le mouvement actif
 - Signes concordants : Importance de situer la douleur.
 - Sur-pression si indolore
 - Surveiller l'évolution des symptômes
- Nous organisons nos tests articulaires en deux temps :
 - Mouvements physiologiques
 - Mouvements accessoires



Exemple secteur thoracique



Actif

- F/E/I/R = Valeur d'appel
- Evaluation de l'amplitude, des signes concordants.

Passif

- F/E/I/R = Mouvements physiologiques
- Evaluation de l'amplitude, des signes concordants.

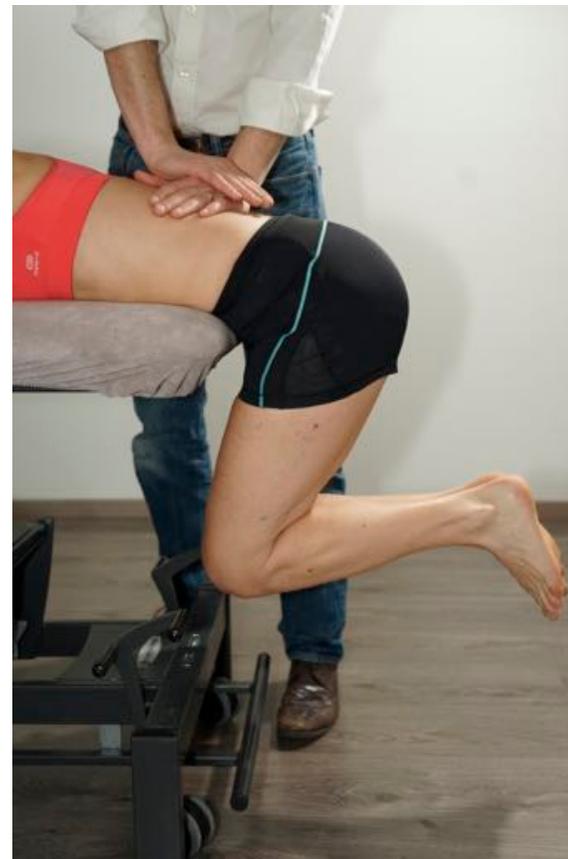
Passif

- RPA/RAP vertébral et costal
- Evaluation de la raideur, des signes concordants



4 – Mouvements passifs

- Quand est il du « trop de mobilité »?
- Laxité versus instabilité? (Panjabi 1992, Ashton Miller 1991)
- Score de Beighton peut nous aider (Score supérieur à 4/9) (ICC = 079) (Juul Kristensen 2007)



5- Bilan Tissulaire

- Elle est organisée tissu par tissu en fonction de la clinique (Barette 1998)
 - Palpation osseuse.
 - Palpation ligamentaire.
 - Palpation musculaire.
 - Palpation fasciale.
 - Palpation cutanée.
 - Palpation nerveuse.
 - Palpation vasculaire.



7- Tests spéciaux

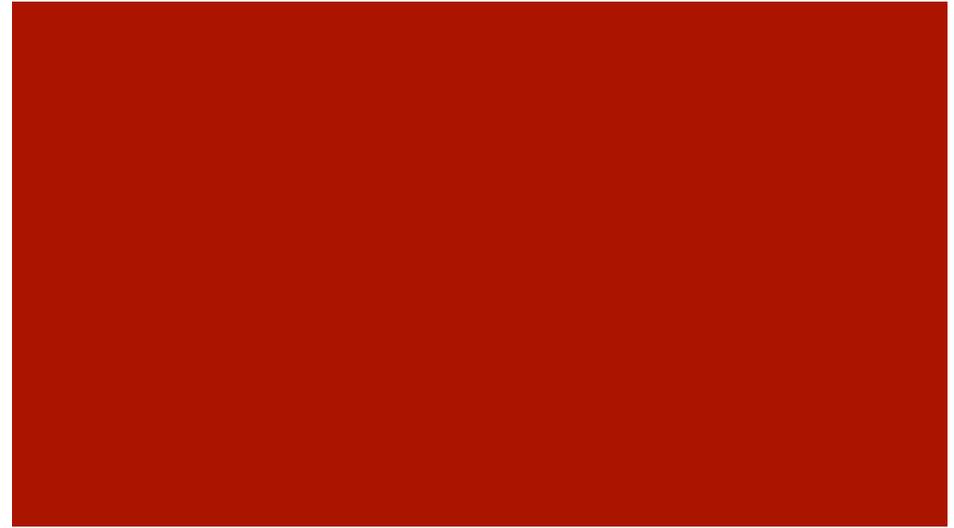
- Musculaire
 - Tests de provocation
 - Contractilité : tests de force et d'endurance.
 - Vigilance : tests proprioceptifs et contrôle moteur.
- Nerveux
 - Mise en tension nerveuse
- Vasculaire
 - Prise de pouls, compression...



Matthieu Loubiere - Théma/GEM-K SPB 2016

8- Conclusion

- Triage : Sortir les patients à risque.
- Comprendre la douleur (excès de nociception/ douleur centrale). Structure impliquées?
- Signes concordants : Actif? Passif?
- Mobilité?
- Corrélation entre le subjectif et l'objectif



Traitement

Trois temps clés

- Libérer, Maintenir, Entretienir ® (Barette)
 - Intérêt pédagogique
 - Système non linéaire
 - Choix en fonction du patient
- Ré examination +++
- Local, régional, à distance



Trois temps clés

■ Les objectifs

- Libérer
 - Soulager la douleur, réduire les spasmes musculaires.
 - Restaurer l'extensibilité normale des tissus.
 - Normaliser et améliorer le mouvement
- Maintenir
 - Restaurer un bon contrôle du mouvement.
 - Corriger et améliorer la force, l'endurance, et la balance musculaire.
 - Stabiliser les segments instables.
- Entretenir
 - Prévenir la récurrence.
 - Restaurer un état de bien être psychologique.

Phase libérer

- Les techniques à visée musculaires, conjonctives et nerveuses :
 - Levée de tension.
 - Techniques d'inhibition de Strain-counterstrain.
 - Triggers Points.
 - Techniques conjonctives.
 - Techniques neuro-méningées.
- Les techniques à visée articulaire
 - Mobilisations (ou manipulation sans thrust) = oscillations.
 - Mobilisations avec impulsions (ou manipulation avec thrust).
 - Techniques combinées.

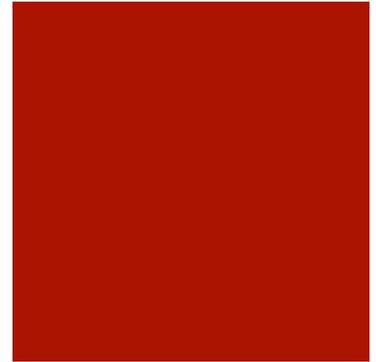


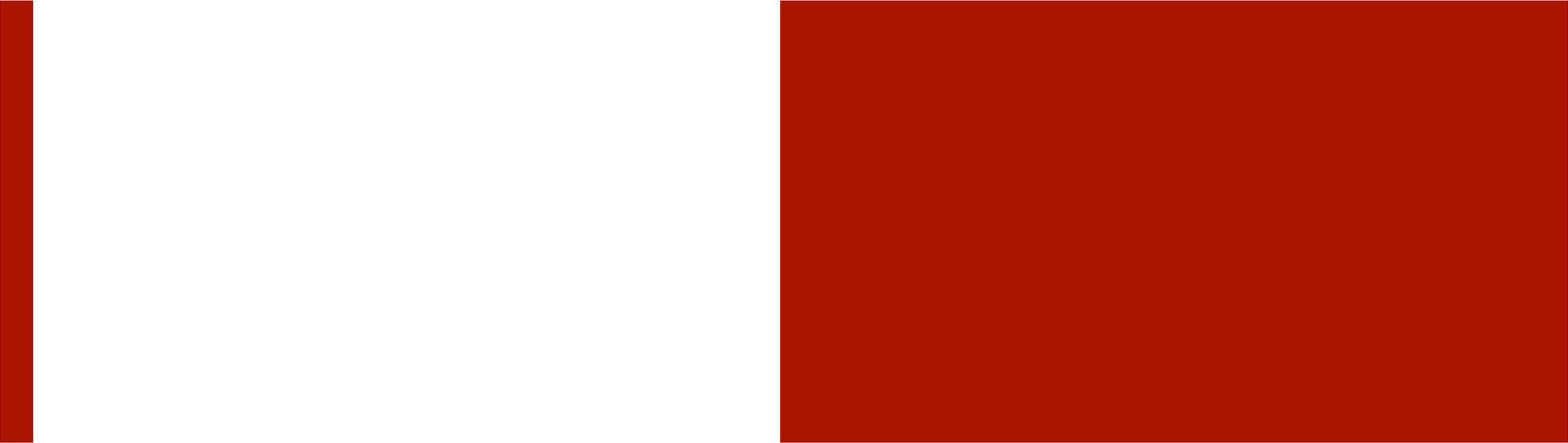
Phase maintenir

- Contrôle moteur/Imagerie motrice
- Exercices thérapeutiques/ Renforcement musculaire
- Travail proprioceptif

Phase entretenir

- Education du patient / Lutte contre les croyances
- Exercices/Auto-programme
- Critères d'observances
- Peut dans certains cas déboucher sur une approche ergonomique

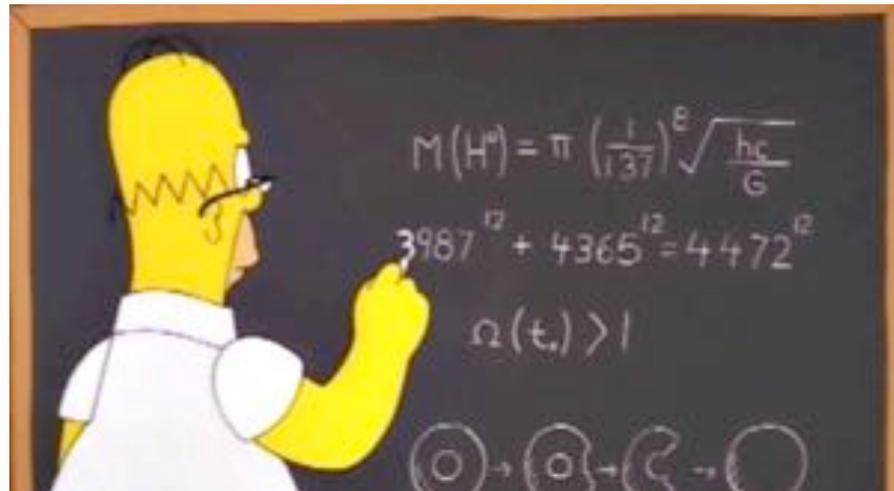




Conclusion

Conclusion

- Organisation de l'enseignement
 - Séminaire court et cycle TM
 - Pédagogie active
 - Apport théorique en EBP, Statistiques, Analyse critique de la littérature.
 - Anatomie et biomécanique orientées sur la pratique.
 - Sémiologie et triage : Diagnostics différentiels et d'exclusions (medical screening)

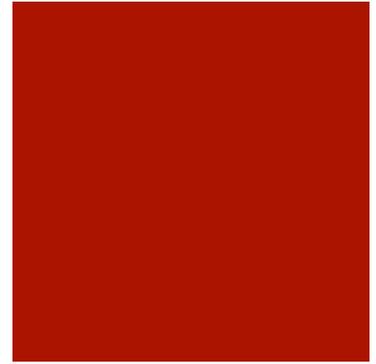


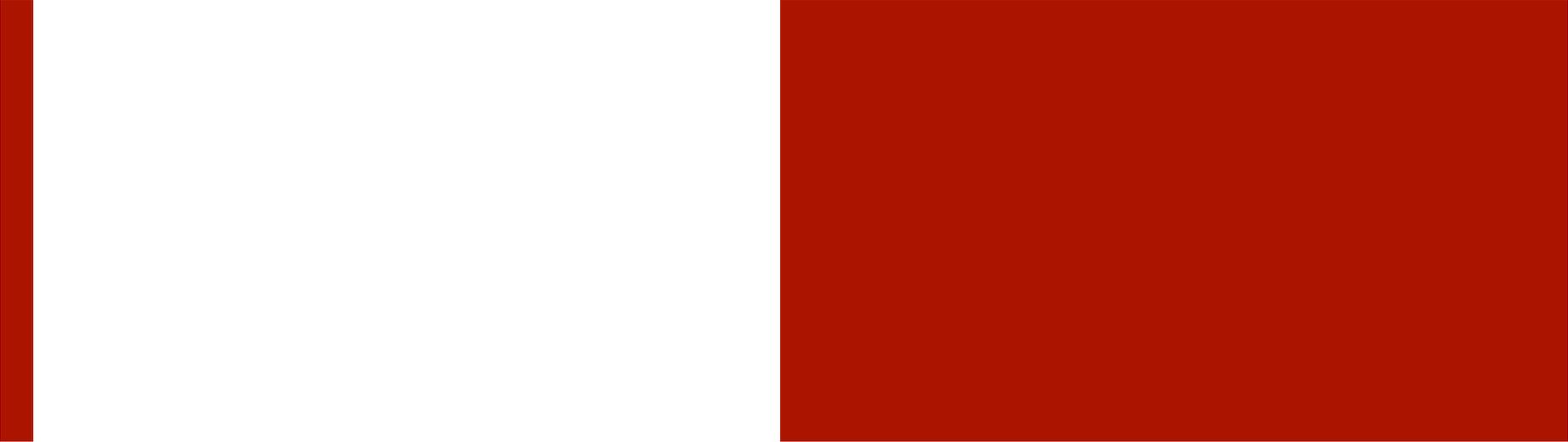
Conclusion

- Organisation de l'enseignement
 - Scénarios cliniques/Classifications
 - Examen clinique référencés et éclairés (avant/après)
 - Guidelines/ Recommandations
 - Trois temps clé : Libérer, Maintenir, Entretien ®
 - -> L'ordre n'est pas figé, cela donne un cadre (dans certains cas, le traitement commence pas l'éducation hands off)

Conclusion

- Prudence
- Critique
- Evaluation
- Réévaluation
- Critique.





Merci de votre
attention