

Une gonalgie rebelle

SOFMMOO

2ème Congrès

PARIS 7/ 8 décembre 2007

G. BERLINSON DIJON

Mlle X.. Secrétaire ne peut plus courir !

- Elle adore le jogging !
- Depuis plusieurs mois en dehors de tout traumatisme, elle souffre d'une douleur de la région supéro-interne de la jambe droite.

Traitement

- Issue d'une famille médicale, elle s'est soignée avec une crème anti-inflammatoire trouvée dans la pharmacie familiale ainsi qu'avec un échantillon du dernier coxib
- Aucune amélioration, elle cesse tout traitement.
- Les mois passent mais la douleur persiste.
- Elle subit un bilan complet.

Bilan et traitement

- Radiographie en charge + incidence de Schuss. RAS
 - IRM : « hyalinose » du ménisque interne !
- Arthroscopie : ablation d'une « plicae synovialis » !

EVOLUTION

Aucune amélioration
Mlle X est désespérée !

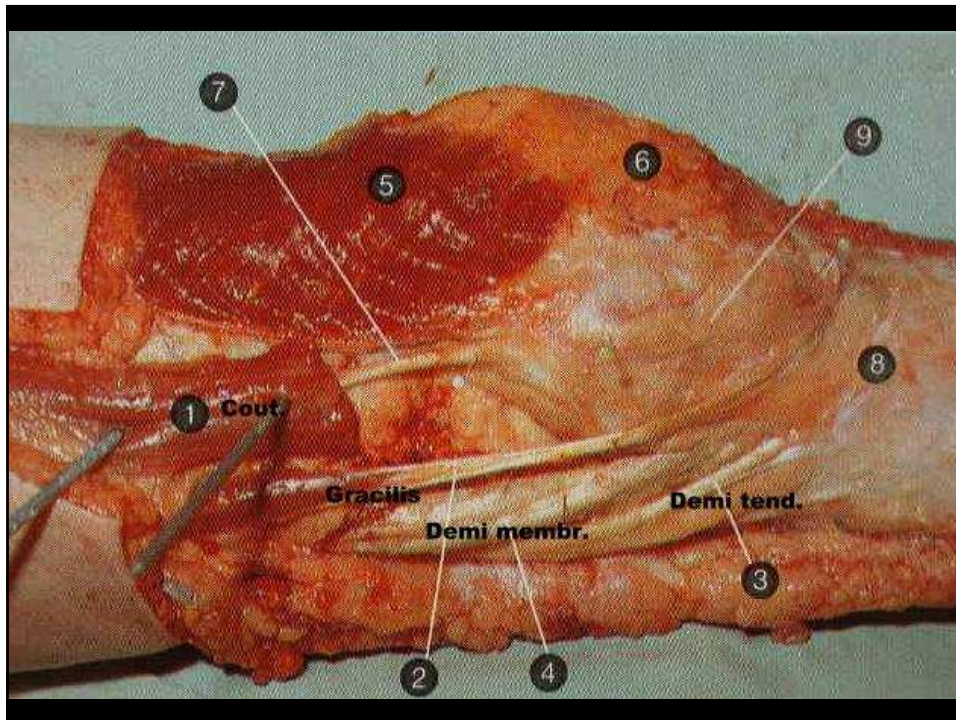
Consultation MMO

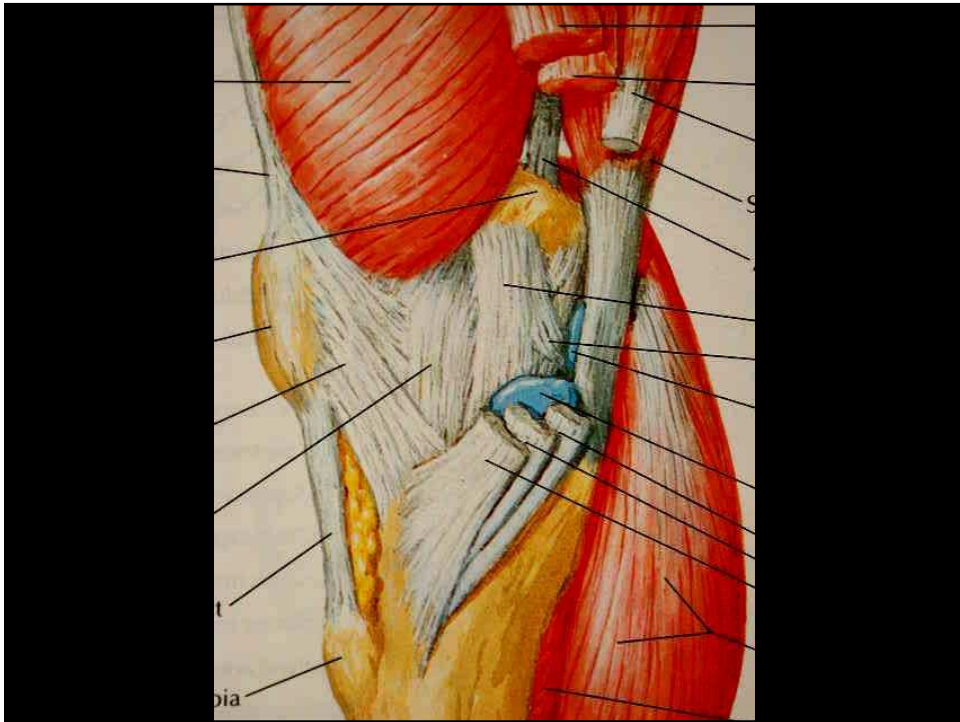
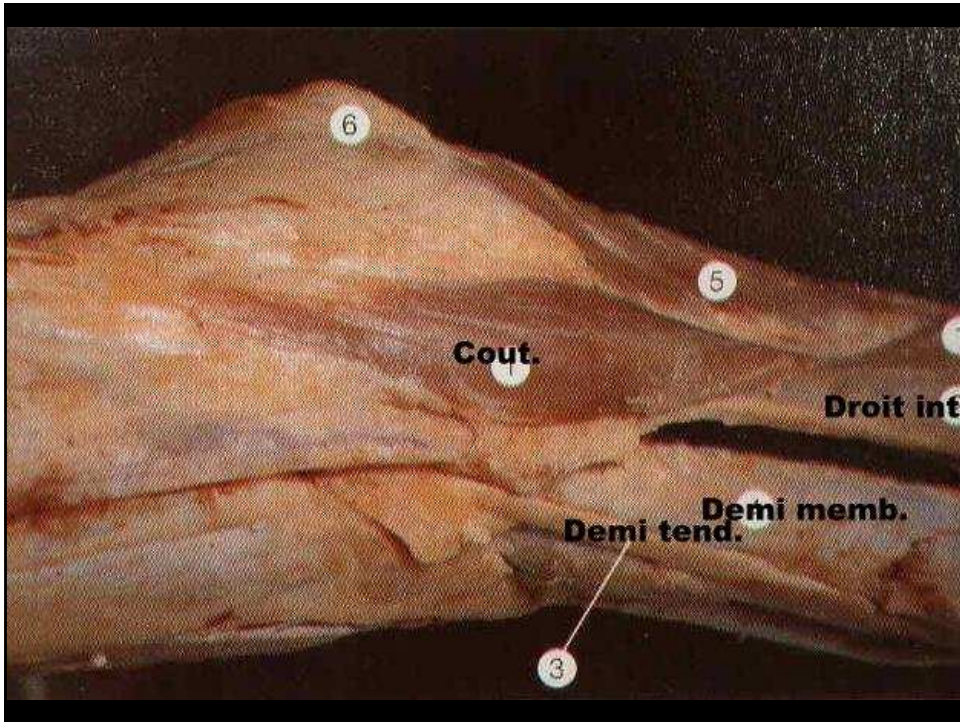
- CONSULTATION CHEZ
LE Dr B... !
 - Pas d'hydarthrose
 - Pas de mouvement
anormal
 - Pas d'atrophie musculaire
(après 1 an !!!)
 - *Pas de douleur de
l'interligne*



EXAMEN du GENOU

- L'interligne est indolore, mais la région de la patte d'oie (pes ancerinus) est électivement sensible à la pression et au palpé roulé *mais il n'y a pas de bursite.*
- La comparaison avec le côté gauche est flagrante !
- Il existe une sensibilité périostée sur la face externe du grand trochanter droit et une corde caractérisée dans le corps du moyen fessier homolatéral.





Examen du rachis

- Contracture segmentaire L4/L5 droite
- Sur la patiente debout, la flexion au niveau de L4/L5 s'effectue avec un discret « évitement » L4/L5 droit confirmant la contracture segmentaire.
- La latéroflexion gauche est gênée par la souffrance segmentaire.

Examen du rachis

Examen segmentaire

- La pression sur la face latérale droite de l'épineuse de L4 est douloureuse.
- La rotation droite de L4 est donc douloureuse
- Il faudra effectuer une rotation gauche thérapeutique de L4 sur L5.
- (règle de la non douleur et du mouvement contraire de R. MAIGNE)

Bilan complémentaire

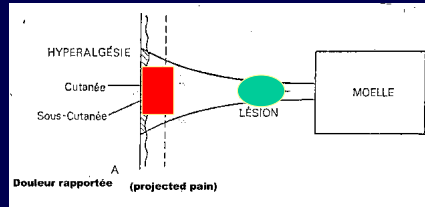
- Cliché lombaire 4 incidences, centrées sur L4/L5
- Cliché de bassin de face debout
- Ce bilan est normal.

Diagnostic

- Il s'agit d'une douleur projetée d'origine rachidienne !

Douleurs projetées

Douleur rapportée (projected pain)



- Le foyer lésionnel est situé sur les voies périphériques (ou centrales) qui transmettent les messages douloureux. Les influx sont décodés comme provenant du champ périphérique cutané (ROUGE)

TRAITEMENT

Manipulation en « joint play »

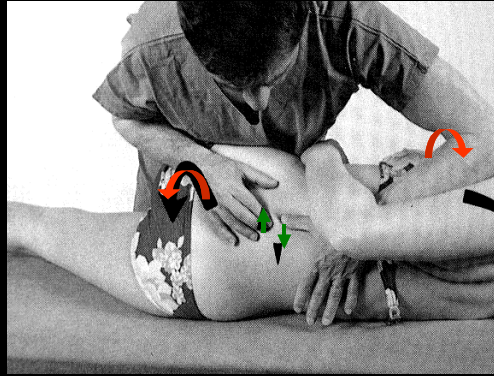
- Sujet en latérocubitus gauche.
 - Contact par le pisiforme gauche sur la transverse droite de L4
 - Recherche du jeu segmentaire optimal
 - Pulsion très rapide sur la transverse en fin d'expiration



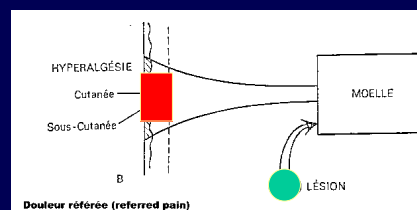
Myotensif de L4-L5 et manipulation par l'épineuse de L4

Sujet en latérocubitus droit

- Contact pouce gauche sur la face latérale gauche de l'épineuse de L4
- Contact par l'index droit sur la face latérale droite de l'épineuse de L5
- Manœuvres myotensives
 - Pulsion en fin de traitement



Douleurs projetées Douleur référée (referred pain)

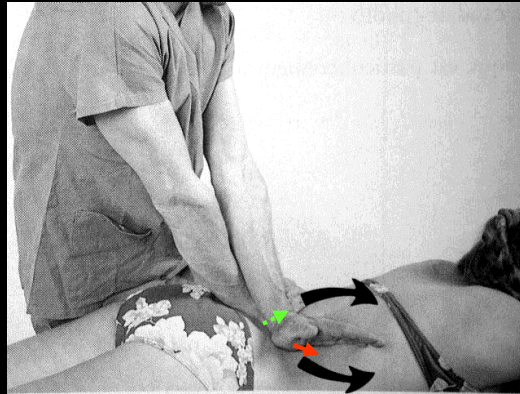


- Le foyer lésionnel musculaire, ostéo-articulaire, ou viscéral est innervé par des *fibres nerveuses distinctes* de celles qui assurent l'innervation de la zone périphérique ou la *sensation douloureuse est faussement localisée*.

Manipulation directe en procubitus

Sujet à plat ventre.

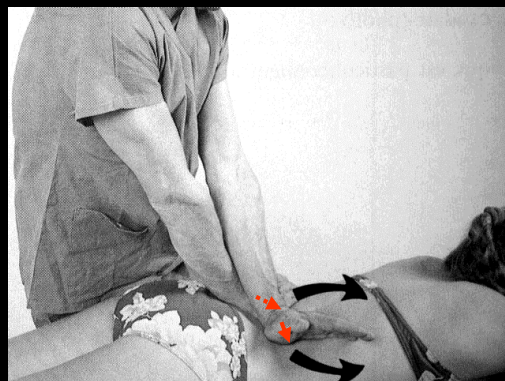
- Contact avec le pisiforme droit sur la transverse gauche de L5
- Contact avec le pisiforme gauche sur la transverse droite de L4
 - Mise en tension
 - Pulsion rapide par contraction des pectoraux et redressement des coudes.



Manipulation dite en « recoil »

Sujet à plat ventre.

- Contact avec le pisiforme droit sur la transverse droite de L4
- Contact avec le pisiforme gauche sur la transverse gauche de L5
- On « emmagasine de l'énergie » tout en respectant la tolérance du segment et en allant de plus en plus loin lors de l'expiration prolongée.
- Puis on relâche brusquement ce qui entraîne une *libération brusque de l'énergie stockée.*



Conclusions

- La douleur est un piège !
- L'origine d'icelle n'est pas toujours ... même rarement là où elle se signifie.
- La racine nerveuse responsable des douleurs rapportées peut se comporter comme un viscère (périphérique) et générer des douleurs « *référées* ».
- Un examen clinique classique et un examen spécifique du rachis sont à même de limiter les risques d'erreur.

Conclusions

- La médecine manuelle est une médecine à part entière, exigeante, rigoureuse qui n'est pas une médecine parallèle.
- Vilain disait « *les médecines parallèles ne se rencontrent jamais !* »

NOTE

- Après avoir terminé ce travail, j 'ai constaté que le Pr R. MAIGNE avait déjà traité avec succès et publié en 1981, ce type de pathologie.
- Sa conclusion était :
 - « ...Diverses hypothèses peuvent être envisagées sur le mécanisme de ce blocage, aucune n 'est tout à fait satisfaisante. Nous nous contentons donc ici de présenter des faits qui trouveront sans doute leur explication plus tard. »
- En voici les références :
 - *Annales de Médecine Physique*
 - 1981 ; 24 : 320-5

Symptoms



Diagnostic and treatment



Results

D'après
S. GRACOVETSKY



???

C'est tout !!!

- J'ai oublié de vous dire que la douleur du genou avait totalement disparu lorsque ma patiente s'est remise debout ... et elle s'est mise à pleurer !

- *Merci de me croire !*

et surtout ...

- *Merci de votre attention !*

