



BIENVENUE AUX 50^{èmes}

**JOURNÉES DE
MÉDECINE MANUELLE
DE L'HOTEL-DIEU !**

1965-2003

Les **Journées de l'Hôtel-Dieu** ont été créées pour répondre à la demande de nombreux médecins qui voulaient voir « sur pièces » la méthode proposée par R. Maigne dans son premier ouvrage « **les manipulations vertébrales** », paru en 1960, et dans quelques publications qui avaient suivi. Les bonnes critiques, émanant de grands patrons, qui avaient accueilli ce livre, tranchaient avec l'hostilité au sujet traité qui était très vive de leur part à l'époque.

ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE

- C'est le succès des "Journées" qui a ouvert à la Médecine Manuelle les portes de l'Université.
- Un diplôme Universitaire (D.U.) a été créé en 1970 à Paris VI, dirigé par R.Maigne.
- C'était une première mondiale dans une Faculté de Médecine traditionnelle.



Mon fil d'Ariane...

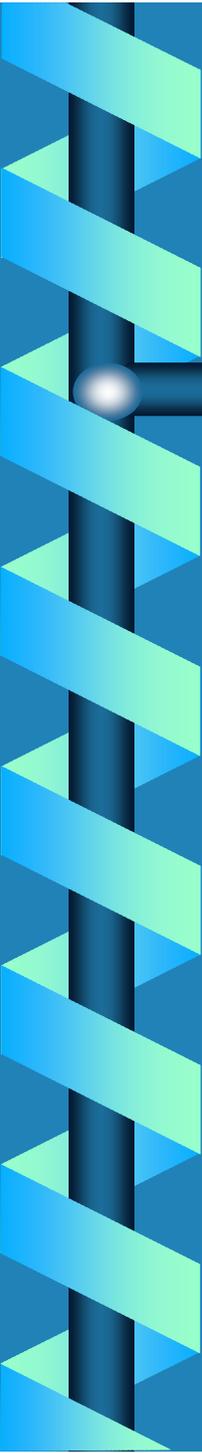
**pour comprendre, diagnostiquer et
traiter les douleurs communes
d'origine vertébrale**

R.M.

LES BASES DU DIAGNOSTIC VERTEBRAL (méthode R.M.)

Ω principales additions faites à l'examen et aux données classiques:

- L'examen segmentaire
- Le concept de « dérangement intervertébral mineur »
- La description du « Syndrome cellulo-téno-myalgique vertébral segmentaire »
- La Règle de la non douleur et du mouvement contraire pour l'application des manipulations vertébrales



LES BASES DU DIAGNOSTIC VERTEBRAL (méthode R.M.)

Ces notions ont permis:

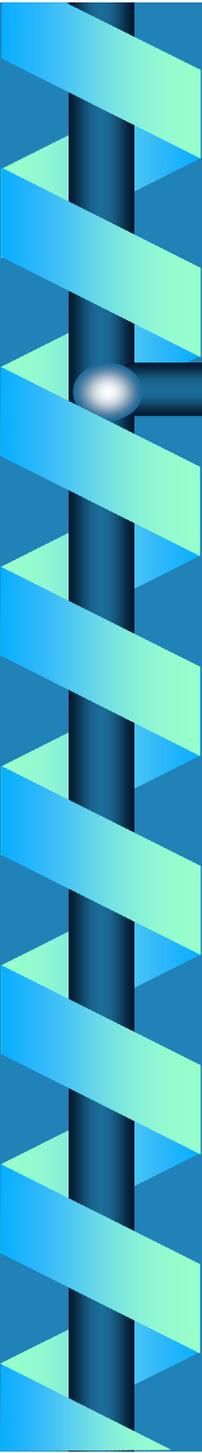
- une sémiologie plus fine, et reproductible des douleurs d'origine vertébrale
- une meilleure compréhension de leur mécanisme
- des traitements plus précis et plus efficaces
- la description de nouveaux syndromes

Cette approche restant dans le cadre de la Médecine traditionnelle



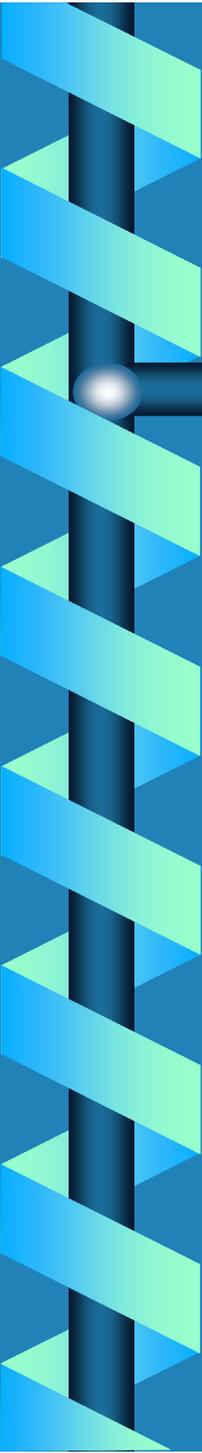
EXAMEN SEGMENTAIRE (R.M.)

Il est à la base de tout. C'est un complément indispensable à l'examen classique, particulièrement en médecine manuelle.



EXAMEN SEGMENTAIRE (R.M.)

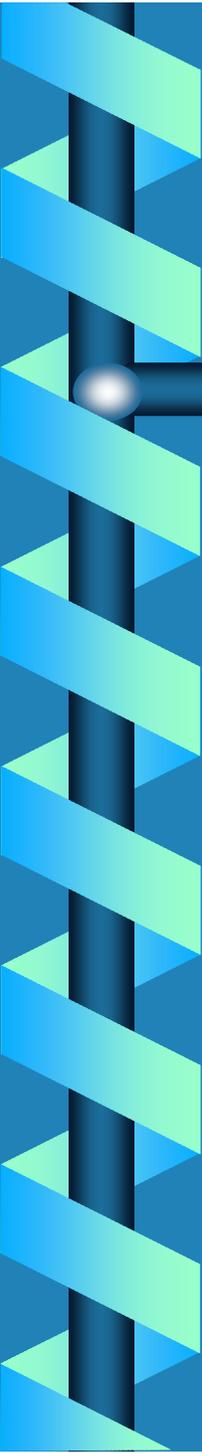
- Il consiste à solliciter chaque segment vertébral par 4 manœuvres de pression
- **Indolores** sur un segment normal
- **Elles sont douloureuses** sur un segment responsable de douleurs locales ou irradiées



EXAMEN SEGMENTAIRE

Dans la plupart des cas de douleur vertébrale commune concernant une région donnée (cou, dos, lombes), **un seul** segment de cette région est généralement responsable

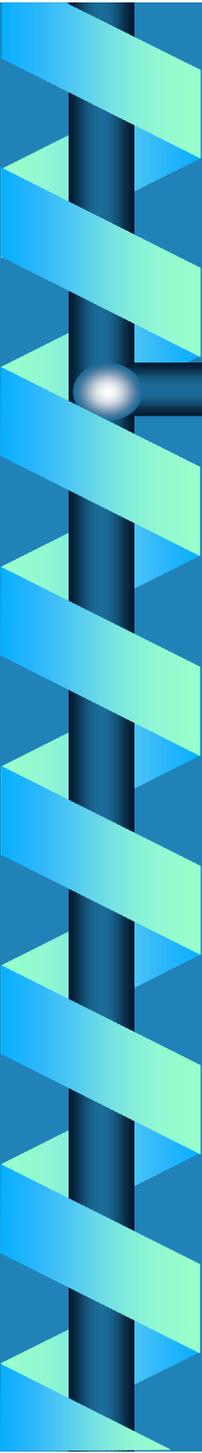
Le ou les segments en cause sont douloureux à l'examen segmentaire



EXAMEN SEGMENTAIRE

Chaque région est examinée dans une position adéquate :

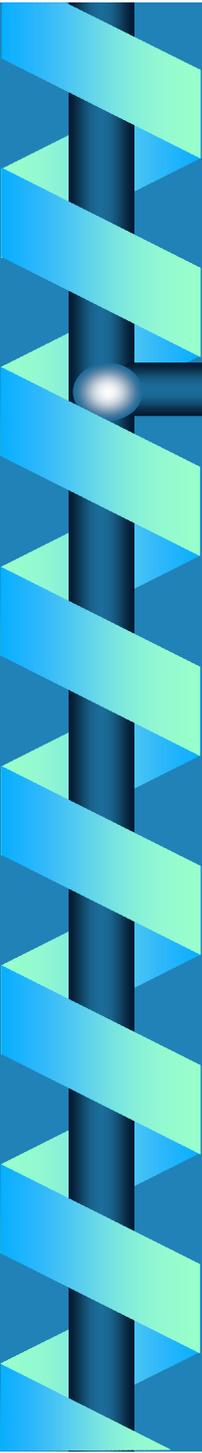
- patient à plat ventre en travers de la table pour les lombes et le dos.
- patient sur le dos et assis, pour le cou et le haut du dos.



EXAMEN SEGMENTAIRE

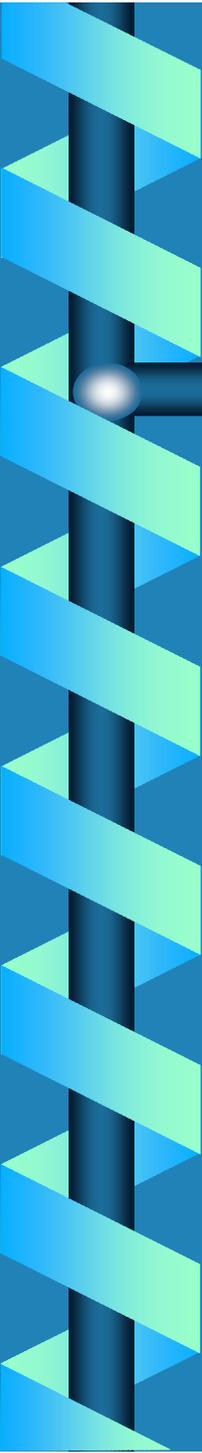
Il comporte 4 manœuvres :

- Pression axiale sur l'épineuse
- Pression latérale sur l'épineuse(g/d, d/g)
- Pression-friction sur les articulations postérieures
- Pression sur le ligament inter épineux



EXAMEN SEGMENTAIRE

- **Pression axiale sur l'épineuse**
- Pression latérale sur l'épineuse (g/d, d/g)
- Pression-friction sur les articulations postérieures
- Pression sur le ligament inter épineux

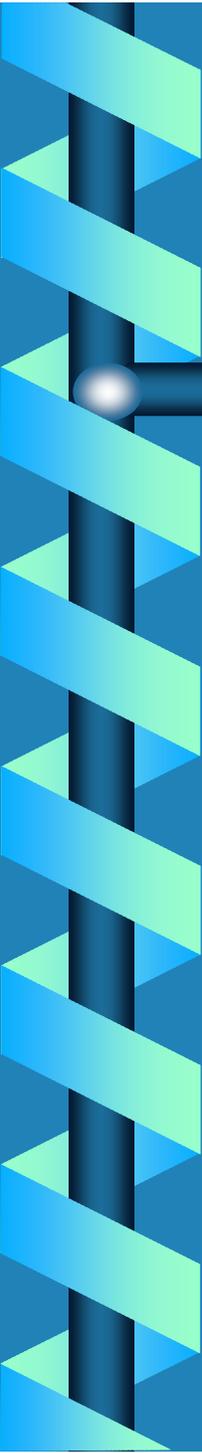


EXAMEN SEGMENTAIRE

- Pression axiale sur l'épineuse
- **Pression latérale sur l'épineuse(g/d, d/g)**
- Pression-friction sur les articulations postérieures
- Pression sur le ligament inter épineux

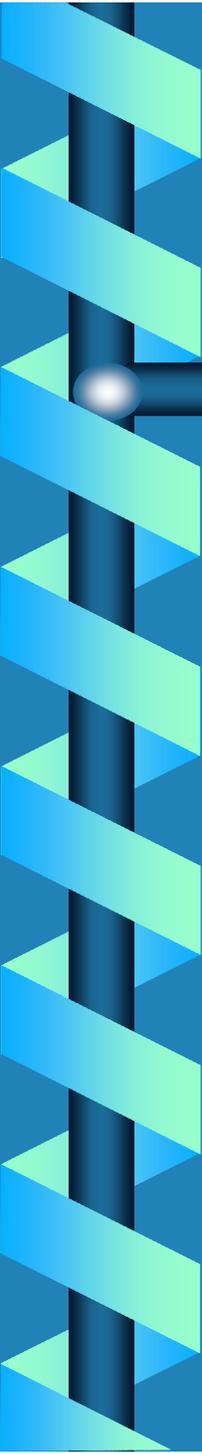
EXAMEN SEGMENTAIRE

- Pression axiale sur l'épineuse
- **Pression latérale sur l'épineuse, *et, s'il le faut* pression latérale contrariée des épineuses**
-
- Pression-friction sur les articulations post
- Pression sur le ligament inter épineux



EXAMEN SEGMENTAIRE

- Pression axiale sur l'épineuse
- Pression latérale sur l'épineuse(g/d, d/g)
- **Pression-friction sur les articulations postérieures**
- Pression sur le ligament inter épineux



EXAMEN SEGMENTAIRE

- Pression axiale sur l'épineuse
- Pression latérale sur l'épineuse(g/d, d/g)
- Pression-friction sur les articulations postérieures
- **Pression sur le ligament inter épineux**

EXAMEN SEGMENTAIRE

- Au niveau cervical, **la pression-friction** sur les articulations postérieures est pratiquement la seule manœuvre utilisable.
- Elle est faite de bas en haut, lentement, le cou en position neutre, en flexion, en extension, avec de **très petits mouvements** de va et vient.

EXAMEN SEGMENTAIRE

Principales causes d'erreur :

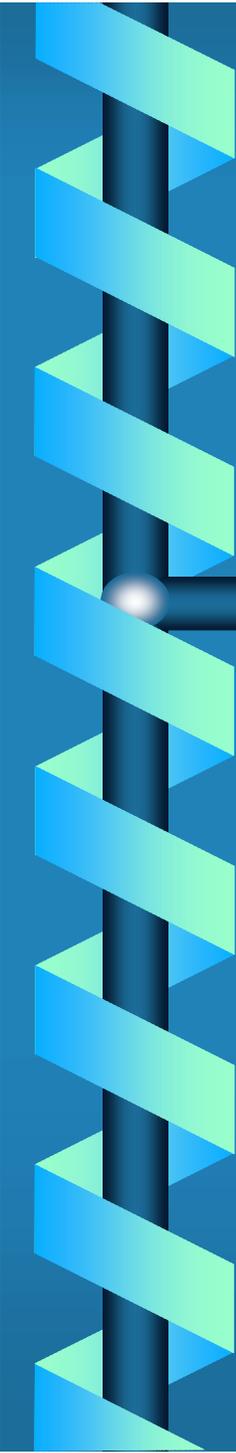
- Examen trop rapide, manœuvres non répétées.
- Interposition entre le doigt qui presse et l'épineuse ou l'articulation, d'une zone de peau cellulalgique qui rend la manœuvre douloureuse (faux positif).

EXAMEN SEGMENTAIRE

- C'est l'examen segmentaire systématique qui a permis :
- l'introduction du concept de « **Dérangement intervertébral mineur** » ou **D.I.M. (R.M.)**
- Et de montrer son rôle essentiel en matière de pathologie vertébrale courante.

EXAMEN SEGMENTAIRE

Les données de l'examen segmentaire et le concept du *DIM* vont être validés et corroborés par des manifestations réflexes que l'on va retrouver dans le métamère du segment douloureux, c'est à dire dans les tissus (peau, os, tendons) innervés par le nerf rachidien correspondant. Elles constituent le « Syndrome cellulo-téno-myalgique vertébral segmentaire (R.M.) »



Le concept de « DERANGEMENT INTERVERTEBRAL MINEUR » (R.M.)

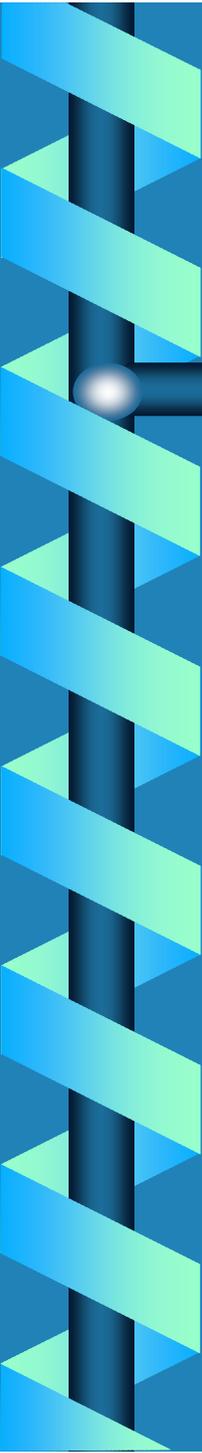
Le dérangement intervertébral mineur ou D.I.M. est l'une des causes les plus fréquentes des douleurs dites communes d'origine vertébrale. Il est l'indication type de la manipulation et la justification de celle-ci.



LE DERANGEMENT INTERVERTEBRAL MINEUR (DIM)

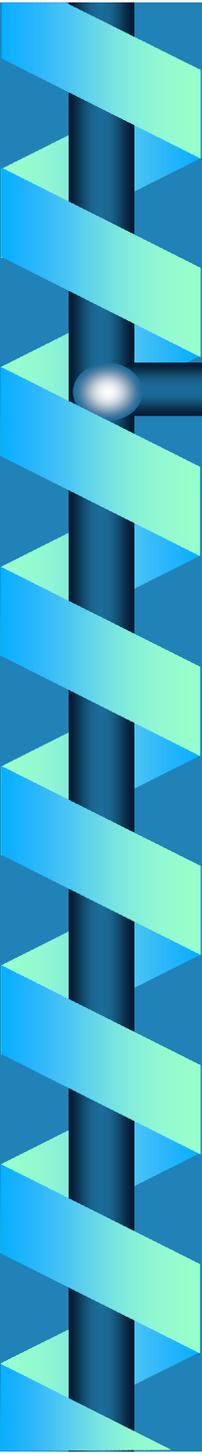
Le D.I.M. est une dysfonction réversible du segment vertébral, de cause mécanique, qui a tendance à être entretenu par un mécanisme réflexe (R.M.)

Le segment concerné devient **douloureux** à certaines manœuvres de pression qui sont **indolores** sur un segment normal.



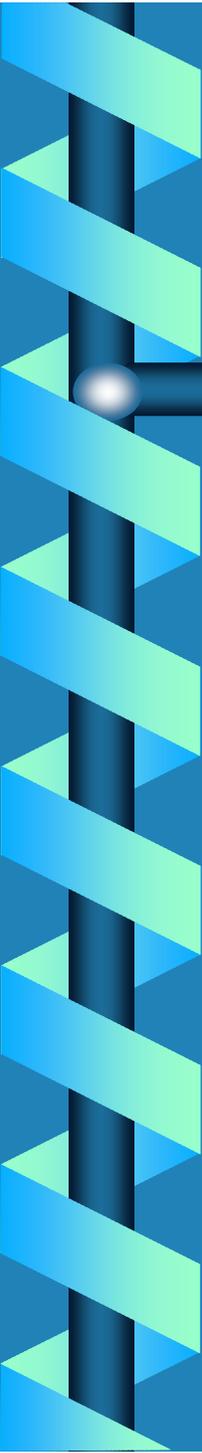
D.I.M. et dysfonction segmentaire

- ∞ L'hypothèse d'une **dysfonction segmentaire** pour rendre compte des douleurs vertébrales que soulage la manipulation, est ancienne et a été diversement exprimée.
- ∞ Mais c'est toujours la notion de *malposition* ou de *perte de mobilité du segment*, diagnostiquées par la palpation qui est avancée. Or il a été largement démontré que cette méthode d'examen n'est ni fiable ni reproductible.



D.I.M. et dysfonction segmentaire

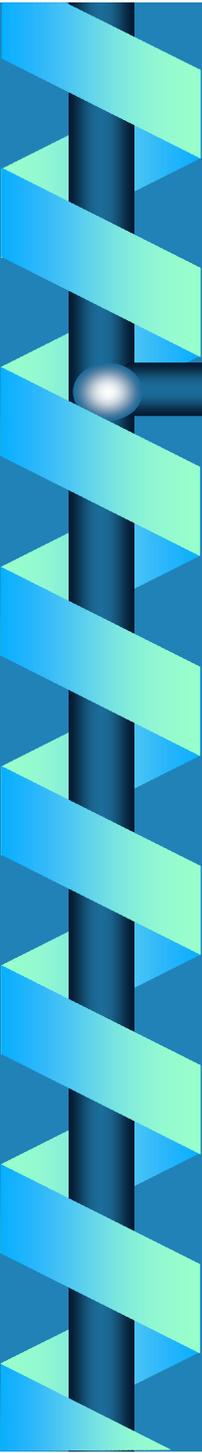
- ∞ A l'inverse, le diagnostic de D.I.M. est basé sur la douleur provoquée, et aucune attention n'est donnée à la mobilité ou à la malposition segmentaire.
- ∞ En revanche une très grande importance est donnée à la palpation des plans, cutanés, musculaires et tendineux dans la méthode présentée ici...



LE D.I.M.

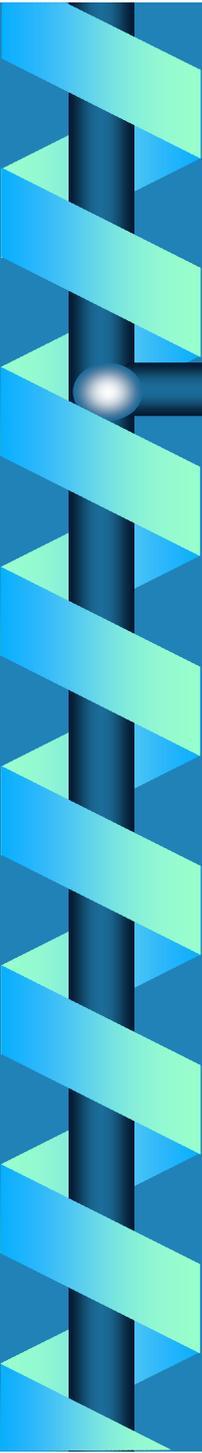
Le D.I.M. est consécutif à des :

- efforts
- traumatismes
- faux mouvements
- mauvaises positions, etc.



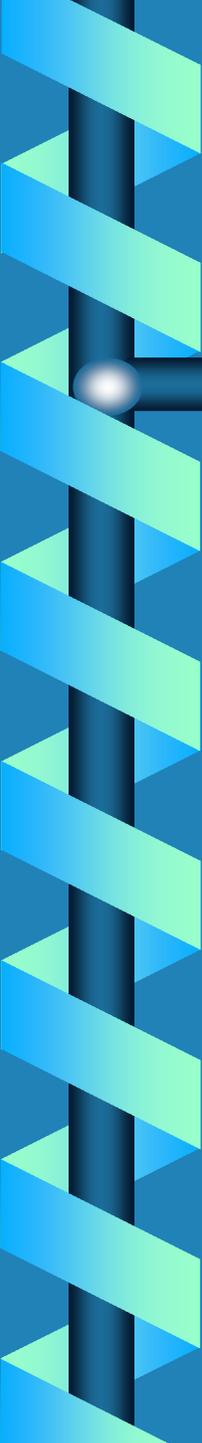
le D.I.M.

- **Il n'a pas de traduction à l'imagerie**
- **Il peut siéger sur un segment normal à l'imagerie ou qui présente des lésions dégénératives banales.**
- **Le diagnostic de D.I.M. est purement clinique.**



le D.I.M.

- Le segment présentant un D.I.M. est douloureux à l'examen segmentaire.
- C'est le contexte clinique, historique, radiologique, biologique, qui permet de poser le diagnostic de D.I.M.
- Le D.I.M. peut être "actif" et responsable de douleurs ou "latent", seulement présent à l'examen.



Le D.I.M.

- Le D.I.M. a tendance à être auto-entretenu.
- Il est **réversible** par des manœuvres appropriées, parfois spontanément.
- La plupart des D.I.M. sont ou deviennent inactifs avec le temps
- Certains sont très chroniques, réactivés par de mauvaises habitudes gestuelles ou posturales.



Le D.I.M.

Le D.I.M. est responsable de la plupart des douleurs communes d'origine vertébrale rencontrées en pratique courante,

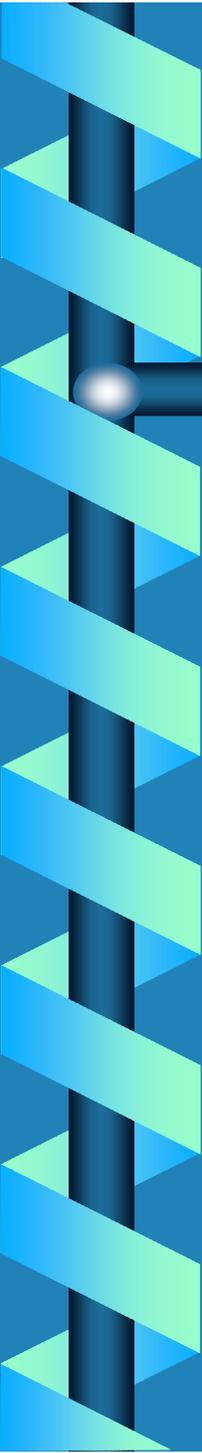
- soit directement
- soit par l'intermédiaire des manifestations celluloteno-myalgiques réflexes, qu'il détermine dans le métamère correspondant.



Le D.I.M.

Hypothèse sur le mécanisme du D.I.M.

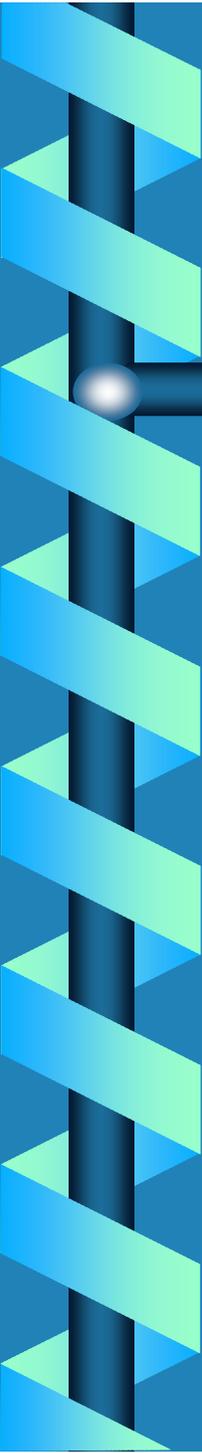
Notre hypothèse actuelle est qu'il est la conséquence de la contracture maintenue (*type cordon myalgique*) de certains faisceaux des muscles mono ou pauci-segmentaires (*rotateurs notamment*) qui font mouvoir le segment vertébral concerné. Cette hypothèse n'est pas exclusive d'autres mécanismes



SYNDROME CELLULO-TENO- MYALGIQUE SEGMENTAIRE (RM)

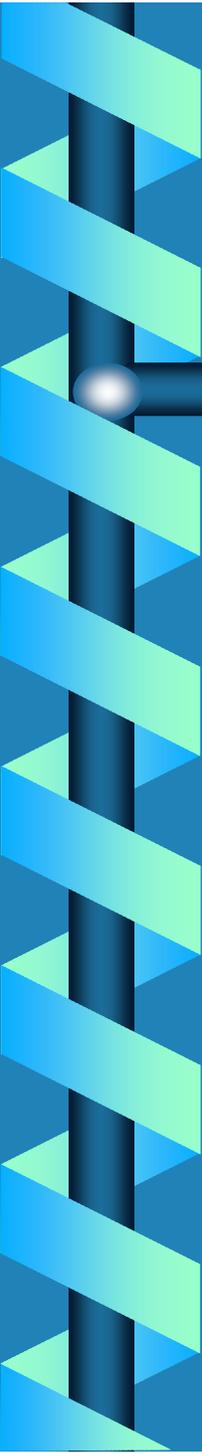
La connaissance de ce Syndrome est capitale dans le système qui est proposé ici.

- Primordial pour le **diagnostic** et la **compréhension** des douleurs vertébrales courantes.
- Tout à fait **indispensable** pour **apprécier** l'efficacité d'un geste thérapeutique.



SYNDROME CELLULO-TENO-MYALGIQUE VERTÉBRAL SEGMENTAIRE (R. Maigne)

- La dysfonction douloureuse d'un segment vertébral quelle qu'en soit la nature, détermine des modifications réflexes de sensibilité et de texture des **tissus innervés par le nerf rachidien correspondant**
- Elles sont retrouvées cliniquement par la palpation attentive de la peau, des muscles, des insertions ténopériostées **de tout le métamère**



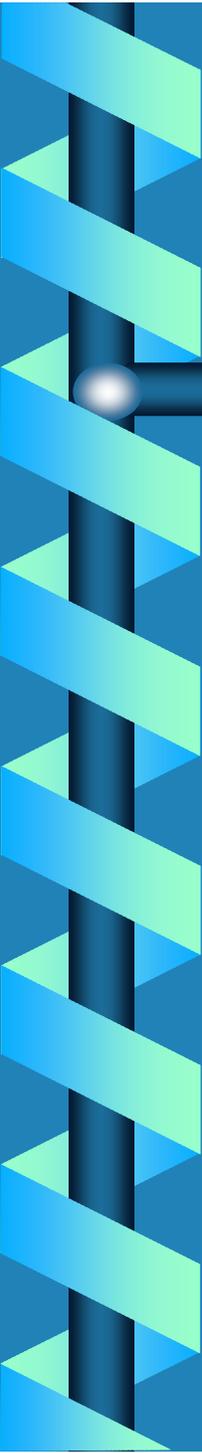
Syndrome cellulo-téno-myalgique vertébral segmentaire

Dans le cadre des douleurs communes les causes de dysfonction douloureuse du segment vertébral sont essentiellement :

- le dérangement intervertébral mineur +++
- une poussée congestive d'arthrose ++
- une lésion discale

Syndrome cellulo-teno-myalgique vertébral segmentaire(R.M.)

- ∞ Les manifestations métamériques de ce Sd sont en général unilatérales. Elles concernent :
 - les plans cutanés
 - les muscles
 - les insertions téno-périostées
- ∞ Elles peuvent être actives et responsables de douleurs.
- ∞ Ou inactives (latentes), simple signe, mais important élément sémiologique.

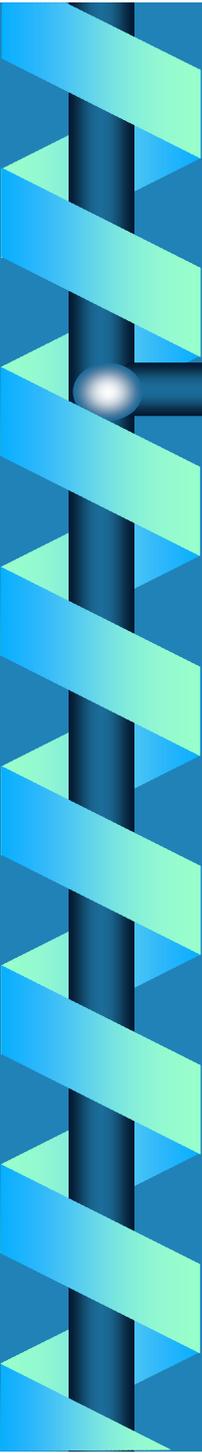


Syndrome cellulo-téno-myalgique vertébral segmentaire

Les modifications de structure et de sensibilité de ce syndrome sont toutes situées dans le métamère correspondant au segment douloureux responsable, du côté de l'articulation postérieure douloureuse à l'examen

REMARQUE SUR LE SYNDROME C.T.M. SEGMENTAIRE (R.M.)

- ∞ Il n'est tenu compte dans notre description que des manifestations **appréciables cliniquement**.
- ∞ Il est vraisemblable qu'il en existe d'autres, mais sans traduction clinique évidente, donc sans intérêt direct pour le clinicien.
- ∞ Seule exception fréquente : le météorisme, la constipation, dans les atteintes de T11 à L1.



Sd.ctm.

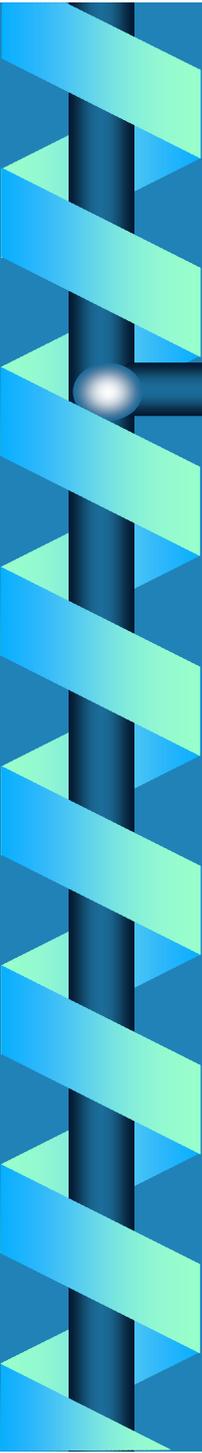
PLANS CUTANES : la cellulalgie

- ∞ Le pli cutané est épaissi et douloureux à la manœuvre du "**PINCER-ROULER**"
- ∞ C'est une **manœuvre essentielle** qui est moins simple à réaliser correctement qu'il n'y paraît.
- ∞ Sa bonne exécution demande un certain entraînement.

Sd.ctm.

1) PLANS CUTANES

- L'étude de ces zones cellulalgiques est particulièrement intéressante au niveau du tronc, car elle fournit la seule sémiologie de l'irritation du nerf rachidien (branche antérieure et branche postérieure).
- Ces zones peuvent être le support de douleurs pseudo-viscérales ou vertébrales trompeuses.



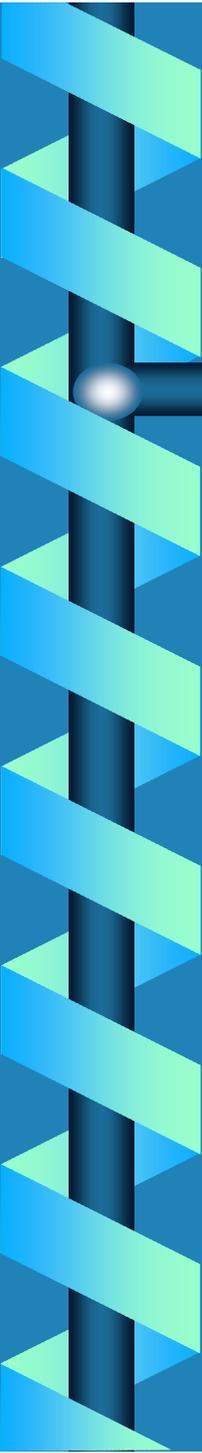
Sd. Ctm

2) CORDONS MYALGIQUES

Faisceaux musculaires durs, "cordés", très sensibles à la palpation.

De diamètre variable, de celui d'une allumette à celui d'un cigare selon le muscle concerné.

Ils présentent souvent en leur sein un point très douloureux à la pression un "point gâchette" ("*trigger point*").

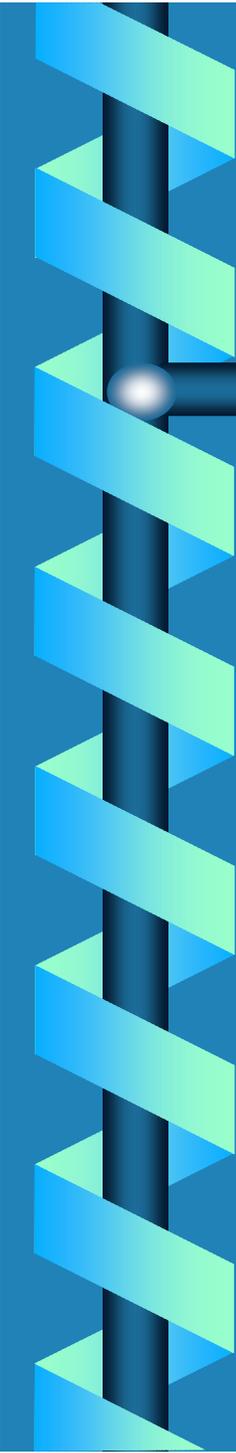


Sd.ctm.

“ **points-gâchettes** (*trigger points*) ”

La pression sur ces points peut reproduire une douleur **locale ou à distance** du patient. De tels points ont également été décrits par Travell et Simons. Ils les attribuent uniquement à une “**fatigue excessive**” du muscle directe ou posturale. Ceci est vrai pour certains cas.

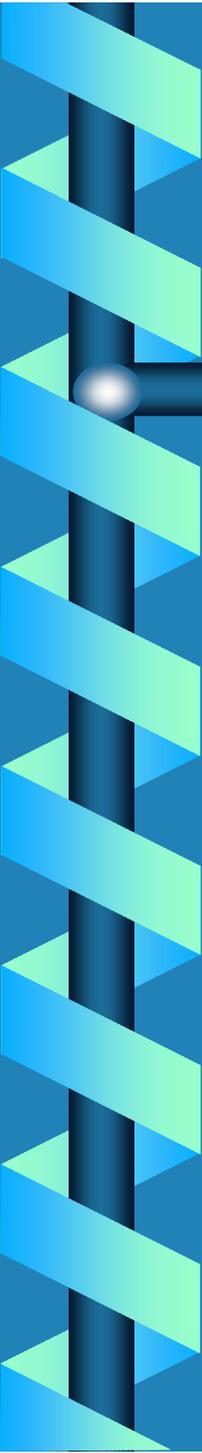
Mais ils **en méconnaissent l'origine vertébrale fréquente** sur laquelle nous insistons



Sd.ctm.

"points gâchettes"

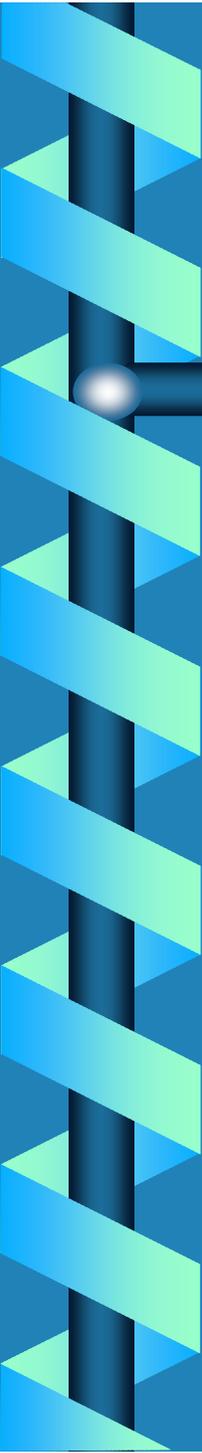
- ∞ En fait les deux origines peuvent parfois coexister.
- ∞ Dans le cas d'origine vertébrale, le segment correspondant est douloureux à l'examen segmentaire. Le "point gâchette" devient indolore ou inactif après un traitement vertébral efficace.



Sd.ctm

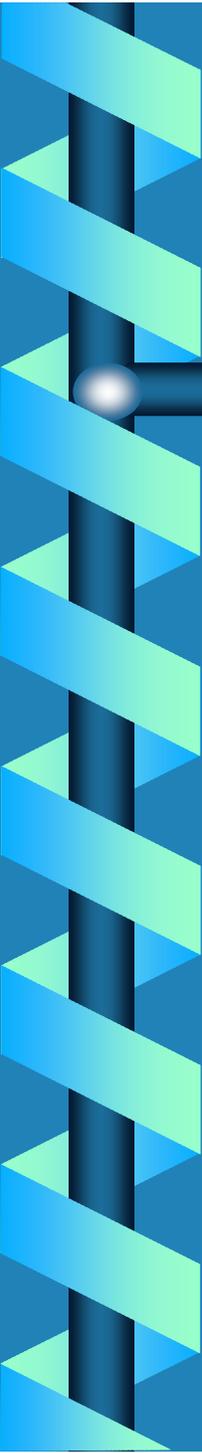
3) INSERTIONS TENOPERIOSTEEES

- ∩ Les insertions ténoperiostées du même métamère sont douloureuses à la **palpation**, comparées à celles du côté opposé.
- ∩ Elles peuvent être **spontanément douloureuses** simulant parfaitement une tendinite.
- ∩ Elles peuvent faciliter une tendinite mécanique
- ∩ Elles cèdent bien au traitement vertébral.



LES MANIFESTATIONS du Sd.C.T.M. SONT REVERSIBLES

Le traitement qui diminue ou fait disparaître la douleur du segment vertébral responsable, entraîne la diminution ou la disparition de ces manifestations.



EVOLUTION

- ∩ Avec le temps ces manifestations peuvent s'organiser et devenir autonomes.*
- ∩ Elles nécessitent alors un traitement local.*
- ∩ Dans la période intermédiaire le traitement local complétera le traitement vertébral.*

CLINIQUE

- **Rappel** : Ces manifestations peuvent être:
 - **inactives**, simple découverte d'examen mais d'intérêt sémiologique.
 - **actives**, responsables de douleurs trompeuses : pseudo radiculaires, péri-articulaires, pseudo articulaires, pseudo viscérales.
- Une manifestation longtemps inactive peut devenir brusquement active.

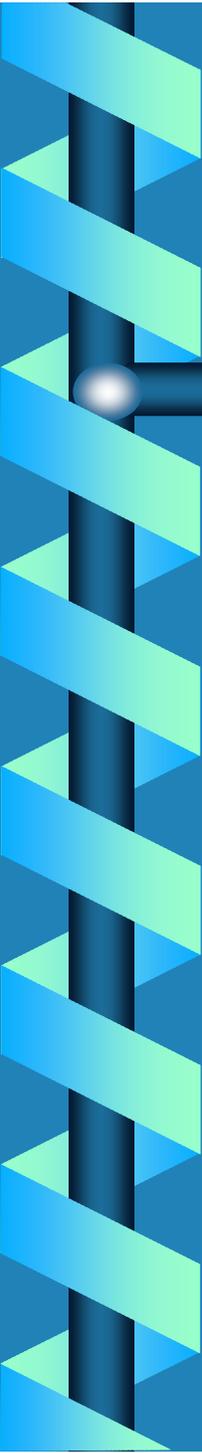
DOULEURS LIEES A LA CELLULALGIE

- ∞ La cellulalgie peut être le support de douleurs **locales** ressenties comme des douleurs **profondes**, *pseudo-viscérales, pseudo-vertébrales ou autres, très trompeuses.*
- ∞ Beaucoup plus rarement les douleurs sont à type de brûlure ou de tension superficielle.

DOULEURS LIEES AUX "POINTS GACHETTES" (trigger-points)

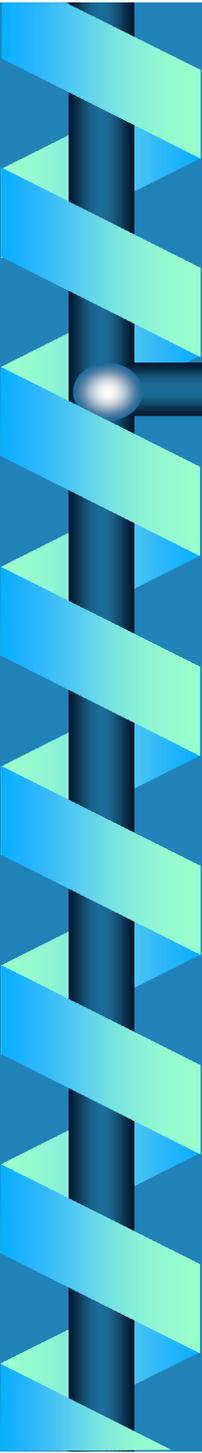
Actifs, ils provoquent :

- ∞ des douleurs locales, régionales
- ∞ et surtout des douleurs à distance d'autant plus trompeuses qu'elles ne correspondent à aucune topographie neurologique.



TRAITEMENT

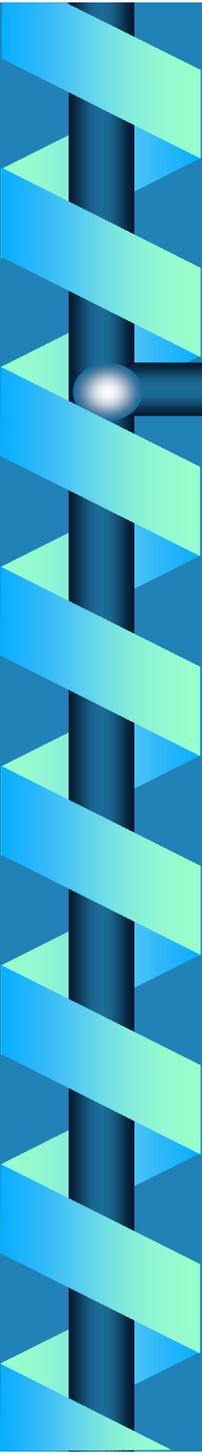
- ∞ Si la manifestation constatée appartient bien à un *Syndrome cellulo-téno-myalgique vertébral segmentaire* il convient de traiter d'abord le rachis, ce qui sera souvent suffisant.
- ∞ Dans les cas anciens il faudra, parfois, en plus, traiter localement.



TRAITEMENT LOCAL

de la **Cellulalgie**

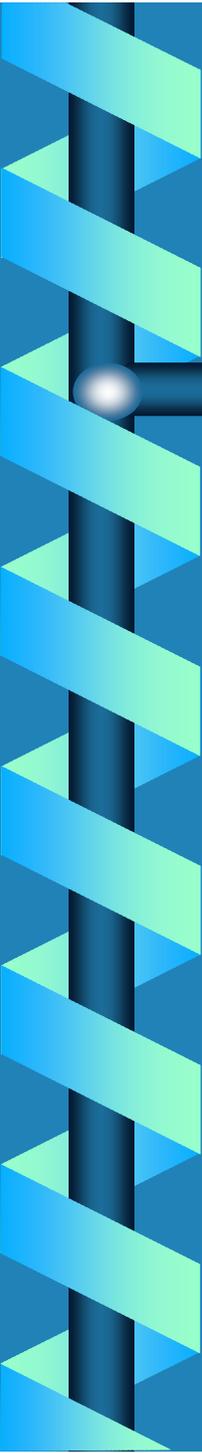
- ∩ Pincer-rouler thérapeutique
- ∩ Pli cassé
- ∩ Pétrissages
- ∩ Infiltrations de lidocaïne en nappe + pétrissage



TRAITEMENT LOCAL **des cordons** **myalgiques**

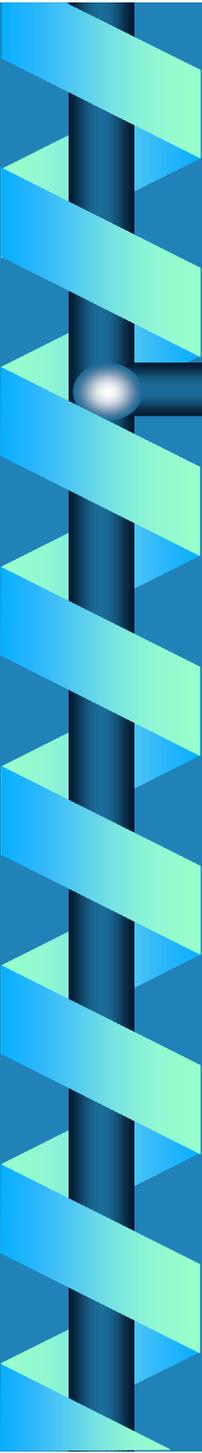
Étirements

- longitudinaux
- transversaux
 - en balayage lent
 - en accrochage bref



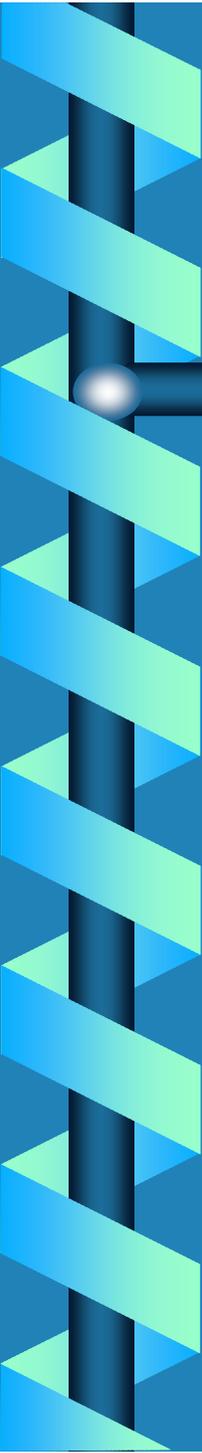
TRAITEMENT des "points-gâchettes (trigger-points)"

- **injection de lidocaïne à 1% + étirement**
- **pressions maintenues (90 secondes)**
- **ultra sons**
- **acupuncture**



TRAITEMENT LOCAL DES INSERTIONS TENO-PERIOSTEEES

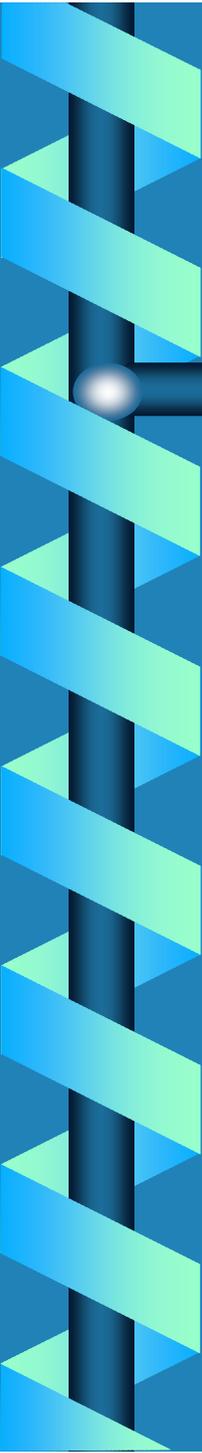
- Infiltrations locales
- Massage transverse profond
- Électrothérapie



Sd.ctm.

HYPOTHESE PATHOGENIQUE

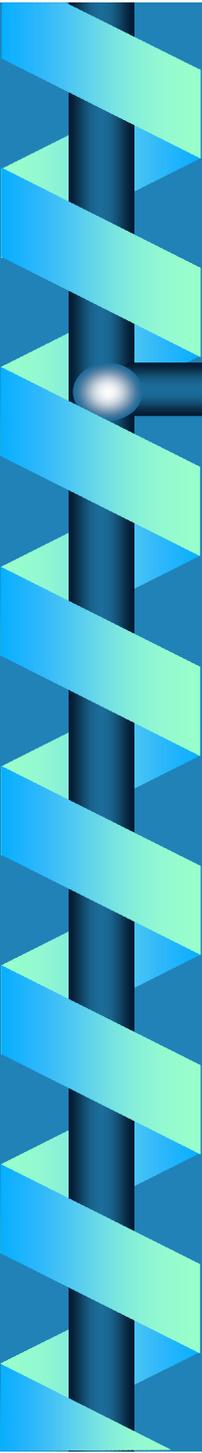
Le bombardement répété d'un segment médullaire par des influx nociceptifs entraîne (Irwin Korr) une hyper réactivité des neurones correspondant à ce segment ; c'est le phénomène de sensibilisation (*sensitization*).



Sd.ctm.

HYPOTHESE PATHOGENIQUE

Les messages nociceptifs véhiculés par la branche postérieure sont intégrés dans le pool des neurones de la corne postérieure, déterminant des réponses motrices et végétatives locales et à distance (Perl).

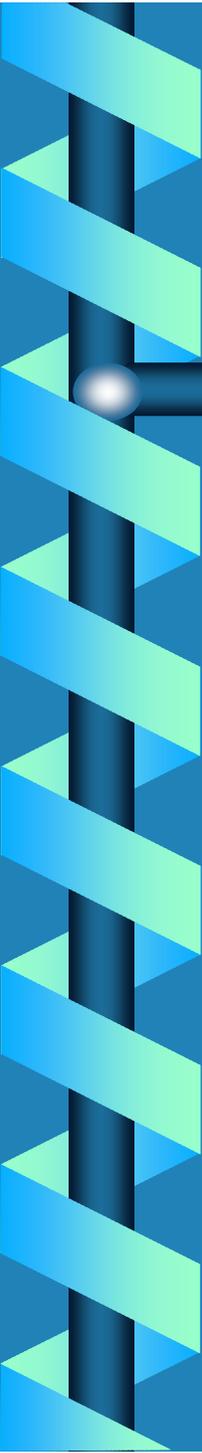


Très court rappel du bilan des 49 précédentes « Journées »

- A partir de ces données de base il nous a été possible de décrypter peu à peu un certain nombre de syndromes fréquents, souvent mal identifiés, mal compris et mal traités.
- Ceci a été été une part importante du succès des 49 Journées qui ont précédé celle d'aujourd'hui, car ils y ont été présentés et démontrés en priorité.

La dorsalgie d'origine cervicale

- Très longtemps considérée comme essentiellement psychique et nommée " la dorsalgie essentielle des jeunes femmes "
- Elle est en fait de tous les âges. Elle est le plus souvent d'origine cervicale basse.
- Elle due à un D.I.M.ou à une poussée d'arthrose, pour les cas les plus courants.



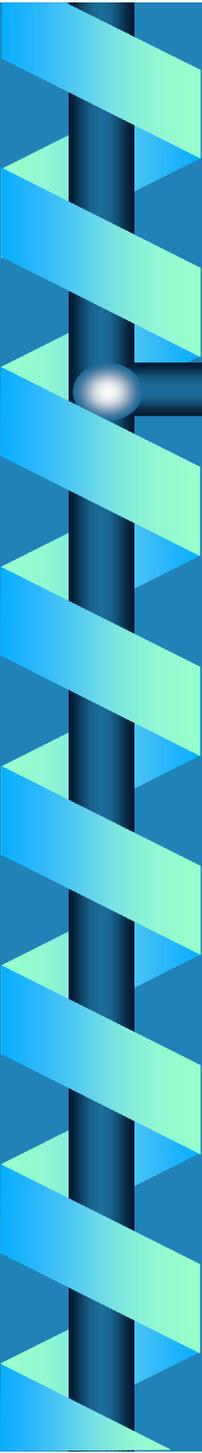
La dorsalgie d'origine cervicale

Au niveau cervical :

- Le sujet a rarement mal au cou. Mais à l'examen douleur articulaire C5, C6, ou C7 d'un côté.

Au niveau du dos :

- Un point douloureux précis para D5 du même côté : le « **point cervical du dos** ». A partir de ce point, une zone **cellulalgique** plus ou moins étendue vers l'acromion



Le rôle important et méconnu des branches postérieures des nerfs rachidiens.

- La douleur dont elles sont responsables est ressentie comme un **douleur profonde au niveau du territoire cutané du nerf.**
- Celui-ci est très sensible au « pincer-rouler »
- Il est situé nettement plus bas que l'étage d'origine qui est spontanément indolore.

Sémiologie des céphalées cervicales

3 topographies:

- Sus-orbitaire ou retro orbitaire ++
- Occipitale+
- Occipito-mandibulaire

Elles peuvent être isolées ou associées

Céphalées cervicales

-Au niveau cervical:

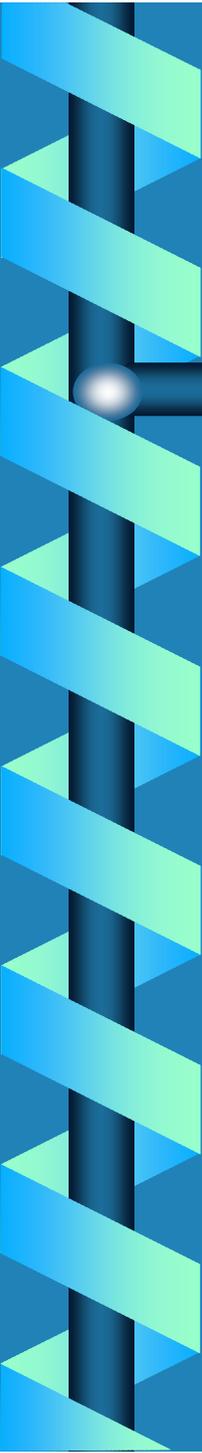
Douleur articulaire postérieure.C2-C3 unilatérale+++

-Trois signes crânio-faciaux (du même côté)

-Pincer-rouler douloureux du sourcil+++

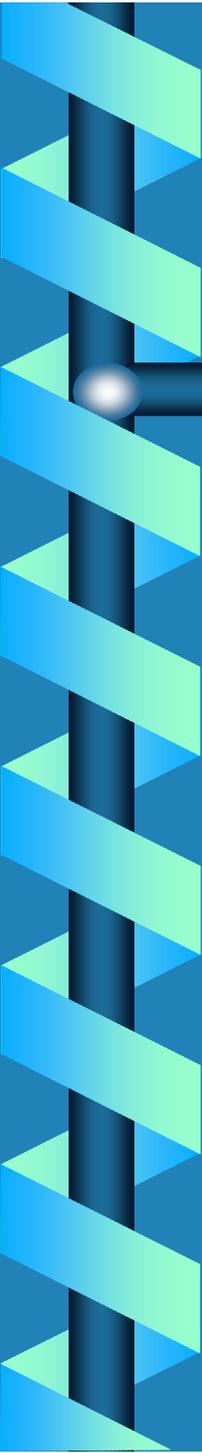
-Pincer-rouler de la peau du gonion

-Friction cuir chevelu occipital.et péri-auriculaire.



Sd.de la charnière dorso lombaire *une source d'erreurs*

- Jamais de douleur spontanée au niveau de T11-T12-L1.
- Le plus souvent rien à l'image
- Les douleurs isolées ou associées sont ressenties à distance :
 - lombaires basses +++ , aiguës ou chroniques,
 - pseudo-viscérales ++ , testiculaires, hanches...

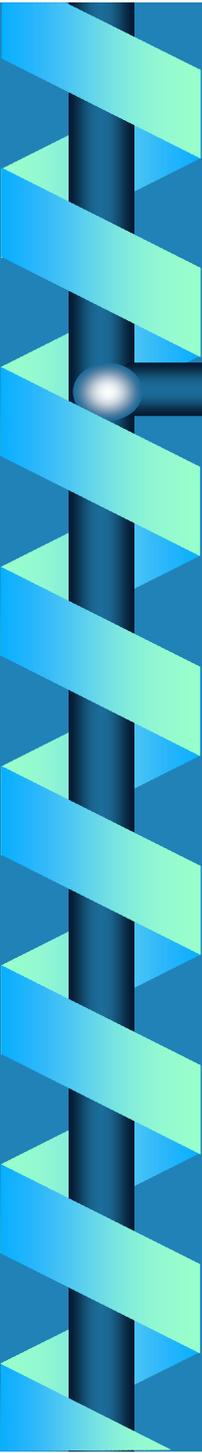


Sd.de la charnière dorsolombaire (T10-T11, T11-T12, T12-L1)

- Les douleurs se situent au niveau des **territoires des rameaux cutanés** des nerfs rachidiens correspondants (ant.,post. et perforant latéral)
- Ceux-ci sont le siège d'une **cellulalgie** qui peut être active ou latente.
- Les rameaux postérieurs. et latéraux peuvent aussi être victimes d'un Sd **canalaire**, pouvant jouer un rôle additionnel, exceptionnellement isolé.

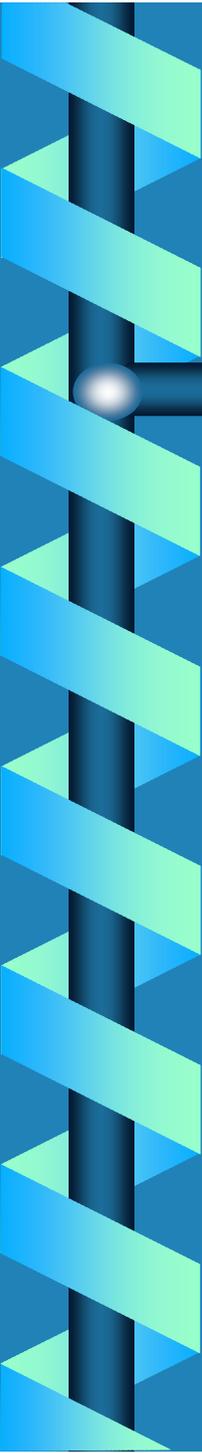
Sd.de la charnière dorsolombaire (T10-T11,-T11-T12, T12-L1)

- Une lombalgie unilatérale, parfois perçue "en barre" en est la manifestation la plus fréquente, simulant parfaitement une lombalgie d'origine lombo-sacrée chronique ou aiguë. Elles sont assez souvent associées.
- Trois signes unilatéraux, la définissent
 - Le DIM dorso-lombaire (*doul. art. post.*)
 - Le point de crête iliaque postérieur
 - La cellulalgie fessière



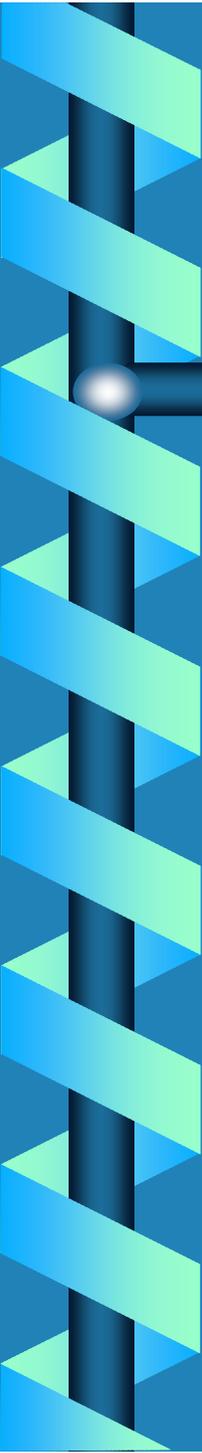
Douleurs pseudo-viscérales

- Le plus souvent dues à une zone cellulalgique d'origine vertébrale (Sd. ctm)
- Parfois à un « point-gâchette » musculaire



TENDINALGIES, PÉRIARTHrites

Toujours penser a la possibilité d'une origine ou d'une composante vertébrale.



LA RÈGLE DE LA NON DOULEUR

ET DU MOUVEMENT CONTRAIRE

Il s'agit de manipuler le segment responsable dans la direction indolore, opposée à celle qui provoque la douleur sur lui.