

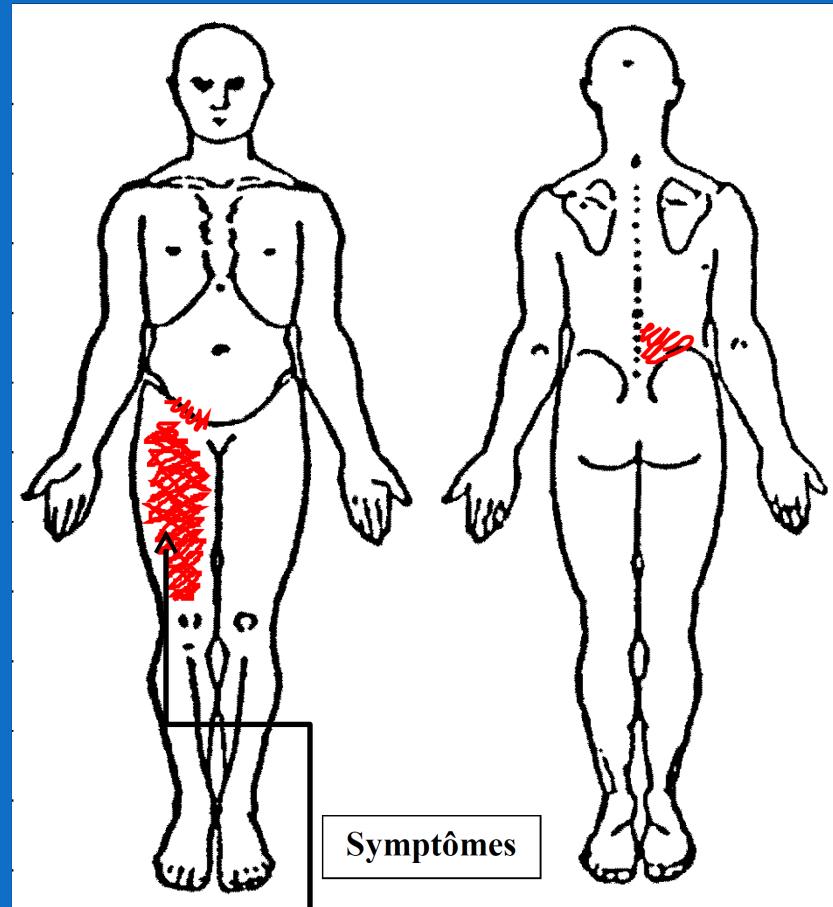
ETUDE DE CAS

Jérôme OSTALIER

Étude de cas: Jacques F

- Patient âgé de 51 ans
- Maitre d'œuvre dans le bâtiment
- Surtout debout, avec approx 2 hres de voiture par jour
- Loisirs: Course à pied, rando, bricolage
- La douleur a commencé il y a trois jours
- Suite à du bricolage intense, avec port de charges et flexion
+++
- Entre 5-8 sur EVA

Le 03/09/2012



« Ankylose »
« Engourdissement »

Section « mieux/empiré »

Symptômes Const:	<i>Ibr / cuisse / jbe</i>	<u>Doul ds l'aine</u>	symptôme intermittents	<i>Ibr / cuisse / jbe</i>	
Empiré	<u>Se pencher</u>	<u>Assis / Se lever</u> "Avachi"	Debout	<u>Marcher</u>	<u>Allongé</u> Plus d'une heure
		Matin / En cours de journée / Soir		Immobile / <u>En mouvement</u>	
		Autre			
Mieux	<i>Se pencher</i>	<i>Assis</i>	Debout	<i>Marcher</i>	<u>Allongé</u> Latéro cubitus moins d'une heure
		Matin / En cours de journée / Soir		<u>Immobile</u> / <i>En mouvement</i>	
		Autre	<u>Changer de position fréquemment</u>		
Sommeil perturbé	<u>Oui</u> / Non	<u>Difficile</u> +++	Position: <i>décu / procu / latéro D / G</i>	Literie: <i>dure / moyenne / molle</i>	

- Pire en flexion et en cyphose
- Mais aussi aggravé pdt la marche, donc en lordose
- **Pas de préférence directionnelle claire**
- Le sommeil est le plus gros problème: **le patient ne dort que quelques heures par nuit.**

Antécédents et questions spécifiques

Antécédents: Sciatique L5 du côté gauche. Mieux en 3 mois. Pas de récidive depuis.

Traitements à ce jour Pas de traitement pour cet épisode.

QUESTIONS SPECIFIQUES

Toux / Eternuement/ Effort: oui /non

Vessie: normale / anormale

Marche: normale / anormale

Sensation de faiblesse dans la cuisse en descendant les escaliers

Médicaments: aucun / AINS /analg / corticoïdes / anticoag / autre

Santé grl: Bonne / Passable / Mauvaise

Imagerie: oui /non

Chirurgie récente ou majeure : oui /non

Doul Noct: oui / non

Accidents: oui /non

Perte de poids inexplicable : oui /non

Autre:

- Pas de « drapeaux rouges » excepté la **douleur nocturne**
- Confirmation qu'il faudra faire un **examen neurologique**

Examen: recherche des marqueurs objectifs

POSTURE

Assis: bonne / pass / mauv Debout: bonne / pass / mauv Lordose: réd / acc / normale Shift Latéral: G / D / Aucun

Correction Posturale: mieux / empiré / ss effet Douleur dans la cuisse réduite avec la correction posturale Pertinent: oui / non
autres observations: _____

EXAMEN NEUROLOGIQUE

Déficit Moteur	<u>Déficit quadriceps: 4/5</u>	Réflexes	<u>Réflexe rotulien atténué</u>
Déficit Sensitif	<u>Hypoesthésie face ant de cuisse</u>	Neuro-Méningé	<u>Test de Léri Positif à G</u>

PERTE DE MOUVEMENT

	Maj	Mod	Min	Nulle	Douleur
Flexion				X	Produit une douleur lombaire
Extension		X			Augmente la douleur dans l'aine ++
Glissement lat D			X		
Glissement lat G			X		

- Début de préférence directionnelle en lordose
- **Déficit neurologique** confirmé et documenté
- **Extension**= la perte de mvt la plus significative

Tests des mouvements répétés

- Pas de préférence directionnelle dans le plan sagittal
- Préférence directionnelle en rotation avec centralisation

MOUVTS TESTS

Décrire l'effet sur la douleur – Pendant: produit, aboli, augmenté, diminué, ss effet, centralise, périphérise. Après: mieux, empiré, ss effet, pas empiré, pas mieux, centralisé, périphérisé.

		Symptômes pdt le test	Symptômes après le test	Réponse mécanique		
				↑ampl	↓ampl	ss effet
Symptômes avant tests dbt Douleur ds l'aine 3/10, cuisse 1/10						
Fl dbt	Produit douleur lombaire					
Rep Fl dbt	Augmente douleur dans l'aine et la cuisse	Cuisse empirée				
Ext dbt	Augmente douleur dans l'aine					
Rep Ext dbt	Augmente douleur dans la cuisse	Cuisse empirée				
Symptômes avant tests allongés: Douleurs ds l'aine 4/10, cuisse 2/10						
FED	Sans effet					
Rep FED	Douleur cuisse augmentée	Cuisse pas empirée				
EEP	Augmente douleur dans l'aine					
Rep EEP	Augmente douleur dans l'aine et la cuisse	Cuisse pas empirée				
Si nécessaire symptômes avant tests:						
gliss lat D	pas effectué					
Rep gliss lat D						
gliss lat G	pas effectué					
Rep gliss lat G						

TESTS STATIQUES

Assis en cyphose

Assis redressé

Dbt relâché

Dbt redressé

En procu sur les coudes

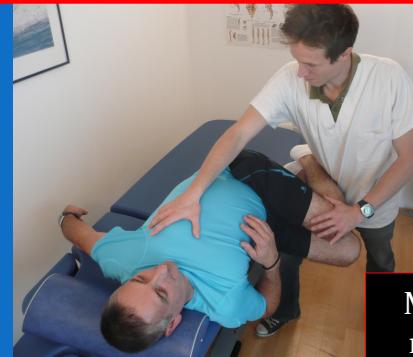
Assis MI ext

Autres Tests Tests répétés en rotation gauche (genoux vers la droite) abolissent la douleur dans la cuisse. En fin de séance, douleur dans la cuisse abolie et reste mieux.



Autotraitements en rotation gauche

Progression des forces



Mobilisations en rotation gauche

CONCLUSIONS examen initial

CLASSIFICATION PROVISOIRE

Dérangement

Dysfonction

Postural

Autre

Sous-classification

Douleur unilatérale avec irradiation proximale au genou

PRINCIPES DE MANAGEMENT

Education Maintien d'une lordose à tous moments Aide ergonomique Coussin lombaire

Thérapie mécanique : Oui / Non Principe d'extension :

Principe latéral Rotations genoux à D Principe de flexion :

Autres

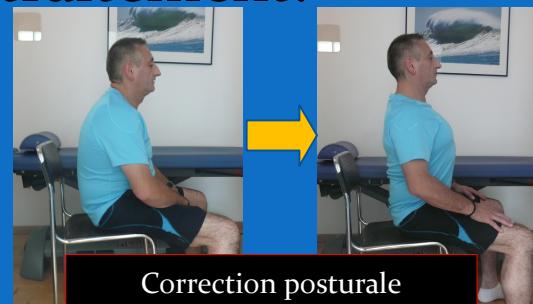
Buts du traitement: A court terme: Soulager la douleur, récupération d'un sommeil normal
A moyen terme: Récupération complète de la fonction

McKenzie Institute International 2010©

- Syndrome de dérangement
- Préférence directionnelle en rotation gauche
- Programme d'auto-traitement:



Exercices en
rotation lombaire
gauche 6 x jour



Correction posturale



Utilisation d'un coussin
de soutien lombaire

- Le médecin prescripteur est prévenu du déficit neurologique.

Séance 2: J2

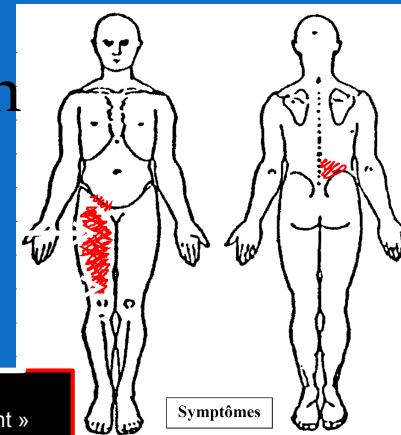
Évolution des symptômes:

- Douleur diminuée et Centralisation
- Dlr nocturne inchangée

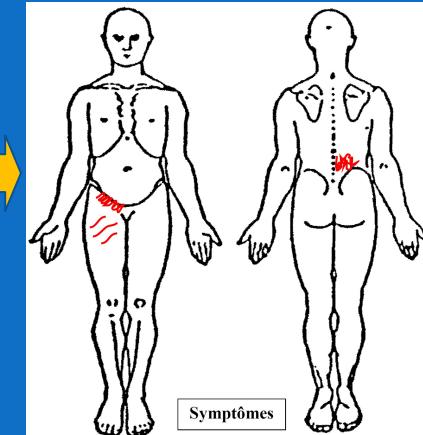
Évolution des signes:

- N'a plus de déficit sensitif
- Déficit moteur persiste
- Le travail ds le plan sagittal périphérise tjs
- Des rotations modifiées, en latéro-cubitus abolissent la douleur dans l'aine

Début de 1ère séance



Début de 2ème séance



TRAITEMENT:

- Rotations en latérocubitus et continuer avec le maintien de lordose



Ajout d'un coussin

évolution:

Séance 3: J4

- Presque plus de douleurs pendant la journée
- Douleurs dans l'aine et un peu la cuisse persistent la nuit
- L'extension majore et périphérise toujours la douleur dans l'aine
- L'extension en détente du nerf fémoral est indolore et améliore l'amplitude d'extension

Traitements:

A la maison: Rotations en latéro suivies d'extensions modifiées



Extensions en procubitus en détente du nerf fémoral droit

Pendant la journée: Extensions debout modifiées



Extensions debout en détente du nerf fémoral droit

Interrogatoire :

séance 4: J11

- Mieux à plus de 90% pendant la journée
- Douleur très modérée et intermittente dans l'aine
- Endurance normale à la station assise et à la marche
- Persistance d'une importante gêne nocturne
- L'IRM montre une hernie L₃/L₄

Examen :

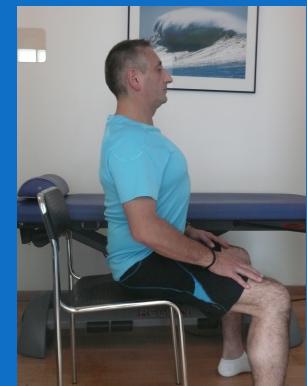
- Le signe de Léri est devenu négatif
- L'extension debout est indolore
- Le patient est capable de faire les extensions en procubitus ss détente du nerf fémoral



Extension en
procubitus



Extension
debout



Correction
posturale

TRAITEMENT:

- Arrêt des rotations => Extension simples
- Poursuivre la correction post
- Contacter le médecin: AINS?

Séance 5: J26

Interrogatoire:

- Plus de douleurs la journée
- Douleurs mineures et très intermittentes la nuit

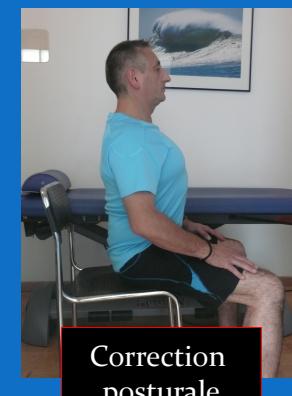
Examen:

- Test en flexion en décharge: pas de symptômes
- Conclusion:
- Patient est prêt pour la phase de restauration de fonction

TRAITEMENT:



→
Suivi de



- Marcher +++, Reprise graduelle de la course à pied

Interrogatoire: Séance 6: J33

- Plus de douleur la nuit
- Marche et course à pied (2 x 30 mn) bien tolérées
- Pas de réponse adverse à la flexion en décharge

Examen:

- Test en flexion assise: pas de douleur

Programme d'Autotraitements:



Flexion assise

Suivi de



Extension en procubitus



Extension debout

MERCI DE VOTRE ATTENTION!

POUR PLUS D'INFO

www.mckenzie.fr
(site de l'Institut Français)

www.afmck.fr
(site de l'association
nationale de praticiens)



Sagi G. Evaluation et traitement mécanique des radiculopathies discales lombaires avec la méthode McKenzie (MDT). EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-275-A-10, 2012

Donelson R. Mechanical Diagnosis and Therapy for Radiculopathy. Phys Med Rehabil Clin N Am 22 (2011) 75-89