

# Etude de cas : différenciation entre dérangement postérieur et dérangement antérieur.

## ***Introduction :***

J'ai pensé que cette patiente pouvait être un cas intéressant pour le lecteur dans la mesure où elle se présentait plus comme un dérangement postérieur dans son historique [anamnèse]. La douleur était apparue après un long voyage en avion. La patiente était empirée à la position assise détendue [avachie]. La patiente était mieux en position assise corrigée et à la marche. Elle était parfois aggravée lorsqu'elle se relevait d'une chaise. Les réponses à la section empirée/mieux indiquaient que la flexion était un facteur aggravant. Cependant, à l'examen physique, il est devenu évident qu'elle était améliorée par la flexion.

## ***Seconde séance:***

### ***Historique :***

La patiente est améliorée à 50%. Elle a toujours une douleur à l'extension maintenue (la patiente aime coudre assise sur une chaise en extension lombaire). Les exercices successifs ont abolis les douleurs et détendus sont dos. Elle ne sent plus le tirage abdominal depuis sa première visite 5 jours auparavant. Elle a fait les exercices toutes les 3 heures soient 4 séries par jour de 10 à 15 répétitions.

### ***Examen physique:***

La patiente est assise avachie sans douleurs. La douleur est retrouvée à l'extension en charge et aux glissements latéraux en charge (des deux côtés) avec plus de douleurs en glissement latéral droit que gauche. La patiente ne présente pas de douleurs allongée sur le dos avec les genoux pliés. La flexion en position allongée avec surpression de la patiente 10 fois est sans effet. La flexion en position allongée avec surpression du thérapeute 5 fois est sans effet. En progression, la patiente exécute des flexions en position assise. La flexion en position assise produit la douleur qui diminue puis s'abolit avec les répétitions et reste mieux après.

À la réévaluation en charge, les glissements latéraux restent douloureux en fin d'amplitude, produit pas empiré mais la douleur est plus symétrique. Pas de douleur à l'extension en charge.

## ***Conclusion:***

Suite à la séance il se confirme que le dérangement répond à la flexion.

## ***Conseils donnés à la patiente [management] :***

La patiente doit faire des séries de 10 à 15 répétitions de flexions en décharge / flexions en position assise toutes les 2 / 3 heures ou au besoin pour soulager les symptômes. La patiente doit essayer de rejouer au golf dans la semaine avant la séance suivante.

## ***Troisième séance:***

### ***Historique:***

La patiente est améliorée à 60%, est capable de jouer au golf (deux fois un parcours 9 trous dans la semaine précédente) et est à nouveau capable de marcher 3 fois par semaine [sans douleurs]. La patiente fait ses exercices avant et après chaque activité. La patiente alterne les exercices en flexion allongée et en flexion assise. La patiente a remarqué que la flexion en position assise produisait une tension [un tirage] dans le dos et rendait le dos plus endolori. Avec la flexion en position allongée la patiente améliore tous les symptômes et se sent « bien ».

Exécuter les flexions en position assise génère plus de forces sur le rachis et donc trop de charge pour le moment. De la même façon que dans le traitement d'un dérangement postérieur l'extension en décharge réduit les douleurs alors que l'extension en charge peut en produire.

### ***Examen physique:***

Pas de perte d'amplitude, mais la patiente ressent la douleur lors de la flexion en charge et des douleurs de fin d'amplitude dans les deux glissements latéraux en charge. La patiente réalise 15 flexion en position allongée. Après les exercices la flexion en charge et les deux glissements latéraux sont moins douloureux. L'extension en charge est sans complète et sans douleurs. Après 15 répétitions de flexions en décharge la douleur en flexion en charge et lors des deux glissements latéraux diminue encore.

### ***Conclusion:***

La patiente comprend qu'utiliser la flexion en décharge soulage ses symptômes. La patiente doit arrêter les flexions en position assise pour le moment. La flexion en position assise amène plus de forces lors du mouvement, en fait c'est une flexion avec plus de charges. C'est une flexion depuis le tronc vers le pelvis (du haut vers le bas). La flexion en décharge tire depuis les membres inférieurs à travers le pelvis ( du bas vers le haut).

### ***Conseils données à la patiente***[management]:

La patiente doit continuer à faire des flexions en position allongée toutes les 2 à 3 heures et doit faire plus [de répétitions]. Elle doit aussi faire des flexions en position allongées si elle remarque des douleurs lors des flexions en charge ou lors des deux glissements latéraux. Elle doit rejouer au golf avant la séance suivante.

### ***Quatrième séance:***

#### ***Historique:***

L'état de la patiente est amélioré à 70%. Elle ressent la douleur plutôt le matin lorsqu'elle se lève et s'étonne de constater que dormir sur le ventre peut être une mauvaise chose! Elle fait ses exercices désormais 3 à 4 fois par jours pour soulager ses symptômes. Elle a essayé de s'étirer [traduction à confirmer] et s'est trouvée endolorie, mais les exercices continuent de la soulager. Elle a soulevé, poussé et tiré des cartons de décorations de Noël pour en retirer les éléments et était un peu douloureuse après, même après avoir fait ses exercices.

### ***Examen physique:***

Peu de perte d'amplitude en flexion avec douleur en fin d'amplitude. Douleur abolie et restauration d'amplitude avec les mouvement répétés en flexion allongée. Flexion en position assise faite ce jour la patiente est mieux après avec une flexion complète en charge.

### ***Conclusion:***

Identification d'un facteur aggravant en position allongée sur le ventre lors du sommeil. La patiente peut aujourd'hui en progression faire des flexions en position assise.

### ***Conseils à la patiente***[management]:

La patiente doit dormir avec les lombaires en flexion en utilisant des coussins sous l'estomac si elle dort sur le ventre et si elle dort sur les côtés elle doit arrondir le dos[curled up]. La patiente doit faire des flexion en position assise pour soulager ses symptômes. Principes de précaution et bonne compréhension [de la patiente]. Si durant la marche ou le golf les douleurs reviennent elle doit faire ses exercices en flexion.

### ***Cinquième visite:***

#### ***Historique:***

L'état de la patiente est amélioré à 80%. Elle est seulement raide le matin après le golf ou après avoir travaillé dans son jardin. La flexion en décharge est encore la meilleure façon de diminuer ses douleurs. La flexion en position assise ne peut pas encore soulager la douleur.

**Examen physique :**

Pas de perte d'amplitude. Pas de douleurs, juste une sensation de raideur. La flexion assise est sans effet. La flexion assise avec surpression produit la douleur qui reste après. La flexion en position allongée abolie la raideur [la patiente] est mieux après. La flexion en charge est sans effet.

**Conclusion:**

La flexion en position allongée est encore la meilleure pour soulager à la fois la douleur et la raideur. La patiente remarque qu'elle peut aussi utiliser la flexion en position assise pour diminuer les douleurs.

**Conseils à la patiente [management]:**

La patiente utilise les flexions en décharge/ assise pour soulager ses symptômes. La patiente doit passer d'un parcours de golf 9 trous à un 18 trous.

**Sixième visite:****Historique:**

L'état de la patiente est amélioré à 95%. Elle peut désormais dormir sur le ventre; elle joue au golf et fait son jardin. Elle fait ses exercices au besoin mais les fait [en plus] tous les matins aussitôt qu'elle se réveille. La patiente est capable de retrouver une posture correcte lorsqu'elle est assise ou debout. La patiente reste prudente avec tout ce qu'elle fait mais progressivement revient à toutes ses activités.

**Examen physique:**

Pas de perte d'amplitudes. La patiente est capable de réaliser des flexions en position allongée, en position assise sans et avec surpressions et en charge ainsi que des extensions en position assise sans douleurs ni raideurs.

**Conclusion:**

Objectifs atteints.

**Conseils à la patiente [management]:**

Décharger la patiente de son programme à domicile. La patiente doit continuer à retourner à ses activités et reprendre sa position assise corrigée [érigée] aussi longtemps que cela ne reproduit pas ses douleurs de dos. La patiente doit utiliser la flexion en position allongée, la flexion en position assise ou la flexion en charge pour contrôler sa douleur de dos après avoir dormi sur le ventre, avoir été assise en position corrigée [érigée] ou après avoir marché. La patiente a compris la nature épisodique [de ses symptômes] et sait, si les symptômes réapparaissent, restaurer sa flexion et utiliser son programme d'exercice pour soulager ses symptômes. Si à l'avenir la patiente éprouvait des difficultés à résoudre les épisodes récurrents elle doit contacter [le thérapeute] pour une consultation.

**Discussion:**

Cette étude de cas démontre combien l'utilisation du système [Mc Kenzie] peut nous aider à différencier des patients répondants à la flexion ou à l'extension et à quel point cela guide le traitement (McKenzie 2003, Long 2004). Bien que l'histoire de la patiente suggérait qu'elle était pire en flexion et mieux en extension, l'examen physique a mis en lumière la rapide obstruction de la flexion suite à l'extension répétée ou maintenue. L'extension maintenue de fin d'amplitude peut être utilisée si nécessaire pour confirmer un dérangement antérieur, cependant dans ce cas, l'obstruction à la flexion n'est apparue que comme évidente qu'après les extensions en décharge et la position sur le ventre en décharge. Ceci a conduit à approfondir les questions concernant l'interrogatoire de la patiente.

Par exemple, la patiente rapportait qu'elle était empirée lorsqu'elle se relevait d'une position assise, mais lorsqu'on le lui demandait pour vérifier, la patiente sentait plus de douleurs dans le dos lorsqu'elle se penchait en avant pour se relever que lorsqu'elle se relevait depuis une position corrigée[was rising].

La patiente cependant avait des difficultés à identifier les facteurs aggravants. Elle n'a pas mentionné qu'elle dormait habituellement sur le ventre avant la quatrième séance. Si nous revenons à l'évaluation [initiale] , dormir n'entraîne pas de question supplémentaires si le patient rapporte mieux se sentir le matin.

Cette patiente démontre la variabilité des réponses à la progression de forces. La flexion en décharge soulageait les symptômes, la flexion assise était douloureuse au début mais la patiente actuellement ressent plus de soulagement, dans le dernier stade de son rétablissement, avec la flexion assise. La flexion assise était la dernière forme de progression de forces en flexion. La flexion assise produit plus de force avec plus de charge pour le rachis lombaire, ce qui pourrait expliquer pourquoi elle était plus provocatrice au tout début de la réduction. La réponse mécanique et symptomatique devrait toujours guider la progression des forces et nous devrions ne pas être trop « rigides » dans son application.

### ***Références :***

....