

oculolabyrinthique (prismes posturaux et/ou rééducation vestibulaire) ainsi que sur les perturbations posturales (semelles orthopédiques à visée proprioceptive).

- 1 Van Tichelen P. Cervicalgies secondaires aux déséquilibres posturaux. *Rev Méd Orthopé* 1995; 42.
- 2 Van Tichelen P. Les syndromes posturaux; diagnostic étiologique, compléments thérapeutiques. *Rev Méd Orthopé* 1996; 43.

Naissance d'un concept prépasteurien antagoniste de la médecine: l'ostéopathie. Baldwin (Kansas – États-Unis) 1852

C. Hamonet

Service de médecine physique et de réadaptation, CHU Henri-Mondor, 51, avenue de Laitre-de-Tassigny, 94010 Créteil; laboratoire d'éthique biologique et médicale, faculté de médecine Necker-Enfants-Malades, rue de Vaugirard, 75015 Paris, France

Mots clés: ostéopathie / histoire de la médecine / médecines parallèles

En 1853, le jeune Andrew Taylor Still [1], fils du pasteur méthodiste Abram Still, installé dans la mission indienne de «Montagne bleue» (en français de l'ex-Louisiane) au Kansas, fait une chute et souffre d'un mal de tête et de douleurs épigastriques. Il a alors l'idée de suspendre son cou dans la boucle d'une corde recouverte d'une serviette, et attachée à une branche d'arbre. Il est soulagé. C'est la *first lesson of osteopathy*. Plus tard, il crée un enseignement (à Kirksville, Missouri) à une démarche totalement mécaniste du soin. Un siècle plus tard, on est étonné du succès de cette formule empirique et sans base scientifique de traitement. Un séjour de cinq mois au Kansas, sur les lieux mêmes de la naissance de l'ostéopathie, nous a permis de mener une enquête qui l'éclaire d'un jour nouveau et inattendu [2].

- 1 Still AT. Autobiography of Andrew T. Still with a history of the discovery and development of the science of osteopathy. Kirksville Mo. 1897 Published by the authors.
- 2 Hildreth AG. The lightening shadow of Dr Andrew Taylor Still, Publisher: 1943, Arthur Grant Hildreth, Macon, Missouri.

Étude préliminaire de l'intérêt des critères de Cochin pour sélectionner des patients susceptibles de bénéficier des infiltrations articulaires postérieures de corticoïdes

M. de Sèze, S. Poiradeau, M. de Sèze, M. Revel

Hôpital Cochin, service de rééducation et de réadaptation de l'appareil locomoteur et des pathologies du rachis, 27, rue du Faubourg Saint-Honoré, 75674 Paris cedex 14, France

Mots clés: articulations interapophysaires postérieures / lombalgies / infiltrations / critères cliniques

État de la question: Nous avons mis en évidence des critères cliniques (critères de Cochin) permettant de prédire une amélioration des douleurs après injection intra-articulaire postérieure d'un anesthésique local chez des patients lombalgiques [1].

Objectif: Déterminer si les critères de Cochin permettent de sélectionner les patients lombalgiques susceptibles d'être améliorés par des infiltrations articulaires postérieures de corticoïdes en pratique clinique quotidienne.

Matériel et méthode: Des patients lombalgiques ou lomboradiculalgiques avec lombalgie prédominante adressés dans le service de radiologie ostéoarticulaire pour infiltration articulaire postérieure d'hydrocortancyl sous contrôle scopique ont été recrutés. Les patients ont été divisés en deux groupes: groupe A au moins cinq critères; groupe B moins de cinq critères (âge supérieur à 65 ans), absence d'aggravation des douleurs à la toux, amélioration des douleurs en décubitus, absence d'aggravation des douleurs en antéflexion, absence d'aggravation des douleurs en se relevant de l'antéflexion, absence d'aggravation des douleurs en hyperextension, absence d'aggravation des douleurs en extension rotation). Les données démographiques ont été recueillies à j0 ainsi que le nombre et l'étage des articulaires postérieures infiltrées. L'appréciation globale du patient sur l'efficacité du geste évaluée sur une échelle semi-quantitative en six classes (critère principal d'efficacité) a été recueillie à j2, j8 et j30. Des données cliniques comprenant une évaluation de la douleur lombaire et radiculaire sur une échelle semi-quantitative cinq classes, le score de l'indice fonctionnel de Québec, ont été recueillis à j0, j2, j8 et j30. Le test *t* de Student a été utilisé pour comparer les résultats obtenus dans les deux groupes.

Résultats: Soixante-neuf patients (19 femmes, âge moyen 62 ans \pm 11 ans), 37 patients dans le groupe A (11 hommes, âge moyen 67 ans \pm 10 ans), 32 patients dans le groupe B (huit hommes, âge moyen 57 ans \pm 10 ans) ont été inclus dans l'étude. Le nombre d'articulaires postérieures infiltrées ne différait pas dans un groupe et dans l'autre ($2,5 \pm 0,9$ dans le groupe A, $2,2 \pm 1$ dans le groupe B, $p = 0,32$). À j2, j8 et j30, l'appréciation globale du patient sur le résultat des infiltrations était significativement meilleure dans le groupe A que dans le groupe B ($p = 0,01$, $p = 0,005$, $p = 0,02$ respectivement). L'intensité des douleurs lombaires à j0 étaient identiques ($2,73 \pm 0,61$ groupe A, $2,78 \pm 1,01$ groupe B, $p = 0,80$). La diminution des douleurs par rapport au j0 était significativement supérieure dans le groupe A par rapport au groupe B à j8 ($p = 0,05$). Ces différences n'étaient pas significatives à j2 et j30. À j0, le score de l'indice de Québec était significativement plus faible dans le groupe A que dans le groupe B (42 ± 12 et 53 ± 14 , $p = 0,001$). Une diminution significative du score n'a été observée que dans le groupe A à j8 ($-6,2 \pm 12,3$, $p = 0,007$), les diminutions observées à j2, j8 et j30 n'étaient pas significativement différentes dans les deux groupes.

Conclusion: Les résultats de cette étude suggèrent que les critères de Cochin permettent de sélectionner une population de lombalgiques susceptibles de bénéficier d'infiltrations articulaires postérieures de corticoïdes. Ces résultats doivent être confirmés sur un nombre plus important de patients et par d'autres études.

- 1 Revel M, Poiradeau S, Auleley GR, Payan C, Denke A, Nguyen M, et al. Capacity of the clinical picture to characterize low back pain relieved by facet joint anesthesia (proposed criteria to identify patients with painful facet joints). *Spine* 1998; 23: 1972-6.

Le DIU de médecine manuelle-ostéopathie: modalités pratiques

P. Vautravers

Centre hospitalier universitaire, 1, place de l'Hôpital, 67098 Strasbourg cedex, France

Créé à l'Hôtel-Dieu puis à Aix-Marseille, l'enseignement universitaire de médecine manuelle s'est généralisé. Il est actuellement regroupé au sein d'un DIU de médecine manuelle créé en 1996-1997 dans 12 facultés de médecine françaises. Ces DIU remplacent les précédents.

L'existence de cet enseignement et de deux sociétés savantes, associée à la publication d'une revue, a permis la reconnaissance de cette discipline par le Conseil national de l'Ordre, pour tous les médecins titulaires du nouveau diplôme, que seule l'université est habilitée à délivrer.

Pour les anciens, pour obtenir l'équivalence, il faut considérer deux cas de figure, schématiquement :

- les titulaires d'un ancien diplôme d'université : ceux-ci obtiennent «automatiquement» le nouveau DIU sous réserve d'une inscription, administrative, à la faculté de médecine où ils exercent, dont ils dépendent actuellement. Le jury de l'année leur délivrera le nouveau diplôme.
- les médecins non titulaires d'un DU-DIU. Une inscription minimale en deuxième année du DIU est recommandée : le jury de

faculté pourra ainsi juger les modalités d'examen à appliquer, pour valider les connaissances du candidat. Il est très probable que pour les médecins pratiquant la médecine manuelle depuis longtemps et, pour certains, l'enseignant dans de nombreuses structures, universitaires ou non, le jury de faculté les dispensera du passage de l'examen écrit et pratique : cela ne sera pas le cas pour les candidats inconnus, inscrits en première ou deuxième année.

Une commission nationale pédagogique mixte (universitaire et non universitaire) peut conseiller les différents jury de faculté en cas de difficultés.

Une formation initiale de qualité, universitaire, suivie d'une formation postuniversitaire, régionale et nationale (sociétés savantes, FEMM), sont les garants de la pérennité de cette discipline nouvellement reconnue par l'Ordre des médecins.