

## **SESSION DE MEDECINE MANUELLE-OSTEOPATHIE**

- 1- **Un rappel historique sur l'usage des thérapies manuelles** concernant principalement le système locomoteur, est fait par le **Dr LECORGNE de Quimper**. Cette présentation a été tout à fait remarquable.

Nous souhaitons que le Dr LECORGNE puisse rapidement mettre en ligne son travail, et les pages électroniques de mediosteo.com lui sont ouvertes.

On en retiendra le rôle capital des médecins français dans la promotion de cette médecine selon des règles strictes et en accord avec les données de la science.

La loi de 2002 et les décrets de mars 2007 concernant l'exercice de l'ostéopathie en France, ont été promulgués en désaccord complet avec les instances médicales de notre pays (au demeurant peu ou pas consultées).

Ces décrets sont d'ailleurs contestés devant le Conseil d'Etat.

La communication suivante est le juste prolongement de ces réflexions.

- 2- **Médecine Manuelle-Osteopathie : risques-bénéfice-réglementation**

**Pr Ph. VAUTRAVERS (CHU Hautepierre de Strasbourg)**

A partir des accidents, souvent dramatiques, suivant des manipulations du rachis cervical, le Pr VAUTRAVERS insiste sur le préalable diagnostique par un médecin compétent.

La bonne information des patients (Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002) ne peut se faire que par des praticiens bien formés.

Les décrets du 25-03-2007 concernant la pratique de l'ostéopathie en France, va bouleverser les données, puisque certains actes effectués par des non-médecins devront être « prescrits » par des médecins, non habilités à les pratiquer (sinon pourquoi ne pas les réaliser soi-même).

L'on touche ici la dimension juridique, car en cas de complications, la responsabilité sera double (praticien prescripteur et ostéopathe non-médecin réalisant l'acte).

Les pouvoirs publics, les mutuelles prenant en charge ces actes, devront informer rapidement les patients des problèmes juridiques posés en cas d'accident, et de leur engagement éventuel en cas d'indemnisation des victimes.

- 3- **Alternative thérapeutique des syndrômes myofasciaux lombaires et fessiers rebelles : la toxine botulique A- Dr J.LECOCQ, Dr ISNER-HOROBERTI, Pr VAUTRAVERS (CHU Hautepierre Strasbourg).**

La prise en charge des syndrômes myofasciaux (SMF) a fait l'objet de multiples études concernant des injections locales au niveau des points gâchettes douloureux (sérum physiologique, lidocaïne, corticoïdes).

La toxine botulique (TB) inhibe la libération pré-synaptique d'acétylcholine ACH (Simmons évoquant comme phénomène physiopathologique une libération excessive d'ACH au niveau de la plaque motrice).

Les différentes études citées (mais très peu ont été réalisées de façon randomisée contrôlée en double aveugle) sont en faveur d'un rôle favorable de la TB au 2° mois.

L'association de kinésithérapie post-injection pourrait améliorer un peu les scores de bons résultats.

Le coût reste un peu élevé, l'utilisation est purement hospitalière pour le moment. Des études complémentaires sont souhaitables compte tenu des résultats préliminaires prometteurs.

#### **4- Techniques myofasciales (TMF) manuelles dans le traitement de la lombalgie aiguë mécanique- Dr DROUET-MPR-Angers**

Le rôle des muscles dans les dysfonctionnements mécaniques du rachis, invitent les médecins manuels à utiliser des techniques à visée musculaire, avant tout pour restaurer un équilibre entre muscles agonistes et antagonistes, et ainsi une répartition optimale des contraintes mécaniques sur les articulations gérées par ces groupes musculaires.

Après un rappel des hypothèses physiopathologiques, deux exemples de techniques myofasciales sont présentées : l'une concernant le psoas iliaque, l'autre les muscles ilio-costaux.

La panoplie des TMF comprend : le contracté-relâché, les étirements tenus, les techniques de raccourcissement-détente du muscle (Jones), diverses techniques de massages. Toutes ces techniques réclament un doigté particulier, donc une formation longue et entretenue.

Il est rappelé bien sûr que ces techniques sont souvent un préalable indispensable à une manipulation articulaire (notamment intervertébrale).

## **EQUILIBRE ET POSTURE.**

La compréhension des mécanismes de la posture normale est le préalable à toute approche de la pathologie de l'appareil locomoteur.

Les modèles « neurologiques » (maladie de Parkinson, myopathies, hémiplegies,...) gardent actuellement la vedette, mais les études posturales ont un champ d'application immense et sous-évalué dans les domaines de la Pathologie professionnelle et de l'Expertise médicale en général.

Nous avons été séduits par plusieurs présentations :

### **1-Adaptation posturale suivant les caractéristiques des surfaces d'appui- D.RICHARDSON (U 731 La Salpêtrière-Paris)**

Il est rappelé que tout acte moteur implique des ajustements posturaux anticipateurs (APA), puisqu'à chaque instant lors d'une action donnée, des transferts de force ou de moments ont lieu entre différents segments corporels et au niveau des surfaces d'appui.

Les APA ont été mis en évidence par BELENKII (1967).

BOUISSET et ZATENA (1981) ont montré le rôle des APA pour opposer des forces produites par le mouvement à venir.

Ainsi des accélérations se produisent dans tous les segments de la chaîne posturale.

De multiples facteurs vont influencer les APA :

- Facteurs biomécaniques : caractère du mouvement volontaire, charge appliquée, vitesse du mouvement.

- Facteurs cognitifs : conditions de la tâche, temps de réaction au choix (si le mouvement est initié), incertitude, fonction de la taille d'une cible.
- Facteurs liés à l'état du sujet : pathologies.

Deux exemples sont développés :

- prise d'une charge en main
- poussée d'un chariot sur une surface plus ou moins glissante

## **2-Déplacement du centre de pression (CP) chez des sujets sains yeux ouverts (YO) et yeux fermés (YF)- L. BLANCHETON (Laboratoire de biomécanique des solides-UMR CNRS 6610-Univ. De Poitiers)**

Peu d'études établissent des repères normatifs concernant les caractéristiques posturographiques du sujet adulte sain.

La tendance naturelle est :

- une bascule vers l'avant YF
- une bascule vers l'arrière YO

et notamment chez la femme (75% de femmes pour 60% d'hommes).

Il s'agit ici de vérifier ce postulat et d'identifier les facteurs de variations en conditions normalisées.

Les sujets doivent maintenir une posture pieds nus durant 51,2 secondes YO et YF.

Le déplacement du CP est supérieur chez la femme (6,5 + 4 cm) que chez l'homme (4,4 +4 cm).

Mais les femmes sont plus stables sur la longueur totale du déplacement et la surface du statokinésigramme (sur plate forme SATEL).

L'hypothèse soulevée pour justifier le shift antérieur en condition YF est de mettre en tension les capteurs des organes tendineux de Golgi, pour augmenter leur sensibilité de détection.

Dans certaines situations (traumatismes par exemple) un dysfonctionnement de la boucle sensori-motrice provoquerait son activation systématique, expliquant alors le shift antérieur.

Mais le rôle des facteurs thymo-cognitifs semble également très important.

## **3-Présentation sur le rôle des facteurs thymo-cognitifs sur la posture par le Pr KEMOUN-Service de MPR du CHU de Poitiers**

Les grands systèmes afférents impliqués dans la gestion posturale sont tout d'abord rappelés :

- système labyrinthique
- vision (rétine, oculomotricité)
- proprioception.

Quelques références importantes sont également citées :

KITAOKA (2004) démontre que l'humeur modifie les APA

PERNA (2001) montre une posture perturbée chez des patients souffrant d'attaque de panique, en dehors même des attaques.

BALABAN (2001) met en évidence des réseaux neuronaux communs entre circuits de la gestion posturale et circuits de l'humeur.

Le travail du Pr KEMOUN concerne 379 patients consécutifs consultant pour algies chroniques de l'appareil locomoteur.

271 sujets sans épisode émotionnel traumatique révélé, voient leur CP projeté en avant les YF.

Sur les 108 sujets dont le CP est projeté en arrière les YF, 100 révèlent la trace

d'un épisode émotionnel traumatique (souvent ancien).

Il pourrait s'agir d'un évitement phobique.

En condition YF, les voies vestibulaires sont favorisées pour la gestion posturale : or elles possèdent des interconnexions avec le système limbique et l'amygdale (donc avec des informations thymo-cognitives).

Pour de plus amples informations rappelons également l'excellent article du *Pr KEMOUN in Lett.Med.Phys.Readapt.(2007) 23 : 153-157 : La posturographie peut-elle participer à l'étude des désordres thymo-cognitifs ?*

#### **4-Perception de la verticale posturale dans la maladie de Parkinson : relation avec la rétropulsion ?**

**I.BENATRU (CHU Dijon 21).**

La physiopathologie du déséquilibre postérieur chez le patient parkinsonien est incertaine :

- trouble du programme moteur des corrections posturales ;
- déficit de l'intégration sensorielle.

77 patients sont étudiés, d'âge moyen 71 ans, la durée moyenne d'évolution de la maladie étant de 7 ans, contre 32 témoins.

Les tests sont effectués sous traitement (phase ON).

Ces patients faisaient une chute en moyenne 1,9 +/- 2,9 fois au cours des 12 derniers mois.

Les tests réalisés : \* test de rétropulsion  
\* traction inattendue vers l'arrière

Une posturographie est réalisée YO et YF.

La verticale posturale subjective est très décalée en arrière (alors que le patient se croit verticalement parfait), et ceci quelle que soit la condition visuelle de réalisation des tests.

D'autre part, l'atteinte de la perception de la verticale est plus précoce que l'apparition des troubles d'équilibre.

On évoque un déficit de l'intégration de la graviception somesthésique ; l'erreur dans la perception posturale de la verticale attesterait du rôle des ganglions de la base dans la graviception.

Parmi les questions est évoquée la possibilité d'une « correction » d'anticipation de la camptocormie secondaire ..... aucune confirmation ne peut être apportée à ce jour.

## **SESSION-RECOMMANDATION sur la MPR dans l'ARTHROSE opérée et non opérée des MEMBRES INFÉRIEURS.**

Session très conviviale, rigoureuse, avec échanges très fructueux avec l'assistance.  
L'intégralité des communications devrait être en ligne sur le site de la SOFMER d'ici à la fin du mois d'octobre.