

## Démarche diagnostique en thérapie manuelle (1<sup>ère</sup> partie)

Mots clés : ► Démarche ► Diagnostic ► Raisonnement clinique ► Thérapie manuelle

**C**e raisonnement clinique permet la consultation en première intention (sans consultation au préalable d'un médecin). Globalement, notre conception du traitement repose sur une démarche cartésienne basée le plus possible sur des preuves scientifiques. Il repose donc sur une démarche diagnostic d'exclusion, puis d'inclusion, et un traitement réévalué lors de chaque séance et après chaque séquence thérapeutique.

### Démarche diagnostique

#### ■ Le diagnostic d'exclusion

- Deux types : le diagnostic d'exclusion médicale et le diagnostic d'exclusion fonctionnelle.

#### ■ Le diagnostic d'exclusion médicale

Lors de l'examen ou du traitement, le thérapeute manuel peut mettre en évidence des affections organiques. Pour cela, il emprunte un certain nombre de procédures de l'examen clinique codifiées classiques (généralement, anamnèse en deux temps avec l'écoute du patient, puis l'interrogatoire complémentaire, inspection, palpation et percussions, auscultation...). En revanche, il ne procède pas à une réflexion nosologique. Sa démarche consiste à rechercher et/ou mettre en évidence les signes cliniques d'alerte.

Il s'agit des manifestations qui ne sont pas justifiables d'un traitement manuel : en cas de doute, on doit demander alors un diagnostic médical.

La thérapie manuelle ne peut être entreprise seule, sans traitement médical, chirurgical ou obstétrique.

Il est nécessaire d'avoir le diagnostic pour pouvoir commencer le traitement. La démarche diagnostique est donc forcément obligatoire et préalable à la démarche thérapeutique.

Le diagnostic d'exclusion médicale est le premier examen à réaliser dès la première séance.

#### ■ Le diagnostic d'exclusion fonctionnelle

Il vise à éliminer les régions anatomiques concernées directement ou indirectement par la douleur mais qui sont supposées par l'auteur comme étant des douleurs référées.

Il s'agit de douleurs secondaires à une dysfonction à distance : par exemple, le patient se plaint d'une douleur du poignet et dans la main lors d'une radicalgie C6. Le diagnostic d'exclusion fonctionnelle visera à éliminer une origine locale (dysfonction fonctionnelle du poignet et des doigts) par un examen rapide du poignet et de la main basée sur la reproduction de la douleur.

#### ■ Le diagnostic d'inclusion

Il repose sur une batterie de tests. Cette batterie de tests est soit validée par la littérature dans son ensemble, soit nous utilisons les tests les plus fiables et les plus complémentaires : mélange de tests très spécifiques et moins sensibles et de tests plus sensibles et moins spécifiques. On peut utiliser les ratios de vraisemblance qui semblent plus fiables mais moins présents dans la littérature. Cette batterie de tests, ou cluster, est en général constituée de 3 à 5 tests cliniques.

### Démarche du traitement

La base est la réévaluation systématique. Elle est présente à chaque séquence thérapeutique par un nouveau test.

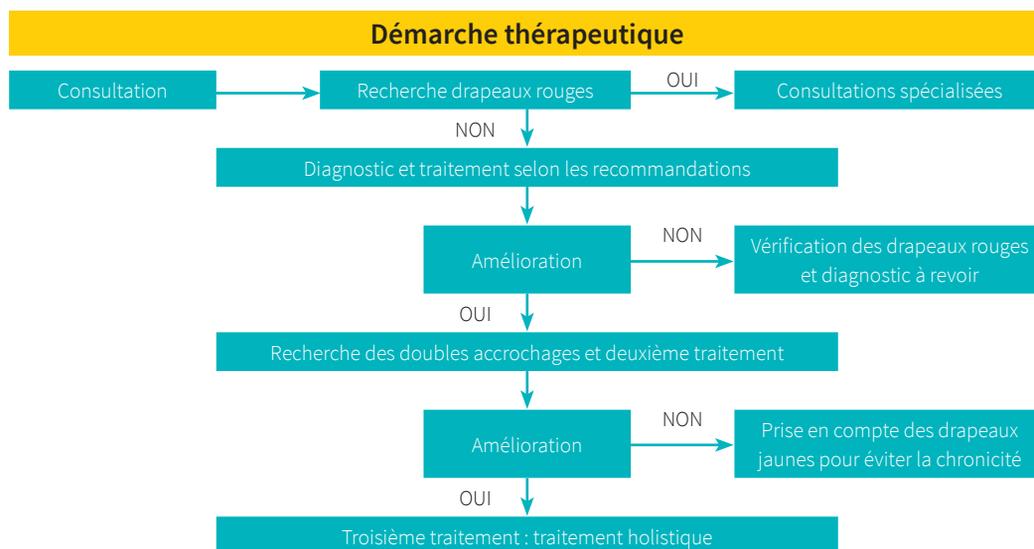
- **Exemple** : pour une sciatique, on fait une mobilisation en lumbarol et on vérifie après cette séquence thérapeutique, si le test « d'Élévation Jambe Tendue » déclenche moins de douleurs

**Pascal  
POMMEROL**

Kinésithérapeute  
CDS, DO, Msc  
PAPL Formation  
Lyon (69)

► **Tableau I**

Principe de la démarche clinique pour un accrochage nerveux selon les pratiques basées sur des preuves



après notre mobilisation. Nous n'attendons pas la fin du traitement pour réévaluer la symptomatologie du patient.

Ce traitement est basé sur les recommandations professionnelles qui sont désormais opposables à tout professionnel de santé. Ces recommandations varient selon les pays, selon les dates d'émission, selon les organismes qui les délivrent. Ceci n'est pas toujours simple à gérer pour le praticien et lui demande une sélection d'articles ou de formation continue adaptée à cette exigence.

Le traitement doit être évolutif dans la séance de traitement en fonction de la réponse algique du patient, de son agrément et de sa participation. Il est donc évolutif également à chaque consultation. Par exemple, dans le cas d'un accrochage nerveux, on peut envisager dans le premier traitement de traiter l'accrochage qui semble le plus important, puis dans une deuxième séance de traiter les autres accrochages.

Le traitement plus général peut être envisagé ensuite, surtout si l'on estime que la douleur est plus nociceptive ou s'il existe un mécanisme de centralisation de la douleur. Le traitement à distance est alors plus salutaire. Lors de cette démarche thérapeutique, la notion de drapeaux prend toute sa signification et permet de suivre l'évolution des symptômes (tab. I).

## Définition des drapeaux

**Il faut rechercher des signes généraux d'alerte :** âge, antécédents de tumeur maligne, perte de poids inexpliquée, traumatisme significatif, pas d'amélioration avec le repos, douleurs à prédominance nocturne, raideur matinale durant plus d'une heure, abus de drogue par voie intraveineuse, traitement prolongé aux corticoïdes, infection concomitante, troubles sphinctériens.

**Il faut rechercher en premier les drapeaux rouges, oranges, jaunes et verts.**

### ■ Les drapeaux rouges (Red flags)

Ce sont des signes d'alerte soit généraux, soit spécifiques à une région anatomique. Ils déterminent des pathologies représentant des contre-indications absolues à la prise en charge immédiate sans diagnostic précis. Si le diagnostic est établi et le patient pris en charge médicalement, le thérapeute manuel peut ajouter son traitement au traitement médical.

### ■ 1<sup>er</sup> exemple de drapeaux rouges pour la lombalgie aiguë [1]

Pour environ 1 % des lombalgies aiguës :

- patients de moins de 20 ans ou de plus de 55 ans qui présentent des douleurs lombaires inaugurales, ou qui ressentent des douleurs différentes des épisodes précédents ;
- douleur constante au fil du temps qui ne passe pas dans le sommeil ;
- malaise et mauvais état général ;
- signes neurologiques ;
- déformation de la colonne vertébrale ;
- raideur matinale importante de plus d'une heure et/ou vitesse de sédimentation élevée.

#### ■ 2<sup>e</sup> exemple au niveau de l'épaule [2]

- Fièvre/douleur diurnes et nocturnes, épaule hyperalgique et hyperinflammatoire ;
- amaigrissement, diminution de l'état général ;
- douleurs diurnes et nocturnes, inflammation diffuse de plusieurs articulations ;
- traumatismes ;
- parésie, paralysie, syndromes radiculaires ;
- douleurs référées d'origine viscérale (par exemple cardiaque).

### ■ Les drapeaux oranges (Orange flags)

Ce sont des signes d'alerte spécifiques à une région anatomique. Ils déterminent des pathologies représentant des contre-indications relatives à la prise en charge immédiate. Toutefois, celle-ci peut s'effectuer en parallèle et/ou en collaboration avec le médecin (spécialiste). La prise en charge doit suivre l'évolution de ces « signes d'alerte » dans le temps.

Ces divers signes d'alerte peuvent faire évoquer une pathologie spécifique, relativement grave : néoplasie, tumeur secondaire, infection (osseuse, articulaire, etc.), fracture, trouble neurologique grave (paralysie), rhumatisme inflammatoire

Cette approche de dépistage systématique doit correspondre à la pratique en cabinet d'une part (anamnèse et examen clinique). Ces pathologies requièrent une prise en charge par un médecin spécialiste. Toutefois, une fois un diagnostic établi et le patient pris en charge médicalement, le thérapeute manuel peut ajouter son traitement au traitement médical.

### ■ Un exemple de drapeaux oranges au niveau de l'épaule : pathologie spécifique à écarter dans le syndrome de la traversée thoraco-brachiale

- Pathologies liées au rachis cervical et à la tête : pathologie ORL, de la moelle épinière cervicale comme la syringomyélie, tumeur, canal cervical étroit similaire aux symptômes d'un STT neurogène ;
- divers troubles vasculaires artériels : le collagénose avec manifestations vasculaires et l'artérite. Vraie et fausse maladie de Raynaud ;
- pathologie veineuse : la phlébite du bras qui doit être traitée en urgence ;
- pathologie pulmonaire : tumorale (Pancoast et Tobias), infectieuse, fonctionnelle ;
- suspicion grave de pathologie de l'épaule sans diagnostic : épaule pseudo-paralytique ;
- épaule instable post-traumatique, suspicion de rupture de coiffe brutale ;
- pathologie neurologique centrale (SEP, SLA) ;
- syndrome de Parsonnage et Turner.

### ■ Les drapeaux jaunes (Yellow flags)

Ils sont considérés comme des « facteurs de risque psychosociaux », des facteurs psychologiques, comportementaux, professionnels et cliniques, qui favorisent le passage à la chronicité de la pathologie. Kendall *et al.* [3] insistent sur l'importance de l'identification précoce de ces drapeaux jaunes et du discours vis-à-vis du patient.

Il faut expliquer l'origine des symptômes et le pronostic de façon à encourager le patient dans la reprise du travail et des activités physiques. D'après Kendall *et al.* [3] et d'autres auteurs [4-6], l'attitude, et l'information donnée au patient par le thérapeute peuvent avoir une influence sur ces drapeaux jaunes. Dans le cadre de notre prise en charge rééducative, l'information donnée par le thérapeute doit aider le patient dans la reprise progressive d'une activité physique.

Attention, l'information transmise peut ne pas être adéquate ou mal comprise, alors elle risque de renforcer la kinésiophobie, et par conséquent avoir un effet plutôt négatif sur l'amélioration de l'état du patient [4-7].

- Un exemple de drapeaux jaunes et verts dans la prise en charge de la lombalgie [3, 5, 8]
- **Drapeaux jaunes** : facteurs de risque de chronicité d'une lombalgie aiguë :
  - attitude pessimiste, peur du mouvement et de l'activité (kinésiophobie) ;
  - problèmes liés au travail (insatisfaction, conflits) ;
  - problèmes émotionnels (dépression, anxiété, inquiétude) ;
  - désir d'un traitement passif, peu de capacité à faire face ;
  - antécédents d'épisodes de lombalgie à long terme.
- **Drapeaux verts [1]** : facteurs qui donnent des raisons d'espérer une amélioration rapide et sans symptômes :
  - bon état général ;
  - courte durée des symptômes ;
  - pas d'antécédents de lombalgie ou antécédents anciens ;
  - absence de drapeaux jaunes et rouges ;
  - aucun signe de compression de racine nerveuse L4, L5 ou S1.

L'imagerie diagnostique est seulement recommandée après 4 à 6 semaines sans amélioration.

### Conclusion

Il existe donc 3 temps essentiels pour une prise en charge en première intention : les diagnostics d'exclusions médicale et fonctionnelle et le diagnostic d'inclusion.

Les drapeaux sont un moyen simple de codifier cette démarche thérapeutique. ✕



### BIBLIOGRAPHIE

- [1] Laerum E, Brox JJ, Werner EL. Low back pain: Still a clinical challenge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2010 Nov 18;130(22):2248-51.
- [2] Saha E, Dziadzio M, Irving K, Chambers A, Higgins C. Unusual cause of painful shoulder in an elderly woman with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2007 Sep;26(9):1549-51.
- [3] Kendall NAS, Linton SJ, Main CJ. *Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: Risk factors for long-term disability and work loss*. Wellington, New Zealand: The National Health Committee, 1997. Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags.
- [4] Hafner C. pag. 101 Chap 5. *Placebo and nocebo. Pain management. Muscles and pain*. Topical Issues in Pain 4. Editor Louis Gifford. ISBN 0 9533423 3 6 Swanpool : CNS Press, 2002. [www.achesandpainonline.com](http://www.achesandpainonline.com)
- [5] Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early identification and management of psychological risk factors («yellow flags») in patients with low back pain: A reappraisal. «Decade of the flags» Working Group. *Phys Ther* 2011 May;91(5):737-53.
- [6] Nijs J, van Wilgen C, van Oosterwijk J, van Ittersum M, Meeus M. How to explain central sensitization to patients with «unexplained» chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines. *Man Ther* 2011 Oct;16(5):413-8.
- [7] Klaber et al. pag. 105. Chap 6. *Treatment. Communication. Return to Work. Cognitive behavioural. Pathophysiology*. Topical Issues in Pain 5. Editor Louis Gifford. ISBN 0 9533423 4 4 Swanpool : CNS Press, 2006. [www.achesandpainonline.com](http://www.achesandpainonline.com)
- [8] Burton AK, Balagué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, Leclerc A et al. European guidelines for prevention in low back pain. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl.2):s136-s168.