

Synthèse de six techniques de traitement manuel

Synthèse et comparaison de six techniques d'intervention manuelle : Cyriax, Mennell, Ostéopathie, Maitland, Kaltenborn et McKenzie

Il nous a paru intéressant de faire le bilan des abords préconisés par différents auteurs qui ont traité de traitement manuel de la douleur. Le premier tableau regroupera les techniques mises au point par des médecins, le second les abords préconisés par des kinésithérapeutes. Le comparatif fait ressortir les divergences et similitudes.

En dépit du sens latin (bénin) de « manipulation » : intervenir par la main, nous avons conservé la connotation sulfureuse qui lui est attribuée en France. Bien que les auteurs étrangers fassent rarement la différence, nous avons conservé « mobilisation » pour une action passive dans les limites de l'amplitude physiologique et « manipulation » pour des incursions très brèves, en force, dans l'amplitude extrême.

A. Les techniques manuelles décrites par des médecins

	<i>Abord Cyriax Médecine Orthopédique</i>	<i>Abord Mennell</i>	<i>Abord Ostéopathie (Médecine aux USA)</i>
Philosophie	La douleur vient d'une origine anatomique ; Le traitement doit cibler cette origine anatomique ; Si le diagnostic est précis, le traitement sera efficace.	Le dysfonctionnement est le signal d'un processus pathologique ou d'une affection articulaire ; La perte de mouvement normal dans l'articulation entraîne le dysfonctionnement ; La manipulation de l'articulation peut redonner des mouvements normaux.	Le corps unitaire, et le système neuromusculaire et squelettique est connecté aux autres systèmes, de ce fait les processus pathologiques se reflètent dans le système neuromusculaire ; La structure du corps guide le fonctionnement, une anomalie de structure peut mener à une anomalie de fonctionnement ; Le dysfonctionnement somatique résulte de la gêne ressentie par des composants du système somatique (squelette, articulations, conjonctif vasculaire, lymphatique, nerveux) ; La manipulation peut redonner et conserver une relation normale entre les différentes structures.
Concepts essentiels	Diagnostic des lésions des tissus mous ; Catégorisation de la douleur référée à distance ; Différentiation entre les lésions contractiles et non contractiles.	Vérification du jeu articulaire.	Diagnostic de dysfonctionnement somatique ; Examen clinique centré sur la présence d'une asymétrie, la gêne au mouvement et la palpation de modifications perçues dans les tissus mous : peau, muscle, tissu conjonctif en recherchant épaissement, raideur ou changement de température.

A. Les techniques manuelles décrites par des médecins (*sulte*)

	<i>Abord Cyriax Médecine Orthopédique</i>	<i>Abord Mennell</i>	<i>Abord Ostéopathie (Médecine aux USA)</i>
Cadre général de l'évaluation Observation clinique	Observation, prise de note sur la survenue ; Âge et occupation ; Symptômes, sites, étendue, apparition et durée ; Inspection ; Analyse médicale.	Démembrement de la plainte : Apparition ; Nature de la douleur ; Localisation de la douleur ; Évaluation de la perte de mouvement ; Histoire passée Revue des systèmes (médecine)	Histoire de la lésion ; Relation du traumatisme physique, des problèmes passés dans les viscères et les tissus mous. État présent : Relation entre l'adaptation, la décompensation, le traumatisme et l'histoire du patient.
Examen physique	Mouvements actifs ; Mobilité passive ; Mouvement résistés en isométrique ; Examen neurologique ; Palpation.	Inspection ; Palpation ; Mouvements volontaires ; Examen musculaire ; Radiographie ; Examen des laxités articulaires.	Analyse de la posture ; Attention régionale spéciale pour : La ceinture pelvienne ; Le pied ; La colonne vertébrale ; La ceinture scapulaire ; La main ; Examen détaillé de régions en dysfonctionnement.
Interprétation de l'évaluation	Identification de structures anatomiques associées à la lésion	Dysfonctionnement articulaire	Erreur d'attitude ; Erreur due à une restriction du mouvement, unisegmentaire ou plurisegmentaire.
Stratégies de traitement	Massage transversal profond ; Injection ; Mobilisation ; Manipulation ; Kinésithérapie : exercices ; Éducation du patient.	Manipulation ; Mobilisation ; Kinésithérapie : exercices ; Éducation du patient ;	Manipulation ; Mobilisation ; Techniques d'énergétique musculaire ; Techniques myofasciales ; Contrainte inverse ; Exercices ; Éducation du patient.

B. Les techniques manuelles décrites par des Kinésithérapeutes (Physical Therapists)

	<i>Maitland (Australien)</i>	<i>Kaltenborn (Norvégien)</i>	<i>McKenzie (Néo-Zélandais)</i>
Philosophie	On doit s'efforcer de comprendre le patient ; Garder la théorie à l'esprit et l'appliquer : pathologie, anatomie, signes et symptômes ; Évaluation constante et re-calibration du traitement.	Évaluation biomécanique des mouvements articulaires ; Il existe une combinaison de douleur, dysfonctionnement de l'articulation et modification des tissus ab-articulaires.	Les facteurs prédisposants comme la position assis, perte de l'amplitude en extension et fréquence de la flexion contribuent à créer des douleurs vertébrales ; Le patient doit être traité comme un partenaire, visant à l'auto-traitement.
Concepts essentiels	L'examen, la technique de traitement et l'évaluation du résultat sont intriqués et inter-dépendants ; Les mouvements possibles reçoivent des cotations de I à V ; Il faut tester les mouvements accessoires des articulations, qui font partie de leur physiologie ; Les observations successives valident ou invalident l'hypothèse initiale de travail.	Il y a dysfonctionnement somatique ; Application des principes d'arthrocinématique (concave-convexe) d'après Grant, et positions dites « <i>close-packed</i> » et « <i>loose-packed</i> » d'après McConaill.	Pendant les mouvements de la colonne vertébrale, un changement de position du <i>nucleus pulposus</i> prend place ; Les habitudes de vie en flexion placent le <i>nucleus pulposus</i> en position trop postérieure ; Le disque intervertébral est une origine courante de lombalgie.

B. Les techniques manuelles décrites par des Kinésithérapeutes (Physical Therapists) (suite)

	<i>Maitland (Australien)</i>	<i>Kaltenborn (Norvégien)</i>	<i>McKenzie (Néo-Zélandais)</i>
Cadre général de l'évaluation Observation clinique	Examen subjectif selon la définition de Maitland : Identifier l'anomalie ; Région où se manifestent les symptômes ; Symptômes de comportement ; Irritabilité de la région lésionnelle ; Questions particulières Histoire de la lésion ; Examen objectif selon Maitland : Examen physique ; Tests fonctionnels Mouvement actifs ; Tests isométriques : Mobilité passive (amplitude annexe mais physiologique des articulations) ; Tests de mise en tension des troncs nerveux ; Palpation ; Examen neurologique.	Histoire du patient (les cinq étapes) : 1. événements immédiats (localisation, durée, nature de la douleur) ; 2. événements médiats (traitements antérieurs, soulagement des symptômes, symptômes similaires ou reliés) ; 3. niveau socio-économique ; 4. histoire médicale ; 5. histoire familiale. Examen physique : Inspection ; Mouvements actifs et mobilité passive, tests à la traction à la compression, au glissement latéral, tests résistés ; Palpation ; Tests neurologiques.	Histoire du patient Interrogatoire (quand, comment) Douleur constante ou intermittente, ce qui la calme ou l'exacerbe, les épisodes antérieurs ; Examen physique : Posture (assis, debout) ; Examen des mouvements (flexion, extension, glissement latéral) ; Mouvements qui déclenchent la douleur ; Mouvements répétés ; Mouvements de bilan ; Tests neurologiques.
Interprétation après évaluation	Le bilan initial est relié à : Symptômes relatés Diagnostic médical ; Stade auquel se trouve le patient ; Stabilité et chronicité de l'état du patient ; Irritabilité de la lésion.	Analyse biomécanique (restriction des amplitudes articulaires) et évaluation des changements manifestes dans les tissus mous, ab-articulaires ou à distance.	Syndrôme postural ; Syndrôme dysfonctionnel ; Syndrôme de dérangement.
Stratégies de traitement	Basée sur la ré-évaluation permanente ; Mobilisation ; Étirement des troncs nerveux (raideur anormale du tissu nerveux par rapport à l'extensibilité normale) ; Traction ; Exercice ; Éducation du patient.	Mobilisation ; Exercices neuromusculaires et proprioceptifs ; Traction/distraction articulaire ; Mobilisation des tissus mous ; Éducation du patient.	Auto-traitement par le patient, à base de mouvements répétés ; Exercice ; Mobilisation ou manipulation (si nécessaire) ; Éducation du patient.