

## Lu pour vous

Patrick Colné<sup>a</sup>, Jean-Louis Estrade<sup>b</sup>, Jean-Luc Nephtali<sup>c</sup>

<sup>a</sup>21, rue Père-Corentin, 75014 Paris, France

<sup>b</sup>Chemin du postillon, 36100 Issoudun, France

<sup>c</sup>11, rue Bachelet, 75018 Paris, France

### Validité de l'évaluation manuelle de la raideur rachidienne

■ Koppenhaver SL, et al., Criterion validity of manual assessment of spinal stiffness. *Manual Ther* 2014. doi:10.1016/j.math.2014.06.001.

■ Childs JD, Fritz JM, Flynn TW, Irrgang JJ, Johnson KK, Majkowski GR, et al. A clinical prediction rule to identify patients with low back pain most likely to benefit from spinal manipulation: a validation study. *Ann Intern Med* 2004;141(12):920–8.

■ Landel R, Kulig K, Fredericson M, Li B, Powers CM. Intertester reliability and validity of motion assessments during lumbar spine accessory motion testing. *Phys Ther* 2008;88(1):43–9.

La recherche de la validité de l'évaluation de la raideur d'une lordose lombale, voire de la limitation segmentaire en extension a été recherchée dans cette étude<sup>1</sup>, en comparant une évaluation manuelle réalisée par un kinésithérapeute avec une évaluation instrumentale, pilotée par un examinateur en aveugle des résultats de l'analyse manuelle (Fig. 1 et 2).

#### Procédure

Cinquante sujets lombalgiques, dont 54 % de femmes, de  $33,0 \pm 12,8$  ans d'âge moyen, d'indice de masse corporelle (IMC) moyen de  $27,0 \pm 6$ , kg/m<sup>2</sup> ont été évalués à l'aide d'une mobilisation passive postéro-antérieure lombaire en procubitus de type Maitland (Fig. 1). Un kinésithérapeute expérimenté (8 ans de pratique) a classé le mouvement ressenti entre L5 et L1 en mouvement hypermobile, normal ou hypomobile.

#### Auteur correspondant:

Adresse e-mail :

jean-louis.estrade@club-internet.fr  
(J.-L. Estrade)

Après le test manuel, la raideur vertébrale a été mesurée à l'aide d'un instrument de précision à la fiabilité avérée. L'instrument consistait en un cadre surplombant la table et la région lombale du patient, soutenant un axe vertical, aligné sur processus épineux de L3, mû par un moteur électrique (Fig. 2).

Une pression progressive est appliquée, à partir de 5 N jusqu'à 60 N, en apnée expiratoire (60 N est une pression déterminée préalablement comme étant suffisamment contraignante pour le rachis, tout en étant tolérable chez des sujets asymptomatiques). Chaque pression durait approximativement 5 secondes et a été réalisée à 3 reprises.

#### Résultats

L'évaluation manuelle n'est pas corrélée à l'évaluation instrumentale ( $r = 0,06$ ,  $p = 0,67$ ). Une analyse complémentaire a jugé que l'IMC expliquait 32 % de la variance dans la mesure de la raideur.

#### Conclusions

Les praticiens en thérapie manuelle utilisent fréquemment l'examen des raideurs segmentaires rachidiennes pour décider de l'emploi d'une technique de mobilisation passive ou manipulation vertébrale puis vérifier son efficacité. Ils peuvent même se servir de cet examen comme règle de prédiction clinique<sup>2</sup>.

Une étude précédente<sup>3</sup> avait conclu à une certaine fiabilité quant à déterminer les segments hypomobiles ou douloureux, un manque de fiabilité pour déterminer les segments hypermobiles et un manque de validité lorsque cet examen était comparé à une évaluation sous IRM en dynamique.

L'étude présente vient confirmer cette absence de validité à partir d'un autre examen pouvant servir de référence. Elle avance que les résultats différents pourraient être liés à des différences quant aux caractéristiques testées et aux conditions de l'expérience. Parmi celles-ci il est énoncé que :

- les praticiens se basent sur des qualités de sensations terminales pouvant être plus subtiles que la mesure physique ;
- ils sont culturellement et historiquement plus enclins à rechercher les hypomobilités que les hypermobilités (5 hypermobilités retrouvées sur 50 patients) ;
- l'apparence corporelle pourrait modifier, consciemment ou non, leur impression de raideur (la mesure instrumentale indique moins de raideur chez les sujets à l'IMC important) ;
- la mesure centrée sur L3 pourrait ne pas être aussi indicative qu'une mesure réalisée à la charnière lombo-sacrée.

Dans le cas contraire, les adeptes de thérapie manuelle devraient s'interroger sur l'intérêt de telles manœuvres de test, d'autant que le lien entre les limitations articulaires segmentaires lombaires et les suites cliniques des lombalgies n'est toujours pas établi.

Jean-Louis Estrade

jean-louis.estrade@club-internet.fr

### La mesure clinique de la longueur du petit pectoral, dont on sait qu'il est un facteur favorisant l'apparition d'une épaule douloureuse lorsqu'il est court, est-elle reproductible ?

- Struyf F, Meuus M, Franssen E, et al. Interrater and interrater reliability of the pectoralis minor muscle length measurements in subjects with and without shoulder impingement symptoms. *Man Ther* 2014;19:294–8.

L'objectif de cette étude est de tester la reproductibilité de la mesure clinique de la longueur du muscle petit pectoral (PML), en intra- et en inter-évaluateurs. Cette mesure est étudiée chez des sujets atteints d'un syndrome de conflit scapulo-huméral et chez des sujets

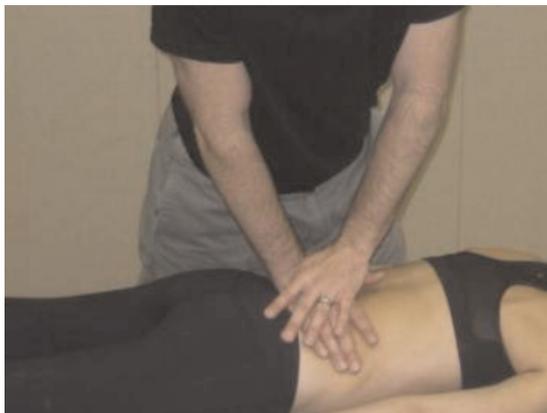


Figure 1. Test d'index à l'évaluation de la raideur rachidienne ([1]).

sans pathologie de l'épaule (25 sujets dans chaque groupe).

Les critères d'inclusion dans le groupe « conflit » sont : d'être âgé de plus de 18 ans, de souffrir de l'épaule depuis au moins 15 jours consécutifs, de présenter au moins 2 signes de conflit positifs sur 3 des tests pratiqués (test de Hawkins, de Neer ou de Jobe), d'avoir un score d'au moins 10 % à l'EVA et au Shoulder Disability Questionnaire (score d'auto-évaluation comportant 16 questions, permettant d'établir la présence d'une gêne fonctionnelle liée à la douleur, et notées de 0 (pas de gêne) à 100 (impotence fonctionnelle sévère).

Les critères d'inclusion dans le groupe témoin sont d'être âgé de plus de 18 ans et de ne présenter aucune pathologie (ni antécédent pathologique) de l'épaule.

Deux évaluateurs ayant une année d'expérience clinique participent à l'étude, après avoir reçue une formation et un entraînement de 2 heures sur la mesure à effectuer. Les mesures sont effectuées sur chacune des épaules des sujets et sont répétées 3 fois. L'ordre d'intervention des évaluateurs comme celui du côté mesuré en premier sont déterminés par tirage au sort. Les évaluateurs ne sont pas informés des résultats (mesure effectuée en insu).

La mesure clinique du petit pectoral est effectuée sujet en décubitus dorsal, bras le long du corps paumes de mains dirigées vers le haut. La longueur du petit pectoral est mesurée entre le bord inférieur et médial du processus coracoïde et le bord inférieur de la 4<sup>e</sup> côte, près du sternum. Ces repères osseux sont déterminés par la palpation. Puis la

longueur obtenue est rapportée à la taille des sujets et exprimée en % de la taille. D'autre part, pour limiter l'influence de la ventilation sur la longueur du petit pectoral, les sujets ont pour consigne de souffler avant la mesure et d'inspirer après qu'elle ait été faite.

Les résultats montrent que la reproductibilité intra-évaluateur pour le groupe conflit est excellente (ICC compris entre 0,87 [SEM 0,21–0,27 %]) pour le côté symptomatique et 0,93 (SEM 0,19–0,30 %) pour le côté asymptomatique. Elle est bonne pour le groupe témoin (ICC compris entre 0,76 [SEM 0,29–0,32 %]) pour le côté dominant et 0,87 (SEM 0,21–0,32 %) pour le côté non dominant.

La reproductibilité inter-évaluateurs est modérée (ICC compris entre 0,65 SEM 0,46 % et 0,72 SEM 0,61 %) respectivement pour les côtés non symptomatique et symptomatique dans le groupe conflit, et (ICC compris entre 0,64 SEM 0,45 % et 0,67 SEM 0,38 %) respectivement pour les côtés non dominant et dominant dans le groupe témoin. La dispersion de l'erreur de mesure apparaît relativement faible.

À titre indicatif, la longueur moyenne du petit pectoral (exprimée en % de la taille des sujets) pour le côté symptomatique était respectivement de 9,66 (0,68) pour l'évaluateur 1 et de 9,27 (0,69) pour l'évaluateur 2. Du côté sain, et pour les sujets témoins, la longueur du petit pectoral (exprimée en % de la taille des sujets) variait entre 8,86 (0,65) 9,64 (0,72) selon les évaluateurs.

Patrick Colné  
colne.patrick@wanadoo.fr



Figure 2. Instrument mécanique servant à l'évaluation manuelle de la raideur rachidienne ([1]).

### Les structures superficielles du complexe sacro-iliaque peuvent générer des douleurs du même type que celles issues de l'articulation sacro-iliaque. Ces douleurs peuvent être mises en évidence par des tests dits de « provocation de douleurs sacro-iliaques »

- Skuli Palsson T, Graven Nielsen T. Experimental pelvic pain facilitates pain provocation tests and causes regional hyperalgesia. Pain 2012;153:2233–40.

Le premier objectif de cette étude est de vérifier que les structures superficielles du complexe sacro-iliaque peuvent générer des douleurs semblables aux douleurs

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2623091>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2623091>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)