

Approche et remarques sur le traitement masso-kinesthésique des MFM

RAYNALD DUVAL

Si nombre de patients sont des personnels hospitaliers vaccinés, le kinésithérapeute est aussi confronté à la myofasciite à macrophages comme professionnel de santé. Ni averti ni formé, il peut cependant contribuer à la prise en charge de ces patients atypiques. Un confrère témoigne humblement de son expérience.

MOTS CLÉS

Aluminium
Balnéothérapie
Douleur
Kinésithérapie
Muscle
Myofasciite à macrophages
Syndrome de fatigue chronique
Vaccin

Masseur-kinésithérapeute âgé de 43 ans, j'ai créé mon cabinet en 1987 dans la proche périphérie d'Amiens. Je suis maintenant associé avec mon ancienne assistante depuis 4 ans.

Le plateau technique est relativement complet et bénéficie d'une structure de kiné-balnéothérapie depuis 1991.

Le cabinet reçoit toutes les pathologies classiques mais la neurologie et la rhumatologie deviennent prépondérantes, peut être aussi grâce à l'hydrothérapie et à notre expérience plus marquée dans ces secteurs.

Nous avons actuellement 4 cas de myofasciite à macrophages et 2 cas de fibromyalgie en soins.

J'associe volontairement ces 2 pathologies car les techniques de rééducation se recoupent assez souvent, ainsi que dans leur gestion administrative, sociale et professionnelle (expertises, procédures et contraintes psychologiques).

J'insiste sur le fait que ce petit nombre de cas ne me permet pas de tirer de larges conclusions.

Cet article n'a pour humble prétention que d'orienter vers une approche plus pragmatique de cette pathologie, tout comme j'aurais aimé le savoir lors de mes premiers contacts avec ces patients particulièrement désemparés face à l'émergence de ce « syndrome » rare, dont ils subissent les effets aussi bien physiques que psychologiques.

Bilans qui conditionnent et orientent les techniques de rééducation

Bilan de la douleur

La douleur constitue un facteur prépondérant de cette pathologie.

Le patient nous décrit généralement une raideur globale matinale avec une notion de dérouillage plus ou moins long (1/2 heure) pour retrouver une activité sub-normale.

« Cette asthénie majeure présente dès le début de journée perturbe les activités, aussi bien sociales que professionnelles du sujet encore actif. »

Cette notion de pesanteur est souvent associée à une fatigue importante, présente dès le réveil comme si la nuit n'avait pas été réparatrice mais souvent agitée. Une phrase revient souvent pour caractériser cet état, le patient nous dit : « *Je me lève aussi fatigué que je me suis couché la veille* ».

Cette forme d'asthénie majeure présente dès le début de journée perturbe les activités, aussi bien sociales que professionnelles si le sujet est encore actif. A titre personnel, les patients rencontrés sont en phase inactive

Masseur-kinésithérapeute
133, rue Jean Catelas
80480 Saleux
E-mail: raynald.duval1@wanadoo.fr

Article commandé le : 4/12/2007
Article reçu le : 28/02/2008
Article relu le :
1^{er} relecteur : 03/03/2008
2^e relecteur : 27/03/2008
3^e relecteur : 01/04/2008
Article accepté le : 02/04/2008

pour la majorité. Lors de la première verticalisation de la journée, les appuis plantaires sont douloureux, ainsi que les zones achilléennes.

Bilan cutané et sensitif

- Chez 2 patients : signes d'éruptions cutanées sous forme de plaques érythémateuses parfois localisées au niveau des coudes, de la main sous forme de prurits au niveau des métacarpo-phalangiennes (MCP).
- Sudation nocturne localisée au niveau du cou et des membres inférieurs, et majorée par un état de stress.
- Engourdissement des zones de pressions prolongées lors du sommeil.
- Paresthésies distales (mains et pieds).
- Contractures à types de crampes difficiles à faire céder, suivies de douleurs post-contractures (extenseur propre du pouce).

« Chez tous les sujets, les corps musculaires sont globalement sensibles à la pression. »

Bilan orthopédique

- Pas de raideurs articulaires vraies ; les diminutions de la mobilité résultent apparemment d'une hypo-élasticité des groupes musculaires, si ceux-ci ne sont pas étirés régulièrement. En début de rééducation chez ces sujets, elles siègent essentiellement au niveau scapulaire et coxo-fémoral à type de limitation d'abduction, élévation, rotation latérale pour la première, et de flexion de hanche associée à l'extension de genou pour la seconde.
- Hypo-élasticité des chaînes musculaires postérieures (ischio-jambiers, jumeaux +++) ; le droit fémoral peut aussi être concerné. On remarque que presque tous les muscles concernés sont poly-articulaires et siègent au près des ceintures.

Bilan musculaire

Malgré quelques variations individuelles de topographie et de tonalité, les myalgies constituent un point important chez les sujets affectés.

Chez tous les sujets, les corps musculaires sont globalement sensibles à la pression, quelle que soit leur localisation. Ces douleurs sont persistantes, avec des sensations de brûlures, de strictions, de compressions, faisant penser à un syndrome des loges, mais très diffus dans leur localisation.

L'étirement maximal, même doux et progressif, est lui aussi sensible lors des premières séances.

On remarque spécifiquement des points communs, comme les points d'insertions musculaires :

- V deltoïdien, épicondyliens médiaux et tubercules des grands adducteurs ;
- le long du trajet du TFL, les gastrocnémiens ainsi que le tibial antérieur sur sa terminaison en regard du dos du tarse ;

- au niveau du tronc : les para-vertébraux ainsi que les trapèzes sont particulièrement sensibles à la pression et aux premiers massages.

Bilan circulatoire

La présence d'œdèmes des membres inférieurs est constante chez tous les patients, mais de forme plus ou moins marquée selon l'âge, le sexe, la baisse d'activités aussi bien sociales que professionnelles, et la sédentarité.

La stase circulatoire est donc souvent fonctionnelle, essentiellement gravitaire, avec des douleurs en bracelet au niveau des chevilles et une augmentation de volumes ganglionnaires : inguinaux, poplités et rétro-mal-léolaires, axillaire et épicondylie médiale au niveau des membres supérieurs ainsi que la main et les doigts. En règle générale, les patients ne supportent plus leurs chaussures en fin de journée, une des patientes ne supporte plus ses bagues.

Bilan neurologique

Bien que cette pathologie ne soit pas assimilée à une pathologie d'origine neurologique, on remarque des syndromes du canal carpien parfois associés, ou en tout cas des symptômes pouvant y faire penser. De même que des syndromes de défilés des scalènes sans vraie compression des troncs artério-veineux.

Les sujets étant généralement en surcharge pondérale par diminution d'activité, on peut aussi penser que la masse des membres supérieurs peut majorer les douleurs d'étirement des ceintures.

« L'activité de ces patients dépend directement des variations et fluctuations de la douleur et de la fatigue. »

Bilan respiratoire

La capacité vitale de ces patients est généralement diminuée de 20 à 30 %, selon les cas.

L'adaptation à l'effort se fait plus difficilement, avec une endurance toute relative et une fatigabilité à l'effort importante. Les déficits sont essentiellement restrictifs ; ils peuvent être compliqués par un syndrome obstructif, comme pour l'un des patients atteint d'asthme chronique. À titre indicatif, un patient décrit des pauses apnéiques nocturnes (examens en cours).

Bilan fonctionnel

L'activité de ces patients dépend directement des variations et fluctuations de la douleur et de la fatigue. La fatigue marque en effet le tableau, elle est fluctuante, sans signes prédictifs, ce qui limite les activités les plus élémentaires, telles que l'équilibre ou la marche, parfois même l'expression verbale. La vie professionnelle

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2625120>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2625120>

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