

Lu pour vous

Jean-Louis Estrade^a, Patrick Colné^b

^aChemin du Postillon, 36100 Issoudun, France

^b21, rue Père-Corentin, 75014 Paris, France

■ Identifier cliniquement un canal lombaire étroit

Dobbs R, May S, Hope P. The validity of a clinical test for the diagnosis of lumbar spinal stenosis. *Man Ther* 2016;25:27–34.

À la recherche d'un test clinique simple pour identifier des altérations canalaires et/ou foraminales lombaires, les auteurs de cette étude ont recruté, sur une période de six mois, des sujets de 50 ans et plus pour évaluer leur extension et leur inclinaison latérale lombaires. Le critère d'inclusion principal était la plainte d'irradiations fessières uni- ou bilatérales depuis au moins six semaines.

Procédure principale

Le patient est debout, le kinésithérapeute latéral à lui. Le genou du patient est stabilisé en extension par le genou du kinésithérapeute. La main du patient homolatérale au kinésithérapeute est placée sur son épaule opposée. Le patient, guidé manuellement par le kinésithérapeute, est invité à se placer en extension complète et à indiquer si des douleurs surviennent lors de cette posture. La posture est maintenue jusqu'à production des irradiations dans le membre inférieur ou arrêtée au bout d'une minute en l'absence de symptômes.

Procédure secondaire

Pour sensibiliser le foramen inter-vertébral, la même manœuvre est réalisée en extension et inclinaison latérale homolatérale au kinésithérapeute, du côté douloureux ou déclaré le plus douloureux lorsque les troubles sont bilatéraux.

La comparaison avec un examen de référence

Bien que le parallélisme entre l'imagerie médicale et les souffrances des patients

ne soit pas définitivement établi, l'IRM reste l'examen de référence pour déterminer avec validité et fiabilité la présence d'un canal lombaire étroit (CLE). Le caractère sévère, modéré, faible ou absent de la sténose acquise du canal lombaire y est déterminé par la réduction de sa section et le rapport névraxe/ espace occupé par le liquide cérébrospinal. Celui de la sténose foraminale est déterminé par la réduction de sa section et l'altération de la graisse épидurale (*Tableaux I et II*).

Validité

Sur les 30 patients de plus de 50 ans (âge moyen : $64 \pm 6,9$ ans) présentant des irradiations douloureuses dans la ou les cuisses, 87 % d'entre eux étaient positifs pour au moins une composante du test. La prévalence des patients ayant une sténose était de 83 %, dont 30 % ayant une sténose canalaire, 33 % une altération foraminale, 17 % un cumul des deux atteintes.

La sensibilité est forte (0,92 IC 95 % [0,72–0,99]), la spécificité est faible 0,40 IC 95 % [0,07–0,82].

Le ratio de vraisemblance positif est de 1,53 (0,74 à 3,16). Le ratio de

vraisemblance négatif est de 0,2 (0,003 à 1,36) :

- si le test est négatif, cela permet de considérer vraisemblable que le patient ne puisse pas présenter d'altération foraminale ou canalaire à l'IRM ;
- si le test est positif, cela ne permet pas de considérer vraisemblable que le patient présente une altération foraminale ou canalaire à l'IRM (ceci reste vrai, quelque soit l'importance des altérations IRM).

Conclusion

La suspicion clinique de la présence d'un CLE à partir d'observations classiques (augmentation de la douleur du membre inférieur en position debout, absence de douleur en position assise, soulagement de la douleur en flexion, marche avec élargissement du polygone de sustentation) restent préférables à ce test : invoquer des obstacles canalaires ou foraminaux en présence d'un test isolé positif est fortement hasardeux.

Jean-Louis Estrade

Adresse e-mail : jean-louis.estrade@club-internet.fr (J. Estrade).

Tableau I. Sévérité de la sténose acquise du canal lombaire.

Sévérité	Définition
Sévère	Étroitesse de plus de 50 %. Pas de liquide cérébrospinal (LCS)
Modérée	Étroitesse de plus de 50 %. Plus de névraxe que de LCS
Faible	Étroitesse de moins de 50 %. Autant de névraxe que de LCS
Aucune	Étroitesse de moins de 50 %. Plus de LCS que de névraxe

Tableau II. Sévérité de la sténose acquise du foramen inter-vertébral lombaire.

Sévérité	Définition
Sévère	Compression avec disparition complète de la graisse entourant la racine
Modérée	Compression avec déformation de la graisse entourant la racine
Faible	Réduction du foramen sans altération de la graisse épидurale
Aucune	Pas de réduction du foramen, pas d'altération de la graisse épидurale

Auteur correspondant :

J.-L. Estrade

Chemin du Postillon, 36100 Issoudun, France.

Adresse e-mail :

jean-louis.estrade@club-internet.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2016.09.029>

■ **Commentaire de Jacky Otero : analyse de la pertinence du test d'extension pour évaluer le CLE**

Dobbs R, May S, Hope P. The validity of a clinical test for the diagnosis of lumbar spinal stenosis. *Man Ther* 2016;25:27-34.

Cette étude devrait nous faire poser plusieurs questions tant sur la forme que sur le fond.

Dans quelle mesure le *Gold Standard* utilisé est pertinent (IRM) pour répondre à la question = une imagerie positive ne signifie pas que le patient est symptomatique pour cette raison. D'autant qu'il y a un lien direct entre modification structurelle et l'âge des patients, sans qu'ils aient de problème.

En quoi une production de douleur en extension, ou en inclinaison, prouve que la cause est en lien avec la réduction canalaire ou foraminale ? C'est souvent le cas pour des atteintes discales, voire zygapophysaires ou sacro-iliaques.

Quel délai avant production de symptômes permettrait de différencier une sténose pertinente d'un syndrome de dérangement ? Pour ce dernier, il est possible d'abolir les symptômes, rapidement, en retrouvant la *Préférence Directionnelle* (PD) permettant de *Centraliser*, voire abolir les symptômes à la répétition ou lors d'une posture. De nombreux syndromes de dérangement « *latéraux* » (avec une PD en glissement/inclinaison ou en rotation) donnent une symptomatologie mimant une sténose. La validité des tests des mouvements répétés ayant été évaluée de nombreuses fois favorablement, avec des praticiens suffisamment formés, il serait même facile de les exclure préalablement.

Si une étude devait donner suite à cette recherche de tests permettant de poser un diagnostic fiable de sténose, pour réduire les coûts d'examen par exemple, il faudrait :

- évaluer des patients d'âges différents pour pouvoir comparer les résultats de l'imagerie et surtout des tests ;
- éliminer préalablement les syndromes de dérangement, par des praticiens suffisamment formés, afin de n'avoir que des patients ne pouvant être améliorés facilement et sans besoin d'imagerie ;
- modifier le protocole d'évaluation pour évaluer l'impact du temps de maintien

nécessaire sur le déclenchement des symptômes ;

- comparer les résultats des tests en charge avec leur équivalent en décharge = si l'extension maintenue en charge produit, voire périphérise les symptômes, l'équivalent en pro-cubitus peut les centraliser voir les abolir (ce qui invaliderait la cause canalaire ou foraminale ;
- envisager une règle de prédiction clinique incluant recherche de PD, de Centralisation et de production de symptômes dans les membres en extension ou en inclinaison ;
- en attendant le test utilisé ici reste non spécifique et donc sans intérêt diagnostique de façon isolée (hors diagnostic d'exclusion).

Jacky Otero

Adresse e-mail : jacky.otero@wanadoo.fr
(J. Otero).

■ **En cas d'arthrose de hanche la mobilisation passive coxo-fémorale sous traction manuelle est efficace pour diminuer les douleurs, augmenter les amplitudes articulaires et améliorer les capacités fonctionnelles**

Beselga C, Neto F, Albuquerque-Sendin F, et al. Immediate effects of hip mobilization with movement in patients with hip osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Man Ther* 2016;22:80-5.

Objectif

L'objectif de cette étude est d'évaluer les effets immédiats de la mobilisation avec mouvement (technique dite MWM de Mulligan) de l'articulation coxo-fémorale en cas d'arthrose. Il s'agit d'une étude randomisée, contrôlée avec placebo menée en double aveugle.

Critère d'inclusion

Les critères d'inclusion dans l'étude sont d'être âgé de plus de 65 ans et de souffrir d'arthrose de hanche suivant les critères cliniques définis par le collège américain de rhumatologie. Parmi les critères d'exclusion figurent : toute chirurgie du membre inférieur au cours des 6 mois précédents, être atteint d'une arthrite de hanche, avoir besoin d'une aide de marche pour se déplacer, toute MK préalable au niveau de la hanche et toute incapacité de comprendre les instructions.

Méthode

Au total, 40 sujets constituent la population étudiée (âge moyen 78 ans ± 6, 54 % de femmes). Ces sujets sont répartis en 2 groupes de manière aléatoire. L'un des groupe reçoit la technique de « mobilization with movement » (MWM), l'autre reçoit un placebo de mobilisation et sert de témoin. La technique MWM est effectuée en flexion, puis en rotation médiale.

La technique MWM consiste ici, à effectuer un mouvement de flexion de hanche ou un mouvement de rotation médiale de hanche, tout en appliquant à l'articulation un mouvement « accessoire » de traction manuelle perpendiculairement à l'axe de la cuisse. Chaque mouvement est effectué 10 fois de suite en respectant une amplitude de flexion de hanche non douloureuse. Trois séries de ces mouvements sont appliquées avec un repos d'1 minute entre 2 séries. Le mouvement de rotation de hanche est effectué sur une position de flexion non douloureuse de hanche.

La technique placebo consiste à placer la hanche en flexion non douloureuse et l'y maintenir durant 10 secondes (3 séries de 10 répétitions). Le maintien en rotation médiale est effectué hanche fléchie.

Les résultats sont évalués en aveugle (l'évaluateur ne sait pas quelle technique a été appliquée aux sujets) et les sujets ne savent pas à quel groupe de traitement ils appartiennent (MWM ou placebo). Le critère principal de jugement est la douleur mesurée à l'EVA, les critères secondaires sont les amplitudes de flexion et de rotation médiale de hanche (mesurés avec un goniomètre classique) et des tests fonctionnels (le *timed up and go test* = TUG, le 30s chair stand test = nombre de passages assis-debout effectués en 30s, le 40 m de marche à vitesse confortable).

Résultats

Les résultats montrent que les caractéristiques démographiques des sujets des 2 groupes ne sont pas statistiquement différentes avant traitement. Il en est de même pour les valeurs de tous les indicateurs étudiés avant traitement.

Après traitement, les résultats sont en faveur du groupe MWM avec une différence statistiquement significative pour tous les indicateurs étudiés (*les différences obtenues sont supérieures à l'erreur de mesure*) :

- la douleur a diminué d'une valeur supérieure à l'erreur de mesure pour

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5564671>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5564671>

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