

CO-40

Étude sur l'efficacité des techniques Mulligan auprès de patients présentant une lombalgie non spécifique : étude clinique placebo-controlée et randomisée



Benjamin Hidalgo (éducateur physique, kinésithérapeute, ostéopathe, thérapeute manuel et doctorant en sciences de la motricité, enseignant-chercheur-praticien et co-responsable de la formation continue en thérapie manuelle orthopédique)^{a,b,*}, Laurent Pitance (professeur, kinésithérapeute, thérapeute manuel, docteur en sciences de la motricité, co-responsable de la formation continue en thérapie manuelle orthopédique)^b, Louis André (kinésithérapeute)^b, Alexandre Oldenhove (kinésithérapeute)^b, Toby Hall, PhD (physiothérapeute, thérapeute manuel)^c, Christine Detrembleur (professeur, kinésithérapeute, docteur en sciences de la motricité)^{a,b}, Henri Nielens (professeur, docteur en médecine physique, docteur en sciences de la motricité)^{a,b}

^aIoNS (Institute of Neuroscience), avenue Mounier 5375. Bruxelles. Belgique

^bFaculté des sciences de la motricité, université catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve, Belgique

^cSchool of Physiotherapy, Curtin Innovation Health Research Institute, Curtin University of Technology, Perth, Australie

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : benjamin.hidalgo@uclouvain.be (B. Hidalgo)

La lombalgie commune fait partie des pathologies musculo-squelettiques les plus fréquentes pour lesquelles les patients font appel à des soins médicaux [1]. Elle est aussi la cause la plus importante de limitations d'activités et d'absentéisme à travers le monde [2]. Jusqu'à 75 % de la population occidentale active souffre de lombalgie au moins une fois dans sa vie [3]. Le nombre de personnes lombalgiques continuera à augmenter dans les décennies à venir [4-6]. Ces différentes constatations rendent indispensable l'élaboration de soins efficaces et validés dans le traitement de cette pathologie. La thérapie manuelle orthopédique (TMO) fait partie des soins préconisés dans le traitement de la lombalgie. Elle est recommandée dans des « guidelines » nationaux, comme aux États-Unis [7], et est d'ailleurs fréquemment utilisée dans la pratique clinique [8,9]. Comme le démontrent des études récentes, la TMO apporte des résultats très satisfaisants par rapport à d'autres prises en charge classiques [7,10]. Depuis quelques années, un nouveau concept en TMO prend de l'ampleur sur le plan mondial mais reste peu étudié au niveau lombaire ; il s'agit des « sustained natural apophyseal glides » (SNAGs) développées par Brian Mulligan. L'objectif principal de notre travail est de comparer les effets immédiats d'un vrai et d'un faux traitement SNAG appliqué à la région lombaire sur la cinématique (amplitude et vitesse des mouvements du tronc) [6], la douleur, la fonction et la kinésiophobie au sein de patients souffrant de lombalgie commune.

Méthode et sujets Quatre-vingt-sept patients présentant une lombalgie commune ont été recrutés, 32 de ceux-ci ont été inclus suivant des critères précis relevant de l'indication spécifique de la technique (diminution de la douleur lors de l'application du SNAG) et suivant un pattern déterminé de douleur plus importante en flexion du tronc.

Groupes et interventions : Ces patients ont été randomisés dans deux groupes pour obtenir une séance (3 séries × 6 mouvements) d'un vrai traitement SNAG ($n = 16$) et d'un faux ($n = 16$) en position assise avec ceinture et en flexion du tronc (Fig. 1).

Matériel et variables Les variables analysées sont deux nouveaux algorithmes validés ; un pour l'amplitude (A-ROM) et l'autre pour la vitesse (A-Vitesse) lors de différents mouvements du tronc (BTS-Elite) à partir de la position assise, ainsi que la douleur, la fonction et la kinésiophobie à l'aide de questionnaires validés.

Résultats Sur 6 variables mesurées (Tableaux 1 et 2), 5 ont démontré une différence significative avec des « effect size » importants entre les 2 groupes. A-ROM (p -value $< 0,05$; effect size- $d = 0,86$), Douleur (EVA) au repos et en flexion ($p < 0,001$; $d = 1,5$ et $1,7$), fonction (ODI) ($p < 0,001$; $d = 1,3$), kinésiophobie (Tampa-scale) ($p = 0,03$; $d = 0,81$). Seul A-Vitesse n'a pas atteint le degré de signification ($p = 0,09$) malgré un effect size modéré ($d = 0,62$). Aucun effet secondaire modéré ou important n'a été rapporté parmi les 2 groupes.

Discussion et conclusion Les SNAGs au niveau lombaire ont un intérêt clinique et scientifique certain dans le traitement de la lombalgie. Cependant, au vu de nos résultats, les patients aigus semblent tirer un bénéfice plus important du SNAG (Fig. 2). L'efficacité de la technique pourrait donc ne pas être identique pour toutes les durées de lombalgie. Des études complémentaires, à échantillons moins hétérogènes sont donc requises pour préciser l'importance de nos résultats ainsi que leurs durées dans le temps.

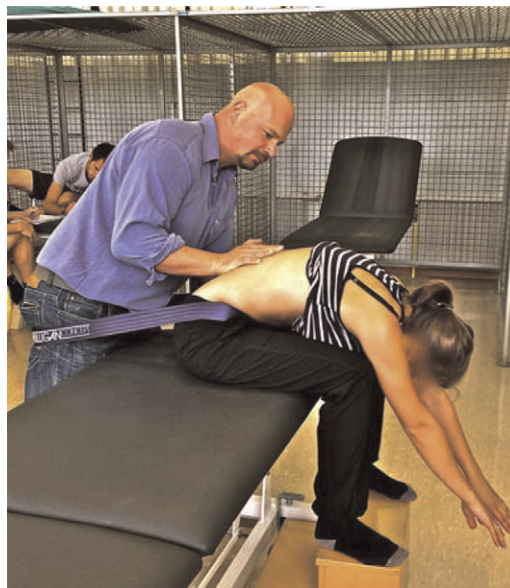


Fig. 1 Traitement SNAG lombaire en assis et en direction de flexion avant du tronc (vrai en accord avec les principes de B. Mulligan ; faux sans force de correction).

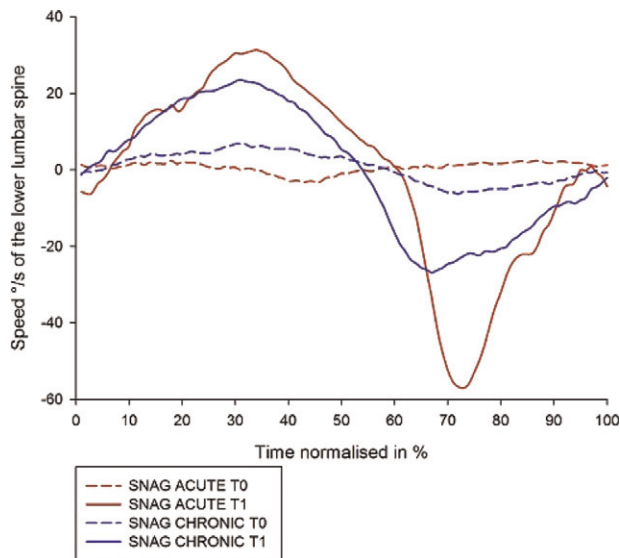


Fig. 2 Représentation de la vitesse du segment lombaire bas (S2-L3) lors de la flexion du tronc avant (T0) et après traitement SNAG (T1) chez un patient lombalgique typique aigu et chronique.

Tableau 1 Anova one-way repeated measure entre T0 et T1 pour chaque variable dans chaque groupe et taille de l'effet clinique pour chaque variable à l'intérieur de chaque groupe (entre T0 et T1).

	Placebo (n = 16)		SNAG (n = 16)	
	Valeur p	d (IC à 95 %)	Valeur p	d (IC à 95 %)
LS ROM	0,879	0,024 (-0,67 : 0,72)	0,009**	0,623* (-0,09 : 1,33)
LS SPEED	0,578	0,119 (-0,57 : 0,81)	0,038*	0,638* (-0,07 : 1,35)
EVA repos	0,456	0,101 (-0,79 : 0,59)	< 0,001***	0,817** (0,10 : 1,54)
EVA flexion	0,088	0,297 (-0,40 : 0,99)	< 0,001***	1,460** (0,68 : 2,24)
ODI	0,552	0,055 (-0,75 : 0,64)	0,001**	0,495* (-0,21 : 1,20)
TAMPA	0,164	0,183 (-0,51 : 0,88)	0,004**	0,829** (0,11 : 1,55)

La valeur p est le résultat du test et la valeur d (Cohen's d relation) représente l'effet clinique. Les deux tests ont été effectués sur base des moyennes des scores obtenus pour chaque variable dans chaque groupe à T0 et T1. Pour la valeur p et l'effet clinique : * : différence significative entre T0 et T1 et effet modéré ; ** : hautement significative et effet important ; *** : très hautement significative. LS ROM : Logit Score pour l'amplitude de mouvement ; LS Speed : Logit Score pour la vitesse ; EVA repos : échelle visuelle analogique au repos ; EVA flexion : échelle visuelle analogique en flexion du tronc ; ODI : Questionnaire Oswestry disability index ; Tampa : Questionnaire tampa.

Tableau 2 Anova one-way entre les deux groupes et taille de l'effet clinique sur base des différences de moyennes entre T1 et T0 pour chaque variable.

	Valeur p	d (IC à 95 %)
LS ROM	0,020* (0,577)	-0,866** (0,14 : 1,59)
LS SPEED	0,090 (0,271)	-0,620* (0,09 : 1,33)
EVA repos	< 0,001*** (0,982)	-1,456** (0,68 : 2,24)
EVA flexion	< 0,001*** (0,998)	-1,680** (0,87 : 2,49)
ODI	0,001*** (0,920)	-1,244** (-2,00 : -0,49)
TAMPA	0,030* (0,496)	-0,803** (-1,523 : -0,08)

Valeur p et l'effet clinique : * : différence significative entre les groupes et effet modéré ; ** : hautement significative et effet important ; *** : très hautement significative.

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Manek NJ, MacGregor AJ. Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. *Curr Opin Rheumatol* 2005;17:134–40.
- [2] Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24(6):769–81.
- [3] Hidalgo B, Gobert F, Bragard D, Detrembleur C. Effects of proprioceptive disruption on lumbar spine repositioning error in a trunk forward bending task. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2013;26(4):381–7.
- [4] Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheumatism* 2012;64(6):2028–37.
- [5] Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006;332:1430–4.
- [6] Hidalgo B, Nielens H, Gilliaux M, Hall T, Detrembleur C. Use of kinematic algorithms to distinguish people with chronic non-specific low back pain from asymptomatic subjects: a validation study. *J Rehabil Med* 2014;46:819–23.
- [7] Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 2012;42(4):A1–57.
- [8] Li LC, Bombardier C. Physical therapy management of low back pain: an exploratory survey of therapist approaches physical therapy, 81. 2001;p. 1018–28.
- [9] Liddle SD, David Baxter G, Gracey JH. Physiotherapists' use of advice and exercise for the management of chronic low back pain: a national survey. *Man Ther* 2009;14(2):189–96.
- [10] Hidalgo B, Detrembleur C, Mahaudens P, Nielens H. The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of

3^e Congrès SFKV

CO-41

Syndrome vestibulaire aigu lors d'une thrombophlébite cérébelleuse : à propos d'un cas



Eric Blin (kinésithérapeute)

38, rue de Malleville, 95880 Enghien-Les-Bains, France

Adresse e-mail : blin.eric@wanadoo.fr

Objectif Rapporter le cas clinique d'un syndrome vestibulaire déficitaire aigu devenant cochléo-vestibulaire permettant de découvrir une thrombophlébite cérébelleuse.

Matériel et méthode Nous rapportons le cas d'une femme de 31 ans qui a présenté un syndrome vestibulaire aigu avec vomissements et troubles visuels lors de son admission aux urgences puis s'amendant dans les jours suivants. Le scanner avec injection étant normal hormis une possible mastoïdite la patiente a été déclarée sortante et adressée à un cabinet de kinésithérapie vestibulaire. L'apparition d'un déficit auditif et d'un acouphène invalidant contrastant avec le diagnostic initial conduisent le kinésithérapeute à renvoyer la patiente pour avis ORL. La réalisation d'une IRM en urgences pose le diagnostic de thrombophlébite cérébelleuse probablement d'origine septique. La patiente a été héparinée en urgence, permettant une excellente récupération (Fig. 1 et 2).

Résultat La connaissance des signes cliniques d'une pathologie est indispensable pour une prise en charge kinésithérapique correcte d'un patient. Leurs modifications doit alerter le praticien et provoquer une remise en question du diagnostic kinésithérapique ; ici, un travail rééducatif de compensation d'une probable névrite vestibulaire.

Conclusion Le kinésithérapeute se doit de connaître parfaitement la pathologie rééduquée, il s'inscrit dans l'équipe soignante et partage avec elle la responsabilité de la prise en charge du patient. A ce titre il doit s'obliger à une communication la plus étroite possible avec ses correspondants.

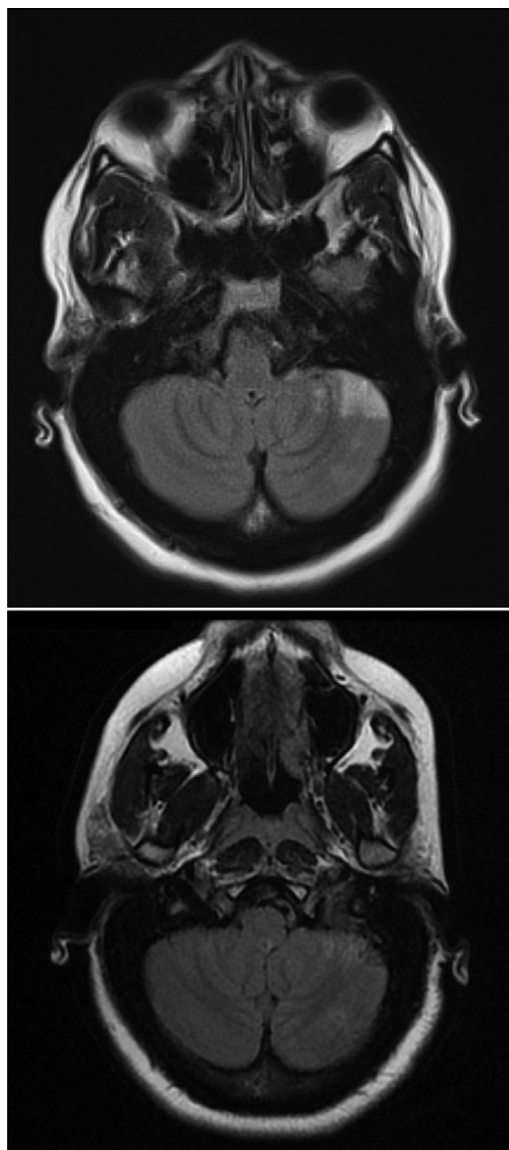


Fig. 1 IRM des 16 fev. et 17 mars montrant l'évolution après traitement.