



# L'ÉPAULE AU T.O.P

**L'ÉCHOSCOPIE PAR LE KINÉSITHÉRAPEUTE POUR LES  
KINÉSITHÉRAPEUTES: UN OUTIL D'ORIENTATION.**

Sylvain Riquier,

PT, DO, Cred MDT,

DIU Anatomie appliquée à l'examen clinique et à l'imagerie

Membre de la NASS, SFP, SFR, SIMS

## CONFLITS D'INTERETS

- ❑ Fondateur et Responsable de l'Institut Physio-Echographie-Fonctionnelle (IPEF). Centre de formation continue en échographie pour Kinésithérapeutes.
- ❑ Assistant de cours pour l'Institut McKenzie France



- Quelles sont les dernières recommandations scientifiques dans la prise en charge des TMS ?
- Sur quel raisonnement clinique le kinésithérapeute peut-il s'appuyer pour déclencher un acte d'échoscopie pertinent?
- Dans quelles présentations cliniques l'échoscopie peut-elle s'avérer utile dans la pratique du Kinésithérapeute et avec quels objectifs?
- Quels sont les bénéfices d'une telle compétence pour le Kinésithérapeute et les précautions à prendre dans le suivi thérapeutique du patient?

## PREVALENCE DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES: QUELQUES RAPPELS EPIDEMIOLOGIQUES

Près de 45% des patients ont rapporté avoir des douleurs musculo-squelettiques pendant plus de 3 mois dans l'année écoulée

D'après une étude Norvégienne (Hagen 2011) sur un échantillon de 64780 personnes,

Parmi une population de 257 nageurs Bresilliens de haut niveau, 60% d'entre eux ont rapporté avoir au moins eu 1 blessure dans l'année écoulée et notamment au niveau de l'épaule avec le diagnostic de tendinopathie (IJSPT 2015)

Les prévalences respectives concernant l'épaule, les cervicales et les lombaires sont de 25,8%, 23,6% et 22,7%. Les prévalences augmentent avec le vieillissement

Miranda et al 2012

les TMS hors lombalgie représentent un coût annuel de 800 M€ et la lombalgie à elle seule plus d'un milliard.

Rapport de 2016 de l'assurance maladie sur la santé au travail

L'histoire naturelle varie selon la localisation des symptômes : par exemple seulement 50% des douleurs d'épaule sont totalement abolies dans les 6 mois et 60% à un an

Van der Heijden 1999  
Pribicevic 2012

**Donc importance de les évaluer et les traiter tôt.**

**Le kinésithérapeute a donc un rôle de santé publique**

## QUE DIT LA RECHERCHE A PROPOS DU MODELE PATHO-ANATOMIQUE

- ❑ Traditionnellement, les TMS sont diagnostiqués selon un model patho-anatomique: évaluation clinique selon des tests orthopédiques dit « spécifiques » et prescription d'actes d'imageries.
- ❑ Cependant, il existe un manque de fiabilité et de validité dans de nombreux tests cliniques – tests sensibles au sens statistique du terme mais pas spécifiques (Hegedus et al 2007, May et al 2010) .
- ❑ De plus il existe des anormalités structurales à l'imagerie (IRM et Echographie) dans les populations asymptomatiques dans la population générale comme dans la population athlétique (Gill et al 2014, Lee et al 2017).
  - Dans une population de volleyeurs de haut niveau, il a été retrouvé 50% d'anormalités structurales au niveau du labrum dont 8% considérés « sévères », 25% d'anormalités modérées au niveau de la coiffe des rotateurs ainsi que 17% considérées sévères (Fredericson et al 2009)
  - Dans une population de nageur de haut niveau 83% d'entre eux avaient des anormalités modérées au niveau du labrum (Fredericson et al 2009)
  - Sur une étude de 5 ans de suivi, il a été retrouvé 40% de lésions de la coiffe au niveau de l'épaule dominante dans une population de basketteur de haut niveau (Connor et al 2003).

- Difficile de donner un diagnostic et donc un pronostic fiable selon ce modèle.
- Indispensable de différencier le symptôme qui ressort d'une lésion structurale pertinente et de ce qui ressort du vieillissement naturel
- Risque d'errance diagnostic et de nocebo pour le patient (Accroissement des « yellow flags » et augmentation des risques de douleur persistantes).
- coût de santé publique
- Risque d'augmentation des coûts de santé publique
- **Tous les TMS ne nécessitent pas d'imagerie (Gail Dean Deyle 2011)**



## Quid des recommandations internationales?

Certains auteurs recommandent de changer d'approche (Schellingerhout et al 2008). Le but est de **classifier les patients en groupe homogène selon la réponse symptomatique** et de privilégier des combinaisons de caractéristiques ou schémas cliniques en premiers recours (Hegedus, Cook 2015).

# Pourquoi la classification MDT / Méthode McKenzie (mechanical diagnosis and therapy) ?

- ❑ Les principes clés MDT sont en lien avec les « guidelines internationales » : Classification basée en syndrome et sous-groupes homogènes basée sur la réponse symptomatique, principe d'auto-traitement du patient, prise en compte des influences bio-psycho-sociales, prise en charge patient-centrée et approche collaborative entre le praticien et le patient.
- ❑ De nombreuses études ont pu démontré que cette approche permet de classier le patient de façon précise et fiable (Clare et al 2005, Dionne et al 2006, May et Ross 2009) non pas en se basant sur la structure tissulaire anatomique mais selon la réponse symptomatique et mécanique notamment à travers des tests de mouvements répétés en fin d'amplitude ou lors de positions maintenues. Concernant l'épaule le Kappa inter-examineur est de 0,90 (Abady et al 2014)
- ❑ Concernant les extrémités, la classification MDT est divisée en 3 principaux syndromes: dérangement, dysfonction (articulaire et contractile) et postural. Si la réponse symptomatique et mécanique ne correspond pas l'une des définitions de chacun des syndromes, la pathologie du patient sera classifiée dans une catégorie appelée « autre » parmi les sous-groupes suivants: post-trauma, mécaniquement non concluant, structure articulaire compromise, syndrome canalaire, chirurgie récente, syndrome de douleur chronique (McKenzie et May 2009, May et al 2012).

## QUE RESTE-T-IL DU PATHO-ANATOMIQUE?

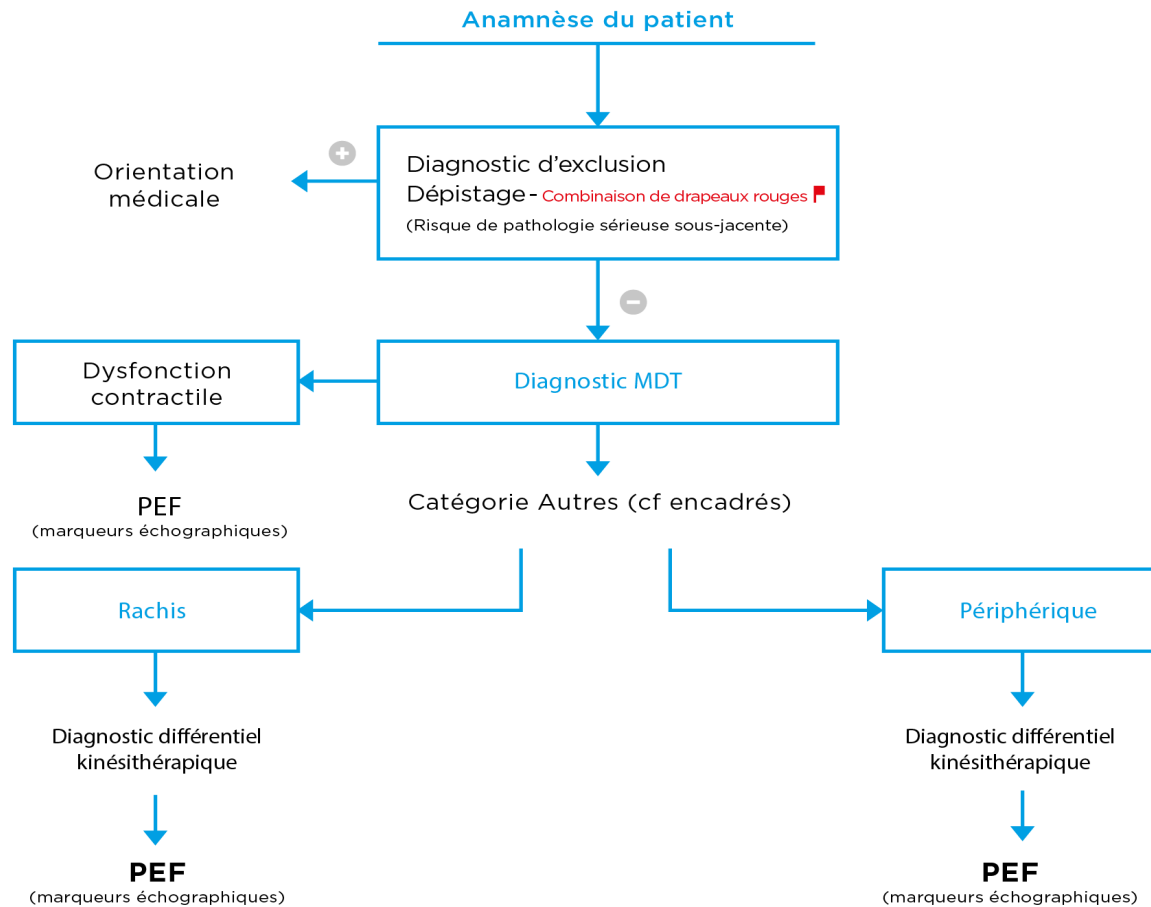
### INTERET DE LA DEMARCHE DE LA PHYSIO-ECHOGRAPHIE-FONCTIONNELLE

- La PEF s'appuie sur des raisonnements cliniques physiothérapeutiques validés et conformes aux recommandations internationales permettant de guider le professionnel à l'exercice pertinent de l'échographie dans le champs musculo-squelettique en physiothérapie que ce soit en pratique clinique ou en recherche.
- L'objectif est d'analyser les indicateurs pertinents pour déclencher une acquisition d'image échographique.
- Il s'agit d'une méthode EBP de prise de marqueurs et de données échographiques (statiques ou dynamiques comparatives).
- Cette prise de marqueurs peut être utile à la fois **en terme de « triage » lors d'un diagnostic d'exclusion** selon le tableau clinique (réorientation médicale) mais également dans le cadre d'un diagnostic différentiel kinésithérapique. Elle peut s'avérer également pertinente dans le cadre d'un management thérapeutique (tendinopathies, capsulite rétractile).





# INTERET DE LA DEMARCHE DE LA PHYSIO-ECHOGRAPHIE-FONCTIONNELLE



Exemples :

- Canal lombaire étroit
- Spondylolisthésis...

Exemples :

- Syndrôme canalair
- Capsulité rétractile, etc
- Suite traumatisme :
- consolidation fracture
- cicatrisation ligamentaire & musculaire...

## BENEFICES D'UNE TELLE COMPETENCE POUR LE KINESITHEREPEUTE

**Outils de triage complémentaire à la clinique** selon la présentation clinique et la pertinence. Réorientation médicale ou chirurgicale

Diagnostic différentiel kinésithérapique - Management thérapeutique approprié – champ ouvert pour la recherche en pratique clinique

- Syndrome canalaire
- Structure articulaire compromise
- Analyse structurelle tendineuse – Appréciation du niveau de désorganisation matricielle du tendon dans les stades 2 et 3 selon le modèle continuum de J.Cook - Adaptation de la contrainte en conséquence – (ex prévention d'une tendinopathie réactionnelle) – pronostic de récupération fonctionnelle
- Des tendons patellaires normaux à l'échographie mais douloureux chez des athlètes volleyeurs en début de saison ont un risque élevé d'être des tendons patellaires anormaux à l'échographie et douloureux ; 25 % d'entre eux resteraient douloureux avec une image échographique anormale, ce qui laisse penser que la douleur puisse précéder une image anormale dans le développement de tendinopathie patellaire (Malliaras et al 2006).

Le kinésithérapeute part sa complémentarité de clinicien et d'imageur pourra adapter son traitement et contribuer à la pertinence des soins.

## PRECAUTIONS A PRENDRE POUR LE KINESITHERAPEUTE

L'acte d'échoscopie devra s'intégrer scrupuleusement dans le cadre du champs de compétence du kinésithérapeute

Le niveau de formation en échoscopie doit être conforme aux recommandations internationales afin de réduire le risque d'erreur du fait d'un acte opérateur-dépendant et créer des nocebo pour le patient.  
EULAR (European League Against Rheumatism) en 2001 (Naredo 2007).

Le kinésithérapeute devra intégrer la pertinence d'un acte échographique à la suite d'un raisonnement clinique validé scientifique pour ne pas contribuer à une errance diagnostic

Le kinésithérapeute devra avoir une communication appropriée afin de ne pas contribuer à la création de nouvelles croyances impactant les résultats de la rééducation.



**MERCI POUR  
VOTRE  
ATTENTION !**