

Pour votre culture personnelle sachez qu'étymologiquement le mot diagnostic dans la langue française dériverait du grec « diagnôstikos » signifiant apte à reconnaître. C'est une démarche de réflexion après un temps consacré à la collecte de données. Ceci est propre aux thérapeutes de première intention, comme par exemple les médecins et comme j'espère vous serez capable de vous placer en tant qu'ostéopathe. Mais certaines professions de santé comme par exemple les masseurs kinésithérapeutes apportent du soin aux patients mais n'ont pas la nécessité d'élaborer un diagnostic qui a déjà été posé par le médecin leur définissant ainsi un cadre thérapeutique au sein duquel ils pourront appliquer leurs techniques. Je ne porte la évidemment aucun jugement de valeur mais je veux que vous compreniez dès à présent que la liberté que vous confère le positionnement en première intention s'accompagne d'un devoir impératif de diagnostique.

Depuis longtemps nos paires se battent pour la reconnaissance de l'ostéopathie et il va sans dire que reconnaissance implique compétence et sous entend de fait exigence envers soi et envers sa démarche de prise en charge du patient.

Vous comprendrez donc que cette exigence ne supporte aucune improvisation ce qui nous amène logiquement à nous intéresser à la démarche diagnostic.

Donc en logique toute séance débute par un interrogatoire général. Aujourd'hui je ne rentrerai pas d'avantage dans cet interrogatoire car je sais que vous le travaillez par ailleurs. Nous l'évoquerons tout à l'heure lors des mise en situation clinique.

Puis vient le temps de l'examen général. Comme vous pouvez le voir sur il est composé de plusieurs temps : l'examen clinique général, l'examen de la posture, l'examen psychique et il se termine normalement par l'entité le plus important, ne serait-ce qu'en temps, le diagnostic manuel d'orientation.

Le but de l'ensemble de l'examen général est de conduire à la détermination d'éventualités diagnostique qui seront confirmées et complétées par le diagnostic différentiel.

Concernant l'examen clinique général vous le verrez dans vos cours de sémiologie, mais juste un mot pour souligner l'importance de votre connaissance médical car il sera bien inutile d'arriver à recueillir des informations que vous ne pourrez pas exploiter par manque de connaissance.

Le diagnostique manuel d'orientation a pour objectif de dresser un panorama mécanique du patient, il quadrille le patient grâce à des tests qui vont mettre en lumière les régions les plus problématiques. Il permet de ne pas se focaliser dans une direction sans avoir de bonnes raisons de le faire.

Ce premier temps manuel constitue le premier temps du diagnostic manuel mécanique du patient, il doit être rapide et complet pour répondre aux buts suivants :

- Etat des lieux mécanique.
- Localisation des dysfonctions
- Détermination impérative des zones corporelles les plus déstabilisatrices du patient
- Préparer le diagnostic spécifique

Ce temps de diagnostic général qui est composé d'une suite de gestes précis et logique peut être décomposé ainsi :

- Ecoute globale
- Ecoute régionale
- Etude musculo squelettique
- Etude viscérale
- Etude cranio sacré

Le but de ce premier temps est aussi de ne pas passer à côté d'une dysfonction c'est pourquoi cette routine n'est pas forcément composé de tests obligatoirement spécifiques mais ces tests doivent être sensibles et reproductible permettant ainsi l'étalonnage.

Vu de loin lorsqu'on regarde un thérapeute chevronné il est frappant de remarquer :

- Les fluidités de ces tests
- L'exhaustivité de ces tests
- La rapidité de ces tests
- La répétition de ces tests quel que soit le patient et le motif de consultation : le moulinet dans lequel passe le patient ne change pas seul change le résultat obtenu.

Ce dernier point est important et j'attire votre attention dessus : ce n'est pas parce que les tests sont reproductibles et donc identiques que le résultat obtenu sera le même pour tous les patients car ces résultats devront impérativement être confrontés au diagnostic différentiel ostéopathique

Je vous montrerai à un moment mon propre diagnostic manuel d'orientation mais vous garderez à l'esprit que ce ci n'est pas lettre d'évangile, chacun pourra modifier ou adapter un test et s'approprier sa propre démarche du moment que la méthode est respectée.

Le diagnostic différentiel en ostéopathie :

Maintenant intéressons nous au diagnostic différentiel.

Il poursuit deux objectifs :

- Détermination des contre-indications totales ou partielle.
- Détermination de la pathogénie c'est-à-dire le schéma le plus probable qui organise les dysfonctions observées.

Les contre indications totale ou partiel :

Plusieurs éléments vont nous permettre d'évoquer une contre indication :

- La connaissance sémiologique. Elle est nécessaire pour savoir si notre prise en charge est justifiée et potentiellement bénéfique au patient sans lui faire prendre des risques.
- L'imagerie médicale qui permet de mieux cerner les risques manipulatifs notamment au niveau rachidien dans les suites post traumatique mais aussi dans le cadre de tumeurs, angiomes osseux, ostéoporose importante.

- Les examens complémentaires qui peuvent éventuellement confirmer une suspicion clinique de contre-indication.

La détermination de la pathogénie :

Pour aborder la notion de pathogénie il faut premièrement et vous l'avez déjà la connaissance de la notion de chaîne dysfonctionnelle. En effet une dysfonction mécanique à très peu de probabilité de rester isolée mais le corps de proche en proche s'adapte toujours au déséquilibre avec l'apparition de dysfonctions secondaires ; à partir d'une dysfonction mécanique les compensations successives créent une chaîne dysfonctionnelle.

Pour déterminer la chaîne dysfonctionnelle la plus importante va être de savoir hiérarchiser.

On a classiquement plusieurs chaînes dysfonctionnelles :

▪ Fascial

C'est la propagation d'une chaîne dysfonctionnelle le long d'axe privilégiés par la tension d'une membrane, d'un élément musculotendineux ou d'un fascia. On peut prendre deux exemples :

- Entorse cheville---tension ascendante le long des fibulaires et du tibia postérieur—déséquilibre de la fibula puis du genou---déséquilibre du bassin et rachis lombaire.
- Ptose du grêle— mise en tension de la racine du mésentère--- lordose lombaire du fait de ses attaches en L2 et la base sacrée droite---dysfonction lombo sacrée

▪ Neuromusculaire

C'est une réponse posturale à un stimulus nociceptif ou proprioceptif créée par une dysfonction. Deux exemples :

- Mise en tension des méninges---réponse très forte des paravertébraux dans le cas d'une raideur méningée observée lors d'une méningite.
- Dysfonction viscérale---influx nociceptif le long des nerfs splanchniques informant leur secteur rachidien d'origine---réponse musculaire pariétale de spasme ou d'hypertonie. Ceci ayant souvent pour but de protéger l'organe en souffrance. Nous pouvons par exemple retrouver ces phénomènes lors du psoitis accompagnant les crises d'appendicite ou la défense abdominale lors d'une péritonite.

▪ Barométrique

La force barométrique est certes invisible mais elle exerce une force considérable, permanente.

Le corps est compartimenté en chambres manométrique étroitement lié aux différents diaphragmes.

Suite par exemple à un stress on peut avoir une hypertonie du diaphragme thoracique donnant une hyperpression abdominale perturbant les organes sous jacent et en priorité les organes déjà en dysfonctions pouvant faire apparaître par exemple des RGO ou une incontinence urinaire d'effort.

- Physiologique

Une dysfonction mécanique entraîne inévitablement une baisse ou une perte de fonction de l'élément concerné mais cela va peser aussi sur les fonctions complémentaires.

Par exemple une dysfonction sévère ou de longue date du foie va demander au rein en travail accru pour gérer l'élimination des déchets ce qui tend à le fragiliser.

De même une dysfonction de l'arrière pied va entraîner une perte d'élasticité de l'arche plantaire avec comme conséquence une perte d'amortissement du pied mais aussi de tout le membre inférieur, les articulations sus jacentes sont mise à rude épreuve pouvant entraîner douleur et inconfort et finir à terme par détériorer l'articulation ; souvent les décompensations arthrosique de la hanche ou du genou surviennent subitement après un petit traumatisme.

A l'inverse une dysfonction somatique du sacrum notamment en verticalisation a pour conséquence d'hyper stabiliser le sacrum diminuant ses capacités d'amortisseur sollicitant inévitablement les articulations du membre inférieur pouvant par exemple faire souffrir le calcanéum qui au fur et à mesure va se remanier c'est ainsi que vont apparaître des pathologies du type maladie de sever ou épine calcanéenne.

Aussi une dysfonction vertébrale complexe va affecter les ganglions neurovégétatifs et les nerfs splanchniques voir la moelle épinière. Ceci va perturber l'équilibre neurovégétatif dans le territoire en question et les viscères concernés peuvent voir leurs fonctions bouleversées, leurs défenses immunitaires affaiblies. Cette même dysfonction peut aussi perturber l'axe vasculaire affectant la circulation en aval pouvant ensuite perturber les fonctions dans le territoire concerné.

La hiérarchisation :

Donc le diagnostic différentiel doit sous entendre hiérarchisation.

En effet comme nous venons de le préciser par l'évocation des chaînes dysfonctionnelles le patient vient souvent vous consulter pour une douleur située au bout de cette chaîne dont il ignore tout et l'art du diagnostic différentiel consiste à en déterminer l'origine.

Le but de la hiérarchisation va être aussi de venir au diagnostic spécifique qui lui sera aussi étayé par un éventuel interrogatoire spécifique et un examen clinique local. Tout ceci permettra au final d'arriver au but qu'est le diagnostic précis et spécifique permettant in fine un traitement précis et adapté.

Pour vous aider à hiérarchiser à comprendre comment on peut hiérarchiser en ostéopathie je vais vous présenter les différents outils de hiérarchisation.

- Le résultat des écoutes.

Les écoutes détectent les déséquilibres majeurs tels qu'ils sont exprimés au plus profond des tissus.

Souvent quand on a une attraction manuelle clairement exprimée les dysfonctions qui seront trouvées par la suite dans cette zone ont souvent une importance particulière dans la pathogénie.

Ceci étant dit pour pouvoir manier parfaitement cet outil diagnostique il faut des années de pratique rigoureuse à la recherche d'un étalonnage objectif. Il est donc impensable lors de vos cliniques d'affirmer haut et fort que la dysfonction primaire est ici car seule votre écoute vous y a conduit, il nous faudra beaucoup d'autres éléments tangibles pour accepter votre diagnostic.

Néanmoins je ne saurais que trop vous familiariser avec cet outil pour espérer un jour le maîtriser.

- Qualité des dysfonctions.

Les informations tactiles sont très différentes en fonction de la sévérité et l'intensité de la dysfonction :

- Es-tu en présence d'une faible mobilité très rapidement limitée ou d'une fixation massive sans aucune mobilité ?
- L'arrêt du mouvement est-il brutal ou doux et progressif ?

Généralement plus la perte de mobilité est importante et plus l'arrêt est brutal plus la dysfonction est primaire.

Vous verrez par exemple que les dysfonctions vertébrales n'ont pas la même qualité que la dysfonction soit post-traumatique, secondaire à une dysfonction viscérale ou secondaire à une tension dure méridienne.

- La pathogénicité des dysfonctions

Toutes les dysfonctions n'ont pas la même valeur pathogénique, certaines étant beaucoup plus déstabilisantes que d'autres.

Cela dépend de plusieurs facteurs

- Le type de dysfonction.

En effet leur retentissement n'est pas le même qu'ils s'agissent de dysfonction physiologique ou non. Par exemple au niveau vertébral une dysfonction en 2^{ème} loi de Fryette n'a pas le même sens que celle ne respectant pas la physiologie comme les vertèbres en translation qui sont généralement hautement pathogénique avec des perturbations neuro végétatives très importantes.

De même au niveau du bassin une dysfonction du sacrum en torsion n'a pas la même pathogénéicité qu'une inflexion latérale qui elle est quasi systématiquement primaire et seront vraiment à prendre en considération du fait de leur impact sur la statique et la dynamique du patient.

Enfin au niveau du crane une compression et encore plus une impaction de la SSB est un obstacle à tout traitement et représente sans doute l'un des plus au degré de pathogénéicité.

- La nature de la dysfonction ;

Selon le tissu affecté par la dysfonction mécanique le retentissement pour l'ensemble du corps du patient n'est pas le même.

Ainsi la fixation de la dure mère engendre de nombreux influx proprioceptifs et nociceptifs générateurs d'une multitude d'adaptations posturales et de dysfonction somatique du rachis.

Dans le même esprit les dysfonctions touchant les organes comme le foie, le rein, le médiastin dans sa globalité, l'utérus, la prostate sont à considérer avec la plus grande attention. Ces différents éléments par leur connexions ligamentaire, leur richesse vasculaire et par leur innervation neurovégétative donnent très facilement des dysfonctions secondaire somatiques s'exprimant de façon très aigue. On aura donc intérêt à libérer ces dysfonctions viscérales avant de s'intéresser aux dysfonctions vertébrales si encore elles ne sont pas résolues par le traitement sur l'organe dysfonctionnel. Evidement si nous sommes en présence d'une dysfonction aphysiologique on peut déroger à cette règle.

- La localisation des dysfonctions.

Selon leur emplacement les dysfonctions mécanique vertébrale n'ont pas la même pathogénéicité ;

Au niveau rachidien les dysfonction entre D2 et L2 qui se situent dans une zone particulière au niveau neurovégétatif car dans ce segment de moelle se trouve les principaux centres neurovégétatif dans la tractus intermédiolateralis avec l'émergence à chaque étage de ce segment médullaire des RCB.

Dans le même esprit une dysfonction située dans une courbure primaire est souvent hiérarchiquement plus primaire qu'une dysfonction située dans une lordose, concernant ces dernière il est souvent plus indiqué de ne pas manipuler en première intention ces dysfonctions cervicales ou lombaire souvent secondaires.

- Cas des tableaux complexes multi dysfonctionnel

Ces cas représentent une difficulté supplémentaire, même pour des ostéopathes chevronnés, pour déceler la primarité.

Par exemple dans le whiplash on a la conjugaison et la concomitance de dysfonctions vertébrale, viscérales, cranosacrées : que faire face à ces tableaux si déstabilisant. Dans ces cas je pense qu'il faut considérer primaire les éléments mous et secondaires les éléments durs.

Les méninges, les nerfs rachidiens, les plexus nerveux et veineux traumatisés on emmagasinés l'énergie cinétique du traumatisme et sont responsables de la chronicité des déséquilibres et des récurrences algiques aiguës.

On privilégiera donc leur libération en premier avant la libération de dysfonctions somatiques.

Enfin le dernier outil de hiérarchisation : les tests complémentaires.

- Les tests complémentaires :

Ils ont pour but d'évaluer l'impact d'une dysfonction dans une chaîne dysfonctionnelle préalablement établie.

On a 3 tests dans notre arsenal diagnostic :

- Les tests d'aggravation
- Les tests de soulagement
- Les tests d'inhibition

Les tests d'aggravation :

Leur principe est simple : on va tenter d'augmenter le poids d'une dysfonction dans une chaîne dysfonctionnelle afin de souligner l'importance mécanique de cette dysfonction dans la pathogénie.

Par exemple un patient vient consulter pour une lombalgie ou pour une sensation de pesanteur pelvienne ou les deux cumulé. Lors de la routine viscérale les anses grêles sont mise en avant. Pour confirmer leur importance par rapport aux symptômes évoqués on peut prendre la masse grêle et l'amener encore plus en direction hypogastrique. A partir de la on demande au patient comment évolue sont ressentie à la recherche d'une augmentation des symptômes de référence.

Les tests de soulagement :

Ils on eux pour but de diminuer l'influence mécanique d'une dysfonction dans une chaîne dysfonctionnelle en regardant si la symptomatologie disparaît.

Par exemple on vient vous consulter pour une douleur de l'épaule droite lors du mouvement notamment d'abduction. Votre routine viscérale à cette fois mis en évidence une fixation dans l'hypochondre droit visiblement imputable à une dysfonction de ptose du foie. Vous choisissez donc de soulager le foie à la pesanteur afin de vérifier si on obtient un soulagement de la symptomatologie ou de la mobilité articulaire de la scapulo humérale en abduction. Si c'est le cas le foie est mis en avant dans la chaîne dysfonctionnelle.

Les tests d'inhibition :

Ils sont souvent confondus avec les tests de soulagement vu précédent mais sont différent dans l'esprit et dans leur réalisation. Ils mettent en jeu le système nerveux par des informations proprioceptives et nociceptives.

En effet ils jouent sur l'écoute tissulaire d'un élément en dysfonction primaire, le fait de le suivre en induction c'est-à-dire en suivant volontairement et en majorant son écoute va entraîner une libération instantanée des dysfonctions secondaires à cette dysfonction primaire.

Je m'explique ; une patiente vient vous voir pour une lombalgie chronique, l'ensemble de vos test mettent en évidence un sacrum en dysfonction de torsion G/G et une dysfonction utérine (par exemple une dysfonction sur la partie droite de la LSGP). Mais que penser de la primarité : le sacrum est primaire sur la sphère pelvienne ou la fixation utérine à entraînée la dysfonction somatique du sacrum ?

Pour cela on utilise ce test d'inhibition. Une main sacrée et une sur l'hypogastre qui va dans un premier temps majoré l'écoute utérine, pendant ce temps la main sacrée essaye de percevoir une modification dans la capacité de ses mouvements mineurs.

Si cela ne donne pas de résultat on fait l'inverse ; avec la main sacrée on induit le sacrum dans ses mouvements mineurs et on regarde si cela modifie la fixation utérine si c'est le cas on a une dysfonction primaire du sacrum entraînant la fixation utérine.

- Les tests d'impact général

Ils permettent de mesurer le retentissement d'une dysfonction sur l'individu dans sa globalité.

La tension artérielle :

Chez les patients présentant un risque cardio pulmonaire avéré ou soupçonné sa prise est systématique mais en dehors de ces cas la prise de la valeur systolique peut s'avérer utile dans la compréhension de la pathogénie du patient. En effet toute différence de plus d'un point à droite par rapport à gauche est significative ; cela s'appelle une anisotension et très souvent on a la présence d'une dysfonction du côté où la tension systolique est la plus basse avec par exemple :

- Une rétraction ou fibrose dans le membre supérieur, l'orifice supérieur du thorax ou du rachis cervical.
- Une dysfonction de la clavicule, des premières côtes.
- Une fixation viscérale homolatérale.

Le test d'Adson Wright et le Sotto-Hall

Le test d'AW mesure le devenir du pouls radial lors de la mise en abduction et RE du mbs supérieur, dans cette position on a une fermeture de la pince costo claviculaire et du défilé sous pectoral permettant d'objectiver les syndromes du défilé thoracique.

JP Barral à proposé une variante à ce test : le sotto hall ou on ajoute en plus du mouvement du membre supérieur un side du RC associé à une rotation contro latérale. La dysfonction se trouvera alors du côté ou le pouls disparaît.

Prenons l'exemple d'un test positif à droite cad avec une disparition du pouls radial droit, imaginons que préalablement on ai trouvé lors des différentes routines :

- Une fixation du foie
- Une fixation de la clavicule
- Une fixation du dôme pleural dt

On pratique, en position de test bras 90° et RE, une inhibition hépatique puis claviculaire puis pleural et on voit lequel permet la réapparition du pouls radial ; cela nous donnant dans ce cas la dysfonction primaire.

D'autres éléments sont à prendre aussi en compte pour faciliter la hiérarchisation :

- La chronologie des antécédents, on ne prendra effectivement en compte une dysfonction installée depuis seulement quelques jours avec la même attention une dysfonction ancienne ou le patient en depuis longtemps installé dans sa pathologie
- La connaissance sémiologique qui aide à comprendre l'enchaînement des dysfonctions.
- Les liens logiques s'appuyant sur les connaissances anatomophysiologiques. Attention ces liens relient les dysfonctions ressenties en premier par la main et ne sont pas la pour palier un déficit de perception.
- L'expérience, cette arme vous ne pouvez pas encore vous en servir et il faudra beaucoup d'année de méthode et de travail rigoureux pour en bénéficier. Même pour un ostéopathe chevronné l'expérience peut être trompeuse...
- L'intuition, sa place dans le diagnostic est incontestable. Elle fait partie des facultés de notre cerveau primaire souvent refreiné par le rationnel. Néanmoins il faut apprendre à se faire confiance comme il est aussi préalablement indispensable de mené une évaluation rigoureuse pour valider une intuition.

Pour finir sur la hiérarchisation et le diagnostic différentiel je voudrai que vous notiez ceci :

La plainte et la demande du patient font parfois reconsidérer les priorités du traitement. Mais cela ne peut remettre en cause votre diagnostic manuel car ce que les mains détectent puis ce que le cerveau analyse sont les éléments objectifs de votre diagnostic. Si la demande du patient peut influencer votre décision thérapeutique elle ne change en rien la réalité mécanique.

