

Il faut préalablement prendre en considération que la liberté que vous confère le positionnement en première intention s'accompagne d'un devoir impératif de diagnostic.

Depuis longtemps nos pairs 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.

Puis vient le temps de l'examen général, 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 il faut souligner l'importance de vos connaissances médicales car il sera bien inutile d'arriver à recueillir des informations que vous ne pourriez pas exploiter par manque de connaissance.

Le diagnostic manuel d'orientation a pour objectif de dresser un panorama mécanique complet 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.

Gardez aussi à l'esprit que la routine de tests qui va vous être présenté au fur et à mesure des cours de raisonnement et démarche clinique ostéopathique ne doit pas être considéré comme immuable, elle représente une base minimale, et chacun d'entre vous pourra, au cours de vos prochaines années d'études, modifier ou adapter un test afin de s'approprier sa propre démarche tout en respectant la méthode.

### **Le diagnostic différentiel en ostéopathie :**

Intéressons-nous au diagnostic différentiel.

Il poursuit deux objectifs :

- Détermination des contre-indications totales ou partielles.
- 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 comprendre 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'axes privilégiés par la tension d'une membrane, d'un élément musculotendineux ou de fascias.

On peut prendre deux exemples :

- Entorse cheville---tension ascendante le long des fibulaire ou du tibial 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 sacré

▪ Neuromusculaire

C'est une réponse posturale à un stimuli 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 méningé observé lors méningite.
- Dysfonction viscérale---influx nociceptif le long des nerfs splanchnique informant leur secteur rachidien d'origine---réponse musculaire pariétal de spasme ou hypertonie. Ceci ayant souvent pour but de protéger l'organe en souffrance. Nous pouvons par exemple retrouver ces phénomènes lors du psoriasis accompagnant les crises d'appendicite ou la défense abdominale lors péritonite.

▪ Barométrique

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

Le corps est compartimenté en chambres manométrique étroitement liées 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 un travail accru pour gérer l'élimination des déchets ce qui tend à le fragiliser.

De même une dysfonction de l'arrière pied va inévitablement entraîner une perte d'élasticité de l'arche plantaire avec comme conséquence une perte d'amortissement du pied mais aussi de tout le membre inférieurs. Les articulations sus jacentes seront mises à rude épreuve pouvant entraîner douleur et inconfort et finir à terme par détériorer l'articulation. C'est ainsi que vous constaterez souvent que les décompensations arthrosique de la hanche ou du genou surviennent subitement après un petit traumatisme presque anodin.

A l'inverse une dysfonction somatique du sacrum notamment en verticalisation, comme dans l'inflexion du sacrum, a pour conséquence d'hyper stabiliser ce dernier diminuant par conséquence 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.

De même 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 vous trouverez ci-après 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 futures clinique 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 vous devez 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 :

- Est-on 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, après de nombreuses années d'étalonnage, par exemple que les dysfonctions vertébrale 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 pathogénéicité 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 dysfonctions physiologiques ou non. Par exemple au niveau vertébral une dysfonction en 2<sup>ème</sup> 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 sera surement amené à déroger à cette règle.

- La localisation des dysfonctions.

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

Au niveau rachidien les dysfonctions 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 intermédiolatéralis 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, craniosacrées : 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 ont emmagasinés l'énergie cinétique du traumatisme et sont responsables de la chronicité des déséquilibres et des récidives 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 imaginée. Ils vont venir confirmer ou infirmer cette « intuition ».

Ils représentent souvent le « temps manuel » de cette hiérarchisation qui suit le temps de collecte de données par les tests globaux.

Ils représentent aussi une occasion d'expliquer notre démarche au patient. Notre vision holistique est évidemment singulière et parfois même déstabilisatrice pour le patient. Il faut expliquer verbalement mais aussi physiquement au patient afin de l'emporter avec vous dans le projet thérapeutique que vous allez mettre en place.

Leurs utilisations est aussi simple conceptuellement que difficile manuellement. Ils demandent un travail de répétition rigoureux et seront véritablement le cœur du cours de raisonnement et démarche clinique.

On a 3 tests dans notre arsenal diagnostic :

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

### **Les tests d'aggravation :**

Le principe est assez 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 même 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 ont pour but de diminuer l'influence mécanique d'une dysfonction dans une chaîne dysfonctionnelle en regardant si la symptomatologie disparaît ou si la mécanique s'améliore et même dans l'idéal si on obtient la combinaison des deux...

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 différents 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.

Par exemple, une patiente vient vous voir pour une lombalgie chronique, l'ensemble de vos tests 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 majorer l'écoute utérine, et 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.

Cet outil est sûrement le plus puissant des trois et sera très souvent utilisé.

En fin d'autres éléments peuvent aussi rentrer en compte pour faciliter la hiérarchisation :

- La chronologie des antécédents, on ne prendra effectivement pas en compte une dysfonction installée depuis seulement quelques jours avec la même attention une dysfonction ancienne où le patient est 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 là pour palier un déficit de perception.
- L'expérience, cette arme vous ne pouvez pas encore vous en servir et il faudra beaucoup d'années de travail rigoureux pour en bénéficier. Et même pour un ostéopathe chevronné l'expérience peut être trompeuse...
- L'intuition dont la 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 mener une évaluation rigoureuse pour valider une intuition.

Pour finir sur la hiérarchisation et le diagnostic différentiel nous dirons :

*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.*