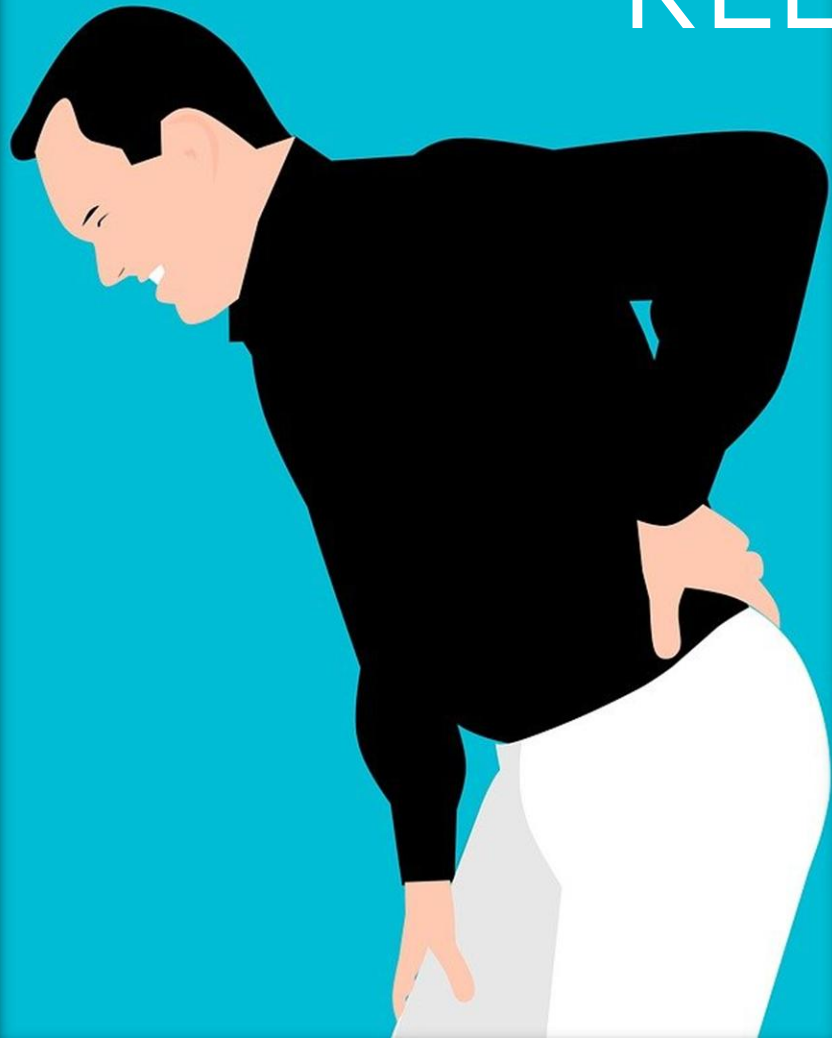




RACHIS CHRONIQUE : DU BILAN À LA RÉÉDUCATION 3



Sylvain RIC

Mise en bouche : 5min max !

2

- Test clinique pour un spondylolisthesis
- Test clinique pour une mécanosensibilité nerf fémoral
- CPR Canal Lombaire Etroit
- Test clinique pour une mécanosensibilité sciatique
- Variante !

Des Questions ?



Plan :

1. Mise en bouche
2. Rappel : Synthèse
3. Tests Cliniques
4. Cas pratique
5. Tableau de synthèse
6. Révisions



Synthèse :

5

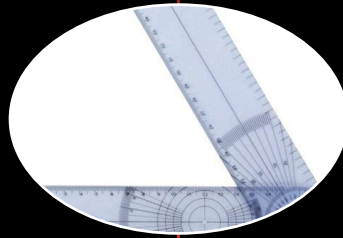


Anamnèse +
Diagramme
Corporel

Supposition



Tests
Cliniques



Bilan
classique



Douleur



Amplitudes



Musculaire
(superficiels, profonds)

Programme du jour :

6

Indices probables à
l'anamnèse et tests
cliniques

Diagrammes corporel probable

Traitements

Sacro-iliaques

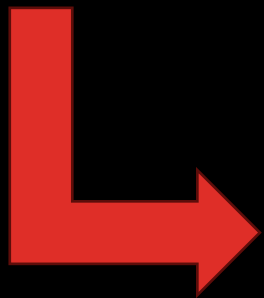
Articulation Z (facettes articulaires)

Douleurs Discogéniques

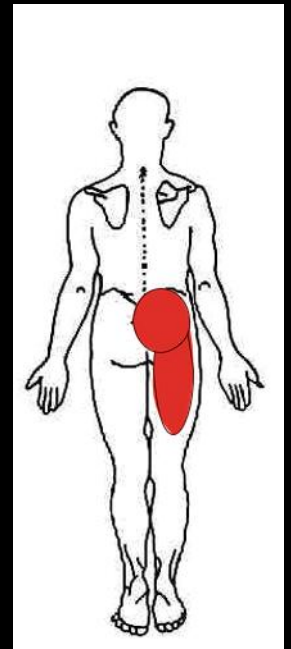
Mise en bouche : 5min max !

7

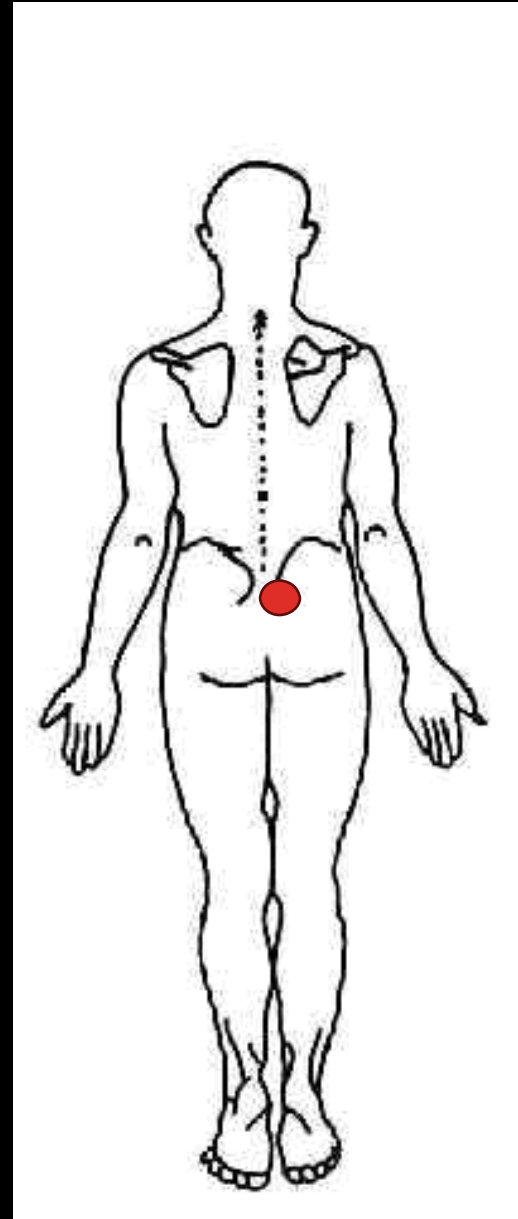
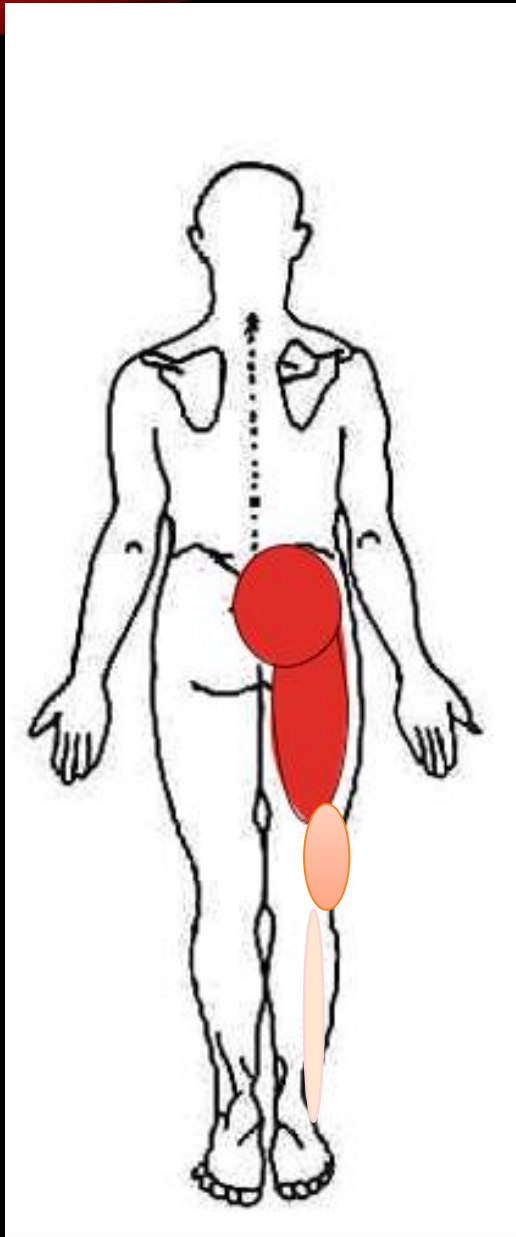
- Test clinique pour un spondylolisthésis
- Test clinique pour une mécanosensibilité nerf fémoral
- CPR Canal Lombaire Etroit
- Test clinique pour une mécanosensibilité sciatique
- Variante !



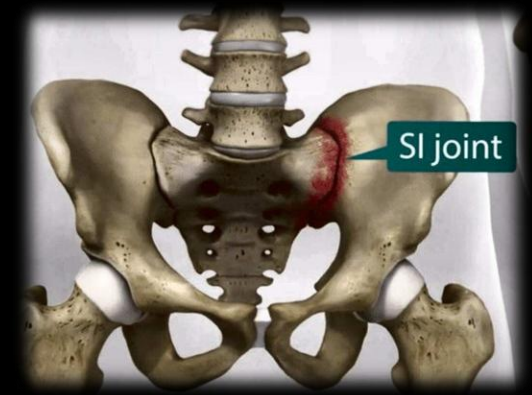
Ces deux derniers tests sont négatifs : 2 suppositions principales ?



3. Tests cliniques



3. Tests cliniques



1. Distraction
2. Thigh thrust
3. Compression
4. Sacral Thrust ou FABERE
5. (+/- Gaenslen's test)



Si âge 20-40ans, allure
inflammatoire ++, ...

Différenciation clinique des douleurs en lien avec les articulations sacro-iliaques

10

Joshua Lavallée
pour
KineFACT

Douleur pelvienne postérieure
(persistante) pouvant diffuser
dans le membre inférieur



Réorienter ?

OUI

NON

Continuer à traiter
les lombaires

Tests des mouvements
répétés lombaires
en fin d'amplitude

Préférence directionnelle
(± centralisation)

NON

Vérifier

Evaluer la région de la hanche

Contexte évocateur ?

OUI

NON

Tests de provocation
sacro-iliaques

≥ 2 tests + / 4

OUI

NON

Indices non-
rachidiens de
rhumatisme
inflammatoire ?

Très forte probabilité
que les douleurs soient
d'origine sacro-iliaque

C'est autre chose

3. Tests cliniques

11

CPR Douleur facettaire



3. Tests cliniques

CPR Douleur facettaire

1. Age > 50 ans
2. Mieux à la marche
3. Mieux assis
4. Douleur para-spinale
5. MSPQ (Modified Somatic Perception Questionnaire > 13= tendance à somatisation)
6. Test d'Extension-Rotation positif
7. Pas de centralisation aux mouvements répétés

Laslett, 2006	Si $\geq 4/7$ positifs
Se	100%
Sp	87%
LR+	7,6
LR-	0,0



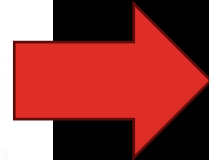
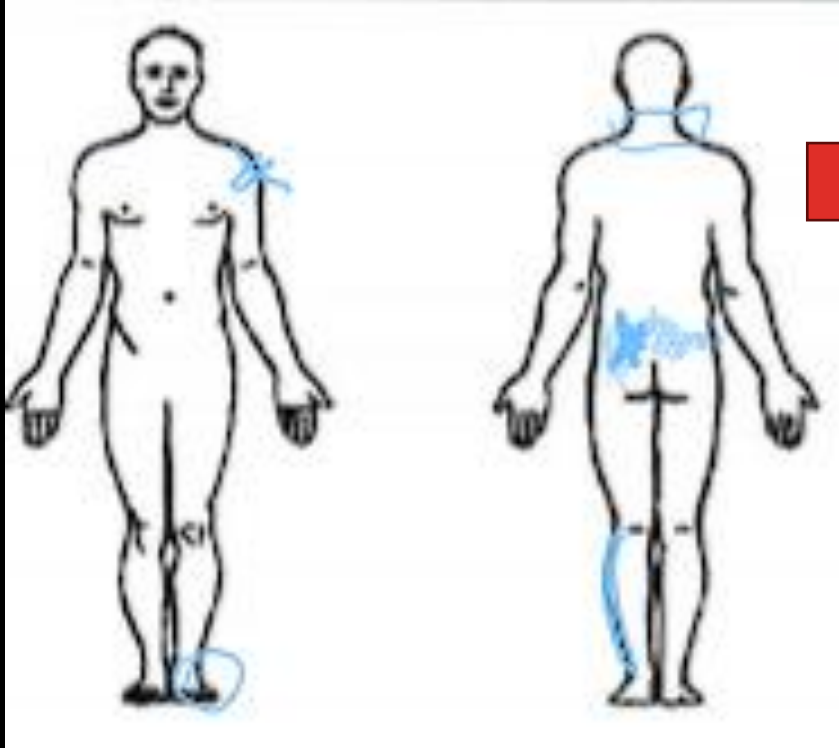
4. Cas pratiques

13

Alice, 48 ans, avocate

CONCLUSION :

Hernie discale médiane et postéro-latérale gauche L4-L5 associée à des signes de discarthrose. Net retentissement foraminal gauche.



Bilan + Rééduc



4. Cas pratiques

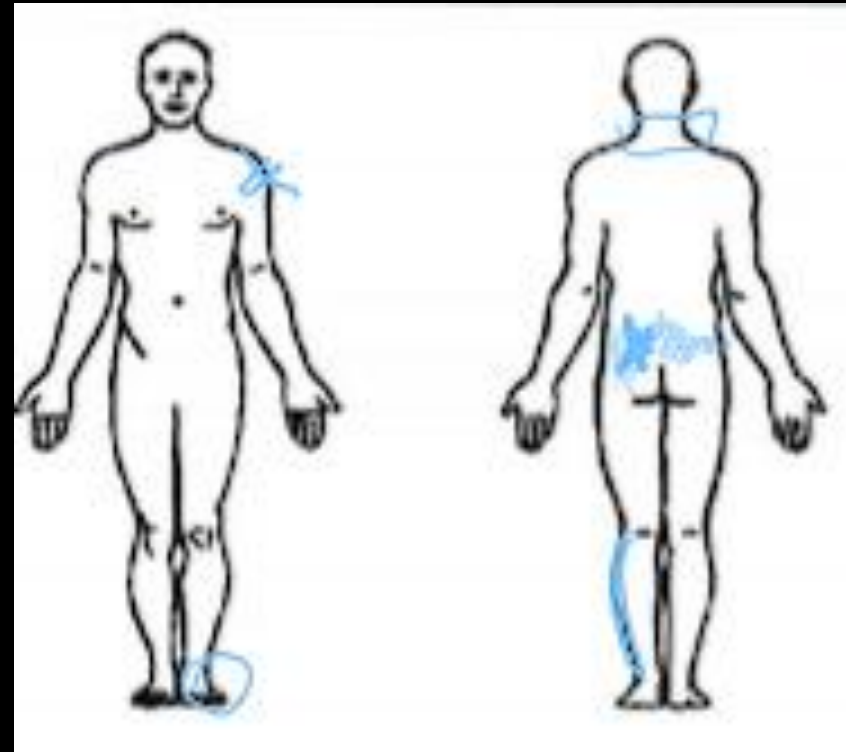
Alice, 48 ans, avocate



CONCLUSION :

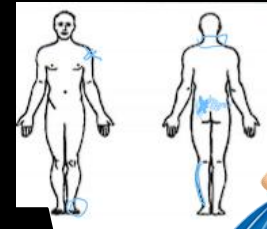
Hernie discale médiane et postéro-latérale gauche L4-L5 associée à des signes de discarthrose. Net retentissement foraminal gauche.

Hypothèses (+ probable au – probable)	Bilan, anamnèse, tests, signes, symptômes, ...	Rééducation
1.		
2.		
3.		



4. Cas pratique

Alice, 48 ans

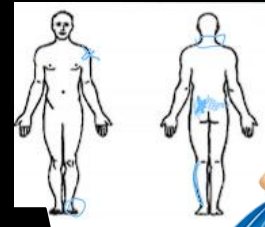


15



4. Cas pratique

Alice, 48 ans, avocate

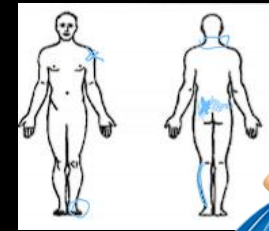


16



4. Cas pratiques

Alice, 48 ans, av



17



4. Cas pratiques

18



32 secondes



1min10

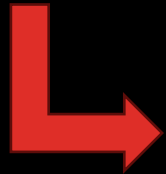
4. Cas pratiques



Puis début renfo et assouplissement



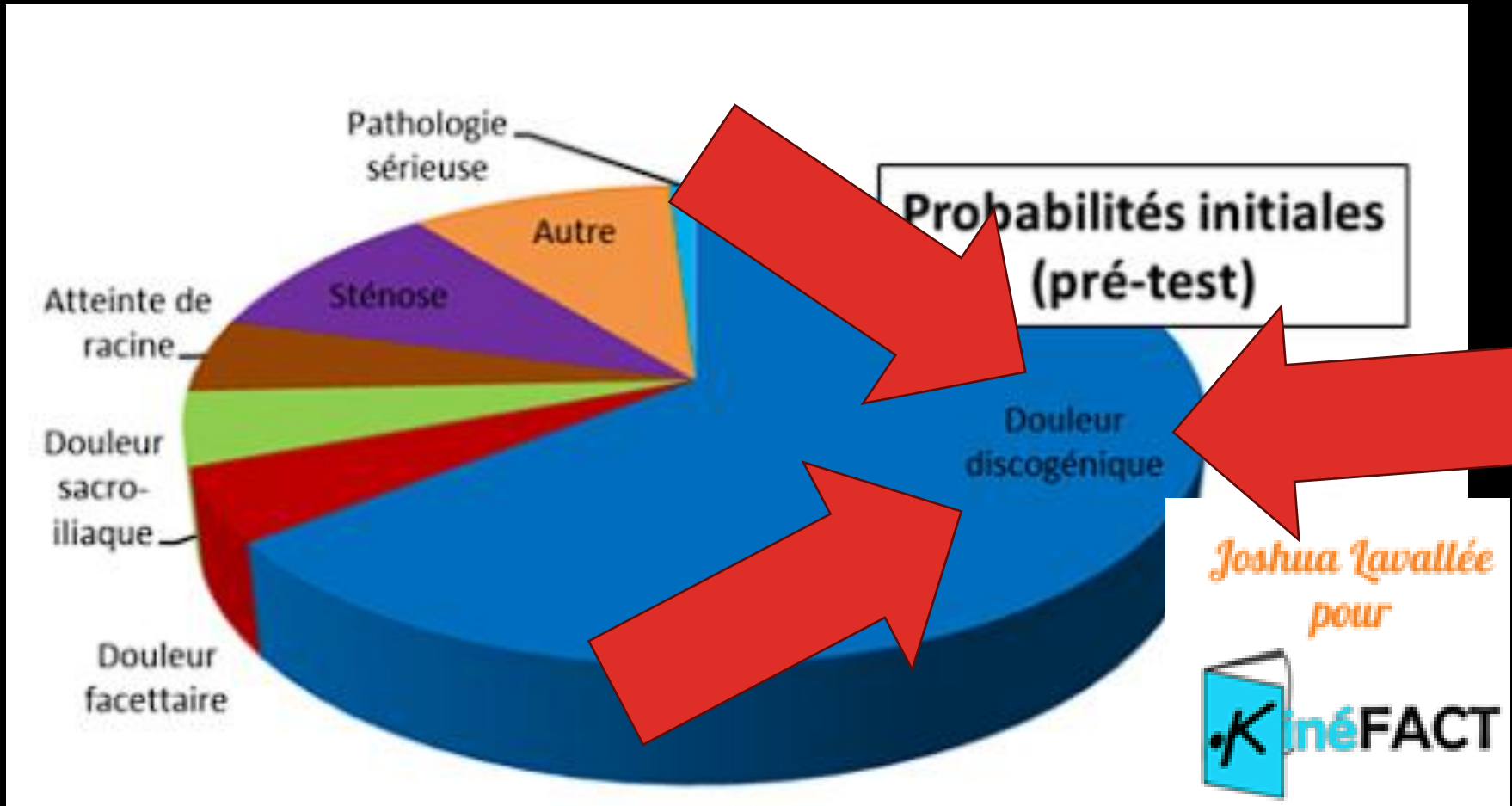
Objectif de la patiente donc lien thérapeutique



Pas de douleur Jour J donc tester Slump, SLR, +/- SI plus tard

5. Tableau récapitulatif

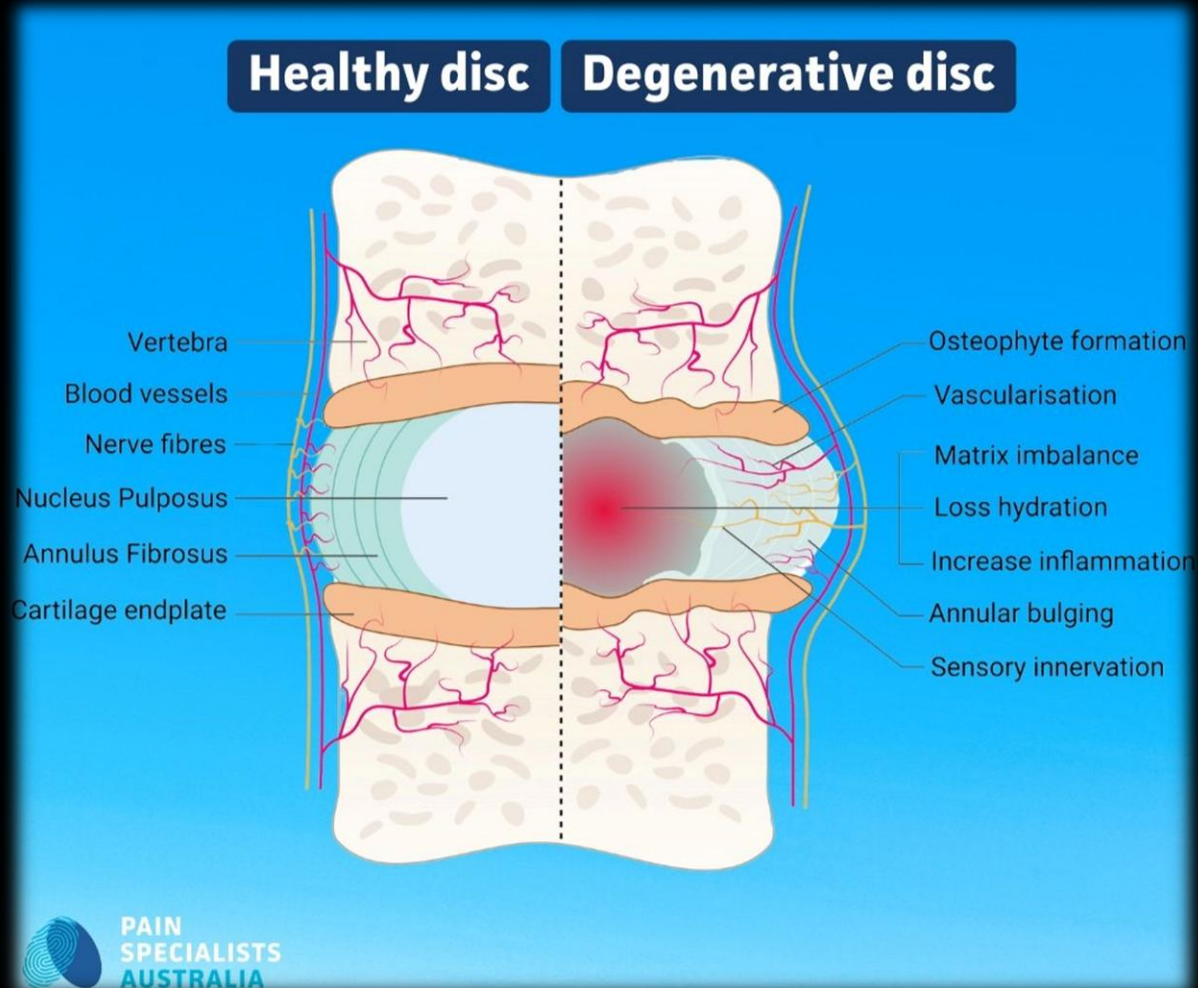
20



3. Tests cliniques

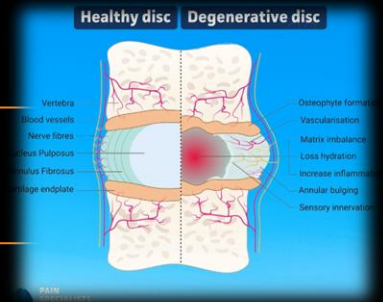
21

Douleur discogénique



3. Tests cliniques

Douleur discogénique

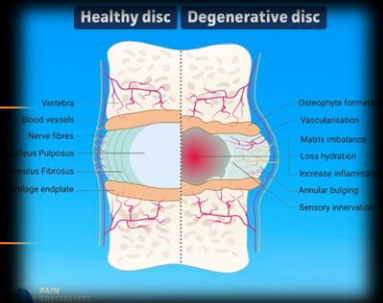


Deneuville & al., 2025 :

Préférence directionnelle = haute précision diagnostique (specificity: 0.94; Positive Likelihood Ratio (LR+): 7.65 mais faible valeur de screening (sensitivity: 0.48; Negative Likelihood Ratio (LR-) : 0.56). Centralisation = métriques similaires (specificity: 0.94; LR+: 5.57).

3. Tests cliniques

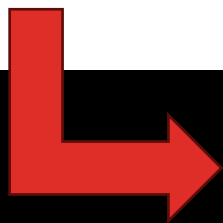
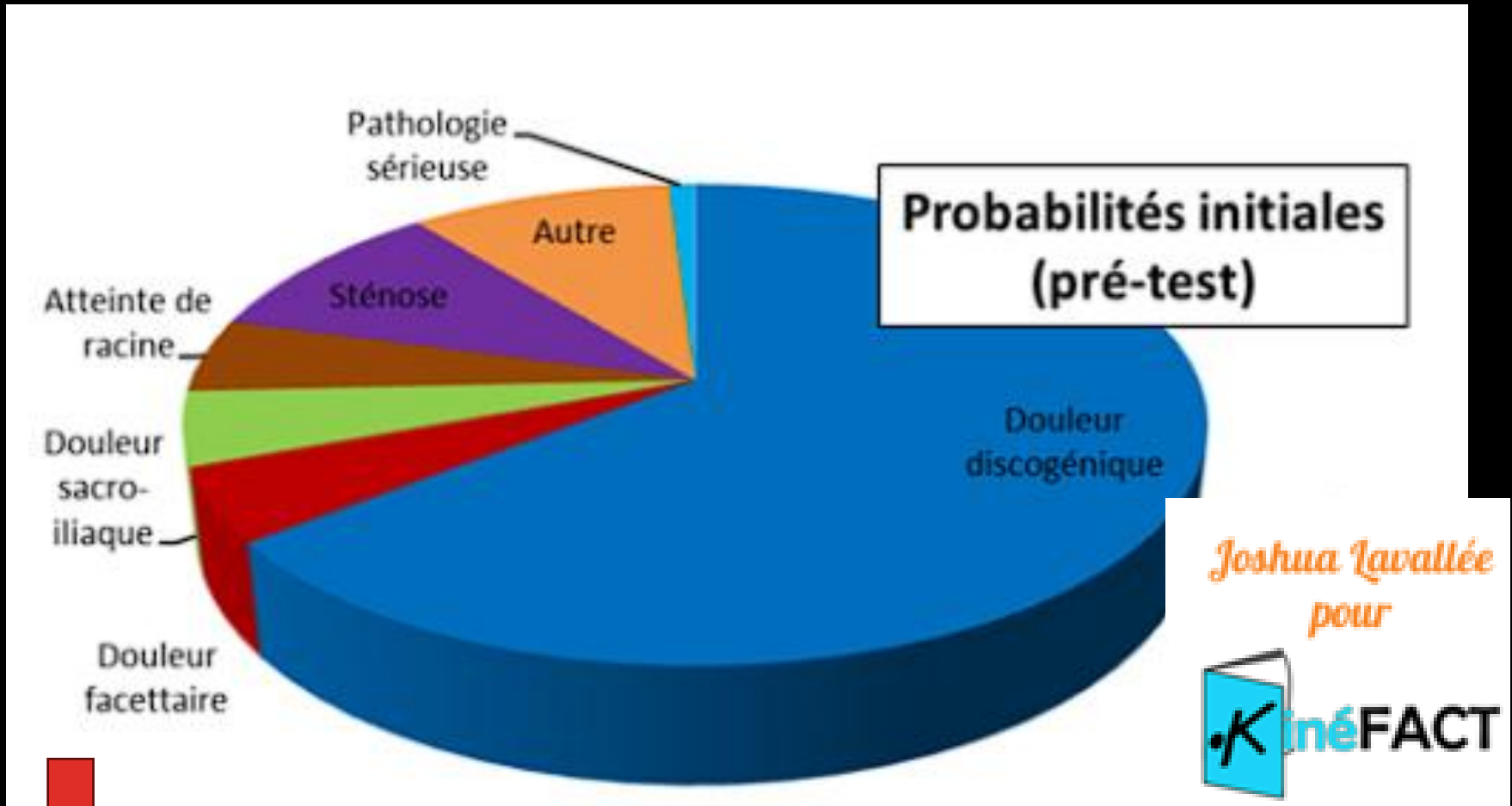
Douleur discogénique



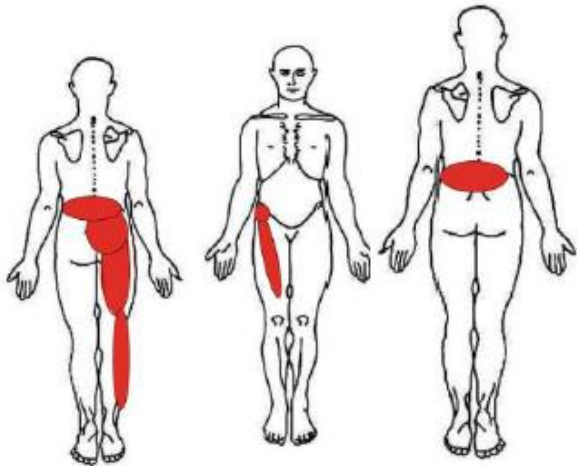
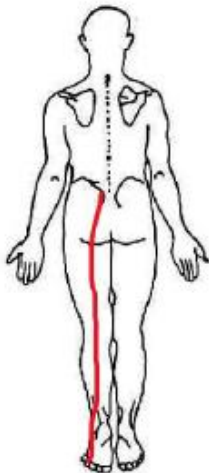
- Préférence Directionnelle : Sp94%
Indices lors de l'anamnèse ?
- Anamnèse variable +++
- On recherche une perte d'amplitude dans au moins une direction
- Recherche d'une amélioration franche, rapide et durable

5. Tableau récapitulatif

24

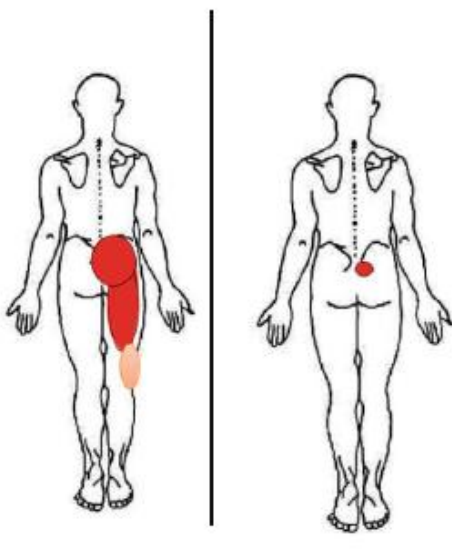
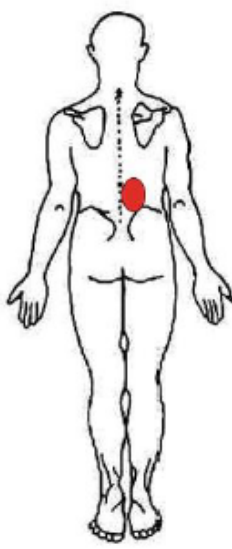


Remplissez au mieux le tableau

	<u>Indices probables à l'anamnèse et tests cliniques</u>	<u>Diagramme corporel probable</u>	<u>Traitements</u>
<u>Douleur discogénique</u>	- Au moins un mouvement restreint/limité - Préférence directionnelle +/- Centralisation - Douleur variable selon les mouvements/positions		Mouvements répétés ou postures vers la préférence directionnelle Puis, toutes les directions (+/- renfo)
<u>Mécanosensibilité nerveuse</u>	- DN4 positif - SLR, SLR croisé, Slump test et/ou PKB positif - Dermatomes, myotomes et/ou réflexes modifiés		- Ttt neurodynamique en gliding ou tensionner - Cardio ++, sevrage tabac

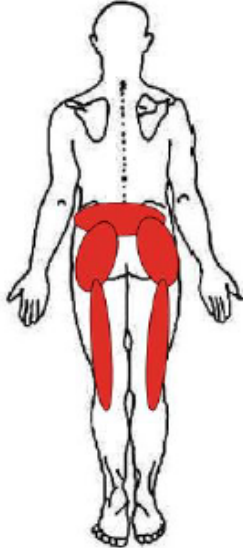
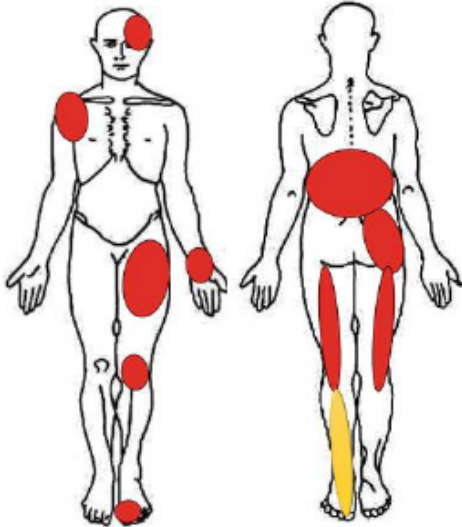
5. Tableau récapitulatif

26

<u>Articulation Sacro-Iliaque</u>	- Lien temporel avec trauma ou grossesse - Ø douleur discogénique - Cluster SI $\geq 2/4$ - Douleur à la montée de marche, au changement de position et/ou aux torsions de bassin		- Infiltration - Renfo stabilisateurs RL + bassin - +/- TMO SI
<u>Articulation Z</u>	CPR $\geq 4/7$ - >50ans - M assis - M à la marche - Douleur paravertébrale - Ø douleur discogénique - Test Extension-Rotation positif - MSPQ > 13		Ttt articulaire (ex : lumbaroll)

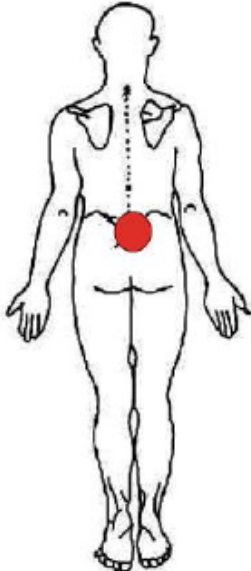
5. Tableau récapitulatif

27

<u>Canal Lombaire</u> <u>Étroit</u>	CPR $\geq$ 4/5 - >48 ans - Douleur bilatérale - Douleur MI > douleur rachis - M assis - Empiré debout / à la marche		- Education thérapeutique - Flexion ++ - Exercices cardio - +/- renfo, assouplissement
<u>Sensibilisation</u> <u>centrale</u> <u>(douleur</u> <u>nociplastique)</u>	- Douleur peu prévisible et variable - Apparition et disparition des symptômes peu prédictible - Hyperalgie - CSI > 40		- Education neurosciences de la douleur - Cardio et renfo ++ - Hygiène de vie globale - Si une douleur semble plus prévisible que les autres = la traiter

5. Tableau récapitulatif

28

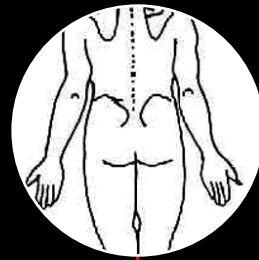
<u>Instabilité</u> <u>Fonctionnelle /</u> <u>Spondylolisthésis</u>	- Test de l'extension lombaire passive positif - Segment(s) du RL hypermobile(s) - Ø de segment du RL hypomobile		- Renforcement +++ des paravertébraux et de la sangle abdominale (Transverse, multifide, ...) - Core-Stability
--	--	---	--

Des questions ?



Synthèse :

30

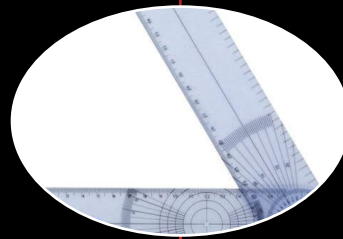


Anamnèse +
Diagramme
Corporel

Supposition



Tests
Cliniques



Bilan
classique



Douleur



Amplitudes



Musculaire
(superficiels, profonds)



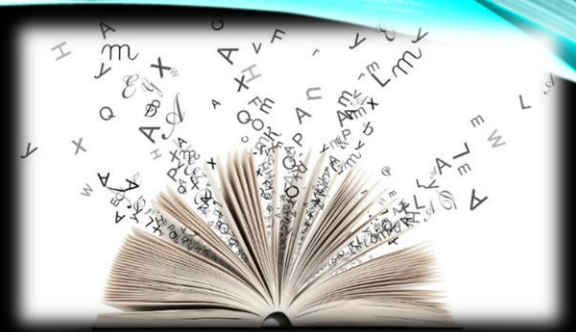
Améliorations possibles:

- Qu'est-ce qui vous a le plus intéressé ? Les points forts ?
- Quels sont les points faibles de la formation et que nous devons retirer ou retravailler ?
- Quelle est la question à laquelle vous aimeriez avoir une réponse ?

Des questions ?



Bibliographie



- (1) Peterson, Laslett & al. *Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews*. 2017.
- (2) Laslett & al. *Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of tests*. 2005
- (3) Laslett. *Evidence-based diagnosis and treatment of the painful sacroiliac joint*. 2008.
- (4) Vining & al. *An evidence-based diagnostic classification system for low back pain*. 2013
- (5) Cook & al. *Clinical predictors of screening lumbar zygapophyseal joint blocks: development of clinical prediction rules*. 2006
- (6) Deneuville & al. *Concurrent validity of the directional preference phenomenon compared to controlled lumbar discography : A supplementary analysis of a diagnostic accuracy study*. 2025

MERCI À TOUS POUR VOTRE ATTENTION



Sylvain RIC

Dermatomes
Myotomes
Reflexes



Après chirurgie



Spondylarthrite Ankylosante

Dermat
Myoton
Reflexe

Après o

Spondy



Tame the Beast

It's time to rethink persistent pain



MERCI À TOUS POUR VOTRE ATTENTION



Sylvain RIC