

Bilan, tests et proposition de traitement d'une patiente présentant des vertiges

RESUME

Etude d'un cas clinique sur une patiente âgée de 50 ans qui présente des vertiges et des douleurs à type de brûlure sur le trajet du nerf d'Arnold.

Le but de cette étude est d'envisager toutes les étiologies possibles pouvant expliquer les symptômes de la patiente et de proposer un traitement adapté reposant sur des connaissances médicales orientales et occidentales.

Après avoir réalisé un bilan kinésithérapique complet et posé un diagnostic kinésithérapique orienté en médiation sino-kinétique nous proposons un traitement adapté aux perturbations retrouvées sur le trajet de deux méridiens.

Cette étude a été réalisée après le deuxième séminaire de la formation médiation sinokinétique, sans l'apport des techniques posturales enseignées au troisième séminaire

DIDERON Benjamin

FOUBERT Sandrine

SILINSKI Philippe

WARIN Pauline

SOMMAIRE :

- 1) PATHOLOGIE ETUDIEE
- 2) DEFINITION MEDICO-KINESITHERAPIQUE
- 3) MOTIFS DE CONSULTATION
- 4) ETIOLOGIES POSSIBLES
- 5) BILAN KINESITHERAPIQUE
- 6) HYPOTHESE THEORIQUE ET RAISONNEMENT MSK
- 7) PROPOSTION DE TRAITEMENT EN MSK
- 8) AUTRES TRAITEMENT
- 9) REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 - PATHOLOGIE ETUDIEE

Patiente âgée de 50 ans qui présente des vertiges et douleurs type brûlure sur le trajet du nerf d'Arnold.

2 – DEFINITION MEDICO-KINESITHERAPIQUE

- **Vertiges**

Le vertige est un mouvement hallucinatoire qui concerne le patient ou son environnement. C'est une sensation erronée de déplacement du sujet par rapport aux objets environnants ou des objets par rapport au sujet. Le plus souvent de forme rotatoire, le vertige est fait de trois composantes:

- cérébrale: sensation de tournoiement (ou de balancement antéro-postérieur, voire de chute) et d'angoisse;
- de déséquilibre, conséquence de la sensation vertigineuse;
- neurovégétative et vasomotrice, due au retentissement sur les noyaux bulbo-protubéranciels.

Il peut être d'origines diverses dont :

1. La compression des artères vertébrales (naissant à la base des artères sous-clavières, traversant le canal transverse au niveau de C6 et remontant jusqu'à l'atlas) qui irriguent le cervelet.
2. Le vertige paroxystique positionnel bénin qui survient dans certaine position ou changement de position. Il est dû au détachement des otolithes de l'utricule et à leur migration dans un des trois canaux semi-circulaire de l'oreille interne.
3. La présence de tumeurs cérébrales bénignes ou malignes.

- **Nerf d'Arnold**

Nerf formé par la branche postérieure de la deuxième racine cervicale. Il assure l'innervation des muscles profonds du cou et l'innervation sensitive du cuir chevelu.

3 - MOTIF DE CONSULTATION

Patiente âgée de 50 ans qui présente des vertiges et douleurs type brûlure sur le trajet du nerf d'Arnold.

Histoire de la maladie :

- En 1990 elle subit un choc frontal lors d'une chute à ski. Ce traumatisme à entraîné une grave entorse cervicale (ne se souvient plus du niveau) traité par collier cervical pendant environ 1 mois. (pas de traumatisme crânien)
- Janvier 2008 : Début des maux de tête avec sensation de brûlures sur le trajet du nerf d'Arnold.
- Mai 2008 : Début des vertiges dans toutes les positions qui entraînent une impotence fonctionnelle majeur. Elle consulte un ORL qui lui remet les cristaux mais sans effet.
- Octobre 2009 : Début des séances de kiné (travail crânien). Les vertiges diminuent mais persistent en DL droit et les douleurs disparaissent.
- Juin 2010 : Bilan neuro, sanguin, ORL... Kiné vestibulaire avec remise des cristaux de nouveau sans succès.
- Janvier 2011 : les vertiges réapparaissent suite à un long trajet en voiture. Ils sont déclenchés lors du transfert debout => DD, lors du DL droit et des mouvements brusque de la tête en F° et E°+++ et R° droite. Réapparait également une gêne au niveau de la partie gauche de l'occiput qu'elle décrit comme un caillou.

ATCD :

- ✓ Cholestérol
- ✓ Tachycardie (décelé en juin 2010) traité par beta bloquant
- ✓ Méningiome temporal droit bénin (décelé en juin 2010)
- ✓ Opération du sein droit suite à des kystes bénins en 1998

Projet de la patiente : Retrouver une vie normale et reprendre une activité sportive

4-DIFFERENTES ETIOLOGIES :

- Première étiologie la plus probable : problème vasculaire de l'artère cervicale avec compression de celle-ci, provoquant des vertiges lors de l'extension, rotation et inclinaison de tête. En cas de résultat positif de ce test on enverra la patiente vers un angiologue (confirmer la compression de l'artère) ou même rhumatologue (cause de la compression).

- Secondairement : on recherchera les étiologies des céphalées occipitales :
 - 1) problèmes de vue : lunette ? lentille ?, opération oculaire ??
 - 2) céphalées en casque ?? si oui irritation de la branche post du II nerf cervical.
 - 3) Dissection carotide : céphalées accompagnée de signe de Claude Bernard horner, diplopie, acouphène pulsatile, diophagé.
 - 4) Signe de brudzinsky, raideur méningé, paralysie du III. (dans le cadre d'un diagnostic différentiel)

- Névralgie d'Arnold.
- 1ere cote : compression des artères
- Dysfonctions du rachis entraînant une perturbation des ganglions sympathiques de la chaîne latéro-vertébrale ainsi que du sympathique péri-vasculaire de l'artère vertébrale. (Syndrome de Barré-Liou)
- Causes vestibulaires: vertige paroxystique bénin dû à une charge otolithique au niveau de l'oreille interne.
- Causes neurologiques: névrites, neurinomes, SEP (vertiges neurologiques se caractérisent par une sensation de tête vide).
- La cervicarthrose des trois premiers étages cervicaux, provoque des vertiges non rotatoires, majorés par les mouvements cervicaux et peut provoquer une réduction du flux de l'artère vertébrale.
- La névralgie occipitale d'Arnold provoquée par une pathologie inflammatoire type PR, ou compression arthrosique des articulaires postérieures ce C1 C2.

Ces dernières étiologies nécessitent un diagnostic médical approfondi et ne relèvent pas de la thérapie manuelle.

5-BILAN MK

Mobilité cervicale :

Flexion / Extension : distance menton-sternum

Position de repos : 12cm Flexion : 3cm Extension : 15cm

Rotations : distance menton-acromion CL

Position de repos: D=19cm; G=20cm

Rotation droite : 30cm (soit 10cm)

Rotation gauche : 28cm (soit 9cm)

Inclinaisons : distance acromion-oreille

Position de repos: D=20cm; G=20cm Inclinaison droite : 15 cm Inclinaison gauche : 14cm

Résultats : Diminution de l'extension et des rotations

Flèches : La patiente est dos au mur en contact avec le sacrum et le sommet de la cyphose dorsale

Occiput : 8cm

C7:4cm Résultat : anté projection de la tête

Bilan morpho statique

Debout

Présentation globale en inclinaison et rotation gauche

MI gauche en rotation latérale et valgus

Recurvatum bilatéral « Bosse de bison » sur C7

Antéprojection de la tête

Scapula gauche saillante

Centre de gravité en avant et à gauche

Assise

Attitude écrasée Cyphose globale (genre avachie)

Bilan morpho dynamique

Limitation rotation droite Inclinaison

RAS

Limitation « godille droite »

Le décubitus ventral est très difficile, le DL droit impossible

Zones de densité

Lombaire gauche, Iliaque gauche, Epaule droite partie antérieure

Cervicales +++++

Occiput +++++

Pariétal++++

Rq : Le crane et les cervicales semblent écrasés

Bilan Oculaire

Hypermétropie (depuis l'âge de 12ans et sans évolution depuis)

Astigmatisme (depuis l'âge de 12ans et sans évolution depuis)

Presbyte

Bilan Neuro Centrale

Motricité pupillaire RAS

Romberg RAS

Bilan Vasculaire

Test de l'artère vertébro basilaire impossible à pratiquer puisque chaque mouvement non combiner déclenche déjà les vertiges (à droite)

Tension : 13/8

Resultats IRM Cervical

Rectitude du rachis cervical dans le plan sagittal Lipping antérieur des corps vertébraux Uncarthrose bilatérale empiétant sur les trous de conjugaison en C4-C5 ; C5-C6

Resultats Echodoppler

Liberté hémodynamique des axes artériels à destiné encéphalique Aspect régulier des carotides primitives G et D sans surcharge ni plaque Bifurcation D et G libre Absence d'accélération vélocitaire Artère carotides externes et internes D et G perméable sans surcharge ni plaque Artère vertébrale perméable Artères ophtalmique de sens physiologique Absence de boucle

Rq : La traction cervicale soulage Habitude alimentaire : ne supporte pas boire de boissons gazeuses => déclenche des ballonnements.

6- HYPOTHESE THEORIQUE ET RAISONNEMENT MSK

Le bilan semble faire ressortir une perturbation sur deux méridiens : La vessie et la vesicule biliaire.

7- PROPOSITION DE TRAITEMENT EN MSK

- 1^{er} phase : traitement orientale :

Massage du méridien de la vessie.

Massage Tuina du crane, du cou, du dos, fessiers et membres inferieurs.

Pression des points vents et 13 foie.

Ps : insister, en fonction du bilan, sur la bosse de vison et sur le sacrum ainsi que sur les zones denses retrouvés.

RETEST: Reprendre le centre de gravité et le bilan morphostatique pour comparé avant après, ainsi que les vertiges.

- 2^{ème} phase : traitement occidentale :

Traction cervical en décubitus dorsal avec traits tirés sur la base occipital (si aucun problème artériel cervical).

Travail de mobilisation des os du crane, avec les différents points de convergences des os du crane.

Travail de mobilisation segmentaire des vertèbres en extension (si ne déclenche pas de vertiges, ni nausées)

Travail de mobilisation du rachis cervical, position assise, en pleine décontraction, avec une recherche de fluidité et de gain des amplitudes mais sans forcé.

Travail des vertiges : travail de la position debout a la position assise, jusqu'à ce que la position soit complètement contrôlé sans vertiges, ni nausées et avec une pleine confiance et sans appréhension.

Pour les spécialistes en vestibulaire, il sera nécessaire de vérifier les différents cristaux de l'oreille interne.

RETEST

8.AUTRES TECHNIQUES:

- Normalisation du sacrum et des iliaques (pour les liens durementiers avec le crane)
- Normalisation des charnières D12 L1 et C7 D1.
- Normalisation C0 C1 C2 par détente des muscles sous-occipitaux.
- Travail sur la gaine viscéral du cou.
- Travail du diaphragme pelvien, thoraco-abdominal et cranien.
- Drainage des sinus veineux du crane et ouverture du foramen jugulaire, ainsi qu'une rééquilibration des temporaux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- La médiation sinokinétique, théorie et bilan, W Delamer (2010)
- La médiation sinokinétique, L'orient, W Delamer(2010)
- Abrégés de sémiologie médicale Bariety,Bonniot,.Moline Masson (2003).
- Diagnostic ostéopathique général, de Alain Croisbier Elsevier (2005).
- Guide de l'examen clinique 4è édition de Barbara Bates, Arnette (2010).
- Ostéopathie clinique et pratique, A.Chantepie, J-F.Perot, Ph.Toussirot, Maloine (2010).

ANNEXES

Schéma 1 : Représentation du Nerf d'Arnold (vue postérieure)

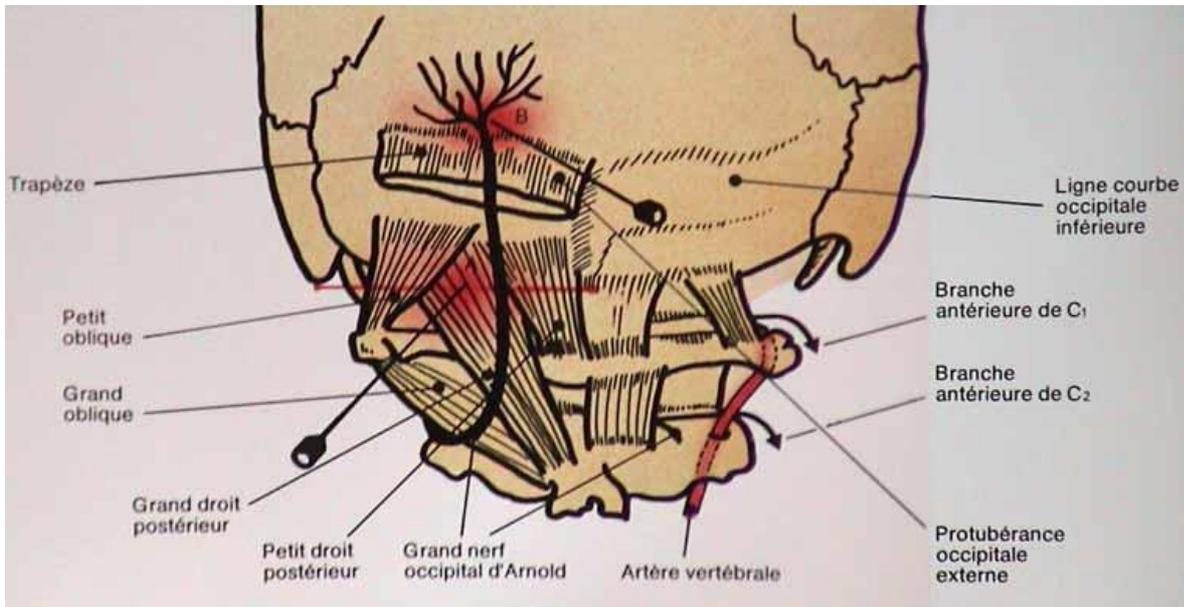


Schéma 2 : Artères de la région cervicale

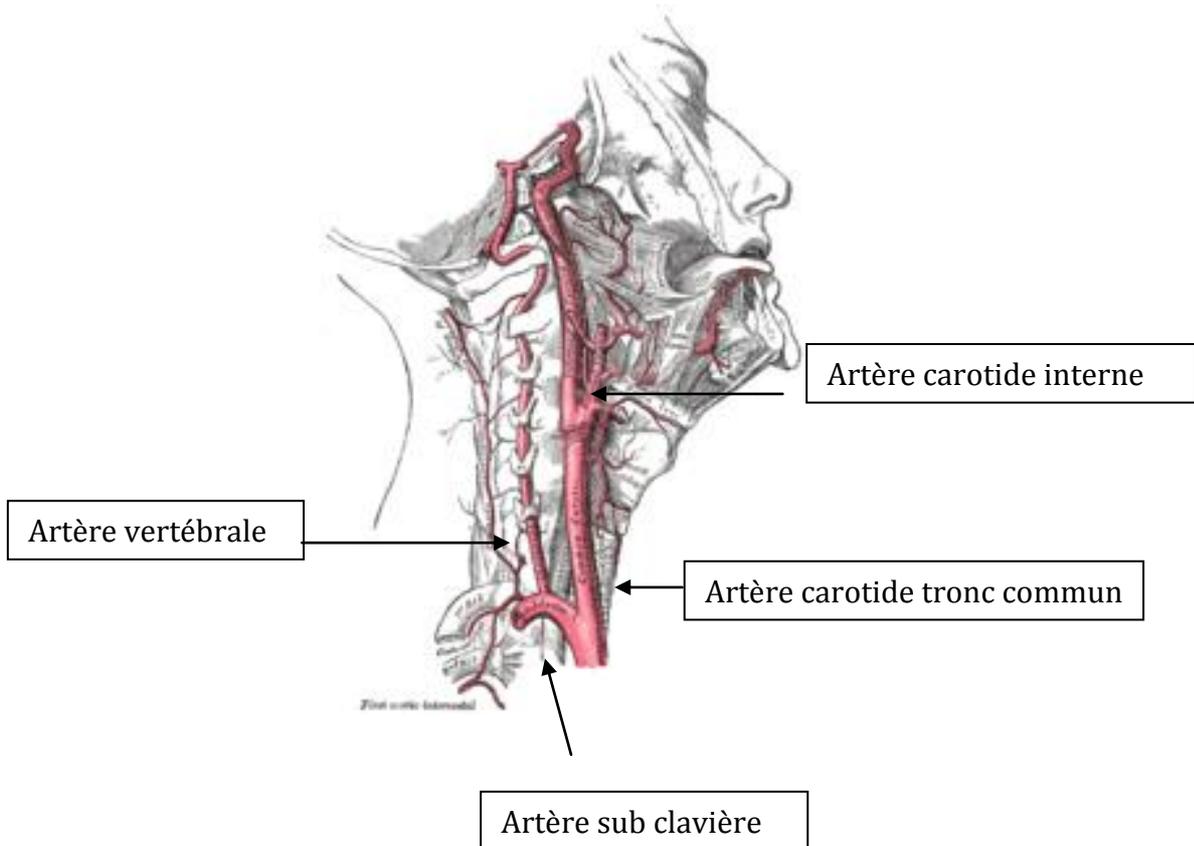


Schéma 3 : Représentation du mouvement de l'artère vertébrale lors du mouvement de rotation cervicale (vue de face)

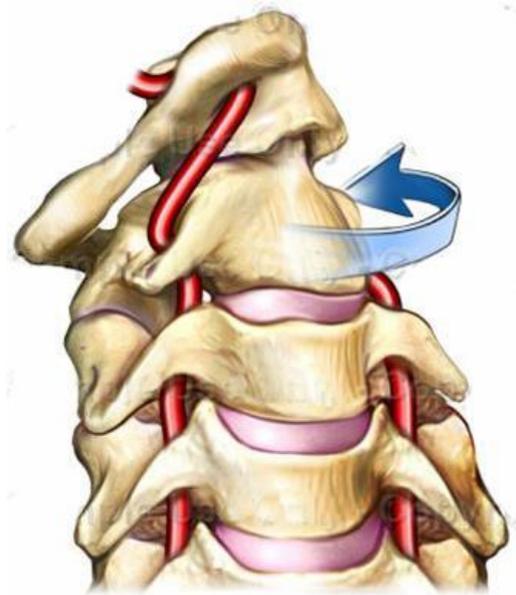


Photo 1 : attitude spontanée de face



Photo 2 : attitude spontanée de dos



Photo 3 : attitude spontanée de profil



Photo 4 : inclinaisons dynamique maximales gauche (a) et droite (b)

a :



b :



Photo 5 : rotations dynamiques maximales gauche (a) et droite (b)

a :



b :

