

Transmettez votre savoir de

# Kiné à Kiné



## **RUBRIQUE OMF**

**L'AVULSION DES DENTS DE SAGESSE,  
UNE PROBLEMATIQUE EXCLUSIVEMENT  
STOMATOLOGIQUE? ROLE DU MK**

## **LE SECRET MEDICAL**

**LE GARANT D'UNE  
CONSULTATION LIBEREE**

## **RUBRIQUE DU DR HUSSLER**

**PREVENTION DES CROYANCES  
ERRONEES SUR LA LOMBALGIE**

## **ECHOGRAPHIE**

**LES LESIONS MUSCULAIRES  
CHRONIQUES**

## **IMAGERIE**

**LA SARCOPENIE**

## **J'AI LU POUR VOUS**

**EVOLUTION DU VIVANT**

## 3 EDITORIAL

JULIEN ENCAOUA  
REMERCIEMENTS

## 6 LE SECRET MÉDICAL OU LE GARANT D'UNE CONSULTATION LIBÉRÉE

J.PLAUCHUT

## 10 LE C.N.K 2018

## 12 LA RUBRIQUE DU DR ROLAND HUSSLER

PRÉVENTION DES CROYANCES  
ERRONÉES SUR LA LOMBALGIE



## 18 RUBRIQUE OMF

Pr. G.MARTI, Dr. F.SERPE,  
F.CLOUTEAU, M.HADJADJ , Dr.  
H.BUSEKIST

L'AVULSION DES DENTS DE SAGESSE UNE PROBLEMATIQUE EXCLUSIVEMENT STOMATOLOGIQUE ? RÔLE DU KINÉSITHÉRAPEUTE

## 28 RUBRIQUE J'AI LU POUR VOUS

MICHEL HADJADJ

L'ÉVOLUTION DU VIVANT- Pierre P.  
GRASSE, 1973

## 30 RUBRIQUE IMAGERIE

DR A.SITBON  
LA SARCOPENIE

JULIEN ENCAOUA  
LES LESIONS  
MUSCULAIRES CHRONIQUES A L'ECHOGRAPHIE



**Responsable « de Kiné à Kiné » :**  
 J.ENCAOUA – MKDE

**Responsable de la rubrique OMF :**  
 F.CLOUTEAU – MKDE

**Responsable de la rubrique Bilans :**  
 J.PLAUCHUT – MKDE, Ostéopathe

**Responsables de la rubrique**

**Imagerie :**

DR SITBON  
 Radiologue Centre Catalogne  
 DR CHELLY  
 Radiologue Centre Catalogne  
 DR HAYOUN  
 Radiologue Centre Catalogne

**Responsable de la rubrique**

**Nutrition:**

S.SITBON  
 Diététicienne - Nutritionniste

**Responsable de la rubrique**

**JLPV :**

M.HADJADJ - MKDE

**Responsable de la chronique**

**mensuelle:**

Dr HUSSLER

**Comité scientifique :**

S.TACHIBANA – MKDE  
 AH.BOIVIN - MKDE  
 F.BIGOT - MKDE  
 Dr E.ZAATAR - Orthodontiste  
 K.BOUZID - MKDE  
 S.BADOT - MKDE  
 Dr N.NIMESKERN  
 Chirurgien Maxillo-Facial  
 M.HADJADJ – MKDE  
 Pr G.MARTI  
 Chirurgien Maxillo-Facial  
 et stomatologiste  
 C.TRONEL PEYROZ – MKDE  
 Dr S.GAYET - Médecin des hôpitaux  
 Dr R.HUSSLER - Cadre de santé -  
 MKDE

**Ont participé dans ce numéro :**

J.ENCAOUA

*Editorial*

*Les Lésions musculaires chroniques à l'échographie*  
 J.PLAUCHUT

*Le secret médical ou le garant d'une consultation libérée*  
 Dr R.HUSSLER,

*Prévention des croyances erronées sur la lombalgie*

Pr. G.MARTI, Dr. F.SERPE,  
 F.CLOUTEAU, M.HADJADJ, Dr.  
 H.BUSEKIST

*L'avulsion des dents de sagesse, une problématique exclusivement stomatologique?*

*Rôle du kinésithérapeute*  
 M.HADJADJ

*Rubrique j'ai lu pour vous:*

*L'évolution du Vivant - P.GRASSE*  
 DR A. SITBON

*La Sarcopénie*

RETROUVEZ NOUS SUR :  
 WWW.KINEAKINE.COM

Chers lecteurs(trices),

c'est avec émotion que nous vous délivrons ce mois-ci le contenu des conférences du Congrès National de Kinésithérapie (C.N.K). Celas'annonce passionnant et de très bonne qualité. A l'image de ce numéro 31 qui, vous allez le découvrir, est riche d'articles. Chaque mois notre mensuel prend de l'ampleur, nous sommes démarchés tous les jours par les différents acteurs du monde de la kinésithérapie. Vous êtes de même de plus en plus nombreux à vous inscrire.



Je profite donc de cet éditorial pour vous remercier de votre fidélité. Cette fidélité est un présent inestimable aux yeux des auteurs qui je le rappelle sont tous bénévoles.

Bonne lecture,

**Julien Encaoua**



# VEGA

SOLUTION DE GESTION ET  
TÉLÉTRANSMISSION POUR MKDE

## “On est bien chez Vega”

35 000 utilisateurs nous font confiance ✓

Le 1<sup>er</sup> logiciel à offrir SCOR ✓

Une prise en main Rapide ✓

Une hotline sans faille ✓

## Logiciel le plus choisi depuis plus de 10 ans

Plus d'informations : 04 67 91 27 86  
[www.vega-logiciel-kine.com](http://www.vega-logiciel-kine.com)

INNOVATION  
EN CRYO  
BREVET DÉPOSÉ



# CryoPRESS®

## LE SYSTÈME

Botte et manchon souples réfrigérés par l'Easyair FORCE micro-perforés avec compression réglable et maintien de l'accessoire. 10 à 30 minutes de soin en fonction des indications. À utiliser avec protocoles mémorisables sur le Easyair FORCE.

## EFFETS

**DIMINUTION** de la douleur et de l'inflammation.

**DRAINAGE** de l'œdème.

**PRISE** en charge du mouvement et de l'appui beaucoup plus rapide.

**AUGMENTATION** de l'amplitude articulaire.

**ACCÉLÉRATION** de la récupération.

## INDICATIONS

- Pathologies inflammatoires du système musculosquelettique
- Idéal suite aux opérations des ligaments croisés et prothèses du genou
- Tendinopathie du genou et de la cheville
- Entorses
- Douleurs rhumatismales
- Cicatrisation
- Périostites
- Lésions myoaponévrotique
- Récupération musculaire
- Traitement jambes lourdes et cellulite
- Traitement des gros bras après cancer du sein (avec manchon)



MKS Paris



Veas Hannibal - Lot A5, Bât A  
165, Rue de la Bilière  
34660 COURNONSEC



Tél. 04 99 64 21 05  
Fax. 04 99 64 21 06  
olivia.beldame@easycryo.fr



[www.easycryo.fr](http://www.easycryo.fr)

MKS Paris : Sarl au capital de 10 000€

SIRET : 51822767300028 / N° Intracom : FR 11518227673

# Le secret médical ou le garant d'une consultation libérée

**Julien PLAUCHUT**

Masseur-Kinésithérapeute, Ostéopathe à Neuilly-sur-Seine

Chargé d'enseignement en IFMK

Diplôme inter-universitaire de kinésithérapie respiratoire en pédiatrie et en réanimation néonatale et pédiatrique

D.U. d'Expertise Judiciaire, d'Assurance et d'Evaluation du Préjudice

plauchut.mkde@gmail.com

Le secret médical est un principe général connu des professionnels de santé et des patients même les plus jeunes. Toutefois, parce que ce principe est connu de tous, certains professionnels de santé ne connaissent que de manière floue ses limites et les obligations qui les engagent envers leurs patients.

Le secret médical est une garantie pour le patient de pouvoir parler librement sans craindre que ce qui est confié ne soit divulgué. Nous nous devons de respecter ce devoir fondamental de l'exercice de la pratique médicale, mais pour le respecter, encore faut-il bien le connaître.

Nous donnerons le cadre législatif du secret médical, l'étendu, la durée et les conditions qui permettent de lever ce secret médical. Enfin, nous énumérerons les risques encourus s'il n'était pas respecté.

## **Définition, cadre législatif et étendu du secret médical :**

Le secret médical est un pilier de notre pratique qui permet de créer une relation de confiance avec le patient qui peut ainsi sans retenue livrer toutes les informations qui peuvent permettre de mieux le prendre en charge. Toutefois, il va de soi que c'est au praticien de créer un climat de confiance pour lui donner l'occasion de se livrer et de porter à sa connaissance certains éléments de sa vie privée. Le thérapeute (kinésithérapeute ou ostéopathe) par le contact physique,

indispensable à sa pratique, et la durée/fréquence de ses consultations créera un lien avec son patient et sera parfois la personne du corps médical auquel le patient se livrera et demandera conseil.

Le secret médical s'impose à tout professionnel de santé. Le praticien ne doit rien révéler de ce qui est porté à sa connaissance. L'article L 1110-4 du Code de Santé Publique précise : « ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé ».

***« C'est parce que sans secret médical il n'y a pas de consultation décomplexée que le professionnel se doit d'être le gardien de la parole libérée de son patient »***

Vous noterez que le secret couvre le dossier médical du patient mais également son nom, vous prendrez donc garde à ne pas laisser vos agendas ouverts sans surveillance...

Vous garderez à l'esprit que le secret s'impose à l'égard d'autres professionnels de santé si ils ne concourent pas à un acte en lien avec celui-ci.

Toutefois, si porter les informations à la connaissance d'un autre professionnel sont dans l'intérêt du patient afin de mieux le soigner, vous pourrez les divulguer, on parle alors de secret partagé.

Le malade ne peut vous libérer de votre obligation, et le secret perdure même après le décès du patient.

## Qu'en est-il pour les proches du patient ?

Le secret médical lie le patient et son médecin, de fait il exclut la famille, ses proches ou la personne de confiance. Toutefois, en cas de diagnostic ou de pronostic grave la loi permet de divulguer « les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part » [article 1110-4 alinéa 6 du Code de la Santé Publique]

## Les exceptions au secret médical :

Le secret médical est un principe général et absolu permettant, comme nous l'avons vu, de créer les conditions de liberté morale pour le patient.

Le praticien se doit cependant de protéger l'intérêt de santé public avant l'intérêt individuel de son patient. C'est pourquoi, l'article 226-14 du Code Pénal permet une dérogation si des violences physiques, sexuelles ou psychiques ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. Le praticien se doit de dénoncer aux autorités « le caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une ».

## Les sanctions de la violation du secret médical :

La violation du secret médical expose le professionnel de santé à des sanctions pénales, civiles et ordinaires.

Le praticien encourt une peine d'un an d'emprisonnement et de 15000.00 € d'amende [art 226-13 du Code Pénal]. Le patient pourra invoquer un préjudice moral et sa réparation en engageant la responsabilité civile du professionnel [art 9 ou 1240 du Code Civil]. Enfin, l'Ordre pourra prendre des sanctions disciplinaires envers le contrevenant et décider de sa radiation.

**C'est parce que sans secret médical il n'y a pas de consultation décomplexée que le professionnel se doit d'être le gardien de la parole libérée de son patient, ce afin de pouvoir obtenir certaines confidences qui pourront orienter son diagnostic ou lui permettre de proposer un traitement adéquat.**



# Franco&Fils



CONCEPTION

FABRICATION

D' APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX



Franco&Fils

ZONE INDUSTRIELLE - RN7 - 58320 POUQUES-LES-EAUX

TÉL: 03 86 68 83 3222 - FAX: 03 86 68 55 95 - E-MAIL: INFO@FRANCOFILS.COM



WWW.FRANCOFILS.COM



**Guillaume CARNAUX Kinésithérapeute spécialisé en rééducation périnéale DIU de pelvipérinéologie**

**Livraison ce jour du Pelvi-Center au cabinet, d'abord un moment riche d'échanges avec Pascal FOXONET et Dominique TROUILLET.**

*«La première impression est tout simplement incroyable jamais je n'avais ressenti mon périnée aussi intensément malgré 10 ans d'expérience.»*

*Les tests qui ont suivi permettent d'entrevoir le potentiel énorme de cette nouvelle thérapie. Il y aura beaucoup d'indications à ajouter à cette innovation qui possède déjà énormément d'applications. Je suis impatient de pouvoir proposer cette thérapie à mes patients.»*

**PELVI CENTER distribué par PELVI UP - YouTube**

<https://www.youtube.com/watch?v=lul2-3cds-l>



La Technologie PELVI CENTER au secours de l'incontinence et au service de la performance sportive. www ...





Congrès National de Kinésithérapie



VENEZ  
#VOUS FORMER  
#VOUS RENCONTRER  
#VOUS ÉQUIPER

# CONGRÈS NATIONAL DE KINÉSITHÉRAPIE

## 1<sup>ère</sup> ÉDITION DU C.N.K

LE 17 JUIN 2018 DE 10 HEURES À 18 HEURES



### CONFÉRENCES

Des chirurgiens et kinésithérapeutes prendront alternativement la parole autour du thème de l'orthopédie.



### ATELIERS PRATIQUES

- Prise en charge novatrice en pré et post-chirurgies orthopédiques (LPG systems)
- Ondes de choc et tendinopathies
- Douleur et Cryothérapie



### EXPOSITION

- 40 exposants du domaine de la kinésithérapie avec des innovations récentes
- Concours de Start-up
- Collation sur place offerte



### FORMATION DPC\*

Les tensions musculaires: du bilan différentiel au traitement.  
\*Indemnisé 466€

### RÉSERVATION OBLIGATOIRE

Email : [contact@kineakine.com](mailto:contact@kineakine.com)

Site : [congres-kineakine.fr](http://congres-kineakine.fr)



Hotel MARRIOTT Rive Gauche  
17 Boulevard Saint Jacques,  
75014 Paris





Congrès National de Kinésithérapie



VENEZ  
#VOUS FORMER  
#VOUS RENCONTRER  
#VOUS ÉQUIPER

# CONGRÈS NATIONAL DE KINÉSITHÉRAPIE

# 1<sup>ère</sup> ÉDITION DU C.N.K

RÉSERVATION OBLIGATOIRE

LE 17 JUIN 2018 DE 10 HEURES À 18 HEURES



## CONFÉRENCES

-10h00 - Dr N.MORIN -SALVO - Chirurgien  
PEC des lésions méniscales - Ménisectomies VS  
Sutures méniscales.

-10h30 - Dr N.MORIN -SALVO - Chirurgien  
Entorses du genou: démembrement des lésions  
et état des connaissances sur les reconstructions  
du LCA.

-11h00 - Dr B.LEVY - Chirurgien  
Ruptures des tendons de la coiffe des rotateurs :  
Prise en charge médico-chirurgicale

-11h30 - Dr B.LEVY - Chirurgien  
Calcifications de la coiffe des rotateurs : Prise en  
charge médico-chirurgicale.

-14h00 - Dr S.ROMANO - Chirurgien  
Arthrose du poignet

-14h30 - Dr S.ROMANO - Chirurgien  
Pseudarthrose du scapuloïde

-15h00 - W.HEMELRYCK - D.O Formateur en échographie  
Echographie en kinésithérapie, futile ou utile?

-15h30 - F.BARILLEC - MKDE Formateur  
La prise en charge des cervicalgies non spécifiques à  
l'épreuve de l'Evidence Based Practice: une approche  
transversale

-16h00 - G.BARETTE - MKDE Formateur  
Prise en charge du lombalgique:  
quelques pistes de réflexion...



## FORMATION DPC

Indemnité: 466€

-10h00 - 17h00 J.CRAMET  
Les tensions musculaires:  
du bilan différentiel au  
traitement

Hotel MARRIOTT Rive Gauche  
17 Boulevard Saint Jacques,  
75014 Paris

Email : [contact@kineakine.com](mailto:contact@kineakine.com)  
Site : [congres-kineakine.fr](http://congres-kineakine.fr)



# PRÉVENTION DES CROYANCES ERRONÉES SUR LA LOMBALGIE PARTIE 1

Dr R.HUSSLER, *kinésithérapeute, Directeur de l'IFMKDV de Lyon, Docteur en Sciences de l'Education*

*Cet article sera traité en deux publications :*

- *La 1ère partie rend hommage aux excellents mémoires présentés par Baptiste CHEVET [1] et Marion MEHEUST [2] pour l'obtention du diplôme d'état en massokinésithérapie. Les informations présentées ont été sélectionnées puis synthétisées et adaptées pour une lecture et une utilisation dans le cadre de l'activité libérale en masso-kinésithérapie*
- *La 2ème partie s'appuyant sur les apports théoriques de la 1ère partie s'efforcera de répondre à la question suivante : « Comment mettre en place en cabinet libéral une action de prévention des croyances erronées au sujet de la lombalgie »*

## INTRODUCTION

Les études épidémiologiques montrent que la lombalgie est un problème de santé majeur dans le monde et que la plupart de la population, indifféremment du sexe et de l'âge, sera un jour touché et notamment la population en âge de travailler [3]. En outre Hestbaek et al (2010) affirment que 50 % des personnes ayant vécu un épisode lombalgique en vivront un autre à un an, 60% à deux ans et 70% à cinq ans [4].

Nous retiendrons dans cet article la définition de la lombalgie commune, qui représente 90% des lombalgies prises en charge, et qualifiée de « douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause in-

flammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse.» [5]

Selon Hoy et al (2014), le poids global de la lombalgie dans le monde en termes d'années de vie d'incapacité (Disability Adjusted Life Years), est passé de 58.2 millions en 1990 à 83 millions en 2010 avec une prédominance dans la population âgée de 35 à 50 ans [6]. Sans oublier les incidences multiples sur le plan psychologique (sentiment d'exclusion, d'inutilité, dépression, etc.) et social (sentiment d'exclusion).

Ces chiffres viennent confirmer ce que les kinésithérapeutes en général et dans un cadre libéral en particulier constatent dans leur activité professionnelle puisque les lombalgies représentent une part importante des prescriptions médicales.

[1] B. Chevet (2015), Mise en place d'une action de promotion de la santé en milieu professionnel. Prévention des croyances et des représentations erronées sur la lombalgie. Mémoire de fin d'études en kinésithérapie disponible en ligne : <http://kinedoc.org/Kinedoc-war/recherche.do> ou <http://www.ifres.fr/pages/publications.html>

[2] M. Meheust (2013), Influence des croyances sur la participation et le vécu des patients lombalgiques chroniques. Mémoire de fin d'études en kinésithérapie disponible en ligne : <http://www.ifres.fr/pages/publications.html>

[3] Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum.* 2012;64(6):2028–37.

[4] Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. (2010), The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.*;24(6):769–81.

[5] HAS. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription. Paris: HauteAutorité de Santé; 2005.

[6] Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. (2014), The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease Study. *Ann Rheum Dis.* Jan;73(6):968–74.

## LOMBALGIE ET LES MODÈLES DE LA SANTÉ

L'échec de la prise en charge de la lombalgie non spécifique selon une approche uniquement biomédicale combinée à celui de la chirurgie sur le rachis, ont amené à reconsidérer le symptôme par une nouvelle approche selon un modèle bio-psycho-social de la lombalgie, proposé par Waddell en 1987 [7]. Ce modèle recommande de considérer la lombalgie en termes d'incapacités plus qu'en termes de maladie et encourage une approche plus globale du patient lombalgique; notamment en avançant la nécessité de réaliser l'investigation des aspects physiques, psychologiques et sociaux.

## FACTEURS DE RISQUES PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX

Les facteurs de risque psycho-sociaux ont été regroupés sous le terme d'alertes ou « Flags » en trois catégories ou « couleurs » jaunes (personnel), bleues (travail) et noires (contexte). Nous retiendrons de ce tableau l'importance des alertes jaunes ou « Yellow Flags » en

termes de fausses croyances, de catastrophismes et d'attentes négatives du futur. Or il a été démontré que l'intensité de la douleur représentait moins de 10% de la variance du handicap fonctionnel alors que les facteurs psychosociaux comptent pour 35%[9]

Alertes jaunes (personne)			Alertes bleues (travail)	Alertes noires (contexte)
Pensées	Sentiments	Comportement		
- Catastrophisme - Fausses croyances sur l'état, la douleur, la nocivité - Attentes négatives du futur	- Inquiétude, détresse, anxiété, dépression - Peur du mouvement - Incertitudes sur le futur	- Description de symptômes extrêmes - Stratégies de coping passives - Inefficacité répétée des traitements	- Charge physique de travail élevée - Incapacité de modifier le travail - Stress au travail - Manque de support social - Insatisfaction au travail - Faible espoir de retour au travail - Crainte d'une nouvelle blessure	- Incompréhension entre les divers acteurs (patient, employeur, médecin) - Compensation financière - Croyances de l'entourage - Isolement social - Politique de l'entreprise inadaptée - Retard dans les processus

**Figure 1.** Résumé des facteurs de risque psycho--sociaux et socio--professionnels d'après Rozenberg et al, cite par Sichere et Zeitoun<sup>8</sup> (2013).

[7] Waddell G. A new clinical model for the treatment of low--□back pain. Spine. 1987;12:632-44.

[8] Sichere P, Zeitoun F. La lombalgie (commune) en evolution. Douleurs Eval - Diagn -Trait. 2013 Oct;14(5):234-44.

[9] Burton AK. How to prevent low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2005 Aug;19(4):541-55.

## MODÈLE DE LA PEUR DU MOUVEMENT/ (RE)BLESSURE

Selon ce modèle, il existe deux réponses comportementales face à la douleur :

**L'affrontement et l'évitement.** La figure ci-dessous illustre le processus :



Figure 2 : Modèle cognitivo-comportemental de « peur du mouvement / (re)blessure » proposé par Vlaeyen en 1995 [10]

Les microtraumatismes (injury strain) génèrent une douleur (pain) en lien avec la région lombaire. A partir de là deux processus sont possibles :

- Soit l'évitement (avoidance) caractérisé par des pensées et croyances négatives (catastrophizing) entraînant une crainte que le mouvement (activité physique, professionnelle ou loisir) génère ou maintienne une douleur (fear of pain movement)/ nouveau traumatisme (re(injury)). Cette crainte entraîne un évitement de la réaction de vigilance musculaire (avoidance hypervigilance muscle reactivity) entraînant l'inactivité (disuse), l'incapacité (disability) et la dépression entretenant la douleur dans un cercle vicieux permanent.
- Soit une absence de crainte (no fear) et un désir d'affronter (confrontation) le problème favorisant la récupération (recovery).

Nous pouvons dégager trois principes directeurs :

- Les croyances négatives ou erronées amènent à penser que l'activité physique génère ou entretient les lésions à l'origine de la douleur, de sa récurrence et persistance
- La peur de la douleur qui est plus incapacitante que la douleur elle-même.
- Ces croyances sont prédictives de l'incapacité fonctionnelle dans la vie quotidienne d'un retard dans le délai de retour au travail et peuvent conditionner l'efficacité des programmes de rééducation [11].

## LOMBALGIE ET LES TROIS MODÈLES DE LA PRÉVENTION

Dans le cadre de la prévention de la lombalgie en milieu professionnel, nous trouverons la prévention primaire pour éviter la survenue du premier épisode douloureux, la prévention secondaire pour éviter la récurrence et le passage à la chronicité du symptôme et la prévention tertiaire pour limiter l'incapacité fonctionnelle et les arrêts de travail de longue durée.

## LOMBALGIE ET EDUCATION À LA SANTÉ DANS LE CADRE DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

La prévention primaire dans le cadre de l'activité libérale du masseur kinésithérapeute est à construire peut-être par une participation plus active dans les milieux professionnels (ergonomie) et scolaires. Le champ d'activité du masseur kinésithérapeute libéral est actuellement plus adapté à la mise en place d'une prévention secondaire et tertiaire. Nous avons vu comment la prévention des croyances erronées semble avoir une place non négligeable pour diminuer la fréquence des lombalgies et le maintien en activité des professionnels.

[10] Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. Pain. 1995 Sep;62(3):363-72.

[11] Dupeyron A, Ribinik P, Gelis A, Genty M, Claus D, Herisson C, et al. Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recommendations for practice. Ann Phys Rehabil Med. 2011;54(5):319-35.

## CROYANCES

Les croyances étudiées dans cet article sont à différencier des croyances religieuses. Un dictionnaire [12] les définit comme : « *L'attitude d'adhésion à une proposition dont la vérité ne peut toujours être démontrée* ». Elle comporte trois degrés : l'opinion, le savoir et l'adhésion.

Les croyances sont donc des convictions vécues comme des connaissances, étroitement intriquée avec les émotions et impactant sur les comportements. Selon Laroche et Jammet (2011) [13] elles sont considérées comme des facteurs d'incapacités et peuvent ainsi se révéler un frein pour la rééducation ou les soins en général. Elles doivent ainsi être dépistées précocement (prévention secondaire) afin d'optimiser les résultats de l'accompagnement professionnel auprès des personnes en difficulté de santé.

## CONCLUSION 1 ÈRE PARTIE

Les données épidémiologiques démontrent l'impact social majeur de la lombalgie commune. Le modèle biomédical ayant montré ses limites quant à l'efficacité de la prise en soins de la lombalgie, le modèle biopsychosocial prend le relais en considérant les facteurs de risques psychosociaux. Le modèle cognitivo-comportemental de la « peur du mouvement » donne un éclairage intéressant sur les mécanismes psychologiques en jeu dans la lombalgie. Enfin les modèles de la prévention précisent le cadre d'intervention d'une action préventive adaptée au travail en cabinet de masso-kinésithérapie. La 2 ème partie, traitée dans un prochain article, permettra aux professionnels de mettre en place simplement et sans perte de temps des actions en éducation à la santé afin d'optimiser l'efficacité de la rééducation des personnes souffrant de douleurs lombaires.

---

[12] Dictionnaire de Psychologie, PUT 2008

[13] Laroche F et Jammet L (2011), Thérapie cognitive et comportementale de la lombalgie chronique. Elsevier Masson

# Organisme de Formation

## Echographie pour professionnels de Santé



- ✓ Actif depuis 2010
- ✓ Echo & Dissection
- ✓ E-Learning
- ✓ Plusieurs niveaux d'enseignement



<http://bit.ly/FormationSonoSkills>

[www.sonoskills.fr](http://www.sonoskills.fr) - [info@sonoskills.fr](mailto:info@sonoskills.fr)

# EMI 2.1

APPAREIL A ONDES DE CHOC



- Un prix défiant toute concurrence
- 30 Programmes préenregistrés
- Garantie 3 ans
- Écran tactile
- Schémas anatomiques

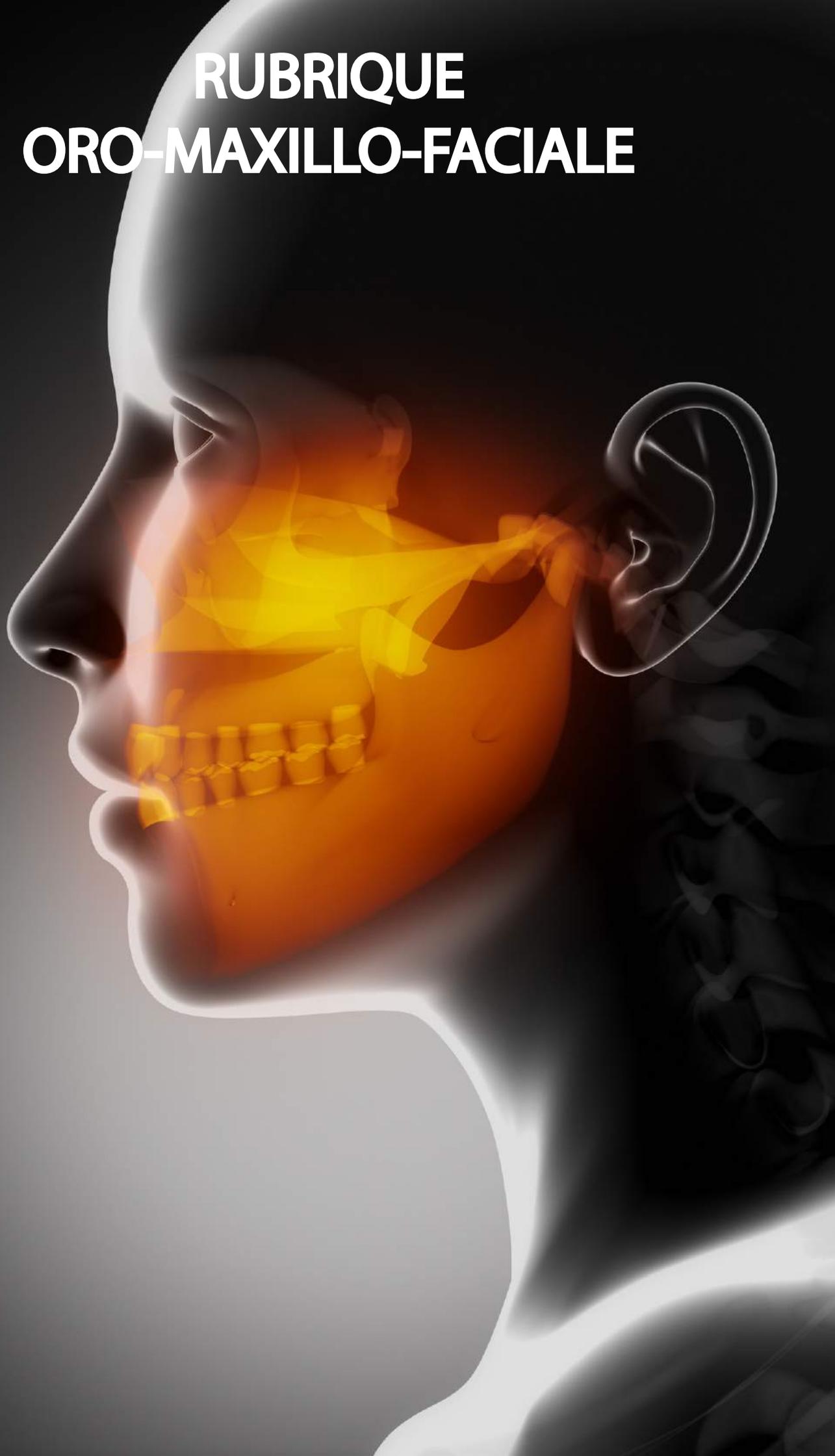
**CONTACTEZ NOUS:**

- 30%  
**6990 €**

 Equipement  
Médical  
International

[www.emimedical.net](http://www.emimedical.net)  
[contact@emimedical.net](mailto:contact@emimedical.net)  
09.77.55.73.29

# RUBRIQUE ORO-MAXILLO-FACIALE



# L'AVULSION DES DENTS DE SAGESSE UNE PROBLEMATIQUE EXCLUSIVEMENT STOMATOLOGIQUE ? ROLE DU KINESITHERAPEUTE.

Pr. Guy MARTI1, Dr. Florina SERPE4, Francis CLOUTEAU2, Michel HADJADJ 3, Dr. Henrike von BUSEKIST4

(1) Chirurgien maxillo-facial, Clinique Saint Jean l'Ermitage, Melun, (2) Kinésithérapeute Nemours, (3) Kinésithérapeute Antony, (4) Chirurgien Oral, Clinique Saint Jean l'Ermitage, Melun

Dans ce numéro 31 de Mars 2018 la rubrique Rééducation Oro-Maxillo-Faciale (ROMF) aborde un point trop souvent mal maîtrisé par les kinésithérapeutes spécialisés.

Les auteurs nous apportent une réelle information sur ce sujet très technique, qui ne fait pas parti de notre compétence mais qui interroge souvent et le rééducateur et le patient. Cet ajout à notre culture générale nous semble positif.

Ce domaine comme tant d'autres est l'objet de nombreuses polémiques parmi le personnel soignant. Trop d'arguments pseudo-scientifiques viennent s'infiltrer dans nos modes de réflexion et d'apprentissage. Incompétence et ignorance n'interdisent pas les affirmations infondées. Les modes de pensées vacillent vers des croyances. Non, la pensée magique n'est pas morte avec la venue de l'argumentation scientifique bien au contraire.

L'extraction des dents de sagesse est aujourd'hui si commune qu'elle nécessitait à n'en pas douter ce point d'information.

Bien que marginal en ce domaine, le rôle du kinésithérapeute n'en sera pas moins important dans quelque cas présentant des « complications », mais aussi sur le plan pédagogique en démystifiant les peurs et les rumeurs, pourvu qu'il agisse de façon éclairée.

## I - C'EST QUOI LES DENTS DE SAGESSE ?

Ce sont les troisièmes molaires. Elles existent chez tous les êtres humains sauf dans les cas d'agénésie. Il s'agit des cas où des dents sont absentes, elles ne pousseront jamais. D'autres dents peuvent d'ailleurs manquer. C'est pour cette raison que certains patients peuvent n'avoir que 3 ou 2, une seule ou aucune dent

de sagesse.

En revanche, il y a des cas de dents de sagesse multiples. Certains patients peuvent se présenter avec des dents de sagesse dédoublées, jusqu'à 8 parfois ! Heureusement, ces dents de sagesse sont alors plus petites que des dents normales.



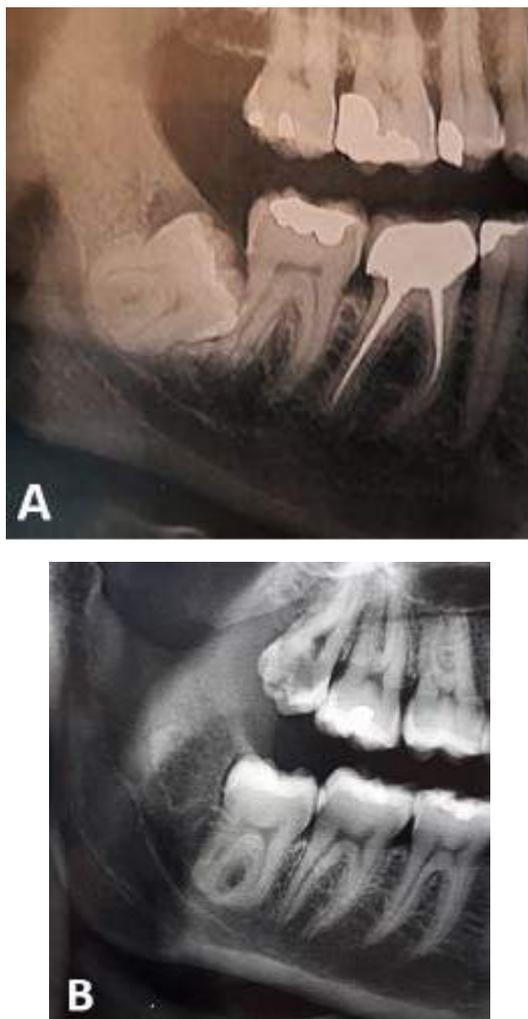
**Fig.1 :** Eruption de la 2ème molaire et apparition de la couronne de la dent de sagesse entre l'âge de 6 et 12 ans.

## II - POURQUOI CERTAINES DENTS DE SAGESSE NE PEUVENT-ELLES PAS SORTIR (FAIRE LEUR ÉRUPTION SUR L'ARCADE) ?

Les dents de sagesse ne peuvent pas sortir sur l'arcade quand celle-ci est trop petite pour les accueillir en plus des autres dents. Certains scientifiques, des anthropologues en particulier, ont attribué cette petite taille des mâchoires à l'apparition de la station debout.

Depuis que l'être humain marche debout, non seulement la forme et la taille de son bassin ont changé mais aussi la taille de ses mâchoires. Par rapport à une marche à quatre pattes, l'être humain a dû baisser la tête pour regarder devant. Les muscles du cou se sont raccourcis et ont tiré la mâchoire vers l'arrière et vers le bas. La dimension des mâchoires a fini par diminuer.

Heureusement, la plupart des patients vont avoir assez de place pour recevoir les dents de sagesse et toutes les dents. (Fig.2)

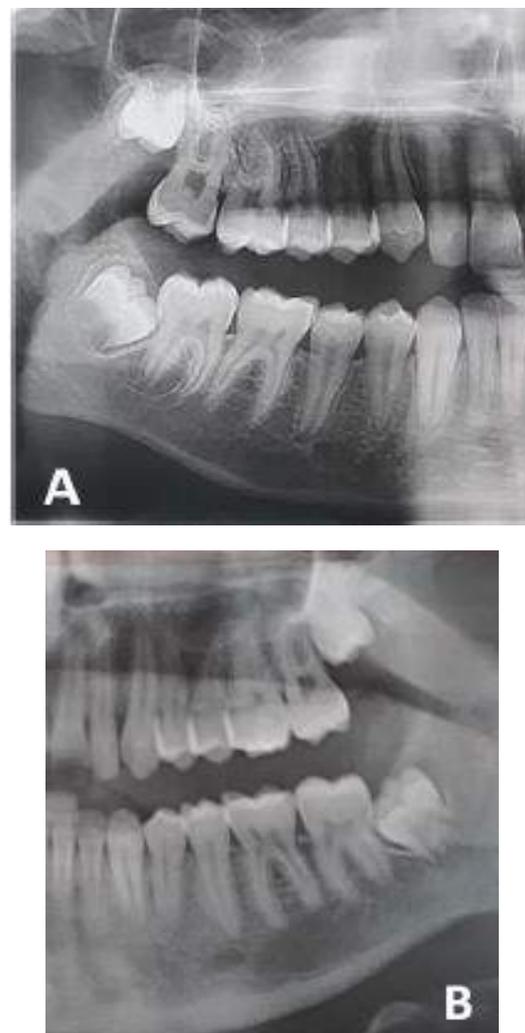


**Fig.2 :** Patients adultes, (A) : Dent de sagesse inférieure droite (48) n'ayant pas pu faire son éruption et horizontalisée. (B) : Dent de sagesse empêchée de faire son éruption complète.

## III - QUELS SONT LES MOTIFS DE CONSULTATION POUR L'AVULSION DES DENTS DE SAGESSE ?

**3 cas de figure peuvent se présenter.**

1. Dents de sagesse à extraire après traitement orthodontique à cause du manque de place pour qu'elles puissent sortir sur les arcades dentaires. (Concerne surtout les adolescents) (Fig.3)
2. Dents sorties mais en mauvaise position par manque de place avec des infections gingivales à répétition ou bien dents de sagesse cariées, abîmées. (Concerne les adultes). (Fig4)
3. Dents de sagesse non sorties mais responsable de douleurs ou qui ont fait développer un gros kyste menaçant la mandibule de fracture. (Fig.5)



**Fig.3 :** Même patient image de droite et image de gauche. (A) Aspect à 14 ans (B) Aspect à 16 ans. L'édification radiculaire est d'à peine 50%. Indication d'avulsion avant traitement orthodontique

## V - QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

Il faut bien distinguer la notion de « suites opératoires » et celle de « complication opératoire ».

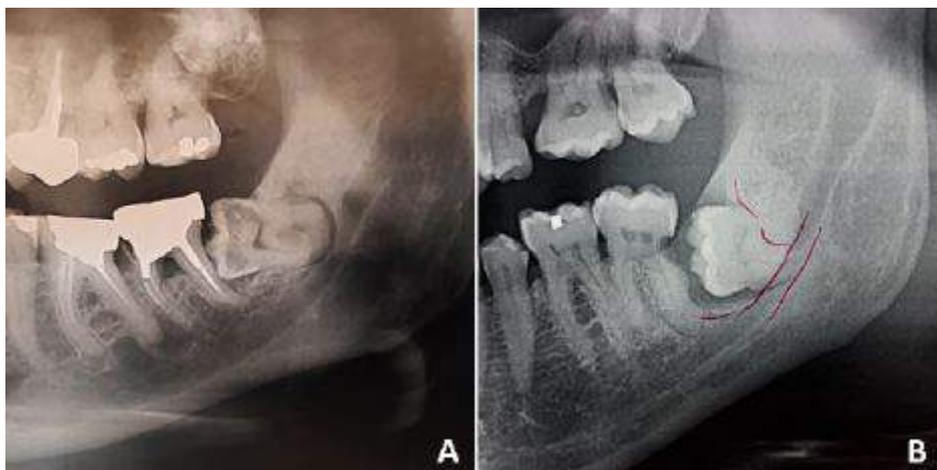
### Les risques strictement liés à l'intervention peuvent être dus au patient :

- os très dur
- prise d'un traitement anticoagulant ou médicament perturbant le métabolisme osseux (voire rubrique spécifique, ces médicaments sont donnés pour combattre l'ostéoporose ou avec certaines chimiothérapies, ils sont de la famille des biphosphonates)
- ouverture buccale très faible

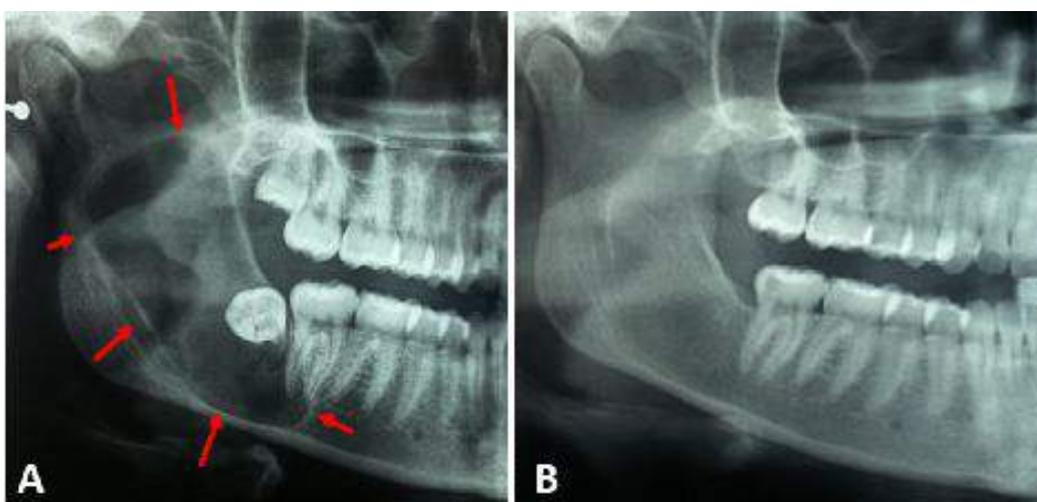
### Les risques dus à la dent et à sa position

- racines très longues, pointues et fragiles

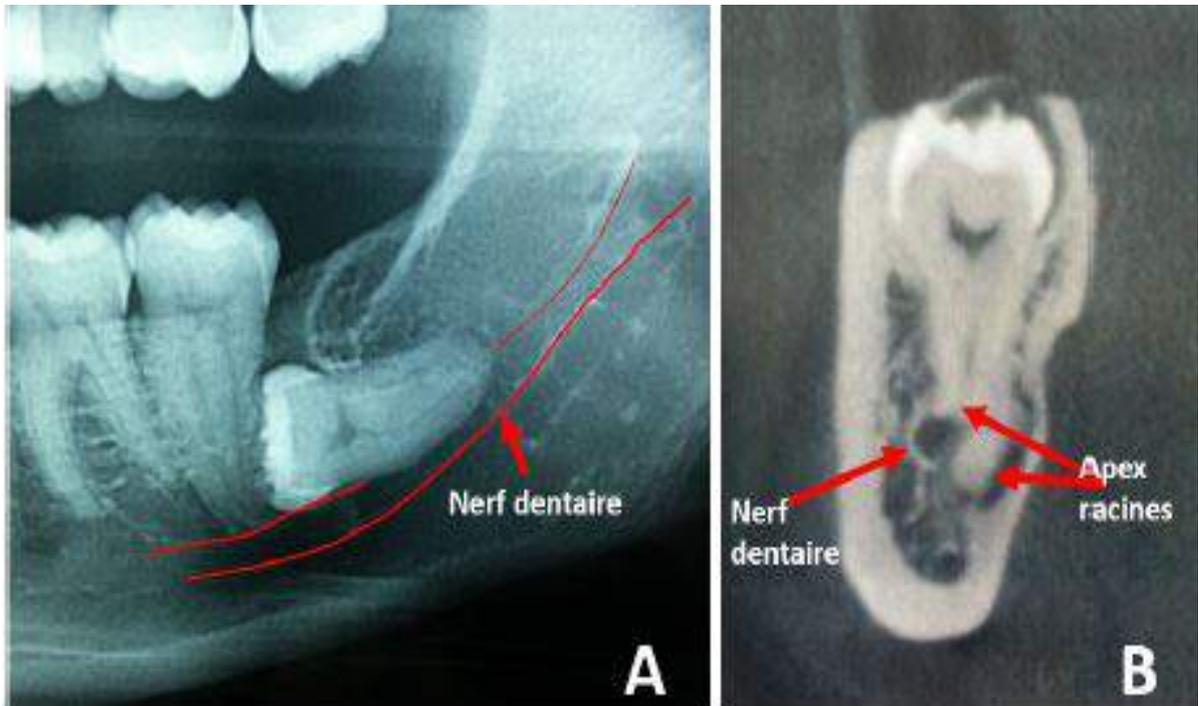
- position très profonde ou à un endroit inhabituel (dent dite ectopique)
- dent très proche du sinus en haut ou du nerf dentaire en bas. D'une façon raccourcie, une communication avec le sinus après une avulsion de dent de sagesse (concerne celles du haut) se ferme spontanément au bout d'un mois sans aucune intervention nécessaire. Après cette période d'un mois, il faut consulter pour fermer cette « fuite ». Pour la mandibule, si le nerf dentaire est très proche de la dent de sagesse avec un risque important de lésion, le chirurgien devra fractionner cette dent en petits morceaux avec une fraise fine pour n'exercer aucune pression sur l'alvéole osseuse et le nerf en dessous. Néanmoins, la « malchance » d'avoir un nerf lésé est très faible.



**Fig.4 :** (A) Dent de sagesse cariée sous la gencive. (B) Dent de sagesse qui a carié la 2ème molaire devant elle.



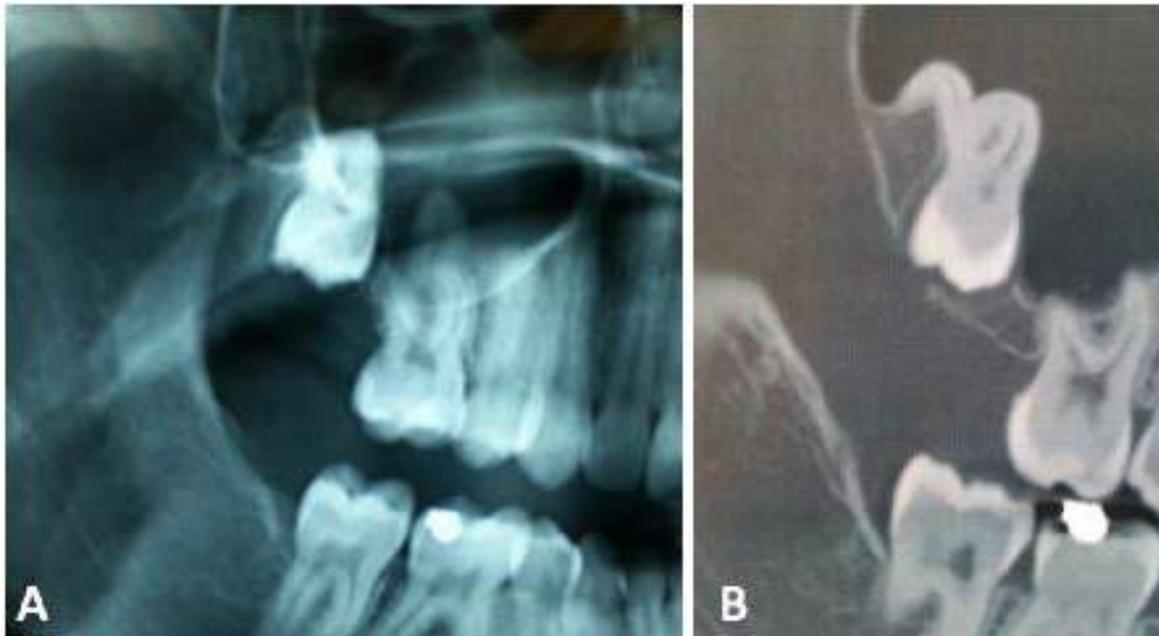
**Fig.5 :** (A) Important kyste développé au départ du sac péri-coronaire qui entoure la couronne de la dent de sagesse avant son eruption. (B) Cicatrisation complète 3 ans après intervention chirurgicale



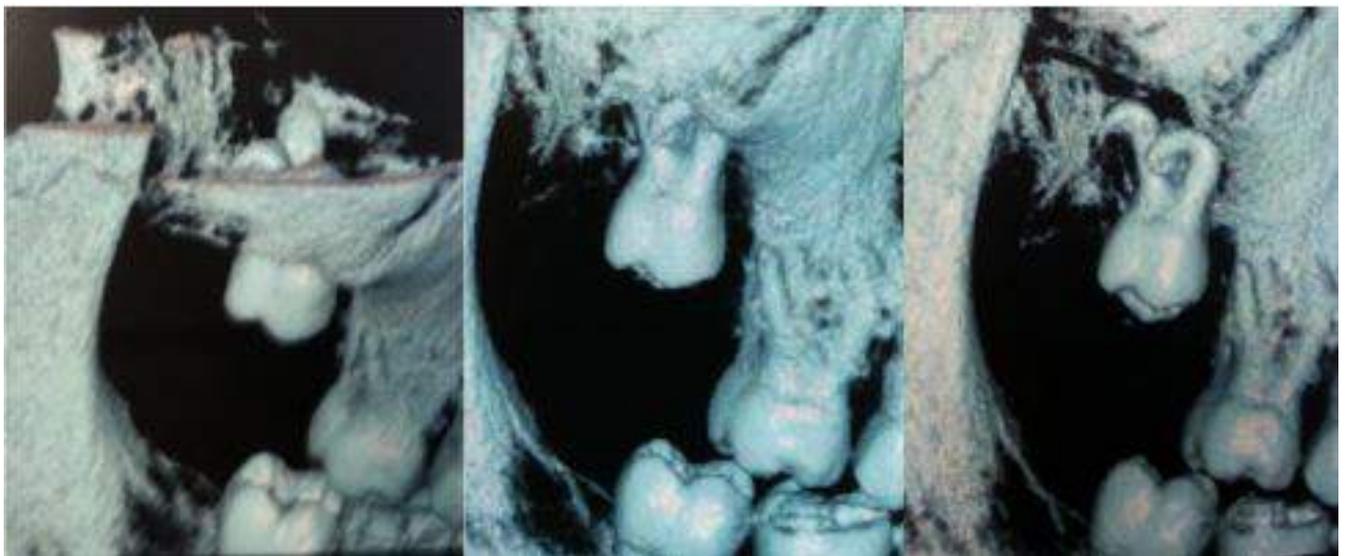
**Fig.6 :** (A) Dent couchée au contact du nerf dentaire inférieur sur toute sa longueur.  
 (B) Dent bien verticale mais le nerf est au contact des racines (image en coupe sagittale de Cône Beam)



**Fig.7 :** Dent de sagesse aux racines très coudées et pointues situées au contact du nerf dentaire. Images en coupes frontales de Cône Beam).



**Fig.8 :** (A) Image de radio panoramique dentaire, dent de sagesse très haut située proche du sinus maxillaire. (B) Image de Cône Beam, dent presque totalement dans le sinus.



**Fig.9 :** Même patient, 3 images successives de reconstruction 3D avec effacement progressif des densités osseuses. L'examen révèle des racines particulièrement coudées et pointues.



**Fig.10 :** Communication bucco-sinusienne post-avulsion dentaire

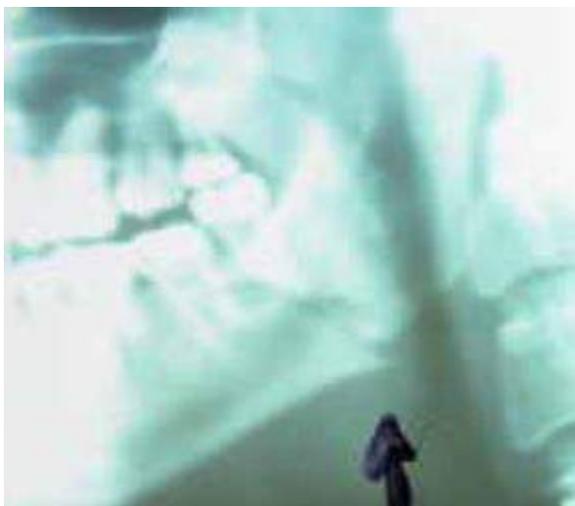
## VI - QUELS SONT LES RISQUES DE LES LAISSER, DE NE PAS OPÉRER

De même que pour les risques liés à une intervention, faire une liste de problèmes ne signifie pas que l'on va avoir TOUS ces problèmes. Chaque patient est particulier et le chirurgien doit informer le patient s'il fait partie d'une catégorie à risque.

La majorité des patients ne souffrira d'aucune conséquence sérieuse en cas de persistance des dents de sagesse.

Laisser des dents de sagesse évoluer pourrait donc entraîner :

- Douleurs dans le fond de la bouche, les angles de la mâchoire. Ces douleurs correspondent à un travail d'éruption qui cessera généralement après quelques années, quand la dent va s'ankyloser (se souder à l'os).
- Déplacement des dents postérieures. S'il n'y a pas de conséquence esthétique, le trouble de l'occlusion provoqué par ces déplacements peut provoquer des troubles articulaires et dysfonctionnels (craquements de mâchoires, douleurs articulaires).
- Infections. Surtout si la dent de sagesse a déjà percé la gencive
- Caries de la dent immédiatement devant la dent de sagesse. Caries classiquement sous la gencive et très difficiles à dépister.
- Il a été rapporté dans la littérature un risque de fracture augmenté de 30 % pour un même choc s'il existe une dent de sagesse à l'endroit du traumatisme.



**Fig.11 :** Trait de fracture passant par la dent de sagesse.

Une polémique est apparue il y a quelques années dans la littérature orthodontique sur le rôle joué par les dents de sagesse dans l'apparition d'un encombrement des incisives, en particulier mandibulaires ou dans la version vers l'avant des incisives supérieures. Certains articles de bonne méthodologie peuvent en effet remettre en cause la croyance que la poussée des dents de sagesse peut perturber le bel alignement des dents antérieures. Néanmoins, si les rotations et versions des dents postérieures sont bien dues aux dents de sagesse, ceci peut perturber suffisamment l'occlusion pour être responsable de dysfonction des ATM. En revanche, la réapparition d'un encombrement antérieur mandibulaire et/ou la version antérieure des incisives maxillaires sont dans l'immense majorité des cas dus à la non correction de praxies et en particulier de dysfonctions négligées pendant le traitement orthodontique.

## VII - COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

- **Mode d'anesthésie :** Soit sous anesthésie locale (au cabinet) soit sous anesthésie plus profonde (au bloc opératoire). Une anesthésie générale « totale » est très rarement nécessaire. A la Clinique nous pratiquons le plus souvent une sédation semi-consciente très confortable et aussi l'hypnose.
- **Hospitalisation :** Aucune sous anesthésie locale. S'il y a hospitalisation, c'est habituellement une courte journée.
- **Technique chirurgicale :** Les dents sont toujours fragmentées pour ne pas « forcer » et traumatiser les structures adjacentes (nerfs, sinus, gencives, lèvres). Il y aura des points de suture, toujours résorbables (résorbés en 5 à 15 jours). Il n'y aura jamais de douleur pendant l'intervention. Ceci est inacceptable et ne surviendra en aucun cas. Même sous anesthésie générale l'usage d'ouvre-bouches ou forceps est rigoureusement codifié. Les lésions méniscales des ATM sont connues. On utilisera des cale-bouche en caoutchouc ou bien, tout système d'ouvre-bouche sera ajusté à l'amplitude d'ouverture que le patient fera de lui-même à la demande du chirurgien (d'où l'importance d'éviter les anesthésies générales complètes).

## VIII - COMMENT SONT LES SUITES OPÉRATOIRES ?

L'équation est simple : 50% chirurgien + 50% patient. D'abord ne pas faire d'effort important (sport, travaux physiques, déménagement etc...). L'effort physique augmente la pression du sang qui circule dans les vaisseaux. Au niveau du site opératoire, ça peut gonfler et parfois beaucoup.

Mettre du froid sur la joue en regard de la zone opérée. Cela « recroqueville » les vaisseaux sanguins et évite la formation de l'œdème.

Prendre les médicaments prescrits par le cabinet pour la phase post-opératoire. Il peut y avoir des spécificités individuelles, mais d'une façon générale, il vaut mieux ne prendre qu'un seul comprimé antalgique au lieu de deux d'un coup car la douleur est devenue forte.

## **IX - QUELLES SONT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE ?**

### • **NE PAS FAIRE DE BAINS DE BOUCHE LES PREMIERES 24 HEURES.**

Ceci est une des recommandations les plus importantes. Le caillot sanguin se forme immédiatement avec le premier saignement. Il va se constituer avec les plaquettes et la fibrine et va colmater les brèches vasculaires. Dans les 24h qui suivent on va assister à un phénomène appelé « contraction du caillot » ce qui réalise une vraie « colle » entre les lambeaux de gencive ou de peau. Dans la bouche il réalise une couche de protection de l'os exposé après la perte de la dent. Cette couche de protection devient solide, elle contient maintenant des globules blancs, elle assure la protection mécanique et anti-infectieuse nécessaire. Des bains de bouche trop précoces vont « laver » ce caillot, mettre l'os à nu et favoriser les infections (alvéolites).

### • **NE PAS MANGER TROP CHAUD**

(réveille la douleur et fait reprendre un saignement par dilatation des vaisseaux sanguins).

### • **EVITER LES ALIMENTS QUI DEMANDENT TROP DE TRAVAIL DE MASTICATION**

(fatigabilité et douleurs).

### • **EVITER DE FUMER**

(toxicité directe et vaso-constriction à long terme).

### • **RECOMMENCER DES LE LENDEMAIN UNE HYGIENE RIGOREUSE.**

Bains de bouche, brossage des dents de plus en plus loin vers les dents du fond au fur et à mesure de l'avancée de la cicatrisation.

## **X - QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?**

• **Bourrage alimentaire.** Ce n'est pas vraiment une complication mais simplement des suites mal gérées qui se régleront facilement par des bains de bouche

vigoureux. Cela n'arrive que pour les sites des dents du bas où les débris alimentaires vont aller se stocker. Nous recommandons alors l'usage d'une poire auriculaire qui permet de nettoyer vigoureusement la cavité sans risque de se blesser. (Fig.12)

- **Infection du site opéré** (appelé alvéolite) environ 1% des patients opérés. Surtout dues à une mauvaise hygiène et au tabac. Se règle le plus souvent par un lavage de l'alvéole au cabinet. Il y a une forme rare appelée « alvéolite sèche » qui s'apparente à des lésions vasculaires locales. Difficile à soulager et pour des raisons inconnues, les douleurs de l'alvéolite sèche durent 3 semaines, pas plus même si c'est long...
- **Œdème.** Tout gonflement disparaîtra. Certains patients ont des facteurs de risque et votre chirurgien sait les reconnaître et vous alerter avant l'opération.
- **Saignements.** Il n'y a pas de risque « d'hémorragie » car il n'y a pas de gros vaisseau sanguin à proximité. Il peut donc s'agir d'un filet de sang dans la bouche qui perdure après l'extraction de la dent. Habituellement une petite compresse coincée derrière les dents pour appuyer sur le site opéré suffit à tarir le saignement en quelques heures.
- **Perte de sensibilité dans le territoire du nerf dentaire inférieur.** Cette complication est une URGENGE. Elle peut apparaître lorsque les racines de la dent de sagesse sont très proches du nerf dentaire. Toute suspicion de proximité fait poser l'indication aujourd'hui d'un scanner par CONE BEAM (Fig.6 et Fig.7) qui guide le chirurgien. Le patient ne retrouvera pas la sensibilité de la lèvre inférieure au-delà du délai habituel (2 à 4h). Ceci peut s'accompagner de douleurs fortes et paradoxales qui doivent immédiatement alerter. Le nerf dentaire peut avoir été simplement comprimé lors des manœuvres ou lésé par un instrument rotatif (fraise) au moment de la découpe de la dent de sagesse. C'est l'apparition d'une douleur fulgurante, « transfixiante » qui est le signe principal d'une lésion directe du nerf. Ces cas doivent être traités dans les premières heures post opératoire par un traitement anti-inflammatoire puissant, des antalgiques appropriés pour éviter la conversion en douleur neuropathique et si nécessaire, un geste de décompression au niveau du canal lui-même.
- **Fracture de la mandibule.** TRES RARE mais peut arriver s'il y a un gros kyste autour de la dent de sagesse ou si la mandibule est de toute petite taille. La mandibule est fragilisée par l'intervention et cette période dure environ 3 semaines. Au-delà, le risque a pratiquement disparu.

- **Communication bucco-sinusienne.** Il s'agit d'une fuite d'air entre la bouche et le sinus. On peut aussi avoir du liquide de la bouche (en particulier pendant les bains de bouche) qui sortent par le nez. Ceci peut arriver quand les dents sont très profondes chez les patients plus jeunes (en dessous de 14 ans). Dans 90 % des cas ces fuites se ferment sans intervention au bout d'un mois. Dans les autres cas, une suture sous anesthésie locale sera suffisante.
- **Douleurs du système articulaire temporo-mandibulaire :** Habituellement, c'est l'inverse. On peut avoir indiqué l'avulsion des dents de sagesse pour un patient souffrant de DAM (dysfonction de l'appareil manducateur) pour stabiliser l'occlusion, c'est-à-dire arrêter les déplacements des dents dus à la poussée des dents de sagesse. Parfois cependant, certains patients peuvent rapporter l'apparition de craquements et douleurs articulaires après l'avulsion des dents de sagesse. Il faut alors s'enquérir du mode opératoire (anesthésie générale avec usage d'un ouvre-bouche mécanique). Si ce n'est pas le cas, il s'agit vraisemblablement de la décompensation d'un équilibre instable, occlusal et neuro-musculaire, rompu par cet épisode chirurgical. Une rééducation appropriée améliore considérablement et rapidement le pronostic. Des douleurs de DAM immédiatement après l'intervention orienteront vers un traumatisme chirurgical alors qu'une symptomatologie différée fera penser à la rupture d'un équilibre précaire et instable.

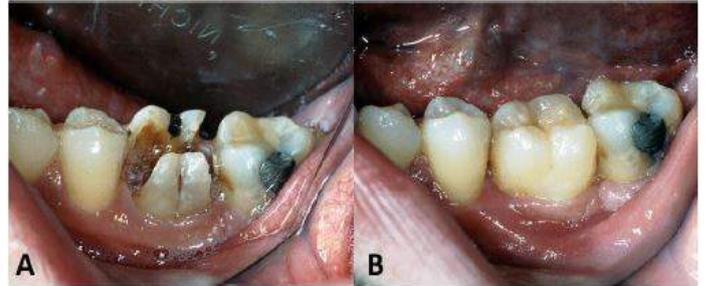


**Fig.12 :** Poire auriculaire pour lavages de la zone opérée

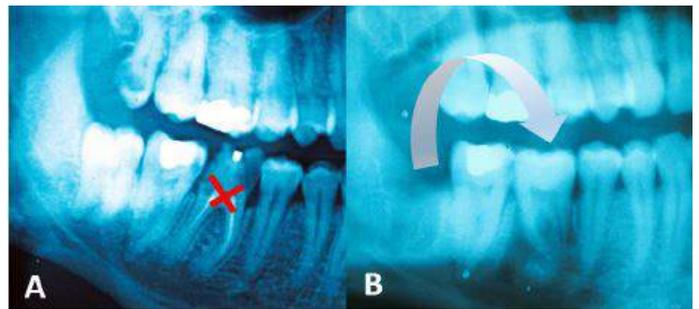
## IX - CAS PARTICULIER DE LA TRANSPLANTATION:

Lorsque les circonstances sont réunies, le chirurgien peut proposer une transplantation, c'est-à-dire

le remplacement d'une molaire abîmée à extraire par une des dents de sagesse. Ceci doit se faire dans la même séance. Les chances de succès sont plus importantes entre les âges de 15 et 25 ans lorsque l'édition des racines est suffisante mais avant que les apex ne se soient presque fermés. Avec d'autres facteurs essentiels réunis (patient non fumeur, transplant « coincé » entre deux dents) le taux de réussite est proche de 90% (survie à 10 ans).



**Fig.13 :** Première molaire abîmée avulsée et remplacée par une dent de sagesse. Cliché 15 jours *post-op*



**Fig.14 :** Même patient, panoramique pré et post op



**Fig.15 :** Transplantation 6 ans de recul



**Fig.16 :** Transplantation 17 ans plus tard

## XI - LE RÔLE DU RÉÉDUCATEUR ?

L'intervention du rééducateur est rarement nécessaire. Il ou elle n'est généralement sollicité qu'au décours de l'intervention pour (1) une limitation d'ouverture buccale, (2) un craquement des ATM avec ou sans douleurs ou (3) un œdème post-opératoire. Parfois tardivement (4) devant l'apparition d'un encombrement dentaire antérieur pour rechercher et / ou traiter un comportement dysfonctionnel.

1. La limitation de l'ouverture buccale est due à un œdème de la coulisse manducatrice. Le plus souvent dû à une dent de sagesse du haut difficile à trouver avec effraction de l'aponévrose ptérygo-maxillaire. C'est donc un phénomène inflammatoire à rapporter à la présence de sang dans cette coulisse qui va « gripper » le mécanisme. La graisse présente dans cette coulisse (dont fait partie la boule de Bichat) a en effet un rôle identique à celui d'un lubrifiant. Le pronostic est bon grâce à quelques exercices appropriés pour éviter une fibrose rétractile extrêmement rare.
2. Les craquements des ATM peuvent relever du même mécanisme mais aussi d'une lésion directe du complexe discal (disque et/ ou bourrelet postérieur) ou d'une dysfonction secondaire à la modification de l'occlusion. L'occlusion peut avoir été modifiée par migration des molaires après soulagement de la pression postérieure des dents de sagesse. Ici, il conviendra d'entamer une thérapeutique rééducative identique à celle mise en place chez un patient adressé pour une dysfonction des ATM. Une lésion directe du complexe discal, rappelons-le, n'est pas sensée intervenir dans des conditions d'avulsion normales. Le mécanisme peut avoir été une ouverture buccale forcée par un ouvre-bouche mécanique ou un appui excessif sur l'arcade mandibulaire par le chirurgien lors de manœuvres de luxation de la dent. Ces lésions sont donc faciles à prévenir par une chirurgie douce (en fractionnant les dents à avulser) et en évitant une anesthésie générale complète. Le traitement sera exclusivement kinésithérapique et calqué sur le traitement d'un traumatisme des ATM.

3. L'œdème post-opératoire après avulsion des

dents de sagesse est habituellement limité à 3 ou 4 jours selon les caractéristiques propres du patient et de l'intervention. Habituellement le chirurgien aura prescrit des anti-inflammatoires en pré opératoire qui auront été poursuivis en post-op. L'œdème va intéresser les régions sous maxillaires et le cou. Si la demande est pressante, cet œdème doit être pris en charge comme un œdème facial post chirurgical ou post traumatique par les techniques de drainage habituelles.

4. L'apparition d'un encombrement dentaire incisif et/ou la version vers l'avant des incisives doit alerter le kinésithérapeute et faire rechercher une dyspraxie ou dysfonction. Ces dysfonctions doivent être d'un ordre de magnitude important et donc en rapport avec le système VLP (Vélo-Linguo-Pharyngo-Hyoïdien). On retrouvera en effet la langue impliquée dans toutes les dysfonctions de ce système où les « organes » (langue, voile du palais, os hyoïde, mandibule et aponévroses) sont biomécaniquement fortement liés. En premier lieu, il faudra corriger la respiration buccale, langue basse et déglutition non fonctionnelle.

## XII - CONCLUSION

Si l'avulsion des dents de sagesse peut sembler être une mode liée très directement au développement des traitements orthodontiques, elle suit cependant la demande d'exigence croissante des patients pour une denture équilibrée et esthétique. Rares sont les circonstances au cours desquelles on devra récuser la demande d'avulsion des dents de sagesse. Sinon, les complications seront au RDV plusieurs années après la période favorable à leur avulsion (adolescence, faible taille des dents, racines pas encore formées et menaçantes pour les nerfs dentaires).

Le kinésithérapeute bien éclairé par de justes informations aura essentiellement un rôle de conseil au décours d'une intervention avec complications ou suites difficiles. Parfois il devra intervenir pour assurer une rééducation calquée sur celles proposée pour les DAM (dysfonctions de l'appareil manducateur) ou même prendre en charge une rééducation des dysfonctions du système VLP (Vélo-Linguo-Pharyngo-Hyoïdien) négligée plus tôt.

J'AI

LU

POUR

VOUS

## L'ÉVOLUTION DU VIVANT

Pierre P. Grassé, 1973, chez Albin Michel, collection sciences d'aujourd'hui

Il n'y a pas grand-chose à ajouter si ce n'est que ce livre fait partie de la bibliographie de l'article du Professeur Delaire « L'évolution de la mâchoire inférieure et de l'articulation des mâchoires, des reptiles à l'homme », 1998, revue de stomatologie et de chirurgie maxillofaciale, qui inaugura cette rubrique en décembre 2017.

Il nous entraîne dans la formidable aventure du vivant animal et végétal et ses stratégies d'adaptation, d'évolution et de reproduction en analysant le lamarckisme et le darwinisme.

L'évolution est le problème majeur, central de la biologie. Elle a pour objet l'origine des êtres vivants, leurs transformations et leur éventuel avenir. Tout essai pour comprendre l'Univers et l'homme est influencé par la solution qu'on en donne.

L'évolution n'est plus considérée comme une hypothèse, sauf par une poignée de réfractaires, ignorants ou aveuglés par des croyances dogmatiques. Pour l'athée comme pour le catholique pratiquant, pour Lénine comme pour le R.P. Teilhard de Chardin, l'évolution est un fait. Sans sa prise en considération, le monde vivant, le biocosme, sublimation du macrocosme physique, reste inintelligible et n'a plus aucun sens.

Mais le désaccord surgit entre biologistes lorsqu'il s'agit d'en expliquer le mécanisme. Si l'on exclut quelques tentatives sans portée réelle, deux conceptions s'affrontent depuis plus d'un siècle, celle de Lamarck et celle de Darwin.

Pierre-P. Grassé place le problème hors des préférences nationalistes et confessionnelles, sur le plan de la réalité. Être objectif d'abord, voilà sa règle.

Le simple exposé des faits met en évidence que, jusqu'ici, aucune doctrine n'explique le mécanisme de l'évolution. Le néodarwinisme prétend le faire. En cela, il se vante, car devant la complexité du réel, il s'effondre.

Pierre-P. Grassé recourant aux données de la paléontologie qui retrace l'histoire vraie et non imaginée du biocosme, et à celles de la biologie moléculaire, entre résolument dans une voie nouvelle et esquisse une conception objective, prospective de l'évolution et de son mécanisme, conception qu'il considère modestement, comme la préface à une future théorie générale.

Rédigé sans termes techniques, *l'Evolution du vivant* s'adresse tant aux biologistes, aux philosophes et aux sociologues, qu'à tous ceux qui s'intéressent à la vie, qui désirent mieux connaître notre essence et comprendre la place revenant à tout être vivant et à l'Homme, non seulement à la surface de notre Planète mais dans l'Univers tout entier.

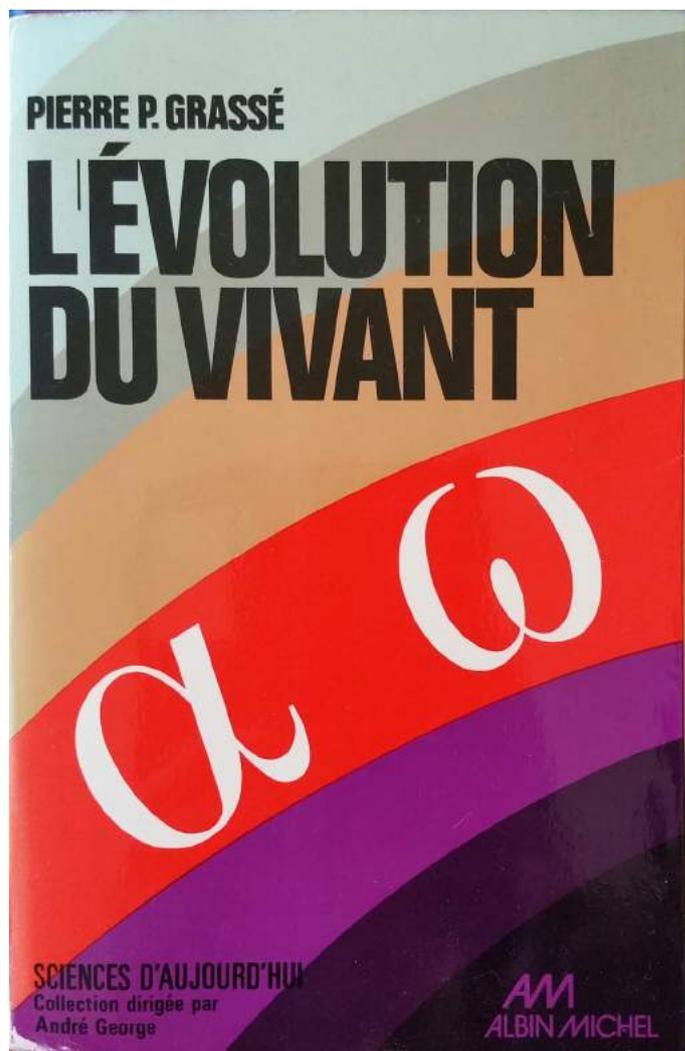
Nous trouverons en appendice une classification sommaire du règne animal, une chronologie de la Terre avec les ères et les époques géologiques, un glossaire des termes techniques et une bibliographie détaillée par chapitre.

Pierre-P. Grassé, biologiste, voyageur, humaniste appartient à une espèce en voie d'extinction : l'homme de science qui a échappé aux excès de la spécialisation et a scruté des domaines éloignés de la biologie conçue dans son sens le plus large.

Ses principaux travaux concernent la biologie des êtres unicellulaires : structures, ultrastructures, cycles. Retenons à son actif sa découverte de la reproduction par *modèle à distance* de l'appareil de Golgi, des centrosomes. Il a été le premier à montrer la structure réelle des seuls chromosomes non démolis par les réactifs conservateurs, ceux d'unicellulaires (Péridiniens) et ceux de la spermatide des animaux pluricellulaires.

Le comportement animal, surtout des Insectes sociaux, a été un de ses sujets favoris de recherche. Il a introduit dans ce domaine plusieurs notions fondamentales, notamment celles de *régulation sociale*, d'*effet de groupe*. Sa théorie de la *stigmergie* explique les tâches collectives et adaptatives des Insectes sociaux. Elle fait comprendre comment le comportement automatique, malgré sa rigueur, a la possibilité de s'adapter aux circonstances.

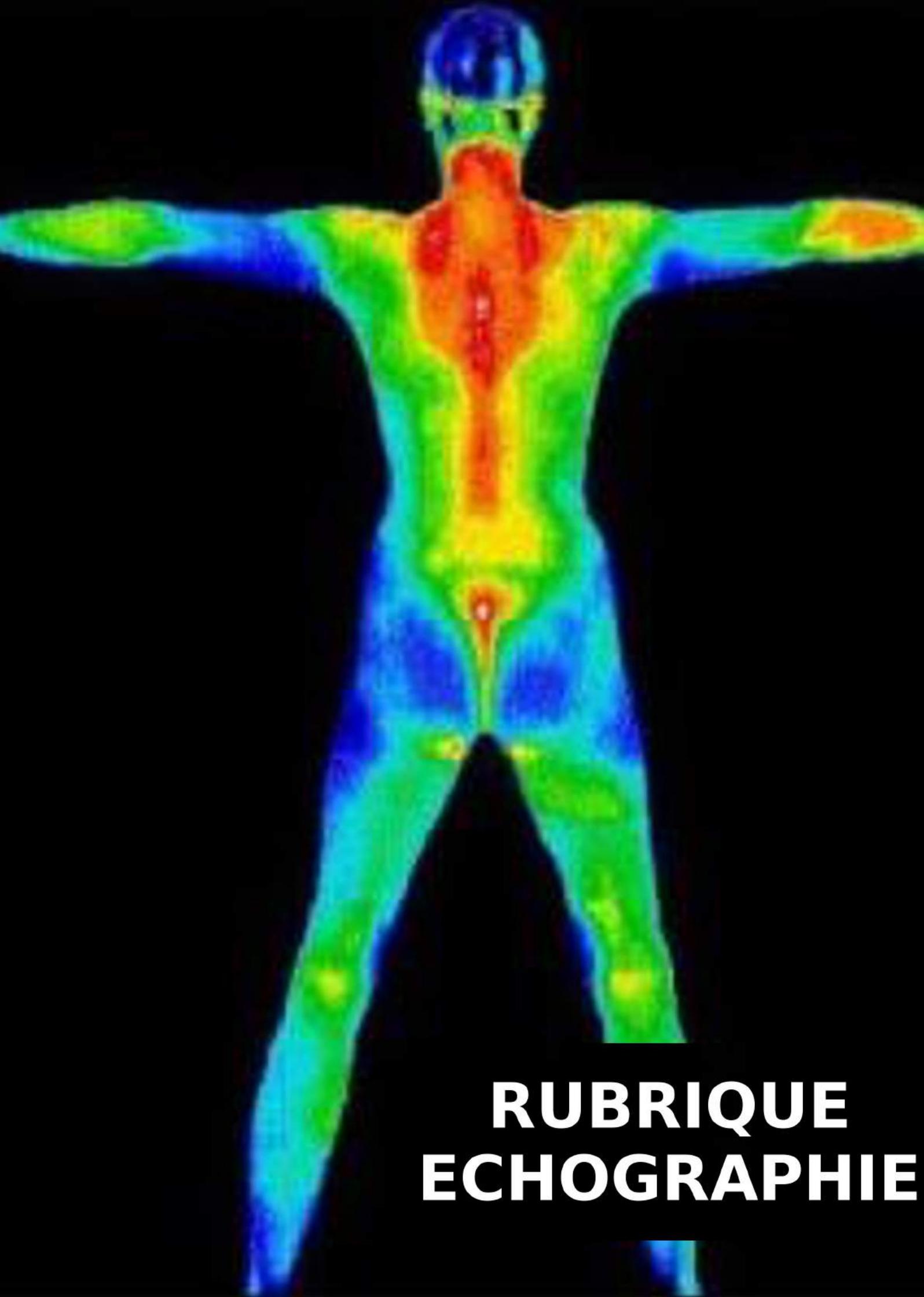
L'Homme et l'évolution préoccupent depuis toujours Pierre-P. Grassé. Il a exprimé sa conception biologique et philosophique de l'Homme dans divers écrits, notamment dans *Toi, ce petit dieu*. Après avoir occupé pendant 30 ans la chaire d'Évolution à la Sorbonne, après avoir dirigé et rédigé en partie le *Traité de Zoologie*, œuvre de haute érudition, jamais égalée, il était bien préparé pour traiter de l'évolution. Sans idée préconçue, dégagé de tout dogme tant confessionnel que scientifique, il expose aujourd'hui les linéaments d'une *nouvelle théorie* qui s'appuie sur la réalité des formes fossiles et les dernières conquêtes de la biologie moléculaire et de la génétique.



« *Variar est une chose, évoluer en est une autre.* »

Voilà qui pourrait fort bien résumer ce livre.

Pour KAK / M. Hadjadj – rééducateur  
A retrouver sur le blog du Cerrof : <http://cerrof.over-blog.com/>



**RUBRIQUE  
ECHOGRAPHIE**

# LA SARCOPENIE

Dr Alain SITBON

Radiologue

Centre Catalogne –Réseau d'imagerie Parisien

## DEFINITION DE LA SARCOPENIE

Le terme « sarcopénie » est utilisé pour la première fois dans la littérature scientifique en 1993 et officiellement défini en 1997 par Rosenberg pour décrire la diminution progressive de la masse musculaire liée à l'âge.

Ce mot provient étymologiquement du grec «*sarx*» qui signifie «chair» et «*penia*» qui signifie «perte» donc littéralement «perte de chair».

La sarcopénie est reconnue comme un facteur de risque de chutes avec fractures, de perte d'autonomie chez les personnes âgées et de mortalité plus précoce

Depuis 2010, il existe une définition consensuelle européenne de la Sarcopénie

- La pré-sarcopénie correspond à une diminution isolée de la masse musculaire.
- La sarcopénie correspond à une diminution de la masse musculaire, et de la force ou de la performance musculaire.
- La sarcopénie sévère correspond à une diminution de la masse musculaire, de la force musculaire et de la performance musculaire.

## LES OUTILS DE MESURE DE REFERENCE

- L'absorptiométrie biphotonique pour la masse musculaire
- Le dynamomètre pour la force musculaire
- La vitesse de marche pour la performance musculaire.

### A - Il existe différentes méthodes de mesure de la masse musculaire :

- Les mesures anthropométriques, avec essentiellement la mesure de la circonférence du mollet, sont insuffisamment corrélées à la masse musculaire totale.

- L'impédancemétrie qui apprécie le volume d'eau extracellulaire, total, intracellulaire et évalue la masse maigre et la masse grasse, mais ne permet pas d'étude segmentaire
- Le Scanner et l'imagerie par résonance magnétique permettent de quantifier la surface musculaire (coupes centrées sur L3) et d'évaluer la qualité musculaire en objectivant l'infiltration graisseuse mais ne permettent pas d'obtenir en pratique des résultats sur la masse musculaire globale.
- **L'absorptiométrie biphotonique ou DEXA est l'examen de référence pour la mesure de la masse musculaire.**

### Le DEXA

C'est un examen, indolore, qui dure environ 15 minutes, peu irradiant, avec une irradiation dix fois moindre que pour une radiographie pulmonaire.

Il nécessite un logiciel supplémentaire corps entier pour l'étude de la composition corporelle. Baumgartner en 1998 définit un Indice de Masse musculaire Squelettique (ISM) pour dépister une masse musculaire faible entrant dans le diagnostic de la sarcopénie.

L'indice de Masse musculaire Squelettique (ISM) est le rapport de la masse musculaire squelettique appendiculaire (ASM) sur la taille au carré ( $ISM = ASM / Taille^2$ ).

La masse musculaire squelettique appendiculaire (ASM) correspond la masse musculaire des 4 membres.

<b>Patient :</b>		<b>Médecin Prescripteur :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	14/05/1985 32,4 ans	<b>Mesuré :</b>	16/10/2017 10:23:24 (10,50)
<b>Taille / Poids :</b>	172,0 cm 55,0 kg	<b>Analysé :</b>	16/10/2017 10:23:50 (10,50)
<b>Sexe / Ethnie :</b>	Femme Blanc		

Quantification Corps Entier Tissus

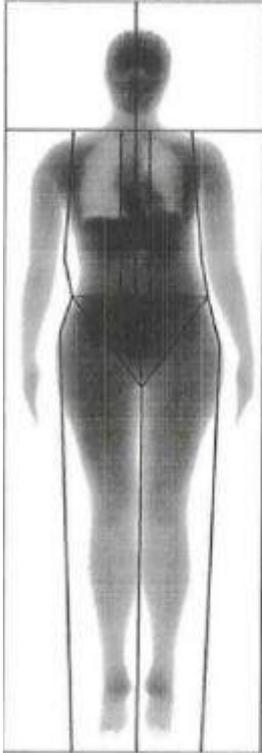
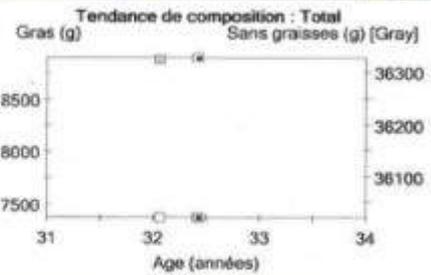


Tableau de référence : aucune donnée de référence pour la région Corps Entier [Total]. France Reference Population did not support Corps Entier Composition.



Tendance : Total										
Mesuré Date	Age (années)	Tissus (%Gras)	Centile <sup>2,3</sup>	Mas Tot (kg)	Région (%Gras)	Tissus (g)	Gras (g)	Maigre (g)	CMO (g)	Sans graisses (g)
16/10/2017	32,4	35,8	-	54,9	34,4	52 722	18 885	33 836	2 184	36 020
05/06/2017	32,0	33,7	-	53,7	32,4	51 532	17 378	34 154	2 171	36 325

Tendance : Distribution des graisses					
Mesuré Date	Age (années)	Androïde (%graisse)	Gynoïde (%graisse)	A/G Rapport	Corps entier (%Graisse)
16/10/2017	32,4	37,6	50,9	0,74	35,8
05/06/2017	32,0	34,3	49,0	0,70	33,7



Région	Tissus (%Gras)	Centile <sup>2,3</sup>	Mas Tot (kg)	Gras (g)	Maigre (g)	CMO (g)
Bras Gauche	27,6	-	-	809	2 124	153
Jambe Gauche	44,6	-	-	4 492	5 577	326
Tronc Gauche	32,6	-	-	3 653	7 555	280
Bras Droit	27,6	-	-	838	2 198	153
Jambe Droite	44,6	-	-	4 989	6 196	433
Tronc Droit	32,6	-	-	3 388	7 003	315
Bras	27,6	-	-	1 647	4 322	305
Jambes	44,6	-	-	9 481	11 774	759
Tronc	32,6	-	-	7 041	14 558	595
<b>Total</b>	<b>35,8</b>	-	<b>54,9</b>	<b>18 885</b>	<b>33 836</b>	<b>2 184</b>

Figure 1: analyse de la composition corporelle par DEXA

Femme de 32 ans, mesurant 1m72 pour 55 kg et un BMI : 18,6

- % Masse Grasse : 35,8
- Masse Maigre : 33,8 kg
- Masse grasse : 18,8 kg
- Masse maigre appendiculaire : 16 kg (somme de la masse maigre des bras et des jambes)
- **Indice de Masse maigre relative** : 5,4 Kg/ m<sup>2</sup> (masse maigre appendiculaire sur taille au carré)
- **Seuil de Sarcopénie** : 7,26 à 7,56 Kg/m<sup>2</sup> chez l'homme (selon les études ) et 5,5 Kg/m<sup>2</sup> chez la femme

## B - La force musculaire est le plus souvent déterminée par la force de préhension mesurée par un Dynamomètre.

La mesure de la force de préhension est diminuée si elle est inférieure à :

- 30 Kg pour les hommes
- 20 Kg pour les femmes

Cette mesure peut bien sur être faussée en cas d'arthrose.



Figure 2: dynamomètre

## C - La mesure de la performance musculaire

- Vitesse de marche (inférieure à 0,8 m/s)
- Time up and go (TUG): mesure le temps nécessaire pour réaliser des tâches basiques : se lever d'une chaise et marcher sur 6 mètres puis demi tour et s'asseoir

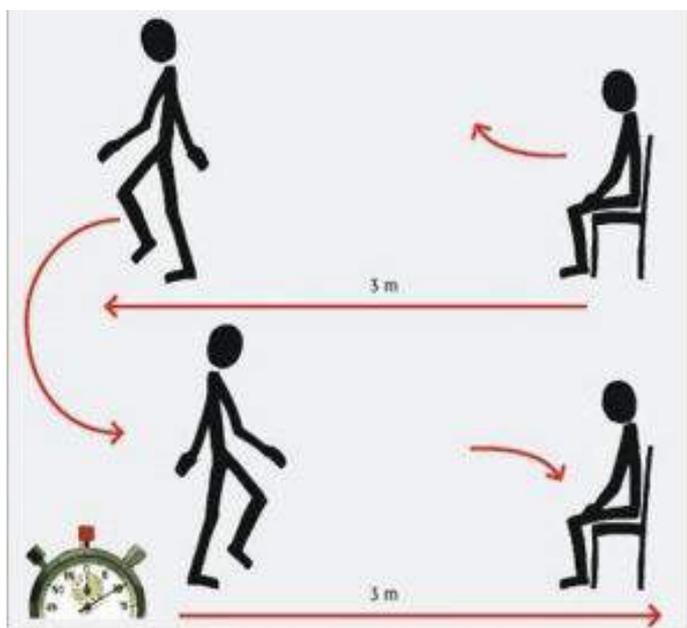


Figure 3: time up and go

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

### A - Dénutrition

Perte de poids et de l'indice de masse corporelle, par diminution des apports alimentaires et/ou par augmentation des besoins, (hyper catabolisme).

Il existe une diminution de l'albuminémie à la différence de la Sarcopénie ou il n'y a pas de critères biologiques

### B - Cachexie

Le terme cachexie provient du grec « *kakos* » mauvais, « *héxis* » état.

Il s'agit d'une perte de poids touchant la masse maigre et la masse grasse souvent associée à une insulino-résistance qui résulte d'une pathologie sous jacente (pathologies chroniques inflammatoires, cancer..)

## LES CAUSES DE LA SARCOPENIE

- La diminution de la synthèse protéique et de l'innervation musculaire avec l'âge
- La diminution des hormones anabolisantes ; hormone de croissance ou Growth Factor (GH), Testostérone, DHEA...
- L'augmentation de l'inflammation chronique (cytokines inflammatoires)
- L'influence génétique
- La diminution de l'activité physique avec l'âge, surtout à partir de 60-70 ans contribue à une diminution de la masse musculaire, de la force et de la performance musculaire.
- La diminution de la prise alimentaire par perte d'appétit
- Diminution de la biodisponibilité par rétention splanchnique c'est-à-dire une rétention des acides aminés par l'intestin et le foie pour leurs besoins propres
- Le rôle de la Vitamine D : le muscle possède des récepteurs à la vitamine D et la carence en vitamine s'accompagne d'une diminution de la force musculaire. On retrouve souvent un taux bas de vitamine D chez les patients sarcopéniques.

## LES CONSÉQUENCES DE LA SARCOPENIE

- Les chutes et les fractures
- Faiblesse et fatigue musculaire

- Une diminution des performances fonctionnelles, et des troubles de la marche pouvant aller jusqu'à une perte d'autonomie,
- Il existe également un lien entre la Sarcopénie et une mortalité plus précoce

D'autant que les patients sarcopéniques sont souvent asymptomatiques, avec un IMC normal, en surpoids ou obèses (obésité sarcopénique)

La sarcopénie est une pathologie assez fréquente qui

**Intérêt donc d'un outil de Dépistage pour identifier les sujets à risque et prévenir ces complications surtout les chutes et les fractures**

concerne environ 25% des personnes de plus de 65 ans.

La stratégie de prise en charge repose surtout sur l'activité physique et l'augmentation des apports protéiques.

**On peut dépister la sarcopénie à partir de 65 ans par des questions simples :**

*Avez vous perdu du poids ? Marchez vous lentement ? Avez vous du mal à vous lever d'une chaise ?*

**Puis avec un questionnaire plus élaboré :**

*Le questionnaire SARC-F (figure 4)*

	Questions	Scores
<b>Force musculaire</b>	Avez-vous des difficultés pour lever et transporter 5 kg?	Aucune=0 Un peu=1 Beaucoup ou incapable=2
<b>Troubles de la marche</b>	Avez-vous des difficultés pour marcher dans une pièce?	Aucune=0 Un peu=1 Beaucoup, avec aide ou incapable=2
<b>Lever d'une chaise</b>	Avez-vous des difficultés pour vous lever d'une chaise?	Aucune=0 Un peu=1 Beaucoup, avec aide ou incapable=2
<b>Montée des escaliers</b>	Avez-vous des difficultés pour monter 10 marches?	Aucune=0 Un peu=1 Beaucoup ou incapable=2
<b>Chutes</b>	Combien de fois êtes-vous tombé dans les 12 derniers mois?	Pas de chute=0 1 à 3 chutes=1 ≥ 4 chutes=2

Il comporte 5 questions évaluant la force musculaire, les troubles de la marche et les chutes Sa valeur prédictive négative est excellente de 96%

Par contre sa valeur prédictive positive est faible 40%

## LE TRAITEMENT DE LA SARCOPÉNIE

- **Apports quantitatifs et qualitatifs en protéines:** 1 g par kg de poids corporel/jour (0,8 g par kg chez un sujet jeune )
- **Acides aminés**
  1. La Leucine dont le rôle est important dans synthèse des protéines musculaires
  2. La Citrulline qui échappe à la séquestration splanchnique et aide à préserver la masse musculaire lors du vieillissement
- **La vitamine D:** 100000 UI tous les 3mois
- **La pratique d'une activité physique régulière**
  1. Avec des exercices en endurance
  2. Des exercices en résistance et avec renforcement musculaire
  3. Des exercices d'équilibre et d'assouplissement.

## EN CONCLUSION

La sarcopénie est un problème majeur de santé, avec un risque de chute et de fractures, et une perte d'autonomie.

Elle est également associée à un taux plus élevé de mortalité précoce.

La sarcopénie concerne environ 25 % des personnes de plus de 65 ans.

Une étude spécifique sera réalisée chez les sujets identifiés à risques sujets dépistés par un questionnaire

- une mesure de la masse musculaire par DEXA
- une mesure de la force de préhension par un dynamomètre,
- une vitesse de marche chronométrée,

L'approche thérapeutique et préventive est basée sur la pratique d'activités physiques surtout en résistance, une bonne nutrition et la supplémentation de la vitamine D

La composition corporelle a une valeur pronostique en cancérologie. La sarcopénie prédit la toxicité de la chimiothérapie ; des travaux récents concernant la sarcopénie suggèrent que la mesure de la masse musculaire des malades pourrait devenir indispensable pour une prise en charge personnalisée et moderne.

# LESIONS MUSCULAIRES CHRONIQUES A L'ÉCHOGRAPHIE

J.ENCAOUA  
MKDE

*Parmi les lésions musculaires, les lésions musculaires chroniques représente un faible pourcentage[1]. Elles sont néanmoins très rencontrées en kinésithérapie.*

*Elle sont le plus souvent causées par un accident non guéri dans les délais habituels, ou bien par une suite de traumatismes répétitifs après un traumatisme initial. Les lésions musculaires chroniques ou cicatricielles représentent un problème thérapeutique important.[1].*

## I - 4 GRANDS TYPES DE LÉSIONS MUSCULAIRES

Selon la littérature, nous pouvons rapporter 4 types de lésions musculaires chroniques ou cicatricielles [2].

- Cicatrices fibreuses
- Calcifications et ossifications
- Hématomes enkystés
- Hernies musculaires

Dans certains ouvrages l'amyotrophie musculaire est aussi relatée comme type de lésion musculaire chronique. Nous ne la traiterons pas dans cet article.

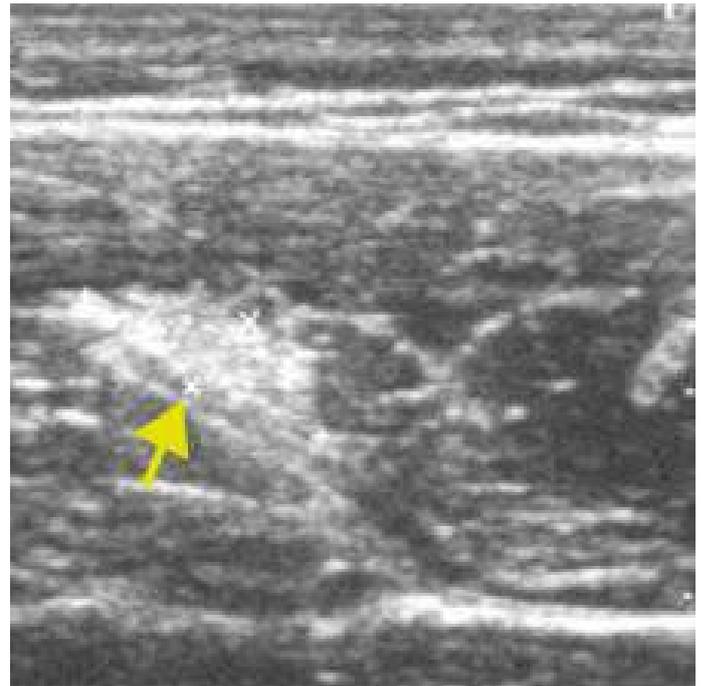
## II - CICATRICES FIBREUSES

Cette complication est fréquente parmi les lésions musculaires chroniques. Granulome cicatriciel ou cordon induré, sa taille est classiquement proportionnelle à la taille de l'hématome l'ayant précédé.

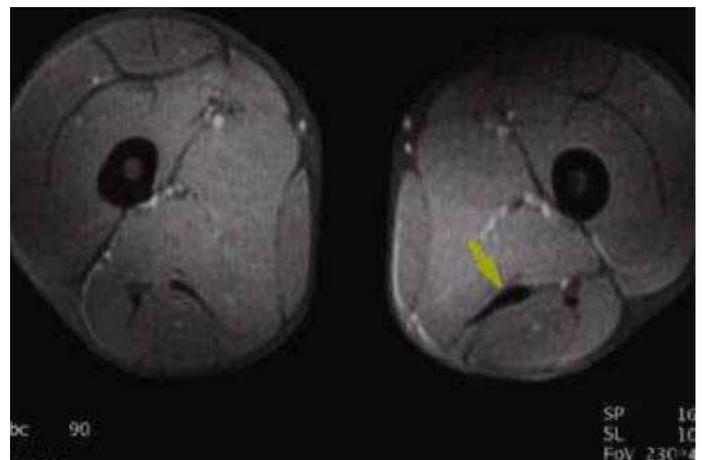
Son diagnostic est clinique. A l'échographie est retrouvé une zone hyperéchogène (cf figure 1).

Il est intéressant de noter que cette cicatrice fibreuse pourra être responsable de complications de voisi-

nage [2], par exemple : compression d'un nerf périphérique.



**Figure 1:** échographie d'un nodule fibreux. Antécédents de désinsertion du muscle droit antérieur[1]

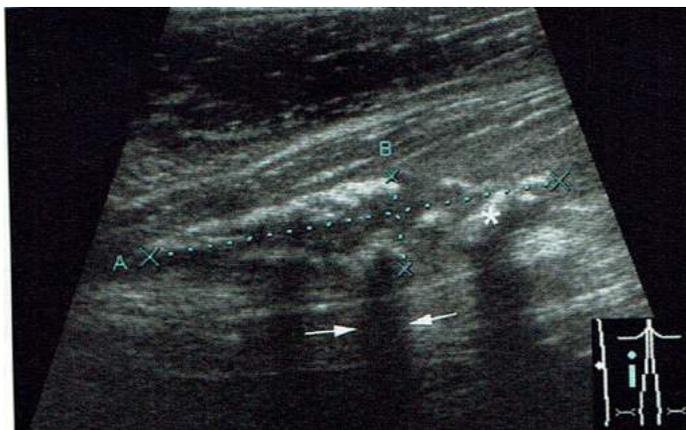
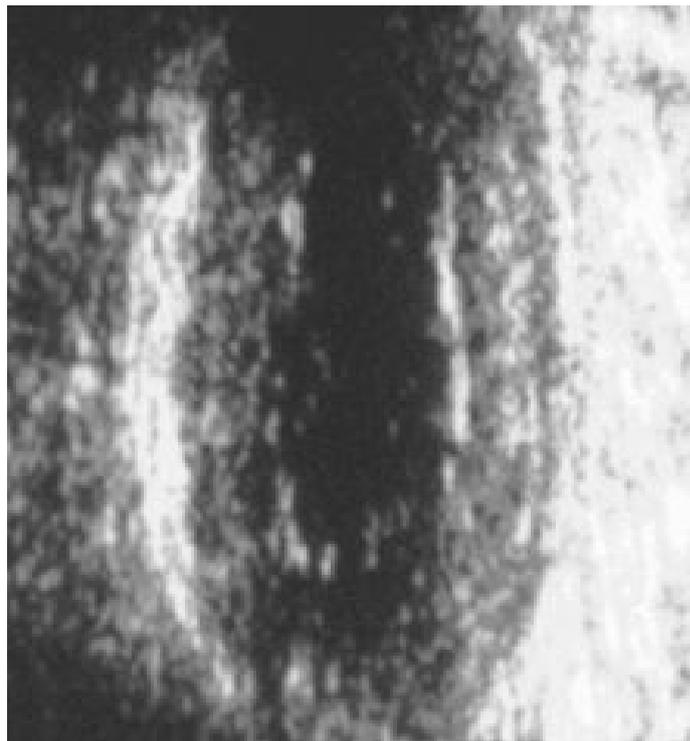
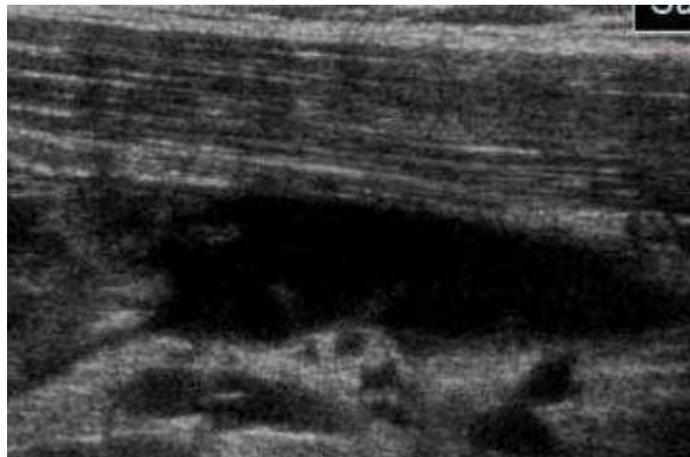


**Figure 1:** IRM d'un nodule fibreux (flèche jaune) [1]

### III - CALCIFICATIONS ET OSSIFICATIONS

Les calcifications puis ossifications correspondent à la formation de tissus osseux en dehors du squelette. déclenchée très souvent à la suite d'un traumatisme ayant entraîné un hématome.

A l'échographie, les calcifications et ossifications apparaissent hyperéchogènes et accompagnés d'un cône d'ombre acoustique postérieur (cf figure3). Les examens de références restent la radiographie et la scintigraphie. La complication principale est la myosite ossifiante.



**Figure 3:** coupe longitudinale de la loge postérieure de cuisse. Multiples formations calcifiées intramusculaires, hyperéchogènes avec cône d'ombre postérieur. [2]

**Figure 4,5:** hématome enkysté

### III - HÉMATOMES ENKYSTÉS

L'hématome enkysté consequent à un traumatisme initial se présente sous la forme d'une cavité. Cette cavité est hypoéchogène ou anéchogène à l'échographie (figure 4 et 5). L'utilité d'une ponction sera à déterminer à l'échographie si un aspect compressif est retrouvé.

### HERNIES MUSCULAIRES

La hernie musculaire fait suite à une lésion de l'aponévrose superficielle. le diagnostic est essentiellement clinique. L'étude échographique doit se faire en dynamique (figure 6a et 6b). La déhiscence étant alors augmentée lors de la contraction musculaire.

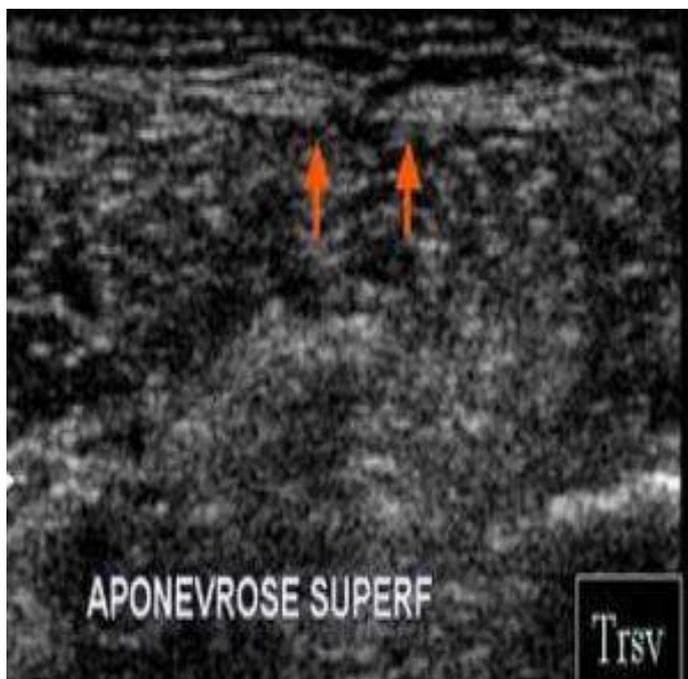
## BIBLIOGRAPHIE

[1] H. BOUJEMAA, H. KACEM, Y. AROUS, R. EL ABED, N. BOUASSIDA, I. ALIBI, S. AHMED, R. DHIEB, S. KOUKI, N. BEN ABDALLAH  
Service d'Imagerie Diagnostique et Interventionnelle. Hôpital Militaire de Tunis. <http://pe.sfrnet.org>

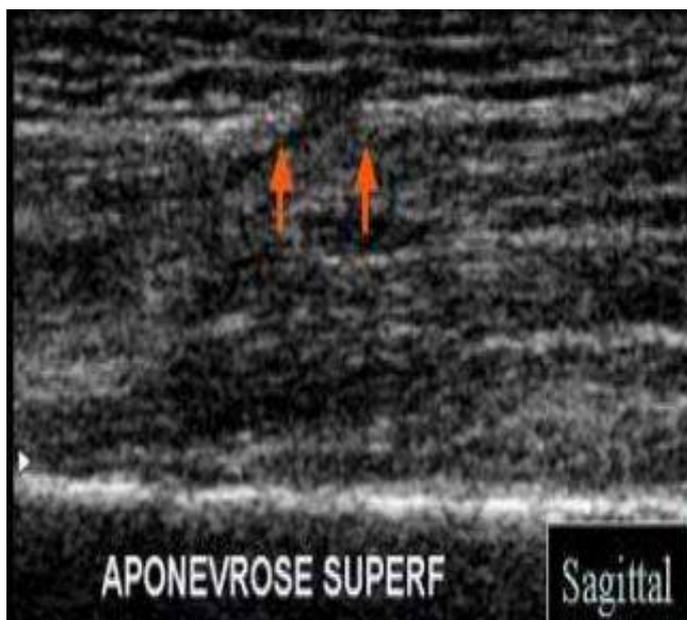
[2] N. SANS, F. LAPEGUE, D. JACOB, Echographie musculo-squelettique. Elsevier masson, 2014

[3] IKRAM TAAM, KHOULOU BOUSSOUNI, BOUCHAIB REDOUANE, TOURIYA AMIL, RACHIDA SAOUAB. La myosite ossifiante circonscrite, une localisation inhabituelle - à propos d'un cas et revue de la littérature

[4] S. TOURAINE A, M. WYBIER, E. SIBILEAU, I. GENAH, D. PETROVER, C. PARIER-CUAU, V. BOUSSON, J.-D. LAREDO  
Diagnostic des calcifications/ossifications non traumatiques de la surface des os et des tissus mous du poignet, de la main et des doigts



**Figure 6a:** lésion de l'aponévrose superficielle, plan transversal.



**Figure 6b:** lésion de l'aponévrose superficielle, plan longitudinal.