



livre des résumés

**III<sup>o</sup>** CONGRES | **SOFMMOO**  
conjoint | **FEMMO**

# Congrès Français de Médecine Manuelle- Ostéopathie

**3 & 4**  
octobre  
**2014**

Fessalgies du sportif - Algies thoraciques  
Ceinture scapulaire

**Angers** | Centre de Congrès

# III° CONGRES | SOFMMOO conjoint | FEMMO

## Congrès Français de Médecine Manuelle-Ostéopathie

Fessalgies du sportif - Algies thoraciques - Ceinture scapulaire

### SOMMAIRE

BASES ANATOMIQUES DES DOULEURS THORACIQUES	2
LE REGARD DU CARDIOLOGUE SUR LA DOULEUR THORACIQUE	3
STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE DOULEUR THORACIQUE D'ORIGINE OSTÉO-ARTICULAIRE	4
LES ALGIES THORACIQUES : DIAGNOSTIC ET PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES EN MÉDECINE MANUELLE OSTÉOPATHIE	5
FESSALGIE D'EFFORT CLINIQUE ; DONNÉES ÉTIOLOGIQUES	7
LES FESSALGIES VASCULAIRES	9
FESSALGIES D'EFFORT : THÉRAPIES NON MANUELLES. FOCUS SUR LES INFILTRATIONS.	10
DIAGNOSTIC ET PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES EN MMO	11
POSTUROTHÉRAPIE ET ÉPAULE	14
ÉTUDE DE LA VALIDITÉ, DE LA REPRODUCTIBILITÉ D'UN TEST OSTÉOPATHIQUE	15
OCCIPITOBRACHIALGIE	17
ÉCHOGRAPHIE INTERVENTIONNELLE	18
SIGNE DE LASÈGUE LOMBAIRE ET SYNDROME DE LA CHARNIÈRE MÉDIO-THORACIQUE	19
ASSOCIATION DES DEUX SYNDROMES DES CHARNIÈRES THORACO-LOMBAIRE ET MÉDIO-THORACIQUE	20
DONNÉES RÉCENTES SUR LES DOULEURS DES SCOLIOSES	21

livre des résumés

3 & 4 octobre 2014

Angers | Centre de Congrès





## BASES ANATOMIQUES DES DOULEURS THORACIQUES

**Philippe MERCIER, Matthieu DELION**

**Laboratoire d'Anatomie, UFR de Médecine,**

*49045 ANGERS cedex*

**Service de Neurochirurgie, CHU**

*49033 ANGERS cedex*

Pour comprendre les bases anatomiques des douleurs thoraciques, il faut d'abord envisager dans leur globalité l'anatomie des voies de la nociception.

### **Nous verrons donc successivement :**

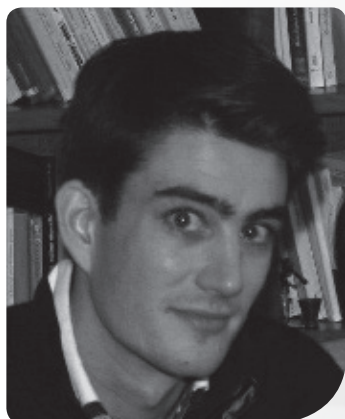
- Les mécanismes périphériques de la nociception
- Les voies impliquées dans la transmission et le contrôle de la douleur
- Le relais thalamique et les projections corticales
- L'organisation longitudinale des systèmes de neuro-médiation
- Le contrôle au niveau de la corne postérieure
- Les deux types classiques de douleur

### **Puis nous aborderons avec quelques exemples**

- Le problème des douleurs projetées et référées en séparant :
  - >les douleurs de la paroi (vertèbre, muscle, diaphragme)
  - >les douleurs viscérales (œsophage, cœur )

# Congrès Français de Médecine Manuelle-Ostéopathie

Fessalgies du sportif - Algies thoraciques - Ceinture scapulaire



## LE REGARD DU CARDIOLOGUE SUR LA DOULEUR THORACIQUE

**Dr Julien JEANNETEAU**

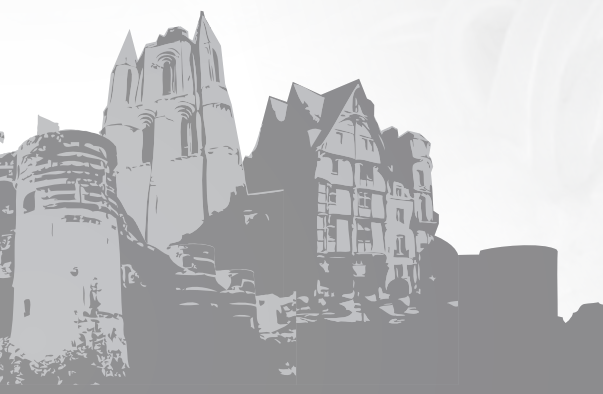
**Cardiologue**

*Angers*

La douleur thoracique est un des principaux motifs de consultation en médecine générale et dans les services d'admission des urgences. La prise en charge initiale a pour but d'éliminer les diagnostics où le pronostic vital est engagé. La présentation clinique est souvent évocatrice mais parfois très atypique notamment dans le cadre de l'embolie pulmonaire ou de l'insuffisance coronaire.

La douleur angineuse typique doit associer les éléments suivants : une sensation de serrement ou de brûlure, une irradiation dans les mâchoires et les bras, un déclenchement avec l'effort, et un arrêt avec le repos ou la trinitrine. En pratique clinique, il est très rare de recueillir cette symptomatologie à l'interrogatoire. La description de la douleur est parfois extrêmement atypique, avec des douleurs pouvant évoquer une origine pariétale, notamment chez la femme.

Cette courte présentation aura pour objet de faire le point sur les éléments anamnestiques, de l'examen physique et sur quelques éléments paracliniques pour s'orienter vers le bon diagnostic.



**Angers** | Centre de Congrès

**3 & 4** octobre 2014

## STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE DOULEUR THORACIQUE D'ORIGINE OSTÉO-ARTICULAIRE

**Erick Legrand,**

**Service de Rhumatologie, CHU et Faculté de médecine**

*Angers*

Devant un patient qui consulte pour une douleur de la région thoracique, d'allure ostéo-articulaire, le médecin doit avant tout rechercher une cause vasculaire, cardiaque, pleurale ou digestive. Cette étape est incontournable, même si le patient revendique une étiologie ostéoarticulaire, en particulier en rapprochant son syndrome douloureux d'un effort de soulèvement, d'un mauvais trajet en voiture, d'une activité de jardinage...

L'inspection du thorax chez un patient dévêtu est la deuxième étape du diagnostic permettant de repérer des signes inflammatoires locaux sur les articulations du thorax ou de l'épaule et ainsi de diagnostiquer rapidement les rares arthrites septiques de l'épaule, de la sterno-claviculaire ou de l'acromio-claviculaire.

Le plus souvent l'examen clinique négatif n'apporte pas d'information évidente et conduit à reprendre une enquête clinique et paraclinique systématique pour repérer

1. Les pathologies osseuses : fractures costales ou vertébrales ou sternales bénignes et malignes
2. Les atteintes articulaires observées au cours des spondylo-arthrites
3. Certaines pathologies rachidiennes thoraciques rares (osteome ostéoïde, otéoblastome, neurinome, spondylodiscite)

La prise en compte du contexte clinique (âge et antécédents), de l'état général (poids et température), de l'état neurologique et des résultats de l'imagerie (radiographies standard puis scintigraphie ou scanner ou IRM) permettront le plus souvent un diagnostic lésionnel précis, sauf quand les douleurs du patient s'inscrivent dans un cadre anxieux ou un terrain hypocondriaque

# Congrès Français de Médecine Manuelle-Ostéopathie

Fessalgies du sportif - Algies thoraciques - Ceinture scapulaire



## LES ALGIES THORACIQUES : DIAGNOSTIC ET PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES EN MÉDECINE MANUELLE OSTÉOPATHIE

*Diagnostic et principes thérapeutiques  
des douleurs pariéto-thoraciques, basés sur l'anatomie*

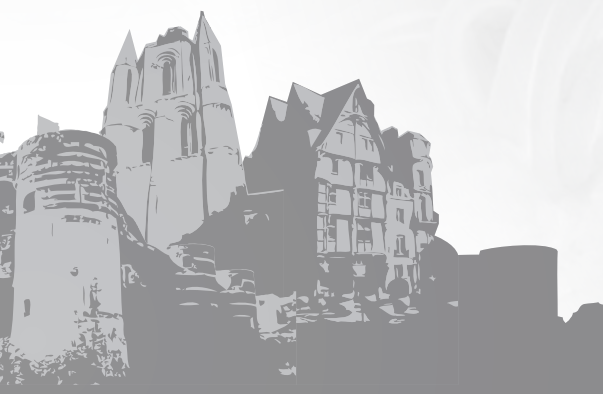
**Mlle Mylène WALINE, Mr Thibault MANGE, Mr Geoffray BLANC, Pr  
Pierre TROUILLOUD, Dr Gilles MOREAU,**

*Congrès SOFMMOO-FEMMO, ANGERS Octobre 2014*

### Ce travail concerne :

- Les troubles fonctionnels, essentiellement les dysfonctions costo-vertébrales mineures, les douleurs pariétales thoraciques locales et projetées, conséquences de traumatismes.
- Un diagnostic essentiellement palpatoire fin basé sur l'anatomie, portant sur les articulations costo-vertébrales, costo-chondrales, chondro-costales, interchondrales et sterno-xyphoïdiennes.
- Des gestes de thérapie manuelle réalisés en fonction des caractéristiques biomécaniques des différentes articulations et de leur zone topographique cervico-thoracique, médio-thoracique ou thoraco-lombaire.

**La démarche diagnostique** est classique mais complétée par des examens encore spécifiques à la médecine manuelle. Elle comporte un examen programmé articulaire classique mais elle est précédée par une « Approche Ostéopathique Globale » de tout l'appareil locomoteur qui consiste en des mobilisations surtout passives de toutes les articulations. L'AOG permet la détection des dysfonctions articulaires périphériques et rachidiennes et prépare au traitement. L'examen palpatoire est essentiel, c'est la gloire de la médecine manuelle. L'examen segmentaire de MAIGNE consiste en des mobilisations articulaires, des frictions des articulations costales distales et en la recherche des zones de cellulalgies, des cordons musculaires myalgiques du « Syndrome cellulo-téno-myalgique » (SCTM). L'examen palpatoire fin de HUGUENIN permet de trouver les « Zones d'irritation », soit, les structures tissulaires cutanées, musculaires et capsulaires modifiées par l'irritation des racines nerveuses et par les contraintes mécaniques articulaires. Elles sont spécifiques et un appoint essentiel pour le diagnostic segmentaire. Deux muscles essentiels sont à bien connaître : le court transversaire-épineux appelé sans doute à tort « court rotateur », témoin direct du blocage intervertébral et le court élévateur costal ou surcostal, contracturés lors des dysfonctions vertébro-costales. HUGUENIN nous invite également à rechercher les éléments des « Syndromes spondylogènes », syndromes projetés à partir de chaque niveau articulaire en souffrance.



**Les principaux traitements** sont exposés.

- Techniques de tissus mous, en raccourcissement (*Strain counterstrain*), en allongements (*Myotensifs*), précédées de techniques de massages cutanés et musculaires.
- Techniques articulaires par mobilisations : le TOG, *Traitement Ostéopathique Global* qui ne concerne qu'un complexe articulaire, succède à l'AOG. C'est la mobilisation passive de toutes les articulations du thorax dans le jeu articulaire de chaque joint. Il suffit à traiter les pathologies simples.
- Techniques manipulatives vertébrales et costales ; ce sont les plus efficaces : « *L'orage proprioceptif* » décrit par DE WINTER, PIGANIOL et BERLINSON apporte très rapidement la réduction des conflits et son effet est durable par rapport aux techniques de tissus mous.

**Les blocages vertébro-costaux et costo-sternaux sont mal connus.** Ils posent aux médecins praticiens des problèmes diagnostiques et thérapeutiques qui entraînent la réalisation de bilans paracliniques souvent inutiles et coûteux. Ils laissent perdurer inutilement la souffrance des malades. Le médecin ostéopathe peut rapidement les réduire à condition qu'il se représente bien chacune des structures concernées avant de les traiter. Elles ont chacune une « personnalité » anatomique et biomécanique bien spécifique et elles interviennent à leur manière dans les syndromes douloureux pariéto-thoraciques.

**L'originalité de cet exposé** est que chaque geste proposé s'appuie sur l'anatomie, sur des photographies de dissections — réalisées dans le laboratoire du Pr TROUILLOUD avec des étudiants en médecine-ostéopathie — accompagnées d'un schéma. En effet, à l'ère de la génétique, de la chimie et de la physique quantique, nous pensons que les réalités anatomiques conservent tout leur intérêt pour le médecin ostéopathe dont la vocation est de diagnostiquer et de traiter... avec ses doigts.

**Docteur Gilles MOREAU, GEOPS.**

CHU de DIJON, chirurgie orthopédique et laboratoire d'anatomie de la faculté de médecine de DIJON.03 84 76 60 00, 03 84 68 13 04, [gm2@wanadoo.fr](mailto:gm2@wanadoo.fr), [geops.fr](http://geops.fr).



### FESSALGIE D'EFFORT CLINIQUE; DONNÉES ÉTIOLOGIQUES

**Jehan Lecocq**

**Service de Physiologie et d'explorations fonctionnelles, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg**

*Past-président de la Société Française de l'Exercice et du Sport (SFMES)*

Les causes de douleur de la fesse (DF) ou pygalgie, région complexe sont nombreuses qu'elles soient locales ou projetées à partir du pourtour immédiat de la fesse ou plus à distance au niveau du tronc. L'examen physique est de ce fait complexe et doit, quel que soient les caractéristiques de la DF et la présomption d'origine à l'interrogatoire, être programmé et méthodique, passant en revue systématiquement l'ensemble des structures locales et à distance pouvant être concernées. Cependant il est illusoire de penser que l'on peut se passer d'examen complémentaires pour un diagnostic étiologique de certitude, tels que l'imagerie, l'EMG ou les explorations vasculaires. La douleur d'effort n'existe pas ou peu au repos et a donc un caractère ou un « rythme mécanique » ou de claudication. Cela n'exclut pas que les DF aient souvent une composante positionnelle nette, surtout au cours des positions assises, en rapport avec les différentes zones possibles d'appui ou avec les changements de position du complexe lombo-pelvi-fémoral. Il ne sera abordé que les douleurs chez l'adulte, les DF isolées ou dont les irradiations de voisinage sont au second plan, les douleurs non traumatiques et les douleurs chroniques.

L'origine vertébrale d'une DF même isolée est à rechercher soigneusement du fait de sa fréquence, non pas tant un conflit disco-radulaire ou par canal lombaire étroit ou un kyste de Tarlov pathogène entraînant une sciatgie, qu'une arthrose interapophysaire postérieure lombaire basse. En réalité ce sont le plus souvent des dérangements inter-vertébraux mineurs (DIM) qui, par le truchement d'un syndrome cellulo-teno-myalgique de Robert Maigne de la fesse et/ou de son pourtour, entraînent une cellulalgie de la peau fessière s'il s'agit d'une localisation à la charnière dorso-lombaire ou entraînent une myalgie s'il s'agit de DIM de la charnière lombo-sacrée. D'autres auteurs ont rattachés de telles douleurs lombofessières à une irritation des ligaments ilio-lombaires sans qu'il y ait d'élément de certitude de son existence. Par contre un syndrome canalaire des rameaux perforants des branches postérieures des nerfs spinaux (nerfs cluniaux) au passage de la crête iliaque peut donner des DF hautes et antérieures comme l'a montré J.Y. Maigne.

Les pathologies des articulations sacro-iliaques se traduisent classiquement par des DF. Les spondylarthropathies inflammatoires débutent classiquement à ce niveau, éventuellement avec un horaire mécanique trompeur de la DF. Les dysfonctions sacro-iliaques mécaniques sont fréquentes; leur diagnostic repose sur une démarche de médecine manuelle ostéopathe (MMO) développée dans un autre exposé. Le diagnostic étiologique des douleurs sacrées et des irradiations fessières des coccygodynies est du même ordre. Rarement et de mise en évidence difficile il peut y avoir un conflit du plexus lombo-sacré avec des ostéophytes sacro-iliaques ou en rapport avec une communication entre ces articulations et les racines du plexus. L'os pelvien n'est pas accessible à l'examen à sa face postérieure hormis sa crête, les épines iliaques postérieures et la tubérosité ischiatique. Il peut être le siège de tumeurs ou d'infections provoquant des DF plutôt non-mécaniques. Les fractures de fatigue ou par insuffisance osseuse par contre se traduisent par des douleurs d'effort mais leur localisation à la partie postérieure de l'os pelvien est rare.

Les coxopathies ne s'accompagnent que rarement de DF qui est alors en rapport avec une contracture des muscles pelvi-trochantériens (MPT).





En fait l'essentiel des DF d'effort isolées, chroniques et bénignes, s'explique par une atteinte musculaire soit au niveau de leurs tendons, soit en rapport avec un syndrome canalaire neurologique voire vasculaire, soit en rapport avec un syndrome myofascial de J. Travell et D. Simons (SMFTS). Ces muscles et autres tissus mous peuvent moins souvent être le siège de tumeurs, infections, myosites ossifiantes ou non pouvant donner en début d'évolution des douleurs d'effort justifiant, comme les mêmes affections au niveau osseux de toujours faire un bilan d'imagerie devant des DF. Les tendinopathies d'insertion sur le trochanter ou les tenosites des muscles moyen et petit fessiers ou glutéaux sont de diagnostic clinique aisé, sauf pour les déchirures ou ruptures tendineuses associées, mais concernent la face latérale de la hanche donc en avant de la fesse. Les atteintes des tendons des MPT s'insérant plus en arrière du trochanter, provoquent une DF de diagnostic plus difficile. Les enthésopathies des muscles ischio-jambiers provoquent des DF d'effort de topographie inférieure, au pli fessier. La palpation ischiatique est douloureuse sur son versant postéro-médial. Une bursite ou un arrachement ischiatique peut aussi donner des DF basses. Ces lésions des tendons ischio-jambiers ou leurs séquelles peuvent se compliquer d'une irritation et d'adhérences du nerf sciatique ou du nerf cutané postérieur de la cuisse (CPC) situés en dehors de ces tendons. Le diagnostic en est difficile associant des signes des 2 affections et une positivité de la manœuvre de Lasègue en position assise (syndrome de Puranen). Le muscle piriforme (MP) est en fait le plus souvent en cause dans le conflit avec le tronc du nerf sciatique au niveau de son canal sous-piriformis entraînant une sciatique tronquée ou non ou pouvant donner une DF prédominante positionnelle et d'effort dans les sports assis, à la marche et à la course à pieds. La mise en tension active ou passive du MP et la palpation en regard de sa projection déclenchent la douleur. Sa palpation par voie rectale est plus précise et permet de faire la différence avec le conflit sciatique par d'autres MPT dont surtout l'obturateur interne donnant un tableau clinique similaire. Exceptionnellement le carré fémoral a été mis en cause. Le canal sous-piriformis contient aussi, outre des vaisseaux et le nerf CPC, le nerf pudendal qui contourne l'épine sciatique avant de réintégrer l'espace viscéral pelvien expliquant qu'il puisse y avoir des douleurs périnéales associées aux DF. Le canal supra-piriformis donnant passage au nerf glutéal supérieur peut rarement être le siège d'un syndrome canalaire de diagnostic difficile. Lorsque le bilan clinique et paraclinique ne permet pas de conclure on peut évoquer un SMFTS si on met en évidence des points-détentes douloureux à la palpation des muscles susceptibles de donner une DF référée. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination puisqu'il n'existe pas de signes physiques objectifs, le diagnostic reposant sur le déclenchement de douleurs et qu'il n'y a pas d'anomalie spécifique des explorations para-cliniques. Ces syndromes sont cependant fréquents, favorisés par le surmenage ou les microtraumatismes musculaires et il faut toujours les évoquer. Leurs aspects cliniques sont proches du syndrome cellulo-teno-myalgique mais sans cellulalgie ni douleurs de DIM à l'examen rachidien. Les 3 muscles fessiers et les MPT peuvent être en cause en association ou non avec un syndrome canalaire. Les SMFTS des longs muscles para-vertébraux et le droit de l'abdomen peuvent aussi projeter des DF. Le carré des lombes est le plus souvent concerné. Les points-détentes du SMFTS de ce muscle se situent à distance du rachis lombaire permettant de les distinguer de DIM.

Au total il n'est pas rare qu'au terme du bilan clinique et du bilan para-clinique il persiste une incertitude quant à l'étiologie exacte de la DF. L'épreuve thérapeutique ciblée va pouvoir préciser le diagnostic. Outre les traitements de rééducation et de MMO, les infiltrations ont un réel intérêt diagnostique, que se soit selon les cas avec des corticoïdes, des anesthésiques locaux, ou de la toxine botulique dans le cas de syndrome du MP, mais l'examen clinique reste déterminant, passant en revue sans parti pris les nombreuses étiologies de DF.

# Congrès Français de Médecine Manuelle-Ostéopathie

Fessalgies du sportif - Algies thoraciques - Ceinture scapulaire



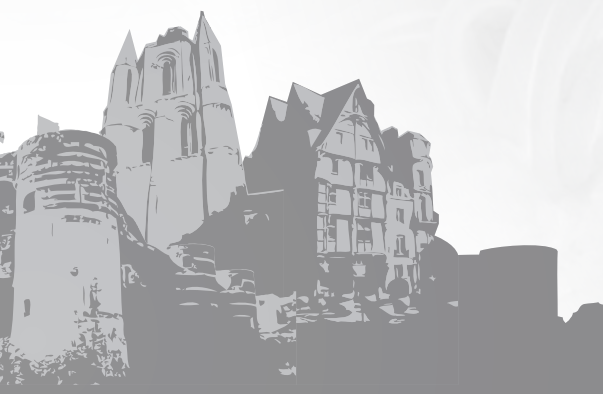
## LES FESSALGIES VASCULAIRES

**Prof. Pierre Abraham**

**CHU d'Angers**

La prévalence de l'artériopathie des membres inférieurs, et de la claudication artérielle augmente avec l'âge. Si la claudication a été longtemps diagnostiquée sur la base de la définition de l'organisation mondiale de la santé comme une douleur de mollet, depuis plus de 20 ans les questionnaires d'évaluation de la claudication artérielle intègrent les douleurs proximales (Fesse, hanches, lombes). Les étiologies à l'origine de la claudication et de la limitation fonctionnelle sont souvent intriquées chez le sujet âgé. Les claudications artérielles proximales isolées par atteinte de l'artère hypogastrique sont assez peu fréquentes mais sont sans doute sous estimée. L'origine vasculaire d'une claudication proximale est particulièrement fréquente chez les patients ayant bénéficié d'un acte de revascularisation à l'étage aortique ou iliaque. Enfin, face à une claudication proximale, l'écho-Doppler de repos est souvent pris à défaut et l'index de pression systolique de cheville de repos et post effort n'est pas adapté au dépistage des lésions iliaques internes.

Bien que peu développée, la mesure de pression partielle transcutanée en oxygène au cours de la marche (TcPO<sub>2</sub>) offre la possibilité d'évaluer la présence d'une ischémie d'effort à l'étage distal et proximal simultanément. La technique est insensible à la rigidité artérielle, et permet de s'affranchir de certaines limites des techniques ultrasonores. L'index DROP (Decrease from Rest of Oxygen Pressure) qui correspond aux changements temporels en périphérie moins les changements temporels sur une sonde thoracique a été validé contre artériographie et est un moyen performant pour argumenter l'origine vasculaire d'une douleur fessière. L'exposé présentera des observations typiques de fessalgie vasculaire pour ouvrir à la discussion.



## FESSALGIES D'EFFORT : THÉRAPIES NON MANUELLES. FOCUS SUR LES INFILTRATIONS.

**Dr Alban**

**FOUASSON-CHAILLOUX**

Les causes de douleurs fessières sont multiples mais le plus souvent ostéo-articulaires, neurologiques ou vasculaires. Les traitements oraux prescrits habituellement en première intention sont parfois insuffisants et d'autres approches pharmacologiques sont parfois nécessaires. En fonction, de l'origine de la douleur, divers traitements infiltratifs sont proposés et utilisés dans la pratique quotidienne. Il s'agit notamment des injections locales de corticoïdes mais d'autres molécules comme la toxine botulique sont proposées dans certaines indications. Le but de notre travail est de dresser un aperçu des situations cliniques ostéo-articulaires et neurologiques où sont utilisées les infiltrations et d'évaluer leur efficacité.

Les pygalgies d'origine discale correspondent à des radiculopathies sciatiques incomplètes, plus ou moins associées à une lombalgie. L'utilisation des infiltrations épidurales est couramment pratiquée en cas de douleur persistante. La littérature ne montre que peu d'efficacité à long terme mais en revanche un certain bénéfice à court terme. Il ne semble pas y avoir de différence en fonction de la voie d'abord pratiquée, inter-épineuse lombaire ou par le hiatus sacro-coccygien.

Certaines atteintes articulaires postérieures rachidiennes sont également parfois responsables de douleurs fessières. Les infiltrations radio ou écho-guidées peuvent être proposées en cas de forte suspicion de douleur d'origine articulaire postérieure. Cette technique permet à la fois un geste thérapeutique mais aussi diagnostique par l'association d'un anesthésique lors de l'injection.

De même, les articulations sacro-iliaques peuvent être impliquées dans ces douleurs. Les infiltrations cortisonées sont utilisées par certaines équipes avec des résultats moyens, elles seraient efficaces dans environ la moitié des cas mais il s'agit d'études à faible niveau de preuve scientifique.

Le syndrome du piriforme est une cause relativement rare de fessalgie. Là encore, en cas d'échec des traitements de première intention et notamment de la kinésithérapie, des infiltrations peuvent être réalisées. Les corticoïdes sont souvent injectés au niveau du tendon rétro-trochantérien. Une alternative semble donner de meilleurs résultats, il s'agit d'injections de toxine botulique dans le muscle piriforme. En effet, certaines études rapportent des améliorations dans les 2/3 à 3/4 des cas.

En conclusion, les fessalgies d'effort sont le symptôme de diverses pathologies pour lesquelles les traitements physiques ou antalgiques oraux peuvent être insuffisants. Dans certaines indications et surtout en cas d'échec des traitements de première intention, les infiltrations peuvent permettre une amélioration des symptômes et le passage d'un cap douloureux.

### DIAGNOSTIC ET PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES EN MMO

**P. Savelli**

*16 avenue d'Assas 34000 Montpellier*

#### Introduction

Pathologie quotidienne s'il en est en médecine de ville, la fessalgie est souvent perçue comme l'irradiation à la fesse d'une lombalgie, le temps d'examen s'en trouve ainsi raccourci, puisque certains le jugent peu discriminant et peu rentable dans les lombo-fessalgies communes.

Or la fessalgie d'effort a de nombreuses autres causes, qu'un examen clinique attentif peut différencier. Elle n'est pas que la projection douloureuse d'une souffrance rachidienne, elle peut aussi révéler une souffrance in situ, de l'un des éléments constituant la fesse.

Le temps palpatoire est primordial. La main qui palpe est le prolongement du cerveau, elle reçoit l'information et va la chercher. La palpation peut valider l'hypothèse diagnostique élaborée après l'enquête anamnétique et le premier temps de l'examen clinique. A ce stade nous devrions savoir ce que nous cherchons, et à l'issue de cet examen bien souvent le diagnostic peut être établi. Mais l'erreur serait de se laisser emporter par une confiance excessive dans le diagnostic tissulaire et de vouloir affirmer le site et la nature d'une lésion alors qu'elle siège sous plusieurs centimètres de tissu.

Le recours aux examens complémentaires de sécurité s'impose au moindre doute. Il seront réfléchis et pertinents, en n'hésitant pas à expliquer à l'intervenant extérieur ce que l'on cherche à mettre en évidence. L'IRM sera probablement l'examen le plus rentable mais l'échographie, dans la main d'un opérateur expérimenté, est un examen lui aussi non invasif, non irradiant, à forte rentabilité diagnostique par exemple pour les entésopathies de voisinage à irradiation fessière, permettant l'infiltration échoguidée, et peu coûteux.

#### Procédure diagnostique

L'enquête anamnétique est fondamentale, intégrant l'écoute du patient et un interrogatoire méthodique. Préciser la douleur, siège, intensité, type, son lien chronologique éventuel avec un événement précis et son ancienneté, son mode de récurrence, ses irradiations éventuelles, ce qui la calme. Préciser le statut du patient, sexe, âge, profession, activités sportives et leurs niveaux, loisirs, antécédents médicaux, traumatiques et micro-traumatiques, traitements en cours, tous éléments à orientation diagnostique. S'enquérir des explorations déjà effectuées, des tentatives thérapeutiques précédentes et leurs effets.

L'examen clinique sera complet, précis. Il s'effectue d'abord debout avec un bilan postural de première intention, pelvi-rachidien et podal, avec un examen des mobilités rachidiennes, de leur perturbation, des douleurs provoquées, puis couché sur table avec un examen segmentaire du rachis, un bilan ostéo-articulaire périphérique, un bilan tendino-musculaire régional, un examen neurologique et vasculaire.



Se rapprochant de la fesse il faut utiliser ses connaissances anatomiques pour en imaginer le contenu, plan par plan, zone par zone. Tout d'abord il faut en apprécier le relief, recherchant une asymétrie, une amyotrophie, ou au contraire un volume anormal. La palpation fessière doit être douce, non agressive, en déprimant la peau puis en appuyant progressivement pour explorer les tissus de plus en plus profondément. On cherchera à reproduire une douleur, à apprécier des résistances, une masse anormale. On palpe les muscles glutéaux, les muscles pelvi-trochantériens, en appréciant leur densité, en cherchant une contracture, une douleur, on explore en périphérie les entèses au trochanter, aux ischions, à la crête iliaque, en s'aidant aussi de tests tendineux résistés. La fesse étant traversée par des nerfs, on palpe leur zone de passage supposée, nerf sciatique dans la coulée sous pyramidale ou à travers ce muscle, nerf glutéal supérieur, branche proximale du sciatique, nerf de Trolard, réunion des branches postérieures issues de S2 à S4 qui suit le bord latéral du sacrum jusqu'à son angle inféro-latéral, nerfs cluniaux moyens, autres branches du plexus sacré. Puis la palpation prend appui sur les reliefs osseux, en suivant la crête iliaque de l'extérieur vers l'intérieur, à la recherche de points de crête, lieu de passage des branches postérieures des nerfs rachidiens dits nerfs cluniaux supérieurs, palpation des épines iliaques postéro-supérieures et de la fosse ilio-lombaire, où l'on trouve le ligament ilio-lombaire, ou peut se trouver une néo-articulation transverso-sacrée, palpation de la face exo-pelvienne de l'aile iliaque, du sacrum, sa base, son angle inféro-latéral, l'apex sacré, le sulcus, la partie articulaire de l'articulation sacro-iliaque. Les structures ligamentaires sacro-iliaques postérieures sont profondes, sous le sulcus, non palpables, par contre on peut palper les ligaments sacro-tubéreux. On recherchera à la peau des bandes de cellulalgie suspendue par le pincé roulé témoins dans leur dermatome de l'irritation des branches postérieures des nerfs rachidiens. Puis on retourne au rachis pour affiner l'examen segmentaire à la recherche d'un DIM pour y rattacher l'éventuel syndrome téno-cellulo-myalgique décrit par Robert Maigne, cette recherche nous est familière. Enfin on pratiquera les différents tests de mobilité sacro-iliaques si on les maîtrise.

## Certaines causes ne relèvent pas de la MMO

Le contexte et les examens complémentaires en permettent le diagnostic, certaines sont fréquentes et doivent systématiquement être éliminées, d'autres sont plus rares voire exceptionnelles et de diagnostic tardif, nécessitant des examens complémentaires dédiés.

Pathologies tumorales primitives ou métastatiques, osseuses par exemple une ostéolyse de l'aileron sacré, ou des parties molles

Pathologie rhumatismale inflammatoire comme la spondylo-arthrite

Pathologie osseuse du sacrum ou de l'aile iliaque : maladie de Paget, devenue rarissime, dysplasie fibreuse rare, fracture de fatigue très fréquente chez les sportifs, fracture par insuffisance osseuse chez la femme âgée ostéoporotique, ostéome ostéoïde.

Pathologie infectieuse type sacro-iliite ou abcès des parties molles de la fesse après injection.

Claudications intermittentes neurologique par canal lombaire étroit ou rétréci

Hématome fessier, tumeur glomique, petit névrome

Pathologies vasculaires : syndrome canalaire du paquet vasculo-nerveux glutéal supérieur, athéromatose des artères iliaques, anévrisme des artères iliaques ou fessières, phlébites fessières

Des pathologies comme la névralgie pudendale, certaines affections viscérales pelviennes, une coxopathie ont un mode d'expression qui n'est pas typiquement fessier mais l'irradiation à la fesse est possible.

# Congrès Français de Médecine Manuelle-Ostéopathie

Fessalgies du sportif - Algies thoraciques - Ceinture scapulaire

## Les causes relevant de la MMO

Les éléments diagnostiques et thérapeutiques de chacune de ces causes seront décrits dans la communication.

Fessalgies d'origine rachidiennes : syndrome de jonction thoraco-lombaire, arthropathie zygapophysaire lombo-sacrée, sciatique disco-radiculaire tronquée, canal lombaire rétréci, syndrome de Bertolotti

Fessalgies d'origine sacro-iliaque par dérangement ou dysfonction sacro-iliaque

Fessalgies d'origine musculaire : contracture des muscles pelvi-trochantériens et en particulier du piriforme, contracture de l'obturateur interne, syndromes myofasciaux

Fessalgies d'origine tendineuses et ligamentaire : entésopathies au trochanter, à l'ischion, à la crête iliaque, syndrome ilio-lombaire

## Bibliographie

**BERTHELOT JM.** Comment examiner une fesse douloureuse ? *Rhumatologie Pratique*. Avril 2012, 293 : 4-6

**BERTHELOT JM** et coll. Pathologies de la sacro-iliaque et des structures apparentées. *Revue du Rhumatisme*. Sept 2009, 76 : 8

**FICHEZ O.** Fractures de fatigue du bassin. *Médecin du sport*. Décembre 2002, 56 : 13-21

**FICHEZ O.** Douleur de la fesse d'origine neurologique. *Médecin du sport*. Mai 2011, 103 : 13-22

**MAIGNE R.** Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. *Une nouvelle approche*. Expansion scientifique française. Paris 1989

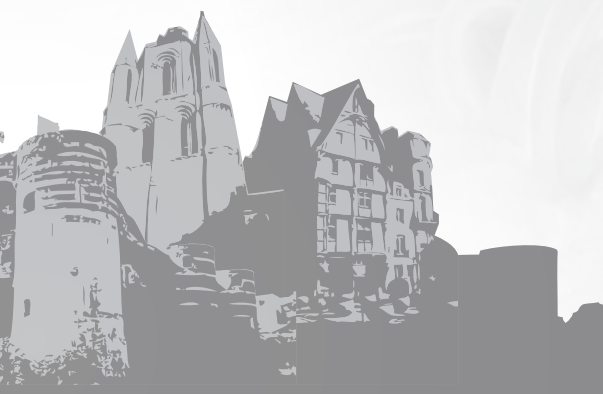
**MICHEL F, PARATTE B.** Le syndrome du muscle piriforme : clés pour le diagnostic et propositions thérapeutiques. *La lettre du rhumatologue*. Mai Juin 2014, 402-403

**MICK G.** Aspects cliniques des syndromes douloureux myofasciaux. *Réflexions rhumatologiques*. octobre 2011, 142-15 : 14-16

**SAVELLI P.** Anneau pelvien et sport : les articulations sacro-iliaques, structure adaptative méconnue. *Médecine du sport et thérapies manuelles*. Lanneau pelvien. Sauramps Médical Mars 2014

**TRAVELL J, SIMONS G.** Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux. Editions Haug International

**VAUTRAVERS P** et coll. Douleurs fessières. *Médecine du sport et thérapies manuelles*. Lanneau pelvien. Sauramps Médical Mars 2014



## POSTUROTHÉRAPIE ET ÉPAULE

**Thierry Mulliez,**

*Tourcoing*

L'épaule se trouve exposée à des contraintes d'origine traumatique, professionnelle, sportive comme l'on sait ; l'examen programmé de cette articulation complexe met en évidence, de façon analytique, muscle par muscle, tendon après tendon, un symptôme douloureux.

Cependant la ceinture pelvienne ou l'une seule des épaules peut être en dysfonction compensatrice d'un déséquilibre postural prenant origine à distance : podale, oculomotrice ou manducatrice. Comme la ceinture pelvienne, la ceinture scapulaire est un élément tampon du système postural d'aplomb ; l'examen posturo-dynamique (P. Villeneuve), en particulier, le montre.

Dans tous les cas, des informations parasites transitent par voie neurale : informations nociceptives, réponses motrices excessives ou erronées :

**compensations posturales**

**traumatismes sportifs,**

**TMS professionnels**

**surmenage et verrouillage  
neuro-musculo-tendino-articulaire**

**sur-activation des nocicepteurs locaux**

*- la dysinformation en boucle de la sur-stimulation neurale -*

Un moyen de réguler la circulation des dysinformations est la saturation neurale (P. Villeneuve) : après repérage palpatoire et mise en relation nerf-territoire, appui digital ciblé sur le(s) nerf(s) hyperactif(s) suivi d'un relâchement subit, ayant pour effet de le ramener à un niveau d'activité physiologique.

Cette thérapie manuelle intégrée à la prise en charge étiologique des TMS, geste sportif et/ou déficience posturale, qui permet de désactiver le cercle vicieux douleur – inflammation – contracture et tendinopathie, contribue à un traitement rapide et efficace.

# ÉTUDE DE LA VALIDITÉ, DE LA REPRODUCTIBILITÉ D'UN TEST OSTÉOPATHIQUE

par le GEMO

BPL/ CONGRES SOFMMOO – FEMMO des 3 et 4 octobre 2014

L'absence d'études validées sur le plan scientifique concernant l'ostéopathie est un frein notoire dans la diffusion de son enseignement dans les Facultés de Médecine.

La difficulté de réalisation d'études scientifiquement recevables dans le domaine de l'ostéopathie est tel que toute celles à notre disposition ne présentent pas les critères scientifiques de validité.

Les groupes de formation des médecins en Médecine Manuelle Ostéopathie, regroupés dans une fédération la F.E.M.M.O se sont proposés de tenter de valider tout d'abord un test simple, enseigné dans leur rang.

Le groupe du GEMO – BPL s'est donc proposé d'étudier un test ostéopathique d'épaule, simple, facilement réalisable, celui de l'abaissement de la tête humérale. Le but souhaité est de démontrer qu'un enseignement correctement réalisé d'une manœuvre simple mais rigoureuse, la bonne mobilité de la tête humérale, peut être reproduite par différents praticiens.

Il n'est pas question de définir à partir de cette étude une quelconque conclusion médicale, et donc thérapeutique, mais seulement d'apporter la preuve d'une reproductibilité de ce test.

### Quel test ?

Il a été décidé de réaliser la manœuvre qui analyse la descente ou non de la tête humérale.

### Modalité du test

La même épaule, la droite a été étudiée, la manœuvre réalisée deux fois immédiatement par le même mouvement. Les deux praticiens testeurs ont réalisé cette manœuvre après préparation afin de bien définir quel mouvement était à produire et quelle analyse était à déduire (descente de la tête humérale = oui/la tête humérale ne descend pas = non).

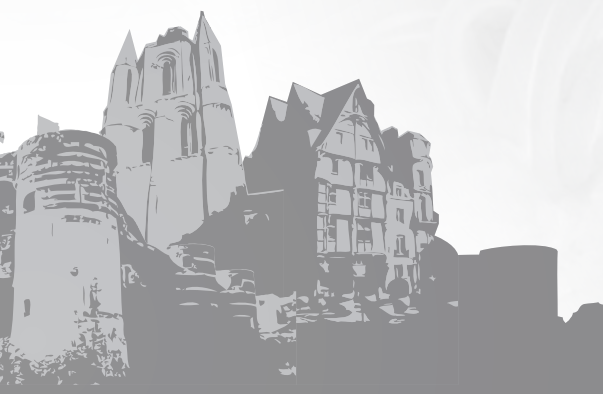
### Terrain du test

Lors des différents enseignements du DIU de MMO dont a la charge le GEMP BPL, vingt neuf personnes, âgées de 26 à 66 ans, ont été testées. Elles ont toutes, sans aucune connaissances d'éventuelles pathologies, de façon aléatoire, une première fois par un premier examinateur le matin et l'après midi par le second, dans un ordre différent.

Les résultats ont été recueillis par une personne différente.

### Description de la manœuvre

Sujet allongé sur le dos, médecin examinateur sur le flanc droit du sujet, prend la main du sujet par sa main gauche, place le bord ulnaire de sa main droite au dessus de la tête humérale, bras du patient en antépulsion d'environ 70°. L'examineur en fente avant réalise un abaissement de la tête humérale. La descente de la tête humérale est appréciée par la main droite.





## Résultats :

L'examinateur A retrouve 26 abaissements de la tête humérale sur 29 sujets testés, et l'examinateur B 23 sujets qui présentent un abaissement et 6 non.

		EXAMINATEUR A		
		OUI	NON	TOTAL
EXAMINATEUR B	OUI	23	0	23
	NON	3	3	6
	TOTAL	26	3	29

## Analyse

L'analyse de cette simple étude permet d'affirmer une bonne reproductibilité du test puisqu'on obtient 89.6 % d'accord entre deux examinateurs, mais il s'agit en fait d'un « bon pourcentage d'accord ». Mais elle n'indique que la bonne reproductibilité inter-observateur. Elle implique un apprentissage parfait de la manœuvre, une bonne pratique, un accord clair dans la définition de la manœuvre et du résultat recherché.

Les calculs de l'indice Kappa (proportion d'accord avec intégration de la proportion du hasard) retrouvent un score à 0,60 ce qui représente un accord modéré (0,41 – 0,6 accord modéré/0,61-0,80 accord fort ; *Landis et Koch*) (le score prévu par chance étant de 0,72). Il permet donc de relativiser le bon pourcentage initial.

Pour affiner les résultats, une autre étude pourrait utiliser la méthode 0,50 P index proposée par le Dr PATIJN (Patijn, J Med Orth, 2004).

## Remarques

L'absence d'accord d'environ 10 % est elle acceptable? Dans ce contexte d'un simple test clinique, qui s'intègre à un examen global de MMO, probablement que oui ce qui ne serait pas le cas dans une analyse d'un seul et unique test pour affirmer une atteinte.

L'accord inter-observateur ne signifie pas validité du test. Mais il n'y a pas de moyen à disposition pour quantifier précisément cet abaissement, l'utilisation de moyens techniques d'imagerie médicale, comme l'échographie pourrait être envisagée...

Cette étude devrait être complétée par une étude intra-observateur (le même examinateur retrouve t il les mêmes résultats sur la même population à deux moments différents.)

## Conclusion

Toute simple soit-elle, cette étude met cependant en évidence qu'un test bien réalisé peut être reproduit avec une certaine concordance entre deux praticiens chevronnés.

Ce type d'étude pourrait aussi être mise en œuvre de façon simple, rapide afin de juger de la qualité d'un enseignement. Un test en début d'enseignement serait ainsi réalisé puis un deuxième après plusieurs séances de pratiques, et on pourrait ainsi juger du bon apprentissage de l'étudiant, et donc d'enseignement.

Il serait ensuite souhaitable de compléter par l'étude des différents tests utilisés en MMO sur une épaule puis de réaliser la même démarche sur des patients présentant une pathologie définie, précise, bien documentée. On risque de se heurter à de nombreux problèmes, éthiques, de validité de la mise en œuvre...

Cependant, une étude de grande envergure pourrait être mise en œuvre au sein de nos cabinets. En effet, une étude de type cohorte « généraliste » étudiant par exemple une souffrance de l'épaule bien documentée, et un des tests de MMO de l'épaule, pourrait, si un grand nombre de patients est récolté, peut-être confirmer l'intérêt de cette approche dans le diagnostic de cette pathologie. Aux groupes d'enseignement de la FEMMO, à la SOFMMOO de s'y atteler ?

<http://www.inserm.fr>

Cohen J, A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Measurement*, 1960 ; 20:37-46

Cohen J, Weighted Kappa : Nominal Scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit, *Psychol Bulletin*, 1968: 70(4): 213-220

Patijn J, Reproducibility Studies in Manual/Musculoskeletal Medicine: A practical method for kappa independency of prevalence, *Manuelle Medizin*, 2004, 42(4) : 317

# Congrès Français de Médecine Manuelle-Ostéopathie

Fessalgies du sportif - Algies thoraciques - Ceinture scapulaire

## OCCIPITOBRACHIALGIE

**Dr Jacques MONIÈRE**

**Rhumatologue**

*TOURS*

Le cas de Stéphanie qui sert de support à cette présentation est très fréquent, mais trop souvent méconnu pour qui ne connaît pas les chaînes musculaires et articulaires. Comment accepter anatomiquement qu'une souffrance de la jonction cervico-occipitale puisse être responsable d'une irradiation brachialgique de trajet C7 ou C8? Dès que l'on place le scalène et la première côte sur le schéma, tout s'éclaire pourtant, et on peut comprendre pourquoi le traitement manuel d'une dysfonction C2C3 peut faire disparaître instantanément une brachialgie sur laquelle tous les traitements avaient échoué pendant 2 ans.

Cet exposé permettra aussi de montrer un mode de représentation graphique de la douleur, explicite pour les patients, mais bien utile aussi pour les médecins, autour de la variation du seuil de sensibilité à la douleur en fonction des circonstances et des traitements.

Il sera enfin l'occasion de discuter rapidement des douleurs projetées, variées dans ce cas clinique.

**Angers** | Centre de Congrès  
**3 & 4 octobre 2014**



## ÉCHOGRAPHIE INTERVENTIONNELLE

**Dr Pierre GUERIN**

**Radiologie-MMO**

*Rochefort sur Mer*

La pertinence de l'échographie dans le démemberment diagnostique des pathologies de l'épaule a trouvé son prolongement naturel dans l'optimisation des gestes techniques infiltratifs.

Les gestes péri-articulaires et intra-articulaires sont ainsi considérablement améliorés pour le bénéfice du patient.

Articulations gléno-humérale et acromio-claviculaire, récessus bicipital, bourse subdeltoïdienne, kyste para-articulaire sont les cibles privilégiées de l'échographiste ostéo-articulaire.

Ponction lavage des tendinopathies calcifiantes de l'épaule, capsulo-distension scapulo-humérale complètent l'arsenal thérapeutique du praticien.

# Congrès Français de Médecine Manuelle-Ostéopathie

Fessalgies du sportif - Algies thoraciques - Ceinture scapulaire

## SIGNE DE LASÈGUE LOMBAIRE ET SYNDROME DE LA CHARNIÈRE MÉDIO-THORACIQUE

**Dr Claudio CAPPUGI**

*Firenze (Italie)*

A propos de 63 observations de patients lombalgiques chroniques qui présentaient un syndrome de la charnière médio-thoracique.

La présence d'un signe de Lasègue lombaire (appelé aussi faux Lasègue) est quasi-systématique

L'épreuve de Schober en flexion est perturbée dans la moitié des cas environ.

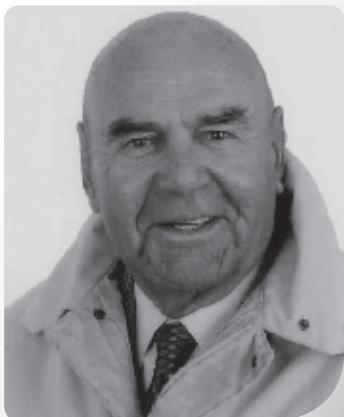
Après traitement des DIMD de la charnière médio-thoracique, le signe de Lasègue lombaire disparaît immédiatement et quasi-systématiquement, et l'amplitude de la flexion de la colonne lombaire est restaurée.

Ces constatations, purement cliniques, présentent l'intérêt pratique d'orienter rapidement l'examineur pour localiser le (ou les) segments vertébraux responsables des douleurs.

3 & 4 octobre 2014

Angers | Centre de Congrès





## ASSOCIATION DES DEUX SYNDROMES DES CHARNIÈRES THORACO-LOMBAIRE ET MÉDIO-THORACIQUE

**Dr Marie José TEYSSANDIER**

*Nice*

A propos de 25 patients ayant consulté pour des lombalgies « communes » qui présentaient à la fois un syndrome de la charnière médio-thoracique et un syndrome de la charnière thoraco-lombaire avec obligatoirement un point de crête latéral, chaque examinateur a pratiqué une infiltration de la charnière Médio Thoracique (MT) avec un mélange de lidocaïne et de corticoïde.

Il en a résulté la disparition immédiate ou différée des signes cliniques du syndrome de la charnière Thoraco-lombaire (TL)

Par quel mécanisme les messages nociceptifs émis au niveau de la charnière MT cheminent-ils jusqu'aux branches perforantes cutanées de T12 et L1?

- Le réseau anastomotique des branches postérieures des nerfs rachidiens??
- ou les fibres sympathiques pré-vertébrales??
- ou plutôt un mécanisme comparable à celui décrit par Robert MAIGNE au niveau du rachis cervical et thoracique supérieur??

# Congrès Français de Médecine Manuelle-Ostéopathie

Fessalgies du sportif - Algies thoraciques - Ceinture scapulaire



(Catane/Italie)

## Dr. Stefano Alzeni

(Florence/Italie)

Dans notre activité quotidienne de médecins de Médecine Manuelle Ostéopathe (MMO), nous sommes souvent confrontés aux lombalgies dont souffrent nos patients scoliotiques adultes et à chaque fois, notre pensée reste la même : est ce que les douleurs dont se plaignent nos patients sont exclusivement liées à la scoliose, dont nous connaissons les nombreuses causes, ou bien une partie de ces douleurs trouvent-elles leur origine dans un DDIM dorso-lombaire? Anatomiquement, la jonction dorso-lombaire marque le changement de la cyphose dorsale en lordose lombaire, mais dans la plupart des scoliose détermine aussi le changement de la courbure scoliotique. C'est donc un segment vertébral particulièrement sollicité et ainsi, être le siège d'un DDIM à l'origine des douleurs dont souffrent nos patients. Il s'agirait donc d'une manifestation douloureuse liée partiellement à un syndrome de la jonction dorso-lombaire comme notre maître R. Maigne nous l'a appris.

C'est à partir de cette réflexion que nous avons pensé conduire une étude clinique supposant une cause articulaire, et plus exactement au niveau T11-T12-L1, de la douleur lombaire et donc, nous nous sommes engagés à dépister un certain nombre de patients scoliotiques adultes qui souffrent de douleurs lombalgiques, avec une courbure scoliotique dorso-lombaire importante. Tous nos patients ont eu le même traitement manipulatif, c'est à dire deux manœuvres standardisées effectuées sur la jonction dorso-lombaire : la manipulation à cheval en rotation dans le sens de la non douleur selon la règle décrite par R.Maigne et une mobilisation-manipulation en extension ou en flexion au même niveau, en fonction des données du schéma en étoile.

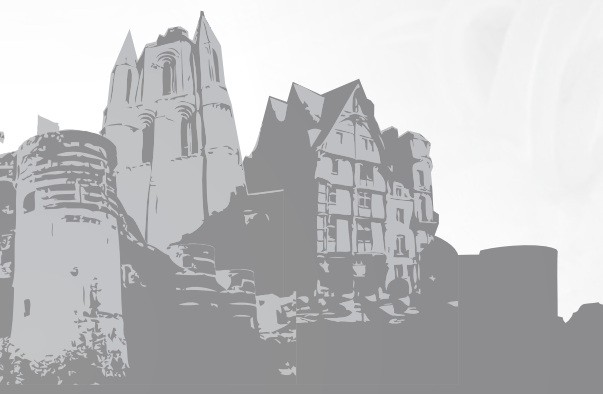
Le DDIM dorso-lombaire participe-t-il à la douleur lombaire du patient scoliotique adulte? Selon nous, oui.

Et dans quel pourcentage? Selon nous, à peu près 35 à 40 % ; il s'agit d'une valeur importante qui nous pousse donc à avoir à chaque fois un bon réflexe devant une scoliose de l'adulte.

De plus, les traitements manipulatifs vertébraux sont-ils d'un intérêt dans le ralentissement évolutif de certaines scoliose? Pour cela, nous nous sommes engagés à recueillir les données, et les paramètres de nos patients scoliotiques traités par manipulation de la jonction dorso-lombaire, et nous souhaitons les analyser prochainement. C'est une réflexion qui mérite l'attention de tous, compte tenu du fait que dans la littérature médicale internationale, il y a très peu de travaux concernant la douleur chez les patients scoliotiques.

## DONNÉES RÉCENTES SUR LES DOULEURS DES SCOLIOSES

Dr. Giovanni Asero



# III<sup>o</sup> CONGRES | SOFMMOO conjoint | FEMMO

## Congrès Français de Médecine Manuelle-Ostéopathie

Fessalgies du sportif - Algies thoraciques - Ceinture scapulaire

# NOTES

livre des résumés

3 & 4 octobre 2014

Angers | Centre de Congrès



# Angers, territoire d'excellence, vous accueille //

**Classée n°1 des grandes villes de France où il fait bon vivre, Angers est un territoire d'excellence avec ses 3 filières économiques stratégiques : végétal, électronique professionnelle et santé-biotech-pharma.**

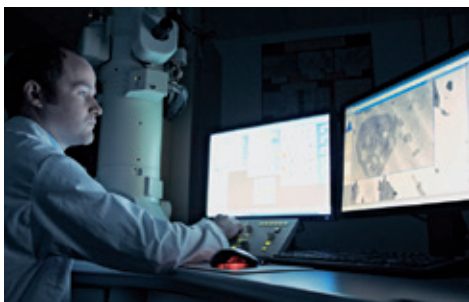
Faculté de médecine



**Angers est reconnue**, tant au plan régional que national, **pour l'excellence de son offre de soins** et son expertise adaptée : de la plus grande proximité à la plus grande complexité. Cette offre de soin performante s'appuie sur un pôle de service public d'envergure régionale et une offre privée restructurée en 2 pôles majeurs.

**Le Centre Hospitalier Universitaire, de niveau III**, est renforcé par la présence **d'établissements de santé spécialisés**, dont l'Institut de Cancérologie de l'Ouest, **3<sup>e</sup> pôle de cancérologie de France et 1<sup>er</sup> en radiothérapie et reconstruction mammaire**. Angers se distingue par des **domaines d'excellence** : handicap sensoriel, maintien à domicile, lien social, nano-médecine et cancérologie.

Institut de recherche  
et d'ingénierie  
de la santé



**L'industrie pharmaceutique** a toute sa place sur le territoire avec une spécificité santé animale (Intervet - MSD Santé animale France, Schering Plough, Biovac, Norfeed Sud, Groupe Grimaud- Filavie...)

Angers dispose aussi d'une **offre de formation complète et reconnue** avec une faculté de médecine régulièrement dans les meilleures places du classement national au concours de première année.



Laboratoire de micro  
et nano médecine  
biomimétiques

Siège du département recherche du Gérontopole Pays de La Loire, le territoire dispose également d'un **pôle de recherche au rayonnement international** dans les domaines de cancérologie/immunologie, cardiovasculaire, métabolique, biomatériaux et vectorisation.

Angers, c'est aussi une terre d'accueil de **grands événements** dans le domaine de la santé (congrès, colloques...).



# III<sup>o</sup> CONGRES conjoint SOFMMOO FEMMO

## Congrès Français de Médecine Manuelle-Ostéopathie

Fessalgies du sportif - Algies thoraciques - Ceinture scapulaire

contact

Bureau des Congrès et Evènements Angers Loire Tourisme

7 Place Kennedy - BP 15157 - 49051 Angers cedex 02

Tél. 02 41 23 50 54 - Fax 02 41 23 50 16

[sofmmoo-femmo@angers-2014.fr](mailto:sofmmoo-femmo@angers-2014.fr)



partenaires



Pierre Fabre



3 & 4 octobre 2014

Angers | Centre de Congrès