

Ostéopathie traditionnelle et tests de dysfonction du sacrum

Alain CASSOURRA

GEMMOB PARIS XIII

Dans un premier article, nous avons abordé l'implication du bassin dans la dynamique du rachis, décrit les tests cliniques qui apprécient la mobilité des sacro-iliaques et défini deux types de dysfonction sacro-iliaque, l'une de l'ilium sur le sacrum, l'autre du sacrum sur l'ilium (voir RMV n°5). Nous allons maintenant définir les dysfonctions sacrées, plus particulièrement les torsions du sacrum et décrire les tests cliniques nécessaires à leur diagnostic. Ces tests sont de deux types : positionnels et dynamiques.

A terme, ce diagnostic aboutit à des techniques de correction de ces dysfonctions. Elles ne sont pas décrites ici.

■ Tests positionnels

Nous apprécierons en quelque sorte les quatre coins du sacrum, c'est à dire les sulcus droit et gauche et les angles inféro-latéraux droit et gauche.

Le patient est en décubitus ventral. Les sulcus se situent à l'intérieur des épines iliaques postéro-supérieures (EIPS), à un travers

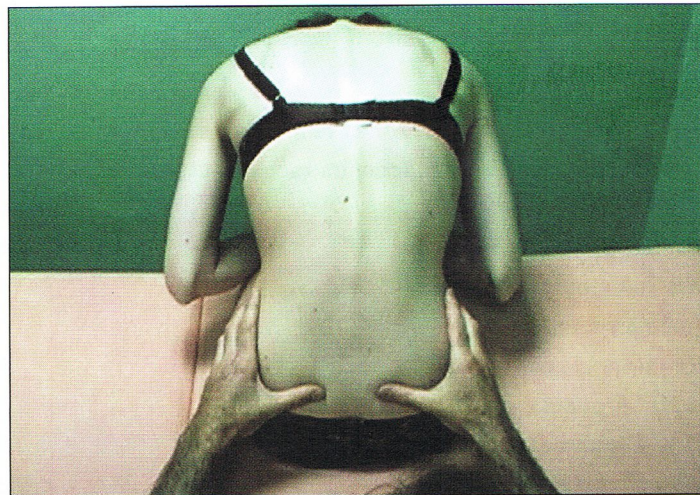


Figure 1 : les sulcus

de doigt, sur le sacrum (fig. 1). Ils constituent une dépression plus ou moins marquée, symétrique ou non, dont on va apprécier le relief. Très creusé, on parle de sulcus creux ; peu creusé, on parle de sulcus plein. Les inter phalangiennes des pouces étant sur l'EIPS, les premières phalanges des pouces viennent sur les sulcus, on apprécie dans une direction oblique de 45° vers les pieds le caractère plein ou creux de chaque sulcus comparativement l'un l'autre.

Les angles inféro-latéraux du sacrum se situent au-dessous, de part et d'autre de la sacro-coccygienne (fig. 2). On apprécie leur position relative, supérieure ou inférieure, antérieure ou posté-

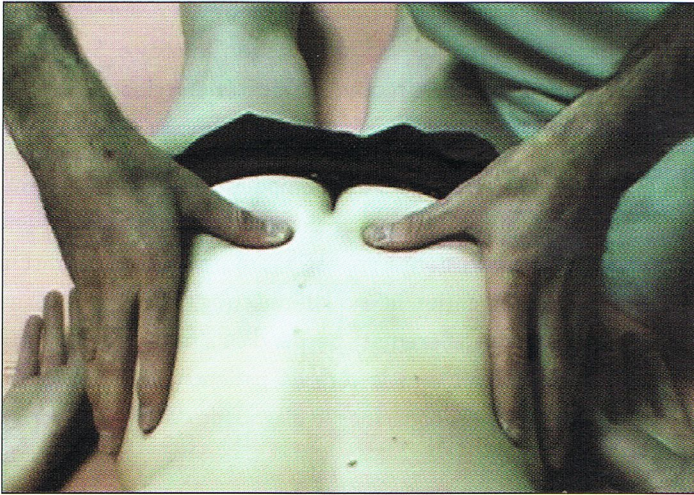


Figure 2 : les angles inféro-latéraux

rière. Ainsi, si ces "quatre coins" nous donnent un examen positionnel symétrique, nous pouvons exclure toute torsion du sacrum. Les tests dynamiques cependant pourront révéler un sacrum antérieur ou postérieur. Si par contre, d'un côté, un sulcus semble plus creux, un angle inféro-latéral plus postérieur ou inférieur, nous aurons là un argument pour une dysfonction du sacrum en torsion. Celle-ci devra être confirmée par les tests dynamiques.

Tests dynamiques

Les tests dynamiques sont très simples. Ils consistent à apprécier la possibilité qu'a le sacrum de s'antérioriser ou de se postérioriser, celle qu'a le rachis lombaire de se lordoser, et celle qu'ont les quatre coins du sacrum de se déprimer. Ils demandent du doigté et sont à interpréter en fonction de la laxité du patient examiné. Le patient est installé en décubitus ventral.

1. Antériorisation du sacrum (fig. 3) : Le thérapeute effectue une pression avec la base de la paume de la main perpendiculairement à la table sur la base sacrée au-dessus de S2. Il



Figure 3 : test d'antériorisation du sacrum



Figure 4 : test de postériorisation du sacrum

apprécie la résistance offerte par le sacrum. Si la base du sacrum part vers l'avant, il ne présente pas de dysfonction. Si au contraire elle ne part pas vers l'avant, il est fixé postérieurement.

2. Postériorisation du sacrum (fig. 4) : Le thérapeute effectue une pression avec la base de la paume de la main perpendiculairement à la table sur le sacrum en dessous de

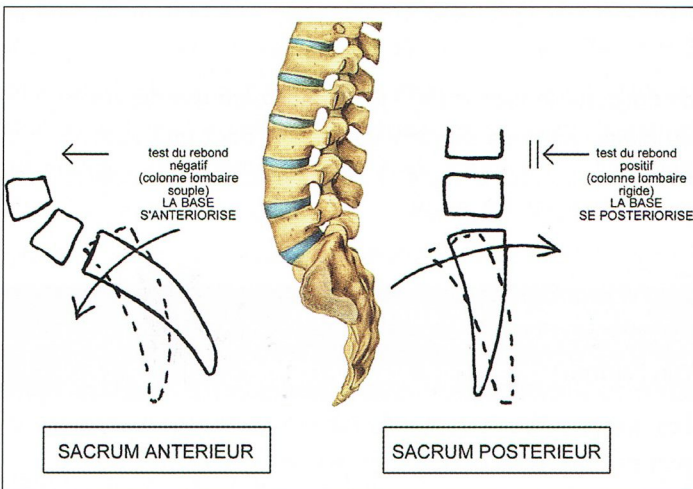


Figure 5 : test du rebond (1)

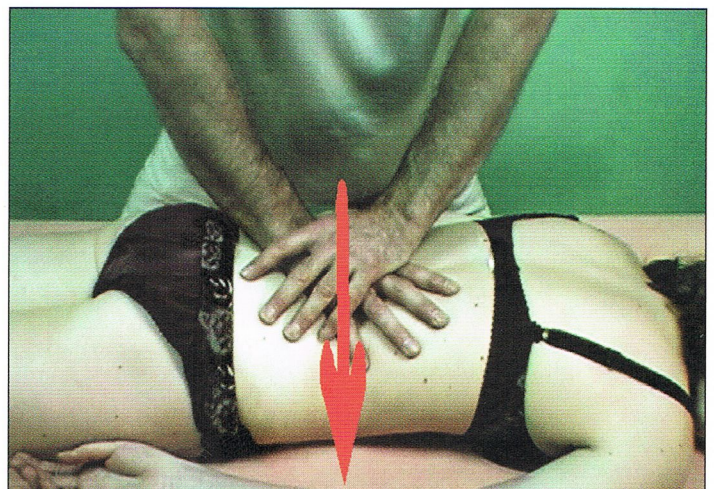


Figure 6 : test du rebond (2)



Figure 7 : appui avec l'éminence hypothénar dans le test des quatre coins

S2. Il apprécie la résistance offerte par le sacrum. Si la base du sacrum part vers l'arrière, il ne présente pas de dysfonction ; si par contre elle ne part pas vers l'arrière, il est fixé antérieurement.

3. **Test du rebond** (fig. 5,6) : Le thérapeute effectue une pression avec la base de la paume de la main perpendiculairement à la table sur la colonne lombaire dans sa partie basse. Si celle-ci est dépressible, le sacrum n'est pas postérieur, ni globale-

ment, ni en torsion ; Un sacrum postérieur entraîne une délordose lombaire et une rigidification lombaire. Si celle-ci n'est pas dépressible, le sacrum est postérieur, globalement ou en torsion.

4. **Test des quatre coins** : Le thérapeute effectue avec l'éminence hypothénar (fig. 7) une pression perpendiculairement aux sulcus (fig. 8,9), dont il apprécie l'amorti en comparatif. De même pour les angles inféro-latéraux (fig. 10,11) mais dans deux directions différentes, perpendiculairement à la table (antériorisation) et vers la tête du patient (supériorisation). Nous pouvons ainsi confirmer le diagnostic de torsion sacrée.

Diagnostic de sacrum antérieur

Le sacrum est fixé antérieurement. Au plan statique, l'examen des sulcus et angles inféro-latéraux est symétrique, au plan dynamique le sacrum s'antériorise mais ne se postériorise pas. Au test du rebond la colonne lombaire se lordose.

Diagnostic de sacrum postérieur

Le sacrum est fixé postérieurement. Au plan statique, l'examen des sulcus et angles inféro-latéraux est symétrique, au plan dynamique le sacrum se postériorise, mais ne s'antériorise pas, le test du rebond nous donne une colonne lombaire rigide.

Diagnostic de sacrum

en torsion antérieure

Le sacrum part vers l'avant sur un axe oblique (fig. 12). Au plan statique, l'examen des sulcus et angles inféro-latéraux est asymétrique, un sulcus est plus creux, l'angle inféro-latéral opposé au sulcus creux est postérieur et inférieur. Au test du rebond la colonne lombaire se lordose. Au test des quatre coins l'angle inféro-latéral postérieur et inférieur refuse de s'antérioriser et de se supérioriser. On définit deux torsions antérieures : gauche sur gauche et droite sur droite.

Diagnostic de sacrum en

torsion gauche sur axe gauche

Sur l'axe oblique gauche défini comme rejoignant le pôle supérieur de l'auricule sacré gauche au pôle inférieur de l'au-



Figure 8 & 9 : test au niveau de chaque sulcus

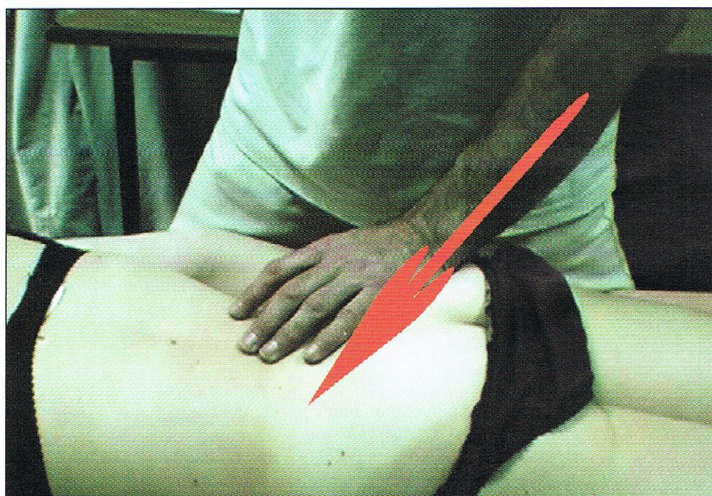


Figure 10 & 11 : test au niveau des angles inféro-latéraux

ricule sacré droit, le sacrum part vers l'avant, la face antérieure du sacrum " regarde " à gauche. On parle de torsion gauche sur gauche.

■ Diagnostic de sacrum en torsion droite sur axe droite

Sur l'axe oblique droit défini comme rejoignant le pôle supérieur de l'auricule sacré droit au pôle inférieur de l'auricule sacré gauche, le sacrum part vers l'avant, la face antérieure du sacrum " regarde " à droite. On parle de torsion droite sur droite.

■ Torsion postérieure

Le sacrum part vers l'arrière sur un axe oblique (fig. 13). Au plan statique, l'examen des sulcus et angles inféro-latéraux est asymétrique, un sulcus est plus plein, l'angle inféro-latéral homo latéral au sulcus plein est postérieur. Au test du rebond la colonne lombaire reste rigide. Au test des quatre coins le sulcus plein refuse de s'antériorier. On définit deux torsions postérieures : gauche sur droite et droite sur gauche.

■ Torsion droite sur axe gauche

Sur l'axe oblique gauche défini comme rejoignant le pôle supérieur de l'auricule sacré gauche au pôle inférieur de l'auricule sacré droit, le sacrum part vers l'arrière, la face antérieure du sacrum " regarde " vers la droite. On parle de torsion droite sur gauche.

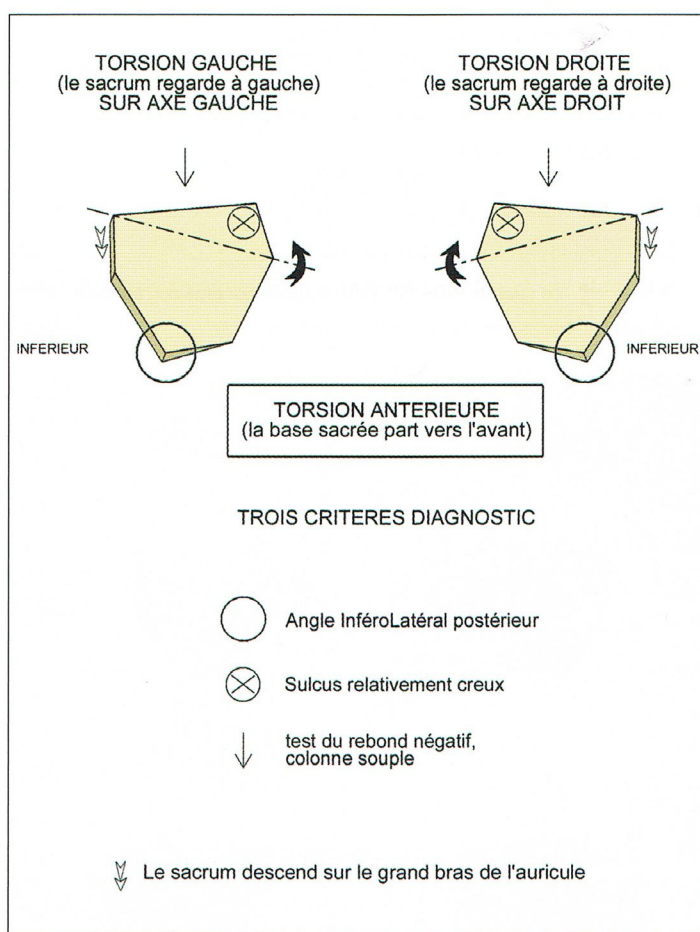


Figure 12 : les torsions antérieures du sacrum

■ Torsion gauche sur axe gauche

Sur l'axe oblique droit défini comme rejoignant le pôle supérieur de l'auricule sacré droit au pôle inférieur de l'auricule sacré gauche, le sacrum part vers l'arrière, la face antérieure du sacrum " regarde " vers la gauche. On parle de torsion gauche sur droite.

Le diagnostic différentiel des différentes torsions se fait donc sur l'appréciation des sulcus et des angles inféro-latéraux, le test du rebond et des quatre coins (fig. 14,15).

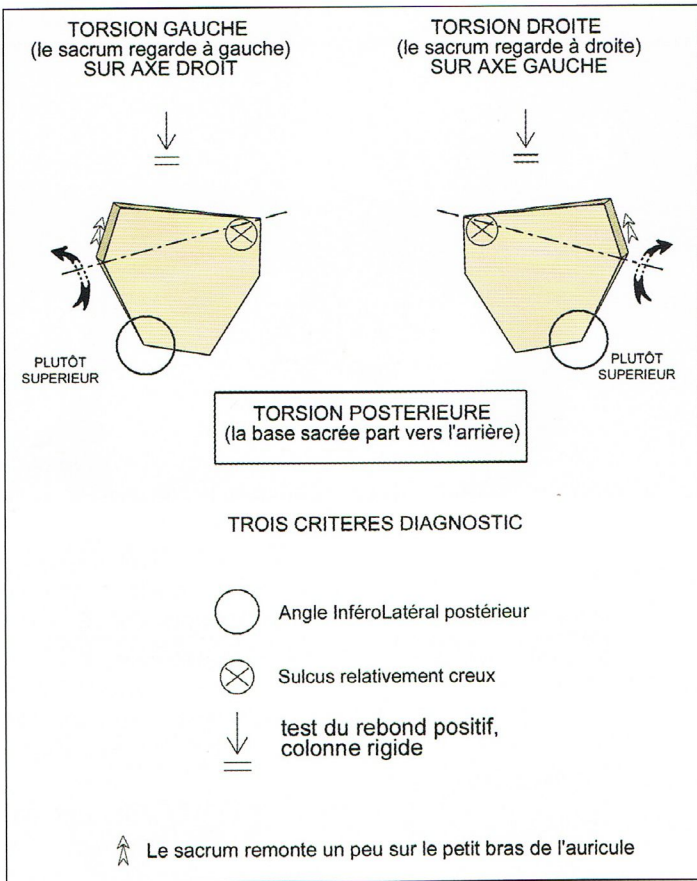


Figure 13 : les torsions postérieures du sacrum

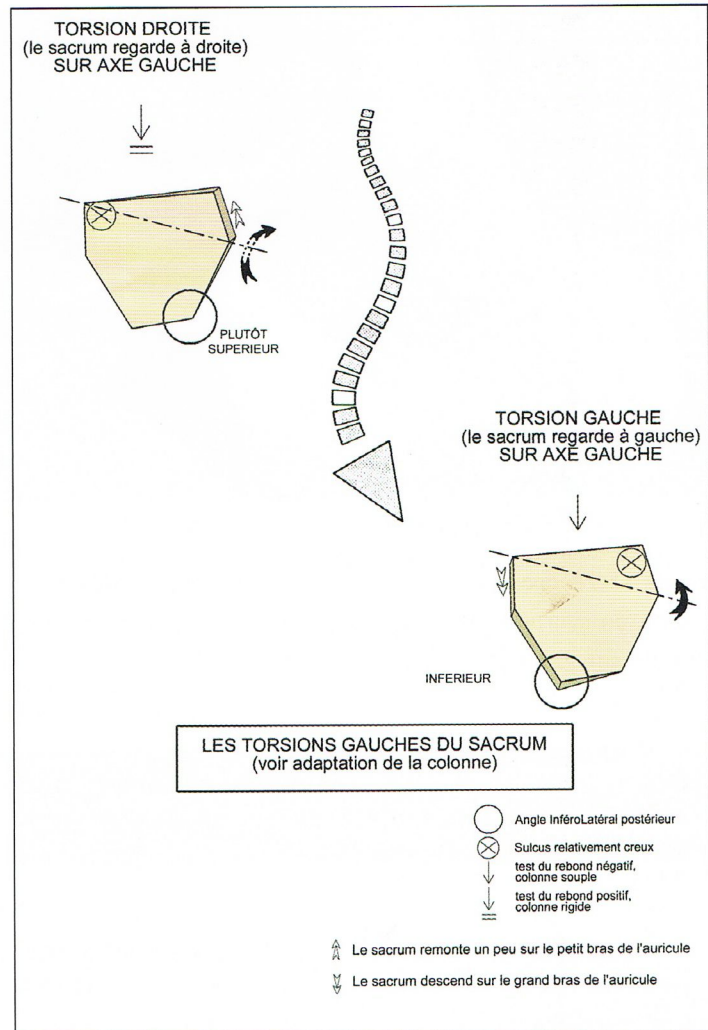


Figure 14 : les torsions sacrées sur l'axe gauche

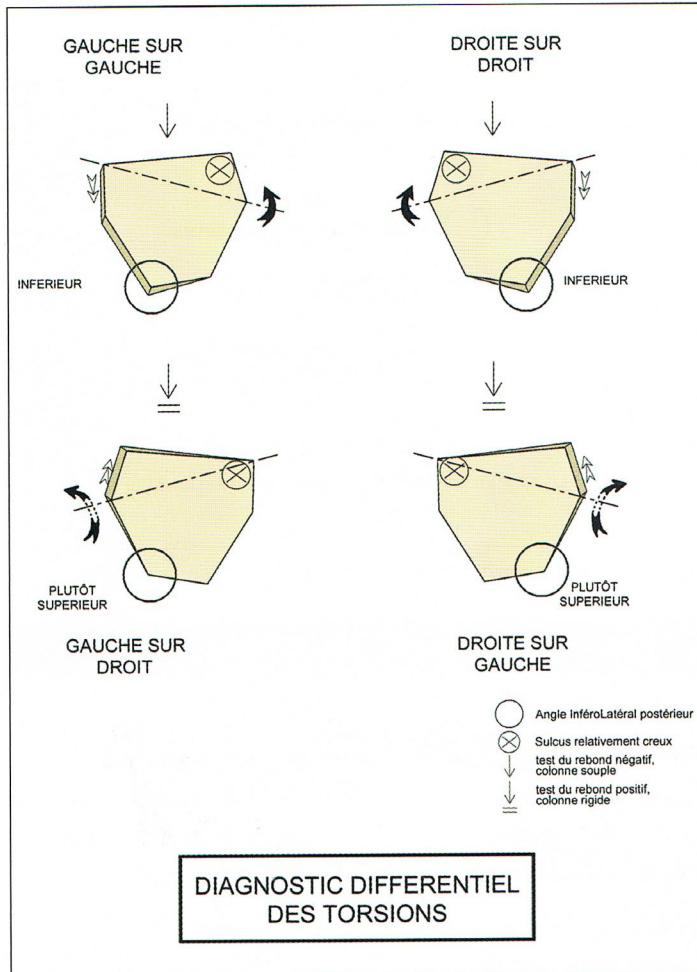


Figure 15 : diagnostic différentiel des torsions sacrées

Conclusion

L'examen du bassin nous a permis de définir des dysfonctions de l'ilium sur le sacrum mais aussi du sacrum sur l'ilium. Les dysfonctions du sacrum sont particulièrement pathogènes pour la colonne lombaire, en particulier les dysfonctions postérieures, globale ou en torsion. Elles doivent être corrigées. A chaque dysfonction du sacrum correspondent des techniques manipulatives correctives spécifiques, en structurel ou myotensif.

L'approche biomécanique, telle que nous l'avons décrite, met l'accent sur l'interdépendance des segments mobiles, la neurophysiologie sur les interdépendances métamériques et supra segmentaires. L'une comme l'autre nous confirme dans la nécessité d'une approche globale, principe clé du maître fondateur de l'ostéopathie : Andrew Taylor Still. ●