

LA MANIPULATION EN MENTON-PIVOT

Technique et indications

A. GOURJON *
P. JUVIN *

Il s'agit d'une technique complémentaire selon la classification de R. MAIGNE dans son dernier traité de "Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne". Technique délicate à ne mettre qu'entre des mains expérimentées très habituées aux techniques manipulatives ; elle n'est jamais de première intention et n'intervient donc qu'en complément d'autres techniques cervicales.

INDICATIONS

■ ELLE DOIT ÊTRE RÉSERVÉE :

- Aux DIM rebelles avec certitude du diagnostic, certitude de la qualité de la réalisation des autres techniques principales que sont celles en rotation et celles en latéroflexion. Le premier axiome en médecine orthopédique étant qu'il vaut mieux bien faire les techniques les plus faciles que de mal faire les plus difficiles.
- Lorsqu'on veut compléter l'action de manipulation sur la charnière cervico-dorsale par un étirement sur l'ensemble du rachis cervical.

PRÉCAUTIONS

Le respect des contre-indications est ici encore plus important que pour toutes les autres techniques cervicales.

Elle devra donc être précédée impérativement comme dans toute autre manipulation cervicale

- d'un examen radiologique de qualité irréprochable ;
- d'un examen clinique soigneux à la recherche des signes d'insuffisance vertébro-basilaire par la réalisation des tests de posture en position couchée et debout.

CONTRE-INDICATIONS

En dehors des contre-indications générales des manipulations que constituerait tout ce qui ne serait pas un Déranagement Intervertébral Mineur ; citons :

- le mauvais état osseux porotique, trop fragile ;
- un schéma en étoile avec une extension douloureuse ;

* Service de Rééducation et Médecine Orthopédique
Hôtel-Dieu, Paris 75004

- surtout, la contre-indication majeure reste l'IVB particulièrement à redouter dans toutes les manipulations cervicales mais encore plus dans cette technique qui comporte une composante obligatoire d'extension avec torsion. D'autant plus trompeuse que l'accident peut survenir chez un sujet ne présentant aucun antécédent. La manipulation cervicale, de toute évidence, peut en cas d'IVB avoir des conséquences dramatiques surtout en cas de manœuvres : forcées, répétées ou maintenues.

On sait qu'il convient de distinguer deux types d'IVB :

- L'IVB thrombo-embolique
- L'IVB hémodynamique décrite par RANCUREL

■ L'IVB THROMBO-EMBOLIQUE

- Soit par thrombose des gros troncs vertébro-sous claviers
- Soit par embols plaquettaires ou fibrino cruoriques responsables d'infarctus postérieurs avec signes neurologiques majeurs : coma, troubles respiratoires...

Contre-indique la manipulation ou tout au moins rend nécessaire une extrême prudence chez les sujets à risque : diabète, HTA, tabagisme.

■ L'IVB HÉMO-DYNAMIQUE

Rancurel définit un 2^e type d'IVB :

L'IVB hémodynamique.

- Les artères vertébrales se comportent comme des artères périphériques avec

des à-coups systolo-diastoliques et une pression diastolique basse.

- La partie basse du tronc basilaire est une zone hémodynamiquement fragile avec équilibration des pressions vertébro-basilaires et carotidiennes.

De cette zone, naît une artère, paire et symétrique très vulnérable car longue, grêle et alimentée à faible pression : l'artère cérébelleuse moyenne qui irrigue l'oreille interne.

Les manifestations cliniques de cette "IVB hémodynamique" vont donc survenir s'il existe une baisse de débit sanguin dans l'artère vertébrale par exemple par sténose athéromateuse vertébrale ou sous clavière.

Les particularités de ces manifestations cliniques sont d'être :

- brèves ;
- identiques chez un même patient ;
- surtout posturosensibles : ne survenant qu'en position debout (pression diastolique plus basse en position debout que couchée) à l'occasion d'une posture anormale de la tête.

Il s'agira essentiellement de troubles traduisant une ischémie dans le territoire de la cérébelleuse moyenne :

- troubles vestibulaires centraux : vertiges ;
- troubles visuels : diplopie, brouillard ;
- pertes de connaissance brèves : malaises mal définis ;
- hypoacousie et acouphènes si bilatéraux ;
- troubles amnésiques ;
- dérobements brutaux.

La survenue spontanée ou provoquée par un test de posture, de l'un de ces signes contre-indique évidemment tout traitement par manipulation et nécessite un complément d'examen et traitement.

Trois signes cliniques sont particulièrement importants :

- le caractère posturo-sensible des troubles qui surviennent par accès brefs et répétés ;
- la présence d'un souffle sous claviculaire ;
- la reproduction du symptôme par compression de l'artère vertébrale au triangle de Tillaux dans la région sous occipitale à l'aide des pouces à droite puis à gauche puis des deux côtés ensemble pendant environ 20 secondes sur un patient debout.

Le test est considéré comme positif lorsque l'on reproduit le symptôme du malade ou qu'apparaît une sensation d'instabilité. La compression doit alors cesser immédiatement.

L'inocuité du test est bien sûr absolue.

TESTS DE POSTURE

Ces tests consistent à maintenir le rachis cervical supérieur en position d'hyperextension avec rotation droite puis gauche pendant quelques secondes en interrompant immédiatement au moindre déclenchement d'une impression vertigineuse ou d'un nystagmus dont la survenue doit inciter à la plus grande prudence.

Ils sont pratiqués en position couchée et debout.

DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE DE MANIPULATION

3 CHOSES :

- position du patient ;
- position du médecin ;
- manipulation proprement dite.

■ POSITION DU PATIENT

En décubitus ventral, membres inférieurs en rotation interne de détente, bras écartés tombant de chaque côté de la table, laissant le menton directement en appui sur la table, ou bien mains superposées ou entrecroisées mettant ainsi le rachis cervical en extension différente selon leur avancée. (Fig. 1)

■ POSITION DU MÉDECIN

Celui-ci est debout à l'angle antérieur de la table du côté opposé à la main d'appui dorsale,

1 - MAIGNE R.

Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Une nouvelle approche.
Expansion Scientifique ; Paris 1989

2 - LAZARETH J.P., RANCUREL G.

IVB liée à une compression extrinsèque au niveau du rachis cervical.
Revue de Médecine Orthopédique
n° 12 - 1988.

3 - GOURJON A. - JUVIN P.

Manipulations Vertébrales.
Editions Techniques. - Encyclopédie Méd. Chir.

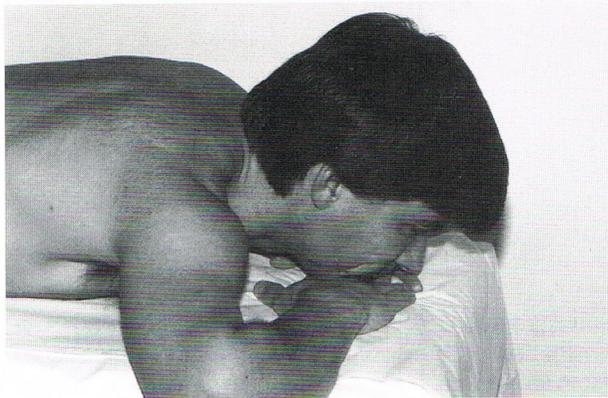


Fig. 1

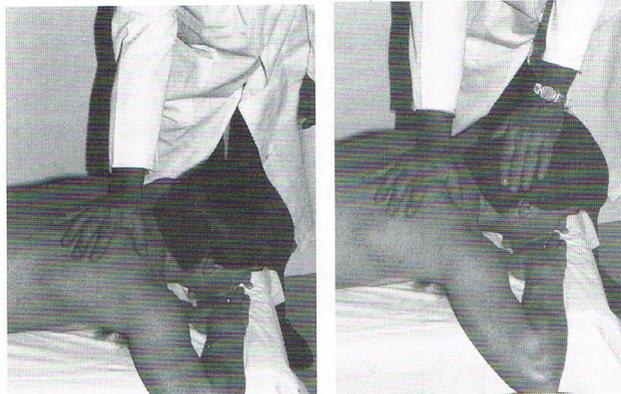


Fig. 2

Fig. 3

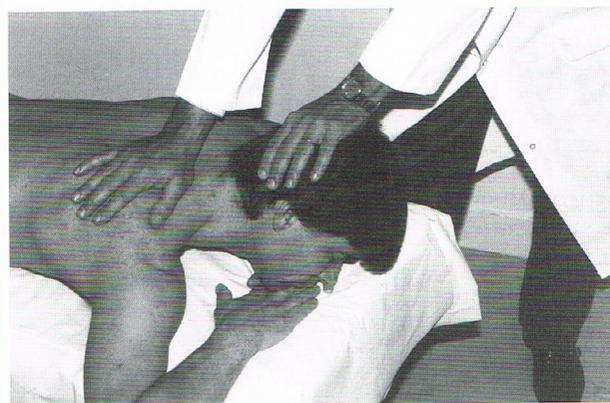


Fig. 4



Fig. 5

jambes demi-fléchies, plan des épaules, du bassin et des pieds parallèles. La main dorsale par l'éminence thénar prend appui selon le cas sur la transverse opposée de la première, de la deuxième ou de la troisième vertèbre dorsale, l'autre main ou main céphalique empaume la région temporo-maxillaire du patient en prenant garde de ne pas comprimer l'oreille (Fig 2).

L'appui doit se faire au dessus de l'oreille de façon à augmenter le bras de levier et à rendre plus facile le dosage exact de l'impulsion manipulative. La technique la plus souvent utilisée comporte une rotation dans un sens avec étirement vers le côté opposé.

MANIPULATION

Le médecin va donc effectuer la mise en position en plaçant le cou en latéroflexion vers lui, dans sa propre direction, tout en prenant garde de ne pas déplacer l'appui du menton qui doit rester le pivot de la manipulation (Fig. 3).

Puis, en maintenant d'une part la contre pression par l'éminence thénar de la main dorsale et la mise en latéroflexion du rachis cervical (Fig. 4) il va donner l'impulsion manipulative par l'accroissement brusque et limitée de la rotation cervicale qui va se faire dans le sens opposé à la latéroflexion.

UNE VARIANTE DE CETTE TECHNIQUE A ÉTÉ DÉCRITE : alors que le cou est dans la même position que précédemment, l'impulsion manipulative est donnée par l'action de la main dorsale sur la transverse opposée choisie de D1 D2 ou D3.

ERREURS TECHNIQUES LES PLUS FRÉQUENTES :

Mauvaise position du patient avec extension cervicale trop accentuée par le placement des mains trop en avant.

Mauvaise position du médecin

- en mauvais équilibre
- trop raide sur ses jambes
- non respect du parallélisme épaules - bassin - pieds.

Mauvaise technique avec une main active qui au lieu de prendre appui sur la région temporo-maxillaire va prendre appui sur la région cervicale réduisant le bras de levier, obligeant à une impulsion mal contrôlée.