

Intérêt de certaines techniques sédatives manuelles dans les lombalgies aiguës

J.C. GOUSSARD *



Fig. 1

La prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, le repos, les infiltrations sont les principaux modes de traitement d'une lombalgie aiguë.

Les manipulations vertébrales font partie intégrante de l'arsenal thérapeutique, à condition d'être applicables et que le médecin en maîtrise parfaitement les techniques. Leurs règles d'application ont été depuis longtemps codifiées (4). Nous ne les développerons pas ici.

Il est classique d'attribuer l'origine des lombalgies communes à la partie basse du rachis lombaire. La cause peut alors être discale (le plus souvent), articulaire postérieure (parfois), musculaire ou ligamentaire (plus rarement).

Mais certaines lombalgies basses trouvent leur origine au niveau de la charnière dorso-lombaire. Ces "lombalgies basses d'origine haute" ont des aspects cliniques spécifiques. (5)

Les techniques sédatives manuelles qui portent sur les tissus mous (plans cutanés, musculaires ou ligamentaires) et les articulations sont, dans certains cas, très efficaces. Trop souvent délaissées, voire ignorées, elles présentent pourtant un réel intérêt dans le traitement d'une lombalgie aiguë.

On utilise dans ce but des techniques de massages, de mobilisations, d'étirements ou de postures manuelles. Avant de poser l'indication de ces manœuvres, il est indispensable de faire un bilan clinique précis et détaillé, dont les résultats seront consignés sur un schéma. Les thérapeutiques manuelles seront alors adaptées en fonction de la forme clinique de la lombalgie et des résultats de l'examen.

L'EXAMEN CLINIQUE

Il se déroule en deux temps. Tout d'abord un examen de la statique générale des membres inférieurs (y compris une podoscopie) et du rachis sera pratiqué et sur lequel il sera indispensable de revenir dans un but étiologique et correctif éventuel en dehors de l'épisode aigu ; puis un examen dynamique rachidien, debout puis assis.

Dans un second temps, l'examen palpatoire précis, systématique et comparatif, portera sur les plans cutanés fessiers et des fosses lombaires, sur les muscles paravertébraux et des fosses iliaques externes et sur les différentes zones d'insertions ligamentaires, musculaires et tendineuses de ces régions.

Pour l'examen des plans cutanés, le patient est couché à plat ventre en travers de la table, un coussin sous le ventre peut être utile. On utilise la manœuvre du "pincé-roulé" qui consiste à prendre en un gros pli les plans cutanés et sous-cutanés entre pouce et index, à le tirer et à le rouler en le pinçant. Cette manœuvre, qui explore le revêtement cutané centimètre par centimètre, est indolore dans les conditions normales. Par contre, en cas d'irritation radiculaire, le pli est épaissi et toujours douloureux par rapport aux zones voisines et symétriques.

Nous savons que les plans cutanés de la région lombaire basse et de la région fessière sont innervés par les branches postérieures des nerfs rachidiens T11, T12, L1, L2 (5).

Cette cellulalgie localisée, unilatérale est la conséquence de la souffrance de la branche postérieure du nerf rachidien, elle est située dans le dermatome correspondant. De la même manière, en poursuivant cet examen de façon systématique sur toute la région, nous retrouvons fréquemment des adhérences cutanées douloureuses sur tout ou partie de la ligne des épineuses. (Fig. 1)

L'examen des muscles paravertébraux se fera sur un patient installé confortablement, si possible à plat ventre sur la table, en relâchement musculaire complet, un coussin sous le ventre (non obligatoire), un autre sous les pieds pour détendre les ischio-jambiers.

* Service de Rééducation et de Médecine orthopédique - Hôtel-Dieu PARIS
24 rue George Sand - 75016 PARIS.

Après avoir effectué quelques manœuvres de détente, les muscles sont explorés étage par étage, avec la pulpe des doigts, de la superficie vers la profondeur et du centre vers la périphérie.

Lors d'une atteinte aiguë de la charnière dorso-lombaire, il est fréquent de retrouver des cordons indurés tendus et très douloureux, au sein des muscles spinaux, le long de la ligne des épineuses ou plus à distance, au niveau du carré des lombes et de la partie latérale des grands et petits obliques. La contraction permanente de ces muscles peut être la cause, dans certains cas, d'une attitude antalgique en inclinaison latérale ou d'un blocage plus ou moins complet de cette région... Dans les lumbagos d'origine lombaire basse, la contracture paravertébrale est souvent plus intense, étendue à toute la musculature paravertébrale lombaire, bilatérale en cas d'attitude antalgique en cyphose, ou latéralisée, avec attitude antalgique directe ou croisée.

L'examen des muscles fessiers est effectué dans la même position que précédemment. La palpation sera progressive et recherchera des cordons indurés au sein du corps musculaire examiné. De taille variable, tantôt isolés, tantôt nombreux, ils affectent alors la quasi totalité du muscle.

Ils sont toujours présents dans les atteintes du rachis lombaire bas, principalement localisés aux petit et moyen fessiers, au Tenseur du Fascia Lata (TFL) et au pyramidal du bassin. La manœuvre élective d'étirement de ces muscles provoque ici une douleur très vive dont le point de départ et les irradiations sont fonction du muscle sollicité.

La palpation des zones d'insertion ligamentaires, musculaires et tendineuses, portera sur les espaces inter-épineux, les attaches sacrées du grand fessier et l'insertion de terminaison

des pelvitrochantériens. Ces zones douloureuses se retrouvent dans les lombalgies aiguës d'origine lombo-sacrée où elles entrent pour une part dans l'origine des douleurs et dans le trajet des irradiations.

Ces fausses radiculalgies sont connues. Cet examen permet ainsi de faire la différence entre une lombalgie basse d'origine dorso-lombaire, à laquelle correspond la cellulalgie lombo-fessière et la contracture du carré des lombes ; et une lombalgie d'origine lombo-sacrée responsable des cordons myalgiques et des douleurs d'insertion des muscles de la fosse iliaque externe. Ces manifestations cellulalgiques, myalgiques et tendino-périostées correspondent au "syndrome celluloténo-périosto-myalgique à topographie métamérique" décrit par R. MAIGNE (4).

L'examen de la mobilité rachidienne lombaire et dorso-lombaire est classique. On mesure la distance mains-sol (peu fiable), la distance médius-malléole externe, l'indice de Schöber, l'amplitude des rotations globales, on note la présence d'une dysharmonie lors de l'inflexion latérale, d'une attitude antalgique statique ou dynamique. Après l'étude de la mobilité globale rachidienne, celle plus fine de la mobilité segmentaire dorso-lombaire et lombaire, assis puis couché, permettra de déterminer les différentes orientations des manœuvres de mobilisation en respectant le sens libre et indolore (4). Tous ces paramètres sont indispensables à connaître avant d'envisager un traitement physique ou manuel.

D'emblée, puis à distance de l'épisode aigu initial, il sera complété par un examen de la statique lombo-pelvi-fémorale debout (association lordose / antéversion - flession / rotation externe de la hanche le plus souvent), de la mobilité des hanches à la recherche d'un défaut d'extensibilité du pyramidal, du TFL, du droit antérieur ou du psoas-iliaque, ainsi qu'un examen complet de la statique des membres inférieurs.

LES TECHNIQUES SÉDATIVES

Nous ne prétendons pas citer toutes les manœuvres qui peuvent être utilisées dans une lombalgie aiguë. Seules seront décrites celles que nous utilisons le plus fréquemment et qui apportent à nos patients le plus de soulagement et les résultats les plus rapides. Leur efficacité est directement liée à deux paramètres : les renseignements fournis par l'examen complet et précis qui permet une bonne adéquation des techniques et la dextérité du praticien qui les utilise. Un grand nombre de non-médecins (rebouteux) ou de paramédicaux (kinésithérapeutes) les emploient quotidiennement avec un grand succès. Les médecins ne doivent pas se priver de cet efficace arsenal diagnostique et thérapeutique qui complète et affine le diagnostic, met en confiance le patient (qui souffre) et permet une meilleure relation médecin-malade. "Tout le monde sait voir mais peu de gens savent toucher". (MACHIAVEL).

LES DIFFÉRENTES POSITIONS POSSIBLES

Le confort d'installation prévaut et la meilleure position sera celle dans laquelle le patient ne souffre pas (ou souffre le moins).

■ Le décubitus ventral permet un bon relâchement musculaire paravertébral

et fessier, tout en offrant un large abord pour le massage et les étirements.

■ Le décubitus latéral présente les mêmes avantages pour la décontraction et de meilleures possibilités pour la mobilisation simultanée et les contractions résistées. Il peut être nécessaire d'interposer un coussin entre les genoux. C'est la meilleure position à utiliser pendant la grossesse.

■ En décubitus dorsal, il est possible dans certaines conditions de coupler massages et mobilisations.

■ La position assise offre un bon abord du rachis et permet d'utiliser certaines techniques d'étirements paravertébraux lombaires, de contractions résistées, de massages locaux. Elle a pour inconvénient d'être souvent ressentie comme fatigante, voire intolérable dans les lombalgies aiguës et n'autorise pas un relâchement complet des paravertébraux. (Fig. 2)

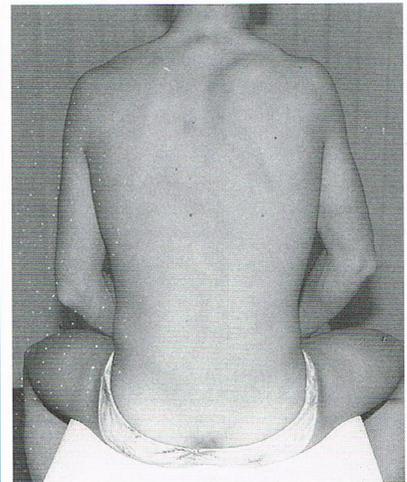


Fig. 2

LE MASSAGE

Élément privilégié de la relation avec le malade, il ne présente aucune limite dans son champ d'application, sauf celles du thérapeute lui-même qui ne doit pas se satisfaire de quelques manœuvres stéréotypées appliquées dans un ordre immuable.

Le massage ne peut être que manuel. "Seule la main doit être considérée comme le véritable organe du toucher". (B. DOLTO) (1)

La pratique quotidienne de ces techniques montre que les effets sont constants dans certaines dominantes (effet sédatif des manœuvres superficielles, effet décontractant des manœuvres à visée musculaire) pour peu qu'elles soient adaptées.

Les pétrissages superficiels ont pour but la libération des adhérences entre la peau et les plans sous-cutanés et la désorganisation des infiltrats cellulalgiques. Les manœuvres doivent être progressives et non traumatisantes.

Nous utilisons les techniques de malaxages, plicatures, pincé roulé, appliquées lentement et méthodiquement sur toute l'étendue de la zone infiltrée. Elle ont pour effet d'entraîner un décollement lent du revêtement cutané et une mobilisation affrontée des deux feuillets du pli ainsi constitué, dans le sens longitudinal et transversal. Il est nécessaire d'utiliser une prise large afin d'éviter les ecchymoses. (Fig.3)

Libération et assouplissement sont ainsi obtenus de manière progressive, sans réaction douloureuse.

Sur la ligne des épineuses, le palpé-roulé associé aux tractions verticales (généralement accompagnées d'un petit bruit de claquement) font diminuer les douleurs locales, assouplissent la région et se traduisent par une très agréable sensation de chaleur locale.

Après ces manœuvres, la peau redevient souple et indolore.

Le massage transverse profond (M.T.P.) a un effet antalgique certain dans les douleurs liées à une souffrance ligamentaire ou tendino-périostée. Cette technique décrite par J. CYRIAX sera employée au niveau d'un ligament interépineux douloureux sur ses faces latérales et son bord postérieur, sur les insertions tendino-périostées du moyen fessier et du pyramidal du bassin ou sur les insertions sacrées du grand fessier. (Fig.4)

Les manœuvres de détente musculaire portent sur les muscles paravertébraux et fessiers contractés. Après une préparation locale à l'aide de manœuvres sédatives superficielles, nous utilisons :

- Des pressions locales, lentes et

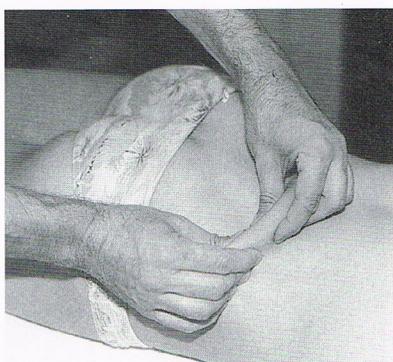


Fig. 3



Fig. 4

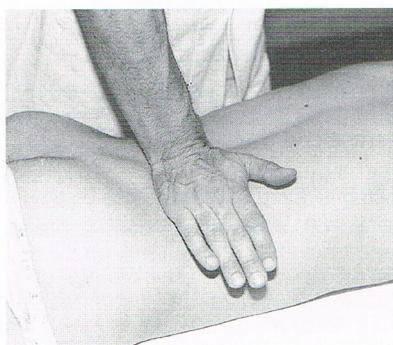


Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

progressives, avec la pulpe d'un pouce, le talon de la main ou l'avant-bras selon le muscle considéré, maintenues environ 10 secondes. (Fig.5)

■ La technique dite en "décordage" appliquée sur les paravertébraux, consiste à tirer la masse musculaire vers l'extérieur avec la pulpe du pouce préalablement placée entre la ligne des épineuses et la bande musculaire. Le pouce tire lentement vers l'extérieur jusqu'au dérapage, ce qui assure la détente du muscle. Il est possible de faire varier la tension des muscles concernés en modifiant la position du tronc. (Fig. 6)

■ Des pétrissages lents, progressivement appuyés, avec une prise et une surface de contact aussi larges que possible. Les réactions du patient guideront la progression du travail. La fréquente épaisseur du revêtement adipeux impose souvent une prise digitale très profonde et des pressions fortes, ce qui ne peut être réalisé dans les premières séances. L'utilisation prudente du poing ou du coude permettra dans quelques cas d'accéder aux muscles pelvi-trochantériens profonds (pyramidal notamment).

■ La technique de friction-étirement transversal des muscles profonds de la fosse iliaque externe (pyramidal, obturateurs et jumeaux) contre la face postérieure du col fémoral. Le patient est en décubitus ventral genou fléchi à 90°, pied dans l'aisselle de l'opérateur. Cette position autorise des mouvements de rotation du fémur et la rotation interne progressive augmente la tension de ces muscles. Personnellement nous demandons au patient de faire des contractions isométriques brèves dans des courses différentes suivies d'un brusque relâchement, ce qui augmente l'effet relaxant de ces manœuvres.

(Fig. 7).

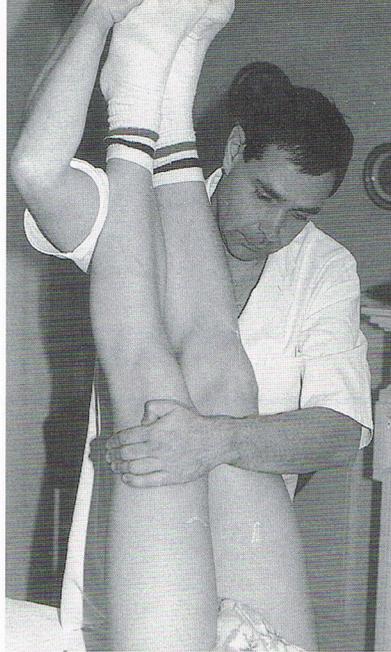


Fig. 9

LES ÉTIREMENTS MUSCULAIRES

Les muscles paravertébraux peuvent être étirés dans le sens de leurs fibres (étirements transversaux).

LES ÉTIREMENTS LONGITUDINAUX

■ En décubitus dorsal nous réalisons une mise en cyphose lombaire lente et progressive, genoux fléchis. La main placée au niveau du sacrum réalise une traction dans l'axe et étire les paravertébraux. (Fig. 8)

■ Dans la même position, une autre manœuvre consiste à effectuer des étirements posturés de tous les plans postérieurs en se servant de la raideur fréquente des ischio-jambiers. La posture est réalisée jambes tendues, pieds dorsi-fléchis et genoux maintenus en extension. Elle est conservée 10 secondes puis relâchée, le gain d'amplitude étant très progressif. (Fig. 9)

■ En décubitus latéral, la manœuvre d'écartement costo-iliaque est réalisée avec les avant-bras et l'étirement musculaire est accentué par un mouvement d'écartement simultané des bords cubitiaux des mains. Il s'agit ici d'un étirement unilatéral des paravertébraux du côté opposé à celui du décubitus. (Fig. 10)

■ En décubitus ventral, ce type d'étirement unilatéral peut être effectué avec le bord cubital des mains ou les avant-bras (manœuvre plus globale et plus puissante). (Fig. 11)

LES ÉTIREMENTS TRANSVERSAUX

■ La manœuvre la plus connue est le "roulement axial", malade en décubitus ventral. Avec le talon d'une ou des

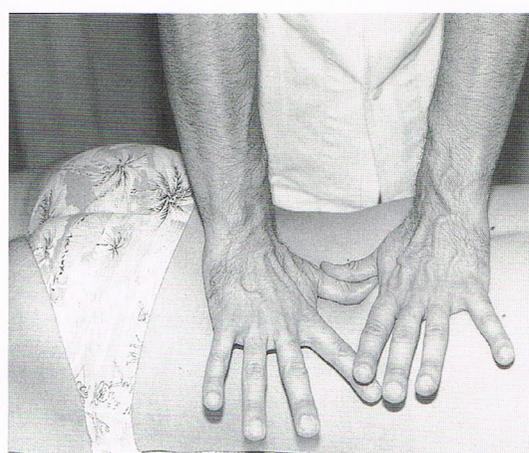


Fig. 13

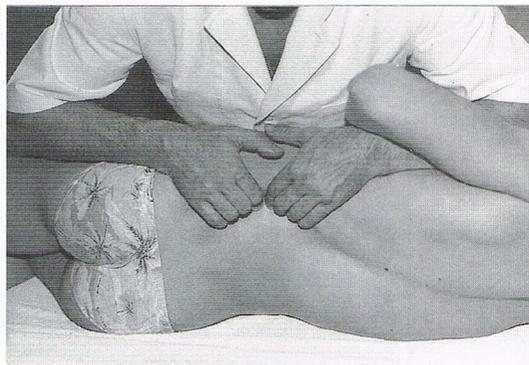


Fig. 14



Fig. 15



Fig. 8



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 16

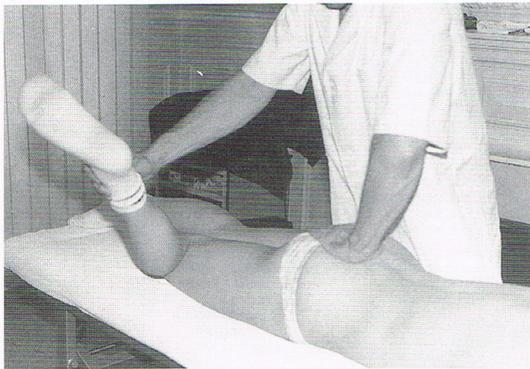


Fig. 17

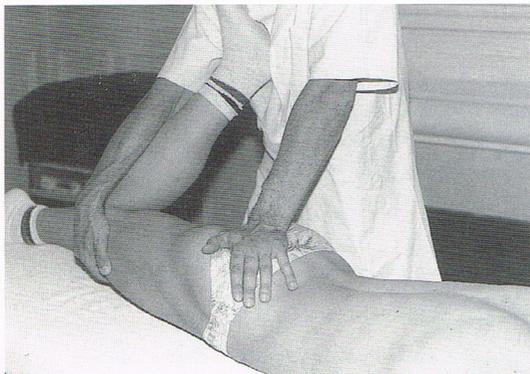


Fig. 18

deux mains ou les éminences thénar-splacés dans le sillon musculo-spinal opposé, l'opérateur effectue des poussées lentes et rythmées sur les muscles spinaux. Les mains doivent accrocher les masses musculaires sans glisser. Ces gestes répétés sans brusquerie entraînent un roulement axial du corps et une bonne détente musculaire. (Fig. 12)

■ En décubitus dorsal, l'opérateur glisse ses mains sous la région lombaire, accroche les muscles spinaux avec la pulpe des quatre derniers doigts insinués dans le sillon musculo-spinal et tire à lui les muscles, un effet de levier étant réalisé au niveau des poignets. (Fig. 13)

■ En décubitus latéral, dans la même position que pour la manœuvre d'écar-

tement costo-iliaque, nous réalisons la manœuvre dite "en éventail". Les appuis sont identiques au niveau des avant-bras et les doigts repliés en crochet exercent une traction verticale sur la masse musculaire paravertébrale. (Fig. 14)

Le carré des lombes, nappe musculaire dont la contracture unilatérale est fréquente dans les atteintes dorso-lombaires aiguës, est quelquefois à l'origine d'une attitude antalgique unilatérale, uniquement statique. Afin de l'étirer, le malade est installé en décubitus latéral du côté opposé à celui atteint, un coussin placé sous le flanc pour augmenter l'ouverture ilio-costale. Les cuisses et les genoux sont fléchis à angle droit, les jambes étant à l'extérieur de la table. Par leur propre poids ou avec un appui manuel, elles entraînent une bascule du bassin qui accentue l'ouverture du flanc et l'étirement du muscle. Quelques sollicitations en contract-relax peuvent être réalisées, qui augmentent l'effet décontractant. (Fig. 15)

Au niveau des muscles fessiers, la présence ou la persistance de contractures musculaires est à l'origine de douleurs locales qui accompagnent ou font suite à une lombalgie aiguë. Les muscles le plus souvent en cause sont le moyen fessier, le TFL et les pelvi-trochantériens.

■ L'étirement du moyen fessier est réalisé au mieux sur un patient en décubitus latéral, installé en bout de table. Le membre situé au-dessous est replié, le patient maintient son genou.

L'opérateur stabilise le bassin d'une main tandis qu'il imprime un mouvement lent d'adduction du membre inférieur tendu avec l'autre main. Il est possible de faire des postures ou de demander au malade des exercices de contracter-relâcher qui vont augmenter l'effet décontractant. (Fig. 16)

■ Les pelvi-trochantériens, dont le rôle est fondamental dans l'ajustement antéro-postérieur du bassin, sont étirés en utilisant leur composante rotatoire sur le fémur. Le malade est installé en décubitus ventral, jambe fléchie à 90° et le médecin imprime à la cuisse un mouvement progressif de rotation interne qui étire ces muscles. Des exercices de contracter-relâcher ou des postures augmenteront l'effet myorelaxant de cet exercice. (Fig. 17)

■ L'étirement du TFL, malade en décubitus ventral, est réalisé en posturant la cuisse en extension-adduction-rotation externe. Le médecin est installé du côté opposé au muscle à étirer, soutient le membre inférieur d'une main et maintient le bassin de l'autre. La position est maintenue pendant 6 secondes et la manœuvre répétée 5 à 6 fois. (Fig. 18)

LES MOBILISATIONS

Réalisées dans les sens libres et indolores au cours de la séance, elles prennent une place de plus en plus grande à mesure que l'état du patient s'améliore. Les réactions du patient guideront constamment le médecin dans l'application des techniques.

Les positions les plus utilisées sont le décubitus dorsal (mobilisation en cyphose), le décubitus latéral (rotation-traction) et la station assise (mobilisation en rotation ou en inclinaison latérale).

EN PRATIQUE

Trois ou quatre séances sont généralement suffisantes pour obtenir l'indolence et restaurer une mobilité complète. Décrites séparément dans un but de clarté, ces manœuvres sont en réalité liées entre elles au cours de la séance, sans cesse guidées par la non-douleur. Des contractions isométriques brèves sont progressivement introduites au cours d'étirements musculaires. Elles présentent le double intérêt de faciliter le relâchement musculaire et de réveiller le sens kinesthésique.

Dès la fin de ce traitement, le patient doit être confié au kinésithérapeute qui débutera une rééducation personnalisée ayant pour but d'éviter les récives.

Dans le traitement d'une lombalgie aiguë, les techniques sédatives manuelles sont parmi les thérapeutiques antalgiques les plus rapidement efficaces.

Les médecins s'intéressant à cette pathologie ne doivent pas se priver d'employer ces techniques. Massages, étirements musculaires, mobilisations articulaires ne présentent un intérêt et une réelle efficacité que s'ils sont constamment adaptés aux réactions du patient, quelles que soient les techniques mises en œuvre.

Ce type de traitement présente le grand avantage de raccourcir la période d'immobilisation et de permettre au patient de reprendre plus rapidement et plus efficacement ses activités en lui redonnant la fonction kinesthésique de son rachis.

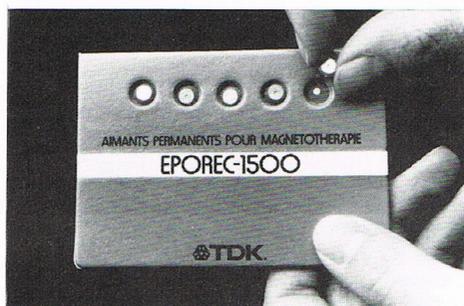
On peut le considérer comme un véritable "repos actif" préparant la rééducation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - DOLTO B.
Le corps entre les mains.
Hermann, Paris, 1976.
- 2 - GOUSSARD J.C.
Les thérapeutiques manuelles dans les lombalgies.
In *Lombalgies et médecine de rééducation*, 1 vol., MASSON, 1983, 213-217.
- 3 - HEULEU J.N., AUGER R.
La masso-kinésithérapie dans les lombalgies et lombo-sciatiques.
E.M.C. Kinésithérapie, Ed. Techniques, Paris, 4.3.05, Fasc. 26294 A 10 et A 20.
- 4 - MAIGNE R.
Douleurs d'origine vertébrale et traitements par manipulations.
1 vol., Exp. Scient. Franc., Edit., Paris 1977, 3^e Ed.
- 5 - MAIGNE R.
Lombalgies et branches postérieures des nerfs rachidiens de la charnière dorso-lombaire.
Ann. Med. Phys., 1980, 23, 150 - 168.
- 6 - SAMUEL J.
Le massage.
E.M.C., Kinésithérapie, 3-22-09, 16115, A 10 et 26120 A 10.

DOULEUR INFLAMMATION

Aimants Eporec-1500



Demandez notre documentation médicale à :



INSTITUT DE
RECHERCHE BIOLOGIQUE
29, rue de Noisy
78870 BAILLY
TEL. : (1) 34 62 55 30

FORME ET PRÉSENTATION Eporec-1500 TDK est un aimant de dimensions réduites (5 mm x 1 mm), entouré d'un revêtement plastique afin d'éviter toute oxydation ou toute intolérance cutanée.

Eporec-1500 TDK présente un repère en relief, repère qui indique la face ayant polarité Nord.

Eporec-1500 TDK est délivré en étuis de 5 aimants avec 10 disques dermo-adhésifs.

COMPOSITION Eporec-1500 TDK est un aimant permanent composé de terres rares (REC), délivrant un flux permanent de 1500 Gauss nominaux (0,15 tesla) d'après compte rendu n° 261.085 du L.C.I.E. daté du 14 mars 1983. La déperdition du flux est très réduite (inférieure à 0,10 % par an).

PROPRIÉTÉS ● Effet décontractant de la polarité Nord. ● Effet antalgique et anti-inflammatoire de la polarité Sud.

INDICATIONS ● Elles procèdent des propriétés de l'Eporec-1500 TDK et de l'application des pôles Sud et/ou Nord à la peau : principalement douleurs de type inflammatoire et traumatique en phase aiguë ou chronique. Eporec-1500 TDK étant utilisé en monothérapie ou comme adjuvant.

CONTRE-INDICATIONS ● La femme enceinte dans les trois premiers mois de la grossesse (nouveaux produits) ● Les porteurs de stimulateur cardiaque (pace-maker).

PRÉCAUTIONS ● Les malades mentaux. ● Les spasmophiles biologique et myoélectriquement vérifiés.

MODE D'EMPLOI ● Placer l'aimant Eporec-1500 TDK au centre du disque dermo-adhésif. ● Appliquer l'ensemble disque/aimant sur les points douloureux à la palpation, une pression douce de quelques instants est suffisante pour l'adhérence du dispositif. ● Le disque dermo-adhésif résiste au lavage superficiel sans frottement (douche) : on aura soin de remplacer le disque en fréquence des lavages et/ou du nombre de jours de port permanent. ● Le fabricant recommande un usage strictement individuel d'Eporec-1500 TDK ; il décline toute responsabilité dans la possibilité d'une transmission cutanée d'une pathologie contagieuse ou non si cette condition n'était pas respectée. ● Le pôle Nord est indiqué par repère.