

Manipulation de la charnière cervico-thoracique en latéro-flexion

Jean-Jacques RANDÉ et Henri CARDIN

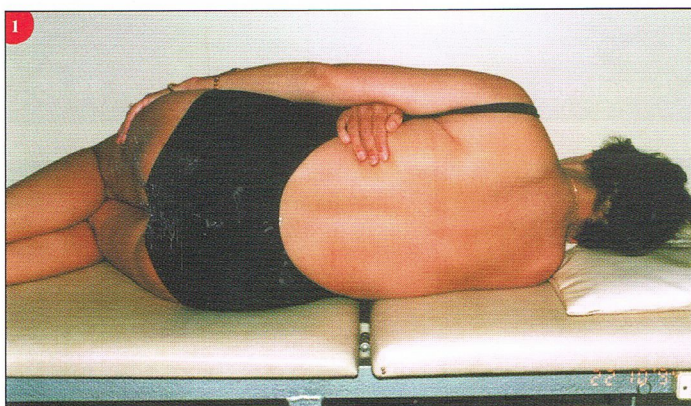
Service de Médecine Physique, Hôtel-Dieu de Paris

La manipulation de la charnière cervico-thoracique en latéro-flexion est une technique qui concerne préférentiellement C7-T1 et qui fait partie des manœuvres de base essentielles à connaître.

Nous exposerons la technique en latéro-flexion gauche et en position neutre. Cette direction est indiquée si la latéro-flexion droite est douloureuse ou limitée, selon la règle de la non-douleur et du mouvement contraire.

Position du patient

Le patient est couché en décubitus latéral droit, les membres inférieurs repliés les pieds situés plutôt entre le milieu et le bord



de la table (fig. 1). Il est possible, pour plus de stabilité, d'allonger la jambe supérieure (ici la gauche) sur la jambe inférieure repliée.

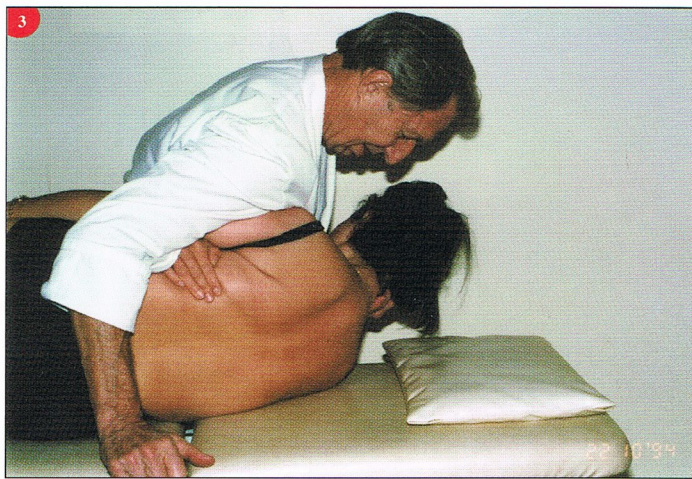
La position des membres supérieurs est variable selon les opérateurs. Certains positionnent le bras inférieur replié, la main prenant appui sur la partie opposée du tronc (fig. 1). D'autres laissent les deux bras le long du corps. Enfin, il existe une position avec le bras inférieur en dehors de la table (fig. 2). Pour plus de confort, la tête doit reposer sur un coussin.



Avec l'aimable autorisation du Docteur BERLINSO. Précis de Médecine Ostéopathique rachidienne. Editions Maloine

Position de l'opérateur

L'opérateur se place à hauteur des épaules du patient, sa cuisse droite légèrement en appui sur la table. Au départ, il se tient parallèle au patient puis pivote de trois quart en empaumant la tête de celui-ci avec sa main gauche. Cette main gauche soutient la tête, en étant en conque autour de l'oreille, le pouce en région temporo-occipitale et la pulpe des autres doigts au niveau de l'occiput. Il est alors possible de faire sortir la tête en dehors du plan de la table en la tirant vers soi, le patient glissant sur son épaule (fig. 3). Il existe une variante où le bord du 5ème doigt est au niveau des articulaires de C7 et le pouce est en appui sur l'occiput.



Simultanément, l'opérateur bloque l'épaule du patient sous son aisselle et la repousse puissamment vers le bas du tronc, sans l'écraser vers le rachis. Ce faisant, l'opérateur doit se déplacer en restant avec le buste droit. Il est sur le patient, au contact sans l'écraser, le haut de la cuisse droite toujours en léger appui sur la table, l'autre jambe en avant et demi fléchie.

Lorsque le bras du patient est en dehors de la table, il doit être soutenu et protégé avec la cuisse droite de l'opérateur.

Mise en tension et recrutement

La main gauche, qui doit supporter la tête, entraîne le cou en latéro flexion gauche et le pouce de la main droite vient au contact de la face latérale de l'épineuse de C7 ou de T1 (fig. 4). Une variante est possible avec l'éminence thénar au lieu du pouce.



La mise en tension se fait en augmentant progressivement la cassure au niveau du segment. Il est important de ne pas relâcher l'effacement de l'épaule gauche du patient. Au fur et à mesure de cette mise en tension, la tête du patient est légèrement tournée vers la droite, sa joue gauche faisant face à la poitrine de l'opérateur (fig. 4 et 5). Ceci permet d'augmenter l'amplitude de la latéro-flexion et de pousser la mise en tension à son maximum.

L'impulsion manipulative

L'équilibre du couple patient-opérateur doit être stable. L'opérateur est penché en arrière, appuyé sur l'épaule du patient (fig. 5). Ses jambes sont dans le prolongement du tronc, les deux pieds à hauteur de la tête de table. L'épaule du patient est donc reculée le plus possible.



L'impulsion manipulative est donnée à la fois par le pouce qui bloque l'épineuse et (surtout) par une sèche augmentation de la latéro-flexion du cou vers le haut. Au cours de cette manipulation, il est possible de donner un peu plus de flexion ou d'extension cervicale, en fonction des données cliniques de départ. ●