

Manipulation thoracique «assise à cheval»

Jean-Jacques RANDÉ, Henri CARDIN

Service de Médecine Physique - Hôtel-Dieu de Paris

La manipulation du rachis thoracique en position «à cheval» fait partie des techniques de base très fréquemment utilisées, d'autant que les variantes en sont nombreuses. Nous avons choisi, de manière un peu arbitraire, mais surtout pour rendre la technique plus «lisible» pour un opérateur encore peu expérimenté, d'évoquer la technique impliquant le moins de directions associées. En effet, cette technique est facile d'accès pour le débutant et confortable pour le patient.

Pour manipuler la région thoracique en rotation, de la partie dorsale jusqu'à la charnière thoraco-lombaire,

le rachis doit préalablement être positionné en flexion.

Beaucoup plus rarement, lorsque l'examen clinique montre que la flexion est douloureuse, il sera positionné en extension.

Comme dans toute manipulation,

la réussite dépend à la fois de la bonne position du patient et de l'opérateur.

Position du patient

Le patient enfourche l'extrémité de la table en s'asseyant au bord (la tangente au plan du dos passant par ce bord). Il faut éviter une impression de déséquilibre arrière qui pourrait le crispier. Le maintien de cette position est impossible en cas de coxarthrose importante ou d'adducteurs courts. Dans ce cas, il est possible d'asseoir le patient en bord de table, à condition qu'un aide lui bloque les genoux pour l'empêcher de pivoter.

Il existe plusieurs positions de bras du patient mais en pratique, deux sont suffisantes.

Première position des bras

Les bras sont croisés devant le thorax avec les pouces enclavés dans les plis des coudes. Le bras non manipulateur de l'opérateur vient recouvrir ceux du patient (fig. 1). Pour les patients en surcharge pondérale ou les opérateurs avec une envergure un peu courte, le bras de l'opérateur vient se glisser sous le creux axillaire du patient et empaume

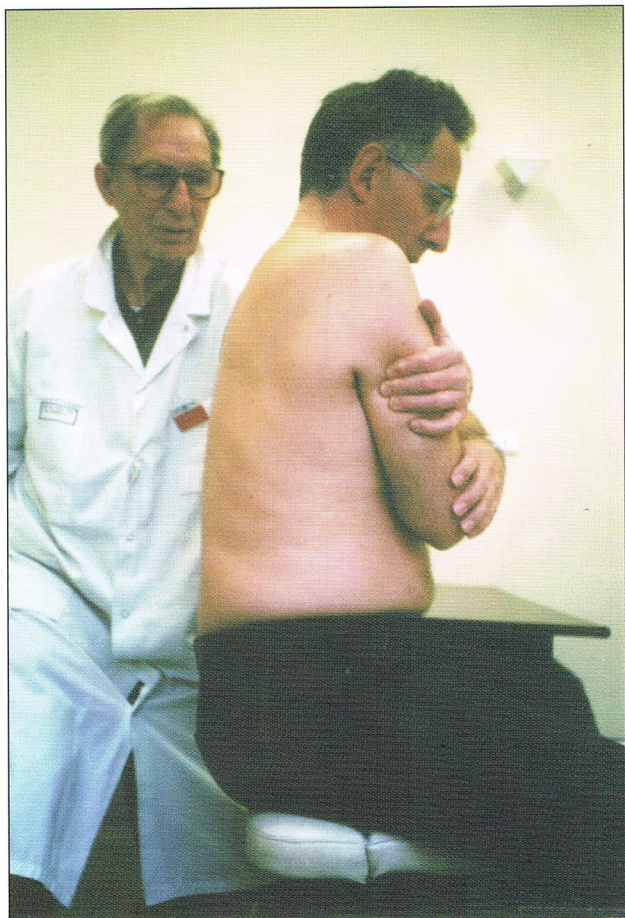


Fig. 1a

le bras opposé. Cette dernière technique est à priori plus aisée pour l'opérateur. Elle permet un meilleur maintien du patient qui se sent mieux tenu.

Deuxième position des bras

Le bras du patient qui va être empaumé par l'opérateur est en élévation antérieure et sa main vient se poser derrière sa nuque. Le coude est soutenu par la main controlatérale (fig. 2).



Fig. 2

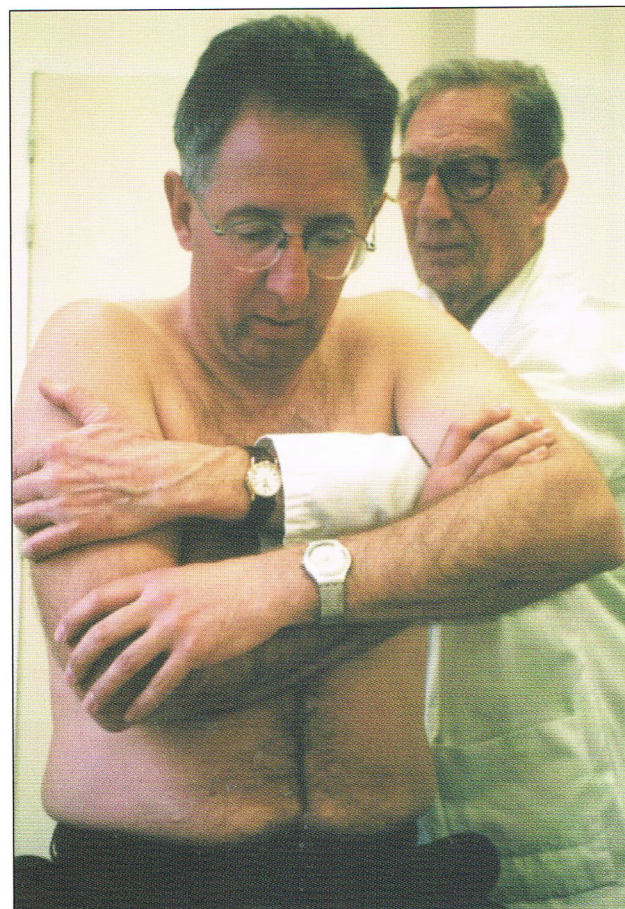


Fig. 1b

Position de l'opérateur

Il se situe au départ à un coin de la table en position de flexion des genoux (comme un skieur ou un golfeur à l'adresse) les pieds légèrement écartés de manière à se sentir bien stable avec un appui plutôt plus important sur la jambe la plus éloignée du patient (fig. 3). Il empaume soit le bras soit l'épaule opposée du patient en passant devant le thorax de celui-ci, son autre main manipulatrice vient se poser avec l'éminence hypothénar (qui grâce à la sensation du pisi-forme permet une sensation plus précise) sur la transverse de l'étagère à manipuler. En même temps, il se rapproche du patient.

Le coude de la main manipulatrice vient se loger au creux de la crête iliaque de l'opérateur, pour bien garder la mise en tension lors de la manipulation (fig. 4). Il est important de bien régler la hauteur de la table de manière à avoir l'avant bras manipulateur à l'horizontal pour transmettre au mieux le mouvement. Par ailleurs, il faut veiller à ce que le patient vienne s'appuyer en arrière sur l'opérateur ou plutôt se laisser aller en arrière : cela lui évite d'être en trop grande tension musculaire. Il est important d'obtenir ce relâchement pour la suite de la manipulation. Il ne faut donc pas hésiter à reprendre cette position avec le patient avant de poursuivre.

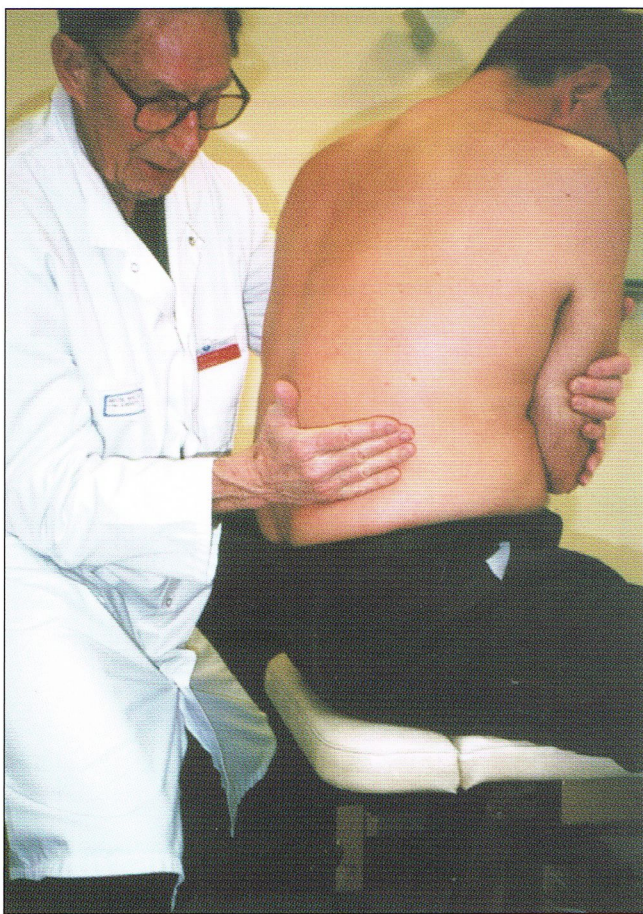


Fig. 3



Fig. 5

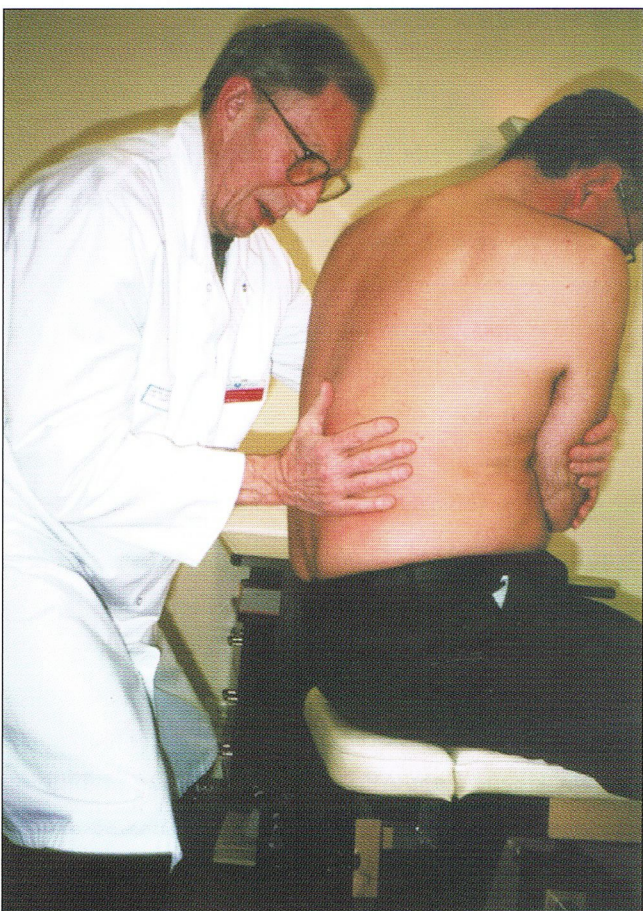


Fig. 4



Fig. 6



Fig. 7

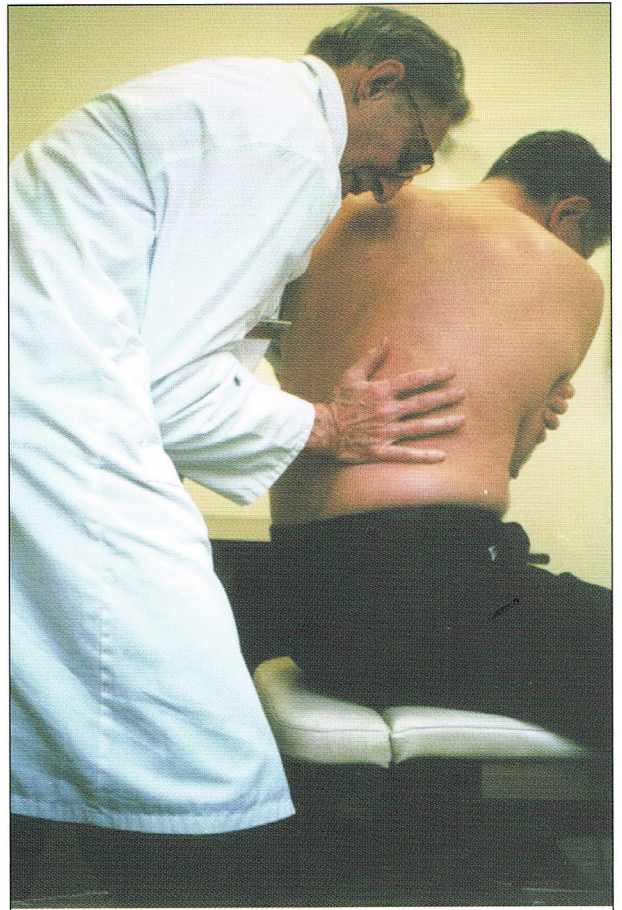


Fig. 9



Fig. 8



Fig. 10

Recrutement et mise en tension

Lorsque la main gauche de l'opérateur a empaumé le bras droit du patient, il a accentué la flexion à partir de l'extrémité supérieure du rachis en faisant descendre le sommet de la cyphose et donc l'étage à manipuler. Il est parfois plus facile d'obtenir ce résultat si le patient a le coude levé, surtout pour le rachis thoracique moyen. En effet, l'appui sur l'épaule permet un réglage plus aisé en «tassant le patient sur la table» (fig. 5 et 6). A ce moment, sans relâcher la pression exercée par son bras droit, il applique sa main droite sur l'étage concerné (voir plus haut) tout en gardant le patient bien collé à lui, puis le met en tension en amorçant une légère rotation (fig. 7).

Impulsion

L'impulsion résulte de l'accentuation de la rotation obtenue en fin de mise en tension (fig. 8). Elle est donnée par un petit mouvement sec en arc de cercle vers le coin opposé de la table par rapport au départ (fig. 9), en transférant le poids du corps sur le pied inverse de la position du début. En fait, l'opérateur tourne autour de son patient en déplaçant ses pieds vers la droite (fig. 10, 11 et 12). Au moment de donner cette impulsion, l'opérateur doit se relâcher au point de vue musculaire. Ce temps de relâchement est essentiel pour assurer une impulsion sèche et rapide. L'impulsion peut être déclenchée en fin d'une légère expiration du praticien. A ce stade, seule la main droite est active, la main gauche se contente de maintenir le patient et ne joue aucun autre rôle.

Cette technique en flexion et rotation permet assez rapidement à l'opérateur de bien maîtriser le niveau à manipuler et de passer du schéma en étoile à la manipulation. Ensuite il sera facile d'y associer une latéro-flexion et rotation opposée ce qui est une combinaison assez fréquente. Enfin, cette manœuvre peut être utilisée pour agir sur le rachis lombaire, selon une variante qui fera l'objet d'un article prochain. ●



Fig. 11



Fig. 12