

Proposition d'un traitement d'un canal lombaire étroit arthrosique sur le concept de mobilisations neurovasculaires ou neuroméningées (3^e partie)

Mots clés : ► Canal lombaire étroit arthrosique ► Thérapie manuelle ► Traitement

Si on compare pour une population de canal lombaire étroit avec indication chirurgicale, le gain fonctionnel à long terme après traitement chirurgical ou seulement avec une prise en charge kinésithérapique, les résultats sont identiques. Celle-ci a donc montré une certaine efficacité. La comparaison de deux groupes paraît identique après laminectomie chirurgicale et traitement de médecine physique bien standardisé, mais il faut signaler que des patients, dans l'une et l'autre option thérapeutique n'ont pas été améliorés [1]. Il existe donc un réel intérêt à faire un traitement kinésithérapique.

Dans ce traitement médical, nous utilisons avec bonheur des techniques de thérapie manuelle couplée à des exercices.

L'apport des mobilisations neurales permet de mobiliser le contenant par rapport au contenu et d'avoir un résultat clinique très rapide. Le traitement est dans un contexte grave car notre patient a une grosse invalidité et une atteinte musculaire L5-S1. Vous trouverez en détails les principes de ce traitement dans nos précédents articles [2-4] et dans notre livre [5].

Au niveau des recommandations, les praticiens devraient utiliser des techniques de mobilisation nerveuses pour le tronc et les membres inférieurs pour réduire la douleur et l'incapacité des patients lombalgiques en phase subaiguë et chronique avec des douleurs irradiantes (recommandation fondée sur des preuves faibles) [6].

Bilan-diagnostic

- Sensitif : hypoesthésie à droite sur le coup de pied.
- Moteur : perte du réflexe achilléen à gauche et difficulté à monter sur la pointe des pieds (atteinte des gastrocnémiens à 3 à gauche).
- Palpatoire :

- recherche de points d'accrochages sur les nerfs des membres inférieurs ;
- dysfonction de mobilité en longitudinal et en transversal, en tension ou en relâchement du nerf.
- Mobilité. On note du moins douloureux au plus douloureux :
 - la mobilisation ascensionnelle de la moelle est complètement asymptomatique (PNF et mobilisation des membres supérieurs) ;
 - la mobilisation en traction caudale sur la queue de cheval (cauda équina) est plus sensible mais indolore (DEJT).
 - le slump classique ;
 - le slump en « *long sitting* » assis ;
 - l'EJT (SRL) droit est limitée à 70° ;
 - l'EJT (SRL) gauche est limitée à 45°, les deux tests EJT (SRL) sont positifs.

Principe

Au niveau des douleurs neurales, la flexion cranialise ou centralise nettement, l'extension périphérise. Il existe donc une direction confirmée (préférence directionnelle).

Le patient a une douleur dans la fesse en flexion et dans le pied et le mollet debout ou à la marche. Il n'a pas de problème nutritionnel, pas de carence, pas de diabète. Le diagnostic médical est clair et confirmé par un scanner avec un canal lombaire de 8 mm de largeur et un peu moins en hauteur.

On recherche les positions et les mouvements en flexion lombaire car la flexion ouvre le canal vertébral et foraminaux.

Protocole

On commence toujours par la mobilisation de l'interface qui sont les vertèbres lombaires et leurs articulations. On réalise 3 à 4 séquences de 20 à

Pascal POMMEROL

Vincent JACQUEMIN

Guillaume NAINANNI

PAPL Formation
Lyon (69)

Proposition d'un traitement d'un canal lombaire étroit arthrosique sur le concept de mobilisations neurovasculaires ou neuroméningées



► Figure 1

Pompage en couché dos, en décubitus latéral



► Figure 2

Technique de mobilisation du sacrum en position dite « de prière »



► Figure 3

Mobilisation par flexion de tête



► Figure 4

On mobilise les plexus brachiaux par une abduction des épaules

30 secondes à chaque fois avec des mouvements oscillatoires à faible vitesse (4 à 8 oscillations).

■ Mobilisation en flexion lombaire (fig. 1 et 2)

On adjoint ensuite des mobilisations des nerfs/interface et de l'interface/nerfs.

■ Mobilisation en direction crâniale de la queue de cheval (mobilisation du nerf/interface)

Par la flexion passive de nuque (PNF) (fig. 3) :

– on prend soin, avant, de mettre en flexion la colonne lombaire par une flexion des hanches.

On ajoute une position d'ULNT bilatérale lors de la mobilisation (fig. 4).

■ Mobilisation en caudal de la queue de cheval

Double élévation des jambes tendues (DEJT) :

- avec mobilisation des genoux ;
- puis, avec PNF, puis avec flexion lombaire. C'est donc une mobilisation de l'interface par rapport au système nerveux : nous mobilisons en flexion lombaire sur une position de mise en tension nerveuse (fig. 5) ;
- puis, avec dorsiflexion cheville (fig. 6).

■ Slump en « long sitting » (fig. 7)

- Avec flexion dorsale de cheville (mobilisation nerf/interface) ;
- avec flexion lombaire (mobilisation interface/nerf).



► **Figure 5**

Mobilisation des lombaires sur une mise en tension bilatérale des racines lombaires



► **Figure 6**

On fait des oscillations en flexion dorsale (séquences de mobilisation neurale avec un canal lombaire ouvert)



► **Figure 7**

Mobilisation caudale par flexion dorsale des pieds et mobilisation crâniale par une flexion de tête
On peut mobiliser les lombaires par une poussée sur les dorsales grâce à notre coude



► **Figure 8**

EJT gauche sur une position de slump, on réalise ici une mobilisation caudale par flexion dorsale sur la cheville

■ Slump assis

On commence par la mise en tension bilatérale des membres inférieurs, puis en progression EJT droite puis EJT gauche si non douloureux (fig. 8).

■ En fin de progression

- Mobilisation en élévation de jambe tendue ;
 - à droite ;
 - puis, à gauche.

Pendant toutes les séances

- Mobilisation palpatoire des nerfs sciatiques soit en transversal en course interne, soit en longitudinal en course externe [1, 2, 4].

Traitement à domicile

- Exercice de mobilisation de l'interface : flexion lombaire.
- Mobilisation en prière toutes les heures si possible.
- Mobilisation de l'interface/nerf en tension : slump en *long sitting* (le sujet réalise une flexion du tronc).

Conclusion

Voici un exemple de traitement à travers un cas clinique très simple. Il vous permettra de modifier votre prise en charge de cette pathologie en rajoutant, dans votre arsenal thérapeutique, des mobilisations visant à améliorer les glissements entre les différents tissus. ✕



Bibliographie

- [1] Delitto A et al. Surgery versus non surgical treatment of lumbar spinal stenosis. *Ann Intern Med* 2015;162:465-73.
- [2] Pommerol P; Les techniques de mobilisations du système neuroméningées. *Kinésithér Scient* 2000;397:20-30.
- [3] Pommerol P. Les techniques de mobilisation et d'ostéopathie neuroméningées. *Physiopolis* 2007;n°10:35.
- [4] Pommerol P. Les techniques de mobilisation et d'ostéopathie neuroméningées - 1^{ère} partie : le rachis. *Kiné actualité* 2007;1074:18-21.
- [5] Pommerol P. *Ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuroméningé*. Montpellier : Sauramps Médical, 2007.
- [6] APTA. Low back pain: Clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the American physical therapy association. *JOSPT* 2012;42(4).