

Thérapie manuelle et technique ostéopathique d'une sciatique L5 chez une patiente de 38 ans

Nous vous présentons, à travers ce cas clinique, une proposition de traitement manuel. Ceci n'est pas un traitement holistique mais un enchaînement de manœuvres qui est la base d'une prise en charge. Nous traitons seulement les dysfonctions de l'appareil locomoteur.

L'examen clinique

L'examen clinique nous montre :

- **À l'interrogatoire**, la patiente a des douleurs dans le membre inférieur droit, avec irradiation au niveau de la face latérale du mollet et au niveau du gros orteil. La douleur augmente à la position assise, pendant la défécation, et lors de la conduite automobile. Elle est soulagée par le repos, comme le décubitus controlatéral.
- **Diagnostic d'exclusion médicale** : drapeau rouge (groupe de signes cliniques évoquant une pathologie grave).
- **À l'examen** :
 - au niveau des mobilisations passives, la pression postéro-antérieure est facile mais douloureuse, et la vertèbre va bien en avant mais ne revient pas, et donc le test du rebond est négatif mais douloureux au niveau de la facette droite de L4-L5. On retrouve une postériorité à droite de L4-L5. Elle présente une dysfonction d'extension droite du côté de l'irradiation au niveau de L4-L5 (ancienne nomenclature : extension Side gauche-Rotation droite). Cette dysfonction favorise la fermeture foraminale en L4-L5 à droite ;
 - au niveau des mobilisations lombaire actives, l'extension et l'inclinaison controlatérale cranialisent ou centralisent lors des mobilisations en décharge (debout) et en charge (coucher). Les réflexes ostéo-tendineux, la sensibilité et la fonction motrice sont normales. La marche sur les talons est facile ;
- **Diagnostic d'exclusion fonctionnelle** : ce diagnostic vise les autres articulations du corps. La patiente ne présente aucune autre dysfonction, notamment au niveau du bassin.

• **À la palpation** : après exploration palpatoire du membre inférieur droit, est mis en évidence un seul accrochage périphérique. La palpation se fait donc préférentiellement en transversal en course interne (position courte) (fig. 1), et en longitudinal en course externe (position longue) (fig. 2).

• **À la mobilisation neurale** : le test d'élévation de la jambe tendue (EJT) est limité à 60°. L'adduction de hanche est le mouvement qui recrée le mieux la symptomatologie de la patiente.

Pascal POMMEROL

Kinésithérapeute
ostéopathe
Cadre de Santé
ISTR (Lyon 1)
Directeur de l'école
d'ostéopathie
PLP Formation
Lyon (69)

René RIFFARD

Kinésithérapeute
ostéopathe
Chargé de cours
ISTR (Lyon 1)



► Figure 1

Palpation en transversal en course interne
(position courte)



► Figure 2

Palpation en longitudinal en course externe
(position longue)

Thérapie manuelle et technique ostéopathique d'une sciatique L5 chez une patiente de 38 ans

Principe

Le sujet est dans un contexte bénin : on peut donc mobiliser le nerf du côté symptomatique.

Protocole

Mobilisation du nerf sciatique

On réalise une mobilisation en transversal (fig. 3) et en longitudinal (fig. 4) du nerf au niveau des accrochages trouvés.

Mobilisation de l'interface

• **Manœuvre en lumbarol** : c'est une technique de minimum levier pour éviter de trop solliciter la rotation, et pour bien localiser la manœuvre. Sujet en lumbarol, en décubitus latéral gauche (côté opposé à la radiculalgie), pompage, puis mobilisation en « thrust » sur le paramètre d'inclinaison pour éviter les rotations lombaires et ouvrir les foramens (l'origine discale étant la plus probable) (fig. 5).

Niveau : L4-L5.

Type : mobilisation sans participation du sujet en direct.

Indication : ouverture foraminale droite.

Position du patient : sujet couché sur le côté gauche, main gauche sous la tête, coude droit sur les côtes.

Position du praticien : au niveau de l'abdomen, table un peu basse.

Corps du mouvement :

- 1- Réglage (verrouillage) par le bas : on réalise une flexion des membres inférieurs par la main caudale pour obtenir une flexion des lombaires basses jusqu'à L4-L5, et donc une mise en tension ligamentaire dite « blocage dit anatomique ».
- 2- Réglage (verrouillage) par le haut : on réalise une rotation par le recul de l'épaule gauche jusqu'à L4 mais pas L5 pour avoir un « blocage dit physiologique » (possibilité de traction par le bras infra-liminaire).
- 3- Correction de la « flexion facile » : si on a perdu la position de la flexion facile L4-L5, on corrige avec une traction du membre supérieur gauche.
- 4- Installation : on vérifie la bonne installation du patient bien en équilibre, c'est-à-dire qu'il ne tombe pas quand le praticien le lâche.



► Figure 3

Mobilisation du nerf en transversal



► Figure 4

Mobilisation du nerf en longitudinal



► Figure 5

Mobilisation en « thrust » sur le paramètre d'inclinaison pour éviter les rotations lombaires et ouvrir les foramens

- 5- Prise et contreprise : on place le pouce droit (gauche) sur l'épineuse de L4 en direction de la table, l'index gauche (droit) sur l'épineuse de L5 en direction du ciel.
- 6- Ouverture de l'articulation : on tire L5 vers le haut et le caudal avec un contre-appui sur L4.
- 7- On fait rouler le patient vers soi (roll du tronc du patient).
- 8- Ouverture foraminale par *body drop* (chute du tronc du thérapeute sur l'ilium du patient : le praticien recherche un « thrust » sur l'inclinaison et non sur la rotation par flexion des genoux et du tronc du thérapeute. C'est donc une mobilisation sur le paramètre d'inclinaison pour ouvrir les foramens et éviter les rotations (mise en tension des fibres du disque).

Variante (fig. 6) :

- le 8^e temps peut être réalisé par une ouverture de l'angle ilio-lombaire. Ce mouvement d'ouverture est bien adapté pour la mobilisation de L2-L3 ou L3-L4. Il est déclenché par la flexion du tronc du thérapeute sur ses deux coudes (avant-bras cranial sur les côtes inférieures, et avant-bras caudal sur la crête iliaque) ;
- on a intérêt à réaliser des techniques d'énergie musculaire au préalable par des contractions à minima du muscle carré des lombes droit (faisceau ilio-costal).

Faute à éviter : utiliser la force, défaut de localisation, et douleur dans le territoire sciatique droit pendant la manœuvre.

Remarques : le « thrust » n'est pas obligatoire, et la présence d'œdème de la racine nécessite un traitement plus de pompage circulatoire.

- **Mobilisation de l'interface (rachis) par rapport au nerf sciatique :** pompage en inclinaison, avec EJT à 55° (fig. 7).

Mobilisation directe (nerf/interface)

On utilise l'adduction de hanche lors de l'EJT à 45° en décubitus latéral, et on réalise des petites oscillations durant 20 à 30 secondes (fig. 8). Dès l'apparition de fourmillements, on relâche.

On intercale entre les séquences : mobilisation de la tête fibulaire et du nerf fibulaire commun en transversal, en longitudinal dans une position de



► Figure 6
Variante



► Figure 7
Mobilisation de l'interface (rachis) par rapport au nerf sciatique



► Figure 8
Mobilisation directe (nerf/interface)

Thérapie manuelle et technique ostéopathique d'une sciatique L5 chez une patiente de 38 ans



► Figure 9

Mobilisation de la tête fibulaire et du nerf fibulaire commun en décubitus latéral



► Figure 10

Posture et mobilisation d'extension à plat ventre

flexion de genou, puis extension de genou comme décrit dans les figures précédentes. On peut réaliser ces mobilisations en décubitus latéral (fig. 9).

À chaque séquence, on teste l'EJT qui ne doit pas s'aggraver.

Traitement à domicile

- Posture et mobilisation d'extension à plat ventre (fig. 10) : l'extensio est conseillée car elle cranialise les douleurs.

Contrairement à beaucoup d'auteurs, on ne donne pas de mobilisation neuroméningée car il est difficile pour le patient de réaliser en décubitus latéral un mouvement d'élévation de la jambe tendue, sans induire une flexion lombaire et le patient risque de mobiliser trop fort. Le tissu neural est une structure passive à la différence d'un muscle et très fragile.

On ne doit pas renouveler une séance avant 7 à 8 jours.

Remarques

Le test d'EJT doit être inchangé, voire amélioré après la séance. ✖



RÉFÉRENCES

- [1] Butler D. *The sensitive nervous system*. Adelaïde: Softcover Noigroup Publications, 2000.
- [2] Pommerol P. *Ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuroméningé*. Montpellier : Sauramps Médical, 2007.
- [3] Ricard F. *Traitement ostéopathique des lombalgies et lombo-sciatiques par hernie discale*. Paris : Elsevier-Masson, 2008.