

TECHNIQUE DE CORRECTION STRUCTURELLE

D'UNE DYSFONCTION LOMBAIRE EN CONVERGENCE

Dr Ivan RADUSZYNSKI

Les ajustements structurels sont les techniques manipulatives proprement dites. Ils ont pour objectif la décoaptation des facettes nécessaire au rétablissement du meilleur glissement articulaire postérieur possible. La dysfonction en convergence lombaire est définie par une restriction de mobilité localisée à un seul étage inter-vertébral avec limitation des mouvements de flexion, d'inclinaison latérale et de rotation du côté opposé aux facettes articulaires fixées. Le diagnostic ostéopathique résulte donc des tests de mobilité qui devront être effectués avec rigueur après un interrogatoire et un examen clinique médical soigneux.

Les tissus mous péri-articulaires sont également le siège de tensions anormales au niveau loco-régional: ils participent à la dysfonction et devront faire l'objet d'un traitement général ostéopathique (T.G.O.), préalable indispensable à toute correction structurelle. Le T.G.O. constitue une préparation optimale à la manipulation : il diminue les risques traumatiques et permet d'effectuer la correction avec une force minimale.

La procédure manipulative comporte plusieurs étapes :

- 1- Mise en position du patient
 - 2 - Palpation du niveau lésionnel
 - 3 - Verrouillage des leviers inférieur et supérieur
 - 4 - Contacts et mise en tension
 - 5- « Thrust » ou impulsion manipulative.
-
- 1- Mise en position du patient



Le patient est installé en position d'équilibre, c'est-à-dire en décubitus latéral avec la dysfonction en haut. La photographie montre une patiente présentant une dysfonction lombaire L3-L4 en convergence droite.

L'axe bi-trochantérien est vertical, perpendiculaire au plan de la table. La main supérieure est posée sur la hanche, le pied supérieur dans le creux poplité, afin que bras et jambe forment un « S ».

- 2 - Palpation du niveau lésionnel

Le niveau L3-L4 est retrouvé grâce à la palpation précise des épineuses lombaires. Il correspond au niveau sus-jacent à l'espace L4-L5, lui-même situé sur la ligne qui joint les deux crêtes iliaques. La palpation du niveau lésionnel est essentielle pour la précision de la technique car elle permet de définir deux leviers : le levier inférieur qui comprend L4 et tous les éléments sous-jacents et le levier supérieur qui comprend L3 et tous les éléments sus-jacents.

- 3 - Verrouillage des leviers inférieur et supérieur



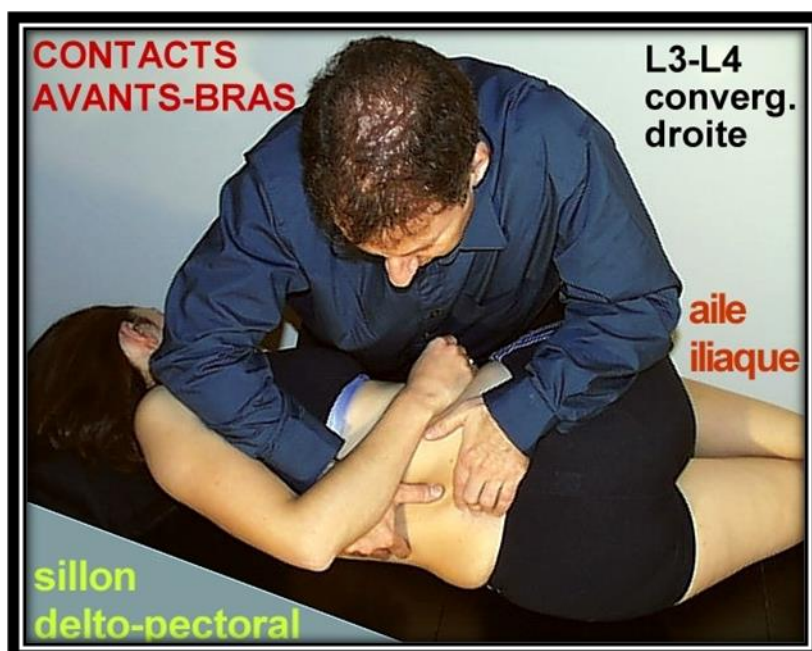
Le verrouillage du levier inférieur est obtenu par mise en délordose puis traction du membre inférieur gauche. Pendant cette phase, il est indispensable de contrôler par la palpation l'épineuse de L4 afin de faire le réglage de la délordose. Le mouvement doit parvenir au doigt de l'opérateur sans le dépasser. A l'issue de cette phase, le pied gauche est souvent légèrement en dehors de la table.



Le verrouillage du levier supérieur est obtenu par traction du membre supérieur gauche et rotation rachidienne. Ce mouvement doit permettre de verrouiller successivement les étages du rachis dorsal et lombaire de haut en bas jusqu'à L3, sans dépasser ce dernier. Là aussi, le contrôle palpatoire de l'épineuse est nécessaire. Ce double verrouillage laisse donc le « niveau lésionnel » L3-L4 seul au centre des deux bras de leviers.

Il faut alors faire glisser le pied droit du patient le long de sa jambe gauche vers le bas, de telle sorte que le fût fémoral s'oriente vers le niveau lésionnel. La position du pied varie donc selon l'étage que l'on corrige : il est d'autant plus bas que l'on manipule un segment lombaire élevé.

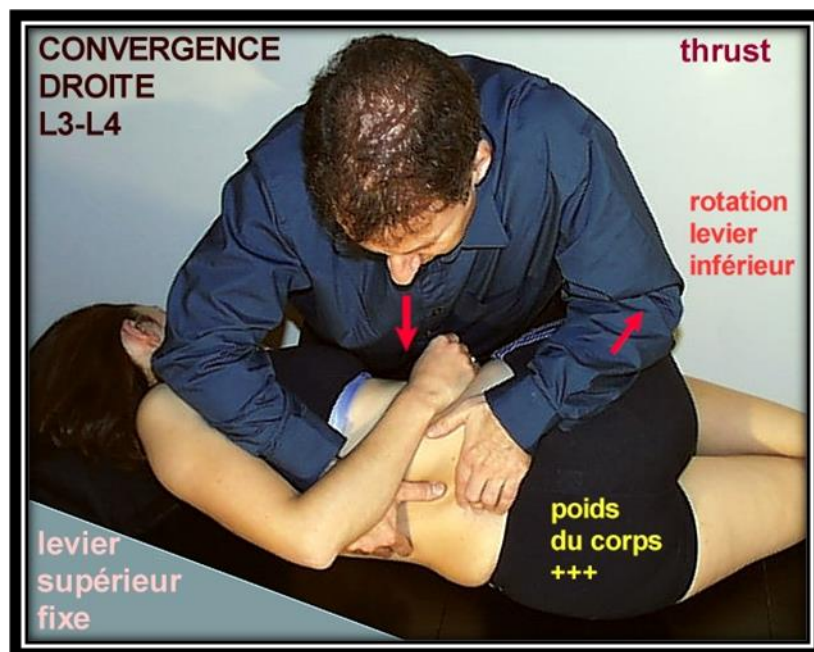
- 4 - Contacts et mise en tension



Le médecin prend alors deux contacts avec ses avant-bras respectivement sur le sillon delto-pectoral droit (en évitant de comprimer la gléno-humérale) et sur la zone fessière droite. Le pouce droit du médecin vient contre la face latérale droite de l'épineuse de L3, l'index gauche sous la face latérale gauche de l'épineuse de L4. Enfin, le dernier contact et le plus important : le thorax du praticien vient sur le flanc du patient, à l'aplomb du niveau à corriger.

Puis vient la mise en tension, temps essentiel de la manipulation. Elle précède le « thrust » et découle de l'accentuation progressive des contacts précédemment décrits, ce qui permet de positionner les facettes articulaires dans un état de « pré-décoaptation » grâce à une rotation opposée des ceintures scapulaire et pelvienne. La focalisation de cette mise en tension sur le seul étage lésionnel évite l'exagération de la composante de rotation lombaire, d'où l'importance d'un verrouillage bien fait. Toute mise en tension douloureuse contre-indique le « thrust ».

- 5- « Thrust » ou impulsion manipulative



C'est l'impulsion manipulative finale. Il s'agit d'un mouvement de petite amplitude effectué à grande vitesse, condition indispensable pour obtenir la décoaptation des facettes articulaires, qui s'accompagne souvent d'un craquement caractéristique (bruit de cavitation). Le thrust doit être effectué en fin d'expiration, phase de relâchement musculaire maximal. C'est essentiellement l'accentuation verticale rapide du contact thoracique de l'opérateur qui permet la décoaptation. Accessoirement, un léger mouvement de traction du bras caudal induit par la descente du corps du médecin permet la rotation du levier inférieur. Le levier supérieur doit rester fixe.

Il existe de nombreuses variantes. Chaque praticien adapte la technique à sa morphologie propre ainsi qu'à celle du patient. On ne manipule pas un hyperlaxe de la même manière qu'un sujet rétracté ou hypertonique. Les techniques dites à « haute vélocité » permettent aussi des variations par l'application de composantes de correction multiples. C'est la pratique pluri-quotidienne par le

médecin ostéopathe de ces techniques, dans un strict respect des indications et des contre-indications, qui reste le meilleur gage de sécurité pour le patient.