

Étude :

Le traitement ostéopathe pour les sciatiques L5 compressives est-il efficace. Faut-il toujours manipuler L5 ? (Bœuf M, Brun L)

Résumé :

La lombalgie est un vrai problème de santé publique. La sciatique en est une complication fréquente. La souffrance du nerf sciatique par neuropathie d'emprisonnement se traduit en général par un trajet radiculaire, une thoraco-lombalgie et une impotence fonctionnelle variable. La clinique et le diagnostic d'exclusion ostéopathe se base sur des tests généraux et des tests spécifiques et permet d'éliminer les contres indications au traitement ostéopathe. L'imagerie médicale, bien qu'elle ne soit pas un examen de première intention, s'il n'y a pas de signes d'alertes, permettra de préciser le diagnostic. Le traitement ostéopathe classique a pour but la libération de la neuropathie de compression de l'étage L5, qu'elle soit intra durale radiculaire par protrusions discales L5, ou extra durale neuropathie par spasmes musculaires. L'alternative utilisée ici consiste en un protocole original en deux séances. La première séance va s'employer à libérer uniquement les dysfonctions ostéopathiques à distance qui perturbent la posture. La deuxième séance va normaliser les dysfonctions moins importantes et normaliser la dysfonction L5 si nécessaire. A la différence de la méthode traditionnelle, décrite ci-dessus, l'accent est mis sur le problème postural dans un premier temps, pour diminuer les contraintes myo-faciales sur L5. Dans cette étude rétrospective, deux questions sont posées. L'ostéopathe est-elle efficace dans le cas de sciatiques compressives L5 et faut-il éviter de manipuler une dysfonction L5 en première intention ? Les résultats montrent ; sur 46 cas évalués après un an 6 améliorés et 35 guéris et sur 11 cas évalués après un mois 1 amélioré et 9 guéris. D'autre part sur les 35 cas guéris 54% l'ont été en traitant uniquement les dysfonctions à distance et sur l'ensemble des 46 cas de l'étude 61% n'ont pas nécessité de normalisation de L5. Cette étude répond affirmativement aux deux questions posées mais doit être confirmée par une vraie étude prospective.

Introduction :

Les lombosciatiques aiguës ont une prévalence annuelle de 2% dans la population adulte. L'atteinte radiculaire par hernie discale est reconnue comme cause de 95 % des sciatiques. (J DUPLAY - 1978).

Selon P. Pizon, 60,43 % des hernies discales sont asymptomatiques.

Les formes compliquées avec déficit moteur immédiat supérieur à 3 ou persistant, ainsi que les syndromes de la queue de cheval, nécessitent une hospitalisation en unité chirurgicale d'urgence.

Les formes non compliquées par contre posent un problème de traitement. Les traitements initiaux, par antalgique, myorelaxant et anti-inflammatoire, n'ont pas d'efficacité avérée. Les traitements de deuxième intention, par injections d'un corticoïde, kinésithérapie ou manipulation, ne sont pas indiquées et les tractions vertébrales ou orthèses lombaires ne modifient pas l'évolution.

Pour l'instant il est conseillé de poursuivre les activités compatibles avec l'état douloureux, et d'attendre l'évolution spontanée vers la guérison généralement en 2 à 3 mois. La lombosciatique peut toutefois se compliquer vers une indication chirurgicale ou récidiver ultérieurement. (*Prise en charge de lombosciatiques aiguës, Vidal, fiche d'information 2019*)

Cela étant dit, tout en veillant à la cohérence des propositions thérapeutiques entre les différents professionnels impliqués (*HAS : recommandation de bonne pratique 2019*), il est intéressant, d'intégrer un traitement ostéopathe dans l'arbre décisionnel des sciatiques.

Nous présentons ici une étude rétrospective sur 46 patients traités en cabinet privé

Matériel et méthode :

Cette étude rétrospective porte sur 46 patients vus en cabinet privé, entre Novembre 2018 et novembre 2019 (1146 personnes). Les motifs de consultation étaient des douleurs rachidiennes associées à des douleurs sciatiques résistant au traitement médical classique.

Le critère de sélection est un trajet monoradiculaire avec une paresthésie en dessous du genou, d'une apparition brutale, douloureuse et invalidante, souvent sans rapport avec la faible importance de l'élément déclenchant. L'anamnèse montre, souvent associée à la sciatique, une thoraco-lombalgie évoluant par crises de plus en plus durables et rapprochées, que l'on peut mettre en rapport avec l'augmentation progressive des contraintes sur L5. Les tests spécifiques de la sciatique utilisés sont : Le Lassegue, le Lassegue croisé, le Bragart et le Soto test.

Les critères d'exclusions sont les hernies discales exclues (2 personnes) objectivées à l'imagerie, les sciatiques opérées récidivantes (0) et les drapeaux rouges ; neuropathiques, inflammatoires, traumatiques, métaboliques, néoplasiques et infectieux (0 personnes), qui nécessitent un examen médical.

Le même protocole de traitement en deux séances d'ostéopathie structurale a été effectué pour tous les patients par le même ostéopathe. La première séance va s'employer à libérer uniquement les dysfonctions ostéopathiques périphériques qui perturbent la posture, en particulier celles qui sont les plus distantes et les plus importantes. La deuxième séance va libérer les dysfonctions moins importantes et libérer la dysfonction L5 si nécessaire.

Les critères d'amélioration de la sciatique par le traitement ostéopathe se sont basés sur les signes cliniques de la sciatique, trajet radiculaire et paresthésie, la lombalgie n'a pas été prise en compte. Une évaluation verbale simple a classé les patients en trois catégories, "non amélioré", "amélioré", et "guéri". Cette évaluation verbale s'est faite une première fois au cabinet et une deuxième fois par téléphone.

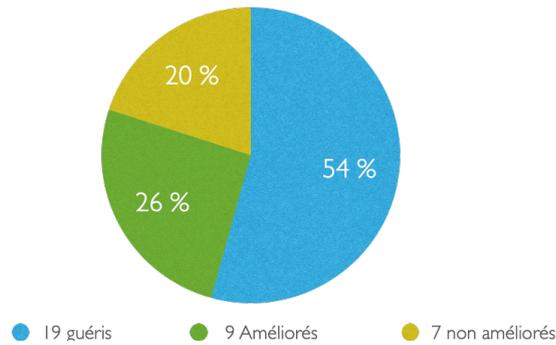
Résultats :

Les résultats de l'étude sont classés en trois parties

1 - La première partie de l'étude évalue les résultats une semaine après la première séance après avoir normalisé les dysfonctions ostéopathiques à distance.

Sur 35 patients guéris à la fin de l'étude :

- 19 ont été guéris par la première séance (54%)
- 9 ont été améliorés par la première séance (26%)
- 7 n'ont pas été améliorés par la première séance (20%)

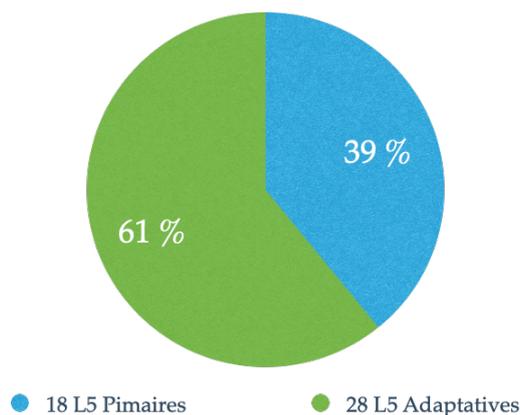


Ce résultat montre que presque la moitié des patients guéris à la fin du traitement l'ont été à la première séance sans avoir traité la dysfonction ostéopathique L5. Il est à noter que tous les 35 patients guéris n'ont pas récidivé après un an à l'exception d'une personne

2 - La deuxième partie de l'étude évalue le contenu de la deuxième séance où se pose la question de la normalisation de la dysfonction ostéopathique L5.

Sur l'ensemble des 46 patients de l'étude avec une symptomatologie sciatique L5 :

- 18 patients ont nécessité une normalisation de L5 (39%)
- 28 patients n'ont pas nécessité une normalisation de L5 (61%)



Ce résultat va dans le même sens que la première partie et tendrait à montrer que plus de la moitié des contraintes sur L5 entraînant la neuropathie d'emprisonnement pourrait être en rapport avec blocages du reste du rachis via les chaînes musculaires et les facteurs posturaux qui ont été traités à la première séance.

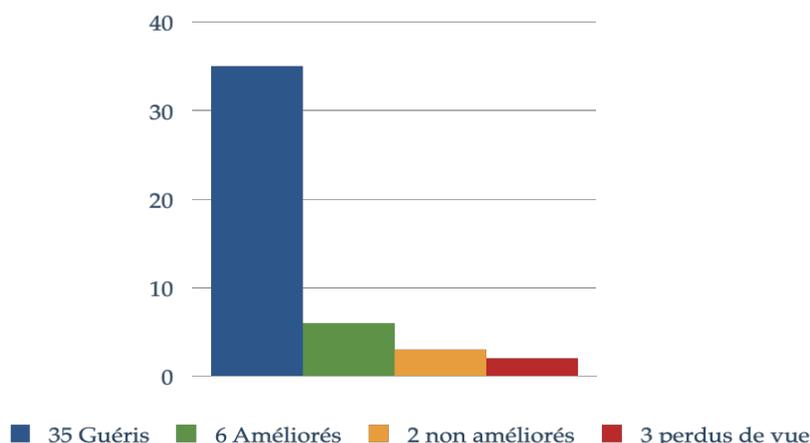
En ostéopathie on parlera de dysfonctions primaires ayant entraîné une dysfonction adaptative de L5. Tout l'art de l'ostéopathie étant de traiter les lésions primaires et laisser les blocages adaptatifs se normaliser tout seul.

Ces deux premières parties de l'étude portent sur l'indication d'une manipulation de L5 dans le cas de sciatiques L5. La troisième partie portera sur l'efficacité globale du traitement ostéopathique.

3 – La troisième et dernière partie de l'étude évaluée en novembre 2019 les résultats du traitement ostéopathique des 46 patients traités de novembre 2018 à Novembre 2019

Après onze mois sur les 46 patients de l'étude :

- 35 sont guéris (76%)
- 6 sont améliorés (13%)
- 2 n'ont pas été améliorés (4%)
- 3 ont été perdus de vue (7%)

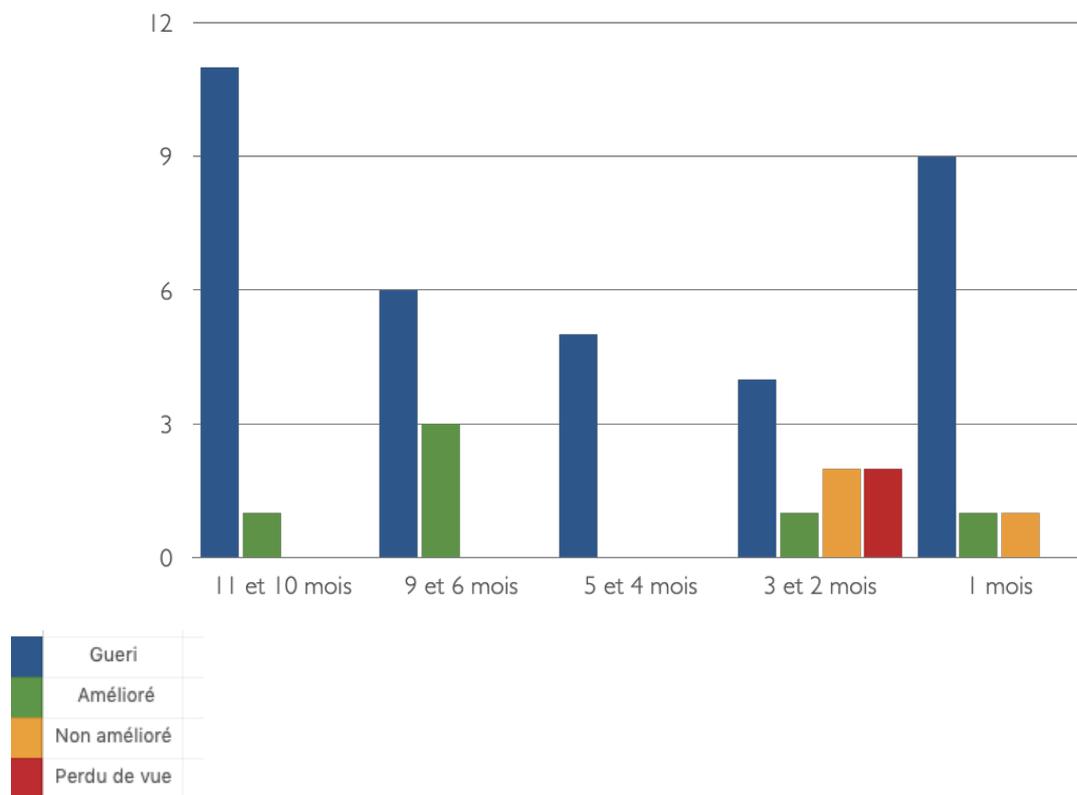


Les résultats nécessitent d'être détaillés en échelonnant les résultats sur cinq durées de temps différents

Sur l'ensemble des 46 patients de l'étude :

- 12 ont été contactés entre 11 et 10 mois après la fin du traitement
 - 11 guéris
 - 1 améliorés
- 9 ont été contactés entre 9 et 6 mois après la fin du traitement
 - 6 guéris
 - 3 améliorés
- 5 ont été contactés entre 5 et 4 mois après la fin du traitement
 - 4 guéris
 - 1 rechute
- 9 ont été contactés entre 3 et 2 mois après la fin du traitement
 - 4 guéris
 - 1 amélioré

- 2 perdus de vue
- 2 non améliorés
- 11 ont été contactés après 1 mois après la fin du traitement
 - 9 guéris
 - 1 amélioré
 - 1 perdu de vue



On peut le voir sur le graphique si dessus une évolution constante des guérisons sur les périodes qui vont de 2 mois à 11 mois. Cela peut être mis en relation avec une guérison spontanée progressive ou des choix thérapeutiques additionnels.

Par contre sur ce même graphique on voit, sur une période d'un mois après le traitement des résultats différents. Le taux de guérison ne correspond plus à cette évolution, avec 9 patients guéris sur 11, ce qui peut être mis en relation avec le traitement ostéopathique réalisé.

Discussion :

La connaissance de la biomécanique rachidienne ostéopathique, qui bien que n'ayant pas de validation scientifique certaine, est très importantes dans tout traitement ostéopathique et sert de fondation à cette étude. Les "pivots ostéopathiques" de Littlejohn sont des vertèbres qui, soumises aux contraintes maximums de par leur localisation, sont plus à même de perturber la posture en cas de blocage. Les lois du Dr Fryette, du Du Dr Lovet et de Martindale, précisent les paramètres de blocage, synchronisent leur fonctionnement et décrivent des lésions de groupe. Les lignes de gravité de Wernahm font le lien postural avec ces pivots. Toutes les chaînes sont envisagées comme liens possibles aux suites lésionnelles montantes ou descendantes : "Les chaînes myofaciales mésodermiques", méninge, périnèvre, plèvre, péritoine et périoste. "Les chaînes musculaires" de Busquet et G S Denys. Le "tendon central" du facial cervical antérieur, au plancher pelvien en passant par le diaphragme.

Le protocole de test, repose au niveau postural sur l'étude de la verticale de Barré, l'examen chiropratique de Dejarnette et les attitudes antalgiques spécifiques à certains blocages. Viennent ensuite les tests de mobilité articulaire portant sur les rachis et les membres, la palpation abdominale et l'écoute crânienne.

L'approche ostéopathique classique dans le cas des sciatiques L5, comme dans tous cas, repose sur une prise en charge globale de l'ensemble des lésions ostéopathiques du corps. Les attitudes antalgiques sont souvent le reflet de ces lésions. Comme le dit A Chantepie "*certaines de ces attitudes sont caractéristiques d'un phénomène causal et leur interprétation permet d'orienter l'ostéopathe dans son diagnostic et son traitement.*" Le traitement ostéopathique traditionnel consiste donc, en une séance si possible, à débloquer L5 et/ou les blocages rachidiens, viscéraux et crâniens importants qui perturbent la posture et sont un facteur qui augmentent les contraintes sur L5. (Il est à noter qu'un blocage vertébral est défini par la zone articulaire qui lui est inférieure, soit L5/S1 dans le cas de L5)

L'alternative utilisée ici consiste en un protocole original en deux séances. La première séance va s'employer à libérer uniquement les dysfonctions ostéopathiques périphériques qui perturbent la posture, en particulier celles qui sont les plus distantes et les plus importantes. La deuxième séance va libérer les moins importantes et libérer L5 si nécessaire. A la différence de la méthode traditionnelle, décrite ci-dessus, l'accent est mis sur le problème postural dans un premier temps, pour diminuer les contraintes myo-faciales sur L5. Cela permet, dans un premier temps de rendre la normalisation de L5, plus aisée, moins dangereuse et moins fréquente. Dans cette étude les dysfonctions rachidiennes sont traitées en ostéopathie structurale, le traitement de L5 s'effectue à l'aide d'une technique structurale semi-directe en pull-move ou push-move, (lumbaroll en décubitus latéral). Le choix de cette technique prend en compte la précision de sa localisation, les faibles contraintes disco-articulaires alliées à une efficacité élevée.

Le principe ostéopathique mis en avant dans cette étude, repose sur la démarche originale ostéopathique de nos maîtres : la répartition des contraintes gravitaires sur l'ensemble du rachis. Comme le disait Fryette, la pesanteur, assis ou debout, nous tasse, « *Gravity kills your patient* ». Quand tout va bien, un rachis souple et élastique permet de répartir harmonieusement ces forces de compression et ce quelle que soit la morphologie de la personne. Par contre quand un nombre important de dysfonctions ostéopathiques (Dérangement Intervertebral Mineur ou DIM) s'installent, cette répartition devient de plus en plus difficile. L'absence de mouvement d'un nombre de plus en plus important d'étages vertébraux en lésion, entraîne une augmentation des contraintes de plus en plus importante sur les étages vertébraux sains et des adaptations posturales se mettent en place.

L'étage L5 est de plus dans une situation très particulière. Il doit à la fois, supporter la totalité du rachis en station bipodale et en plus s'adapter à deux types de mouvements différents, le mouvement du rachis au-dessus et celui des sacro-iliaques en dessous. Ces paramètres peuvent expliquer pourquoi on trouve fréquemment des souffrances discales à cet étage.

Trois choses sont mises en lumière dans cette étude :

Premièrement, ce n'est pas nouveau pour le grand public et la communauté ostéopathique, l'ostéopathie structurale est une indication pertinente dans les pathologies mécaniques du rachis et en particulier pour les neuropathies d'emprisonnement sciatique. Dans cette étude, sur les 46 cas étudiés, 89% ont été améliorés dont 76% guéris, à un an. Mais surtout sur 11 cas, 1

a été amélioré et 9 guéris, à 1 mois. Certaines études qui datent de 1968 décrivaient des manipulations très efficace (1). Plus récemment deux études chinoises de Du HG et Wei H (2) en 2016 et celle Zhang WB et Cao Y portant sur 11.129 patients (3) en 2006, montrent un bénéfice certain apporté par les manipulations en cas de sciatique. En allant plus loin, il semblerait logique qu'un traitement de ce type, s'il est entrepris précocement à l'apparition des premiers épisodes de lombalgies, pourrait limiter à terme les facteurs de dégénérescence discale L5/S1 et les indications chirurgicales.

Deuxièmement, l'étude confirme notre hypothèse de départ concernant l'importance des blocages à distance sur les contraintes L5. Dans cette étude, sur les 35 cas de patients guéris, 54% l'ont été dès la première séance en traitant uniquement les blocages à distance et sur l'ensemble des 46 cas étudiés 61% n'ont pas nécessité de manipulation de L5 du tout. *Shokri et Kamali* vont dans le même sens en montrant dans une étude de 2018 que les blocages sacro-iliaques sont souvent associés aux souffrances discales (4). Le traitement ostéopathique gagnant-gagnant doit être efficace, mais aussi le moins risqué possible. Le *Primum non nocere* doit s'appliquer à notre beau métier. Pour y répondre il est important de limiter les manipulations de L5 pour les patients atteints de radiculopathie aiguë. Cette manipulation de L5 en première intention peut être dangereuse, comme le montre Li (5) qui a rapporté cinq cas de rupture discale sur manipulation de L5. Nous avons essayé ici d'évaluer un protocole de traitement en deux séances pour limiter ce risque.

Ce traitement, non symptomatique et non médicamenteux, s'il est entrepris précocement, pourrait également participer à limiter les risques de chronicité, de récurrences et d'apparition de douleurs neuropathiques qui seront beaucoup plus difficiles à traiter plus tard.

Enfin, les limites du traitement ostéopathique sont les capacités de l'ostéopathe à reconnaître et à traiter les diverses lésions ostéopathiques de façon efficace et sans danger pour le patient. A cela se rajoute la question de l'hétérogénéité des pratiques et de l'enseignement ostéopathique en France comme le signalent l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son rapport de 2012. Cela explique malheureusement, mais peut être de façon légitime, la frilosité de certains médecins à conseiller l'ostéopathie dans ces cas-là. On le voit dans cette étude rétrospective sur un an, où les consultations pour des sciatiques L5 ne représentent que 4% des consultations totales en cabinet.

Cette petite étude rétrospective, bien que très modeste, représente le début d'un engagement personnel vers une évaluation des effets de la pratique de notre beau métier. Un effort difficile car l'ostéopathie se heurte comme d'autres thérapeutiques conventionnelles ou non à des difficultés méthodologiques, mais un effort nécessaire pour une jeune profession qui est encore, comme le dit Roselyne Lalauze-pol, dans sa phase d'observation clinique.

Bibliographie

Busquet L., *Les chaînes musculaires*, Frison Roche 2000

Chantepie A., Pérot J F., *Traitement ostéopathique des lombalgies*, Maloine 2011

Ceccaldi A., Favre J-F., *Les pivots ostéopathiques*, Masson 1986

DeJarnette M.-B., *Sacro-occipital technic, SORSI*

Fryette H-H., *Principes des techniques ostéopathiques* , SBO 1983

Gagey P-M., *Posturologie* , Masson 1999

Ricard F., *Traitement ostéopathique des lombalgies et lombosciatiques par hernies discale*,
Masson 2008

Références

- (1) Rumney IC Manipulation of the spine and apendages under anesthesia an evaluation
JAOA 1968 ; 68 : 235-245
- (2) Du HG, Wei H: Zhongguo Gu Shang. [Case-control study on three spinal rotation
manipulations for the treatment of lumbar discherniation]. 2016 May;29(5):444-8
- (3) Zhang WB, Cao Y. Zhongguo Gu Shang.[Manipulative reduction
for lumbar intervertebral disc herniation: a controlled clinical trial]. 2008
Apr;21(4):273-5.
- (4) Shokri, Kamali: Spinal manipulation in the treatment of patients with MRI-
confirmed lumbar disc herniation and sacroiliac joint hypomobility: a quasi-
experimental
Chirpr Man Therap. 2018 May 17;26:16. doi: 10.1186/s12998-018-0185-z.
eCollection 2018.
- (5) Li JS Acute rupture of lumbar intervertebral disc caused by violent manipulation
Chung Hua Wai Ko Tsa Chih 1989; 8:477-509