

Étude :

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

Résumé :

La lombosciatalgie est un vrai problème de santé publique [1]. La souffrance sciatique se traduit en général par un trajet radiculaire associé à la lombalgie. L'impotence fonctionnelle est généralement importante et l'évolution est 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 [2,3], en normalisant la dysfonction ostéopathe L5 (Dérangement Intervertebral Mineur ou DIM), 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.

A la différence de cette méthode traditionnelle, notre protocole résout le problème postural pour diminuer les contraintes myo-faciales sur l'étage L5 avant de normaliser L5. Nous proposons de rapporter l'expérience de ce protocole ostéopathe en deux séances : la première séance s'emploie à normaliser uniquement les dysfonctions ostéopathiques à distance qui perturbent la posture de façon importante. La deuxième séance, à une semaine d'intervalle libre, normalise les dysfonctions ostéopathiques moins importantes et normalise la dysfonction ostéopathe L5 si nécessaire. Les patients ont été joints par téléphone pour voir leur évolution à distance.

A - 46 patients souffrant de sciatique aiguë ont été traités entre novembre 2018 et novembre 2019.

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

B - 19 patients (41%) sont guéris après la première séance et 9 (19%) sont améliorés, sans avoir normalisé de dysfonction ostéopathe L5. Au total 28 patients (61%) n'ont pas nécessité de normalisation de dysfonction ostéopathe L5.

Dans cette étude rétrospective, l'ostéopathie apparaît efficace dans le traitement des sciatiques compressives L5 et il existe probablement un intérêt à éviter de normaliser une dysfonction ostéopathe L5 en première intention. Cette étude préliminaire doit être confirmée par une étude prospective.

Introduction :

Les lombosciatiques aiguës ont une prévalence annuelle de 2% dans la population adulte. L'atteinte radiculaire par protrusion discale est reconnue comme cause de 95 % des sciatiques Selon J Duplay, toutefois, selon P. Pizon, 60,43 % des protrusions discales sont asymptomatiques. [4]

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. [5]

Tout en veillant à la cohérence des propositions thérapeutiques entre les différents professionnels impliqués, cette étude rétrospective montre qu'il est intéressant, d'intégrer un traitement ostéopathique dans l'arbre décisionnel des sciatiques.

Matériel et méthode :

Cette étude rétrospective porte sur 46 patients vus en cabinet privé, entre novembre 2018 et novembre 2019. 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 structurelle a été effectué pour tous les patients par le même ostéopathe. La première séance va s'employer à normaliser uniquement les dysfonctions ostéopathiques périphériques (Dérangement Intervertebral Mineur ou DIM) qui perturbent la posture, en particulier celles qui sont les plus distantes et les plus importantes. La deuxième séance va normaliser les dysfonctions ostéopathiques moins importantes et normaliser la dysfonction ostéopathique L5 si nécessaire.

Les critères d'amélioration de la sciatique par le traitement ostéopathique 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 une semaine après la première séance et une deuxième fois par téléphone.

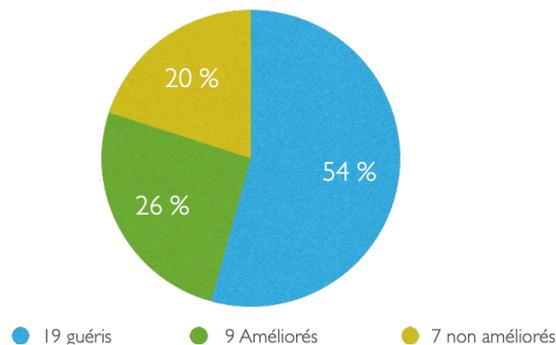
Résultats :

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%)

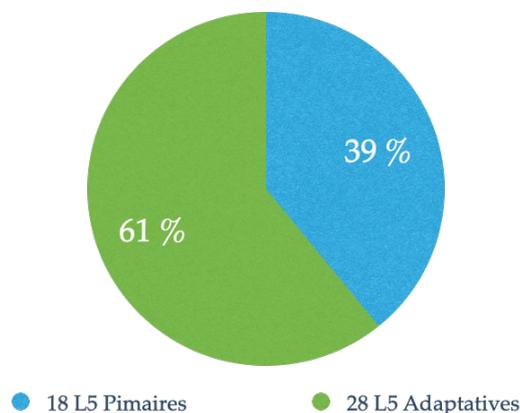


Ce résultat montre que presque la moitié des patients guéris l'ont été dès la première séance. Il est à noter que tous les 35 patients guéris n'ont pas récidivé après un an à l'exception d'une personne

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%)



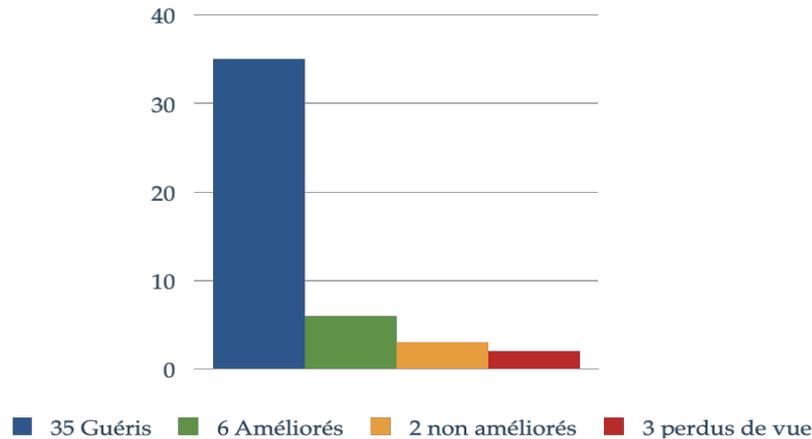
Ces résultats montrent que 61 % des patients de l'étude n'ont pas nécessité de normalisation de L5. Ce résultat va dans le même sens que la première partie et tendrait à montrer que plus de la moitié des contraintes sur L5 entraînant la neuropathie d'emprisonnement pourrait être en rapport avec blocages du reste du rachis via les chaînes musculaires et les facteurs posturaux qui ont été traités à la première séance. En ostéopathie on parle 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 ostéopathe des 46 patients traités de novembre 2018 à Novembre 2019

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

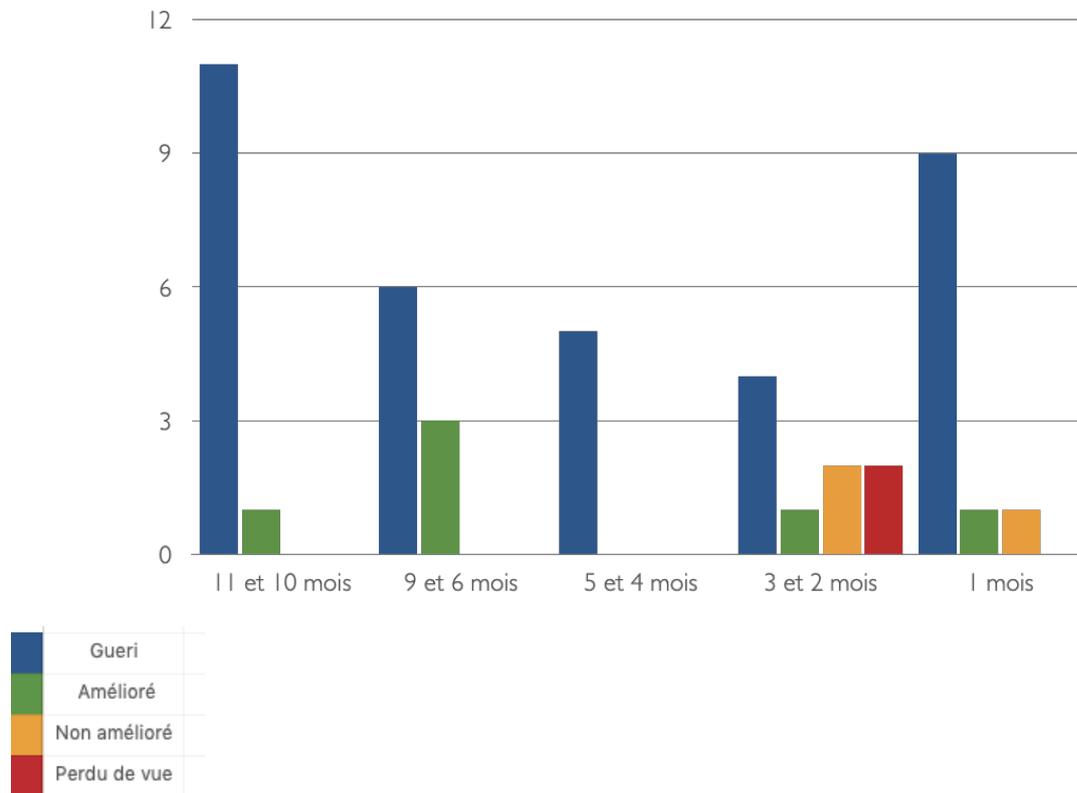
- 35 sont guéris (76%)
- 6 sont améliorés (13%)
- 2 n'ont pas été améliorés (4%)
- 3 ont été perdus de vue (7 %)



Les résultats sont ensuite échelonnés 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.

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 ostéopathe classique dans le cas des sciatiques L5, comme dans tous cas, repose sur une prise en charge globale de l'ensemble des dysfonctions 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 ostéopathe traditionnel consiste donc, en une séance si possible, à normaliser L5 et/ou les dysfonctions rachidiens, viscéraux et crâniens importants qui perturbent la posture et sont un facteur qui augmentent les contraintes sur L5. (Il est à noter qu'une dysfonction vertébrale est définie 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 normaliser 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 normaliser les moins importantes et normaliser la dysfonction ostéopathe 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 ostéopathe mis en avant dans cette étude, repose sur la démarche originale ostéopathe 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 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 dysfonction, 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 ostéopathe, 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 efficaces [6]. Plus récemment deux études chinoises de Du HG et Wei H et celle Zhang WB et Cao Y portant sur 11.129 patients, montrent un bénéfice certain apporté par les manipulations en cas de sciatique [2,3]. 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 dysfonctions 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 dysfonctions à distance et sur l'ensemble des 46 cas étudiés 61% n'ont pas nécessité de normalisation 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 [7]. Le traitement ostéopathe 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 normalisations des dysfonctions ostéopathiques L5 pour les patients atteints de radiculopathie aiguë. Cette manipulation de L5 en première intention peut être dangereuse, comme le montre Li qui a rapporté cinq cas de rupture discale sur manipulation de L5 [8]. Nous avons essayé ici d'évaluer un protocole de traitement en deux séances pour limiter ce risque. Ce traitement non symptomatique 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, il est important de parler de la situation actuelle de l'ostéopathie. Les limites du traitement ostéopathe sont définies par la capacité manuelle subjective de l'ostéopathe. Avec cet outil il doit reconnaître et traiter les diverses dysfonctions ostéopathiques de façon efficace et sans danger pour le patient. A cela se rajoute la question de l'hétérogénéité de l'enseignement ostéopathe en France comme le signalent l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son rapport de 2012. Tout cela explique malheureusement, mais peut être de façon légitime, la frilosité de certains médecins à conseiller l'ostéopathie. 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 modeste étude rétrospective, basé sur un protocole en deux séances, représente le début d'un engagement personnel d'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

- 1 HAS *Recommandation de bonne pratique : Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune Mars 2019*
- 2 H G Du, H Wei : Zhongguo Gu Shang. [Case-control study on three spinal rotation manipulations for the treatment of lumbar discherniation]. 2016 May;29(5):444-8
- 3 W B Zhang, Cao Y. Zhongguo Gu Shang. [Manipulative reduction for lumbar intervertebral disc herniation: a controlled clinical trial]. 2008 Apr;21(4):273-5.
- 4 A Chantepie, J F Perot, *Traitement ostéopathe des lombalgies*, (P 68) Maloine 2011
- 5 VIDAL, *Prise en charge de lombosciatiques aiguës, fiche d'information 2019*
- 6 I C Rumney, *Manipulation of the spine and apendages under anesthesia an evaluation* JAOA 1968 ; 68 : 235-245
- 7 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.

- 8 J S Li, *Acute rupture of lumbar intervertebral disc caused by violent manipulation* Chung Hua Wai Ko Tsa Chih 1989; 8:477-509

References

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

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

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

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

P M Gagey, *Posturologie* , Masson 1999

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