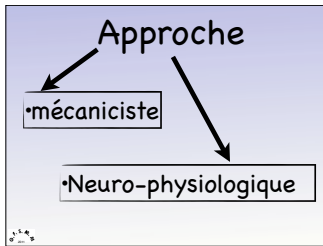


## Le syndrome spondylogène

Le mode d'action des TM n'est pas totalement élucidé bien que son efficacité dans notre pratique quotidienne ne laisse guère de doute sur son bénéfice dans les indications bien posées.  
 Dans ces temps agités pour la MM j'aimerais rappeler que le diagnostic précis reste l'apanage du médecin.

## Notre credo

Une fois écartées les causes organiques nous devons découvrir la cause de la douleur du patient; elle est fonctionnelle.



Deux modèles conceptuels s'opposent.  
 la théorie mécaniciste qui prône une action mécanique directe et suffisante sur le trouble fonctionnel (dysfonction) avec le craquement libérateur comme gage de succès, et  
 la théorie neurophysiologique qui voit la dysfonction comme une adaptation réponse de type réflexe du SNC à une agression articulaire et son traitement manuel comme une information centripète transmise par la stimulation des mécanorécepteurs articulaires (B. Wyke) lors de la manipulation.  
 l'hypothèse neurophysiologique considère la dysfonction comme une réponse du SNC aux afférences nociceptives périphériques d'origine physique (ou chimique).  
 Cette interprétation neurologique centrale repose sur l'existence de stéréotypes dysfonctionnels (action synergique de plusieurs muscles) mis en place pour protéger la zone lésée et assurer le maintien de la posture et de la locomotion.  
 Des chaînes musculaires et articulaires dysfonctionnelles apparaissent selon une organisation non métamérique, avec comme manifestation clinique une plainte à distance de la dysfonction d'origine.

Dr Bruegger  
 Dr Sell  
 Dr Huguenin

Dysfonction

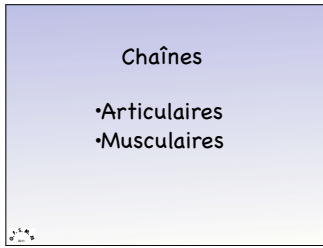
Réponse du SNC aux afférences nociceptives périphériques

Cette entité clinique décrite depuis le début des années soixante par A. Bruegger comme syndrome pseudo-radiculaire est appelée actuellement syndrome spondylogène, lorsque la dysfonction est d'origine rachidienne.  
 La thérapie manuelle est censée redonner au SNC une information de normalité par l'intermédiaire des mécanorécepteurs articulaires (types I et II) afin de restituer par voie réflexe les stéréotypes, synergies motrices et perceptives, de fonction et de comportement normaux.

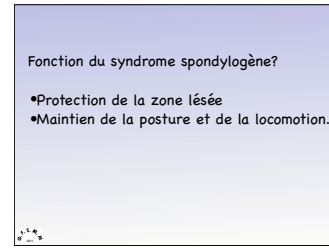
Stéréotypes fonctionnels

•Physiologiques  
 •Pathologiques

Stimulations NORMALES des récepteurs articulaires à modifications segmentaires et des réponses NORMALES (EMG) de muscles à distance entraîne une réponse NORMALE (STÉRÉOTYPE FONCTIONNEL NORMAL) du SNC.  
 Des informations nociceptives intervenant sur les récepteurs articulaires entraînent une réponse musculaire ANORMALE sous forme d'un STÉRÉOTYPE FONCTIONNEL PATHOLOGIQUE.



Comme vous pouvez le voir dans les tableaux à la fin du script, les articulations et les muscles travaillent en chaîne. Ces associations fonctionnelles sont une partie du syndrome spondylogène.




La finalité de ces syndromes réside dans la protection de la zone tissulaire lésée, Le maintien de la posture et de la locomotion.



### Critères de la ZI

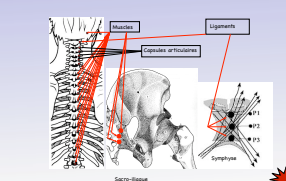

1. Douleur provoquée par l'examineur.
2. Caractère exquis et térébrant.
3. Modification de la structure des tissus.
4. Persistance de la douleur à la palpation diagnostique.
5. Augmentation de la douleur si augmentation du conflit segmentaire.
6. Diminution de la douleur si diminution du conflit segmentaire.
7. Unilatéralité de la ZI.
8. Diminution ou disparition de la douleur après thérapie.



### La douleur est le symptôme principal de la dysfonction

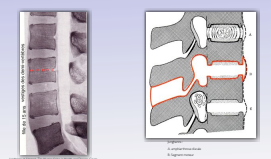



#### Zones d'irritation : variantes des tissus témoins de dysfonction

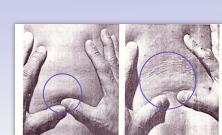
Structures palpées en fonction du niveau rachidien examiné  
 Muscles  
 Capsules articulaires  
 Ligaments

#### L'ANATOMIE FONCTIONNELLE DU RACHIS





Radiographie d'une jeune fille âgée de 15 ans. (d'après Junghanns). Souligné en rouge : vestige de la soudure des deux demi-vertèbres.  
 En considérant la colonne vertébrale comme un organe et non comme un empilement de vertèbres, Junghanns en a défini les éléments constitutifs comme autant de « segments mobiles ou moteurs » constitués par deux demi-vertèbres et leurs moyens d'union. Après lui, tous les travaux cliniques sur les pathologies fonctionnelles du rachis ont intégré, tant au niveau des examens de diagnostic que de la thérapie, les données de tout l'appareil locomoteur, de la biomécanique articulaire et du rôle de la musculature.

#### L'ANATOMIE FONCTIONNELLE DU RACHIS

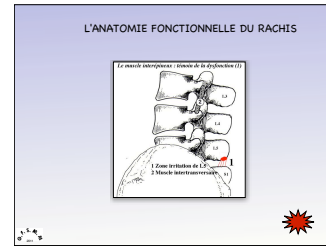
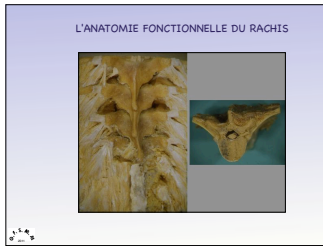


\*Tissu cellulaire sous-cutané - épaississement par un placard en peau d'orange et cellulosique.



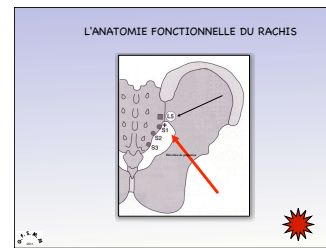
#### L'ANATOMIE FONCTIONNELLE DU RACHIS



Structure: Muscle interépineux L5-S1.

Technique: L'apophyse épineuse de L5 étant souvent très profonde, la confusion avec celle de L4 est toujours possible. Il faut donc prendre le repère de S1 (ligne qui rejoint les deux EIPS) et remonter de son apex en direction céphalique et en profondeur. L'orientation correcte du doigt de palpation permet d'assurer la précision palpatoire.

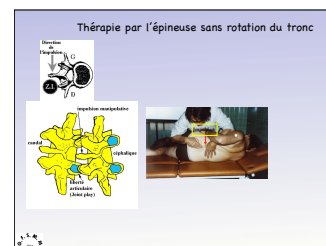
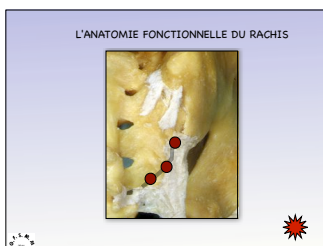


Structure: Muscle interépineux L5-S1.

Technique: L'apophyse épineuse de L5 étant souvent très profonde, la confusion avec celle de L4 est toujours possible. Il faut donc prendre le repère de S1 (ligne qui rejoint les deux EIPS) et remonter de son apex en direction céphalique et en profondeur. L'orientation correcte du doigt de palpation permet d'assurer la précision palpatoire.

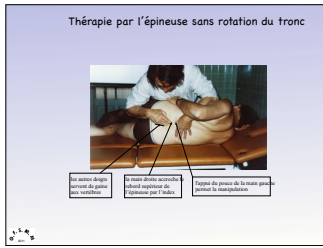
Structure: Insertions du multifidus de L5 sur le sacrum, à la hauteur de l'épine iliaque postéro-inférieure (EIPi).

Technique: On repère l'épine iliaque postéro-supérieure. En descendant caudalement, on rencontre l'espace « vide » du point de vue osseux, entre le sacrum et l'aile iliaque. Le doigt de palpation orienté à 45° vers en haut et en dedans se porte sur la face postérieure du sacrum et se trouve au lieu d'insertion du multifidus. La direction de palpation est oblique de bas en haut et de dehors en dedans (orientation des fibres tendineuses d'insertion).

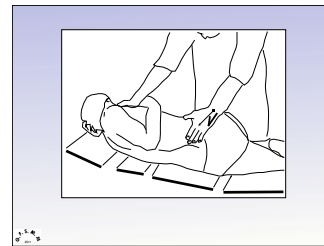
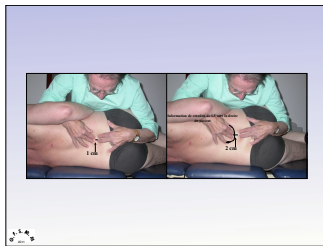


Structure: Insertions du multifidus de L5 sur le sacrum, à la hauteur de l'épine iliaque postéro-inférieure (EIPi).

Technique: On repère l'épine iliaque postéro-supérieure. En descendant caudalement et latéralement, on rencontre l'espace « vide » du point de vue osseux, entre le sacrum et l'aile iliaque. Le doigt de palpation orienté à 45° vers en haut et en dedans se porte sur la face postérieure du sacrum et se trouve au lieu d'insertion du multifidus. La direction de palpation est oblique de bas en haut et de dehors en dedans (orientation des fibres tendineuses d'insertion).

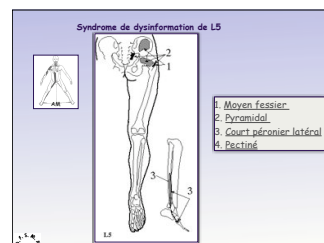
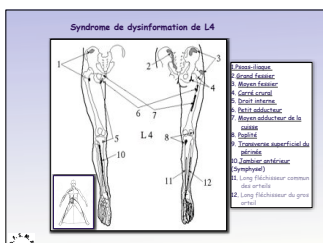


La prise bidigitale consiste à « pincer » entre l'index et le médus les apophyses épineuses de L5 et de S1, ce qui est relativement facile sur les épineuses lombaires qui ont un profil rectangulaire. Une fois les apophyses fixées, les quatre doigts (main droite, main gauche) du thérapeute se font face laissant un espace d'environ 1 cm entre eux. Le thérapeute (ici avec sa prise de main gauche, l'avant-bras bien engagé dans l'espace interfessier) exerce une traction caudale jusqu'à l'élargissement de l'espace à 2 cm, qu'il maintient pendant 4 à 5 secondes. La manœuvre doit en principe se répéter deux à trois fois.



Traction caudale jusqu'à l'élargissement de l'espace de 1 cm (position de prise) jusqu'à 2 cm, maintenu pendant 4 à 5 secondes. Manœuvre à répéter 2 à 5 fois jusqu'à disparition de la zone d'irritation segmentaire.

1. L'épaule droite du thérapeute ne bouge pas d'un millimètre
2. Le thérapeute suit discrètement le geste du regard et de la tête (voir déplacement du nez sur la blouse)
3. L'épaule gauche du thérapeute s'abaisse légèrement et se recule (entraînement du bassin du patient en flexion antérieure et bascule du bassin du thérapeute ici vers sa droite)
4. En renforçant la flexion antérieure du bassin par l'action sur S1, le thérapeute maintient très solidement sa prise bidigitale de L5. Ce faisant, le changement de position du sacrum (flexion et, qu'on le veuille ou non, légère rotation de S1 vers la gauche du patient) induit une information de rotation de L5 vers la droite (flèche arrondie) pour le SNC ce qui répond à une zone d'irritation segmentaire de L5 gauche donc sur la table. Le regard du patient suit l'action sur L5 de rotation vers la droite.



Groupe francophone suisse de médecine manuelle  
 Dr R. Dardel  
 23 Rue Pailloleux  
 1225 Chêne-Bourg  
 Suisse  
 muncho@me.com

Syndrôme de dysinformation de S1

1. Grand fessier  
 2. Soléaire  
 3. Jambier postérieur

Syndrôme de dysinformation de S2

1. Illocostalis lumborum  
 2. Grand fessier  
 3. Demi-tendineux

Syndrôme de dysinformation de S3

1. Grand fessier  
 2. Tendons postérieurs du pied

Syndrôme de dysinformation de P1

MUSCLE ILIAQUE  
 Tendons:  
 iliaque  
 maxime  
 grand droit externe  
 oblique externe

Syndrôme de dysinformation de P2

1. Piriforme  
 2. Grand droit externe  
 3. Oblique externe  
 4. Tendons externes

