Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1964)

Heft: 196

Artikel: Les Lésions disco-vertébrales : (Analyses d'articles)

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929888

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Les Lésions disco-vertébrales

(Analyses d'articles)

A. Lapierre

Ste-Savine (Aube)

Beaucoup de kinésithérapeutes s'intéressent actuellement aux algies vertébrales et pratiquent avec succès sur ces malades les manœuvres ostéopathiques et la rééducation fonctionelle.

Il nous a donc paru intéressant de résumer de façon assez détaillée à leur intention, les trois articles ci-après, extraits du Journal de Médecine de Paris (No 11, Nov. 1956). Ces articles me semblent faire à peu près le point des conceptions médicales actuelles relatives au diagnostic et aux traitements des discopathies dans les zones cervicale et lombaire.

Si le kinésithérapeute n'a pas à établir de diagnostic, il est bon cependant qu'il soit apte à comprendre celui du médecin et à le compléter, le cas échéant, lorsque tous les détails ne lui sont pas transmis. Il est nécessaire qu'il soit informé de la pathologie vertébrale et notamment des contre-indications possibles à son intervention, il n'est pas inutile qu'il ait une idée des diverses thérapeutiques parmi lesquelles son action doit trouver sa place.

Je me suis attaché à résumer ces articles en respectant l'esprit (et parfois même la lettre), bien que n'étant pas toujours parfaitement d'accord avec les auteurs. Il semble que les manipulations vertébrales, dégagées du dogmatisme trop étroit de la chiropractie et de l'ostéopathie, soient en train d'acquérir droit de cité auprès de la médecine officielle. Mais nous ne comprenons pas toujours qu'après avoir reconnu leur valeur de traitement étiologique, on les relègue au second plan, après les traitements médicaux qui ne sont que symptomatiques.

Il semble pourtant plus rationnel de traiter la cause mécanique avant d'essayer de traiter les conséquences inflammatoires.

Les manipulations vertébrales pratiquées précocement, même en période hypéralgique, peuvent très souvent faire disparaître rapidement la douleur. Leur efficacité et leur rapidité d'action diminuent à mesure que la réaction inflammatoire s'installe, l'inflammation du tissu nerveux se résorbant d'autant plus lentement et plus difficilement qu'elle est plus ancienne.

Le plus souvent également, lorsque le traitement anti-inflammatoire réussit, le traitement causal n'est pas employé. La cause persiste et les récidives viendront l'aggraver jusqu'au jour où les traitements habituels deviendront inopérants. Le délabrement du disque rendra alors le traitement manipulatif beaucoup plus aléatoire.

Nier systématiquement les subluxations vertébrales me paraît aussi exagéré que d'en voir partout — chaque cas est un cas d'espèce et doit être examiné avec beaucoup d'objectivité.

Lorsque le Dr. *Gauthier* préfère les élongations aux manipulations, nous ne sommes pas de son avis. A part quelques cas de sciatique basse (douleurs localisées uniquement en dessous du genou) la manipulation manuelle nous a toujours donné des résultats plus rapides et meilleurs. L'élongation est évidemment un moyen à la portée de tous (il suffit d'acheter une table) alors qu'une bonne technique manipulative ne s'acquiert pas facilement...

L'importance accordée à la rééducation fonctionnelle nous paraît tout à fait justifiée; c'est là, à mon avis, le véritable traitement étiologique, car la discopathie n'est que la conséquence d'un surmenage discal, lui-même occasionné (en dehors des cas nettement traumatiques) par une anomalie fonctionnelle, statique ou dynamique, du système pelvi-rachidien.

Manipulations vertébrales et rééducation fonctionnelle se complètent. Elles correspondent d'ailleurs aux deux stades habituels de tous nos traitements orthopédiques — mobiliser d'abord, éduquer puis muscler ensuite — c'est pourquoi nous pensons que la plupart des algies vertébrales, une fois le diagnostic médical bien établi, et les contreindications écartées, peuvent être confiées à des kinésithérapeutes avertis.

Complications nerveuses de l'arthrose cervicale

Xavier Cren (Brest)

Après 40 ans, l'arthrose cervicale est une affection banale, son siège le plus fréquent est de C5 à C7, plus rarement C1, C2.

L'ostéophytose antérieure et l'uncarthrose sont les plus fréquentes. Ces signes radiologiques, même importants, ne provoquent souvent aucun trouble notable (quelquefois enraidissement du cou, torticolis passager, sensibilité douloureuse de la nuque et des épaules).

A la suite d'un refroidissement, d'un effort, d'une mauvaise position au lit, d'un travail pénible, d'un traumatisme, ou même sans raison apparente, la complication nerveuse peut se produire : il s'agit en général d'une névralgie cervio-brachiale. L'atteinte motrice est rare, elle est exceptionnelle sans douleur.

L'atteinte médullaire est rare, l'atteinte sympathique se manifeste par un syndrome de *Barré*, très rarement par un syndrome de Claude *Bernard-Horner*.

Les phénomènes douloureux ou paralytiques semblent provoqués par un double processus :

— La compression du tissu nerveux (ostéophyte-hernie discale ou nodule ostéodiscal);
— La réaction inflammatoire du tissu nerveux à l'irritation.

L'un ou l'autre de ces éléments peut être prépondérant.

Atteinte radiculaire :

La N.C.B. est la plus fréquente. L'apparition de la douleur est le plus souvent brutale, l'intensité variable.

La douleur, unilatérale, s'étend dans un territoire radiculaire souvent assez mal délimité :

C5 : Face externe du bras jusqu'au coude;
C6 : Face externe de l'avant-bras, pouce, parfois index;
C7 : Face antérieure de l'avant-bras, médius, parfois annulaire ou index;
C8 : Partie interne de l'avant-bras, auriculaire, annulaire.

Les irradiations scapulaires et thoraciques antérieures sont fréquentes, céphaliques plus rares.

Les paresthésies sont très fréquentes : fourmillements, engourdissements des doigts - maladresse de la main. Leur localisation plus nette permet de déterminer la racine lésée.

La forme sensitivo-motrice est plus rare (à la douleur s'ajoute une paralysie partielle et incomplète du plexus brachial). Cette parésie se traduit surtout par une diminution de la force musculaire.
Les réflexes tendineux sont diminués, abolis ou inversés.

C5 C6 - Réflexe bicipital;
C6 C7 - Réflexe stylo-radial;
C7 C8 - Réflexe tricipital.

La paralysie véritable est très rare. Elle porte sur de petits muscles de la main (thénar, hypothénar, interosseux).

L'atteinte motrice pure est exceptionnelle.

Atteinte radiculo-médullaire :

A l'atteinte radiculaire s'ajoute un syndrome pyramidal, parfois à prédominance unilatérale (exagération des réflexes tendineux, clonus signe de Babinski ou de Rossolimo).

C'est le tableau d'une paraplégie spasmodique.

Atteinte sympathique :

Elle provoque habituellement un syndrome de *Barré*, très rarement un syndrome de *Cl. Bernard Horner*.

Diagnostic :

Atteinte radiculaire isolée :

— raideur du cou avec parfois attitude vicieuse de la tête;
— douleur à la pression des transverses;
— douleur brachiale à la manœuvre de *Spurling* (pression sur l'occiput et inclinaison latérale);
— radiographie : discarthrose - uncodiscarthrose;
de 3/4 : nodule au niveau du trou de conjugaison.

Les affections à éliminer sont :

— Spondylodiscites : Mal de Pott - cancer vertrébral - radiographie.
— Syndrome de *Pancoast* et *Todias* provoqué presque toujours par un cancer pulmonaire. Comporte de violentes algies cervicales basses associées à un syndrome de *Cl. Bernard-Horner* (Radiographie : opacité de l'apex pulmonaire);

— neurinomes radiculaires (exagération de la douleur en position couchée, agrandissement d'un trou de conjugaison), le diagnostic ne peut être établi que par le myélographie lipiodolée;
— cotes cervicales (diminution du pouls radial, troubles vasculaires);
— acroparesthésies (chez les femmes à la quarantaine, nocturnes, souvent bilatérales, s'étendant aux territoires de plusieurs racines).

Atteinte mixte radiculo-médullaire :

Un examen radiographique complet avec myélographie lipiodolée ou gazeuse est nécessaire.

Les autres affections du névraxe devront être éliminées (syphilis, tumeurs intramédullaires, myélopathie d'ERB, sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique, syringomyélie).

TRAITEMENT : Il comporte deux étapes :

1. - Traitement d'urgence de la complication nerveuse;
   - Traitement médical pour apaiser la douleur;
   - Immobilisation en minerve pendant la période aiguë;
   - Après cette période : radiothérapie, élongations vertébrales ou infiltrations stellaires.

En cas de troubles moteurs persistants ou d'atteinte médullaire : extension continue, + port d'une minerve, + radiothérapie.

Intervention chirurgicale en cas d'échec (la guérison est rarement totale).

2. - Traitement de l'arthrose cervicale :

Apès disparition des phénomènes aigus : traitement médical, massage et physiothérapie (ondes courtes, diathermie, ultra sons), crénothérapie.

Ce Que le praticien doit savoir des lésions non infectieuses des disques a l'étage lombaire

Pierre Gautier (Orléans)

L'auteur se propose de faire le point sur les notions actuelles concernant cette question.

Après un bref historique, il rappelle quelques notions anatomiques, parmi lesquelles nous relevons les indications suivantes :

Le trou de conjugaison est tapissé par un solide faisceau fibreux qui est prolongé dans le bourrelet du disque en avant et dans la capsule des articulations postérieures en arrière.

Le canal rachidien abrite l'étui dure-mérien et son contenu; moelle, racines qui descendent très obliques en bas et en dehors.

Entre cet étui et le canal se trouve l'espace épidural avec son plexus veineux et les racines antérieures et postérieures qui le traversent pour aller fusionner dans le trou de conjugaison et former le nerf spinal.

Les racines sont entourées d'une gaine dure-mérienne qui se perd après leur réunion, dans le névrilène du nerf rachidien.

Elles cheminent avant d'arriver au trou de conjugaison, dans un défilé compris entre le disque en avant et les ligaments jaunes en arrière.

Elles s'engagent, pour sortir du sac dural dans un collet qui les fixe et les empêche de fuir en cas d'agression discale.

La moelle s'arrête entre L1 et L2.

Les dernières racines lombaires, celles du sciatique, sont les plus grosses et les plus fixes. Elles passent dans le défilé le plus étroit.

Physiologie :

Le disque intervertébral est un joint souple, un frein, un amortisseur et un ressort de rappel. En surcharge du rachis, il s'aplatit et le noyeau pulpeux exerce sa pression vers la periphérie.

Pathologie :

Les états pathologiques du risque ne sont pas uniquement le fait de pression ou de traumatisme, mais également d'une fragilisation du disque.

Cette fragilisation semble provenir d'une modification chimique du nucléus par polymérisation de l'acide hyaluronique sous l'action des enzymes ou par état pathologique.

Il s'ensuit une variabilité de l'hydrophilie du noyau pulpeux.

Chez les sujets jeunes, il peut y avoir hyperhydrophilie, avec gonflement du disque (cette surpression pourrait entraîner des cyphoscolioses et des hernies intrasomatiques (ostéochondrose juvénile) ainsi que des fusées de substance nucléaire à travers les fibres du disque.

Chez le sujet âgé, il y a déshydratation de la matière pulpeuse qui se fragmente — les fragments pénètrent dans les fissures du disque, et surtout de la partie postérieure se rapprochant ainsi du ligament postérieur dont l'innervation sensitive est très riche. C'est alors qu'apparaît la *lombalgie chronique.*

Dans un mouvement de flexion avant, l'ouverture des fissures postérieures, jointe à une surpression du disque, peut amener l'engagement brutal d'un fragment nucléaire dans une fissure. La contraction musculaire réflexe, étrangle cette hernie interne. La distension fibro-ligamentaire aiguë due à ce blocage provoque la *lombalgie aiguë.*

Si la substance nucléaire continue à se frayer un chemin, elle arrive au contact des ligaments postérieurs, le disque s'écrase et bombe en arrière; c'est la *protrusion discale* (qui peut engendrer un proretro ou latéro-listhésis).

Le disque peut alors entrer en conflit avec la racine rachidienne, provoquant une irritation du sciatique, c'est la *lombosciatique.*

Si la barrière ligamentaire cède, la substance nucléaire fait irruption dans la cavité rachidienne, c'est la hernie discale postéro-latérale et la *sciatique.*

La sciatique est en général mono-radiculaire et intéresse la racine qui sort sous le disque lésé. Il est cependant possible que les deux racines soient lésées, la supérieure dans le trou de conjugaison, l'inférieure dans le canal rachidien.

La hernie centrale est rare, elle peut intéresser les deux racines droite et gauche.

Evolution : La hernie discale peut se réduire par hiatus, soit spontanément, soit manœuvre vertébrothérapique. Elle peut récidiver.

Si la portion du nucléus qui s'est échappée reste luxée, elle dégénère et se recouvre de cartilage, elle peut se calcifier ou s'éliminer à la longue.

Le contact entre la substance nucléaire et tissu conjonctif péridiscal entraine une ostéophytose.

Les racines sciatiques sont les plus vulnérables, et les disques correspondants, disques charnières, sont les plus surmenés, mais les autres racines peuvent également être lésées; névralgie crurale, fémorocutanée, génito-crurale, etc...

La racine lésée augmente de volume et s'enflamme. Cette inflammation est variable suivant les moments, les circonstances extrinsèques, intrinsèques, et même psycho-somatiques. Si l'évolution traîne, l'inflammation radiculaire peut s'éteindre progressivement.

Les causes favorisantes sont : le déséquilibre statique préexistant et les anomalies congénitales qui contribuent à surmener les disques.

Symptomatologie :

Lombalgie aiguë : apparition brusque à la suite d'un mouvement;

— douleur aiguë en barre sur la charnière lombo-sacrée;
— contracture des muscles rachidiens provoquant une raideur de la colonne lombaire, effacement de la lordose, plus rarement cyphose lombaire ou inflexion latérale;
— palpation douloureuse des épineuses de L4 et L5.
— Evolution 5 à 15 jours quelquefois sans thérapeutique.

Lombalgie chronique :

— début insidieux à moins qu'il n'ait succédé à une crise aiguë ;
— douleurs dans la région lombaire basse avec irradiations vers le sacrum, les sacro-iliaques, ou un trajet sciatique supérieur (lombo-sciatiques).
— Pas d'attitude antalgique, contracture peu marquée.
— Evolution traînante avec rémissions.

Névralgie sciatique :

Elle peut succéder à une lombalgie aiguë ou chronique.

— Douleur variable exacerbée par les mouvements du rachis, la toux, la défécation - calmée par le décubitus, jambes demi-fléchies;
— fourmillements;
— attitude antalgique; cyphose-lombaire ou inflexion latérale (directe ou croi-

sée).
— Limitation des mouvements de la jambe (signe de *Lasegue).*
— Points douloureux rachidiens ou sur le trajet du nerf (points de *Valleix).*
— Signes neurologiques - hypoesthésie - déficit moteur, troubles des réflexes.

Diagnostic Topographique :

Sciatique L5 : Trajet; partie inférieure de la cuisse - face externe ou antéro-externe de la jambe - au-dessus de la malléole externe - dos du pied - gros orteil.
— réflexe achiléen conservé;
— scoliose antalgique croisée;
— Lasègue moins net remplacé quelquefois par une douleur à la rotation coxo-fémorale;
— déficit moteur sur le sciatique poplité externe (élévation de la pointe du pied).

La différenciation entre L5 et S1 est assez schématique et manque souvent de netteté.

Type de la lésion discale :

Dans la H. D., la topographie est plus complète et plus classique, les signes neurologiques plus accentués que dans la protrusion. Le signe le plus caractéristique est celui de la «sonnette» (de *Sèze)* : La pression sur le point latéro-vertébral déclenche une douleur fulgurante à trajet radiculaire.

Sciatique paralysante :

L'existence d'une paralyse vraie doit faire craindre une lésion vertébrale et médullaire. Il existe cependant des *sciatiques paralysantes discales :* Elle débutent comme une sciatique normale. Au bout de huit jours à quelques semaines apparaissent les paralysies (déclenchées parfois par une manœuvre vertébrothérapique ou orthopédique).

L'augmentation du déficit moteur s'accompagne d'une diminution de la douleur qui peut même disparaître.
— Le type L5 est le plus fréquent (steppage).
— Le type SI est très rare (loge postérieure de la jambe et de la cuisse).

De *Sèze* conseille l'intervention chirurgicale d'urgence (après l'apparition des signes électriques de dégénérescence, elle devient inutile).

Névralgie crurale : Topographie antérieure - Abolition du réflexe rotulien - hypoesthésie pré-rotulienne.

Examen radiologique : On peut y voir :
— L'affaissement global d'un disque avec ou sans rétro ou latéro listhésis.
— Le pincement ou bâillement latéral.
— Le pincement postérieur (plus fréquent qu'antérieur).

Le pincement n'a de valeur que s'il est électif.

En cas de doute, examen dynamique - radios en flexion avant, arrière et latérale.
— L'ostéophytose.

Une hernie discale peut s'accompagner d'une image normale.
— L'examen radiographique, après injection d'Abrodil, permet seul d'affirmer le prolapsus discal.
— La topographie permet d'éliminer une atteinte vertébrale (Pott par exemple).
— La V.S.G. est normale.
— Le liquide C.R. montre rarement une légère discociation albuminocytologique

Thérapeutiques :

Elles sont de trois sortes : Traitements anti-inflammatoires, traitements de la lésion - Traitements de consolidation.

Traitement de l'inflammation :

Traitements de l'effet et non de la cause.
1. - Repos (décubitus, jambes demi-fléchies; ceinture ou lombostat plâtré).
2. - Gymnastique prudent et progressive.
3. - Antalgiques.
4. - Anti-Inflammatoires.
5. - La physiothérapie : massages - diathermie - ondes courtes -infra-rouges - ionisation calcique ou lodo-iodurée - ultrasons - méthodes utiles mais non suffisantes.

Traitements Etiologiques :

Visant la guérison de la cause.

1. - *La Vertébrothérapie :* Manipulations et tractions vertébrales, utilisées par «ces demi empiriques», les chiropractors qui appuient leur doctrine sur des théories qui échappent à toutes explications anatomiques et physiologiques.

«Les ostéopathes, déjà plus faciles à suivre dans leur dogmatisme, traitent des subluxations vertébrales ou sacro-iliaques imaginaires que la dissection, la chirurgie et la radiographie n'ont jamais montrées».

Pa r contre, les élongations et les manipulations, provoquant une traction sur le disque dans le sens opposé à celui de la

pesanteur ont une action bénéfique.

L'élongation parait un moyen rationnel, moins spectaculaire, moins rapide, mais plus sur et exempt de danger.

Quelle que soit la méthode vertébrothérapique, les résultats sont plus brillants sur les cas aigus que chroniques.

2. - *Chirurgie :* L'indication opératoire a beaucoup baissé depuis deux ou trois ans (de 30 % à 10 ou 5 %).

L'opération ne doit pas être envisagée avant trois à cinq mois de traitement médical.

La radicotomie ne s'impose qu'exceptionnellement.

L'arthrodèse lombo-sacrée entraine une longue et pénible immobilisation compliquant l'acte opératoire.

Les traitements de consolidation :

Doivent compléter toutes les thérapeutiques médicales et chirurgicales.

1. - La rééducation fonctionnelle refait la musculature, assouplit les articulations, réadapte le système nerveux, contribue à rééquilibrer le rachis. Elle remplace avantageusement chez le sujet jeune, le soutien orthopédique; chez le sujet âgé, elle devra toujours l'accompagner.
2. - La crénothérapie.

La rééducation fonctionnelle des rheumatisant

Ses méthodes - Ses techniques

(Cl. Lehmann, Paris)

Le traitement du rhumatisant comporte trois stades :

— Stade aigu inflammatoire (chimiothérapie, infiltrations, immobilisation plâtrée, tractions).
— Stade de récupération motrice (rééducation fonctionnelle).
— Stade de réadaption sociale.

Les méthodes de rééducation :

Pas de rééducation lorsque le processus inflammatoire est en évolution.

Ensuite, mobilisation passive, avec relaxation et prise de conscience du patient.

Puis, très rapidement, mobilisation active, douce et progressive.

La gymnastique en rhumatologie doit viser un triple but : correcteur - inspiratoire - global.

La pouliethérapie est également un très bon procédé ainsi que l'hydrobalnéothérapie.

Enfin, l' «Occupational Therapy» dont l'action est à la fois physique et psychique.

Les techniques :

Les affections relevant de la pathologie vertébrale douloureuse (en dehors des spondylitis inflammatoires ou infectieuses) sont justiciables le plus souvent de la gymnastique.

Les séquelles douloureuses de sciatique et de lombalgie sont très souvent améliorées par une gymnastique en cyphose lombaire *(sauf en cas de dos plat ou de cyphose lombaire).*

Dans les cas d'hyperlordose, la gymnastique en cyphose donne d'excellents et durables résultats : son mode d'action semble lié à un équilibre musculaire plus rationnel, à la correction des attitudes, peut-être à un massage profond avec modifications vaso-motrices au niveau des trous de conjugaison.

Les scolioses douloureuses de l'adulte seront mises à la gymnastique synthétique d'*Herbert* après correction par coussins (But : tonifier les muscles et ligaments rachidiens plutôt que réduire l'attitude vicieuse). Les résultats sont aléatoires.

Les cervicalgies et névralgies cervicobrachiales : (après la période inflammatoire) sont justiciables de gymnastique, par mouvements contrariés dans les diverses positions que peut prendre la colonne.

La coxarthrie sera traitée par pouliethérapie et rééducation à la marche (les poussées évolutives éventuelles obligent à cesser la mobilisation).

La main du rhumatisant : Manipulations d'objets usuels (poignées, verrous, manivelles, jeux manuels).

Spondylarthrite ankylosante : Augmenter activement et progressivement l'ampliation thoracique, et éviter les déformations statiques.

La polyarthrite chronique évolutive : La kinésithérapie doit viser à empêcher la déformation osseuse et l'atrophie musculaire (gouttières plâtrées amovibles — mobilisation prudente, d'abord passive, d'amplitude croissante associées à des massages).

L'ergothérapie semble être le meilleur procédé.

(Article extract de «Annales de cinésiologe appliquée» février 1957.)