

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: - (1980)

Heft: 4

Artikel: Déviations rachidiennes et discopathies

Autor: Mottier, Raymond

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930582>

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: 10.02.2026

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

Déviations rachidiennes et discopathies*

1. Introduction

Les lombalgies, les discopathies et les hernies discales occupent de plus en plus le physiothérapeute.

Dans la gymnastique prophylactique que l'on pratique dans certaines écoles ou que certains pédiatres éclairés font pratiquer à leurs petits patients, le physiothérapeute rencontre surtout des scolioses, des hypercyphoses ou des hyperlordoses.

Pourtant j'ai eu l'impression que l'on rencontrait peu de ces déviations chez les patients souffrant de discopathies ou de hernies discales. Avant eu l'occasion de faire un certain nombre de status fonctionnels de ces patients, il m'a paru intéressant de comptabiliser les déviations rachidiennes rencontrées en combinaison avec des discopathies et des hernies discales.

2. Méthodologie

Cette étude rend compte des résultats de cinquante status fonctionnels de patients que nous avons traités (kinésithérapie uniquement). Nous avons utilisé pour nos patients le status fonctionnel établi par S. Klein-Vogelbach. Une norme hypothétique sert de base référentielle à ce status. Cette norme (hypothétique, j'insiste) repose sur une moyenne des morphologies de jeunes européens d'âge adulte (20 à 30 ans) et de sexe masculin.

Du status complet nous avons retenu plus spécialement les points suivants:

* Sans la collaboration des médecins du centre thermal de Bad-Ragaz et de l'hôpital de Sion ainsi que de mes collègues Elisabeth Majer et Christian Biedermann, ce travail n'aurait pas été possible. Je les remercie.

- a) Concernant la constitution, nous avons analysé la répartition des charges inhérentes à la morphologie de chaque sujet aux niveaux suivants:

ceinture scapulaire, ventre, diamètre bi-trochatérien (largeur du bassin) et jambes.

- b) Concernant la statique, observée d'abord dans le plan sagittal nous avons apprécié les courbures physiologiques du rachis. Puis nous avons noté les déviations du rachis dans le plan frontal. (év. différences de longueur, déviations en valgum ou en varum etc...).

- c) Nous avons examiné ensuite la mobilité du rachis, de l'articulation coxo-fémorale, des genoux et des chevilles.

3. Résultats

Nous avons donc affaire à 50 patients. Quarante et un souffraient de hernie discale dont 15 ont été opérées et 26 traitées conservativement. Sur ces 41 patientes, 29 étaient des hommes, 12 des femmes. Neuf patients souffraient de lombalgies, chez 6 d'entre eux une discopathie était radiologiquement diagnostiquée.

3.1. Conditions

Nous avons vu 34 hommes et 16 femmes.

Classes d'âge: 20 à 30: 3 patients

30 à 40: 5 patients

40 à 50: 23 patients

50 à 60: 12 patients

60 à 70: 7 patients

Diagnostic médical	Niveaux		
	L ₃ -L ₄	L ₄ -L ₅	L ₅ -S ₁
Hernies discales opérées	1 (gche)	8 (5 gches / 3 dtes)	6 (4 gches / 2 dtes)
Hernies discales diagnostiquées, traitées conservativement	néant	17 (8 gches / 9 dtes)	9 (5 gches / 4 dtes)
Discopathies diagnostiquées radiologiquement	néant	5	1
Lombalgies		3	

Dix huit patients souffraient d'obésité.

Sept patients avaient une musculature notablement entraînée, alors que 13 d'entre eux avaient une musculature déficiente.

3.2. Répartition des poids

Par rapport à une norme hypothétique qui dit par exemple, que le diamètre bitrochantérien doit correspondre au plus grand diamètre fronto-transversal du thorax et que la distance séparant l'articulation sterno-claviculaire du centre de l'articulation huméro-scapulaire doit correspondre à la distance séparant le centre des deux articulations coxo-fémorales, nous avons constaté chez nos patients la répartition des poids suivante:

relativement plus de poids au niveau de la ceinture scapulaire: 8

relativement plus de poids au niveau du ventre: 18

relativement plus de poids au niveau du diamètre bitrochantérien: 28

relativement plus de poids au niveau des jambes: 6

3.3. Statique

C'est la statique des sujets qui a le plus retenu notre attention, notre but premier étant de rechercher la corrélation entre discopathie et statique.

3.3.1. Les courbures physiologiques (plan sagittal)

Au niveau cervical: nous avons constaté que 39 patients avaient une diminution de leur lordose, 4 patients seulement présentaient une augmentation de la lordose cervicale.

Au niveau dorsal: le rachis dorsal de 43 de nos patients avait une cyphose érigée. Notons que 28 d'entre eux avaient des cyphoses très nettement érigées. Deux patients seulement présentaient des cyphoses un peu prononcées.

Au niveau lombaire: le même phénomène se répète au niveau lombaire. Trente trois patients montrent une diminution de la courbure physiologique. Diminution toutefois moins marquée et quand même moins fréquente qu'au niveau dorsal. Huit patients avaient une lordose augmentée.

3.3.2. Scolioses (plan frontal)

Sur un total de 50 patients, 38 souffraient d'une scoliose. La moitié d'entre eux montraient une scoliose compensée (dorso-lombaire). Aucune de ces scolioses n'étaient

vraiment marquées, toutes peuvent être qualifiées de bénignes aussi bien radiologiquement que cliniquement.

3.4. Examen de la mobilité du rachis

Nous avons examiné avec attention la mobilité du rachis dorsal et du rachis lombaire.

Aucune limitation ne se détache de façon statistiquement significative des autres. Dans le 80% des cas traités des limitations importantes étaient décelées. La totalité des cas montraient au moins une limitation. Une étude comparative des limitations de l'amplitude de mouvement du rachis dépasse le cadre que nous nous sommes fixé pour ce travail. Elle pourra se faire, mais sur un plus grand nombre de cas pour l'obtention d'un résultat valable statistiquement.

L'examen de la mobilité du rachis ne va pas sans l'examen de la mobilité de la coxo-fémorale. Signalons que dans 12 cas, la rotation interne était limitée du côté atteint. On retrouve également 4 cas de limitation de l'amplitude de la rotation interne chez les 9 patients souffrant de lombalgie ou d'une discopathie.

4. Brève analyse ponctuelle des résultats

Nous n'avons pas retenu la profession de nos patients, cette étude ayant été faite, pour la plus grande partie, dans un centre thermal pas nécessairement accessible à toutes les bourses. Un enregistrement de la profession de nos patients n'aurait certainement rien significatif.

Il est frappant de constater que 30 discopathies, dont 25 hernies discales, se situent au niveau L₄-L₅ et 16, dont 15 hernies discales, au niveau L₅-S₁.

Moins de 50% de nos patients étaient obèses et moins de 25% avaient une musculature dans un état inférieur à la moyenne. Il semble que le manque d'entraînement physique n'ait que peu d'influence sur l'apparition d'une discopathie.

Au vu des résultats, un diamètre bi-trochantérien relativement trop large, c. à d. dépassant la largeur du plus grand diamètre frontotransversal du thorax (on le retrouve dans 28 cas sur 50) peut avoir une signification quand à l'étiologie de la hernie discale.

C'est au niveau de la statique que le plus grand nombre de déviations pathologiques ont été constatées. En l'occurrence il semble que la diminution des courbures physiologiques soit pour une grande part cause de la discopathie. La diminution de la cyphose dorsale semble tout particulièrement avoir

une incidence sur la discopathie, n'avons-nous pas en effet constaté que 43 de nos patients avaient une érection notable de la cyphose dorsale. Le phénomène est moins marqué au niveau lombaire. Trente trois patients ont à cet endroit une diminution de leur lordose. Cette flexion du rachis lombaire peut avoir eu lieu pour des raisons antalgiques mais ceci ne peut en aucun cas être affirmé pour l'érection du rachis dorsal. Il est évident que cette altération de la cyphose dorsale aura une incidence sur la mobilité de ce niveau, spécialement en rotation. Les conséquences se trouvent à notre avis concrétisées dans la discopathie.

Les scolioses détectées, plus souvent radiologiquement que cliniquement, étaient peu marquées. Il n'y a, apparemment, pas beaucoup de rapport de cause à effet entre une scoliose et une discopathie. La scoliose antalgique au niveau lombaire n'est pas en discussion.

5. Conclusion

Il nous paraît que la prophylaxie de la hernie discale devrait se faire:

- au niveau de la correction d'éventuelles diminutions des courbures physiologiques du rachis, spécialement du rachis dorsal,
- au niveau de la mobilisation du rachis,
- au niveau d'une hygiène du dos adaptée à la constitution particulière de chaque individu.

Nous pensons aussi qu'il faut chercher à dépister non seulement les scolioses, les Scheuermann etc... mais également les dos plats. La discopathie ne rend, comme le montrent bien des travaux, pas moins invalide que les scolioses ou les autres diagnostics auxquels on attache une plus grande importance.

RAYMOND MOTTIER

Chef-Physiothérapeute, Hôpital régional, 1950 Sion