

LOMBAIRE

<u>DOULEUR LOMBAIRE</u>		
AIGUE (première fois)	RECURRENTE (épisode)	CHRONIQUE(constant)
A I G U E	- Pathologie osseuse - Fracture - Infection - Tumeur	
	- Discale - Non traumatique (infection tumeur vieillissement) - traumatique (fracture plateau, protrusion, pincement, hernie, radiculopathie)	
	- Sacro iliaque - Non traumatique : infection maladie - Traumatique : hypomotilité, hypermobilité/instabilité	
	- Musculaire - Tension - Infection - Tumeur	
R E C U R E N T E	- Douleur lombaire non spécifique - Myofacial (tension muscu, trigger) - Discale(mécanique, chimique) - Zygapophysaire (capsulaire chondropathie, arthrose) - Racine	
	- Instabilité - Pseudo_spondylolisthesis - Restabilisation (discale articulaire)	
	- Dysfonction objectivable - Angulaire (Flex ext inclinaison et rotation) - Translation (rétrolisthésis antélisthésis) - Contenu (hernie ...)	

Quand envisager une chirurgie en cas de radiculopathie lombaire

Situation clinique	Signe clé	Indication chirurgicale
Douleur invalidante persistante	Douleur radiculaire intense malgré 6-12 semaines de traitement conservateur	Surveillance
Déficit moteur évolutif	Faiblesse musculaire (ex: pied tombant) en aggravation	Chirurgie à discuter en moins de 48 h si possible
Syndrome de la queue de cheval	Troubles urinaires, fécaux + anesthésie en selle	Chirurgie urgente en moins de 48 h si possible
Conflit discal sévère à l'imagerie	Hernie discale volumineuse ou sequestrée symptomatique	Chirurgie à discuter
Compression bilatérale sévère	Atteinte motrice bilatérale	Chirurgie urgente

BILAN

1. Interrogatoire

Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?

Ecouter son histoire.

QUI : Age, genre, travail, loisir

QUOI : douleur (localisation, quantification...) signe neuro-sensitif, moteur, par où ça a commencé.

QUAND : dlr intermittente, constante ; soir, matin. Position douloureuse

OU : point, en barre, irradiation....

POURQUOI : macro-trauma (disque, SI, musculaire, fract) micro-trauma (disque, facettaire, SI) non traumatique (arthrite inflammatoire, tumeur)

2. Inspection

Shift latéral, hyper lordose, cyphose lombaire...

Atrophie (glutéal, quadri, gastroc....)

3. Mobilité

- LOMBAIRE : Flexion, extension, inclinaison latéral, translation, rotation
- HANCHE : en passif flexion extension RE RI
- Sacro iliaque : Cluster de LASLETT
- Dorsale : mobilité en extension
- Costale : respiration
- Quick test (viens s'accroupir et 3 ou 4 rebonds= test arti périphérique)
- Anté rétroversion

4. Tests musculaires :

- Shirado (test abdo tenir au moins 120) Sorensen (-test paravertébraux tenir 150) rapport SHIRADO/SORENSEN : 0.7 à 0.8
- Test moyen fessier Gd fessier et psoas en course interne, rotateur Ext Int de hanche
- Descente des 2MI tendues avec maintien lombaire et on relève l'angle ou les lombaires partent
- Test obliques interne et externe
- Regarde activation du transverse
- Test résisté sur rotation lombaire

5. Tests nerveux

Nerf

- LSR : homo et contro latéral

Test de Lasègue ("Straight Leg Raise Test")

Structures / Pathologies ciblées :

- Radiculopathie lombaire (nerf sciatique)

Procédure :

Le patient est allongé sur le dos. Le thérapeute amène passivement et progressivement le membre inférieur à tester en flexion de hanche, genou tendu.



Le test est répété au côté controlatéral.

Interprétation :

Le test est considéré comme positif si :

- Le test reproduit la douleur du patient ou déclenche des paresthésies au membre inférieur, typiquement entre 30° et 60° de flexion de hanche.

Ce test cible prioritairement les racines L5-S1-S2. La tension exercée sur le nerf sciatique en dessous de 30° de flexion est relativement faible. En cas de douleur en début de mouvement, il convient donc de vérifier l'éventuelle implication d'une dysfonction sacro-iliaque ou d'un syndrome canalair (piriforme).

L'apparition d'une douleur lombaire n'est pas prise en compte pour considérer le résultat du test comme positif.

Validité :

Valeur diagnostique				
Auteurs	Sensibilité	Spécificité	RV+	RV-
Devillé et al. ¹	91%	26%	1.23	0.35
Van der Windt et al. ²	92%	28%	1.28	0.29

- Slump test

Slump test

Structures / Pathologies ciblées :

- Lésions neurales impliquant la dure-mère ou le nerf sciatique.

Procédure :

Le patient est assis, bras croisés dans le dos. Le patient effectue successivement une flexion du rachis dorso-lombaire, suivi d'une flexion cervicale, d'une extension du genou, et d'une flexion dorsale de cheville (en s'arrêtant à l'étape où apparaissent les douleurs). Le thérapeute peut majorer la mise en tension des structures nerveuses en ajoutant une compression manuelle pour augmenter la flexion cervicale et dorsale.



En cas de reproduction des douleurs du patient, le thérapeute lui demande de relever la tête afin de relâcher la tension proximale exercée sur la dure-mère. Cette étape est indispensable pour différencier une mise en tension neurale d'une tension visant d'autres structures, comme un étirement des ischios-jambiers.

Des versions de ce test proposent également une mise en tension des deux membres inférieurs en même temps, ou encore un positionnement passif du patient par le thérapeute.

Interprétation :

Le test est considéré comme positif si :

- La douleur du patient est reproduite dans la première étape du test, puis estompée lorsqu'il relève la tête.

Un test positif est retrouvée très fréquemment chez des sujets sains. Si les douleurs du patient intéressent habituellement un seul membre, un test négatif au côté controlatéral doit être retrouvé.

Validité :

Valeur diagnostique				
Auteurs	Sensibilité	Spécificité	RV+	RV-
Majlesi et al. ¹	84%	83%	4.94	0.19
Stankovic et al. ²	44%	58%	1.05	0.97

- Test de Leri

Test de Léri ("Prone Knee Bend Test")

Autres dénominations : PKBT, Test de tension du nerf fémoral, Test de Lasègue inversé

Structures / Pathologies ciblées :

- Mise en tension neuroméningée (nerf fémoral)

Procédure :

Le patient est allongé sur le ventre. Le thérapeute maintient le bassin par une main exerçant une force antéro-inférieure en regard du sacrum, pour limiter l'antéversion. Il amène passivement le membre inférieur à tester à 90° de flexion de genou, ainsi qu'en extension de hanche en décollant la cuisse du patient de la table d'examen.



Une variation de ce test, le Prone Knee Bend Test, propose de mettre en tension le plexus lombal en effectuant une flexion maximale de genou sans extension de hanche (position classiquement utilisée pour étirer le droit fémoral).

Un positionnement du patient en latérocubitus est également fréquemment décrit. Cette variation permet de limiter l'antéversion du bassin via la flexion de hanche du membre inférieur controlatéral, et permet également au patient de fléchir sa nuque afin d'augmenter la mise en tension neuroméningée.¹

Dans ces deux cas, le test est répété au côté controlatéral.

Interprétation :

Le test est considéré comme positif si :

- Le test reproduit la douleur du patient ou déclenche des paresthésies au membre inférieur, différents d'un simple étirement du droit fémoral (cf. controlatéral).

En cas de doute sur l'origine des douleurs, le thérapeute peut limiter l'implication du droit fémoral en appliquant une légère abduction de hanche.

Un signe de Léri positif peut s'accompagner d'une perte de force du quadriceps ainsi que d'une diminution du réflexe patellaire.

Validité :

Valeur diagnostique		
Auteurs	Sensibilité	Spécificité
Non disponible	ND	ND

- Test du piriforme (Dec lat 60°flex H et appui sur genou. Ou test de FADRI (flexion (60) add et RI

Test de FADIR

Autres dénominations : Test de FADRI, FAIR Test, Femoroacetabular Anterior Impingement Test (FAI Test), Test du piriforme

Structures / Pathologies ciblées :

- Conflit fémoro-acétabulaire ou lésion labrale
- Syndrome du piriforme ou atteinte du nerf sciatique

Procédure :

Le patient est allongé sur le dos. Le thérapeute amène le membre inférieur à tester en Flexion, Adduction et Rotation Interne ("FADIR") de hanche, genou fléchi. En cas de douleur, il est demandé au patient de localiser précisément celle-ci.



Interprétation :

Le test est considéré comme étant en faveur d'un conflit fémoro-acétabulaire ou d'une lésion du labrum si :

- Le test reproduit la douleur du patient, dans la région antérieure de la hanche, en regard du pli de l'aîne.

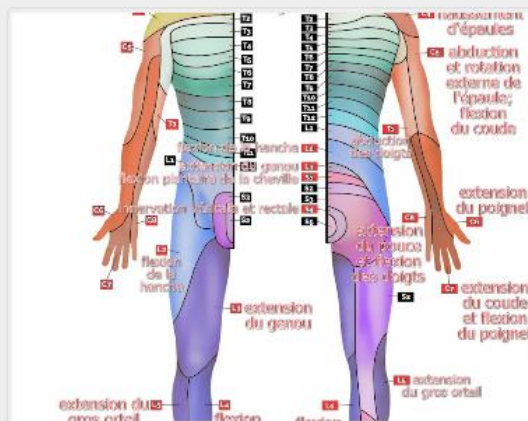
Le test est considéré comme étant en faveur d'une atteinte du nerf sciatique ou d'un syndrome du piriforme si :

- Le test reproduit la douleur du patient, dans la région postérieure de la hanche, en regard du muscle piriforme (présence éventuelle d'une irradiation au membre inférieur).

Validité :

Valeur diagnostique				
Auteurs	Sensibilité	Spécificité	RV+	RV-
Reiman et al. ¹ (Conflit ou lésion labrale)	94%	9%	1.03	0.67
Fishman et al. ² (Syndrome du piriforme)	88%	83%	5.18	0.14

Les myotomes humains :



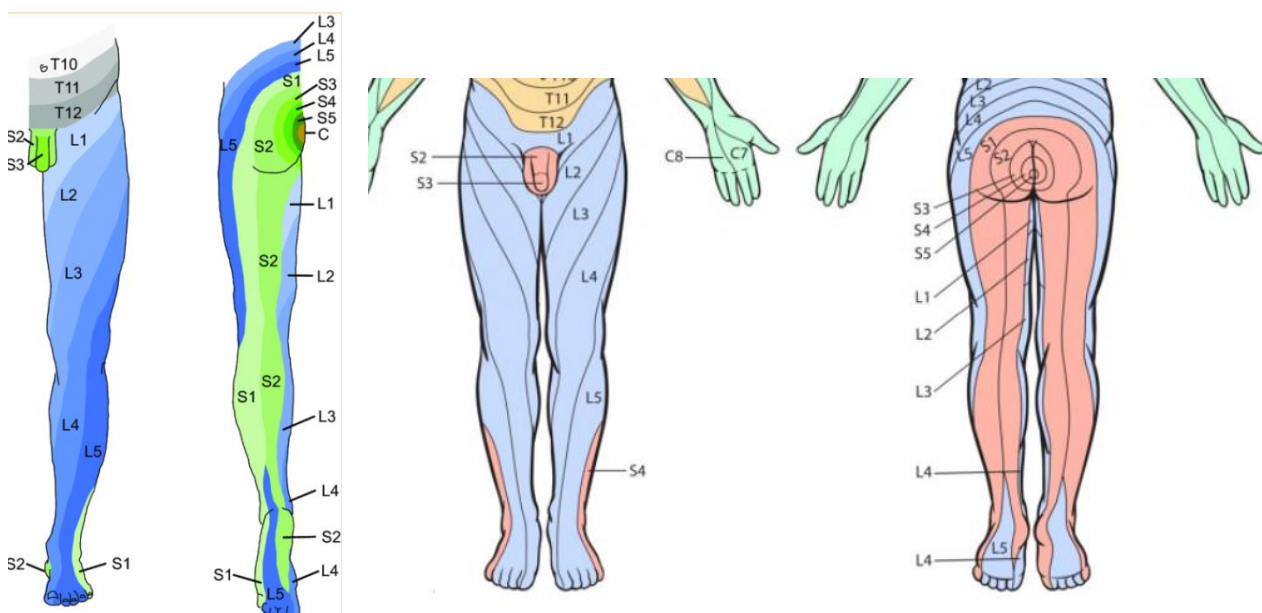
Les myotomes et les actions produites par leurs muscles associés : C4 : haussement d'épaules, C5 : abduction et rotation externe de l'épaule; flexion du coude, C6 : extension du poignet, C7 : extension du coude et flexion du poignet, C8 : extension du pouce et flexion des doigts, T1 : abduction des doigts, L2 : flexion de la hanche, L3 : extension du genou, L4 : flexion dorsale de la cheville, L5 : extension du gros orteil, S1 : flexion plantaire de la cheville, S4 : innervation vésicale et rectale.

- L2 = flexion de la hanche
- L3 : Extension du genou
- L4 : Tibialis Anterior / dorsiflexion de la cheville
- L5 : Extensor Hallucis Longus / Extension du gros orteil
- S1 : Muscles du mollet / Demandez au patient d'effectuer une élévation du mollet (plusieurs fois).

Reflexe

- Patellaire :L3+L4
- Achilleen :S1

Dermatome



6. Douleur facettaire

Test du quadrant ou de kemp : patient debout. Va en extension puis inclinaison et rotation homolat.

Description

- Le patient peut être debout ou assis
- L'examineur place une main sur la colonne vertébrale du patient, l'autre sur l'épaule controlatérale
- Le patient se penche en arrière de l'examineur, puis est tordu en flexion vers l'avant et finalement ramené en flexion latérale et en extension.
- Un test positif est une douleur dans le bas du dos
 - Le même côté suggère une étiologie facettaire
 - Une douleur irradiante suggère une étiologie radiculaire nerveuse
 - La douleur du côté controlatéral suggère une tension lombaire



Position de départ et d'arrivée du test de Kemp ^[1]

7. Contrôle moteur

- Quick test (viens s'accroupir et 3 ou 4 rebonds= test arti périphérique)
- Trendelenburg modifié (se met sur un pied et monte 5 fois sur pointe de pied= regarde crête iliaque control at.
- Squat profond

8. Instabilité

Test extension passive : patient sur le ventre soulève les pieds Mi tendues de 30 cm avec traction douce

Test d'instabilité : en bord de table bassin en dehors et pieds au sol ; appuie sur les vertèbres si dlr on demande au patient de décoller Mi tendue les pieds du sol. On réappuie +si dlr augmente.

9. SIJ

- Test de compression

Test de Compression (sacro-iliaque)

Autres dénominations : *Test d'ouverture postérieure*

Structures / Pathologies ciblées :

- Dysfonction Sacro-Iliaque ou Ilio-Sacrée

Procédure :

Le patient est en décubitus latéral, sur le côté controlatéral, membres inférieurs fléchis. Le thérapeute applique une pression dirigée vers le sol en regard de la crête iliaque du côté à tester. Selon les auteurs, il applique cette force avec la paume de ses mains ou à l'aide de la face dorsale de son avant-bras.



Interprétation :

Le test est considéré comme positif si :

- Le test reproduit la douleur du patient en regard de l'articulation sacro-iliaque.

Validité :

Valeur diagnostique

Auteurs	Sensibilité	Spécificité	RV+	RV-
Laslett et al. ¹	69%	69%	2.23	0.45
Han et al. ²	49%	72%	1.79	0.74

- Test de distraction

Test de Distraction (sacro-iliaque)

Autres dénominations : Test d'ouverture antérieure

Structures / Pathologies ciblées :

- Dysfonction Sacro-Iliaque ou Ilio-Sacrée

Procédure :

Le patient est allongé sur le dos. Le thérapeute place les paumes de ses mains en regard des épines antéro-supérieures du patient, en croisant les bras. Il effectue une pression dirigée vers le sol et l'extérieur de manière à "ouvrir" le bassin du patient.



Interprétation :

Le test est considéré comme positif si :

- Le test reproduit la douleur du patient en regard de l'articulation sacro-iliaque.

Validité :

Valeur diagnostique

Auteurs	Sensibilité	Spécificité	RV+	RV-
Laslett et al. ¹	60%	81%	3.16	0.49
Han et al. ²	42%	80%	2.18	0.73

Que signifient ces chiffres

• Test de cisaillement postérieur

Test de cisaillement postérieur

Autres dénominations : *Posterior Shear (POSH) Test, Thigh Trust Test*

Structures / Pathologies ciblées :

- Dysfonction Sacro-Iliaque ou Ilio-Sacrée

Procédure :

Le patient est allongé sur le dos. Le thérapeute place le membre inférieur à tester à 90° de flexion de hanche, genou fléchi. Il amène la hanche en adduction horizontale jusqu'à ce que le genou se retrouve en regard de la ligne médiane du patient. Le thérapeute place une main en contre-appui entre le sacrum et la table, puis applique une force dirigée vers le sol dans l'axe du fémur à l'aide de son autre main.



Interprétation :

Le test est considéré comme positif si :

- Le test reproduit la douleur du patient.

La localisation de la douleur indique au thérapeute l'origine de la lésion (Sacro-iliaque ou coxo-fémorale)

Validité :

Valeur diagnostique

Auteurs	Sensibilité	Spécificité	RV+	RV-
Dreyfuss et al. ¹	36%	50%	0.72	1.28
Laslett et al. ²	88%	68%	2.75	0.18
Han et al. ³	54%	53%	1.13	0.91

- Sacral thrust test

Sacral Thrust Test

Autres dénominations : *Test de compression du sacrum*

Structures / Pathologies ciblées :

- Dysfonction Sacro-Iliaque ou Ilio-Sacrée

Procédure :

Le patient est allongé sur le ventre. Le thérapeute superpose ses mains en regard du sacrum du patient, et exerce une force dirigée vers le sol.



Des variations dans la littérature proposent d'appliquer cette force alternativement sur chaque épine iliaque postéro-supérieure afin de déterminer le côté de la lésion.

Interprétation :

Le test est considéré comme positif si :

- Le test reproduit la douleur du patient en regard de l'articulation sacro-iliaque.

Validité :

Sensibilité / Spécificité

Auteurs	Sensibilité	Spécificité	RV+	RV-
Laslett et al. ¹	63%	75%	2.52	0.49
Han et al. ³	57%	49%	1.13	0.87

A quoi correspondent ces chiffres

- Test de gaenslen

Test de Gaenslen

Structures / Pathologies ciblées :

- Dysfonction Sacro-Iliaque ou Ilio-Sacrée

Procédure :

Le patient est allongé sur le dos. Il saisit son genou controlatéral au côté à tester, et l'amène vers son tronc, en flexion de hanche maximale. Le thérapeute place le membre inférieur à tester en dehors de la table, pour l'amener en extension maximale de hanche. Il applique ensuite une force dirigée vers le sol sur la face antérieure de la cuisse pour augmenter l'extension de hanche, tout en majorant la flexion de hanche sur le côté controlatéral.



Interprétation :

Le test est considéré comme positif si :

- Le test reproduit la douleur du patient en regard de l'articulation sacro-iliaque.

Validité :

Valeur diagnostique

Auteurs	Sensibilité	Spécificité	RV+	RV-
Dreyfuss et al. ¹	71%	26%	0.96	1.12
Laslett et al. ²	53%	71%	1.83	0.66
Han et al. ³	48%	48%	0.85	1.12

10. Autres tests

- Test de centralisation : fais des extensions sur le ventre (10 à 20) et réévalue les douleurs Il doit y avoir une diminution topographique et/ou intensité des douleurs. Syndrome discal.
- Test rénal : repère dernière cote et viens taper sur cote. + si reproduction symptôme

11. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Maladie Arterielle peripherique : douleur brulure dans les MI aggravé à l'effort, perte de puissance, soulagé au repos
- Syndrome douloureux du grand trochanter : douleur proximale et latérale de hanche. Douleur à l'appui(dormir sur le coté) et à la montée des escaliers
Cluster de Grimaldi 6 tests : Douleur à la palpation ; FADER ou FADER-R, SLS test (single leg stance) ; ADD ou ADD-R
- Arthrose de hanche : douleur aine fesse face ant cuisse et genou. Raideur matinale, boiterie.
C-sign, perte de rotation interne, FABER test +
- Necrose avasculaire de la hanche
- Neuropathie peripherique
- Inflammatoire cause metabolique : ANTCD +++

➤ RED FLAG

Trauma violent, chute de sa hauteur

Dlr constante progressive non mécanique

Douleur thoracique

Antcd carcinome stéroïdes systémiques toxicomanie VIH

Perte de poids inattendue

Systématiquement malade

Restriction sévère et persistante de la flexion lombaire

Syndrome neuro répandue

Déformation

Sang dans les urines ou selles

Si vitesse sédimentation > 25 radio pour vérifier collapsus vertébral ou destruction osseuse

➤ SYND QUEUE DE CHEVAL

Difficulté à la miction

Perte du tonus sphincter anal ou incontinence

Anesthésie en selle autour anus périnée et organe génitaux

Faiblesse motrice généralisée (> 1 racine)

Diminution sensibilité

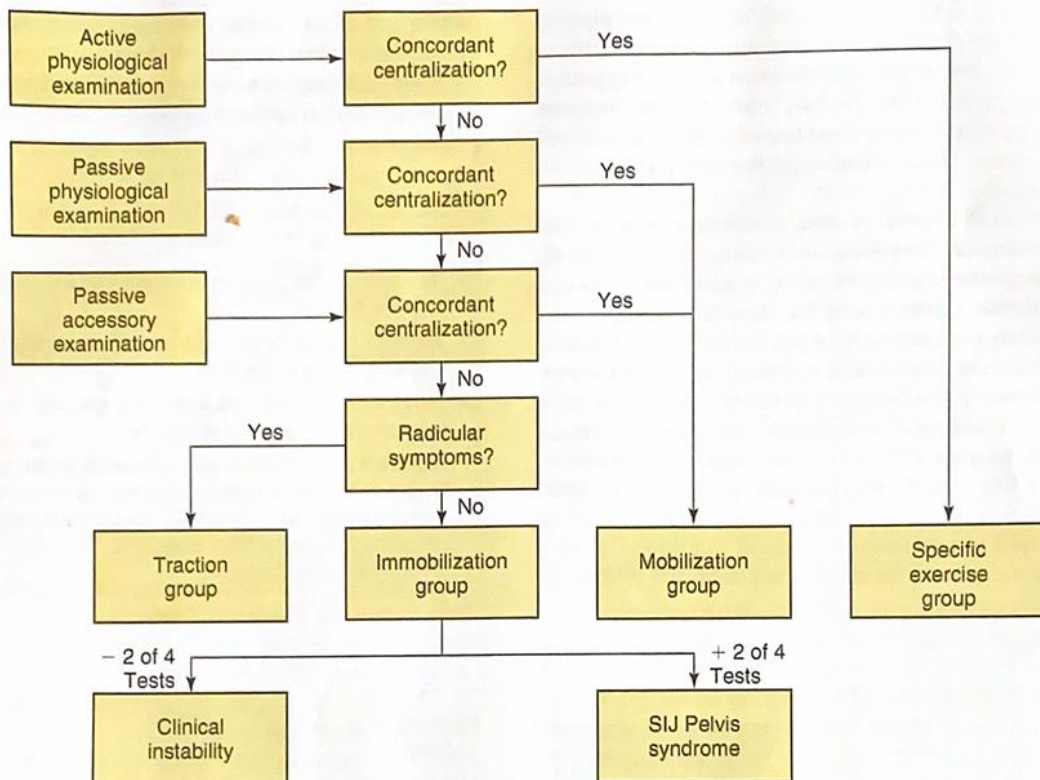
➤ PATHO INFLAMMATOIRE (SPA OU ASSOCIE)

Apparition progressive avant 40 ans
 Raideur matinale +++
 Limitation mouvement de la colonne dans toutes les directions
 Implication articulation périphérique
 Iritis psoriasis colite écoulement urétral
 Génétique

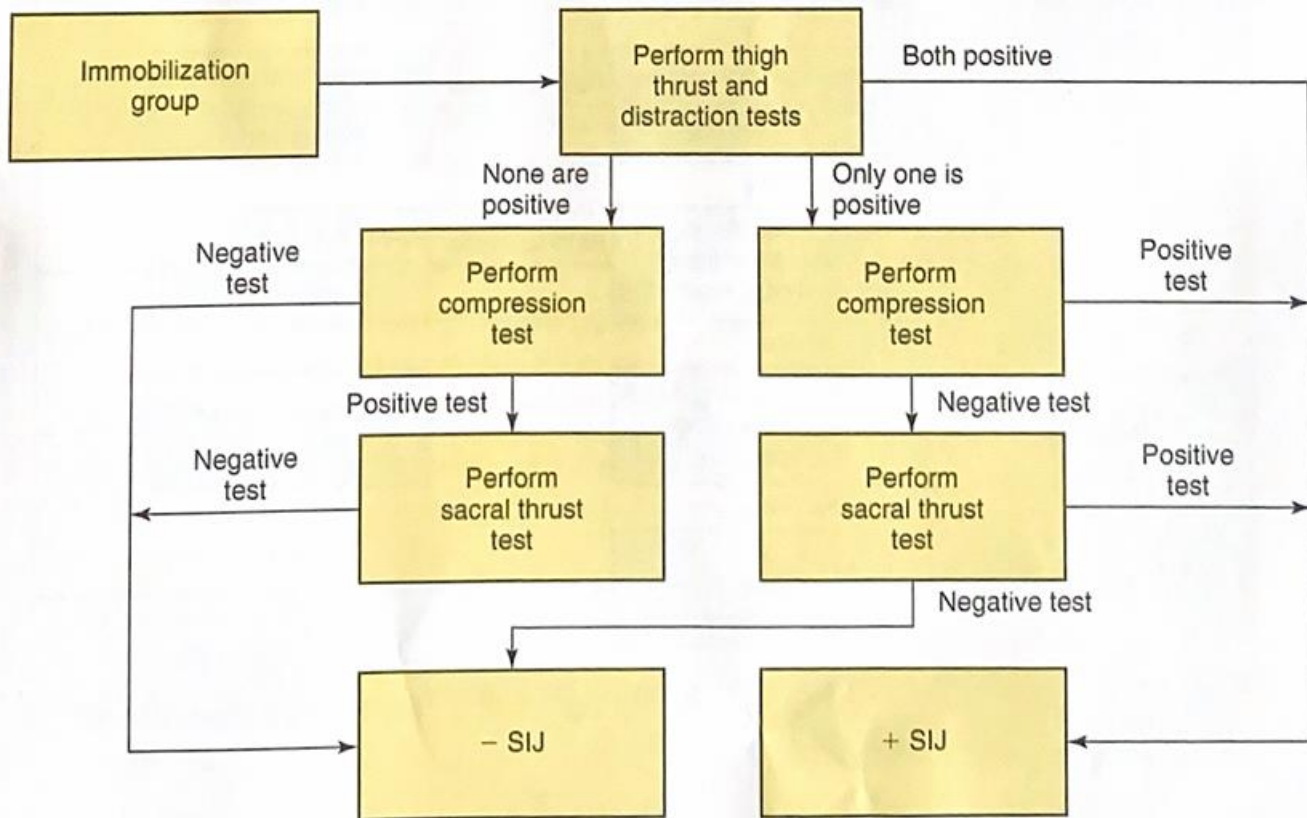
➤ STENOSE LOMBAIRE :

- Symptôme bilatérale
- Douleur distale MI > dlr prox lombaire
- Douleur debout et à la marche
- Dlr diminué en position assise
- Age > 48 ans

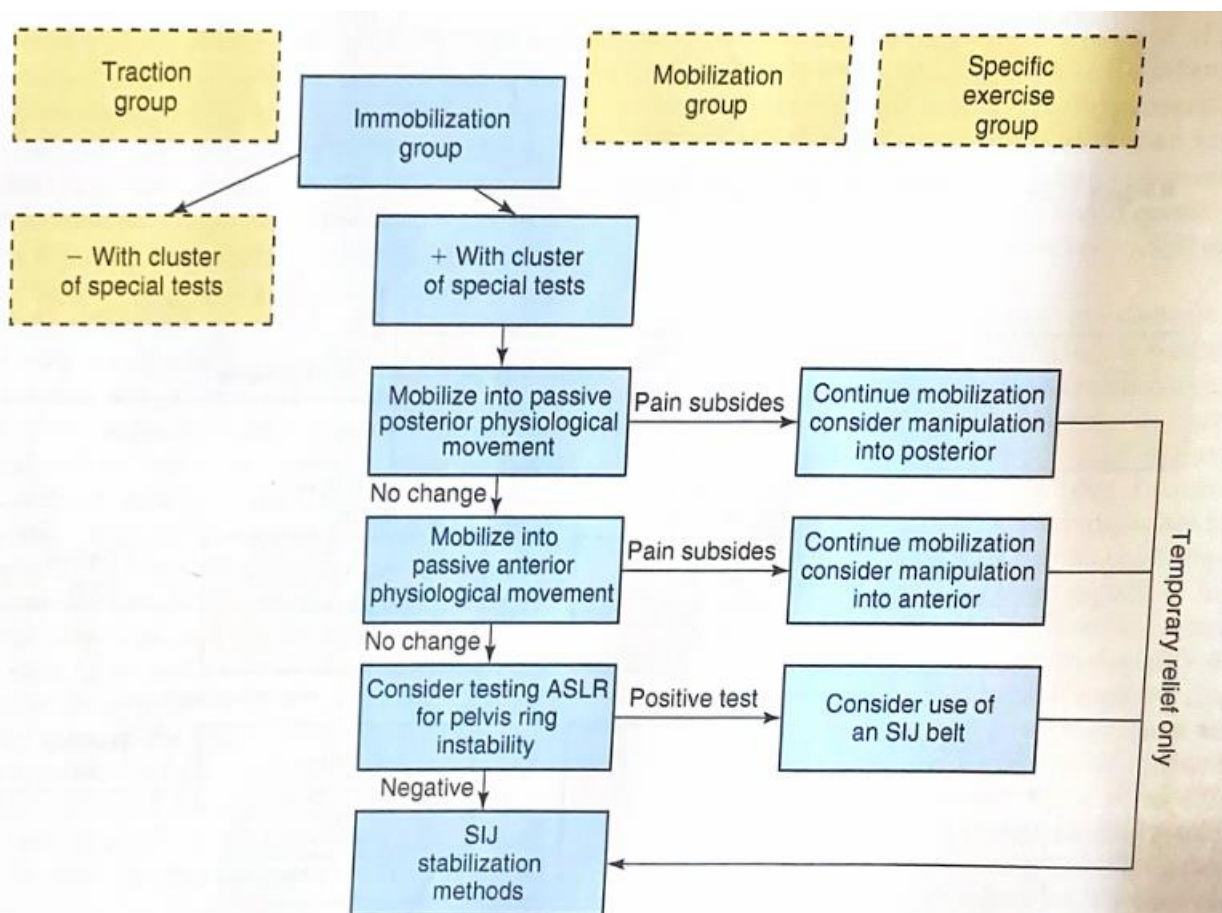
ALGORYTHME



■ Figure 11.24 Examination Algorithm for SIJ/Pelvis



■ **Figure 11.25** Laslett's Special Testing for Ruling in the Presence of SIJ Dysfunction



■ **Figure 11.26** Treatment Decision-Making Component of SIJ Treatment

CLASSIFICATION	ANTECEDENTS ET OBSERVATIONS CLINIQUES	APPROCHE THERAPEUTIQUE
EXERCICES -Syndrome d'extension -syndrome de flexion -Syndrome en latéral shift	• Patient en extension • Flexion lombaire aggrave la douleur • Douleur centralisée durant l'extension • Douleur et périphérisations durant la flexion • Posture en flexion • Activité en extension déclenche des douleurs • Symptômes centralisés en flexion lombaire • Douleur et périphérisations durant l'extension • Epaule en dehors de la ligne du pelvis dans le plan frontal • Colonne fléchit latéralement ce qui limite les tests lombaires • Réductible ou non réductible • Symptôme centralisé par la translation pelvienne (force de cisaillement)	Mettre l'accent sur les exos d'extension et éviter la flexion. Exercice en flexion Evite l'extension Exercice de translation
MOBILISATION -Mobilisation lombaire -Mobilisation Sacro-iliaque	• Douleur lombaire local, unilatéral • Pattern d'ouverture évident durant les tests lombaires • Pattern de fermeture évident durant les tests lombaires • Douleur locale EIPS, fesse et face latéral cuisse • 80% tests sacro-iliaques positifs	Mobilisation/manipulation lombaire Exercice d'amplitude lombaire Manipulation sacro iliaque Travail musculaire Exercice de mobilité
INSTABILITE	• Episodes répétées de douleur lombaire avec peu de perturbation • Historique de trauma • Laxité ligamentaire • Test d'instabilité en flexion lombaire(SI)	Exercices de renforcements musculaires
TRACTION -Syndrome de traction -lateral shift syndrome	• Signes et symptômes de compression du nerf • Pas de centralisation • Epaule en dh de la ligne plane frontal • Inclinaison limité d'un côté pendant test lombaire • Aggravation du patient en translation pelvienne	Traction intermittente Auto traction Auto traction

PRISE EN CHARGE

A. ANTALGIQUE

- a/ Médicamenteux AINS antalgique...
- b/ Massage
- c/ Ceinture lombaire
- d/ Puncture sèche

Avec ou sans neuromodulation (passage courant TENS freq 2hz pdt quelque sec

- e/ EPI (Electrolyse percutanée intratissulaire

Courant galvanique de faible intensité

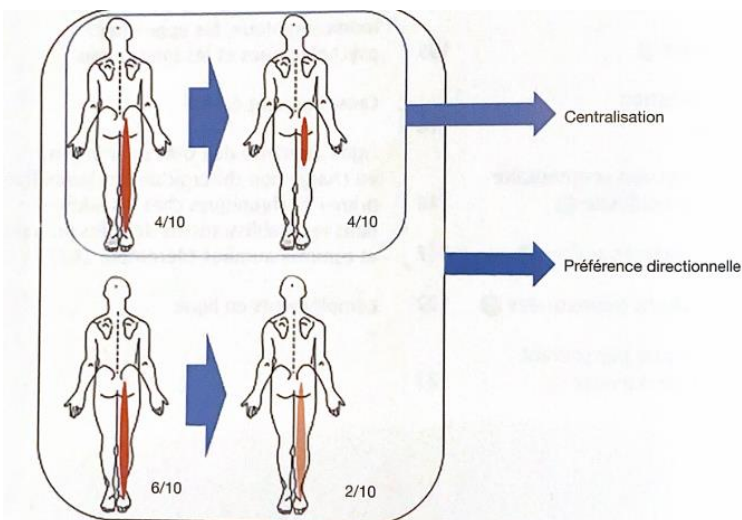
- f/ TNP (Thérapie par neuromodulation percutanée)

Stimulation d'un nerf périphérique à l'aide d'aiguille

- g/ Education thérapeutique et conseil

B. SYNDROME DE DERANGEMENT :

Centralisation ; préférence directionnel



Préférence directionnelle (MABEAU B, DENEUVILLE JP, SAGI G)

- Au début il est conseillé de travailler dans la préférence directionnelle et en décharge.

Si radiculopathie associée avec flossing (neuro méningée mais apparait avec la chronicisation.

Modifie force puis direction.

Réintroduit la direction algique progressivement en alliant préférence directionnelle.

Puis renforcement pour stabiliser

i. PREFERENCE DIRECTIONNELLE EXTENSION



ii. PREFERENCE DIRECTIONNELLE FLEXION



iii. SHIFT LATERAL



C. THERAPIE MANUELLE :

Manipulation :

- Mise en tension des tissus autour de l'articulation avec ou sans bras de levier
- Impulsion HVLA (haute vélocité à basse amplitude)

1) TECHNIQUES INDIRECTES

Contracter relacher :

- Carré des lombes
- Psoas

- Diaphragme
- ADD
- ...

2) MOBILISATIONS

ASSIS :

- Extension /flexion
- Rotation
- Inclinaison



- costale

Decubitus latéral :

- Flex/ext
- Rotation
- Inclinaison



Decubitus ventral et dorsal



3) MANIPULATION

Contre indication :

Contre-indications absolues :

Fractures. Ostéoporose et autres

pathologies métaboliques osseuses entraînant un risque de fracture (Osteogenesis imperfecta, maladie de Paget, ostéomalacie, maladie de Lobstein etc..)

Infection du rachis (Maladie de Pott, ostéomyélites, abcès du rachis, méningite)

Néoplasie (métastase ostéolytiques).

Atteinte locale liée à un processus inflammatoire Insuffisance vertébro-basilaire, en particulier chez des patients atteints d'artériosclérose ou d'hypertension artérielle.

Anévrisme aortique

Syndromes de compression de la moelle épinière et de queue de cheval.

Syndrome radiculaire déficitaire*

Spondylolisthesis avec instabilité significative (grade 2, 3, 4) et conflit radiculaire.

Myélopathies

État général déficient (cachexie, insuffisance cardiaque grave)

Hypertension maligne, etc.).

Si patient ne veut pas être manipulé

*Seuls les segments atteints sont contre-indiqués à la manipulation à haute vélocité

Contre-indications relatives :

Dosage de l'intervention et de la technique choisie (ostéoporose, âge avancé, grossesse, maladie de Bechterew selon le degré d'activité inflammatoire, dysplasies de la région atlanto-occipitale, etc.).

Non-indications : Identification d'une non-indication afin d'éviter des complications pouvant résulter de l'omission de référer le patient pour un traitement adéquat.

ROLL LOMBAIRE ; L2 S1, Sacro iliaque



FIGURE 17-9 **A**, Manipulation of the L4-L5 segment on the right. The patient is in a left side-lying position and the thrust is delivered through the clinician's left arm. **B**, Mobilization of L4-L5 for a left opening restriction. The patient is in a right side-lying position. Mobilization is delivered through the clinician's hands and forearms. **C**, Mobilization of L4-L5 for a right closing restriction. The patient is in a left side-lying position. Mobilization is delivered through the clinician's right hand and forearm. **D**, Manipulation of the left sacroiliac region. The patient is in a left side-bending position with right rotation. Manipulation is delivered through the patient's left anterior superior iliac spine.

DOG Technique :



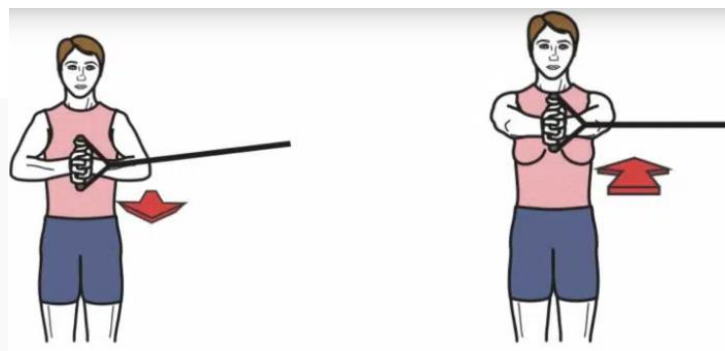
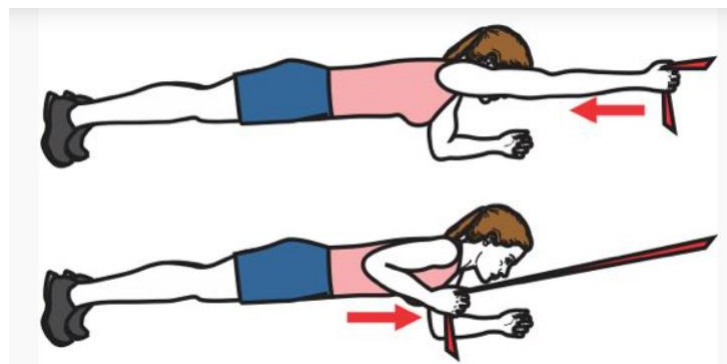
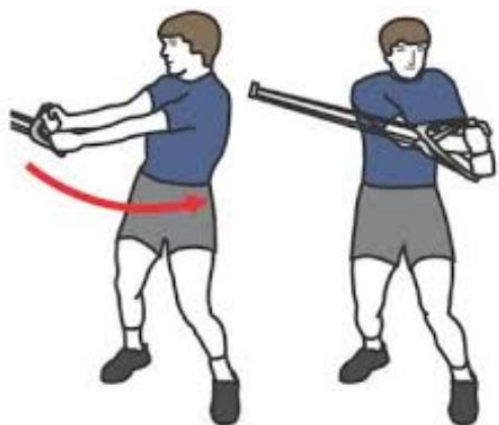
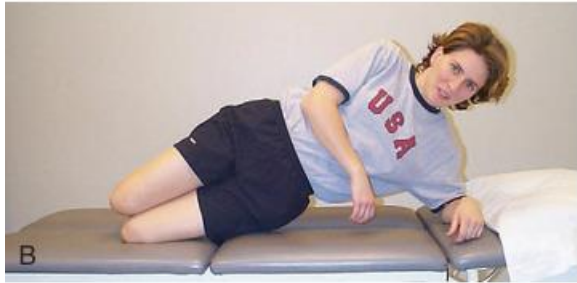


Position assise



D. INSTABILITE

Travail de renforcement, schéma moteur





E. TRACTION

- Technique de décompression segmentaire (COX) (Dr James COX)

Traction longitudinale et axiale manuelle ou mécanique

En cas de radiculopathie traction dans l'axe vertèbre avec 15° de flexion. Flexion distraction.

- Technique de décompression segmentaire associée à une injection épidurale

Infiltration épidurale d'un mixte de corticoïdes et d'anesthésiant suivie de 15 à 60min de manipulation, flexion distraction et neuro mobilisation