

A. Préambule

Nous classerons le véritable lumbago aigu en 3 catégories sachant qu'ici nous n'aborderons pas encore le lumbago sur discopathies dégénératives ou hernies qui sera vu avec le plexus sacral.

Le lumbago aigu peut survenir soit sur une troisième vertèbre lombaire (L3) ou encore sur une quatrième ou cinquième vertèbre lombaire (L4 ou L5). Le lumbago n'affecte qu'une seule vertèbre.

Le lumbago sur la troisième vertèbre lombaire ne s'accompagne pas d'une scoliose antalgique, le sujet est droit et montre spontanément le côté de la rotation postérieure de la vertèbre en lésion.

Le lumbago sur la quatrième ou cinquième vertèbre lombaire s'accompagne toujours d'une scoliose antalgique, le sujet est penché en avant et présente une scoliose antalgique (baïonnette) liée à une contracture du carré des lombes et à une tension excessive du muscle psoas. Cette affection est très invalidante.

B. Définition de base

Le lumbago correspond à une extension de vertèbre lombaire dans un groupe lombaire en flexion.

C. Règle de base

La lésion de latéralité de la vertèbre prime toujours sur la lésion de rotation postérieure.

D. Tests de base

a. Le test de la latéralité

On demande au sujet debout de s'incliner à droite puis à gauche, l'impossibilité de l'inclinaison ou la douleur donnera la latéralité de la vertèbre en extension.

b. Le test de la rotation postérieure

On demande au sujet de se pencher en avant par une flexion antérieure du tronc de 20° environ.

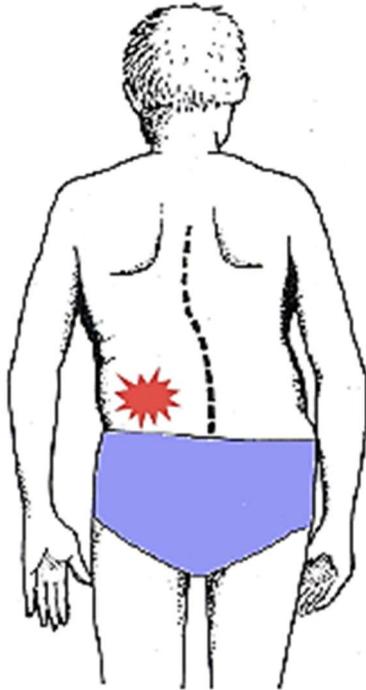
Le praticien positionne alternativement lors de cette flexion antérieure du tronc un pouce sur la transverse de la 5° lombaire du sujet côté droit par exemple et un pouce sur la 4° lombaire du sujet côté gauche et exerce une pression soutenue : le côté douloureux ou sensible donne l'étage de la vertèbre en lésion.

En cas de non-réponse, le praticien inverse la position de ses deux pouces.

E. Tests de base

La lésion de L4 s'observe du côté de la contracture du carré des lombes (image gauche ci-après).

La lésion de L5 s'observe du côté opposé de la contracture du carré des lombes (image de droite ci-après).



Dans 50% des cas, la déviation s'observe du côté de la lésion

La lésion de L4 s'observe du côté de la contracture du carré des lombes (image gauche)



Dans 50% des cas, la déviation s'observe du côté opposé à la lésion

La lésion de L5 s'observe du côté opposé de la contracture du carré des lombes (image droite)

Remarques très importante :

Le lumbago correspond à une extension de vertèbre lombaire dans un groupe lombaire en flexion.

Une vertèbre en extension lombaire ostéopathique se définit par son processus épineux regardant en direction céphalique.

Une vertèbre en flexion lombaire ostéopathique se définit par son processus épineux regardant en direction caudale.

ÉTUDE CLINIQUE 

A. Préambule

Cette affection lombaire est très commune, son pronostic est généralement favorable. Le lumbago aigu se définit comme une lésion de la région lombaire très invalidante et spontanée.

B. Conditions de survenue

Il survient le plus souvent après un effort ou un faux mouvement, parfois sans cause déterminante.

C. Douleur

La douleur est très vive et exacerbée par le moindre mouvement. Lorsque la survenue est brutale, le patient reste figé sur place, souvent courbé en deux, toute tentative de mouvement provoque une violente douleur.

D. Formes cliniques et observations

Si le lumbago est subaigu le sujet se déplace en bloc, avec prudence, penché en avant. La région lombaire est raide et le bassin souvent déjeté sur le côté par l'attitude antalgique. Toux ou éternuement déclenche une vive douleur. Ces lumbagos s'accompagnent d'une scoliose antalgique généralement très marquée, parfois aussi elle peut être discrète ne se révélant qu'en flexion antérieure du tronc. Cette attitude en hallebarde provoque une douleur unilatérale souvent irradiante à l'autre côté.

E. Examen palpatoire

L'examen palpatoire se fait, patient assis ou debout, rarement en procubitus pour des raisons d'hyperalgie.

Le praticien constate une souffrance d'un étage lombaire L5-S1 ou L4-L5, plus rarement L3- L4.

La présence de la déviation en hallebarde indique un spasme du carré des lombes côté lésion pour L4/L5 ou côté opposé L5/S1

Le lumbago se fait sur la 4° ou 5° vertèbre lombaire, ici il y a une scoliose antalgique.

F. Examen palpatoire

L'examen palpatoire se fait, patient assis ou debout, rarement en procubitus pour des raisons d'hyperalgie.

Le praticien constate une souffrance d'un étage lombaire L5-S1 ou L4-L5, plus rarement L3- L4.

La présence de la déviation en hallebarde indique un spasme du carré des lombes côté lésion pour L4/L5 ou côté opposé L5/S1

Le lumbago se fait sur la 4° ou 5° vertèbre lombaire, ici il y a une scoliose antalgique.

249 - NORMALISATION DU LUMBAGO AIGU L5



L4 ou L5 en lésion d'extension et rotation postérieure droite

Deux cas de figure vont se présenter afin que vous puissiez parfaitement définir l'étage de la lésion et son historique

A. Premier cas possible

- Le sujet est "bloqué" en avant, le bassin est décalé. Le sujet avance en crabe et ne peut se relever. La douleur est violente mais le patient ne peut localiser parfaitement le côté lésionnel (côté de la rotation postérieure et de la latéralité de la vertèbre).

- L'inclinaison à droite est difficile mais possible, l'inclinaison à gauche est impossible. Réaliser le test de latéralité, de rotation postérieure et confirmer par celui du carré des lombes. Lésion ici **d'extension de L 4 ou L5 à gauche dans un groupe en flexion à droite**. Nous avons ici **2 latéralités** d'ou grande douleur.

B. Deuxième cas possible

- Le sujet est "bloqué" plutôt en avant mais peut se relever un peu. La douleur est violente mais le patient peut localiser parfaitement le côté lésionnel (cote de la rotation postérieure et de la latéralité de la vertèbre).

- L'inclinaison à droite est possible, l'inclinaison à gauche est impossible. Réaliser le test de latéralité, de rotation postérieure et confirmer par celui du carré des lombes. Lésion ici **d'extension de L4 ou L5 à gauche dans un groupe en flexion à gauche**. Nous avons ici **une seule latéralité**, douleur moindre

C. Technique CORRECTRICE

a. Premier temps

Le praticien se place en position controlatérale par rapport à la lésion et effectue une rotation du sujet vers lui.

b. Deuxième temps

Le praticien procède à une décoaptation lombaire et truste avec son épaule dans le sens de la correction. Le praticien peut s'aider du talon de la main afin de corriger la lésion lombaire.

