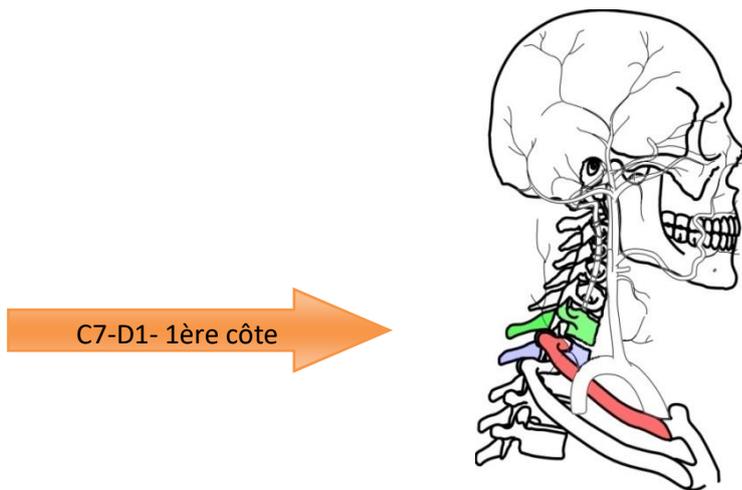
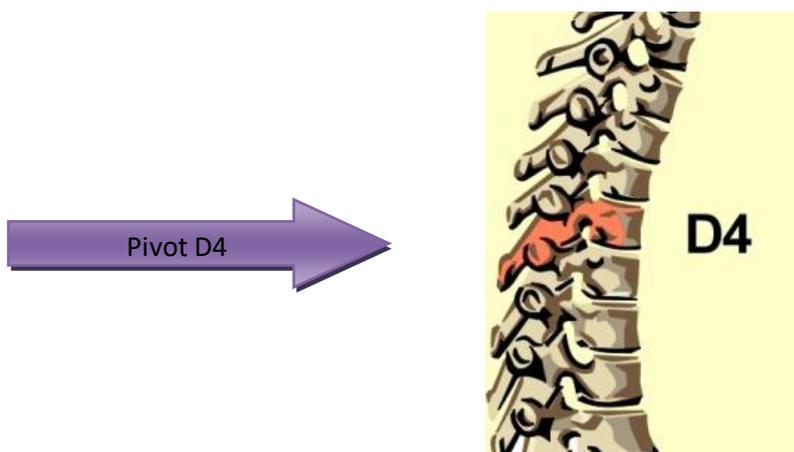


ABORD OSTÉOPATHIQUE DES DORSALGIES HAUTES EN QUELQUES IMAGES COMMENTÉES

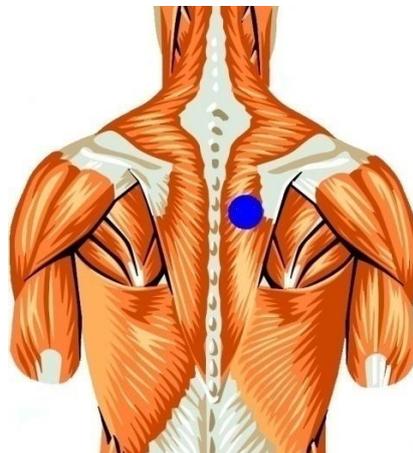
Les dorsalgies hautes communes sont liées à deux types de dysfonctions mécaniques :



Soit une dysfonction de la charnière cervico-dorsale : C7-D1- 1^o côte,



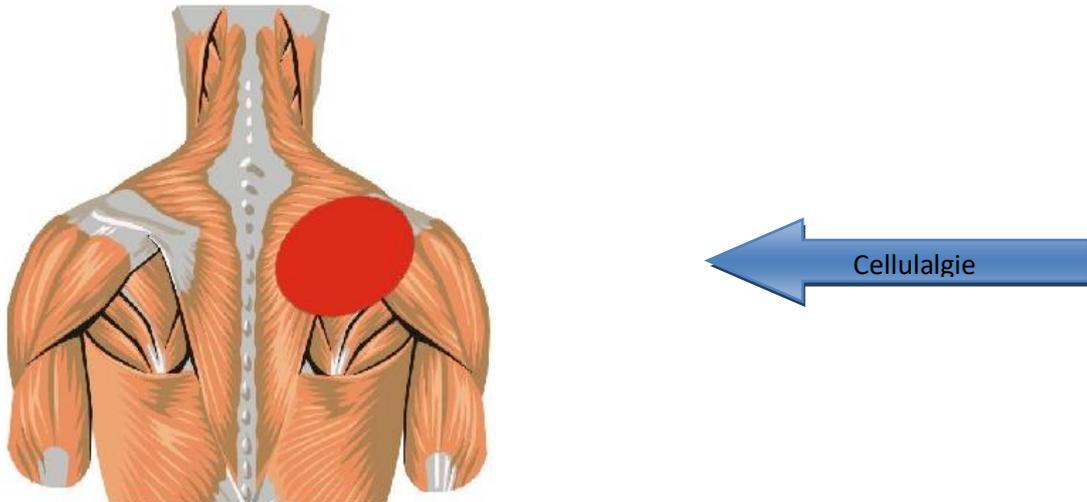
soit une dysfonction de la zone pivot D4.



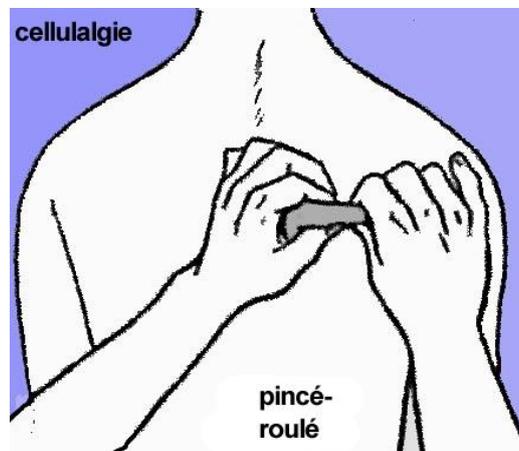
Cliniquement, la douleur spontanée siège typiquement dans la **zone inter-scapulo-vertébrale**. Presque toujours unilatérale, la douleur est souvent ponctuelle, para-vertébrale, un peu en dehors de D4 ou D5.



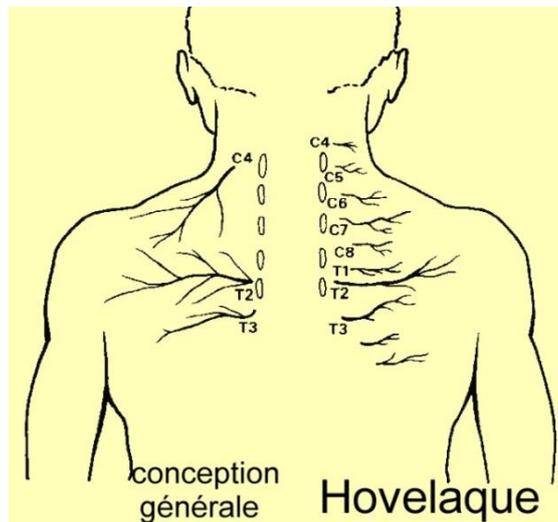
L'examen clinique retrouve le point douloureux par une palpation verticale de la zone para-vertébrale. Si la dysfonction est cervico-dorsale, il s'agit d'un point cellulalgique.



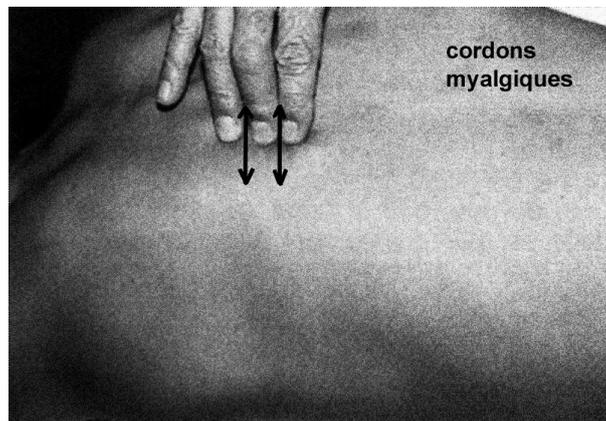
En effet, cette dysfonction va déterminer la constitution d'une zone de **cellulalgie** s'étendant en haut et en dehors du point douloureux para-vertébral et s'étendant jusqu'à l'acromion.



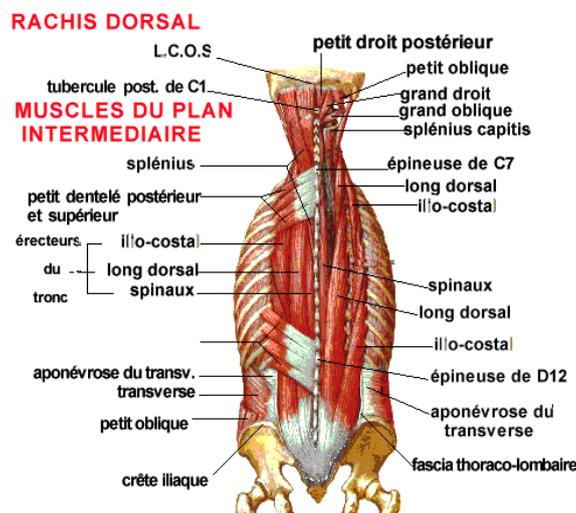
Cette cellulalgie est mise en évidence par la manœuvre du pincé-roulé, qui reproduit la douleur. Le tissu sous-cutané est oedémateux et infiltrée dans un dermatome bien précis.



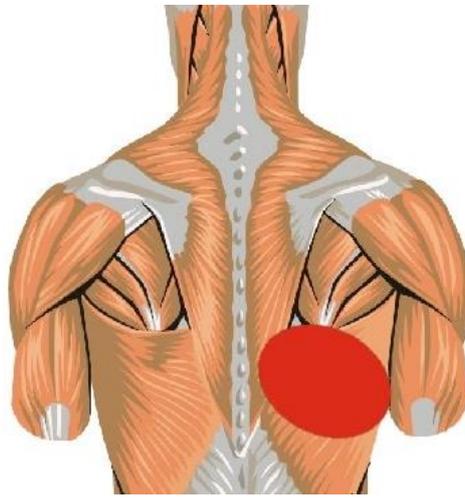
Les travaux de Maigne, qui a décrit cette symptomatologie clinique, et des anatomistes ont permis d'impliquer la responsabilité de l'irritation d'une des branches postérieures des nerfs thoraciques, tout en montrant d'importantes variations individuelles. La branche postérieure de T2 semble toutefois jouer un rôle prépondérant.



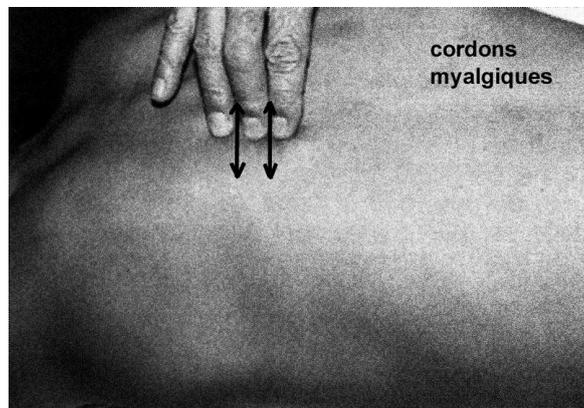
Autre signe clinique, la palpation transversale plus profonde de la couche musculaire spinale retrouve très souvent un ou plusieurs **cordons myalgiques** situés dans le même métamère (myotome).



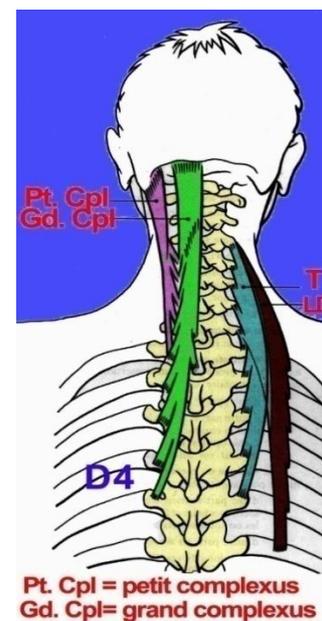
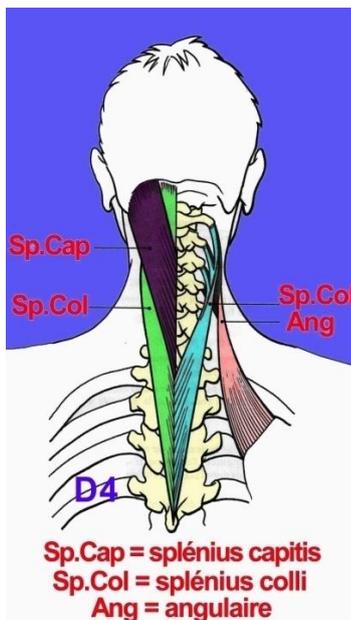
Ces cordons myalgiques sont situés dans l'un des muscles spinaux : épi-épineux, long dorsal ou ilio-costal, entre D1 et D4.



Lors d'une dysfonction D4-D5, la douleur spontanée siège également en dehors de l'épineuse de D4, mais il s'agit ici d'un point douloureux articulaire postérieur. L'examen clinique révèle en outre une zone de **cellulalgie** qui, ici, est décalée vers le bas et s'étend sur la région latéro-thoracique, jusqu'au niveau D8.



De même, des **cordons myalgiques** peuvent être retrouvés, également plus bas, entre D4 et D8



Outre sa situation sur les lignes de force, bien décrite par Littlejohn et Wernham, D4 apparaît comme un carrefour recevant de nombreuses insertions musculaires : muscles des chaînes postérieures du rachis cervical (splénius, complexus...) et du rachis dorsal, fixateurs des omoplates (rhomboïdes), ce qui lui confère un rôle majeur de **pivot ostéopathique**.

Orienté par cette approche sémiologique, l'abord thérapeutique ostéopathique d'une dorsalgie commence toujours par le traitement des **tissus mous péri-articulaires** (Traitement Général Ostéopathique) qui permet de retrouver et de traiter les tensions musculo-aponévrotiques.



Etirements latéraux rythmiques des spinaux



Mobilisations omo-thoraciques

Etirements des rhomboïdes



Traitement « artriculaire » en extension dorsale

Traitement « artriculaire » en rotation

Le **diagnostic ostéopathique palpatoire de la dysfonction** mécanique découle des **tests de mobilité articulaires** qui permettent de définir le type de restriction de mobilité. Ces tests n'utilisent pas la douleur provoquée, qui n'est qu'un élément d'orientation.



Test de mobilité en flexion



Test en extension



Test en inclinaison latérale



Test en rotation

Voici quelques exemples de **techniques de correction structurelles** pouvant être utilisées pour le traitement ostéopathique local de la dysfonction diagnostiquée précédemment.

Techniques pour une dysfonction de la charnière cervico-dorsale



Technique assise pour une lésion de convergence droite de C7-D1



Technique en décubitus ventral (convergence gauche D1-D2)



Technique de « lift » dorsal supérieur en convergence bilatérale

Techniques pour une dysfonction de D4-D5



**Technique « dog »
pour dysfonction D4-D5 en en divergence bilatérale**



**Technique « dog »
pour dysfonction D4-D5 en convergence bilatérale**



Technique de « lift » pour D5-D6 en convergence bilatérale

Notre but n'est pas , par ces quelques images, de faire une présentation complète de la dorsalgie haute mécanique. Il s'agit de montrer que le diagnostic découle de la synthèse entre un interrogatoire, qui précise le type de douleur et un examen clinique rigoureux dont la palpation est l'élément majeur.

Nous avons volontairement laissé de côté dans cette présentation les examens complémentaires (imagerie, biologie) ainsi que le diagnostic différentiel. Ils font bien évidemment partie intégrante de notre pratique quotidienne.

Références :

Certains schémas sont extraits du livre du Pr Robert MAIGNE « Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne » Ed .Expansion scientifique française. D'autres de l'Atlas d'Anatomie de NETTER. Les photos des techniques sont tirées des stages pratiques du G.R.E.M.M.O.

