

PARIS. NANTES

ANALYSE COMPARATIVE DES TESTS DE DYSFONCTIONS SACRO-ILIAQUES

Promoteur :

M. Floréal MEMBRIVE D.O.

Bruxelles

Mémoire Présenté par :

Jean DE WEE et

François-René AUFORT

Pour l'obtention du D.O.

Décembre 2003

Nos remerciements vont à Monsieur Floréal MEMBRIVE qui a accepté de veiller à la bonne exécution de ce travail.

Nous l'avons choisi pour son savoir et son expérience.

Nous ne pouvions être dans de meilleures mains.

Nos remerciements chaleureux vont à Madame Patricia WAUTHIER et Monsieur Angelo GIRARDI qui nous ont montré au cours des années une confiance et une fidélité à toute épreuve.

Ils ont accepté gracieusement de mettre leurs connaissances et leur ordinateur à notre disposition pour l'élaboration et le calcul des pourcentages.

DEDICACE

A nos confrères présents et à venir, et, nous n'oublions pas nos professeurs Jean-Régis GODEFROID (†) et Y. LIGNON, Bernard GABAREL, Michel ROQUES et René BRIEND.

TABLE DES MATIERES

1.	Introduction		
2.	Rappel Anatomique		
3.	Rappel Physiologique		
4.	Les Dysfonctions Iliques		
5.	Les Dysfonctions Sacrées		
6.	Description des tests		
6.1.	Test de flexion debout		T.F.D.
6.2.	Test de Rücklauf	T.R.U.	
6.3.	Test de Downing	T.D.O.	
6.4.	Test des genoux fléchis	T.G.F.	
6.12.	Test des Ilii		
6.5.	Test des genoux en position assise	T.G.A.	
6.6.	Test de latexion en position assise	T.L.A.	
6.7.	Test de flexion en position assise	T.F.A.	
6.8.	Test du rebond		T.R.
6.9.	Test de la jambe courte	T.J.C.	
6.10.	Test respiratoire du sacrum	T.R.S.	
6.11.	Test sacro-iliaque	T.S.I.	
7.	Considérations sur les tests		
8.	Examen de 200 patients		
9.	Etude statistique et Considérations après les études statistiques		
10.	Conclusion		
11.	Bibliographie.		

Annexe 1 : 200 fiches détaillées des cas traités.

SUMMARY

Sacro-iliac joint dysfunctions Tests' assessment

The study covers 200 cases of sacro-iliac dysfunctions.

The reliability of the usually practised tests is taken into account to establish the diagnosis and their comparison with the tests practised in prone position.

A statistical analysis shows evidently that the tests in prone position are more reliable for the osteopath and comfortable for the patient.

RESUME

Analyse comparative des tests de dysfonction sacro-iliaque.

L'étude porte sur 200 cas de dysfonctions sacro-iliaques.

Il est pris en considération la fiabilité des tests habituellement pratiqués pour établir le diagnostic et leur comparaison avec les tests pratiqués en décubitus abdominal.

Une analyse statistique montre à l'évidence que les tests en décubitus abdominal sont plus fiables pour l'ostéopathe et plus confortables pour le patient.

MOTS CLES

Articulation sacro-iliaque

Dysfonction

Tests

Décubitus abdominal

Fiabilité

Précision du diagnostic

Confort

1. INTRODUCTION

Chaque thérapeute manuel reçoit une formation et une information qui visent à être les plus complètes possibles et l'enseignement de l'Ostéopathie présente un éventail de concepts et de techniques.

Sur ces bases, chacun en particulier conduira sa pratique selon ses goûts et ses talents personnels. C'est ainsi qu'il existe des thérapeutes à orientation crânienne, viscérale ou structurelle et dans chaque cas avec des choix particuliers.

Ce préambule justifie que nous avons aussi fait des choix. Ces choix concernent les méthodes d'examen ou d'analyse des dysfonctions articulaires de la ceinture pelvienne.

Déjà au temps de nos études, nous avons constaté des divergences d'un examinateur à l'autre, ce qui ne manquait pas de nous rendre perplexes.

Plus tard, de nombreux patients nous ont fait rechercher des examens faciles, rapides et surtout fiables.

D'autre part, plusieurs patients se trouvent être des personnes âgées, notablement rigides au point de vue articulaire.

Il nous est rapidement apparu absurde de leur faire subir une série de tests au cours desquels nous leur demandons de se tenir debout, assis, couché sur le dos, puis sur le ventre, en position latérale gauche et droite. Ils subissent un désagrément considérable tant en raison de leur âge que de la douleur pour laquelle ils consultent.

C'est la raison pour laquelle nous avons cherché une autre approche, qui est l'objet de notre travail.

Durant nos études à Namur Monsieur René BRIEND, Ostéopathe français, nous a donné un cours sur le diagnostic sacro-iliaque à partir d'une position en décubitus abdominal.

Notre but est donc de réaliser différents tests et de les comparer entre eux.

Cette étude a donc consisté à pratiquer 11 tests différents chez tous les patients afin de trouver la dysfonction recherchée. Nous nous sommes limités à 11 tests pour des raisons pratiques. Certains tests sont effectués le patient en position debout (2), puis en position assise (3), en décubitus dorsal (2) et enfin en décubitus abdominal (4). Le diagnostic étant posé, nous corrigeons la dysfonction et nous constatons si les tests positifs étaient redevenus négatifs.

Cette façon de procéder a permis de mesurer statistiquement la fiabilité de chaque test pour une dysfonction donnée.

L'hypothèse de départ était que les tests en décubitus abdominal sont plus fiables et cette hypothèse s'en est trouvée validée.

L'aspect du confort du patient et, accessoirement, du thérapeute ne sont pas négligeables quand l'un et l'autre sont âgés et peu alertes.

Nous avons commencé par répertorier les examens suivant ce protocole et nous avons étudié 200 cas. L'étude a duré de juin 2001 à décembre 2002.

Tous les cas ont été vus par les deux examinateurs l'un après l'autre et séparément l'un de l'autre. Les résultats ont été comparés et les examens recommencés quand il y avait lieu.

Nous avons évidemment éliminé de notre étude les dysfonctions lombaires. Bien que le patient signale des douleurs dans la même région – il ne peut faire lui-même la différence entre une dysfonction lombaire ou une dysfonction sacro-iliaque.

Notre examen portait donc en premier lieu sur la région lombaire basse afin de l'exclure de notre étude.

Cependant, il s'est trouvé des cas où une fixation lombaire existait conjointement à une fixation iliaque ou sacrée. Ces cas sont signalés sur les fiches individuelles.

Nous ferons état de nos constatations par une analyse statistique.

Le seul critère déterminant est que le patient se présente avec une douleur sacro-iliaque.

Il n'y a aucune autre discrimination d'âge ou de sexe.

Pour la facilité de l'exposé, nous avons adopté les abréviations suivantes :

- | | | |
|-----|-------------------------------------|--------|
| 1. | Test de flexion debout | T.F.D. |
| 2. | Test de Rücklauf | T.R.U. |
| 3. | Test de Downing | T.D.O. |
| 4. | Test des genoux fléchis | T.G.F. |
| 5. | Test des genoux en position assise | T.G.A. |
| 6. | Test de latexion en position assise | T.L.A. |
| 7. | Test de flexion en position assise | T.F.A. |
| 8. | Test du rebond | T.R. |
| 9. | Test de la jambe courte | T.J.C. |
| 10. | Test respiratoire du sacrum | T.R.S. |
| 11. | Test sacro-iliaque | T.S.I. |

2. RAPPEL ANATOMIQUE

Il serait superflu de transcrire l'anatomie descriptive et topographique du bassin ainsi que ses relations les plus proches avec le membre inférieur et la colonne lombaire.

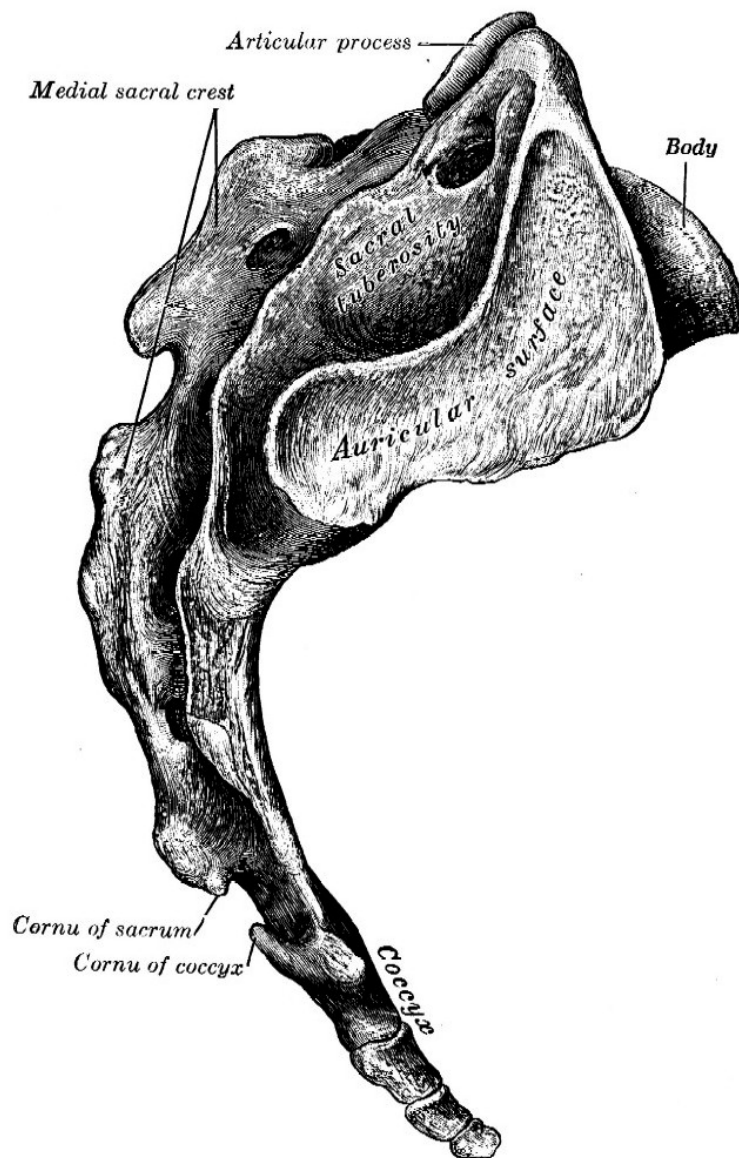
En effet, cette description a été parfaitement réalisée par des anatomistes réputés (Rouvière, Delmas, Gray, Sobota, Bouchet et Cuilleret, Beauthier et Lefevre) que nous avons consultés afin de mettre en évidence quelques points particuliers qui intéressent l'Ostéopathe pour le diagnostic de la dysfonction et de sa correction.

L'articulation sacro-iliaque.

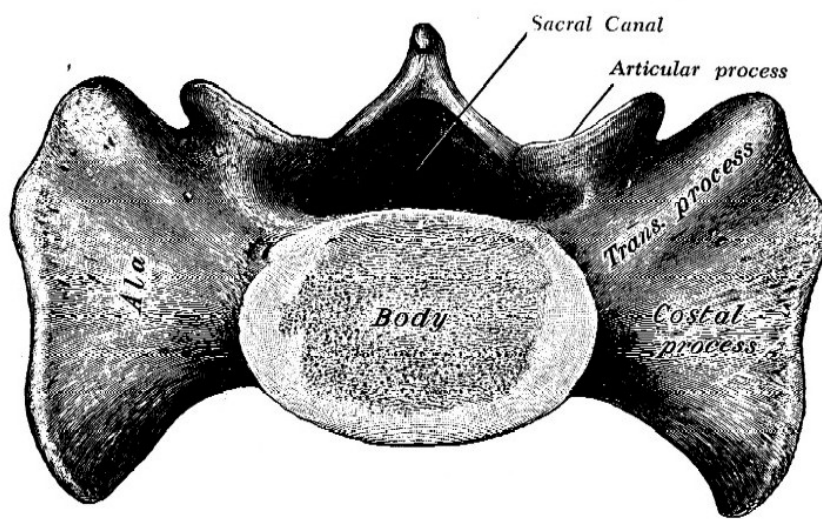
Le rail "creux" au niveau de l'auricule sacré, le rail "plein" au niveau de l'auricule iliaque, d'après Faraboeuf.

Cette disposition est fréquente et favorise les mouvements de l'iliaque. Elle se rencontre dans les lordoses physiologiques et accentuées. Ce n'est pas le cas chez les individus à courbures faibles. Le sacrum est alors fixé comme un coin entre les iliaques et les mouvements sont minimes.

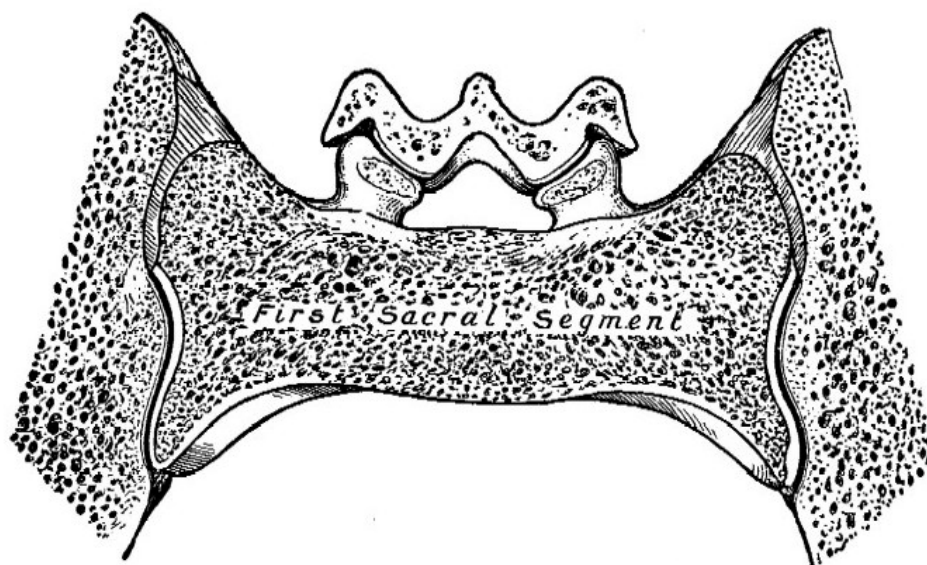
La forme spiralée de l'articulation même – de telle sorte qu'il est impossible de dégager l'entièreté de l'articulation sur un seul cliché radiologique.



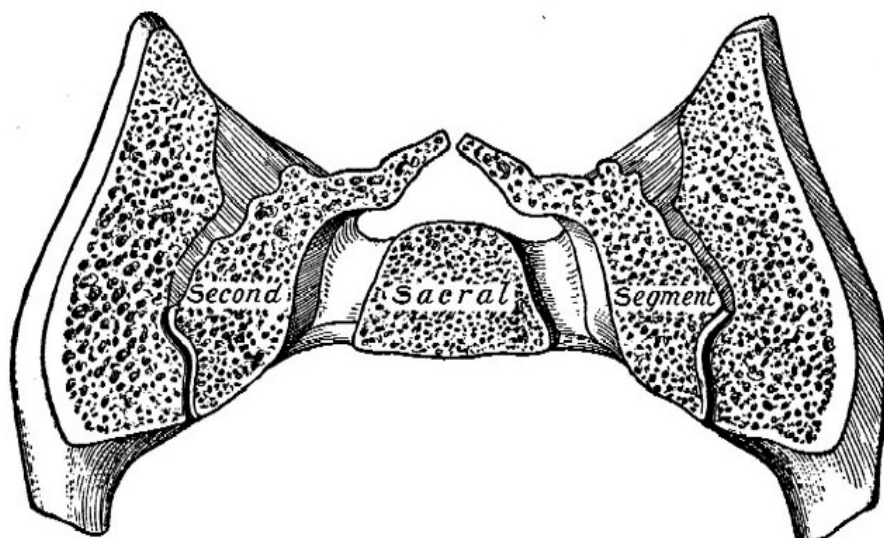
—Lateral surfaces of sacrum and coccyx.



—Base of sacrum.



Coronal section of anterior sacral segment.



—Coronal section of middle sacral segment.



Coronal section of posterior sacral segment.

Les ligaments de l'articulation sacro-iliaque.

Antérieur

Supérieur

Inférieur

Ce sont les freins de la nutation.

Postérieur

Ilio-transversé sacré

Ilio premier conjugué dit ligament axile (axe de nutation)

Ilio deuxième dit ligament de Zaglas

Ilio troisième et quatrième conjugués

Interosseux

Le grand ligament sacro-sciatique

Le petit ligament sacro-sciatique

Les ligaments ilio-lombaires (externes à l'articulation)

Supérieur, de l'apophyse transverse de L4 à l'ilium

Inférieur, portion principale de l'apophyse transverse de L5 à l'ilium

Portion verticale de l'apophyse transverse de L5 au sacrum.



.—The joints and ligaments of the right side of the pelvis. Posterior aspect.

Les muscles en relation avec l'articulation sacro-iliaque.

M. Iliaque

M. Psoas par son insertion

sur le petit trochanter, passe en pont au devant de l'articulation sacro-iliaque et a une action sur le membre inférieur et, ipso facto, sur l'articulation coxo-fémorale.

M. Carré des lombes par son insertion iliaque

M. Transverse de l'abdomen

M. Petit Oblique

M. Grand Oblique par leurs insertions iliaques.

L'articulation coxo-fémorale.

Elle concerne le bassin indirectement car les dysfonctions sacro-iliaques auront une influence sur le fonctionnement de l'articulation coxo-fémorale et inversement.

Nous retiendrons l'architecture propre des travées osseuses de l'os spongieux qui renforcent les structures suivant les lignes de force. Ces dernières passent d'un os à l'autre à travers les articulations et répondent à l'appui au sol et au poids du corps.

Ce système a été mis en évidence par Latarjet et Gallois qui ont décrit :

Un système en ogive (de Gallois et Bosquette),

Un système cotyloïdien,

Un système ischiatique.

L'articulation lombo-sacrée.

- Unit la 5^e lombaire au sacrum.
- Amphiarthrose. Présence d'un disque cunéiforme, plus haut en avant qu'en arrière.
- Articulation peu mobile en inclinaison latérale en raison des ligaments ilio-lombaires. Mobilité en flexion - extension.
- Point faible du rachis. Possibilité de fracture. Spondylolyse avec ou sans spondylolisthésis. Importance du ligament sacro-lombaire pour prévenir ce glissement.
- Transmet le poids du corps au sacrum.

L'articulation de la symphyse pubienne.

- Deux surfaces elliptiques en regard, recouvertes de cartilage.
- Les deux surfaces sont réunies par un ligament interosseux que les anatomistes comparent à un ménisque ou un disque intervertébral.
- Il existe un surtout ligamentaire
 - postérieur,
 - supérieur,
 - antérieur,
 - inférieur ou arqué sous-pubien.

L'articulation sacro-coccygienne.

- Présence d'un disque sans noyau pulpeux.
- Les Ligaments Sacro-coccygiens :
 - antérieur,
 - postérieur,
 - latéraux.
- Les Ligaments Coccygiens :
 - antérieur,
 - postérieur,
 - latéraux.
- Amphiarthrose, aux mouvements limités chez l'homme, plus mobile chez la femme.
Généralement, au-delà de 50 ans, le coccyx se soude au sacrum.

Les Muscles.

- * Importance du muscle pyramidal qui unit la face antérieure du sacrum et le grand trochanter.
- * La masse musculaire sacro-lombaire, de la face postérieure, permet l'érection du rachis.
- * Le muscle iliaque dont une insertion sur la face supérieure de l'aileron sacré met en relation le sacrum et le membre inférieur.
- * Le coccyx à sa face antérieure reçoit les insertions des muscles ischio-coccygiens et le muscle releveur de l'anus. Une relation existe donc entre les dysfonctions sacrées et les influx viscéraux.
- * A sa face postérieure, le coccyx reçoit une insertion du muscle grand fessier. Ceci peut entraîner des dysfonctions du membre inférieur.

3. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

La relation sacro-iliaque est telle que, dans la position verticale, le coin sacré a tendance à s'enfoncer entre les iliaques et tout mouvement ou surcroît de poids accentue le mécanisme de serrage et par conséquent la solidité de la structure.

Dans la marche, il se produit une alternance de serrage – desserrage suivant le pied en appui. Le desserrage s'accompagne d'un mouvement de nutation de l'aileron sacré. L'inverse produit la "contre nutation".

L'amplitude de ce mouvement est faible, de quelques millimètres à peine (1 à 3) quand le sacrum est de type vertical (synarthrosique) mais peut dépasser 10 millimètres quand le sacrum est de type horizontal (amphiarthrosique).

Physiologie de la symphyse pubienne.

Elle est considérée comme immobile sauf en situation de grossesse où les surfaces en rapport peuvent s'écarter légèrement.

Pour la cohérence de l'approche ostéopathique, nous sommes forcés de considérer que les mouvements iliaques en antériorité et en postériorité doivent entraîner des mouvements minimes de compression et d'étirement du ligament interosseux du pubis.

Il en est de même pour les mouvements qualifiés de in-flare ou de out-flare (suivant la terminologie anglaise) et qui sont l'ouverture ou la fermeture iliaque. Ces mouvements se produisent suivant un axe théorique qui passe par le milieu de la surface pubienne et par le milieu de l'auricule iliaque.

Nous concevons que ces mouvements de fermeture iliaque doivent provoquer une compression dans la partie supérieure de la symphyse (de même que la postériorité iliaque) et que l'ouverture s'accompagne d'une compression dans la partie inférieure de la symphyse (de même que l'antériorité iliaque).

Physiologie de l'articulation sacro-coccygienne.

Soudée ou pas encore, l'articulation peut être le siège de contraintes par l'intermédiaire des muscles ischio- et recto-coccygiens qui s'insèrent sur la face antérieure du coccyx; contraintes qui résultent éventuellement de sollicitations viscérales et en priorité rectales.

4. LES DYSFONCTIONS ILIAQUES

Rappel théorique.

Il n'est possible de comprendre et d'entreprendre la correction des dysfonctions sacrées et iliaques qu'en faisant appel à quelques notions théoriques qui concernent les axes de mouvement.

Elles sont résumées de la sorte :

Nous admettons dans le concept ostéopathique qu'il y a un mouvement des iliaques par rapport au sacrum et inversement. Tout mouvement, suppose un axe. Ce mouvement des iliaques par rapport au sacrum est encore contesté par certains anatomistes (Bourdiol) et il n'y a pas lieu de discuter dans cette étude les arguments pour et contre.

L'axe de mouvement des iliaques est un axe transversal passant par le sacrum au niveau de S2, c'est-à-dire, au niveau du ligament de Zaglas (2^e ligament iléo-conjugué).

Le mouvement de nutation et de contre-nutation du sacrum se fait suivant un axe transversal passant par S1, au niveau du 1^{er} ligament iléo-conjugué, dit aussi ligament axile.

Au même niveau, mais plus postérieurement, se situe l'axe respiratoire du sacrum (respiration primaire en rapport avec les mouvements de la symphyse sphéno-basilaire).

Il faut considérer aussi un axe vertical passant par le centre de la surface articulaire supérieure (articulation sacro-lombaire) et l'extrémité du coccyx.

Enfin, il existe deux axes droit et gauche passant respectivement par le bord supérieur la surface de l'auricule d'un côté et le bord inférieur de l'auricule de l'autre côté. Ce sont les axes de torsion du sacrum.

Un dernier axe de mouvement concerne l'ouverture et la fermeture iliaque, axe virtuel comme les autres, passant par le milieu de la symphyse pubienne et le milieu de l'articulation sacro-iliaque.

Ceci étant connu, nous observons chez les patients justiciables de soins ostéopathiques, les dysfonctions suivantes :

- ilium en antériorité,
- ilium en postériorité,
- ilium en supériorité,
- ilium en ouverture (out-flare),
- ilium en fermeture (in-flare).

Ce n'est pas le propos d'entrer dans le détail du mécanisme lésionnel qui fait l'objet de cours circonstanciés.

Il y a cependant lieu de retenir que fermeture et ouverture iliaques sont souvent associées aux dysfonctions d'iliaques antérieur et postérieur. Ce sont des dysfonctions secondaires.

La dysfonction "ilium en supériorité" résulte d'une chute sur un pied. C'est une dysfonction traumatique relativement rare.

5. LES DYSFONCTIONS SACREES

Aux dépens des axes théoriques vertical et de torsion peuvent s'organiser différentes dysfonctions :

- sacrum antérieur bilatéral (dont une forme sévère est le "depressed sacrum"),
- sacrum postérieur bilatéral,
- sacrum antérieur unilatéral droit ou gauche,
- sacrum postérieur unilatéral droit ou gauche,
- sacrum antérieur en torsion sur un axe droit ou gauche,
- sacrum postérieur en torsion sur un axe droit ou gauche.

Le sacrum en antériorité ou postériorité est la résultante d'une dysfonction sur l'axe de nutation (Ligament axile).

Le sacrum en antériorité ou postériorité unilatéral est la conséquence d'une dysfonction sur l'axe vertical. Un côté reste fixé par la contracture musculaire, comme une porte serait gênée dans son fonctionnement par une fixation d'un de ses gonds.

Le sacrum en antériorité ou postériorité droit ou gauche résulte d'un dysfonctionnement suivant les axes de torsion qui sont fixés par la contracture musculaire.

6. DESCRIPTION DES TESTS

6.1. TEST DE FLEXION DEBOUT

Le T.F.D. est le plus simple qui soit et le plus souvent pratiqué.

Il consiste en une flexion du tronc, jambes tendues et les pieds légèrement écartés et parallèles.

Avant de commencer le test, le praticien pose ses pouces sur les E.I.P.S. et vérifie si elles sont à niveau. Sinon – dans le cas d'une jambe courte anatomique (rare) – il pose une cale sous le pied pour compenser.

Le test s'exécute en 2 fois.

La première fois, le patient se penche en avant et le thérapeute observe le déroulement de la colonne lombaire, c'est-à-dire, comment se fait le passage de la lordose à la cyphose.

Ensuite, le praticien pose les pouces sous les E.I.P.S. Quand le sujet se penche en avant, il observe la balistique du mouvement et, simultanément, il perçoit le déplacement des pouces.

En l'absence de lésion, les 2 pouces font une ascension. En cas de dysfonction, un des pouces se déplace davantage car la balistique de ce côté est augmentée puisque le sacrum entraîne l'iliaque fixé.

Le test est donc à la fois visuel et palpatoire.

Il est d'exécution facile et fiable, à condition d'éliminer deux sources de faux positifs.

La première possibilité d'erreur est une contraction des muscles ischio-jambiers d'un côté qui empêche le mouvement ascensionnel de l'ilium. Il est donc recommandé avant de

pratiquer le test de palper les masses musculaires des cuisses, de les comparer et, au besoin, de les corriger.

L'autre possibilité est une contracture du muscle carré des lombes qui immobilise également l'ilium en ascension. Cette éventualité est éliminée lors de la flexion en avant la première fois, car le thérapeute observerait, dans ce cas, une latexion lombaire du côté de l'ilium fixé.

Le but de ce test est de mettre en évidence une dysfonction iliaque. Dans ce test, le sacrum n'est pas concerné, ce qui permet un diagnostic différentiel. Néanmoins, ce test ne fournit que ce seul renseignement. Nous ne pouvons déterminer s'il s'agit d'un ilium antérieur ou postérieur. Pour le savoir, il faudra poursuivre par le Test de Downing et par le Test des genoux assis qui viendront le compléter.

Au passage, il est à noter que dans ce test, l'ostéopathe, formé et éduqué à rechercher les pertes de mobilité les plus fines, est amené ici, au contraire, à rechercher un excès de mobilité et non des moindres !

Ceci est vrai pour le T.F.D. comme pour le T.F.A.

L'explication a déjà été donnée, à savoir, la fixation de l'ilium au sacrum et du sacrum à l'ilium (pour le T.F.A.) qui augmente l'amplitude du déplacement.

TEST 01



Photo 1



Photo 2

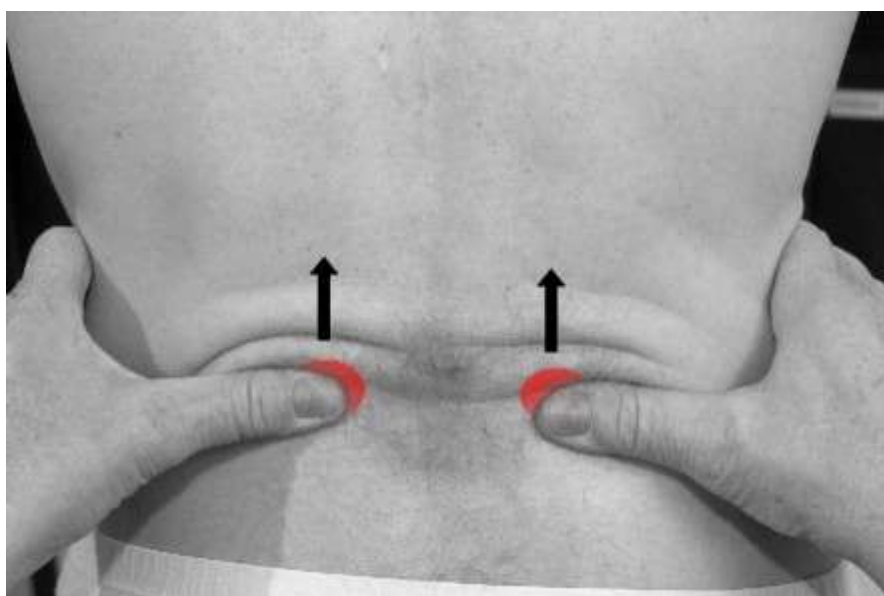


Photo 3

6.2. TEST DE RÜCKLAUF

(en position debout)

Nous décrivons tout le Test de Rücklauf qui comporte 2 parties.

La première partie vise à déterminer si la dysfonction sacro-iliaque concerne l'ilium ou le sacrum.

La seconde partie, dans le cas où l'ilium est concerné, consiste à déterminer les ligaments mis en cause dans la dysfonction.

N.B. : Dans notre pratique, nous nous sommes limités à la première partie du test, pour des raisons de temps et d'utilité. En effet, déterminer le ligament en cause dans la dysfonction est certes intéressant mais seulement sur le plan théorique. Comme nous sommes avant tout intéressés par une information rapide et efficace, nous avons négligé la deuxième partie du test.

Nous procédons comme suit :

Première Partie.

Le patient est debout pieds joints. Ses mains contactent un appui quelconque afin de garder l'équilibre.

Le praticien placé derrière le patient contacte les E.I.P.S. par en dessous à l'aide des pouces et demande au patient de lever un genou jusqu'à la hauteur de la ceinture. La

biomécanique normale fait que le pouce au contact descend. Il demande le même geste de l'autre côté et compare.

Quand il y a une absence de déplacement du pouce vers le bas, l'articulation sacro-iliaque est en dysfonction. Ce test donne donc une information quant au côté de la dysfonction.

Nous avons ainsi contrôlé si l'ilium est mobile en postériorité. Pour vérifier si l'ilium est libre en antériorité, nous demandons au patient d'exécuter une extension du membre inférieur. Dans le cas d'une mobilité normale les pouces de l'examineur se déplacent vers le haut.

L'examineur contacte ensuite avec ses pouces chaque berge de l'articulation sacro-iliaque en dysfonction et demande au patient de reproduire le même geste de lever les genoux.

- Supposons que le côté en dysfonction soit à droite.
Les pouces sont placés de part et d'autre de l'articulation sacro-iliaque droite.
- Le praticien demande de lever le genou gauche et observe si le pouce gauche descend et se postériorise. Si oui – il n'y a pas de dysfonction sacrée puisque la jambe droite en appui fixe l'ilium droit.
S'il observe une absence de mouvement, il s'agit d'une dysfonction sacrée droite.
- Le thérapeute demande ensuite de lever le genou droit.
Dans ce cas, la jambe gauche fixe le sacrum et l'ilium gauches et, en cas de dysfonction de l'ilium droit, il observera que le pouce droit reste immobile.

Il est dès lors loisible de distinguer une dysfonction iliaque d'une dysfonction sacrée.

Il faut noter que la précision du test peut être encore accrue de la façon suivante :

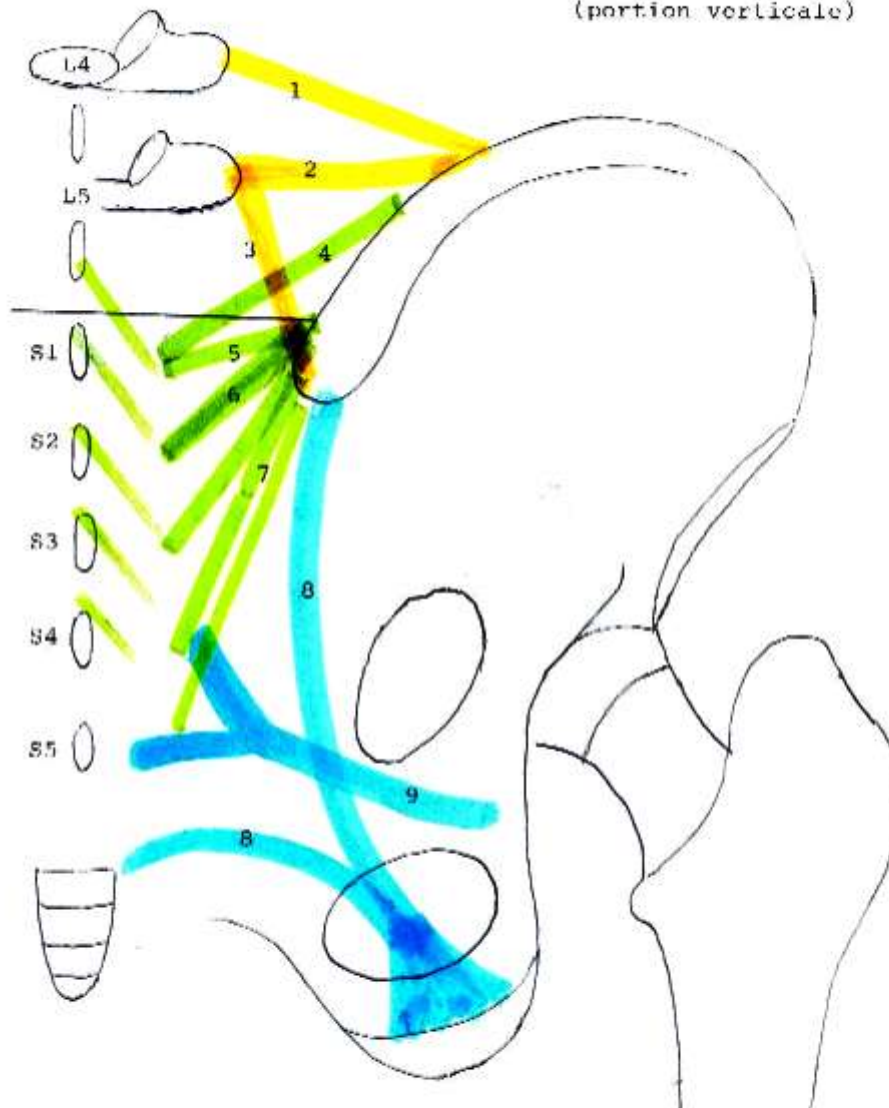
- Nous avons vu que l'examen portait en premier lieu sur la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque et que les pouces du thérapeute se plaçaient de part et d'autre de l'articulation; cela au niveau de S1.
- En plaçant cette fois les pouces de part et d'autre de l'articulation – mais au niveau de l'apophyse inféro-latérale du sacrum (A.I.L.) et de S3 - nous pouvons déterminer s'il s'agit d'une dysfonction iliaque ou sacrée sur le grand bras ou sur le petit bras.

Ce test est très performant car il indique :

- * le côté de la dysfonction,
- * le site de la dysfonction – iliaque ou sacrée,
- * permet de distinguer la dysfonction résulte d'une fixation sur le petit ou le grand bras,
- * permet de savoir si l'ilium est fixé en antériorité ou en postériorité.

Cependant, ce test ne permet pas de connaître avec précision la nature de la dysfonction sacrée. Celle-ci devra être déterminée par d'autres tests.

- 1 Faisceau sup du lig. ilio-lomb
 2 Faisceau inf du lig. ilio-lomb
 3 Faisceau inf " " " "
 (portion verticale)



- 4 1er faisceau ilio-sacré
 5 2° faisceau (lig. axilla)
 6 3° faisceau (lig. de Zuglase)
 7 4°-5° faisceaux (lig. de Bichat)
 8 Grand ligament sacro-sciatique
 9 Petit ligament sacro-sciatique

Deuxième partie.

La seconde partie du Test de Rücklauf est la suivante et vise à donner des précisions sur le niveau de la dysfonction ligamentaire.

Choisissons un côté de la dysfonction, soit le côté droit.

Le praticien pose ses pouces de la sorte :

1. Le pouce gauche sur l'apophyse épineuse de L4 et le droit sur l'E.I.P.S. droite.
L'élévation du genou droit entraînera une augmentation de la distance entre les pouces puisque le droit descend. Il examine ainsi le ligament ilio-lombaire supérieur droit.
2. Même procédure pour le pouce gauche sur l'apophyse épineuse de L5. Il examine le ligament ilio-lombaire inférieur droit.
3. Le pouce gauche est sur l'apophyse épineuse de S1, le pouce droit sur l'E.I.P.S. droite. Le thérapeute vérifie la tension du ligament sacro-iliaque postérieur dans sa partie supérieure droite.
4. Le pouce gauche est sur l'apophyse épineuse de S3 et le pouce droit sur l'E.I.P.S. droite. Pour obtenir une tension du ligament, le patient doit exécuter une extension de la jambe. Il teste, de la sorte, la partie moyenne du ligament sacro-iliaque droit.
5. Le pouce gauche reste sur S3 et le pouce droit va sur l'E.I.P.I. Il examine alors la partie inférieure du ligament sacro-iliaque droit.
6. Le pouce gauche se place sur l'A.I.L. droit et le pouce droit est sur l'épine sciatique. Il teste alors le petit ligament sacro-sciatique. Le pouce droit se déplace normalement en avant, en dehors et en haut.

7. Le pouce gauche est sur le bord droit de l'articulation sacro-coccygienne et le pouce droit sur l'ischion droit. Il recherche la tension du grand ligament sacro-sciatique. Le pouce droit se déplace normalement en avant, en dehors et en haut.

TEST 02



Photo 1



Photo 2



Photo 3



Photo 4



Photo 5

6.3. TEST DE DOWNING

(en décubitus dorsal)

Le T.D.O. sert à mettre en évidence la direction de la fixation iliaque totale ou partielle, soit en antériorité, soit en postériorité.

Pour ce faire, nous sollicitons en étirement les ligaments capsulaires en leur imposant une contrainte.

Ce test est visuel puisque nous comparons la longueur des jambes, au niveau des talons ou des malléoles ou un repère apposé sur les tibias.

Après déparasitage des contractures résiduelles par une flexion pied, genou, hanche, bilatéralement, nous procédons de la sorte :

- Nous plaçons un membre inférieur en flexion puis en extension avec rotation externe et adduction.

Ceci a pour résultat d'induire l'iliaque en antériorité, donc de provoquer un allongement de ce membre inférieur. Nous le comparons à l'autre.

Remarquons que l'adduction provoque le dégagement du petit bras de l'iliaque du petit bras du sacrum; la rotation externe dégage le grand bras de l'ilium du grand bras du sacrum.

- Après déparasitage, nous plaçons le membre inférieur en flexion puis en extension avec rotation interne et abduction.

Il en résulte normalement un raccourcissement du membre inférieur examiné par rapport à l'autre.

L'abduction dégage le grand bras; la rotation interne dégage le petit bras.

- Nous réalisons les mêmes manœuvres sur l'autre membre inférieur.

De la comparaison des résultats, nous pourrions déterminer la dysfonction iliaque totale ou partielle, unilatérale ou bilatérale.

En effet, une absence d'allongement signifie une restriction en postériorité. De même, une absence de raccourcissement est la traduction d'une fixation en antériorité.

La combinaison de ces différentes possibilités permet de mettre en évidence des dysfonctions bilatérales ou croisées.

TEST 03



Photo 1



Photo 2



Photo 3

6.4. TEST DES GENOUX FLECHIS

(en décubitus dorsal)

Le patient étant couché sur le dos, il lui est demandé de fléchir les genoux à 90°, les pieds reposant sur le plan de la table.

Nous observons la position relative des genoux dans le sens cranio-caudal. Un des genoux sera plus en avant que l'autre en cas de dysfonction iliaque de ce côté.

Dans un second temps, nous recherchons la hauteur de ce même genou par rapport à l'autre, soit plus haut, soit plus bas.

Pour rendre le test plus précis, une règle plate peut être posée sur les genoux fléchis, au niveau de points identiques.

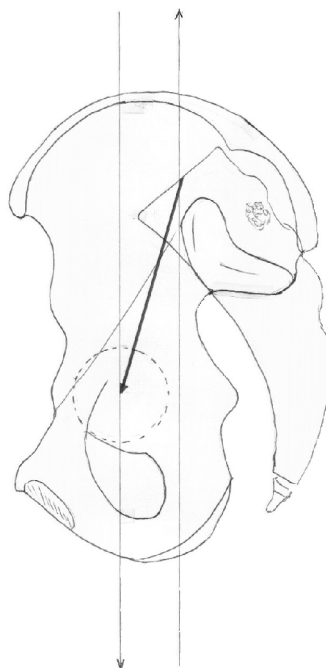
La position en avant d'un genou indique le côté en dysfonction.

Ce genou pourra se positionner plus haut que l'autre – ce qui signera un iliaque postérieur.

Le genou en avant plus bas traduira un iliaque antérieur.

L'explication de ce test est la résultante de la distance existant entre deux lignes parallèles, l'une passant par le milieu de la surface supérieure du sacrum et l'autre passant par le centre de la cavité cotyloïde (ligne résultante est tributaire de la gravité du corps).

En position anatomique, il existe donc une ligne virtuelle (de quelques centimètres) joignant les deux lignes parallèles et verticales. Cette ligne est dirigée de haut en bas et d'arrière en avant (mais aussi de dedans en dehors). Cette ligne est le rayon d'un cercle et se déplace en raison de la dysfonction.



Le sacrum du patient est fixé par le décubitus dorsal et seul la cavité cotyloïde prend une position en avant et en haut (ilium postérieur) ou en bas (ilium antérieur) suivant la dysfonction en cause.

N.B. Ce test positionnel (le seul de la série) est purement visuel.

TEST 04



Photo 1



Photo 2

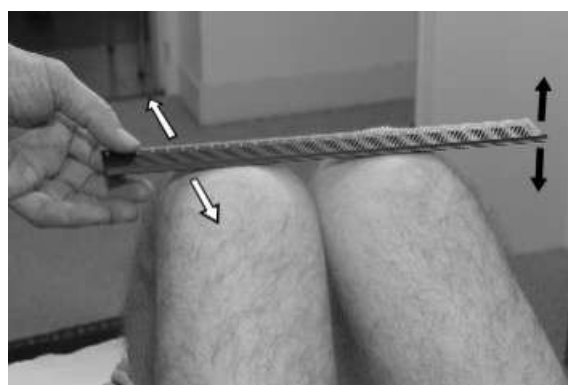


Photo 3

6.12. TEST SACRO-ILII

En décubitus dorsal (non repris dans les statistiques)

Le patient est sur le dos. La jambe est fléchie du côté que nous examinons; l'autre est allongée.

Le sacrum est fixe car reposant sur le plan de la table. Nous examinons un ilium puis l'autre par rapport à ce point fixe.

Il s'agit d'évaluer la mobilité d'un iliaque par rapport au sacrum.

Le thérapeute place une main au niveau de l'articulation sacro-iliaque, au-dessus de l'E.I.P.S. et l'autre main est posée sur le genou afin de mobiliser le membre fléchi en exécutant une compression de haut en bas. Les doigts qui palpent apprécient l'élasticité ou la résistance des tissus. La main qui palpe est ainsi placée en regard du petit bras de l'articulation sacro-iliaque.

Dans un second temps, le praticien place le fémur en adduction et rotation interne, ce qui provoque une ouverture sur le petit bras par un mouvement de fermeture iliaque.

Pour le grand bras, l'examineur agit de la même manière. La main palpatoire se place au dessous de l'E.I.P.S. (en regard du grand bras). La main posée sur le genou exécute une compression sur le fémur qui placé suivant un angle de 45° par rapport au plan de la table; l'autre main apprécie l'élasticité du mouvement.

Dans un second temps, il place le fémur en abduction et rotation externe et réalise une ouverture sur le grand bras par un mouvement d'ouverture iliaque.

Nous obtenons ainsi un diagnostic spécifique d'une dysfonction iliaque antérieure ou postérieure.

TEST 12



Photo 1



Photo 2

6.5. TEST DES GENOUX EN POSITION ASSISE

Ce test est des plus aisés.

Le patient est assis, les pieds au sol, légèrement écartés.

Le praticien est derrière lui et contacte les E.I.P.S. avec ses pouces.

Il demande au patient d'écartier les genoux, ce qui postériorise l'iliaque. Le praticien perçoit si le mouvement est normal, c'est-à-dire si l'E.I.P.S. ébauche un mouvement vers médian. Il n'en perçoit pas en cas de fixation.

Dans un deuxième temps, le praticien demande de rapprocher les genoux. Ce mouvement entraîne l'iliaque en antériorité et il perçoit au niveau de ses pouces un écartement des E.I.P.S. si le mouvement est normal.

S'il veut rendre ce test plus sensible, le praticien glisse ses mains, paumes vers le haut, sous les ischions et demande le même mouvement des genoux.

A l'écartement des genoux, les mains de l'examineur doivent percevoir que les tubérosités ischiatiques se rapprochent de l'axe médian et l'inverse lors du rapprochement des genoux.

TEST 05



Photo 1



Photo2



Photo 3



Photo 4

6.6. TEST DE LATEXION EN POSITION ASSISE

Le patient est assis, pieds au sol.

Le praticien est derrière lui et ses pouces contactent les E.I.P.S.

Il demande au sujet d'effectuer une latexion droite puis une latexion gauche.

Si le sujet est en position de lordose, l'ilium examiné s'antériorise du même côté, ce qui est perceptible au niveau du pouce (ascension et antériorité).

En position de cyphose, la latexion entraîne une postériorisation de l'ilium ainsi qu'une descente et une postériorité du pouce.

Le praticien procède de même du côté opposé et compare.

TEST 06



Photo 1



Photo 2



Photo 3



Photo 4



Photo 5

6.7. TEST DE FLEXION EN POSITION ASSISE

Comme son nom l'indique, le test se pratique le patient en position assise, genoux écartés, pieds au sol, le dos cambré, les mains à la nuque et les coudes rapprochés.

Le praticien se place derrière le patient et pose ses pouces sur les E.I.P.S.

Il demande au patient de se pencher en avant.

La balistique normale des pouces les entraîne symétriquement dans un mouvement ascensionnel.

En cas de fixation unilatérale, la balistique augmente et une E.I.P.S. et donc un pouce se déplace plus que l'autre et le précède dans le temps.

Ce test donne deux informations, à savoir, la présence d'une dysfonction sacrée et le côté de celle-ci.

TEST 07



Photo 1



Photo 2

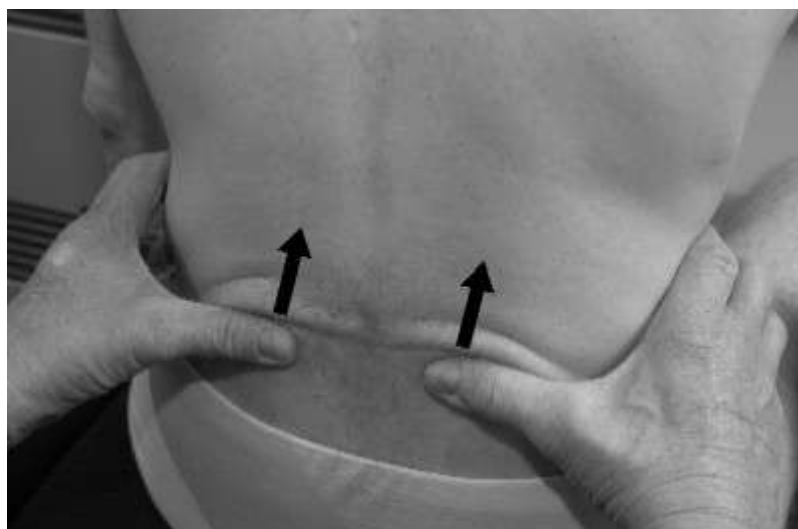


Photo 3

6.8. TEST DU REBOND

(en décubitus abdominal)

Il s'agit d'un test de mobilité de la colonne lombaire perçu visuellement et proprioceptivement par l'examineur.

Le patient est allongé sur le ventre, le thérapeute exerce une pression progressive avec une ou deux mains superposées sur la région lombaire à hauteur de L3. Cette pression va dans le sens de la lordose physiologique.

Soit le rachis lombaire subit la pression et se déprime puis revient à la position de départ – il s'agit d'une lordose physiologique ou même pathologique qui est le reflet d'un sacrum mobile en avant.

Soit la (les) main(s) perçoit(vent) une résistance immédiate sans dépression aucune et dans ce cas, il s'agit d'une délordose qui témoigne d'un sacrum non mobile vers l'avant (sacrum en postériorité).

Il faut prendre garde dans l'interprétation du test aux colonnes rigidifiées ou aux inversions de courbures (par ex. les paveurs et carreleurs).

Ce signe très facile et très marquant de la perception est plus délicat quant à sa signification. En aucune façon, il ne suffit à lui seul.

TEST 08

Photo 1

6.9. TEST DE LA JAMBE COURTE

En décubitus abdominal

Ce test est connu de longue date. Il met en évidence les dysfonctions iliaques et s'effectue en examinant la longueur des jambes, c'est-à-dire, en comparant le niveau des talons.

Le patient est couché à plat ventre sur la table, les jambes allongées, les bras le long du corps, la tête en position neutre, il existe un espacement pour le nez dans le support céphalique de la table. Les pieds dépassent l'extrémité inférieure de la table.

Avant même de toucher le patient, nous observons la position des pieds.

* Nous pouvons voir une jambe plus courte que l'autre. Souvent cette jambe courte montre une rotation de la pointe du pied en dehors et du talon en dedans (supination).

Ces deux constatations signent le côté en dysfonction. Il sera appelé côté de la jambe courte.

* Statistiquement, 1% des patients a une jambe courte anatomique. Tous les autres cas sont dus à une modification des rapports articulaires des os du bassin (jambe courte fonctionnelle).

De plus, la jambe courte décelée par scaniométrie n'est pas obligatoirement suivie d'une bascule du bassin et il est fréquent d'observer une plate-forme sacrée horizontale sur un cliché de face.

* Le praticien rapproche alors les pieds l'un de l'autre. Ceci rend la différence de longueur de jambes plus évidente encore.

* Il empaume ensuite les pieds en plaçant les pouces dans le creux des voûtes plantaires, en avant du talon. L'index et le médus se disposent de part et d'autre de la malléole externe.

Dans cette position, il exerce une pression légère des pouces en direction céphalique, ce qui accentue le côté court. Il éprouve ce faisant une sensation du "mou" ou de "jeu".

N.B. : Il faut éviter une flexion plantaire et garder soigneusement le pied à angle droit avec l'axe de la jambe.

* Puisque le praticien décèle une jambe courte, il trouvera de ce côté un sacrum antérieur et inférieur.

Une autre conséquence révélera que la tête fémorale se présentera en position antérieure par rapport à la ligne de gravité du corps.

En effet, nous avons vu que la jambe courte est la conséquence d'un ilium postérieur du même côté.

* Du côté opposé à la jambe courte, le sacrum sera postérieur et supérieur. La tête fémorale se positionnera postérieure à la ligne de gravité du corps, puisque l'ilium est antérieur du côté opposé à la jambe courte.

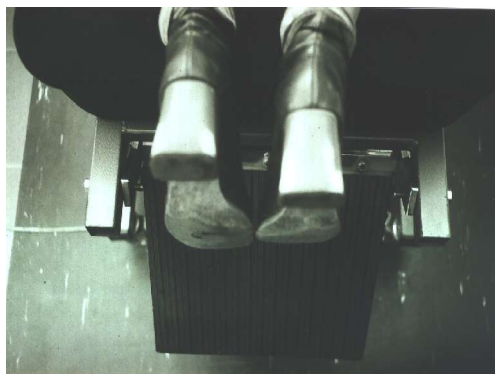
- L'ilium opposé à la jambe courte est en dysfonction dans 15% des cas (antérieur).
- L'ilium du côté de la jambe courte est en dysfonction dans 85% des cas (postérieur).

Nous procédons au test des iliums.

* Une pression du pouce sur la crête iliaque pour rendre un ilium antérieur – observer les jambes et voir s'il y a un allongement de ce côté.

* Une pression sur la tubérosité ischiatique pour induire le même ilium postérieur – vérifier le raccourcissement.

* Procéder de même pour l'autre ilium.



TEST 09



Photo 1



Photo 2



Photo 3



Photo 4

6.10. TEST RESPIRATOIRE DU SACRUM

En décubitus abdominal

Ce test s'effectue en décubitus abdominal après le Test du rebond.

Ensuite, dans un premier temps, l'Ostéopathe contacte les bases sacrées (niveau S1), avec ses pouces, observe leur niveau et demande une inspiration / expiration lente et profonde.

Dans un second temps, il contacte les A.I.L., observe leur niveau et demande une respiration identique.

Il observera alors les dysfonctions du sacrum en antériorité se préciser en "inspire", car le sacrum ne se verticalisera pas.

Les dysfonctions du sacrum en postériorité seront plus évidentes en "expire", car le sacrum restera postérieur dans cette phase respiratoire.

Le praticien trouvera soit un sacrum en antériorité soit en postériorité. Dans l'un ou l'autre cas, il pourra être soit unilatéral soit basculé sur un axe oblique droit ou gauche.

TEST 10



Photo 1

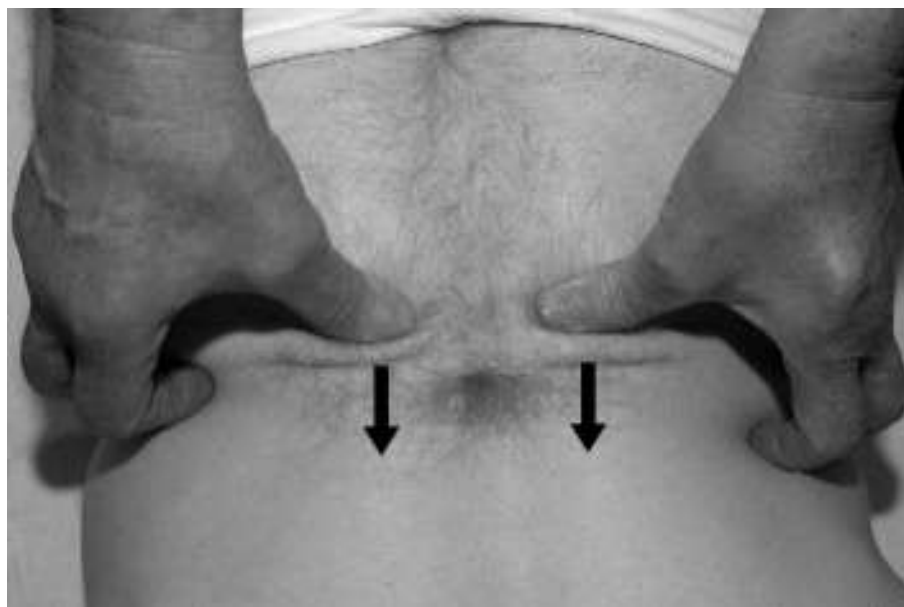


Photo 2

6.11. TEST SACRO-ILIAQUE

En décubitus abdominal

Il s'agit d'un test qui a fait l'objet d'un cours donné par Monsieur René BRIEND, Ostéopathe français, ancien professeur à l'I.W.G.S. à Namur dans les années 1985-1986.

Ce test est riche en conclusions et cependant peu utilisé à notre connaissance.

Il se fait comme suit :

Le patient est allongé sur le ventre.

Le praticien pose ses éminences thénars de part et d'autre de l'articulation sacro-iliaque, d'un côté, puis de l'autre.

- en haut à gauche au-dessus de S1,
- en bas à gauche au niveau de A.I.L.,
- en haut à droite au-dessus de S1,
- en bas à droite au niveau de A.I.L.,

donc 4 positions des mains.

Dans chacune des positions :

Il fixe le sacrum par une pression et mobilise l'iliaque, puis il fixe l'iliaque et mobilise le sacrum.

Il pratique donc 8 tests dont l'interprétation est palpatoire :

Il y a t'il mouvement ou fixité ?

Le praticien reçoit donc par ce test 4 informations :

1. Le côté de la dysfonction.

2. La dysfonction est iliaque ou sacrée.

3. Pour ce qui concerne l'ilium :

La dysfonction repose sur le petit bras ou sur le grand bras de l'articulation.

* Qui dit dysfonction sur le petit bras, dit ilium en postériorité puisque la poussée se fait sur l'ilium au niveau de S1, vers l'avant et que ce mouvement est absent.

* La dysfonction sur le grand bras, souligne un ilium en antériorité puisque les éminences thénars se trouvent au niveau de l'A.I.L, et que la pression vers l'avant doit postérioriser l'iliaque et que ce mouvement est absent.

4. Si c'est le sacrum qui est fixé, le test met en évidence :

* Soit un sacrum fixé en antériorité unilatéral ou un sacrum fixé sur un axe oblique

* Soit un sacrum en postériorité unilatéral ou un sacrum postérieur sur un axe oblique suivant les lieux de la perte de mouvement.

TEST 11



Photo 1



Photo 2

7. CONSIDERATIONS SUR LES TESTS

A partir de la description de ces tests, nous pouvons faire quelques remarques.

1. Certains estimeront que la description des tests est superficielle et n'entre pas assez avant dans les détails de la mécanique articulaire. Sans doute ont-ils raison mais là n'était pas notre propos. Le moteur de notre recherche, nous le répétons, est l'efficacité.

A ce propos, et chacun comprendra par analogie que les hommes respiraient l'air depuis plusieurs centaines de milliers d'années avant d'en connaître les composants et leurs proportions. Par conséquent, servons-nous de nos tests – même si nous n'en avons pas démonté, voire démontré, le mécanisme ultime.

2. Nous pourrions distinguer les tests visuels et les tests palpatoires. Cette distinction existe en fait pour T.G.A. et T.L.A. qui sont purement palpatoires; pour T.D.O. et T.G.F. purement visuels. Les autres tests sont à la fois palpatoires et visuels et les deux informations se conjuguent. C'est donc de peu d'intérêt et nous n'en avons pas tenu compte dans les statistiques.

3. Une autre distinction nous paraît plus intéressante, à savoir, la quantité d'informations fournie par un test. Ainsi :

- T.F.D. donne 2 informations :

* la dysfonction est iliaque (fixation)

* le côté de la dysfonction.

- T.F.A. donne 2 informations :
 - * la dysfonction est sacrée
 - * le côté de la dysfonction.
- T.D.O. donne 2 informations :
 - * le côté ou les côtés de la dysfonction
 - * l'antériorité ou la postériorité.
- T.G.A. donne 2 informations :
 - * antériorité ou postériorité de l'iliaque.
 - * In ou out- flare
- T.L.A. donne 1 information :
 - * antériorité ou postériorité de l'iliaque.
- T.R.U. donne 3 informations :
 - * le côté de la dysfonction
 - * la nature de la dysfonction, iliaque ou sacrée
 - * le petit ou le grand bras.
- T.R. donne 1 information :
 - * sacrum antérieur ou postérieur
- T.J.C. donne 2 informations :
 - * le côté de la dysfonction
 - * ilium postérieur du côté de la dysfonction ou antérieur du côté opposé.
- T.R.S. donne 2 informations :
 - * dysfonction sacrée antérieure ou postérieure
 - * dysfonction unilatérale ou sur un axe pathologique.

- T.S.I. donne 4 informations :

* le côté ou les côtés en dysfonction

* la nature iliaque ou sacrée

* si iliaque : antérieur ou postérieur

* si sacrée : antérieur ou postérieur

unilatéral ou sur un axe pathologique.

- T.G.F. donne 2 informations :

* côté de la dysfonction iliaque

* antérieur ou postérieur.

4. Nous pouvons aussi considérer ces tests sous l'aspect de leur confort et de leur possibilité d'exécution chez les patients.

– Ainsi, le T.D.O. ne peut être exécuté correctement chez une personne âgée souffrant de coxarthrose. A tout le moins, les résultats sont faussés et les mouvements peuvent engendrer des douleurs.

– De même, demander un T.F.D. à un patient souffrant d'un sacrum en postériorité n'est pas raisonnable.

– Ou encore, tous les tests en décubitus abdominal sont pénibles lorsqu'il y a un sacrum en postériorité ou une dysfonction lombaire en flexion. Nous contournerons cet inconvénient en disposant d'une table à basculement. Un coussin posé sous le ventre sera utile.

– Le T.G.A. est difficile d'interprétation chez les personnes adipeuses.

– A contrario, nous avons trouvé tous les patients capables d'effectuer le T.R.U. C'est donc un test de choix.

5. Il faut comprendre que nous avons accepté tous les cas répondant à une lombalgie basse, qui n'étaient pas d'origine vertébrale.

Aucun cas n'a été éliminé de la statistique sous prétexte d'une idée préconçue qu'il faudrait à tout prix démontrer. Il y va du respect dû à l'Ostéopathie et à nous-mêmes accessoirement.

C'est assez dire que les résultats colligés sont le strict reflet de ce que nous avons observé en pratique.

- Le diagnostic étant établi, nous avons corrigé la dysfonction. Le patient a ensuite été examiné à nouveau pour vérifier si tous les tests positifs étaient redevenus normaux.

- Pour effectuer les tests, nous avons adopté l'ordre suivant afin de solliciter le moins possible le patient inutilement.

* Debout	T.F.D.
	T.R.U.
* Assis	T.F.A.
	T.G.A.
	T.L.A.
* Décubitus dorsal	T.D.O.
	T.G.F.
* Décubitus abdominal	T.R.
	T.J.C.
	T.R.S.
	T.S.I.

- Nous avons effectué les 11 tests chez tous les patients.

6. Remarques spécifiques du T.J.C.

Nous avons vu que le test donne l'information d'une jambe courte et donc d'un ilium postérieur du côté de la jambe courte.

1. Le test ne dit pas si l'ilium est primaire ou secondaire et dans de nombreux cas il est positif en cas de lésion sacrée.

2. Il faut poursuivre le test et l'exécuter comme nous l'avons décrit pour savoir s'il s'agit d'un ilium postérieur du côté de la jambe courte ou d'un ilium antérieur du côté opposé ou les deux.

3. Ce test est des plus utiles puisqu'il analyse la statique vertébrale depuis sa base, à savoir, la ceinture pelvienne. Il faut avoir pratiqué, comme nous, plusieurs milliers de tests pour se rendre à l'évidence que la statique vertébrale est aussi bien étudiée – si pas mieux – en décubitus abdominal qu'en position érigée, car toutes les compensations réversibles ont disparu et il ne reste que l'authentique.

8. EXAMEN DE 200 CAS.

Voir les fiches détaillées en Annexe 1.

9. ETUDE STATISTIQUE
ET
CONSIDERATIONS APRES LES ETUDES
STATISTIQUES.

Remarque Préliminaire

L'examen de 200 patients, au vu du nombre, nous a amenés à penser, à tort ou à raison, qu'il n'était pas nécessaire de faire appel à une analyse statistique et nous avons simplement calculé des pourcentages.

La première étape a consisté à considérer la fréquence des dysfonctions.

Il est bien entendu qu'il s'agit ici en l'occurrence d'une coupe à travers une clientèle et que le choix des personnes s'est fait au hasard. Cette attitude est dictée par l'obligation de rigueur, sous peine de réduire à néant notre hypothèse de départ ainsi que l'important travail qui lui est consacré.

En partant des 200 cas, nous avons trouvé ceci :

1. Dysfonctions iliaques	27	soit	13,50 %
iliaques antérieurs	8	soit	4,00 %
iliaques postérieurs	19	soit	9,50 %
iliaques en ouverture	2	soit	1,00 %
iliaques en fermeture	7	soit	3,50 %
2. Dysfonctions sacrées	173	soit	86,50 %
sacrum en antériorité	2	soit	1,00 %
sacrum en postériorité	171	soit	85,50 %
Unilatéral	60	soit	30,00 %
Gauche	23	soit	11,50 %
Droit	37	soit	18,50 %
Sur un axe oblique	108	soit	54,00 %
Axe droit	59	soit	29,00 %
Axe gauche	49	soit	24,50 %
Bilatéral	3	soit	1,50 %

- Il apparaît clairement que les dysfonctions du sacrum amènent davantage à consulter que les dysfonctions iliaques :

13,5 % iliaque

86,5 % sacrum.

- Parmi les dysfonctions du sacrum nous n'observons que 2 cas de sacrum antérieur (nrs 7 et 15).
- Nous sommes en droit de penser que les patients sont en général peu incommodés par les dysfonctions du sacrum en antériorité car elles vont dans le sens du mouvement physiologique et les patients ne consultent pas.
- Cette remarque s'applique aussi aux dysfonctions de l'iliaque, à savoir que la douleur et l'inconfort sont peu importants et les patients attendent "que cela passe tout seul".
- Il existe donc une prédominance très nette des dysfonctions du sacrum en postériorité qui sont très inconfortables et même douloureusement invalidantes. La distinction entre les dysfonctions unilatérales ou sur un axe oblique n'a rien de significatif.
- Nous pouvons nous demander pourquoi surviennent de si nombreuses dysfonctions du sacrum en postériorité. En interrogeant les sujets, nous nous rendons compte qu'il s'agit, le plus souvent, d'un mouvement combiné de flexion et de rotation simultanés. Il paraît probable qu'un mouvement s'effectuant sur deux axes en même temps n'est pas mécaniquement acceptable et est susceptible de créer des contraintes. Ces contraintes peuvent et sont, dans la plupart des cas, récupérées par le jeu articulaire. Mais si le mouvement est rapide ou effectué avec un manque d'attention, les récepteurs proprioceptifs sont sidérés, ce qui engendre une contracture réflexe qui fixe la dysfonction.

Dans un deuxième temps, nous avons calculé en pourcentage la fiabilité de chaque test par rapport à une dysfonction donnée.

Mais avant tout, nous avons cherché à connaître en pourcentage la fiabilité globale des tests comparée à celle des tests en décubitus abdominal.

Pour les 7 tests qui donnent ensemble le diagnostic correct de la dysfonction, nous trouvons :

37,15 %.

Le même calcul pour les tests en décubitus abdominal donne :

76 %.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes – malgré le fait que le Test de Rücklauf soit positif dans 80 % des cas – et augmente ainsi la valeur du premier chiffre.

De même, le Test de la Jambe Courte (TJC) n'est positif que dans 40 % des cas et diminue nettement la valeur du deuxième chiffre.

Voyons maintenant le calcul des pourcentages de fiabilité des tests examinés un à un.

1. Nous avons trouvé 27 dysfonctions iliaques et observé :

Test de flexion debout	8	ou	29,6 %
Test de Rücklauf	16	ou	59,2 %
Test des genoux en position assise	17	ou	62,9 %
Test de latexion en position assise	22	ou	81,4 %
Test des genoux fléchis	24	ou	88,8 %
Test de Downing	24	ou	88,8 %

En décubitus abdominal :

Test de la jambe courte	18	ou	59,2 %
Test sacro-iliaque	20	ou	74 %

- Nous voyons donc que le Test de flexion debout est de fiabilité réduite.
- Dans ce groupe, sont très fiables le Test des genoux fléchis et le Test de Downing.
- La différence entre les tests en décubitus abdominal et les autres n'est donc pas significative et, si nous préférons les premiers, c'est pour des raisons de confort du patient.

2. Pour le sacrum, nous trouvons :

Test de flexion en position assise	116	ou	67,5 %
Test de Rücklauf	144	ou	83,2 %
Test respiratoire du sacrum	167	ou	96,5 %
Test du rebond	171	ou	98,8 %
Test sacro-iliaque	165	ou	95,3 %.

- Comme pour l'iliaque, nous observons que le Test de flexion en position assise est significatif mais il existe de nombreux faux négatifs. Un test négatif ne signifie pas qu'il n'y pas de dysfonction du sacrum.
- Par contre, le Test du rebond et le Test respiratoire du sacrum sont hautement fiables et frôlent les 100 %.

Par ailleurs, au cours de l'étude, nous avons relevé 18 cas (9 %) où seuls les tests en décubitus abdominal étaient positifs à l'exclusion des autres et la correction de la dysfonction à rendu les tests négatifs.

10. CONCLUSION.

10. CONCLUSION

Il résulte de cette analyse une évidence qui s'était fait jour aux temps anciens des débuts de l'Ostéopathie.

Cette évidence est qu'un seul test est insuffisant pour prendre la mesure d'une dysfonction pelvienne. Il en est résulté une multitude de tests destinés à se contrôler les uns les autres. Notre comparaison n'a fait que réaliser cela d'une façon systématique avec plusieurs tests – 11 au total.

Cependant, l'analyse statistique a montré que certains tests sont plus performants que d'autres – soit par leur fiabilité, soit par leur charge en informations utiles.

En ce qui nous concerne, les examens en position de décubitus abdominal ont notre préférence en raison du confort du patient, de la richesse d'informations et de la grande facilité d'exécution. De plus, le nombre de tests est réduit au minimum, ce qui est bénéfique quant au gain de temps.

Notre façon de procéder est la suivante :

- * Décubitus abdominal du patient.
- 1. T.J.C. qui nous informe :
 - La jambe est courte. Nous avons un ilium postérieur du côté de la jambe courte ou un ilium antérieur du côté opposé ou les deux.
 - Les 2 jambes sont égales. Il convient de faire les tests contrariés, qui consistent à mobiliser l'iliaque vers antérieur ou postérieur.

2. Test du rebond (facultatif).

3. Test respiratoire sacré.

Nous vérifions la dysfonction sacrée et précisons sa nature.

4. Test sacro-iliaque.

Ce test donne toutes les informations utiles et confirme :

- soit, la dysfonction sacrée, antérieure ou postérieure, unilatérale ou sur un axe pathologique,
- soit, la dysfonction iliaque antérieure ou postérieure.

La pratique de ce dernier test nous force à constater qu'il y a un univers de distance entre la description théorique et le résultat des informations tactiles.

Ce test est absolument pertinent pour mettre en évidence une fixation antérieure ou postérieure d'un iliaque. Il n'existe aucun défaut et sa fiabilité est totale.

Par contre, en ce qui concerne le versant sacré du même test, c'est-à-dire, immobiliser l'ilium et mobiliser le sacrum, il est aisé de mettre en évidence une ou plusieurs fixations – mais elles n'ont aucune pertinence et ne permettent pas d'établir le diagnostic précis de la dysfonction – contrairement à ce que la conception du test prétendait.

Il n'en reste pas moins qu'il faut rechercher les fixations sacrées que confirme le test respiratoire sacré effectué en décubitus abdominal.

Il est possible de diagnostiquer la dysfonction sacro-iliaque de façon plus élégante et plus rapide.

Pour ce faire, on exécute en tout premier lieu le Test Respiratoire du Sacrum. Ce test signale s'il y a une dysfonction sacrée et permet le diagnostic lésionnel. Si nous corrigeons par la respiration, la dysfonction sacrée est résorbée et il n'y a pas lieu de corriger un ilium éventuel car il est secondaire et positionnel. Donc, un test – une correction puis le même test pour vérifier si la correction est effectuée.

Si le Test Respiratoire du Sacrum est négatif, nous exécutons le Test sacro-iliaque (selon Briend) qui met en évidence la dysfonction iliaque. Nous la corrigeons et refaisons le test pour la vérification. Donc, 2 tests – une correction – une vérification.

Notre expérience et le recul de plusieurs années nous avaient confortés dans cette démarche. Par ailleurs, l'analyse statistique lui a apporté une confirmation de prime abord intuitive.

Les calculs en pourcentage ont montré de façon indiscutable la fiabilité des tests en décubitus abdominal qui avoisine, si elle n'atteint pas les cent pour cent.

Nous avons vu que la fiabilité des tests en décubitus ventral, exécutés selon l'ordre décrit, atteignait environ 99 %.

Ce 1 % par défaut se présente quand le patient qui se plaint de la région sacro-iliaque ne montre aucun des 11 tests positifs.

La solution vient alors de l'examen radiographique (+scanner + IRM). Les clichés permettent de visualiser quelques lésions qui ne s'accompagnent pas d'une dysfonction

justiciable d'une correction ostéopathique. Mais il exclu de présenter les deux possibilités en même temps.

Ces lésions sont :

Le spondylolistésis sur lyse isthmique,

Le spondylolistésis sur discopathie,

La maladie de Baastrup,

Les troubles statiques

Les sacro iléites,

Anomalie de Putti,

Ostéoporose

Etc ...

Il nous semble bon d'insister une fois de plus que notre préoccupation primordiale a été et reste le confort du patient.

Nous estimons l'avoir résolu en pratiquant les tests en position abdominale, qui, au nombre de trois, sont indolores, confortables pour le patient, fiables et faciles pour l'ostéopathe.

Plus intéressant encore, est le fait que sans changer la position du patient, nous corrigeons aussi bien le sacrum, que l'iliaque, que les lombaires (s'il y a lieu). Et nous contrôlons après correction(s) le résultat de celle-ci (celles-ci) toujours en position de décubitus abdominal et sans déplacer le patient.

Il nous paraît dommageable à la cause de l'Ostéopathie que ces tests soient négligés ou perdus pour des raisons de routine de pensée ou de geste. Nous espérons, en effectuant ce travail, apporter une contribution même infinitésimale à la construction de l'Ostéopathie. L'avenir dira si notre espérance verra le jour.

Au terme de cette étude nous formulons un vœu :

Que les tests en décubitus abdominal soient appréciés pour leur pertinence, qu'ils soient repris par les enseignants et par ceux-ci transmis aux ostéopathes en formation.

11. BIBLIOGRAPHIE

- Abehsera A. Traité de Médecine Ostéopathique – Tome 1
O.M.C. 1986
- Barral J.P. Ostéopathie "Diagnostic Articulaires Vertébraux"
2° Edition
De Verlaque 1992
- Bauthier et Lefevre Traité d'Anatomie 3 Volumes
De Boeck Université 1990.
- Bouchet/Cuilleret Anatomie 4 Volumes
Ed. Simep
- Briend René Notes manuscrites 1987
- Busquet Léopold La Pubalgie
Ed. Maloine
- Les Chaînes musculaires, membres inférieurs
Ed. Maloine
- Les Chaînes musculaires Tome I et II
Ed. Maloine
- Caillet René Les Lombalgies
Masson 1977
- De Sèze S. Algies Vertébrales d'Origine Statique
Région lombaire et lombo-sacrée
3° Edition l'Expansion 1951
- Delmas A. Voies et centres nerveux
Ed. Masson 1981
- Dubret et Cousin Eléments d'Anatomie et de Physiologie du S.N.C.
Flammarion 1985
- Fryette H. Principe de la Technique Ostéopathique
Ed. Frison-Roche 1983

- Gray
Gray's Anatomy
Ed. Lea and Febiger 1956 26° Edition
- Hartman Laurie S.
Manuel des Techniques Ostéopathiques
O.M.C. 1990
- Homewood E.
The Neurodynamics of the Vertebral Subluxation
Canadian Memorial Chiropractic College
- Hoppenfeld S.
Examen des membres et du rachis
Masson 1984
- Kapandji I.A.
Physiologie Articulaire 3 Volumes
Ed. Maloine 1977
- Le Corre et Rageot
Manipulations Vertébrales 2° Edition
Masson 1992
- Maigne Robert
Diagnostic et Traitement des douleurs communes d'origine rachidienne
Ed. Expansion Scientifique Française 1989
- Mennell John
Algies Rachidiennes
Ed. Société d'Édition et de Publication
- Ricard François
Traité Ostéopathique des douleurs d'origine lombopelvienne 2 Volumes
Ed. De Verlaque 1988
- Sobota
Atlas d'Anatomie Humaine 2 Volumes
2° Edition
Editions Médicales Internationales

ANNEXE 1 : 200 FICHES DETAILLEES
DES CAS TRAITES.

