

La Méthode Lyonnaise de kinésithérapie des déviations vertébrales dégénératives

Jean Claude de Mauroy

291, route des Rivoires - 38110 St Didier de la Tour

demauroy@aol.com

Le traitement de la scoliose de l'adulte est un défi, car la réductibilité est faible, les douleurs dorsales sont fréquentes et les corsets de soutien sont mal tolérés. Cependant, dans de nombreux cas, il devrait être possible d'éviter la chirurgie. Depuis 200 ans, la Méthode Lyonnaise associe la physiothérapie et les moyens mécaniques pour corriger les courbures scoliotiques. [1]

Mécanisme des déviations vertébrales dégénératives

Il existe un mécanisme vicieux d'évolution morphostatique vertébrale dans le plan sagittal qu'il est important de connaître afin de fournir au patient des indications de prévention.

Étape 1 : La scoliose est associée dans la moitié des cas à un dos plat important qui peut être accentué par l'orthèse.

Étape 2 : La lordose pelvienne et la lordose lombaire sont couplées. Une diminution de la lordose est associée à une rétroversion pelvienne.

Étape 3 : La rétroversion pelvienne augmente la charge vers l'avant sur le disque intervertébral et favorise la dégénérescence discale. Le disque perd de sa hauteur.

Étape 4 : La réduction de la hauteur du disque intervertébral augmente la perte de lordose lombaire et favorise une cyphose thoracique compensatoire.

Étape 5 : L'ostéoporose augmente également la cyphose thoracique haute. Étape 6 : Pour rééquilibrer l'ensemble de la colonne vertébrale, le patient va fléchir les hanches.

Les scolioses dites « de novo » démarrent à l'âge adulte à l'étape 3.

La prise en charge kinésithérapique est différente de la scoliose de l'adolescent qui est centrée sur le retard de maturation du système postural.

Huit principes de la kinésithérapie à l'âge adulte

1. Les déséquilibres sont beaucoup plus fréquents et il faudra apprendre au patient à les corriger dans le plan frontal et dans le plan sagittal. L'utilisation d'un bâton à niveau facilite la reprogrammation posturale. (Figure 1)
 2. Les exercices habituels de fitness avec renforcement abdominaux et fessiers sont déconseillés, car ils favorisent la rétroversion pelvienne et doivent être remplacés par un renforcement de l'iliaque et du droit antérieur quadricipital. (figure 2)
 3. L'amplitude du mouvement diminue et il faut favoriser cette récupération dans le sens du mouvement correcteur par un mouvements lent dans le sens correcteur avec pauses de 20 secondes avant d'envisager un nouveau gain d'amplitude. L'étirement peut être analytique, mais le plus souvent s'effectuer au niveau d'une chaîne musculaire.
 4. Après 40 ans, il existe une sarcopénie dans la scoliose et l'on renforcera les muscles qui compensent les déséquilibres. Le sac de sable n'est pas placé sur la tête, mais au niveau cervico-thoracique postérieur pour corriger la cyphose thoracique haute ostéoporotique. On demande au patient de réaliser une " position d'avion ", ce qui va renforcer les muscles axiaux. (Figure 3)
 5. Le patient est positionné en équerre à 90° de flexion des hanches pour détendre les muscles pelvi-trochanteriens et faciliter la restauration d'une lordose lombaire.
- L'élongation axiale active a lieu en une chaîne cinétique fermée avec mains reposant sur un barreau de l'espalier, ce qui facilite le contrôle du plan sagittal avec réduction de la cyphose thoracique

supérieure et maintien de la lordose lombaire. (Figure 4)



Figure 1 : Bâton à niveau



Figure 2 Renforcement du droit antérieur



Figure 3 : Musculation des extenseurs



Figure 4 : Equerre à 90°

Dans la position dite espagnole, les deux mains reposant sur les crêtes iliaques, on demande au patient d'effectuer une auto-élongation axiale active. Cette extension axiale favorise la libération à la jonction du fascia thoraco-lombaire et du fascia lombo-fessier. On peut également utiliser la position assise à cheval sur une table d'examen étroite. (Figure 5)

6. L'instabilité est prédominante au niveau discal. La decoaptation par auto-élongation axiale active est un préalable au mouvement correcteur. (Figure 6)

7. Si le patient est vu en période douloureuse, les techniques antalgiques telles que le massage seront privilégiées. Les massages seront classiques, de type dégénératif, ou réflexes pour réduire les contractures de la concavité. Les " traits réflexes " réalisent simultanément le massage proprement dit avec une action mécanique à travers le relâchement fascial et le tissu cellulaire sous-cutané et en même temps ils donnent une information proprioceptive de maintien-détente au niveau de la colonne lombaire. (Figure 7)

8. Tous les exercices sont effectués avec un contrôle respiratoire en mettant l'accent sur le volume de réserve expiratoire. (Figure 8)



Figure 5 : Position dite « espagnole »



Figure 6 : Décoaptation



Figure 7 : Massage – traits tirés



Figure 8 : Dérotation sur temps expiratoire

Protocole et progression en cas d'hospitalisation

Le protocole de physiothérapie comprend, dans la mesure du possible, 12 séances dans la clinique du dos avec l'élaboration d'un programme d'exercices quotidiens à effectuer à domicile. Par la suite, un soin dirigé est poursuivi par le physiothérapeute le plus proche.

Première semaine

La physiothérapie doit être orientée vers le soulagement de la douleur et s'effectue en position couchée par des tractions douces et un travail par irradiation des pelvi-trochantériens, contrôle de la respiration grâce à la suppression de la respiration abdominale avec la nécessité d'utiliser la respiration thoracique en insistant sur l'expiration avec sollicitation des abdominaux en course interne.

Deuxième semaine

La kinésithérapie est assouplissante au niveau de l'angle ilio-lombaire, elle permet un modelage de la gibbosité, un allongement axial en position assise.

Troisième semaine

La kinésithérapie est plus globale, plus générale, plus tonique, plus soutenue. Nous allons utiliser les bras de levier de la ceinture scapulaire et de la ceinture pelvienne.

Les séances se feront en position debout.

Conclusion

La scoliose dégénérative de l'adulte est un problème de santé majeur dans la population gériatrique. Les chirurgiens sont souvent très conservateurs dans le traitement de la scoliose de l'adulte en raison des taux de complication associés aux interventions chirurgicales et de la qualité osseuse marginale.

endémique de cette population.

La prise en charge kinésithérapique est très variée et sera adaptée à l'état du patient. Contrairement à l'adolescence, elle est axée sur les déséquilibres essentiellement sagittaux, les disques intervertébraux et le renforcement des muscles axiaux. Dans les instabilités majeures par dislocation rotatoire, elle sera complétée par le nouveau corset lyonnais ARTbrace adulte.

Bibliographie

[1] De Mauroy, J.C., Gagliano, F., Gagliano, R., Lusenti, P. (2019). From Immobilization to Correction of Adult Scoliosis, in Spinal Deformities in Adolescents, Adults and Older Adults, edited by Josette Bettany-Saltikov and Gokulakannan Kandasamy. <https://www.intechopen.com/chapters/70179>
DOI: 10.5772/intechopen.90196