

**DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES LESIONS  
OSTEOPATHIQUES STRUCTURELLES  
DU RACHIS CERVICAL**

**METHODE selon les AXES OBLIQUES**

Par

**Serge A. WEHRLE OSTEOPATHE DO**

Diplômé de l'Ecole Européenne d'Ostéopathie - Maidstone (GB)

DIU « Ostéopathie et Médecine Manuelle » Faculté de Médecine Paris XIII – Léonard de Vinci

DIU de droit de l'Expertise Médico-légale -Université Paris VIII

Expert Judiciaire à la Cours d'Appel de Paris

Membre du SNOS.

**Cours donné dans le cadre du Diplôme Inter Universitaire d'Ostéopathie  
et Médecine Manuelle Faculté de Médecine Paris Nord Bobigny**

## **Introduction**

Ce texte est le fruit d'une réflexion en rapport avec une synthèse diagnostique que j'ai enseigné à la faculté de médecine Paris Nord Bobigny dans le cadre du DIU ostéopathie et médecine manuelle.

Cet enseignement a fait l'objet du mémoire de fin d'études du Docteur Christian LE TAILLEUR que je remercie de m'avoir autorisé à réactualiser une grande partie du document original.

Par ailleurs, cette approche diagnostique m'a permis une grande sécurité dans ma pratique professionnelle depuis maintenant quinze ans sans en démentir l'efficacité.

Merci à tous mes maîtres et amis, de Maidstone , Belgique et France, qui ont tant contribué à l'essor de l'Ostéopathie en Europe.

## **GENERALITES**

Cette méthode permet un diagnostic rapide et facile des restrictions de mobilité des cervicales standard sur les articulations C2/3 à C6/7

Buts :

- analyse synthétique et rationnelle des blocages articulaires,
- ne jamais « heurter » les tissus mous,
- traiter l'aigu en toute sécurité,

Respect des principes de STILL :

- la structure gouverne la fonction,
- les mouvements mineurs priment sur les majeurs,

Dialectique :

- raisonnement en termes de volumes dans l'espace,
- parler de lésion de divergence... découverture,  
convergence ...recouvrement de facettes articulaires,
- parler de flexion (ventrale) et d'extension (dorsale)

Thérapeutique : - ***cas aigus***

- ... peu de TGO, se concentrer sur l'essentiel du blocage et l'élément douloureux,
- ... grande analyse des facteurs d'apparition,
- ... traitement du blocage davantage en technique directe.

### ***- cas chroniques***

- ... faire davantage de TGO pour dégager la lésion,
- ... analyse des facteurs environnementaux tels que mouvements répétitifs : travail posté, gestes sportifs etc.
- ... traitement du blocage davantage en technique indirecte.

Le raisonnement de mobilité articulaire est guidé par le mvt mineur au niveau des unci à la façon d'un rail dans un plan ANT POST.

Le fait que nous limitons notre étude à l'abord selon les axes obliques ne doit pas occulter le fait que cette approche s'intègre dans une démarche ostéopathique diagnostic complète.

Nous l'appellerons ***méthode selon les axes obliques***

## Rappel anatomique :

Au niveau du rachis cervical nous avons trois articulations de types différents :

### **1 - les articulaires vertébrales postérieures.**

droite et gauche, sont réalisées entre la facette articulaire de l'apophyse articulaire inférieure de la vertèbre sus jacente et la facette articulaire supérieure de la vertèbre sous jacente, les quatre surfaces, deux gauches deux droites, deux sup et deux inf. sont taillées dans la surface d'une même sphère,

Elles sont quasiment planes et obliques, regardant en bas et en avant pour les articulaires sup et en haut et en arrière pour les articulaires inf., l'obliquité varie selon l'étage considéré.

### **2 - les articulations unco-vertébrales,** droites et gauches,

Elles se trouvent entre la face interne de l'apophyse unciforme de la vertèbre sous jacente et le bord inféro-externe de la vertèbre sus-jacente,

Elles forment un rail dans un plan antéropostérieur,

### **3 - le disque intervertébral** est limité

Latéralement par l'articulation unco-vertébrales,  
En avant par le ligament vertébral commun antérieur,  
En arrières par le ligament vertébral commun postérieur,  
En haut par la face inf. de la vertèbre sus jacente,  
En bas par la face inf. de la vertèbre sous jacente,

Rappel biomécanique. Le mouvement de deux vertèbres s'étudie l'une étant mobile par rapport à l'autre. Par postulat on considère fixe la sous jacente.

La flexion: La vertèbre sup s'incline et glisse vers l'avant, La flexion s'accompagne d'un antélysthésis, les apophyses unciformes conduisent le corps vertébral dans ce mouvement.

La perte de ce glissement est le premier signe de la perte de mobilité au niveau d'un étage vertébral cervical,

La disposition anatomique des facettes articulaires post ne permet qu'un glissement global et identique des deux articulaires.

Les facettes se déplacent en haut et en avant on dit qu'elles **divergent** »

Elles provoquent en même temps un bâillement post.

L'extension : La vertèbre supérieure s'incline et glisse vers l'arrière,  
L'extension s'accompagne d'un retrolystésis plus léger que celui de la flexion,  
Les apophyses unciformes conduisent le corps vertébral dans ce glissement,

Les facettes articulaires sup se déplacent en bas et en arrière, on dit qu' »elles convergent »

Inclinaison – Rotation :

Le mouvement vertébral dans le plan frontal et dans le plan horizontal est essentiellement conditionné par la disposition anatomique des facettes articulaires post : celles-ci ne peuvent effectuer qu'un glissement, en divergence d'un côté et convergence de l'autre,

Par une rotation dans le plan des facettes autour d'un axe perpendiculaire à ce plan et passant au centre de la ligne joignant le centre des deux facettes,

Ces mouvements des surfaces articulaires post s'accompagne d'un mouvement similaire dans les articulations unco-vertébrales.

Le rapprochement des surfaces articulaires entraîne la **convergence**.

L'écartement des surfaces articulaires entraîne la **divergence**.

Résumé : Inclinaison latérale et rotation, du point de vue biomécanique,  
Elles ne constituent qu'un seul et même mouvement : une convergence du côté vers lequel se fait le mouvement et une divergence du côté opposé.

flexion = divergence D et G	Rot D/IL D = conv D et div G
Extension = convergence D et G	Rot G/IL G = conv G et div D

Lors d'une ROT vers la D, **le disque fait office de pivot élastique**.

- l'uncus D recule et la facette articulaire D converge
- l'uncus G avance et les facette art. G diverge

## DIAGNOSTIC

La détermination de la possibilité d'un blocage articulaire se fait selon une méthode dite GRM – Global Result Mobility – (S.Wehrle1995)

Ceci s'exprime par la positivité d'un seul mouvement mineur qui indique le dysfonctionnement en restriction de mobilité d'une articulation.

### Au niveau des cervicales standard c'est un test GRM en translation

Le patient est en décubitus dorsal, praticien debout à la tête,

- placer son genou fléchi sur le bord de la table et mettre l'occiput en appui dessus, plaçant les cervicales en rectitude niveau sup et légère flexion niveau inf.
- placer les mains de chaque côté du cou, doigts tendus et joints, les extrémités des 3/4/5em doigts venant au contact des apophyses transverse de la vertèbre à tester.
- poussée transversale des doigts selon un plan horizontal et dans le plan de glissement des surfaces articulaires, alternativement vers un côté puis l'autre.
- on apprécie l'amplitude de la vertèbre à effectuer une translation, c'est à dire a une inclinaison latérale.

**Résumé** ... poussée vers la G = IL D      ... poussée vers la D = IL G

**Important +++**

**Ceci permet uniquement de définir qu'il y a un blocage articulaire reste à définir s'il est en divergence ou en convergence.**

## Les AXES

La disposition anatomique des apophyses transverses et des massifs articulaires des cervicales – C3 à C7 – permet de les considérer comme incluses dans un parallélépipède rectangle que l'on peut comparer à un rectangle dans un plan vertical par rapport au plan horizontal de la table.

On décrit ainsi deux grands cotés horizontaux et deux petits cotés verticaux ainsi que quatre angles et on définit ainsi deux axes

- **axe oblique droit – AOD** – joignant l'angle antéro-externe de l'apophyse transverse D à l'angle postéro-externe du massif articulaire G.
- **axe oblique gauche – AOG** – joignant l'angle antéro-externe de l'apophyse transverse G à l'angle post-externe du massif articulaire D.

### **Recherche palpatoire des Axes Obliques**

- **AOD** ...les doigts de la main Droite – MD – se placent sur l'angle supérieur droit,  
... les doigts de la main Gauche – MG – se placent sur l'angle inférieur gauche,

### **En raisonnant en forme de volumes dans l'espace :**

lors d'une ROT vers la D, le disque fait office de pivot élastique.

- l'uncus D recule et la facette articulaire D converge
- l'uncus G avance et les facette art. G diverge

### **Test lésionnel selon les axes obliques**

- 1- le GRM sur la colonne cervicale ainsi définie est un mouvement de latéralité,  
... **s'il y a résistance ... il y a LESION**
- 2- reste à déterminer la qualité de la lésion – **DIV ou CONV**
- 3- il n'y a jamais deux restrictions sur un même étage.

**AXE OBLIQUE DROIT mains D et G sont actives l'une après l'autre,  
Une main pousse, l'autre reçoit.**

- positions doigts tendus MD sur l'angle antérieur droit des masses latérales,
- positions doigts tendus MD sur l'angle antérieur droit des masses latérales,

... la MD glisse sur axe Droit vers le bas, si elle rencontre une résistance il y a blocage en divergence droite.

... la MG glisse sur axe Droit vers le haut, si elle rencontre une résistance il y a blocage en convergence gauche.

**AXE OBLIQUE GAUCHE *inversement***

**Cette pratique permet**

- de faire des techniques [THRUST sans ROT +++](#)
- de faire de la correction [cas aigus sans douleur](#)
- de corriger en [aigu](#) sur un seul étage en [direct](#)
- de corriger en [chronique indirecte](#) technique d'ouverture,

**Traitement structurel d'une lésion ostéopathique :**

- [directe](#) : le thrust est appliqué sur l'articulaire en restriction de mobilité, la correction se fait par recouvrement des facettes.
- [indirecte](#) : le thrust est appliqué sur l'articulaire controlatérale en restriction de mobilité, la correction se fait par ouverture facétaire.

**a - les lésions en [divergence](#) se corrigent [table BASSE](#)**

- directe :
  - inclinaison tête côté en lésion,
  - verrouillage en rotation côté opposé,
  - appui main sur angle antérieur coude haut,
  - TH sur axe oblique vers le bas côté opposé.
- indirecte :
  - inclinaison tête côté opposé à la lésion,
  - verrouillage en rotation vers la lésion,
  - appui main sur angle antérieur coude haut,
  - TH sur axe oblique vers le bas côté opposé.

## b - les lésions en **Convergence** se corrigent **table HAUTE**

- directe :
  - inclinaison tête côté en lésion,
  - verrouillage en rotation côté opposé,
  - appui main sur angle postérieur coude bas,
  - TH sur axe oblique vers le haut côté opposé.
  
- indirecte :
  - inclinaison tête côté opposé à la lésion,
  - verrouillage en rotation vers la lésion,
  - appui main sur angle postérieur coude bas,
  - TH sur axe oblique vers haut côté opposé.

### **SIX temps pour un parfait synchronisme.**

#### 1 - prise en berceau :

patient en décubitus dorsal,  
praticien debout à la tête du patient,  
prise en berceau de la tête sur l'avant bras,  
main empaumant le menton,

#### 2 – prise d'appui :

avec le bord radial de l'articulation métacarpophalangienne du deuxième doigt de l'autre main sur l'angle antérieur ou postérieur du quadrilatère vertébral, au niveau de la vertèbre en lésion,

#### 3 – verrouillage et mise en tension :

se font en pivotant autour de l'appui par un pas de côté,  
se faisant le praticien entraîne une extension et une inclinaison latérale du rachis supérieur jusqu'au niveau lésionnel.

#### 4 – la direction du thrust :

est donnée en positionnant le coude du praticien, bas ou haut,  
appui selon un axe oblique à 45°

5 – la barrière motrice : est recherchée sur l'axe jusqu'à sentir une résistance,

#### 6 – le thrust lui-même :

est réalisé par une force d'appui, dans l'axe défini, qui consiste en une impulsion brève, de grande vélocité, visant à passer la barrière motrice.

## Abrégé des 4 possibilités de lésions.

### Corrections par manœuvres directes

#### convergence droite

- berceau à gauche
- appui en arrière à D
- coude bas, table haute
- mise tension inclinaison D
- rotation vers la G
- TH oblique haut gauche AOG

#### convergence gauche

- berceau à droite
- appui en arrière à G
- coude bas table haute
- MT inclinaison G
- rotation vers la D
- TH oblique haut droit AOD

#### divergence droite

- berceau à gauche
- appui en avant à droite
- coude haut, table basse
- mise tension inclinaison D
- rotation vers la G
- TH oblique bas droite AOG

#### divergence gauche

- berceau à droite
- appui en avant à gauche
- coude haut, table basse
- MT inclinaison G
- rotation vers la D
- TH oblique bas gauche AOD

### Remarques pour l'opérateur :

- 1- grosse importance de la prise en berceau contre la poitrine,
- 2- agir de façon analytique en décomposant chaque mouvement,
- 3- déplacement latéral sur un pas du praticien,
- 4- relâchement du patient car thrust dans la non douleur,
- 5- thrust à minima, **jamais de rotation**,
- 6- importance de tester à nouveau et montrer le gain de mobilité au patient.

### RESUME

#### convergence

Appui en arrière  
Coude bas, table haute  
Thrust vers le haut

#### divergence

appui en avant  
coude haut, table basse  
thrust vers le bas

Prise en berceau du côté opposé à l'appui

Verrouillage = inclinaison latérale et rotation  
= pas de côté autour de l'appui

appui = direct sur la lésion = indirect côté opposé à la lésion

thrust sur axe oblique = vers le haut pour une convergence  
= vers le bas pour une divergence

## **Discussion et conclusion**

L'utilisation des axes obliques dans le diagnostic et le traitement des lésions ostéopathiques du rachis standard – C3 à C7 présente, pour le praticien, l'intérêt de simplifier sa démarche et de minimiser les mouvements à effectuer.

Le patient reste dans la même position quelque soit la ou les lésions existantes, les mouvements imprimés à son rachis demeurent très minimes, que ce soit lors de la phase diagnostic ou lors de la mise en œuvre du traitement.

Ainsi, de la position mains à plat de chaque côté du rachis pour un test en translation pour déterminer un étage lésionnel, il suffit de déplacer les doigts sur les axes obliques pour déterminer la nature de la lésion.

Simplification en ce sens qu'il n'y jamais deux blocages à un même étage vertébral.

Le diagnostic étant fait, il suffit de prendre appui sur la lésion en restriction de mobilité.

Le coté de la prise en berceau, comme l'axe et le sens du thrust, en découlent logiquement :

berceau opposé à la lésion

thrust vers le haut (lésions de convergence)

thrust vers le bas (lésions de divergences) [selon l'axe oblique bien sur.](#)

L'appui étant réalisé, ainsi que la prise en berceau, le verrouillage et la mise en tension se font automatiquement par le fait de faire un simple pas de coté autour de l'appui resté fixe.

Le travail consiste à focaliser au maximum la mise en tension tout en réalisant un thrust à minima.

### **Le thrust est toujours en translation oblique jamais en rotation**

La simplicité de cette méthode, ainsi que l'absence d'agressivité qui en découle pour le patient, permet de l'utiliser dans la plupart des lésions ostéopathiques du rachis cervical standard y compris dans les lésions aiguës.