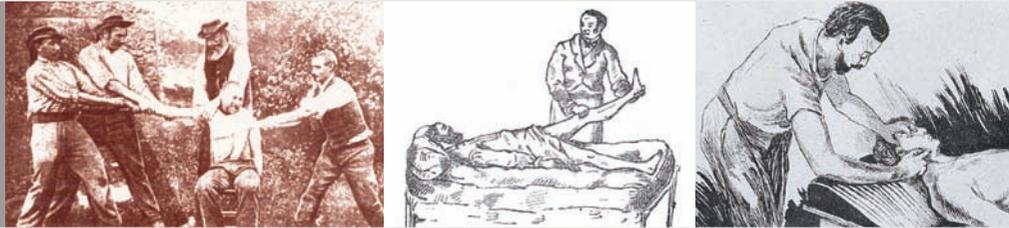


Apport du traitement manuel neural dans la douleur chronique Du reboutement à l'essor des neurosciences



Philippe Villeneuve ^{1*}

1 Ostéopathe, Institut de posturologie, 20 rue du Rendez-vous, 75012, Paris, France

* Correspondance
villeneuve-philippe@orange.fr

Apport du traitement manuel neural dans la douleur chronique. Du reboutement à l'essor des neurosciences

Abstract

Neural pains are the most frequent of chronic pains. They also are more annoying, more marked and older than other non-neuropathic pains. Moreover, neural hyperactivity frequently leads to posture adaptations bringing on referred pains. Neural pains are not responding well to classical treatment (painkillers and anti-inflammatory) and are insufficiently taken into account by manual therapists. For several centuries, manual stimulation have been applied directly on the nerve. Nowadays, one could say that these manual stimulations allow afferent and efferent paths modulation, thus modifying the threshold for neuromuscular reactions leading to muscular spasms and joint restrictions. Before considering osteopathic or postural treatment it seems interesting, even vital if we want a sustained result, to clinically investigate neural pathways. In this first paper, we will present the history of neural treatments, allowing to develop a manual neurostimulation methodology. In the next paper we will develop an example on applying this method.

From the end of the 18th century, neural pain was known to develop mostly at the emergence of neural rami and that stimulation of these rami (stretching, compression...) can exacerbate the pain but also cure it. In the 19th century treatments based on nerve stretching are used by well-known surgeons, notably in sciatic pain or cervico-brachial neuralgia, in Europe as well as in the USA.

Résumé

Les douleurs neurales sont les plus fréquentes des douleurs chroniques. Elles sont également plus gênantes, plus prononcées et plus anciennes que les douleurs non neuropathiques. De plus, l'hyperactivité neurale entraîne fréquemment des adaptations posturales responsables de douleurs à distance. Les douleurs neurales répondent mal aux traitements médicamenteux classiques (antalgique et anti-inflammatoire) et sont insuffisamment prises en compte par les thérapeutes manuels.

Depuis plusieurs siècles, des stimulations manuelles sont appliquées directement sur le nerf. Aujourd'hui, nous dirions que ces stimulations manuelles permettent une modulation des voies de communication afférentes et efférentes et ainsi modifient le seuil de déclenchement des réactions neuromusculaires responsables des spasmes musculaires et des blocages articulaires. Avant d'envisager un traitement ostéopathe ou posturologique, il paraît pour le moins utile, voire indispensable, afin d'obtenir un résultat pérenne, d'investiguer cliniquement les voies de communication neuronale. Dans ce premier article, nous présentons les bases historiques des traitements neuraux qui permettent de développer une méthodologie de neurostimulations manuelles. Puis, nous développerons un exemple d'application dans le prochain numéro.

Dès la fin du XVIII^e siècle, il était connu que la douleur neurale se manifeste préférentiellement à l'émergence des rameaux nerveux et que la stimulation de ces rameaux (étirement, pression...) peut exacerber la douleur, mais également la traiter. Au XIX^e siècle, des traitements basés sur l'étirement des nerfs sont pratiqués par d'illustres chirurgiens notamment dans la sciatique ou les névralgies cervico-brachiales, aussi bien en Europe qu'aux USA.

Keywords: neuralgia, manual neurostimulation, neural dysfunction, postural consequences

Mots clés : névralgies, neurostimulations manuelles, dysfonctions neurales, répercussions posturales

Apport du traitement manuel neural dans la douleur chronique

Du reboutement à l'essor des neurosciences

La douleur neurale

La douleur neurale est repérable

Ce type de dysesthésie est assez hétérogène ; elle va de la sensation de brûlure, d'arrachement, de compression comme dans un étai, à des douleurs paroxystiques fulgurantes à type de coup de poignard, de choc électrique ou de picotements, à des fourmillements et des engourdissements. Certaines sont provoquées par l'effleurement minime d'une zone cutanée indemne de toute lésion qui déclenche une douleur insupportable (allodynie), en particulier chez les patients souffrant de fibromyalgie ou de crise migraineuse. Quotidiennes, ces douleurs qui persistent parfois des années compromettent la qualité de vie de ces patients. Elles s'accompagnent fréquemment d'insomnie, d'anxiété ou de dépression et répondent mal aux antalgiques usuels et aux anti-inflammatoires.

La douleur neurale est la plus fréquente des douleurs chroniques

Les atteintes isolées d'un nerf après un traumatisme ou une compression et les syndromes canaux représentent une large part des consultations médicales [1]. Une vaste enquête – plus de 20 000 personnes – effectuée en France [2], a récemment montré que parmi les 31,7 % de douloureux chroniques, 21,7 % souffrent de douleurs neuropathiques ; chez ceux dont la plainte était d'intensité modérée à sévère, plus du quart (25,6 %) présentaient des douleurs neuropathiques. Dans la population générale, la prévalence de ce type de douleur s'établit à 6,9 % ; pour 5,1 % de ces sujets, l'intensité en est modérée à sévère. Les femmes sont les plus touchées (60,5 %). Ces douleurs augmentent avec l'âge jusqu'à un pic entre 50 et 64 ans ; à en croire la majorité des sujets de l'enquête (78,4 %), elles se manifestent sur plusieurs zones. Elles sont plus gênantes, plus prononcées et plus anciennes que les douleurs non neuropathiques. Si ces douleurs neuropathiques représentent ainsi la majorité des douleurs chroniques, alors qu'une douleur non spécifiée constitue 63 % des motifs de consultation des sujets se plaignant d'un syndrome de déficience posturale [3], elles en représentent vraisemblablement l'étiologie essentielle, d'autant plus qu'il existe des algies neurales fonctionnelles.

La douleur neurale : pathologie organique ou dysfonction ?

Les algies neurales sont liées soit à des pathologies organiques (traumatisme, diabète, syndrome de Guillain-Barré...), soit à des dysfonctionnements mécaniques dépendant de compressions neurales (syndrome canalaire) tels que le syndrome du tunnel carpien, la névralgie pudendale, le syndrome du canal tarsien, mais également lors d'étirements nerveux qu'un examen averti retrouve souvent.

Dans son ouvrage sur le sujet, Shacklock [4] sépare les syndromes canaux (*nerves entrapments*) de ce qu'il désigne comme « troubles neurodynamiques » (*neurodynamic di-*

sorders). Les premiers, liés à une compression du nerf, sont susceptibles de générer une lésion (exemple le syndrome du canal tarsien) ; les « troubles neurodynamiques » englobent des problèmes mécaniques d'un autre type qui perturbent la fonction nerveuse, par exemple une irritation neurale faisant suite à une pronation ou une supination excessives du pied. Or Kleinrensink *et al.* avaient déjà montré [5] qu'une entorse ou une inversion physiologique importante du pied sont susceptibles de modifier la vitesse de conduction de nerfs moteurs, en l'occurrence celle des nerfs fibulaires superficiel et profond. Les nerfs ainsi sensibilisés par une force mécanique excessive ou répétée deviendraient hypersensibles et leurs volées d'influx seraient bidirectionnelles, afférentes et efférentes. Les influx afférents peuvent provoquer des douleurs, les efférents une inflammation des tissus qu'innervent le nerf sensibilisé (inflammation neurogène).

Ces dysfonctionnements neuraux peuvent, de plus, entraîner des répercussions à distance. Il est fréquent de trouver un étirement neural à l'origine d'une hypertonie des muscles dépendant de ce nerf, hypertonie capable de modifier les rapports et les chaînes articulaires avec des répercussions posturales à distance.

Lorsque l'attention du clinicien est sensibilisée à la possibilité de telles dysfonctions neurales, il les retrouve chez une majorité des patients posturaux. Encore convient-il qu'il sache les mettre en évidence.

La douleur neurale n'est pas une nouveauté

La première illustration d'étirement neural semble remonter au moins au XVIII^e siècle avant notre ère ; elle apparaît sur un papyrus découvert par Edwin Smith [6]. Les premières descriptions du traitement physique des névralgies dans un contexte médical, qui succèdent probablement aux traitements manuels des rebouteux ou rhabilleurs lesquels remettaient en place les nerfs « froissés » ou déplacés, apparaissent au XVIII^e siècle (*figure 1*). Leurs bases neuroanatomiques et cliniques sont étudiées et codifiées en Europe au XIX^e siècle par des neurologues prestigieux comme Valleix [7], Romberg [8] et Lasègue [9]. Certains de ces traitements sont décrits aux États-Unis à la fin du XIX^e siècle dans les premiers ouvrages d'ostéopathie.

Si les écrits d'Hippocrate mentionnent déjà la névralgie sciatique, c'est Cotugno [10], anatomiste italien, qui décrit dans le premier ouvrage sur la sciatique (1770) les principes permettant de comprendre les névralgies. Il envisage d'abord la « neurophysiologie » : « Les fonctions des muscles tiennent des nerfs leurs myotilités », puis la clinique : « Pour ce qui a trait au siège de la douleur le malade indique du doigt le trajet du sciatique » et enfin la thérapeutique. Cotugno prescrit des traitements physiques, entre autres frapper avec un fouet de cuir la plante du pied correspondant au côté malade, dans des cas d'atrophie musculaire et application de vésicatoire sur le nerf sciatique poplité externe (fibulaire commun).

Apport du traitement manuel neural dans la douleur chronique

Du reboutement à l'essor des neurosciences

Premières approches des névralgies

Thouret [11] précise en 1782-83 que, dans la névralgie faciale, la douleur neurale se localise préférentiellement à l'émergence des rameaux nerveux : « la maladie paraît se fixer plus particulièrement dans quelques endroits de prédilection, comme la mâchoire inférieure, le trou mentonnier... le siège le plus ordinaire du mal est sur le côté du nez, immédiatement au-dessous de la pommette, à l'endroit où une branche principale du nerf maxillaire supérieur sort du canal sous-orbitaire. » Chaussier [12] détermine peu après que certaines douleurs jusque-là décrites comme des pathologies diverses sont des névralgies ; il les classe en fonction de leur situation anatomique. Dans sa thèse, Reverdit [13] met ensuite en évidence des processus que l'on nommerait aujourd'hui allodyniques : « La moindre pression sur les parties malades cause de la douleur » ; il affirme qu'une stimulation directe du nerf permet de traiter la névralgie : « la douleur cesse ou change de nature sous une forte pression ». Ces possibilités, vraisemblablement déjà connues depuis longtemps des rebouteux et des rhabilleurs, trouvent les bases neuroanatomiques et cliniques de leur justification avec Valleix et son *Traité des névralgies* (1841) [7].

Valleix (1807-1855), pionnier de l'étude des névralgies

Valleix se démarque de l'opinion de l'époque ; il observe que la douleur des sciatiques n'évolue pas systématiquement dans le sens proximo-distal. Lorsque les élancements parcourant le trajet du nerf sciatique se portent de la hanche au pied, on dit alors que la douleur est « descendante. Mais elle peut être... tantôt ascendante, tantôt descendante, ou bien ascendante et descendante à la fois », laissant supposer que son origine est alors distale, liée par exemple à une dysfonction du nerf fibulaire profond. Valleix précise aussi que, sur les trajets douloureux, le patient localise des points exquis qui correspondent aux points qui lui servent à diagnostiquer la névralgie. Ces observations fondent sa grande

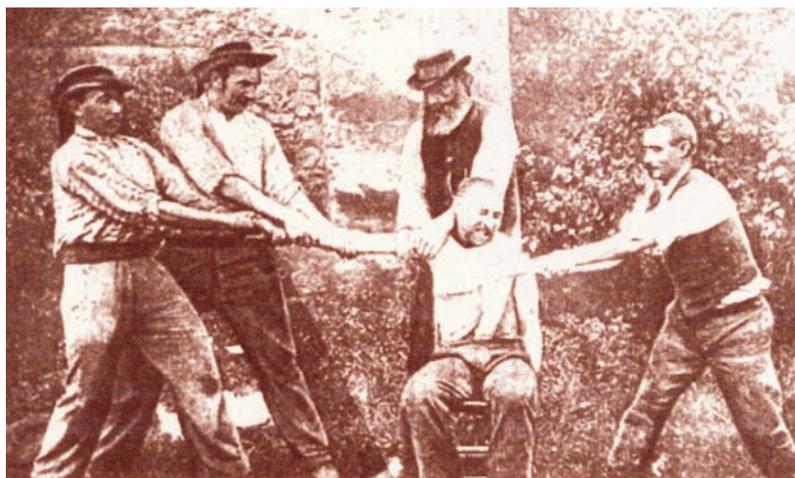


Figure 1.— Un rebouteux remettant un bras démis. Carte postale collection Moeurs et Coutumes Bretonnes.

œuvre, la codification des points douloureux à la pression, points de Valleix, soumis à des lois qui, pour lui, « ne souffraient que d'un petit nombre d'exceptions » (figure 2). Dans les névralgies dont le trajet est fixe et continu, Valleix décrit quatre implantations localisées dans les dermatomes liés à la névralgie :

- « premièrement, au point d'émergence d'un tronc nerveux » (par exemple dans l'aîne pour le nerf crural ou fémoral) ;
- « deuxièmement, dans les points où un filet nerveux traverse les muscles, pour se rapprocher de la peau dans laquelle il vient se jeter » (par exemple, branche postérieure des nerfs spinaux) ;
- « troisièmement dans les points où les rameaux terminaux d'un nerf viennent s'épuiser dans les téguments » (par exemple, partie antérieure des nerfs intercostaux) ;
- « quatrièmement, aux endroits où des troncs nerveux, par suite du trajet qu'ils ont à parcourir, deviennent très superficiels (le lieu où le nerf cubital [ulnaire] et le nerf péronier [fibulaire] contournent l'un l'épitrachée et l'autre la tête du péroné »).

Il conclut ce passage en affirmant : « rien n'est plus remarquable que cette prédilection de la névralgie pour des points déterminés du vaste réseau sensitif formé par les nerfs à la périphérie du corps. Romberg [8] partage ces vues : « La douleur dans la région des nerfs de la peau du sciatique est

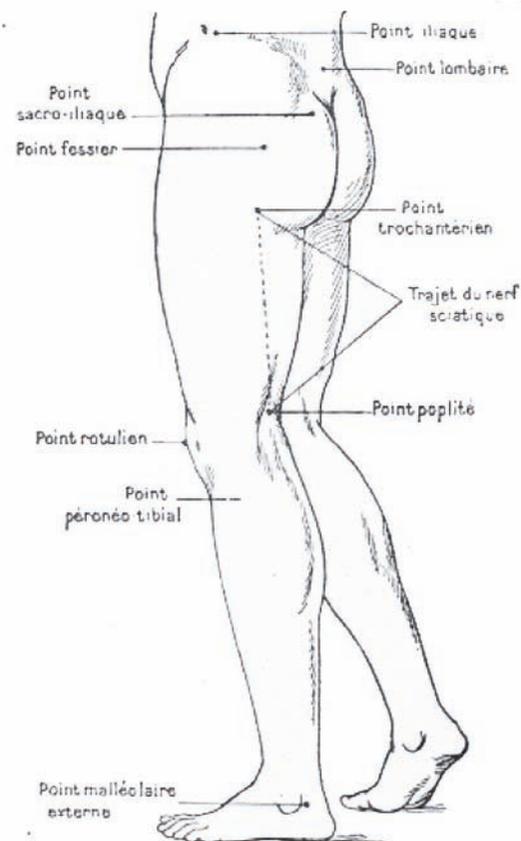


Figure 2.— Points douloureux de Valleix dans la névralgie sciatique (1841). Selon le Larousse illustré. Paris, Larousse, 1924.

Apport du traitement manuel neural dans la douleur chronique

Du reboutement à l'essor des neurosciences

le trait principal de cette maladie, complètement différente, selon que les filets cutanés plus ou moins profonds sont plus ou moins affectés simultanément... C'est aux extrémités cutanées des rameaux émanés du nerf grand sciatique, qu'elle doit être ressentie ».

Valleix observe en outre que ces névralgies se propagent par contiguïté ; par exemple, « la névralgie trifaciale (trigéminal) se propage aux nerfs cervicaux, en suivant le nerf occipital, la névralgie cervico-occipitale s'étend, au contraire, au nerf trifacial ». Il constate une tendance « de la névralgie à envahir les nerfs voisins... Certaines douleurs nerveuses qui, après avoir eu un siège borné, deviennent presque générales... Les sujets présentent dans ces cas presque toutes les espèces de névralgies connues ».

Valleix et les troubles fonctionnels liés aux névralgies

Valleix et ses contemporains s'accordaient à dire que les névralgies entraînent :

- premièrement, des contractions musculaires involontaires : tics douloureux de la névralgie faciale, crampes et agitation involontaire des membres dans la névralgie sciatique ;
- deuxièmement, une hypersécrétion (larmes, mucus, salive) ;
- troisièmement, quelques troubles sensoriels (dans les névralgies de la tête) ;
- quatrièmement, des semi-paralysies associées à des fontes musculaires lors de névralgies très violentes.

Valleix avait également constaté que les douleurs de certains patients au niveau d'un muscle étaient consécutives aux névralgies, « établissant une sorte de liaison entre le rhumatisme musculaire et la névralgie » ; il retrouvait parfois « une coexistence de l'affection nerveuse avec un embarras du tube digestif ». Mais, souvent, la cause des névralgies n'était pas identifiée : « la névralgie peut exister à un haut degré, et pendant plusieurs années sans aucune espèce de lésion appréciable ». Par contre ces patients présentaient comme caractéristique commune et retrouvée par de nombreux auteurs, une grande proportion de « tempéraments nerveux », ce qui lui laissait à penser « que l'irritabilité, la sensibilité, etc., prédisposent d'une manière marquée aux névralgies ».

Valleix et ses points douloureux

Les zones où la pression excite de la douleur ne sont autres que celles qui sont spontanément envahies par la douleur, zones d'émergence neurales (figure 3).

Cette localisation constitue un signe caractéristique dont les exceptions, comme le notait déjà Valleix, sont excessivement rares. L'intensité de la douleur provoquée est variable et se manifeste pour une pression plus ou moins forte : une pression très légère détermine parfois des douleurs très vives, l'hyperesthésie pouvant siéger dans la peau.

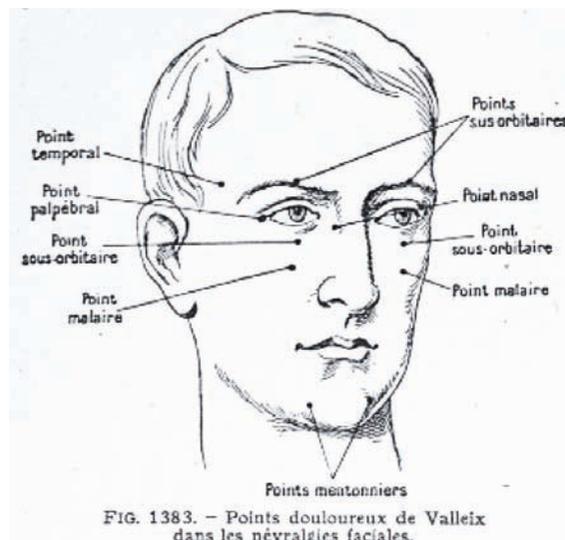


Figure 3.— Points douloureux de Valleix dans la névralgie faciale (1841). Selon le Larousse illustré. Paris, Larousse, 1924.

Le traitement selon Valleix

Valleix différenciait les médications internes (narcotiques, sous-carbonate de fer, sulfate de quinine) des médications externes (vésicatoires simples, cautérisation, incisions et résection du nerf, électricité). Il considérait les vésicatoires sur les principaux points douloureux comme « un des meilleurs remèdes que l'on puisse opposer à la névralgie ». Quelle que soit l'opinion actuelle sur leur mode d'action, il n'est pas indifférent de rappeler que les vésicatoires soulèvent l'épiderme dans lequel se situent des récepteurs liés à la nociception [14] ; il est aujourd'hui envisageable qu'ils participent ainsi à l'inhibition du message douloureux par l'intermédiaire du *gate control* de Melzack et Wall [15].

Clinique des algies neurales

Cotugno basait son examen clinique de la névralgie essentiellement sur le trajet douloureux, Valleix sur les points douloureux à la pression et Lasègue sur l'étirement du nerf (figure 4) puis Tinel [16] vint l'enrichir de la percussion du nerf.

Étirement et percussion du nerf : mise en évidence des névralgies

Le déclenchement de la douleur névralgique par l'étirement du nerf sciatique aurait été codifié par Lasègue en 1864 [9], mais ne fut décrit qu'en 1881 par un de ses élèves, Forst [17], dans sa thèse de médecine ; en 1916, Néri [18] montra que la flexion de la tête - et Bragard [19] en 1929 que la flexion dorsale du pied - aggrave cette limitation de l'élévation de la jambe (signe de Lasègue). Étirer le nerf impliqué permet de mettre d'autres névralgies en évidence ; Léri l'a montré pour le nerf fémoral dans les cruralgies en testant la flexion du genou sur le patient en décubitus ventral. Les mêmes principes ont été appliqués au plexus brachial [5, 20] et au

Apport du traitement manuel neural dans la douleur chronique

Du reboutement à l'essor des neurosciences



Figure 4.— Première description de la manœuvre de Lasègue en 1881 lors de la Thèse d'un de ses élèves. Forst JJ. Contribution à l'étude clinique de la sciatique. Thèse de médecine de Paris n° 33, 1881. Paris: A. Parent, Imprimeur de la Faculté de médecine.

plexus cervical [21]. Percuter le nerf permet aussi de provoquer des dysesthésies ; pour diagnostiquer un syndrome du canal carpien, Tinel a proposé, en 1916, la percussion de la face palmaire du poignet, qui déclenche alors des paresthésies dans le territoire du nerf médian [16]. Ce mode de diagnostic peut être utilisé pour d'autres syndromes canauxiers [22, 23].

Étirement et percussion du nerf : traitement physique des névralgies

Si étirement et percussion du nerf sont utilisés par les cliniciens pour manifester et identifier la névralgie, ils le sont aussi, paradoxalement, comme traitement. En 1872, poussé par l'expérience sur cadavre de Billroth, un chirurgien allemand, von Nussbaum soigne par étirements neurax [24]. Les résultats positifs obtenus par l'étirement du plexus brachial ont déclenché à l'époque un enthousiasme considérable ; l'étirement neural est rapidement devenu populaire. Les techniques ont varié ; certaines, chirurgicales, commençaient par une libération des tissus enveloppant le nerf [24] avant une traction directe manuelle ou par l'intermédiaire d'un crochet. Trombetta [25] préconisait, pour traiter les sciatiques, une approche non sanglante que l'on pourrait aujourd'hui qualifier de posturale. Il demandait de plier la cuisse sur le corps, le genou arrivant au menton, puis d'étendre la jambe sur la cuisse et enfin de fléchir le pied sur la jambe ce qui crée une tension importante sur la partie extra-pelvienne du nerf sciatique ; grand défenseur de cette méthode, il a montré sur le cadavre, que cette manœuvre allonge le nerf sciatique d'un pouce (2,54 cm). Pour être efficace, la manœuvre doit être ferme et maintenue pendant cinq minutes. Hurd [26] précise, en 1890, que ces techniques sont pratiquées en Angleterre, en Allemagne, en France et en Amérique. Il ajoute que l'amélioration de névralgies peut parfois être obtenue par des frictions douces, des compressions, des percussions, des pétrissages, des pressions profondes du nerf.

Certains de ces traitements manuels des névralgies, étirement et compression, figurent aux USA dans les premiers ouvrages d'ostéopathie [27, 28] et, en France, dans celui de Riggs traduit par Moutin et Mann [29] (figures 5 et 6). Les conceptions qui y sont largement développées [30] ont ensuite été oubliées. Elles réapparaissent dans la seconde moitié du XX^e siècle grâce à Maitland [31] et ses compatriotes australiens, Elvey [20], Butler [32] et Shacklock [4], sous forme d'étirement du système neuro-méningé. En France, des ostéopathes n'ont publié sur ce thème « inconnu ou souvent ignoré » que très récemment [33-35].

MANUEL D'OSTÉOPATHIE PRATIQUE

PLANCHE N° 21

TRAITEMENT DU NERF TRIJUMEAU

La gravure indique cinq points sur lesquels on peut appliquer une pression sur le cinquième nerf. Ils sont situés : au trou ovale, au-dessous de l'os malaire, juste devant le tragus de l'oreille et légèrement au-dessus, au canthus intérieur de l'œil et au trou sus-orbitaire. Une légère manipulation autour de ces points sera efficace, pour calmer un mal de tête nerveux, la névralgie et les troubles similaires. Ces points sont très importants, dans les cas de catarrhe chronique, de coryza, etc., etc.



Figure 5.— Traitement du nerf trijumeau. Moutin VFL, Mann GA. Manuel d'ostéopathie pratique. Paris: GA Mann; 1913.

Perte d'un savoir

Toutes les connaissances qui permettent d'effectuer un traitement manuel neural étaient donc présentes à la fin du XIX^e siècle, sinon plus tôt. Est-il une explication à ce trou dans l'histoire des thérapies manuelles neurales ? Non pas une, mais trois paraissent vraisemblables, les deux premières liées à l'histoire de la médecine en France et la troisième à celle de l'ostéopathie aux États-Unis.

Apport du traitement manuel neural dans la douleur chronique

Du reboutement à l'essor des neurosciences

EXTENSION DU NERF SCIATIQUE

Le patient est couché sur le dos, la jambe fléchie sur la cuisse et la cuisse sur l'abdomen. Fléchissez la jambe sur la cuisse et laissez la cuisse fléchie. Ce traitement est nécessaire, en cas de douleurs sciatiques ou de névrite de ce nerf. Il faut prendre des précautions parce que le traitement peut être tout à fait douloureux. Commencez d'abord par un relâchement complet des tissus environnant l'échancrure sacro-sciatique et par une forte rotation interne de la cuisse, relâchez les muscles pyriforme et jumeaux.

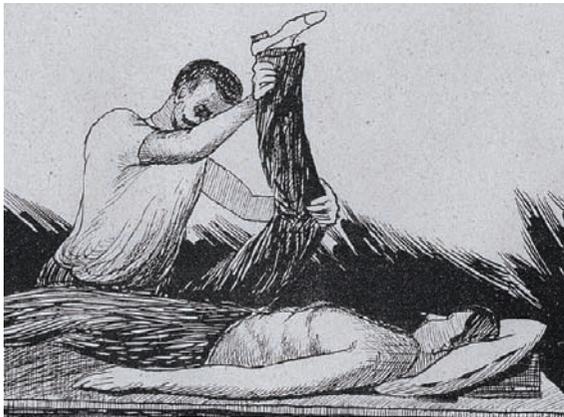


Figure 6.— Extension du nerf sciatique. Moutin VFL, Mann GA. Manuel d'ostéopathie pratique. Paris: GA Mann; 1913.

Docteurs en médecine et barbiers-chirurgiens-rebouteux

Houdeletk et de Mare [36], médecins, sont assez explicites sur l'historique des manipulations pour qu'il suffise de les citer :

« Aussi loin que l'on puisse rechercher dans les origines de l'Art de soigner, il est toujours possible de trouver des références concernant l'usage de la main pour définir le mal dont souffre le patient, pour soulager ses souffrances et pour guérir ses maux » [...] « Aux différentes époques de la préhistoire, puis dans les différentes civilisations, Égyptienne pharaonique, chinoise, indienne, grecque, romaine et jusqu'à nos jours dans l'Europe contemporaine et tout particulièrement en France, l'utilisation des manipulations a fait partie intégrante de l'Art de guérir ». En France, « Les religieux ont été amenés à pratiquer la médecine et c'est ainsi que la médecine se trouve fondue avec la religion, jusqu'à ce que l'Église interdise aux clercs réguliers, donc aux moines, de sortir de leurs monastères pour donner des soins. Inversement, lorsqu'un médecin désirait entrer secondairement dans les Ordres, il fallait qu'il renonce aux opérations manuelles. Les techniques de médecine manuelle vont donc tomber entre les mains des barbiers ; c'est le discrédit qui entoure ces barbiers qui va rejaillir sur l'ensemble de la thérapie manuelle. Cependant, l'un de nos plus illustres ancêtres, Ambroise Paré, père de la chirurgie moderne, fut barbier-chirurgien avant de devenir docteur-chirurgien, et continua de pratiquer la médecine manuelle. À cette période - de 1509 à 1590 - où se situe la vie du chirurgien de plusieurs de nos Rois - (Henri II, François II, Charles IX et Henri III) -, il existe trois corps professionnels rivaux :

- les Docteurs en Médecine, soutenus par la Faculté, parlant latin ;
- les Maîtres-Chirurgiens, déjà tenus pour inférieurs ;

- les Barbiers-Chirurgiens, quelque peu rebouteux.

À cette époque, comme maintenant, les charlatans sévissaient et étaient dénoncés par la Médecine officielle. »

L'image et le concept de la sciatique

Si le continuum neural est bien visible dans les illustrations d'ouvrages du XIX^e siècle, comme dans le *Traité complet de l'anatomie de l'homme* de Bourguery et Jacob [37], les livres d'anatomie modernes tendent à schématiser la réalité plutôt qu'à la reproduire fidèlement. Par exemple, la continuité entre le nerf grand occipital et les émergences supérieures du trijumeau (V1) n'apparaissent généralement plus.

Ce contexte confère aux enseignants de médecine une autorité suffisante pour que, confondant image et concept, ils réduisent l'étiologie de la névralgie sciatique, multifactorielle, à une cause unique qui représente, pour ses détracteurs, un prototype de cette perte de savoir.

Stanislas de Sèze et le diagnostic de sciatique

Éminent professeur de médecine et l'un des pères de la rhumatologie française, ancien président de l'Académie Nationale de Médecine, créateur de la *Revue du Rhumatisme*, Stanislas de Sèze (1903-2000) qui a dirigé l'*European League Against Rheumatism*, professait que « sciatique discale et sciatique tout court ne sont qu'une seule et même maladie ; que l'une et l'autre ne sont que l'expression commune de ce que nous avons appelé le conflit disco-radicalaire » [38]. Il considérait cette hypothèse comme une vraie avancée conceptuelle : « nous pensons avoir été personnellement l'artisan, peut-être même le principal artisan, de cette dernière étape » [39], les deux premières étant attribuées à deux neurologues, Déjérine et Sicard. Cette vision réductionniste de la pathologie qu'elle inscrit dans un contexte d'organicité, confortée par certains résultats de la chirurgie discale, a stérilisé analyse et évolution des traitements pendant de nombreuses années.

La sciatique aujourd'hui

La hernie discale serait la cause de 90 % des sciatiques, maladie fréquente puisqu'elle concerne 5 à 10 % des patients se plaignant de douleurs du dos [40]. Mais cette affirmation est discutable et sans doute excessive dans la mesure où la sensibilité et la spécificité de l'IRM et du scanner rachidien, seuls examens courants qui permettent d'objectiver la hernie en la visualisant, sont faibles : un cinquième à un tiers des patients ainsi définis et ayant une hernie discale n'ont jamais souffert d'une sciatique [41]. Dans une population asymptotique, 36 % des sujets seulement sont indemnes d'anomalie discale alors que la reproductibilité inter examinateurs de la lecture de ces images IRM de hernie discale est faible [42]. Établir une relation quasi systématique entre névralgie sciatique et hernie discale conduit alors à des traitements souvent inadaptés et à des dépenses inutiles, sans compter, pour les patients, le risque d'effets délétères parfois importants [43].

Apport du traitement manuel neural dans la douleur chronique

Du reboutement à l'essor des neurosciences

Still : une vision mécanique des traitements ostéopathiques

À la fin du XIX^e siècle, de l'autre côté de l'Atlantique, les premiers ouvrages ostéopathiques décrivent, eux aussi, des traitements manuels neuraux, dédiés entre autres aux nerfs phrénique, sciatique ou aux ganglions sympathiques cervicaux. Barber [27] recommande pour traiter la sciatique d'étirer le nerf lentement, mais fermement en pratiquant une flexion de la coxo-fémorale puis, la jambe tendue, d'appuyer très fortement sur la face postérieure de la cuisse. Ce traitement « permet de guérir les cas les plus tenaces de rhumatisme sciatique en six semaines à trois mois ». Riggs [28] propose, par exemple, pour des traitements neuraux et vasculaires au niveau inguinal : « Une pression ferme, accompagnée d'un mouvement de rotation, relâchera ces tissus. En ce point ou à côté, sont atteints les veines saphènes et fémorales et quelques veines superficielles ; l'artère fémorale, le nerf crural, la branche génito-crurale et une branche cutanée de l'obturateur. Ce point est important dans toutes les affections des jambes des genoux ou des chevilles, dans les varices, les pieds froids ». Sa traduction française [29] a été, rappelons-le, le premier ouvrage d'ostéopathie diffusé en France.

Still, leur maître à penser, ingénieur et médecin conçoit sa doctrine à partir des concepts mécaniques de son époque. Pour lui qui connaissait parfaitement l'anatomie, le nerf et l'artère jouent un rôle capital dans le maintien de l'homéostasie et le mécanisme physiopathologique qui les met en jeu est toujours le même : Pos comprime l'artère ou le nerf. Cette conviction aura la vie dure, comme le relate un de ses anciens étudiants, Chapman [44] : « Lorsque je suis entré à l'*American school of Osteopathy* en 1897, la pensée dominante dans l'école était qu'il n'y a pas de maladie sans lésion osseuse. Depuis, 30 années d'exercice de l'ostéopathie m'ont convaincu que le pourcentage de lésions osseuses n'était que d'environ 20 % ».

Pour Still [45] : « enlevez tous les obstacles et lorsque cela est fait intelligemment, la nature fera gentiment le reste ». Il précisait dans son livre testament [46] que « Chaque praticien devrait utiliser son jugement personnel et choisir sa propre méthode pour ajuster tous les os du corps. Le problème n'est pas d'imiter ce que font avec succès quelques praticiens, mais de ramener un os de l'anormal au normal ». Il n'a, en fait, pratiquement pas décrit de technique de manipulation car précise-t-il : « C'est de la philosophie de l'ostéopathie dont l'opérateur a besoin. Par conséquent, il est indispensable que vous connaissiez cette philosophie sinon, vous échouerez sévèrement et n'irez pas plus loin que le charlatanisme du "viser-rater" ». (Ces derniers mots concernent vraisemblablement un traitement local à visée purement symptomatique). Still, qui connaissait bien évidemment les stimulations neurales pratiquées par ses confrères, ne souhaitait pas que l'ostéopathie soit assimilée à une simple réflexothérapie traitant les pathologies uniquement par une stimulation métamérique. Même son élève Sutherland, à l'origine de l'abord crânien de l'ostéopathie, qui s'est intéressé à l'aspect neural, a maintenu ce point de vue que l'os contraint le nerf : « Je vais maintenant vous parler du nerf facial... Dans le cas de paralysie de Bell (faciale), vous comprenez que le septième nerf ne fait pas son travail ou est suffisamment irrité pour provoquer un spasme. La neuropathie d'emprisonnement explique chaque problème » [47]. Avant de s'étonner, il faut se souvenir que les débuts de la neurophysiologie ont été plus tardifs : les travaux de Santiago Ramon y Cajal (1852-1934) puis de Charles Scott Sherrington (1857-1952) datent de la première moitié du XX^e siècle.

Références

1. Bouche P. Neuropathies périphériques. Les mononeuropathies. In: Bogouddlavsky J, Léger JM, Mas JL (eds.). Paris: Doin; 2004.
2. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008;136(3):380-7.
3. Gagey PM, Weber B, Scheibel A, Bonnier L. Le syndrome de déficience posturale : analyse rétrospective d'observations cliniques. Contrôle postural, pathologies et traitements, innovations et rééducation. In: Lacour M (eds.). Marseille (France): Solal; 73-9.
4. Shacklock M. *Clinical Neurodynamics: a new system of musculoskeletal treatment*. Oxford (UK): Elsevier; 2005.
5. Kleinrensink GJ, Stoeckart R, Meulstee J, Kaulesar Sukul DM, Vleeming A, Snijders CJ, et al. Lowered motor conduction velocity of the peroneal nerve after inversion trauma. *Med Sci Sports Exerc*. 1994;26(7):877-83.
6. Beasley AW. The origins of orthopaedics. *J R Soc Med*. 1982;75(8):648-55.
7. Valleix FLI. *Traité des névralgies*. Paris: JB Baillière; 1841.
8. Romberg MH. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen*. Berlin (Deutschland): Duncker; 1840-1846.
9. Lasègue C. Considerations sur la sciatique. *Arch Gen Méd*. 1864;2:558-80
10. Cotugno D. *De ischiade nervosa commentarius*. Viennae: Apud Rudolphum Gräffer; 1770.
11. Thouret MA. Mémoire sur l'affection particulière à laquelle on a donné le nom de tic douloureux [mémoire]. *Société Royale Med* 204-256: 1782-83.
12. Chaussier F. Table synoptique de la névralgie (Ch 1, 2 et 3). Paris: an XI(1804)
13. Reverdit C. *Dissertation sur la névralgie faciale prosopalgie* [thèse]. Paris: 1817.

Apport du traitement manuel neural dans la douleur chronique

Du reboutement à l'essor des neurosciences

14. Janin M. Sensibilité et motricité podales : leur influence sur le contrôle des activités posturo-cinétiques de sujets sains et pathologiques [thèse]. Toulouse (France): Université Paul Sabatier; 2009.
15. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150:971-9.
16. Tinel J. Les blessures des nerfs. Sémiologie des lésions nerveuses périphériques par blessures de guerre. Paris: Masson; 1916.
17. Forst JJ. Contributions à l'étude clinique de la sciatique [thèse]. Paris: n°33; 1881.
18. Neri V. La flessione del capo nella sciatica. Bologna (Italia): 1916.
19. Bragard K. Die Nervendehnung als diagnostisches Prinzip ergibt eine Reihe neuer Nervenphänomene. *Münchener Med Wochens*. 1929;48(29):1999-2000.
20. Elvey RL, Quintner JL, Thomas AN. A clinical study of RSI. *Aust Fam Physician*. 1986;15(10):1314-22.
21. Hall TM, Elvey RL. Nerve trunk pain: physical diagnosis and treatment. *Man Ther*. 1999;42:63-73.
22. Oh SJ, Lee KW. Medial plantar neuropathy. *Neurology*. 1987;37(8):1408-10.
23. Camargo Jr JN, Nucci A. Saphenous nerve entrapment manifested as proximal cruralgia. *Sao Paulo Med J*. 1997;115(5):1553-4.
24. Marshall J. Nerve-stretching for the relief or cure of pain. *Br Med J*. 1883;15:1173-9.
25. Trombetta. Sulla stiramento dei nervi. Su di pathologie è clinici. Messina (Italia): 1880.
26. Hurd EP. A treatise neuralgia. Detroit (MI): GS Davis; 1890.
27. Barber ED. Osteopathy complete. Hudson-Kimberly; 1898.
28. Riggs WL. A Manual of Osteopathic Manipulations and Treatment. Kolthoff Press; 1901.
29. Moutin VFL, Mann GA. Manuel d'ostéopathie pratique. Paris: GA Mann; 1913.
30. Burns L. Studies in the Osteopathic Sciences: The Nerve Centers Vol 2. Cincinnati (OH): Montfort; 1911.
31. Maitland GD. Vertebral manipulation. London: Butterworths; 1986.
32. Butler DS. Mobilisation of the Nervous System. Churchill Livingstone, Melbourne, 1991
33. Chauffour P, Prat É. Le Lien Mécanique Ostéopathique : artères et système neuro-végétatif. Vannes (France): Sully; 2003.
34. Barral JP, Croibier A. Manipulations des nerfs périphériques Paris: Masson; 2004.
35. Pommerol P. Ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuro-méningé. Montpellier (France): Sauramps médical; 2006.
36. Houdeletk R, De Mare J. L'historique des manipulations. In: Vautravers P, Hérisson C (eds.). Les manipulations vertébrales. Paris: Masson; 1994.1-18.
37. Bourgerie JM, Jacob H. Traité complet de l'anatomie de l'homme. Paris: Guérin; 1831-1854.
38. de Sèze S. La sciatique dite banale, essentielle, ou rhumatismale et le disque lombo-sacré. *Rev Rhum*. 1939;6:936-1036.
39. de Sèze S. Histoire de la sciatique. *Rev Neurol*. 1982;138:1019-25
40. Koes BW, van Tulder MW, Peul WC. Diagnosis and treatment of sciatica. *Br Med J*. 2007;334:1313-7.
41. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994;331:69-73.
42. Lurie JD, Tosteson AN, Tosteson TD, Carragee E, Carrino JA, Kaiser J, et al. Reliability of magnetic resonance imaging readings for lumbar disc herniation in the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). *Spine*. 2008;33(9):991-8.
43. Hourcade S, Trèves R. Computed tomography in low back pain and sciatica. A retrospective study of 132 patients in the Haute-Vienne district of France. *Joint Bone Spine*. 2002;69(6):589-96.
44. Owens C. An Endocrine Interpretation of Chapman's Reflexes, by the Interpreter. 2nd ed. Chattanooga (TN): Chattanooga Printing and Engraving Co; 1937.
45. Still AT. Autobiography of A. T. Still. Kirksville (MO): Published by the Author; 1897.
46. Still AT. Osteopathy, research and practice. Kirksville (MO): Published by the Author; 1910.
47. Sutherland WG. The cranial bowl. *J Am Osteopath Assoc*. 2000;100:568-73.

La deuxième partie de cet article sera publiée dans le n°8 de *La Revue de l'Ostéopathie*

Ce texte est extrait de : **Posturologie clinique. Comprendre, évaluer, soulager les douleurs**, Association Posturologie Internationale, coordonné par B. Weber et Ph. Villeneuve. p. 142-167. Copyright © Paris 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.