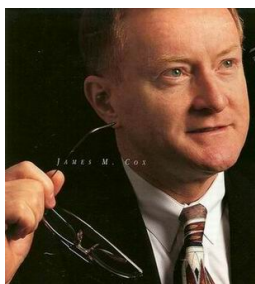


Hernie Discale C5/C6 : étude de cas avant et après traitement par flexion/distraction



Écrit par Dr James Cox, DC, DACBR



Historique :

Un homme âgé de 50 ans (citadin d'une ville d'au moins 90 000 habitants) fut référé en urgence pour des douleurs aiguës du cou et de l'épaule droites associées à des picotements dans le bras droit (le 16/10/ 03). Les douleurs se sont amplifiées les trois jours suivants. Ce patient était en cours de traitement avec le Dr Rosenthal, DC, pour une lombalgie, mais se rendit en ambulance dans cette clinique compte tenu du caractère aiguë de l'atteinte. Il n'y avait pas de circonstance d'apparition précise en particulier traumatique. Les principaux antécédents médicaux étaient un reflux gastro-oesophagien, une hypertension associée à une hypercholestérolémie, et une chirurgie du genou gauche. Seuls des torticolis furent signalés comme antécédent cervical. L'examen neuro-orthopédique montrait une flexion à 20°, une extension à 0°, une rotation droite à 15°, une rotation gauche à 30°, une flexion latérale droite à 5° et la gauche à 10°. L'élévation des épaules en équivalentes des deux côtés et les réflexes ostéo-tendineux à 2+. Les radiographies furent prises au centre et ne présentaient pas d'anormalité sur l'épaule droite. Les radiographies du rachis cervical montraient un pincement du disque C5/C6, de l'arthrose et une sténose foraminale légère à ce niveau. Le diagnostic de travail du centre était alors une entorse cervicothoracique, associée à des contractures musculaires ainsi qu'une ténosynovite de l'épaule droite. Le traitement recommandé correspondait en application de chaud, des exercices travaillant les amplitudes de mouvements, du célébrex, des séances chez un kinésithérapeute associées à un suivi orthopédique.

Le Dr Rosenthal, DC, vit le patient le 04/11/03, et confirma les résultats des examens effectués au centre, et compléta par une ordonnance d'un IRM cervical. Le premier IRM fut effectué le 04/11/03 (voir figures 1 et 2). La figure 1 avant manipulation, montre dans le plan horizontal une hernie discale volumineuse C5/C6 postéro latérale droite venant comprimer la moelle épinière à ce niveau. La figure 2 correspond à deux coupes sagittales montrant à nouveau la hernie discale comprimant la moelle.

Méthode de traitement : il consista en l'application de stimulations électriques interférentielles d'environ 10 minutes sur la partie inférieure droite du cou. La technique de flexion distraction fut appliquée sur le segment C5/C6 dès le départ par contrôle manuel selon le protocole 1. La main du praticien contactait la jonction pédicule/lame au niveau de C5, avec une pression légèrement plus importante sur le côté droit. La traction était exercée selon un vecteur dont la direction était céphalique et légèrement postéro-antérieure. 30 séances furent effectuées avec une amélioration symptomatique progressive notamment une centralisation de la douleur sur le bras droit ainsi qu'une diminution des paresthésies. Un I.R.M. de contrôle fut effectué le 04/01/04 (soit deux mois après le traitement par flexion distraction)

La figure 3 représente une coupe horizontale de la hernie discale C5/C6 ; elle montre une diminution radicale de la taille de la hernie en comparaison avec la figure 1. Les incidences adjacentes à la figure 3 montrent exactement la même réduction. La figure 4 est une coupe sagittale après réduction par flexion distraction de l'étage traité qui montre aussi une nette diminution de cette hernie.

À l'issue des résultats objectivés par l'IRM, la traction céphalique fut augmentée pendant le traitement.

Conclusions : la résolution subjective symptomatique ainsi que les changements objectifs observés à l'imagerie montrent que la technique de flexion distraction représente un traitement efficace dans ce type de pathologie tout à fait similaire aux traitements chirurgicaux avec discectomie. Le traitement conservateur de patients atteints de hernie discale associée à une radiculopathie et une arthrose segmentaire représente une alternative préalable à la chirurgie. Les résultats obtenus avec ce patient représentent un très bon exemple. Le Dr Rosenthal prévoit d'autres IRM afin d'améliorer la documentation de ce type d'atteinte.

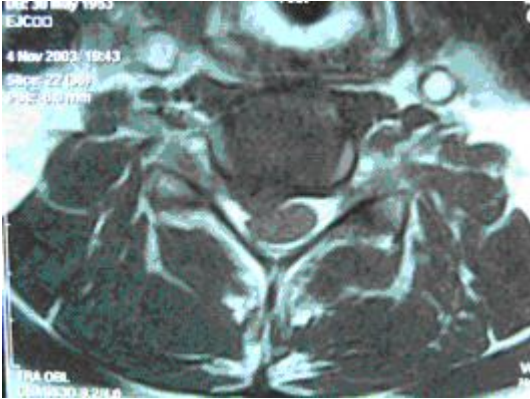


Figure 1



Figure 2

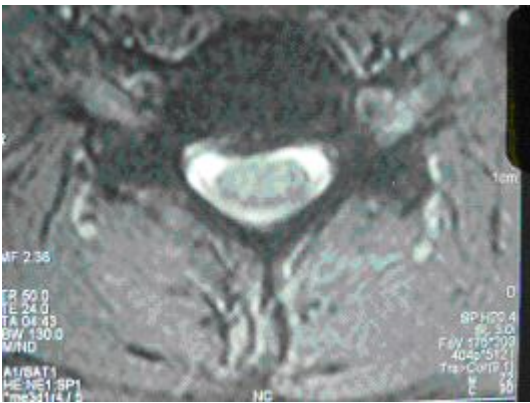


Figure 3



Figure 4

Respectfully submitted,

Stuart Rosenthal, DC
50 GAR Hgwy.
Swansea, Ma 02777
508-677-1500

Patseab@yahoo.com