

Test de Schöber : mesure de l'amplitude en flexion du rachis lombaire

Rubrique : amplitude du rachis lombaire/spécifique lombalgie

Présentation :

Il s'agit de la mesure centimétrique, éminemment classique, de l'allongement du rachis lombaire lors de la flexion. La version originale a été modifiée par Macrae et Wright. La modification (abaissement de 5 cm de la marque de départ) permet de prendre en compte la mobilité L5-S1, ce qui manquait à la mesure d'origine.

Critères d'inclusion (les catégories majeures cliniques) :

Lombalgiques et lombo-sciatalgies.

Critères d'exclusion (ne pas utiliser pour) :

Autres pathologies vertébrales, sinon avec justification. Période hyperalgique de l'affection.

Observation avant mesure.

La raideur de la peau et des couches de collagène sous-cutanées réduit la mobilité. Cette raideur augmente avec l'âge, il est donc utile de considérer l'âge du patient comme facteur de réduction des mesures extrêmes de la normalité. En l'absence d'un moyen de mesure, cette raideur s'apprécie par la palpation.

Points visibles et palpables.

Dépression de la peau signalant la localisation de la saillie osseuse des Epines Iliques Postéro Supérieures (EIPS). Apophyse épineuse de L5,

Position du patient.

De préférence debout, en position neutre (habituelle) du bassin. Le simple fait de s'asseoir entraîne automatiquement une rétroversion du bassin, de valeur variable selon les individus mais toujours présente.

Technique de mesure.

Matériel nécessaire: crayon marqueur, centimètre en ruban.

Etape 1: Repérer les « fossettes de Vénus », qui marquent le site des EIPS, et tirer un trait entre les deux. Puis mesurer 5 cm vers le bas et tracer un trait horizontal qui servira de point de départ de la mesure, à 5 cm en-dessous de la première marque. Ceci garantit que l'on se trouve sur le sacrum, quelles que soient les variations anatomiques. Ainsi, la mobilité L5 - S1 sera incluse dans la mesure.

Etape 2: à partir du second trait, faire une marque 15 cm plus haut sur les épineuses.

Etape 3: demander au patient de se pencher en avant le plus loin possible, en gardant les genoux tendus. Mesurer la différence de distance entre cette mesure et 15 cm pour apprécier la mobilité lombaire.

Mesure radiographique, mesure clinique.

Les mesures plus exactes à partir de radiographies ne correspondent pas exactement aux appréciations cliniques, forcément moins précises. La valeur clinique de la mesure (suivi des progrès du patient en souplesse retrouvée) ne s'en trouve pas obérée. Noter que le retour de la souplesse ne s'accompagne pas forcément d'une diminution de la douleur dans les mêmes proportions.

Evolution du score :

Il s'agit de vérifier l'augmentation de distance entre les deux traits.

Valeurs seuil : entre 6,5 et 7,5 cm pour des sujets non dolents. (Noter que la peau devient plus raide avec l'âge, ce qui rend compte éventuellement d'une mobilité réduite.)

Remarque: si le patient n'est pas capable d'exécuter le test, noter ce renseignement important avec la raison (raideur, douleur?). Lorsqu'il sera en mesure de se prêter à la manœuvre, le patient aura fait des progrès.

Valeurs normatives.

Valeurs-seuil de flexion lombaire en centimètres, par groupes d'âges :

15 - 24 ans		25 - 34 ans		35 - 44 ans		45 - 54 ans	
hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
7,23	6,66	7,48	6,69	6,88	6,29	7,17	6,02

55 - 64 ans		65 - 74 ans		75 ans +	
hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
6,87	6,08	5,67	4,93	5,40	5,10

Schöber P. Lendenwirbelsäule und Kreuzshmershen MMW 1937 ;84 :336-338

Macrae IF, Wright V: Measurements of low back movement
Ann Rheumat Dis 1969; 28: 584-589

Moll JMH, Wright V. Normal range of spinal mobility, an objective clinical study
Ann Rheumat Dis 1971 ;30 :381-386

Mette F, Demiautte S: Etude de la mobilité du rachis lombaire dans le plan sagittal: comparaison et corrélation entre les mesures cliniques et radiologiques
Ann Kinesither 1996; 23/6: 270-273