

# Analyse de l'influence du repère initial du test de Schober Modifié sur le diagnostic de mobilité lombaire

Jacquemin D.<sup>1,2</sup>, Devillé B.<sup>1</sup>, Lavigne L.<sup>1</sup>, Leblanc V.<sup>1</sup>, Bernard B.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Haute Ecole Robert Schuman, Département Santé, Section Kinésithérapie, 6800-Libramont, Belgique

<sup>2</sup> Université de Liège, Faculté de Médecine, Département des Sciences de la Motricité, 4000-Liège, Belgique

**Introduction :** L'évaluation de la mobilité lombaire est recommandée lors de différentes pathologies. Plusieurs outils d'évaluation existent sans qu'un consensus ne se dégagent quant à l'emploi de l'un de ceux-ci en particulier [1,2]. Pour le test de Schober Modifié, le repère initial (RI) utilisé va des fossettes lombaires latérales (FLL) aux épines iliaques postéro-supérieures EIPS [2]. Le but de cette étude est d'analyser si le diagnostic de mobilité lombaire ainsi que la mesure d'allongement lombaire varient lors du test de Schober Modifié entre deux examinateurs utilisant un repère anatomique initial différent.

**Méthodologie :** Après l'exclusion de 13 personnes ne présentant pas de FLL, 153 sujets (18 à 74 ans) restants (78 ♀ et 75 ♂) ont alors effectué 2 tests de Schober Modifié soit avec les FLL comme repère initial, soit avec les EIPS. Après un échauffement standardisé de 3 flexions maximales du tronc, les 2 modalités ont été réalisées par 2 examinateurs de façon randomisée. Un sujet était considéré comme hypomobile lorsque son allongement était inférieur à la norme de sa tranche d'âge moins un écart-type [3]. Les questionnaires ODI et TSK ont été utilisés pour évaluer la perte de fonctionnalité et la kinésiophobie lombaire.

**Résultats :** La distance moyenne mesurée entre les repères des 2 examinateurs était de  $1,19 \pm 0,82$  cm. La moyenne des allongements de la mobilité lombaire, avec les EIPS comme RI, sont cliniquement et statistiquement ( $p < 0,0001$ ) supérieures aux moyennes avec les FLL pour les mêmes tranches d'âges et genres. Il y a un accord diagnostic modéré entre les 2 méthodes dans 88,89% des cas ( $K=0,494$ ).

**Discussion/conclusion :** La hauteur d'un étage lombaire étant comprise entre 1,8 cm et 2,6 cm, la différence mesurée entre les RI peut amener à une couverture de la colonne lombaire différente et négliger un étage lombaire [4]. Ce qui explique peut-être qu'il existe une association modérée en ce qui concerne le diagnostic de mobilité lombaire. Stolwijk et al., dans leur évaluation de 2 versions du Schober Modifié (+15cm et +10cm) démontre qu'elles génèrent des scores totaux différents au « Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index » et sont donc source d'erreurs d'évaluation en fonction de la version choisie [5]. Il semble important d'utiliser le même repère anatomique initial sur un sujet car bien que le diagnostic de mobilité ne soit que modérément influencé, l'allongement mesuré est par contre différent.

[1] Arshad R., Pan F., Reitmaier S., Schmidt H. Effect of age and sex on lumbar lordosis and the range of motion. A systematic review and meta-analysis. *J Biomech.* 2019;82:1–19

[2] Jacquemin D., Demoulin C., Tubezy F., Dorban G., Vanderthommen M. Evaluation de la mobilité lombaire par le test de Schober : revue narrative de la littérature. *Mains Libres.* 2020;2(2):89–94

[3] Moll JM., Wright V. Normal range of spinal mobility. An objective clinical study. *Ann Rheum Dis.* 1971;30(4):381–6

[4] Aylott C., Puna r., Robertson P., WalkerC. Spinous process morphology: The effect of ageing through adulthood on spinous process size and relationship to sagittal alignment. *Eur. Spine J.*, vol. 21, no. 5, pp. 1007–1012

[5] Stolwijk C., Ramiro S., Vosse D., Landewé R., Van Der Heijde D., Van Tubergen A. Comparison of tests for lumbar flexion and hip function in patients with and without axial spondyloarthritis. *Arthritis Care Res.* 2015;67(4):538–45