

# LES MANIPULATIONS DES ARTICULATIONS PÉRIPHÉRIQUES

CINESIOLOGIE  
DEIR EL MEDINA TOMBE d'IPY



Revue de Médecine Manuelle  
Orthopédique et Ostéopathie Médicale

*Organe officiel de la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale*

57

Mars 2024

# RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

La Revue de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale publie des articles concernant toute la pathologie de l'appareil locomoteur sous l'angle de la Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale. Afin de standardiser les présentations de nos articles et de faciliter le travail du rédacteur en chef et de l'imprimeur, nous demandons aux auteurs de respecter les règles suivantes qui concerne tout article adressé à la Revue.

Disposition générale, une première page de présentation comprenant :

1. Le titre, en Majuscule, en français, et en anglais : de préférence moins de 120 signes espaces compris, soit environ 20 mots (maximum 150 signes espaces compris), éventuellement sous-titre, sans abréviation ;

2. La liste des auteurs (prénoms et noms en entier) dans l'ordre de publication souhaité, et leur(s) affiliation(s), appelées par un chiffre en exposant après le nom de l'auteur ; le nom de l'auteur ou de leurs auteurs doit être de police 10 ou 11, mentionné d'une \* qui indiquera en fin de première page les noms, titres et qualités de ou des auteurs avec l'adresse électronique (impératif) ;

3. L'indication des conflits d'intérêts liés au contenu de l'article pour chaque auteur comme précisé plus haut ;

4. De 3 à 6 mots clés MeSH (Medical Subject Headings) en français et en anglais (disponible sur <https://www.hetop.eu/hetop/>) ;

5. Un résumé structuré en français, un autre en anglais si possible, d'une dizaine de lignes motivant l'intérêt ou l'objet de l'article, dont la longueur est limitée à 2000 signes espaces compris chacun (soit environ 300 mots). L'abstract en anglais devra être écrit dans un anglais correct, si possible rédigé ou révisé par un locuteur natif.

L'article lui-même doit bien distinguer les différentes parties du texte, rédigé en Times New Roman, Calibri ou Cambria de police 10, 11 ou 12 en fonction du nombre de pages. L'introduction doit présenter brièvement le sujet et le situer par rapport aux données communes. L'article doit présenter une introduction, un corps subdivisé et une conclusion ainsi qu'une bibliographie. Les textes de chapitre sont en police 14 point gras, minuscules. Elles sont séparées du reste du texte par un ou deux sauts de lignes en dessous. Et ne sont jamais suivi d'un point. Il faut éviter les abréviations ou les phrases courantes, veiller à l'orthographe et à la grammaire, la concordance des temps. Le corps du texte au format et longueur recommandés en

fonction du type d'article soumis. Le style doit être simple et précis. «L'absence de style est le meilleur style en rédaction médicale». Les phrases doivent être courtes (maximum 220 signes, soit environ 35 mots). Le cas échéant, les auteurs ont la possibilité de remercier les personnes qui ont contribué de manière significative à la conduite de l'étude ou à la rédaction de l'article. Ces remerciements figurent alors à la fin de l'article, après les sources de financement et avant les références bibliographiques.

Références Bibliographiques : Les références bibliographiques doivent répondre au standard Vancouver, et doivent être numérotées en exposant par ordre d'apparition dans le texte ou par ordre alphabétique et dont les références apparaissent dans le corps de texte. La bibliographie doit comporter le nom de l'auteur et prénom si possible, le titre de l'article ou de l'ouvrage de référence, l'année et l'Édition. Il n'y a pas de retour à la ligne pour une référence donnée. Pas de saut de lignes entre les références. Les appels de référence sont renvoyés en fin de phrase, avant le point. Une même référence utilisée plusieurs fois garde le même numéro. Si la référence provient d'un périodique, citer les six premiers auteurs avec l'(es) initiale(s) du prénom suivie(s) d'une virgule et le dernier auteur suivi d'un point. Au-delà de 6 auteurs, citer les trois premiers suivis de « et al. ». Indiquer ensuite le titre complet de l'article dans sa langue originale suivi d'un point, puis le nom de la revue selon l'abréviation de l'index Medicus, sans point. Préciser ensuite l'année de publication suivie d'un point-virgule sans espace, puis le numéro du fascicule dans le volume suivi de 2 points, sans espace, puis la première page avec son numéro en entier et la dernière page abrégée du texte, séparées par un tiret. La référence se termine toujours par un point.

Figures, Illustrations, Tableaux, supports : Il faut les référencer dans le texte et les positionner en dehors du texte à la fin de l'article pour la mise en page. Bien annoter les schémas et illustrations et leur correspondance au texte (Ex : fig1). Une figure ne peut en aucun cas être une reproduction d'une figure déjà publiée dans une autre revue ou dans un ouvrage sauf autorisation écrite de l'éditeur concerné. Il n'y a pas de majuscule à figure, pas d'espace entre le point et le numéro. La légende des figures doit être fournie en fin d'article. Les tableaux doivent être présentés séparés en fin d'article avec sa légende et numérotés en chiffre Arabe (tableau 1, 2..)

L'article proposé doit être envoyé en format Word par courriel à [docteurdumay@gmail.com](mailto:docteurdumay@gmail.com).

# SOMMAIRE

**ÉDITORIAL**..... 2

**PRÉAMBULE - GÉNÉRALITÉS**..... 3

## MEMBRE THORACIQUE

**ÉPAULE**..... 5

Examen clinique pré-manipulatif

Techniques Manipulatives :

- Ceinture scapulaire
- Scapulo-thoracique
- Gléno-humérale
- Acromio-claviculaire
- Sterno-claviculaire



**COUDE**..... 11

Examen clinique pré-manipulatif

Techniques Manipulatives :

- Varus douloureux
- Valgus douloureux
- Pronation douloureuse
- Supination douloureuse
- Épicondylalgies et Épitrôchléalgies



**POIGNET ET MAIN**..... 15

Examen clinique pré-manipulatif

Techniques Manipulatives :

- Kyste synovial
- Instabilité du lunatum
- Le Pisiform
- Le Trapézium
- Le Scaphoïd
- Les articulations métacarpo-phalangiennes
- Les articulations inter-phalangiennes



**SYNDROMES PARIÉTO-THORACIQUE**..... 30

- Syndrome pariétal aigu
- Syndrome pariétal subaigu
- Syndrome pariétal chronique
- Syndrome de la première côte
- Côte de Maigne

**ARTICLE ORIGINAL**..... 35

## MEMBRE PELVIEN

**CEINTURE PELVIENNE**..... 18

Examen clinique pré-manipulatif

Techniques Manipulatives :

- Sacro-iliaques
- Coxo-fémorales
- Symphyse pubienne



**GENOU**..... 22

Examen clinique pré-manipulatif

Techniques Manipulatives :

- Luxation de la patella
- Blocages méniscaux
- Tibio-fibulaire proximale



**CHEVILLE ET PIED**..... 27

Examen clinique pré-manipulatif

Techniques Manipulatives :

- Tibio-fibulaire distale
- Talo-crurale et sub-talaire
- Transverse du tarse et tarso-métatarsienne (Lisfranc, Chopart)
- Déchaussement
- Cuboïde et os naviculaire



- Côte criquet
- Syndrome de Tietze
- Déchirure inter-costale
- Syndromes pariéto-thoraciques d'origine vertébrale



# ÉDITORIAL

Chers Confrères, Chères Consœurs, Chers Lecteurs,

Ce numéro spécial est consacré aux manipulations des articulations périphériques dont nous avons hérité tout au long de notre formation.

Les manipulations des articulations périphériques n'étaient pas initialement enseignées dans nos diplômes universitaires, car basés essentiellement sur les manipulations rachidiennes et faisaient l'objet de formations complémentaires. Nous avons eu la chance avec le docteur André MONROCHE\*\* directeur de rédaction de la revue CINESIOLOGIE d'avoir accès aux manuscrits qui lui ont été donnés en mains propres par Yvon LESAGE et au docteur Marc ROZENBLAT\*\*\* directeur de publication de la revue CINESIOLOGIE d'en avoir l'autorisation de leur publication.

Ce numéro spécial de la revue de Médecine Manuelle Orthopédique et d'Ostéopathie Médicale est donc issu des manuscrits d'Yvon LESAGE et du numéro 64 de la revue Cinésiologie paru en 1984. Il a pour objectif de faire partager les connaissances et le savoir-faire exceptionnel du Docteur Yvon LESAGE auprès de l'ensemble de la communauté de Médecine Orthopédique et d'Ostéopathie Médicale de langue française. Il actualise en 2024, les bases exposées dans les numéros antérieurs de CINESIOLOGIE tel que le numéro 70 de décembre 1978 que le lecteur peut encore se procurer en se connectant directement avec la rédaction de la revue, ou par d'autres voies telles que celles des bibliothèques universitaires.

Un peu d'histoire pour CINESIOLOGIE qui se découvre à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle dans un écrit sur la science du mouvement dans ses rapports avec l'éducation, l'hygiène et la thérapie : « Etudes historiques, théoriques et pratiques » par Nicolas Dally (1792-1862) qui défendait déjà l'activité physique sous toutes ses formes au profit de la santé. C'est dans cette voie que la rédaction de CINESIOLOGIE a ouvert ses pages aux techniques manipulatives dans un esprit didactique et critique en se basant sur les données d'examen cliniques précis et reproductibles.

Les techniques d'Yvon LESAGE sont toujours enseignées auprès de médecins de médecine manuelle confrontés aux pathologies articulaires périphériques. Le diagnostic médical clinique initial est basé sur la sémiologie médicale fine confortée par des examens complémentaires ciblés, adaptés et performants. Il est à noter que l'imagerie ostéo-articulaire moderne nécessite une approche spécifique et documentée que chaque médecin ostéopathe doit être capable de vérifier et de contrôler en évitant de se laisser guider par les seuls comptes-rendus. Dans ce numéro exceptionnel, le lecteur découvrira le traitement des articulations du membre thoracique et du membre pelvien. Ces techniques et ce savoir faire de plus d'un demi-siècle nous paraissent indispensables à communiquer pour tous les médecins de Médecine Orthopédique et d'Ostéopathie Médicale y compris tous les médecins de terrain.

Elles reflètent également les qualités pédagogiques d'Yvon LESAGE nécessaires au compagnonnage de notre médecine basée sur la qualité de l'examen physique dont témoigne par un article original, son dernier élève le docteur Yunsan MEAS. Très bonne lecture, chers fidèles lecteurs.



Olivier DUMAY



André MONROCHE



Marc ROZENBLAT

\*Docteur Olivier DUMAY - Directeur de rédaction

\*\*Docteur André MONROCHE - Directeur de rédaction de CINESIOLOGIE - medecinsdusport.fr

\*\*\*Docteur Marc ROZENBLAT - Directeur de publication

## LA REVUE DE MÉDECINE MANUELLE ORTHOPÉDIQUE ET OSTÉOPATHIE MÉDICALE

Organe Officiel de la Société  
Française de Médecine Manuelle  
Orthopédique et Ostéopathie  
Médicale (SOFMMOOM)

### Directeur de Publication

Dr Marc Rozenblat  
Président de la SOFMMOOM

### Conseil Scientifique

Dr Giovanni ASERO  
Catane Italie

Dr Corado BALZAN  
Belluno Italie

Dr Olivier DUMAY  
Aix en Provence - Nîmes France

Dr Patrick ILL  
Paris France

Dr Marc ROZENBLAT  
Paris France

### Rédacteur en Chef :

Docteur Olivier DUMAY

### Comité de rédaction

Dr Olivier DUMAY,  
Médecine Manuelle Orthopédique et  
Ostéopathie Médicale, Médecine et  
traumatologie du sport, Expert près  
Cour Appel, Directeur d'enseignement  
universitaire Montpellier - Nîmes,  
Praticien Med. Physique CHU Nîmes

Dr Patrick ILL,  
Rhumatologue, Médecine Manuelle  
Ostéopathie Médicale

Dr Marc ROZENBLAT,  
Médecine et traumatologie du sport,  
Médecine Manuelle Orthopédique  
et Ostéopathie Médicale, Directeur  
pédagogique de l'enseignement Médecine  
manuelle ostéopathie médicale à la  
faculté de médecine du Kremlin Bicêtre de  
l'université Paris Saclay

### Contact

Dr Olivier DUMAY  
docteurdumay@gmail.com

# LE PRÉAMBULE - GÉNÉRALITÉS

Pourquoi « périphériques » ? Tout simplement parce que nous avons pris l'habitude de qualifier ainsi les manipulations n'intéressant pas directement le rachis.

Nous étudierons donc successivement les manipulations s'adressant à la ceinture scapulaire : le membre thoracique, la ceinture pelvienne, le membre pelvien et les syndromes pariéto-thoraciques. Un certain nombre des techniques utilisées ont été inspirées par une observation attentive de certains praticiens, médecins ou même empiriques. Les autres ont été progressivement mises au point en fonction de l'anatomie et de la physiologie articulaire. Toutes ont été affinées et souvent simplifiées au cours des années de pratique. S'il y a quelques similitudes, la raison en est toute simple : il n'y a certainement pas trente-six mille manières de saisir un segment de membre et de manipuler l'articulation en cause. Avant d'en arriver aux techniques articulaires, j'aimerais insister sur quelques points.

## L'EXAMEN PHYSIQUE :

Il a une importance primordiale : c'est lui qui permet de définir la nature de la lésion, sa simplicité ou sa complexité. C'est lui aussi qui permet de définir la technique manipulative à utiliser.

Bien souvent, un diagnostic est déjà presque fait par la simple observation d'une déformation ou d'une attitude antalgique, d'un gonflement articulaire, d'une rougeur, d'un empâtement. Ceci toujours, bien entendu par comparaison avec le côté opposé. Pendant cet examen, on ne manquera pas d'interroger le patient sur les circonstances de l'accident, sur la notion de premier épisode de rechute, et éventuellement sur les thérapeutiques déjà appliquées. Nous utilisons nos mains pour la manipulation. Pourquoi alors hésiter à palper attentivement d'abord superficiellement, puis de plus en plus profondément l'articulation en cause et les segments sus et sous-jacents. Aucun centimètre carré ne doit être dédaigné. Pour faciliter cette palpation et la rendre à la fois plus souple et plus indolore, j'ai souvent pour habitude d'utiliser un fluide (savon liquide ou huile de table).

Un bon diagnostic d'une atteinte ligamentaire ou musculaire ne peut être fait que de cette façon.

## L'ÉTUDE DU MOUVEMENT :

Une mobilisation douce et prudente montrera la limitation des mouvements normaux, permettra de découvrir les mouvements anormaux (diastasis, hyperlaxité), de définir le sens libre, et d'utiliser ainsi pour la manipulation le sens de la non-douleur. Cette notion de non-douleur de Robert MAIGNE est primordiale, aussi bien dans la manipulation vertébrale que pour les manipulations périphériques.

## LES PRINCIPES DE PRÉCAUTION :

La radiographies et l'échographie est le plus souvent indispensable car il permettra d'éviter de passer à côté d'une petite fracture parcellaire ou sans déplacement, renseignera sur l'état osseux du patient (ostéoporose..). Il ne faut pas oublier non plus qu'il est pour chaque manipulateur, une garantie indispensable. L'idéal, bien sûr, est de pouvoir effectuer soi-même cet examen. C'est un gain de temps appréciable. Le patient hésitera beaucoup moins à le faire pratiquer s'il n'a pas un déplacement supplémentaire, souvent douloureux à effectuer. Il permet d'autre part de pratiquer des incidences inhabituelles ou complémentaires, mettant en évidence des lésions invisibles ou partiellement visibles sur les clichés standards. Il reste cependant que la qualité des clichés doit être irréprochable, sinon tous ces avantages disparaissent. Tous ces examens et cet interrogatoire patiemment et attentivement effectués, tranquilisent progressivement le patient qui se sent véritablement pris en charge. Ils le sécurisent, le détendent, même si la lésion est très douloureuse et préparent donc l'acte manipulatif qui suivra. Il ne faudra pas perdre cette préparation et si possible, la main du manipulateur ne doit pas rompre le contact entre l'examen et la manipulation. De même, la manière de saisir le patient ou le segment du membre doit toujours laisser au patient cette impression de prise en charge et de sécurisation.

## NOTION FONDAMENTALE DES PRINCIPES MANIPULATIFS :

**LE CONTACT :** Il doit être le plus large possible et le corps du praticien doit épouser pratiquement le segment à manipuler. Ce contact permet d'offrir à la manipulation ses contre-appuis et de libérer les mains pour les appuis très précis de manipulation proprement dit.

**LES POINTS D'APPUI :** Ils ont également une énorme importance. On ne fait pas de bonne manipulation en maintenant le patient à distance et encore moins en étant soi-même en déséquilibre ou en équilibre précaire. La position des jambes au départ et le contrôle des transferts de poids au cours de la manipulation jouent un très grand rôle : ils sont le gage de l'efficacité, ils évitent les accidents manipulatifs, ils permettent au manipulateur d'éviter une débauche inutile d'énergie. Ce « jeu de jambes » demande dans certaines manipulations un véritable rythme qu'il est difficile d'expliquer dans un exposé écrit et qui ne peut s'acquérir que par des exercices pratiques.

Toutes ces notions ne sont bien entendu pas nouvelles. Elles s'appliquent aussi bien aux manipulations vertébrales qu'aux manipulations périphériques.

**LA PRÉPARATION MUSCULAIRE :** Toutes les techniques de détente musculaire et la chaleur trouvent aussi leur place dans la préparation de l'acte manipulatif.

**LA FINITION - LE PONÇAGE :** Elles sont plus importantes encore que dans la manipulation vertébrale. Il est souvent indispensable après l'acte articulaire, de travailler directement non seulement les téguments, mais aussi les ligaments distendus. La palpation retrouve fort bien le point douloureux exquis ligamentaire. Suivant en cela une vieille technique empirique, j'ai pour habitude de placer la pulpe du pouce sur ce point douloureux et par un mouvement rotatoire (photos 1 et 2), de le poncer dans un mouvement continu, d'abord très superficiel puis progressivement de plus en plus appuyé. Si la progression est très bien observée, on obtient un effet analgésique très souvent spectaculaire. Cette technique s'apparente également à celle de Cyriax, à la différence qu'elle utilise la pulpe du pouce (photos 3 et 4). On peut compléter ce ponçage par des étirements également très doux et progressifs des téguments autour du point douloureux. En plus de l'action analgésique, ces manœuvres évitent ou limitent l'œdème en agissant certainement sur les troubles vasomoteurs.

**LE CRAQUEMENT ARTICULAIRE :** Comme dans la manipulation vertébrale, on obtient presque toujours un craquement dont l'origine n'est pas encore totalement élucidé. Ce craquement est toujours très bien accueilli par le patient persuadé qu'on a « remis quelque chose en place ». Pour l'opérateur, il est simplement le témoin de la manipulation.

Plus ou moins bruyant selon les sujets et la localisation, il peut quelquefois être simplement tactile et ne pas être perçu à l'oreille. Le craquement n'est pas indispensable au résultat thérapeutique, mais a toujours un effet psychologique non négligeable.

## LES SOINS POST-MANIPULATIFS

Il est utile sinon indispensable, de mobiliser les articulations sus et sous-jacentes, mais aussi de détendre les groupes musculaires intéressés. Lorsqu'il y a lésion ligamentaire bénigne, un ponçage progressif du point douloureux provoque un soulagement et une récupération fonctionnelle beaucoup plus rapide.

Il est toujours possible d'associer d'autres thérapeutiques locales (corticoïdes, anesthésiques, gel). L'application de glace est parfois recommandée pendant quelques jours en se souvenant qu'il est indispensable d'interposer un linge entre la vessie de glace et la peau. Cela évite les réactions vasomotrices et diffuse l'hématome.

La réduction manipulative ne dispense bien entendu d'un traitement à base d'anti-inflammatoires.

Une contention souple (strapping, élastoplaste, viscobande) peut être proposée, et exceptionnellement, lorsqu'on soupçonne des lésions plus importantes, on aura recours à une immobilisation plâtrée. Les réactions post-manipulatives sont peu importantes ou inexistantes, mais restent beaucoup moins marquées que pour les manipulations vertébrales. Comme pour les manipulations rachidiennes, il faut essayer d'éviter à tout prix pendant au moins un certain temps l'exercice ou le geste qui a été à l'origine du traumatisme.

PHOTO 1 et 2



PHOTO 3 et 4



Finition et Ponçage

Technique à la pulpe du pouce

# L'ÉPAULE

## EXAMEN CLINIQUE PRÉ-MANIPULATIF

### OBSERVATION

On commence par observer : de face, de dos et éventuellement de profil les deux épaules. On note toute asymétrie des épaules et du cou, toute amyotrophie :

De dos : des trapèzes, des fosses supra et infra-épineuses ; des deltoïdes ; des triceps.

De face : l'examen de l'épaule doit toujours être précédé par celui du rachis cervical ; inspection des pectoraux ; des biceps.

### MOBILISATION ACTIVE

On observe successivement l'élévation antérieure de profil et par comparaison avec le côté opposé (photo 5). Beaucoup d'atteintes de l'épaule limitent l'élévation antérieure et l'on ne peut en déduire un diagnostic précis. L'élévation latérale de dos ou mieux de face (photo 6). Tout d'abord paume en haut, puis paume en bas. Un passage douloureux dans le deuxième cas oriente vers une atteinte de l'acromio-claviculaire (photo 7). L'élévation postérieure (photo 8) doit être notée mais peu significative d'un diagnostic précis.

PHOTO 5



Élévation antérieure

PHOTO 6



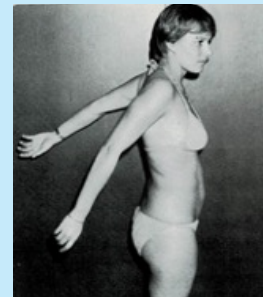
Élévation latérale de face

PHOTO 7



Passage douloureux

PHOTO 8



Élévation postérieure

PHOTO 9

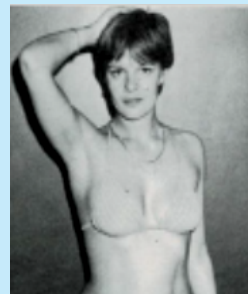


PHOTO 10

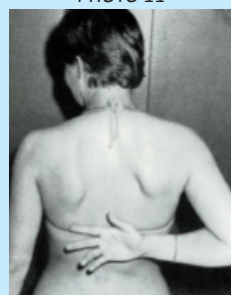


Signe du PEIGNE

**SIGNE du PEIGNE :** on fait porter la main successivement au front, puis, en frôlant le cuir chevelu (photo 9) à la nuque puis à l'oreille du côté opposé (photo 10). Un passage douloureux dans le deuxième cas oriente vers une atteinte de l'acromio-claviculaire.

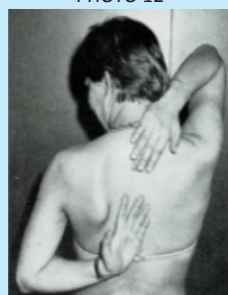
**SIGNE du SOUTIEN-GORGE :** on fait mettre en rétropulsion la main au niveau de la scapula opposée (photo 11). On peut potentialiser cet examen par une recherche croisée (photo 12) mais il faut savoir que l'épaule active (à droite chez un droitier, à gauche chez un gaucher) est plus tonique et que le mouvement est toujours un peu limité du côté directif (photo 13).

PHOTO 11



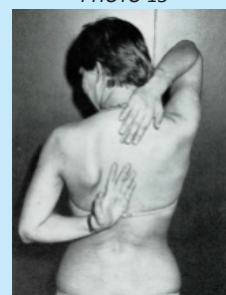
Signe du Soutien-Gorge

PHOTO 12



Recherche croisée

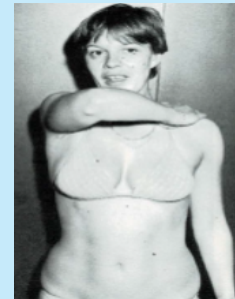
PHOTO 13



Côté directif

**SIGNE du BAUDRIER :** on fait porter la main en avant vers et même au-delà de l'épaule opposée (photo 14). Ce geste est douloureux dans les arthropathies acromio-claviculaires et dans les ligamentites du conoïde, mais aussi dans les atteintes du supra-épineux. On peut potentialiser cet examen en faisant poser la main sur l'épaule et en appuyant sur le coude contre-résistance (photo 15).

PHOTO 14



Signe du Baudrier

PHOTO 15



Baudrier contre résistance

**SIGNE du SMASH :** on fait lever le bras comme pour un « armé » de smash de volley-ball (photo 16). On peut potentialiser cet examen en bloquant le geste au départ (photo 17). Un signe du smash positif est évocateur d'une atteinte du bourrelet. Une limitation de tous les mouvements actifs, surtout si elle est importante, indique une capsulite soit post-traumatique (hématome intra-articulaire), soit idiopathique.

PHOTO 16



PHOTO 17

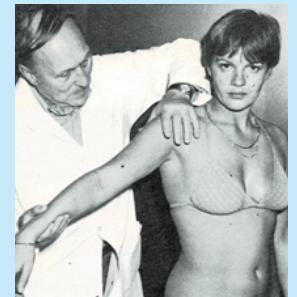


Signe du Smash

## MOBILISATION PASSIVE

Dans cette même capsulite, tous les mouvements passifs sont pratiquement limités de la même manière : si l'élévation latérale est limitée activement mais possible passivement ou même simplement avec appui sur l'épaule (photo 18), ce signe est typique d'une rupture de coiffe ; si l'élévation passive antérieure s'accompagne d'un craquement au passage à 100-110°, il faut envisager une arthropathie acromio-claviculaire ou plus rarement une rupture de coiffe.

PHOTO 18



Rupture de coiffe

## MOUVEMENTS CONTRE RÉSISTANCE

**Le test contre-résistance :** le test contre-résistance d'élévation latérale (photo 19) peut objectiver une atteinte du deltoïde (tendinopathie d'insertion du V deltoïdien).

**Coude au corps replié à 90° :** un appui sur les avant-bras peut montrer une rupture du tendon du long biceps ; le muscle se met en boule dans sa partie basse (photo 20). Une douleur en opposition à une rotation médiale (photo 21) oriente également vers une tendinopathie du long biceps ou du coraco-brachial. Une douleur en opposition à une rotation latérale évoque plutôt un bourrelet postérieur ou une tendinopathie des ronds (photo 22).

PHOTO 19



Test contre résistance  
Élévation latérale

PHOTO 20



Test du Long biceps

PHOTO 21



Rotation médiale

PHOTO 22

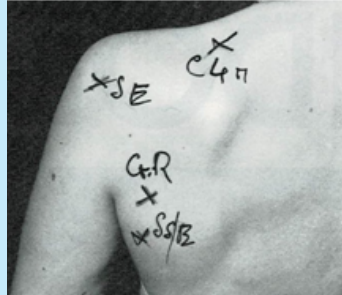


Rotation latérale

## PALPATION :

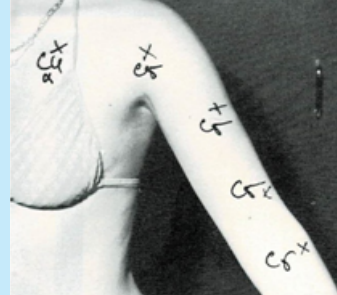
**SUPERFICIELLE :** On doit toujours commencer par un palper superficiel à la recherche d'un épanchement intra-articulaire et surtout des points métamériques (photo 23 et 24) ; un certain nombre sont à retenir :  
C4 dermatome antérieur et dermatome postérieur,  
C5 dermatome antérieur (bicipital-deltoïdien),  
C5 dermatome postérieur (supra-épineux).

PHOTO 23



Points métamériques C4

PHOTO 24



Points métamériques C5

**PROFONDE :** à la recherche d'une douleur : du bourrelet antérieur ou postérieur, du supra-épineux du infra-épineux, des ronds, des pectoraux.

**PALPATION-MOBILISATION DES DEUX EXTRÉMITÉS DE LA CLAVICULE :** sterno-claviculaire et acromio-claviculaire par palpation directe (pas toujours démonstrative), surtout par pression postérieure (photo 25).

**LA CEINTURE SCAPULAIRE :** Ses divers composants ont une action complexe et complémentaire permettant tous les mouvements de l'épaule. L'articulation scapulo-humérale se charge de la plus grande partie du travail, mais la scapulo-thoracique et les articulations acromio et sterno-claviculaires ont une importance que l'on a eu le tort de longtemps ignorer ou négliger. Si elles sont complémentaires, elles sont aussi interdépendantes. L'atteinte de l'une se répercute obligatoirement sur les autres. Il n'est pas non plus inutile d'insister aussi sur le rôle physiologique et pathologique important des complexes capsulo-ligamentaires et surtout musculo-tendineux abarticulaires.

PHOTO 25



Points métamériques C5

# LES TECHNIQUES MANIPULATIVES DE L'ÉPAULE

Il n'est pas question d'aborder ici les techniques de réductions des luxations de l'épaule.

A moins d'être effectuées dans le quart d'heure qui suit l'accident, il faut envisager une anesthésie. Il s'agit donc d'un acte chirurgical effectué avec un environnement adéquat. D'autre part, une réduction précoce ne peut s'envisager que sous le couvert d'un examen radiologique qualifié. Il est donc évident que, sauf cas de force majeure, j'exclus dans cet exposé manipulatif les techniques de réduction de la luxation de l'épaule. Toutes nos manipulations périphériques s'accompagnent toujours d'une mobilisation des articulations sus et sous-jacentes à l'articulation en cause. Ceci est donc encore plus évident pour l'épaule où nous n'aborderons la manipulation spécifique qu'après avoir mobilisé tout le complexe périphérique.

## I - LES TECHNIQUES SCAPULO-THORACIQUE

### Première technique : bras en adduction.

Elle peut être utilisée même lorsqu'il existe une très importante capsulite rétractile.

Le patient est allongé sur le côté présumé sain, la jambe distale repliée et fléchie, la jambe proximale allongée. Cette position permet d'obtenir une bonne stabilité. Le bras opposé est allongé le long du corps ou replié en avant sur la table.

Le manipulateur vient se placer devant le sujet, son abdomen contre le thorax du patient (photo 26). L'un des bras passe par dessus l'épaule douloureuse et saisit le bord médial de la scapula. L'autre bras glisse sous le bras du sujet, les deux saignées du coude en contact et la main empaume l'angle distal de la scapula (photo 27). Un mouvement de circumduction lent puis progressivement un peu plus rapide, mais surtout beaucoup plus souple, permet de mobiliser la scapula sur le thorax.

Ce mouvement s'exécute tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, jusqu'à obtention d'un bon assouplissement (photo 28).



Positionnement patient



Positionnement de l'opérateur



Mobilisation en circumduction

### Deuxième technique : bras en abduction.

Lorsque le bras peut être mis en abduction et même simplement quand il existe une bonne élévation antérieure, le manipulateur transfère, sans changer sa propre position, le bras demi-replié du patient sur son bras supérieur. Les appuis des mains restent identiques (photo 29).

Dans un premier temps, la main distale bascule l'angle de la scapula vers la table (photo 30).

Dans un deuxième temps, le flanc vient prendre appui sur le bord médial du bras, l'obligeant dans un mouvement très doux mais très progressif et très appuyé à faire basculer l'angle de la scapula en haut et en avant. Ce mouvement doit toujours s'exécuter à la limite de résistance. Il permet aussi bien souvent de lever quelques adhérences capsulaires résiduelles.

PHOTO 29



Deuxième technique

PHOTO 30



Bascule de l'angle de la scapula

### Troisième technique : le pilon.

Ce mouvement fait suite au précédent, quand il est possible d'élever le bras à angle droit, coude replié (photo 31). Une main vient se placer en dessous, dans la saignée du bras replié ; l'autre se place au-dessus de l'olécrane, la main du sujet pendant en avant ou en arrière. Un mouvement de pilon, de haut en bas et de bas en haut est exécuté avec de plus en plus d'ampleur. Suivant les possibilités de mobilisation, l'avant bras du patient est placé soit vers le bas (photo 32), soit, si cela est possible, vers le haut (photo 31). Quand cela est possible, il est souhaitable de modifier l'orientation du bras afin de changer les rapports de l'articulation.

PHOTO 31



Technique du Pilon : positionnement main vers le haut

PHOTO 32



Technique du Pilon : positionnement main vers le bas

Le dernier mouvement doit être encore plus ample, et d'un geste sec vers le haut, doit décoller les surfaces articulaires. Cette troisième technique déborde bien entendu le cadre de l'articulation scapulo-thoracique pour aborder l'épaule proprement dite.

## II - LES TECHNIQUES DE LA GLÉNO-HUMÉRALE

Les trois techniques qui vont suivre intéressent principalement l'articulation scapulo-humérale mais aussi, à un certain degré, l'articulation acromio-claviculaire. L'utilisation de l'une ou de l'autre est conditionnée par l'examen clinique suivant le principe du mouvement contraire au mouvement douloureux (sens de la non-douleur).

### Première technique : le passe-partout

Cette première technique est passe-partout et utilisable même sur une épaule gelée. Elle a essentiellement pour but de décoller les surfaces articulaires.

Le sujet est assis sur un tabouret bas, les deux bras le long du corps, coude fléchi du côté atteint.

Le manipulateur se place sur le côté du patient perpendiculaire à celui, les pieds bien écartés, genoux fléchis.

Il glisse son bras sous l'aisselle légèrement replié, la main tournée vers le haut reçoit la paume de l'autre main (photo 33). Le coude du patient est plié à angle droit et l'avant-bras repose, détendu, sur l'arceau formé par les bras du manipulateur. Le coude lui-même est maintenu collé au corps par le pli inguinal du manipulateur (ceci est très important : point pivot). Une légère flexion sur les jambes lui permet d'obtenir la mise en tension. Dans un mouvement sec, il se relève en n'oubliant pas de porter légèrement son bassin en avant, ce qui permet de mettre le bras en adduction forcée, et combiné avec l'appui de tout le bras dans l'aisselle provoque une ouverture puissante, mais absolument pas brutale de l'articulation scapulo-humérale (photo 34).



Technique du Passe-Partout  
Positionnement



Manipulation

### Deuxième technique

Celle-ci est à utiliser lorsque l'élévation du bras est possible (signe du peigne négatif), et lorsque la rétropulsion est douloureuse ou impossible (signe du soutien-gorge positif).

Le sujet est toujours assis sur un tabouret bas, bras à angle droit, avant-bras à la verticale vers le haut, paume en avant, main ouverte.

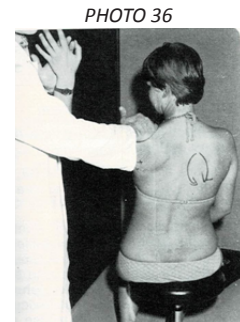
Le manipulateur se place latéralement derrière le bras et non derrière le dos, une main en contre-appui derrière l'épaule, le coude reposant sur l'abdomen du manipulateur (photo 35).

L'autre main se pose ouverte sur la main ouverte du patient. Une pression contrariée des deux bras obtient la mise en tension, un mouvement bref sec effectue la manipulation (photo 36).

Cette manipulation intéresse essentiellement l'articulation scapulo-humérale et l'acromio-claviculaire



Signe du Peigne négatif  
Soutien- Gorge positif



Manipulation

### Troisième technique

Celle-ci est à utiliser à l'inverse de la précédente lorsque la rétropulsion est libre, mais lorsque le sujet est incapable de placer la main sur la tête (signe du peigne positif).

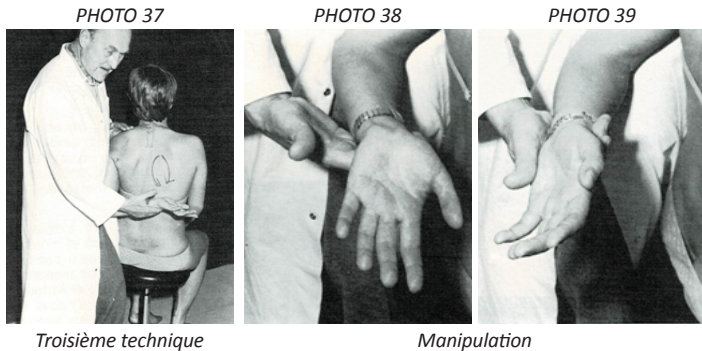
Le sujet est toujours assis sur le tabouret, l'avant-bras replié derrière le dos, le bras collé au corps.

Ce dernier point est très important car dans le cas contraire, il serait possible de provoquer une rupture de la coiffe des rotateurs. Le manipulateur se place derrière le sujet, le coude toujours dans l'aîne.

La main du même côté se place en contre-appui devant l'épaule, l'autre main ou tout au moins les doigts très légèrement fléchis, viennent se placer derrière le poignet (photo 37).

Le mouvement manipulatif consiste à refermer simplement la main, ce qui, compte tenu du coude pivot donne à l'avant-bras un léger mouvement vers l'arrière (photo 38).

Cette manipulation très puissante doit être contrôlée et le mouvement, exécuté du bout des doigts, très souple et très limité (photo 39). Elle intéresse à la fois l'articulation scapulo-humérale et l'acromio-claviculaire.



Troisième technique

Manipulation

### III - MANIPULATION ACROMIO-CLAVICULAIRE

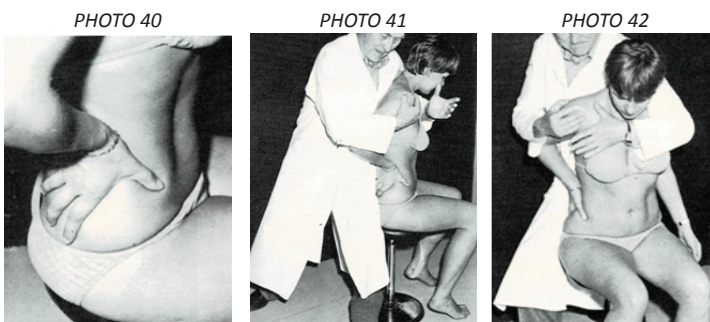
#### Première technique

La manipulation élective de cette articulation se fait de la façon suivante :

Le sujet est toujours assis sur un tabouret, la main sur la hanche, pouce en avant. Ce sera le point pivot (photo 40).

Le manipulateur vient placer son flanc contre la région lombaire du sujet. Son creux axillaire épouse l'épaule saine du sujet (contre-appui). Les jambes bien fléchies (comme dans une entrée de mouvement de hanche en judo) (photo 41), le bras opposé vient reposer sur la clavicule opposée, l'autre main vient saisir la masse de l'épaule à manipuler ; l'avant-bras repose par son bord interne sur la face postéro-externe des bras du sujet.

La manipulation consiste en un fléchissement brusque des deux jambes, s'accompagnant d'un léger mouvement du coude, rapprochant le bras du corps (photo 42).



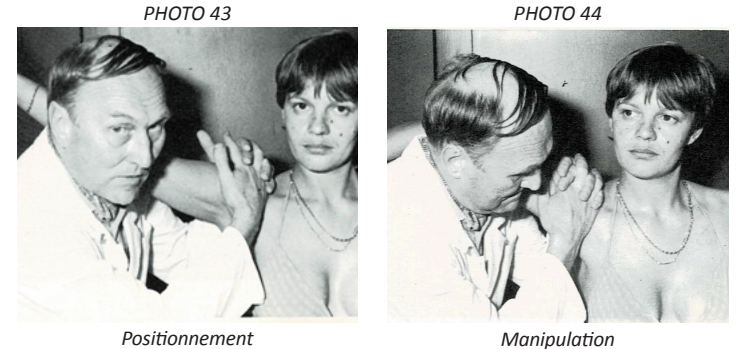
Positionnement :  
Point Pivot

Positionnement de  
l'opérateur

Manipulation

#### Deuxième technique

L'opérateur se place sur le côté du patient, le bras de celui-ci reposant sur son épaule, avant-bras dressé vers le haut ; les deux mains jointes prennent appui sur l'extrémité latérale de la clavicule (photo 43), une pression rapide est exercée en même temps qu'il est demandé un abaissement brusque de l'avant-bras (photo 44).



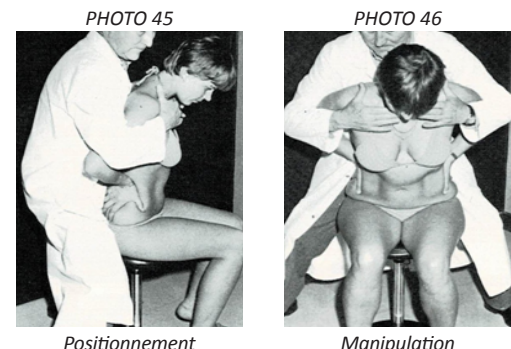
Positionnement

Manipulation

### IV - MANIPULATION STERNO-CLAVICULAIRE

Il est difficile de manipuler une seule sterno-claviculaire. Il est plus simple de solliciter conjointement les deux articulations. Le sujet est assis sur le même tabouret. Les deux bras sont à demi-fléchis, mains sur les hanches, pouces en avant (points pivots) (photo 45).

Le manipulateur se place derrière, ventre et le thorax épousant étroitement le dos du sujet, jambes fléchies. La face médiale des avant-bras repose sur la face postéro-latérale des bras du sujet (photo 46).



Positionnement

Manipulation

Ses deux mains ouvertes, pouces bien écartés, le bord latéral de l'avant-bras et du pouce viennent englober les deux épaules.

Le mouvement manipulatif est un peu plus complexe. Il comprend :

- 1 : une flexion des jambes, qui assure la mise en tension,
- 2 : une poussée en avant du thorax, qui assure la mise en tension,
- 3 : un étirement postéro-latéral du bras, s'accompagnant d'un appui des avant-bras sur les bras.

# LE COUDE

## EXAMEN CLINIQUE PRÉ-MANIPULATIF

Comme pour l'épaule, l'examen du coude doit toujours être précédé par celui du RACHIS CERVICAL.

## INSPECTION

L'examen se fait en position de « garde à vous » (photo 47) petit doigt sur la couture du pantalon (toujours par comparaison avec le côté opposé). On observe ainsi facilement une déformation avec accentuation ou disparition du varus physiologique. Il ne faut pas oublier que ce varus est plus important chez la femme que chez l'homme.

PHOTO 47



Garde à vous

## MOBILISATIONS ACTIVES

On observe d'abord si la flexion et l'extension sont limitées (se rappeler également que chez la femme et chez les sujets hyperlaxes, il existe une hyperextension physiologique pouvant atteindre 5°) (photo 48).

On fait ensuite plier à 90° le coude, celui-ci restant serré au corps.

C'est dans cette position que doit se rechercher la limitation douloureuse de la pronation et de la supination (photos 49-50). L'avant-bras est alors étendu et l'on évalue la douleur en varus ou valgus forcé ; les appuis doivent se faire à distance pour éviter de créer une douleur de pression superficielle (photos 51-52).

PHOTO 48



Hyperextension

PHOTO 49



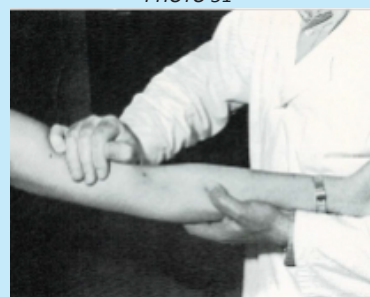
Pronation douloureuse

PHOTO 50



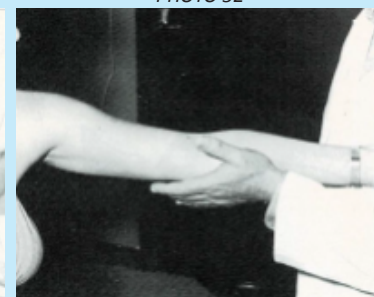
Supination douloureuse

PHOTO 51



Varus douloureux

PHOTO 52

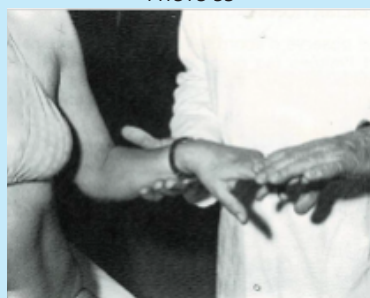


Valgus douloureux

## MOBILISATIONS PASSIVES ET CONTRE-RÉSISTANCES

La recherche de ces mouvements en extension, flexion, supination et pronation a peu d'intérêt diagnostic. Par contre, la manœuvre contre-résistance en extension du poignet et des deux premiers doigts doit toujours être effectuée à la recherche d'une tendinopathie d'insertion, en particulier du deuxième radial (photo 53). On peut également faire le test de la bouteille mais, combinant plusieurs mouvements, il est moins fidèle (photo 54).

PHOTO 53



Court extenseur radial

PHOTO 54



Test de la bouteille

## PALPATION

**Superficielle** : toujours indispensable à la recherche d'un dermatome C5, C6, C7, C8 ou D1.

**Profonde** : elle montre surtout une atteinte tendineuse ou une enthésite (maladie d'insertion).

La palpation mobilisation de la tête radiale peut montrer la disparition du ballotement physiologique radio-ulno-humérale mais il n'est pas caractéristique pour faire la différence entre une tête radiale antérieure ou postérieure (photo 55). Enfin, il ne faut pas oublier que l'examen du coude doit toujours s'accompagner de l'examen du poignet car toute douleur spontanée ou provoquée au niveau de la radio-ulnaire distale (radio-cubitale inférieure) évoque une atteinte de la radio-ulnaire proximale (radio-cubitale supérieure).

PHOTO 55



Mobilisation Tête radiale

## LES TECHNIQUES MANIPULATIVES DU COUDE

### I - MANIPULATION D'UN VARUS DOULOUREUX

Le sujet est assis sur la table, le manipulateur à côté de lui. La main proximale se place sur l'olécrane, coude et le bras du manipulateur contrôle l'épaule (photo 56). La main opposée saisit le poignet de la façon suivante : les trois derniers doigts se place sur la face dorsale de la main du patient la portant en flexion, pouce et index formant une boucle (photo 57) autour du pouce.

PHOTO 56



Positionnement Main proximale

PHOTO 57



Main distale

La main est progressivement et lentement portée d'une pronation forcée à une supination forcée en exerçant une traction en valgus sur un coude légèrement fléchi (photo 58). Ce geste est à répéter plusieurs fois jusqu'à sensation de craquement ou de libération de l'articulation du coude.

PHOTO 58



Manipulation : pronation forcée à une supination forcée

### II - MANIPULATION D'UN VALGUS DOULOUREUX

Le patient est toujours assis sur la table. Le manipulateur s'assoit entre son flanc et le bras douloureux (si besoin est sur la cuisse) contrôlant avec son dos l'épaule. La main distale se place toujours sur l'olécrane. Les trois doigts de la main proximale se placent sur la paume de la main du patient (photo 59) portant cette main en extension et en pronation lui donnant un mouvement de rotation médiale en supination en maintenant une pression varus (photos 60-61). Ce mouvement doit également être répété plusieurs fois.

PHOTO 59



Positionnement

PHOTO 60



Manipulation main en extension et pronation

PHOTO 61



Mouvement de rotation interne en supination

Les manœuvres de valgus et de varus sont souvent effectuées à la suite et en complément des manœuvres de pronation ou surtout de supination douloureuse.

Le coude est aussi une articulation complexe puisqu'en plus des articulations radio et ulno-humérales, il existe une articulation radio-ulnaire proximale. Les syndromes de pronation et de supination douloureuse sont en général à mettre au compte de cette articulation.

Des examens radiologiques systématiques permettent d'objectiver des images radiologiques d'anté et de postéro-positions de la tête radiale par rapport à l'ulna (cubitus). Ces images s'accompagnent toujours d'une manifestation radiologique opposée au niveau de la radio-ulnaire distale. Cette symptomatologie du coude s'accompagne d'ailleurs d'un point douloureux très net, perceptible à la palpation, mais pas toujours manifesté par le patient, au niveau du poignet.

### III - PRONATION DOULOUREUSE

Elle se manifeste le plus souvent chez le jeune enfant provoquée par la mère faisant monter une marche ou un escalier à l'enfant soulevé par une main. La manifestation est brutale. Le jeune enfant se plaint de son coude ; surtout un signe pathognomonique, il ne peut plus tendre la main pour saisir (signe de la sucette).

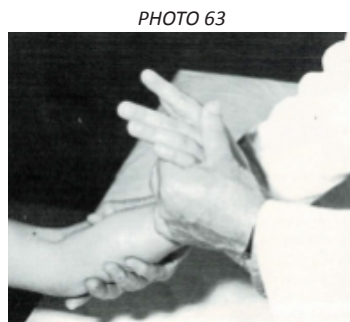
Au mouvement, il existe une douleur très nette et élective à la pronation provoquant le retrait du bras : à la palpation, une douleur exquise au niveau des articulations (radio-ulnaire proximale et distale). Après la manipulation (très simple), la douleur à la palpation disparaît et le mouvement de pronation est immédiatement restitué.

Pour la manipulation, comme toutes celles du coude et du poignet, il est recommandé de travailler en traction.

**POSITIONNEMENT :** celle-ci est obtenue en positionnant le patient à cheval sur une chaise placée à l'envers, de l'autre côté de la table d'examen, et en tirant de façon axiale (photos 62 et 63). Chez le tout jeune enfant, assis sur les genoux du père ou de la mère, il n'est pas indispensable d'utiliser une opposition. L'hyperlaxité ligamentaire est très grande et les muscles peu toniques, tout au moins si la manipulation n'est pas faite trop longtemps après l'accident et s'il n'y a pas encore de contractures.



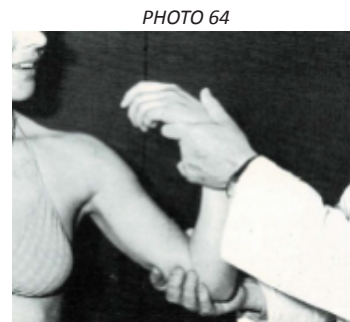
Positionnement



Positionnement

**MANIPULATION :** le manipulateur saisit le poignet du blessé avec la main homologue, place le coude de l'autre main sur la tête radiale et après une traction énergique, fait plier le coude en provoquant une supination forcée et en mettant le poignet en flexion (photos 64-65).

Le syndrome ne se manifeste pas seulement chez le jeune enfant mais chez l'adolescent et l'adulte. Une étiologie commune à la pronation douloureuse est le fait de poser un livre sur une table de chevet ou d'éteindre en cherchant l'interrupteur d'une lampe de chevet. On la retrouve également chez des ouvriers cherchant, bras tendus, à retirer quelque vis dans un espace réduit (dévisage).



Manipulation avec la main homologue



Traction et Plier le coude en supination forcée

### IV - SUPINATION DOULOUREUSE

Elle est moins fréquente, tout au moins chez le jeune enfant. J'ai eu surtout à l'observer chez des carriers dont le mouvement de « barrer » un morceau de granit est caractéristique. Le livre et la lampe de chevet se retrouvent dans l'étiologie, de même que, cette fois-ci, le fait de visser, bras tendus dans un espace restreint.

**MANIPULATION :** la manipulation est le contraire de la précédente. Elle consiste à plier le coude après extension, en provoquant une pronation forcée et en mettant le poignet en extension. La prise de main se fait de façon hétérologue (photos 66-67). Ces deux manipulations, en particulier la deuxième, peuvent s'effectuer en décubitus (photos 68-69).



Positionnement, main hétérologue et poignet en extension



Pronation forcée



Pronation douloureuse patient en décubitus



Supination douloureuse patient en décubitus

## V - ÉPICONDYALGIES, ÉPITROCHÉALGIES

En dehors de leur origine cervicale ou locale, par une enthésite ou une tendinopathie, elles peuvent souvent avoir pour étiologie un dérangement intéressant respectivement les articulations radio et ulno-humérales. Il est d'ailleurs fréquent de voir une tendinopathie se développer secondairement à l'atteinte articulaire et persister malgré tous les traitements tant que le dérangement articulaire n'est pas réduit.

La manipulation s'effectue essentiellement par des techniques de valgus et de varus qui sont utilisées comme décrit précédemment mais on peut également utiliser, suivant les résultats de l'examen, les techniques de pronation et de supination.

### SYNTHÈSE MANIPULATIVE DU COUDE



Positionnement Main proximale



Mouvement de rotation interne en supination



Traction et Plier le coude en supination forcée



Pronation douloureuse patient en décubitus

### Journée Robert MAIGNE 2024

## « SPORT et MÉDECINE MANUELLE »

### Samedi 1 juin 2024

université  
PARIS-SACLAY

FACULTÉ DE  
MÉDECINE

Hôpital du Kremlin Bicêtre  
Porte d'Italie - Paris

Changement de date

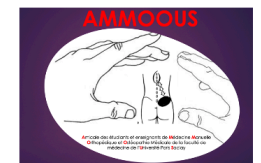


La médecine manuelle et l'ostéopathie médicale pour les pathologies sportives du rachis et des articulations périphériques de l'appareil locomoteur

### Conférences plénières et Ateliers pratiques

Organisée par la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale (SOFMMOOM)  
Avec l'aide de l'Amicale des Enseignants et Enseignés de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale de la Faculté de Médecine de l'Université PARIS SACLAY. (AMMOOUS)  
Et du Collège des Enseignements en Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale (CEMMOM)

Renseignements et inscription: [www.sofmmoom.org](http://www.sofmmoom.org)



# LE POIGNET ET LA MAIN

## EXAMEN CLINIQUE PRÉ-MANIPULATIF

### INSPECTION

Le poignet est souvent le siège d'un œdème intéressant soit la totalité de l'articulation, soit la face antérieure ou la face postérieure. Il faut donc l'inspecter sur ses deux faces. Le poignet est également le siège de kyste synovial du poignet. Celui-ci apparaît le plus souvent entre lunatum (semi-lunaire) et capitatum (grand os), lors d'un effort en flexion du poignet. Parfaitement réductible dans un délai d'une dizaine de jours, il se transforme rapidement en général en une hernie synoviale étranglée, le pertuis de communication se bouchant progressivement, et devient alors justiciable d'infiltrations ou de sanction chirurgicale.

### MOBILISATION

Le poignet peut être mobilisé dans son état habituel « en pression ». On recherche alors s'il y a limitation de la flexion, de l'extension, des latéro-flexions latérales (Photos 70-71-72) ou médiales renseignant sur les articulations radio-carpienne et médio-carpienne ; le signe de TINEL servant au diagnostic du canal carpien ou du canal de GUYON, les épreuves de rotation médiale ou latérale (prono-supination) renseignant sur l'état de la radio-ulnaire distale (radio-cubitale inférieure) à coupler avec les tests du coude.

PHOTO 70



Extension, Flexion dorsale

PHOTO 71



Flexion palmaire

PHOTO 72



Latéro-flexion latérale,  
circumduction

Le meilleur examen du poignet est la **mobilisation-palpation profonde (voir avec la manipulation)** c'est-à-dire après mise en pression négative. Le pompage n'est douloureux que s'il y a fracture ; il faudra donc répéter les examens radiologiques à quinze jours d'intervalle si besoin, pour mettre en évidence une fracture du scaphoïd (scaphoïde), lunatum (semi-lunaire) ou du trapèzium (Trapèze). Il ne faudra pas hésiter à faire des incidences spéciales pour explorer les berges des canaux. Dans le cas contraire, une mobilisation douce et progressive des os du carpe l'un par rapport à l'autre fera le diagnostic d'entorse ou de luxation.

### PALPATION

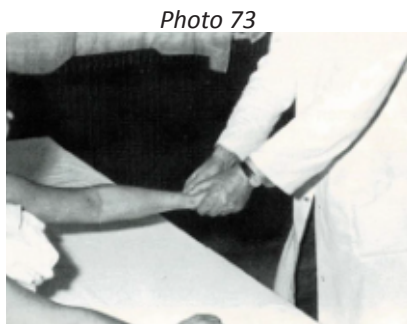
La palpation superficielle pourra montrer un dermatome C6 ou C8.

# LES TECHNIQUES MANIPULATIVES DU POIGNET

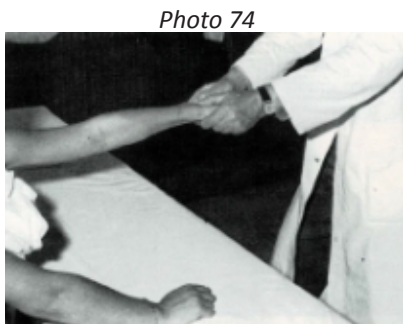
## KYSTES SYNOVIAUX

Là encore, la mise en pression négative du poignet est très importante. On utilise la même technique que celle du coude, c'est-à-dire la mise à califourchon sur une chaise placée de l'autre côté de la table d'examen. En alternant une prise de main droite puis gauche, on observe une véritable dépression du poignet par suite de ce mouvement de « pompage » (Photo 73). Cette technique suffit dans les premières heures et même les premiers jours, à réduire la hernie. Quand elle est vue plus tardivement, il est nécessaire, après avoir mis le poignet en flexion modérée (celui-ci reposant sur les médius tendus) d'effectuer avec les deux pouces une pression alternative, tout en maintenant la traction. Comme pour une hernie inguinale, la hernie synoviale se réduit avec un bruit de « succion », bien caractéristique.

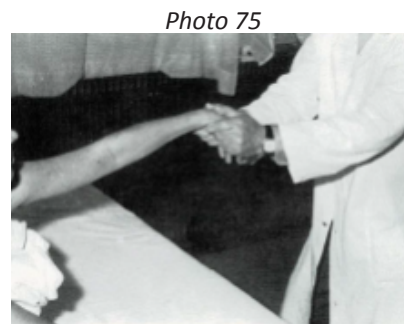
**LA CONTENTION :** il est nécessaire après la réduction, d'effectuer un « strapping ». Sans cette précaution, la lésion se reproduit très rapidement.



Mouvement de Pompage



Dérangements synoviaux



Manipulation du lunatum

## LUXATION DU LUNATUM (SEMI-LUNAIRE)

Cette lésion est presque le corollaire de la précédente. En effet, les dérangements synoviaux du poignet s'accompagnent presque toujours d'une luxation arrière du lunatum (semi-lunaire), que la pression des pouces va réduire simultanément à la hernie (Photo 74). Par ailleurs, il existe souvent une luxation antérieure du lunatum (semi-lunaire).

**LA MANIPULATION :** la mise en tension négative est identique mais les doigts actifs sont le médium et l'index.

Le poignet est mis alternativement en position de flexion, puis d'extension en appliquant une pression continue au niveau de la face antérieure du lunatum (semi-lunaire) (Photo 75).

**LA CONTENTION :** là aussi, un strapping avec utilisation d'une attelle est nécessaire.

# LES TECHNIQUES MANIPULATIVES DE LA MAIN

## LE CARPE

En dehors du semi-lunaire, tous les os du carpe peuvent se luxer, en particulier le scaphoïd (scaphoïde), le plus souvent en avant mais quelquefois en arrière (chute sur la main en hyperextension). Il faut retenir que le point le plus douloureux se trouve toujours à l'opposé du sens de la luxation et là aussi, il faut appuyer du côté indolore ou tout au moins le moins douloureux. Il existe cependant deux points particuliers :

**LE PISIFORM (PISIFORME) :** en maintenant la traction, on enrôle le poignet autour de la hanche, le pouce et l'index d'une main saisissant le pisiform (pisiforme). L'autre main imprime également entre le pouce et l'index un mouvement d'arrière en avant de la styloïde ulnaire (Photos 76-77).



Positionnement



Manipulation du Pisiform

**LE TRAPÈZIUM (LE TRAPÈZE) :** étant donné sa situation anatomique, le trapèzium (trapèze) se manipule en utilisant une technique particulière. Il faut saisir le pouce et pratiquement le premier métacarpe avec une pince digitale (médius-index) (Photo 78).

La main à manipuler est appuyée par son bord ulnaire sur la table, maintenue par l'autre main en fourchette (pouce-index). Une traction axiale est utilisée, en y associant un mouvement de rotation alternatif. Le sens de traction se fait nettement vers le haut (Photo 79).

PHOTO 78



Manipulation du Trapèzium

PHOTO 79



Manipulation du Trapèzium bord ulnaire sur la table

## PREMIÈRE ARTICULATION MÉTACARPO-PHALANGIENNE

Une technique identique est utilisée pour la première articulation inter-phalangienne mais avec prise uniquement sur la phalange (Photo 80).

## LES AUTRES ARTICULATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES

Le contre-appui est réalisé par une fourchette, pouce-index placés de chaque côté du poignet (Photo 81), ou simplement par pression du plat de la main (Photo 82).

PHOTO 80



Manipulation Première Métacarpo-phalangienne

PHOTO 81



Manipulation Métacarpo-phalangienne

PHOTO 82



Pression du plat de la main

La main active, munie d'un « kleenex » pour éviter le glissement, saisit également en pince entre médius et index la phalange à manipuler. Là aussi, la traction doit être axiale avec un mouvement de rotation alternatif.

## ARTICULATIONS INTER-PHALANGIENNES

Les deux mains sont actives (en fourchette index-médius) sur chaque phalange (Photo 83). Il est nécessaire de mettre en contact le médius de la main distale avec la face dorsale des deux doigts pivots. Un léger mouvement de flexion avec un appui sec permet la manipulation (Photo 84).

PHOTO 83



Manipulation Inter-phalangienne

PHOTO 84



Manipulation Inter-phalangienne

Pour la première, l'annulaire mis en crochet permet la manipulation. Il est aussi possible d'utiliser une technique japonaise par contact ongle-ongle. Le pouce et l'index de la main active saisissent la phalange, l'extrémité et surtout l'ongle du pouce sur l'ongle de la phalange à manipuler. Un étirement axial ongle-ongle permet la manipulation.

# CEINTURE PELVIENNE

S'il on veut suivre le même plan que celui du membre thoracique, il semble logique d'aborder la ceinture pelvienne avec nécessairement : les sacro-iliaques, les coxo-fémorales, la symphyse pubienne.

PHOTO 85

## EXAMEN CLINIQUE PRÉ-MANIPULATIF

### INSPECTION

Pour tout examen des membres pelviens, il faut d'abord faire marcher le patient soit dans l'axe puis, en biais. On notera : l'attaque du talon, sa symétrie, le déroulé du pied, la résonance du pas (signe du MAQUIGNON).

On placera ensuite le sujet debout de dos pour apprécier, si besoin, au fil à plomb, un trouble statique podo-pelvienne. Les pouces dans les fosses iliaques, on recherchera **le signe de PIEDALU** en faisant fléchir en avant au maximum et en appréciant l'élévation unilatérale d'une épine iliaque postérieure (Photo 85). Cet examen doit bien sûr faire suite à un examen dynamique du rachis dorso-lombaire avec établissement du schéma en étoile et de l'échelle segmentaire. Personnellement, je préfère le testing suivant : toujours les pouces dans les fossettes, on demande au patient d'élever le genou puis de l'emmenner avec ses mains sur la poitrine. Normalement le pouce du côté homologue s'abaisse en fin de mouvement. Toute mobilité, et à plus forte raison toute élévation, signe un dysfonctionnement de la ceinture pelvienne (sacro-iliaca) du côté observé (Photo 86).



Signe de Piedalu

PHOTO 86



Signe de Piedalu

PHOTO 87

### PALPATION SUPERFICIELLE

Recherche des points de crête (pathologie dorsale basse D10/D11/D12 branche postérieure) (Photos 87), recherche antérieure des dermatomes D10/D11/D12/L1 (Photos 88).

### PALPATION PROFONDE

**Au niveau des deux sacro-iliaques** : on recherche des nodules de KOPFMAN dont la seule signification pathologique est d'être souvent l'indice d'un déséquilibre statique. Ne pas les presser violemment, ni les masser en profondeur, ils deviendraient automatiquement douloureux ; encore moins les infiltrer et bien sûr ne pas les extraire chirurgicalement. Les douleurs qu'on leur impute sont toujours des douleurs projetées (dermatome D10/D11).

**Au niveau des masses glutéales** : on recherche les infiltrations téno-myalgiques et cellulo-myalgiques également des signes de projection.

Au niveau des branches montantes ischio-pubiennes (Dermatome D12).

**Au niveau du trochanter** : dermatome D12 (branche perforante). Soit péri-arthrite de hanche avec tendinite d'insertion en particulier du fascia lata. Plus souvent dermatome L3.

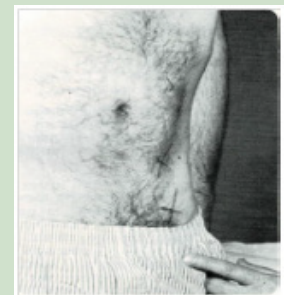
**Au niveau du pubis** : pubalgie locale. Dermatome D12 si unilatérale. L'atteinte sacro-iliaque post-traumatique s'accompagnera toujours d'une douleur à la pression de la totalité de la symphyse pubienne (dissociation).

**Au niveau du triangle de Scarpa** : syndrome du pectiné : on confirmera par la recherche d'une douleur provoquée en adduction contrariée, jambe tendue (Photos 89). La pression sur les coxo-fémorales est peu évocatrice d'une coxarthrose. Par contre, elle peut être évocatrice d'une coxite.



Point de crête

PHOTO 88



Dermatome antérieur

PHOTO 89



Syndrome du Pectiné

## MOBILISATIONS

**Mobilisations des coxo-fémorales :** le testing des coxo-fémorales est bien connu et ne mérite pas que nous nous y attardions. Je me contenterai d'insister sur la précocité des douleurs en rotation et en adduction dans les coxarthroses.

**Mobilisation des sacro-iliaques :** pour les uns elles bougent, pour les autres elles ne bougent pas. Nous nous contenterons donc de déclarer qu'il s'agit de la recherche d'une manœuvre douloureuse de testing qui débouchera immédiatement sur une manipulation dans le sens non-douloureux.

**Premier testing :** le patient est sur le dos, genou relevé, plante du pied sur la table. L'autre jambe allongée. Le praticien s'installe du côté opposé, une main sur le genou, l'autre au niveau de la sacro-iliaque (Photo 90). Une pression brusque dans l'axe du fémur est exercée. Si cette manœuvre est douloureuse. On effectuera une manipulation hétérologue et une homologue du côté opposé.

**Deuxième testing :** le patient est à plat ventre. Le praticien toujours du côté opposé à l'articulation douloureuse. On met les jambes en ciseaux, la paume de la main dans le creux poplité de la jambe se trouvant sur la table (distale) (Photo 91).

Le coude se fléchissant prend appui sur le genou de la jambe proximale et porte celle-ci le plus possible en arrière. Le coude opposé immobilise l'aile iliaque en arrière. Il s'agit ni plus ni moins de la mise en tension de la manœuvre manipulative. Là aussi, si la manœuvre est douloureuse, on effectuera une manœuvre manipulative hétérologue et une homologue du côté opposé.

PHOTO 90



Premier testing

PHOTO 91



Deuxième testing

## SYNTHÈSE CLINIQUE PRÉ-MANIPULATIVE

PHOTO 85



Signe de Piedalu

PHOTO 86



Signe de Piedalu

PHOTO 87



Point de crête

PHOTO 89



Syndrome du Pectiné

PHOTO 90



Premier testing

PHOTO 91



Deuxième testing

## LES TECHNIQUES MANIPULATIVES DES SACRO-ILIAQUES

Il s'agit en fait d'une accentuation du testing du côté non-douloureux.

### Première technique

Le patient est sur le dos, la jambe du côté à mobiliser, fléchie à 90°, genou fléchi, le pied à plat sur la table. Le manipulateur se place du côté opposé de la table. Il positionne le genou dans son aisselle, et glissant le dos de la main derrière la jambe, vient placer la paume de la main sur la face latérale de la cuisse.

Le contre-appui s'établit par la main opposée (ou le coude) sur l'épine iliaque antérieure qu'elle immobilise (Photos 92-93).

La mise en tension s'effectue en fléchissant la cuisse sur le bassin et en décollant le pied de la table.

La manipulation est provoquée par une flexion brusque des jambes, amenant le bassin du manipulateur 20 à 30 cm plus bas que le point de départ, les appuis et contre-appuis restant fixes.

PHOTO 92



Sacro-iliaque  
première technique

PHOTO 93



Mise en tension

### Deuxième technique

Le patient est placé sur le ventre, les jambes croisées en ciseau, le côté à manipuler par-dessus l'autre.

Le praticien se place du côté de la table répondant à la partie postérieure du patient. Il utilise le coude le plus près du bassin en contre-appui en l'appuyant sur l'épine iliaque postéro-supérieure.

L'autre main vient se placer dans le creux poplité de la jambe qui restera fixe ; puis, par une flexion progressive de l'avant-bras, on écarte au maximum en ciseau l'autre jambe jusqu'à la mise en tension.

La manipulation est obtenue par une flexion sur les jambes identique à celle de la manipulation précédente, à cette variante près, que l'ouverture maximum du ciseau sera recherchée par l'abaissement du coude sur le membre à manipuler (Photo 94).

Dans ces deux techniques, un craquement manipulatif est quelquefois obtenu (pas toujours).

PHOTO 94



Deuxième  
technique

## LES TECHNIQUES MANIPULATIVES DES COXO-FÉMORALES

Comme pour les épaules, il n'est pas question de traiter ici des techniques de réduction de luxation de hanche ni surtout de prendre partie en affirmant que celles-ci peuvent être isolées ou au contraire qu'elles sont toujours associées à une fracture plus ou moins importante du cotyle. Contentons-nous de conclure que dans beaucoup de coxarthroses et surtout dans les protrusions acétabulaires, des techniques de décompression de l'articulation apportent toujours détente et soulagement.

### Première technique

Le manipulateur saisit le pied avec une main postérieure sous le calcanéum et la main antérieure sur le coup de pied. Portant la jambe en abduction, on cherche l'angle où la rotation de la hanche est maximale (le mouvement est donné par le pied). Cet angle sur chaque individu en raison de l'angle antéverson du col et de l'obliquité du cotyle. Par un mouvement lancé de flexion-extension, on amène la détente du quadriceps.

Quand celle-ci est obtenue, on exerce une brusque traction en partant du genou fléchi (coup de fouet) (Photos 95-96).

PHOTO 95



Coxo-fémorale,  
jambe en abduction

PHOTO 96



Coup de Fouet

## Deuxième technique

Il est recommandé de l'utiliser à la suite de la première technique.

Le patient est couché sur le côté sain, la cuisse fléchie, la jambe fléchie venant prendre appui à travers de la table ; le bassin peut être fixé par une sangle.

Le manipulateur toujours en bout de table, saisit la cheville ; après avoir fléchi le membre à manipuler, il tire d'un coup sec. Le mouvement ample et comme un coup de fouet, se terminera avec une jambe en complète extension. Cette technique est peu recommandée car elle met le sujet en hyperlordose ; c'est pourquoi nous ne montrons pas d'exemple de photos.

## Troisième technique

Le patient est toujours placé sur le côté sain, les deux jambes allongées, un coussin de crin entre les cuisses monté le plus haut possible (Photo 97).

Le manipulateur se place face au patient à hauteur

des cuisses. Le bras le plus près du bassin se glisse entre les cuisses jusqu'au dessus du coude, la main venant en appui palmaire sur la table (Photo 98).

La manipulation s'effectue en décollant l'articulation coxo-fémorale par un mouvement d'adduction forcée en ciseau avant, en même temps que le bras entre les cuisses par l'appui palmaire, cherche à provoquer un écartement latéral de l'articulation.

Ces techniques sont puissantes mais douces, non traumatisantes pour la capsule articulaire. Il est recommandé de les utiliser successivement et dans l'ordre.

PHOTO 97



Positionnement

PHOTO 98



Manipulation

## LES TECHNIQUES MANIPULATIVES DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

La dissociation de symphyse pubienne n'est pas rare. S'il s'agit d'écartement vrai et radiologique, l'origine en est le plus souvent une chute à plat sur le dos d'une certaine hauteur. On la voit également dans le post-partum.

Il s'y associe presque toujours une atteinte clinique ou tout au moins une douleur d'une ou des deux sacro-iliaques.

La manipulation utilisée est la première technique des sacro-iliaques, à répéter de l'autre côté s'il y a bilatéralité.

## SYNTHÈSE MANIPULATIVE DE LA CEINTURE PELVIENNE



Mise en tension



Deuxième technique



Coup de Fouet



Positionnement

# LE GENOU

## EXAMEN CLINIQUE PRÉ-MANIPULATIF DEBOUT

Il est difficile pour le genou de dissocier inspection et palpation-mobilisation. Il s'agit d'une articulation complexe nécessitant un certain nombre de manœuvres, d'examens associant les diverses techniques d'examen. Chacun décrit son test qui, à l'expérience ne semble satisfaisant que pour son auteur. Nous n'avons conservé que les principaux et les plus anciens qui conservent toute leur valeur (JERK test, GRINDING test. de SMILIE...). Pour l'examen du genou, j'utilise une progression : debout-accroupi-assis-couché (sur le dos et à plat ventre).

## DEBOUT ET ACTIF

Comme pour la ceinture pelvienne, on fera marcher dans les deux axes pour apprécier une boiterie ou une gêne.

## DEBOUT ET STATIQUE

Le sujet debout devant lui, et après l'avoir fait pivoter, le praticien appréciera s'il y a une amyotrophie évidente, s'il y a un varus ou un valgus d'un ou des deux genoux, par une contraction active des deux quadriceps. Il jugera l'ascension des patella (qui louchent ou non). Il fera alors effectuer un premier test (le demi-tour avant et arrière):

### DEMI-TOUR AVANT

La jambe à tester reste fixe. Le pied opposé vient se porter parallèlement au genou par devant mais dans le sens opposé (pointe-talon, talon-pointe). On fera effectuer une rotation sur la pointe du pied (membre à lester). Cela permet de juger de la stabilité ou de l'instabilité du point d'angle postéro-médial (PAPI) (Photo 99).



*Demi tour avant*

### DEMI-TOUR ARRIÈRE

La manœuvre est inverse : le pied opposé vient se porter en arrière et la rotation s'effectuera sur le talon (Photos 100). Cela permet de tester le point d'angle postéro-latéral.



*Demi tour arrière*

## EXAMEN CLINIQUE PRÉ-MANIPULATIF ASSIS

### ACCROUPI

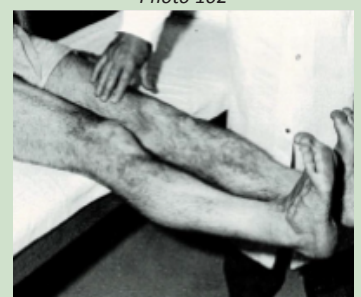
Faisant accroupir le sujet, on juge de face et de profil si l'angle jambe-cuisse est symétrique ou s'il y a un déhanchement (Photo 101).



*Accroupissement*

### ASSIS

**Le patient assis sur la table :** on juge d'abord avec la paume de la main de la tonicité au repos des deux quadriceps (une atteinte neurologique donnera une cuisse plate et molle). On demande une contraction active, la jambe étant étendue avec une dorsiflexion maximale des deux pieds. Tactilement, on jugera de la symétrie des divers chefs et en particulier du vaste médial (Photo 102). On fait une recherche de rotation médiale et latérale en décharge. On recherche les réflexes rotuliens et en même temps on percute, avec le marteau à réflexes, l'insertion distale du tendon patellaire (rotulien) (recherche clinique de l'OSGOOD-SCHLATTER chez l'adolescent). Cet examen est bien entendu théorique et concerne un genou subaigu ou chronique. S'il s'agit d'un genou frais, il faudra composer avec la douleur, et les mobilisations seront prudentes et limitées.



*Tonicité du Quadriceps en dorsiflexion maximale*

## EXAMEN CLINIQUE PRÉ-MANIPULATIF COUCHÉ

### COUCHÉ SUR LE DOS

On commence, par comparaison avec le côté opposé, à rechercher : une atrophie du quadriceps, un épanchement (signe du glaçon), un dermatome L3 ou L4, un hygroma, une bursite infra-patellaire, une bursite infra-quadriceps, une tendinopathie d'insertion proximale et distale patellaire (rotulien), une tendinopathie de « la patte d'oie ». On mobilise la patella à la recherche d'un signe du rabot et surtout, en maintenant la patella, on fait effectuer une contraction du quadriceps (signe de SMILIE) (Photo 103). Si cette manœuvre est douloureuse on suspectera une chondromatose, une ostéochondrose ou une ostéomalacie fémoro-patellaire.

On recherche une limitation ou une limitation douloureuse de flexion, d'extension, de rotation médiale et latérale. On jugera d'une hyperlaxité collatérale latérale ou médiale, jambe verrouillée et à 5° de flexion.

**Genou fléchi à 80° assis sur le pied** : c'est dans cette position que l'on palpera le mieux les insertions ligamentaires médiales et latérales : les points méniscaux - les ailerons. On testera les deux tibio-fibulaires proximales dans leur mobilité antérieure et postérieure (Photo 104). Enfin, on jugera des tiroirs éventuels antérieurs et postérieurs en position indifférente, puis en rotation médiales et latérales (PAPE et PAPI) (Photo 105). On terminera cet examen en décubitus par un « **JERK test** » : genou fléchi à 30°, une main saisit le pied et on met en rotation médiale. L'autre main appuie sur la face latérale du genou pendant que l'on fait allonger la jambe (Photo 106).

### COUCHÉ SUR LE VENTRE

**On recherchera** : une atrophie du triceps sural et des gastrocnémiens ; une tuméfaction du creux poplité (kyste anévrisme) ; une douleur d'insertion : des gastrocnémiens, des ischio-jambiers, du poplité ; un dermatome L4, L5 ou S1.

On pratiquera un « **GRINDING test** » qui est au fond une recherche de tiroir inversé. Pour se faire, j'aime bien placer le pied dans mon aisselle et exercer une pression violente, le pied étant en position indifférente puis successivement en rotation médiale et latérale (Photo 107).

**Signe de JUDET-RODINEAU** : toujours à plat ventre, pieds en dehors de la table, on vérifie si les deux chevilles touchent bien le plan de la table. Dans le cas contraire, une atteinte méniscale est très probable du côté où l'extension est limitée (Photo 108).

Photo 103



Signe de SMILIE

Photo 104



Tibio-fibulaire Proximale

Photo 105



Test PAPE

Photo 106



Test JERK

Photo 107



Test GRINDING

Photo 108



Signe de JUDET RODINEAU

# LES TECHNIQUES MANIPULATIVES DU GENOU

Nous aborderons successivement : la luxation de la patella, les blocages méniscaux, la tibio-fibulaire proximale.

## LUXATION DE PATELLA

Il s'agit le plus souvent d'une symptomatologie très récidivante provoquée par une dysplasie de patella (béret basque) ou d'une dysplasie des condyles fémoraux.

Les récurrences, très fréquentes, conduisent le plus souvent à une sanction chirurgicale. Mais il existe des cas limites où la dysplasie, quand elle existe, est très peu marquée et qu'un traumatisme évident soit à l'origine de la luxation. La rupture de l'aileron patellaire conduit souvent à l'intervention, mais lorsque la réduction a été pratiquée très précocement et a été effectuée dans de bonnes conditions ; j'ai observé un certain nombre de cas sans récurrence. De toute façon, dans une éventualité comme dans l'autre, il n'est pas question de laisser le patient souffrir et la réduction manipulative, si possible immédiate s'impose.

**LA TECHNIQUE :** elle tient compte : d'une part de l'axe des surfaces articulaires et surtout de la trochlée condylienne dont l'axe est bien entendu vertical et d'autre part de l'élasticité du quadriceps, alors que de l'autre côté, le tendon patellaire ne possède que très peu ou pas d'élasticité. Il suffit donc de placer la face palmaire contre le genou, la fourchette (pouce-index) largement ouverte, venant coiffer l'extrémité proximale de la patella (qui est toujours luxée du côté latéral) (Photo 109). La position des jambes et des pieds du manipulateur est primordiale. Les jambes doivent être fléchies à environ 30° ; la pointe des pieds se situant à l'aplomb de la ligne des genoux. La manipulation sera essentiellement provoquée par une extension des jambes du manipulateur provoquant obligatoirement une extension de la jambe à manipuler.

Une pression sèche et appuyée de haut en bas permet de réengager très rapidement et sans douleur la patella dans la gouttière condylienne. En relâchant la pression, celle-ci reprend sa place. Cette technique doit être la seule utilisée car elle évite des complications articulaires et péri-articulaires. Dans les luxations récidivantes, il est utile d'enseigner au patient à s'auto-manipuler (Photo 110).

Photo 109



Manœuvre de réduction

Photo 110



Automanipulation

## BLOCAGES MÉNISCAUX

Il est bien évident que dans la grande majorité des cas, les blocages méniscaux sont justiciables d'un traitement chirurgical. J'ai eu cependant la bonne surprise, quelquefois, d'observer un résultat durable, sinon définitif, par manipulation. Il s'agit sans doute de « plicias ». De toute façon, l'acte chirurgical n'est pas immédiat et il est impossible de laisser le patient avec un genou en flexion irréductible pendant quelques heures, voire quelques jours. Le patient est placé sur le dos en bordure de table du côté bloqué. Pour le sécuriser, il est indispensable de maintenir le genou fléchi avec, au départ le minimum de débattement. Pour ce faire :

Photo 111

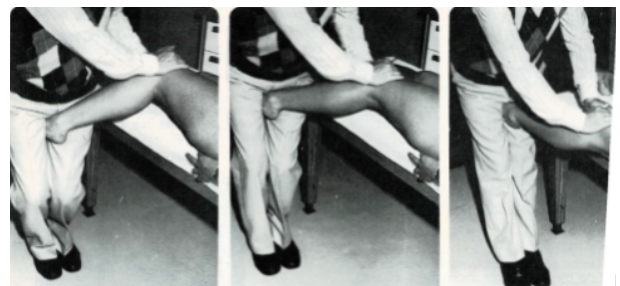


Positionnement Opérateur

**POSITIONNEMENT :** le manipulateur se place flanc au sujet, latéralement au plan de la table. Il introduit le pied entre ses cuisses (le plus haut possible), les deux mains se plaçant latéralement de chaque côté du genou en cause (Photo 111).

**LA MANIPULATION :** les jambes du manipulateur effectuent un véritable mouvement de godille (de ski), les genoux se portant du côté opposé au ménisque en cause (médial ou latéral), le bassin se portant obligatoirement du côté inverse (Photos 112-113). Les mains, pendant ce temps, appuient le mouvement en ouvrant l'articulation du côté du ménisque atteint, le pouce du côté ouvert effectue une véritable poussée de réinsertion. Le mouvement est à répéter sans forcer jusqu'à ce que le ménisque se trouve véritablement aspiré. Cela se sent très bien à la main. Alors, le manipulateur allonge totalement la jambe du patient en se mettant lui-même en déséquilibre sur ses talons (Photo 114). La jambe allongée est reposée sur la table et un strapping mis en place.

Photos 112-113-114



Manœuvre de la godille

La manœuvre est absolument identique qu'il s'agisse d'un ménisque médial ou latéral.

Seuls, varient le sens de la godille et le sens de l'ouverture (Photos 115-116-117- 118). Cette technique, très précise, permet une réduction pratiquement sans douleur et n'aggrave en aucune façon les lésions méniscales existantes. Il est souvent utile, surtout lorsqu'il s'agit d'un ménisque latéral, de compléter la manipulation par la manipulation suivante, décrite sous le terme de « tibio-fibulaire proximale » et d'effectuer une infiltration de l'aileron patellaire latéral qui a très souvent été étiré.

Photos 115-116-117-118



Manœuvres méniscales médiales et latérales

## LA TIBIO-FIBULAIRE PROXIMALE

Cette articulation est mal connue. Il ne faut pas cependant oublier qu'elle est sollicitée de chaque mouvement du pied en « flexion-extension » et donc, de façon obligatoire lors de chaque « déroulement » du pied pendant la marche.

Un blocage direct de cette pseudo-articulation se produit très fréquemment chez le footballeur, au moment d'un shoot bloqué (pied actif) ou lors d'un contre (pied d'appui). Bien que la plupart du temps méconnue, elle entre, d'après mes estimations, pour 35 à 40% de la pathologie du genou chez le sportif. Il est très facile de tester la mobilité de l'extrémité proximale fibulaire. Celle-ci est physiologique et toujours symétrique.

**TEST DE MOBILITE :** le patient est allongé sur le dos, les jambes fléchies à 80°. Le manipulateur s'assoit sur les pieds du patient. Les deux mains en crochet, il teste par comparaison les deux articulations (Photos 104-105). Le ballotement physiologique doit être symétrique. Dans le cas contraire, il y a blocage. Celui-ci n'est pas toujours traumatique et des blocages réflexes sont extrêmement fréquents, en particulier dans la sciatique L5 ; le nerf fibulaire commun (sciatique poplitée externe) cravatant la tête de la fibula en est la cause. De nombreuses séquelles de sciatique ont cette origine, et ne peuvent disparaître qu'après manipulation de ce blocage.

## LA TECHNIQUE :

**POSITIONNEMENT :** le patient reste sur le dos, bien au bord de la table. Le manipulateur se place latéralement à la table, flanc au sujet comme pour le ménisque. La main latérale se place en coin dans le creux poplitée, le pouce englobant la tête de la fibula. L'autre main vient saisir le talon, bloquant le bord latéral du pied contre le flanc du praticien. La jambe latérale est toujours en avant (Photo 119). Il suffit au manipulateur de se pencher légèrement en avant pour obtenir une flexion forcée et obligatoirement.

Photo 119



**MANIPULATION :** il est préférable d'envoyer en avant la jambe qui se trouve du côté de la table (Photo 120-121). Si la résistance est importante, il est possible de remplacer la main par l'avant-bras (Photo 122).

Photos 120-121-122



Manipulation

Il est possible d'enseigner au sujet à s'auto-manipuler (ces blocages sont extrêmement récidivants). Il devra se placer à genoux, les deux mains à plat sur la partie postérieure et distale des cuisses, les doigts vers l'intérieur (Photo 123). Il obtiendra la manipulation en s'asseyant brusquement sur les talons.

Les pointes des pieds doivent être obligatoirement en extension et tournées vers l'intérieur (Photo 124).

Photos 123 et 124



Auto-manipulation

**MANIPULATION TIBIO-FIBULAIRE PROXIMALE DANS LE SENS OPPOSÉ :** une autre technique opposée à celle décrite plus haut est utilisée lorsque la douleur à la palpation est provoquée par la mobilisation d'arrière en avant de la tibio-fibulaire proximale. Le pied du patient est posé sur l'épaule du manipulateur.

Les mains sont jointes ; le bord ulnaire de l'une d'elles reposant sur la tête de la fibula. La pression des mains fait adhérer le pied à l'épaule et les jambes de l'opérateur provoquent une traction qui assure la mise en tension. Une pression très sèche sur la tête de la fibula provoque la manipulation (Photos 125-126-127).

Photo 125



Positionnement : Pied sur l'épaule de l'opérateur

Photos 127



Manipulation

Photos 126



Positionnement : rebord ulnaire sur la tête de la fibula

## SYNTHÈSE MANIPULATIVE DU GENOU



Manœuvre de réduction patellaire



Manœuvres méniscales



Manipulation tibio-fibulaire proximale

# CHEVILLE ET PIED

Nous étudierons successivement : la tibio-fibulaire distale, la talo-crurale, la transverse du tarse (médo-tarsiennes), les métatarso-phalangiennes et les inter-phalangiennes.

## EXAMEN CLINIQUE PRÉ-MANIPULATIF

Il est impossible de dissocier la cheville et le pied, car l'entorse simple et unique de la talo-crurale est rare et le plus souvent on trouve associées une atteinte ligamentaire tibio ou fibulo-tarsienne et une atteinte mécanique de l'articulation transverse du tarse (médo-tarsienne) ou tarso-métatarsienne. Comme pour le genou, il est impossible de définir un examen global mais il est préférable d'utiliser un certain nombre de tests suivant des positions différentes :

**DEBOUT** : là aussi, la démarche et surtout les différents appuis doivent être étudiés. Un passage sur podoscope est souhaitable car on trouve souvent dans les séquelles un affaissement de la voûte plantaire ou de l'arcade antérieure.

**ACCROUPI** : deux examens doivent être successivement effectués :

- Les talons ne décollent pas du sol et l'on apprécie la dorsi-flexion.
- Les talons peuvent décoller et l'on teste alors les métatarso-phalangiennes.

**ALLONGÉ SUR LE DOS** : on appréciera par comparaison avec le côté opposé l'hématome et les syndromes vaso- moteurs. On testera les planti et dorsi-flexion (Photos 128-129). On en profitera pour palper avec beaucoup de douceur les ligaments et leurs insertions, de même que les interlignes antérieurs et postérieurs des articulations de la talo-crurale et sub-talaire.

PHOTO 128



Testing en dorsi-flexion

PHOTO 129



Testing en planti-flexion

**ALLONGÉ SUR LE VENTRE, JAMBE À LA VERTICALE** : on complètera cette palpation et l'on recherchera en pression négative la mobilité talo-crurale et le diastasis vrai, très facile à apprécier dans cette position (Photo 130). En immobilisant dans une main le calcanéus (calcaneum), on recherchera par un mouvement hélicoïdal la mobilité physiologique des articulations sub-talaire (sous-astragaliennne), tarso-métatarsienne (Lisfranc) et transverse du tarse (Chopart) (Photo 131). On mobilisera chacun des métatarsiens en insistant sur le premier et le cinquième, et leurs articulations respectives avec l'os naviculaire (scaphoïde du tarse) et le cuboïde, sans oublier la recherche d'une fracture spontanée ou traumatique de ces métatarsiens (Photo 132).

PHOTO 130



Articulation talo-crurale

PHOTO 131



Articulation sub-talaire

PHOTO 132



Cinquième métatarsien

## LES TECHNIQUES MANIPULATIVES

### LA TIBIO-FIBULAIRE DISTALE

La manipulation est bien entendu similaire de la tibio-fibulaire proximale, puisque les deux sont pratiquement toujours associées.

On doit cependant dans l'un et l'autre cas y adjoindre toujours la manipulation suivante : le sujet est allongé sur le dos, jambe tendue. Une main saisit la jambe sous le genou, l'autre main s'applique sur le dos du pied et imprime un mouvement d'extension et de latéro-flexion médiale (Photo 133).

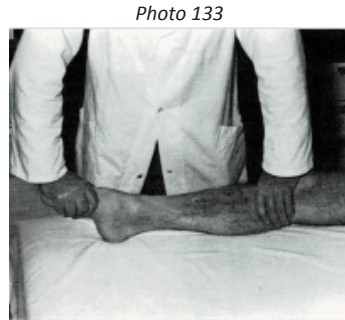


Photo 133  
Manipulation tibio-fibulaire distale

### ARTICULATION TALO-CRURALE (TIBIO-TARSIENNE)

Un grand nombre d'entorses de l'articulation talo-crurale sont simplement des entorses tibio-fibulaires distales et justiciables de la même manipulation (Photo 133).

La quasi totalité de ces atteintes finalement la justifierait s'il ne s'y ajoutait une elongation rupture du ligament collatéral latéral (le plus souvent du faisceau moyen ou du faisceau antérieur).

Le principe de la non-douleur contre-indique alors toute manipulation en latéro-flexion médiale.

Dans ce cas, il est nécessaire d'utiliser une autre technique, comme pour le membre thoracique : la décompression.

Le sujet est placé sur le ventre, jambe à la verticale. Le manipulateur se place latéralement, les deux mains prennent en coupe l'une le pied, l'autre le talon se plaçant assez haut pour immobiliser la subtalaire (sous-astragaliennne) (Photo 134).



Photo 134  
Manipulation talo-crurale

Un mouvement alternatif droit et gauche, avant, (comme pour déboucher une bouteille de champagne) permet la décompression. Il est souvent nécessaire pour obtenir la manipulation d'y associer un léger mouvement de rotation médiale et latérale.

### ARTICULATION SUB-TALAIRE (SOUS-ASTRAGALIENNE)

Nous abordons déjà avec celle-ci le tarse. Cependant, une entorse de l'articulation sub-talaire (sous-astragaliennne) est souvent associée à la tibio-fibulaire ; surtout un blocage sub-talien est la règle après une immobilisation par plâtre pour fracture ou entorse (ce qui explique qu'on provoque souvent un blocage de l'articulation sub-talaire en plâtrant une entorse de l'articulation talo-crurale grave).

**LA MANIPULATION :** le sujet est placé sur le ventre, la jambe verticale comme pour la manipulation précédente.

Le praticien s'assoit sur la cuisse mais il est nécessaire alors d'immobiliser le calcaneus contre la poitrine avec interposition d'un petit coussin. On se penche en avant pour se projeter progressivement en arrière ce qui assure la mise tension (Photo 135). La manipulation s'effectue par un mouvement hélicoïdal des deux mains qui saisissent l'avant-pied ceci dans le sens de la non-douleur (Photo 136).

Photo 135



Positionnement

Photo 136



Manipulation

### ARTICULATION TRANSVERSE DU TARSE (CHOPART) et TARSO-MÉTATARSIENNE (LISFRANC)

Il est souvent difficile de différencier cliniquement l'atteinte de l'une et de l'autre articulation.

En fait, il faut se rappeler que l'orientation oblique de l'une et de l'autre leur donne une vocation opposée, l'atteinte de l'une provoquant une douleur en plantiflexion, et celle de l'autre en dorsiflexion.

Il suffit donc là encore de suivre fidèlement le sens de la non-douleur.

## Première technique : planti-flexion libre.

Le patient est allongé sur le dos, jambe tendue, le talon reposant sur le bord de la table (Photo 137).

Le manipulateur se place latéralement. Comme pour une talo-crurale, il immobilise la jambe en plaçant une main sur la face antérieure du tibia, juste en-dessous du genou. L'autre main vient saisir l'avant-pied.

Après mise en tension, le poids du corps est réparti également sur les deux mains, provoquant une planti-flexion forcée.

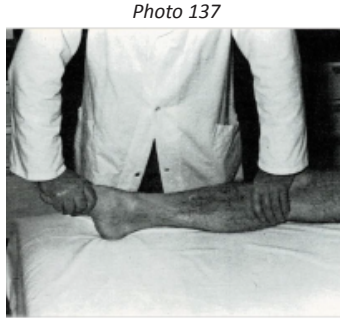


Photo 137  
Planti-flexion libre

## Deuxième technique : dorsi-flexion libre.

Cette technique est un peu plus complexe et demande une très bonne coordination des gestes.

Le patient est placé dans la même position que précédemment.

Le manipulateur se place à l'extrémité de la table, le pied à manipuler à plat sur la cuisse.

Une main se met en étrier sur le tarse, et l'autre vient se placer au-dessus pour renforcer l'appui (Photo 138).

La jambe sur laquelle repose le pied à manipuler est brusquement fléchi et portée en arrière de façon à ce que l'appui ne se fasse plus que par l'arcade antérieure (Photo 139). En même temps, on exerce un appui le plus puissant possible de haut en bas sur les mains actives.

La manœuvre est facilitée en demandant au patient d'appuyer fortement l'avant-pied sur la cuisse, puis de relâcher brusquement.

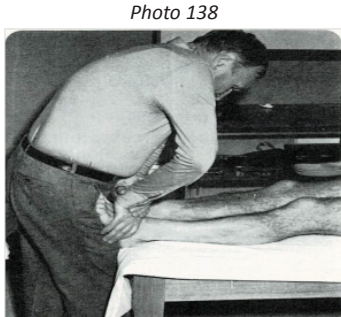


Photo 138  
Deuxième technique :  
main en étrier sur le tarse



Photo 139  
Manipulation

## ARTICULATION TALO-CRURALE et SUB-TALAIRES

Manœuvre de déchaussement de l'articulation talo-crurale et sub-talaire. Patient en décubitus dorsal, pied à manipuler en bout de table ou (de préférence) en dehors de la table.

La main homologue de l'opérateur saisit l'avant-pied, la commissure du pouce épousant le bord médial du pied au niveau du premier métatarsien. La main hétérologue soutenant le talon en berceau : talon sur la paume pouce en avant de la malléole latérale, doigts médians contre la malléole médiale.

Donner au membre pelvien des mouvements de flexion extension du genou et de la hanche en faisant monter le genou lors de la flexion et en tirant à soi en extension (pompage). A partir de la position fléchie du genou, une brusque traction dans l'axe assure la décoaptation.

## Le CUBOÏDE et le NAVICULAIRE (SCAPHOÏDE TarsiEN)

Patient en procubitus, genou sur table ou en dehors de la table (la manipulation est ainsi plus puissante) (Photo 140). Les deux mains de l'opérateur ensèrent l'avant-pied, les doigts médians se superposant en situation dorsale, les deux pouces appuyant (suivant la manipulation à effectuer) sur le cuboïde ou l'os naviculaire (scaphoïde), tout en bloquant l'avant-pied. De cette façon on donne un certain nombre de petites secousses pour détendre l'articulation puis d'un mouvement sec on porte le pied en planti-flexion forcée, l'axe de la traction se faisant :

- pour le cuboïde, opérateur dans l'axe du membre,
- pour le naviculaire, opérateur déporté en dehors de l'axe du membre.

Lorsque le genou est en dehors de la table, on obtient un effet coup de fouet en se servant de l'inertie du genou et de la cuisse.

## MÉTATARSO-PHALANGIENNE et INTER-PHALANGIENNE

Elles se manipulent comme leurs homologues du membre thoracique en tenant compte d'une prise beaucoup plus réduite. Là-aussi, l'interposition d'un « kleenex » est absolument indispensable pour éviter le dérapage toujours douloureux. Le geste manipulatif doit combiner une traction axiale avec une petite rotation de l'intérieur vers l'extérieur (Photo 141).

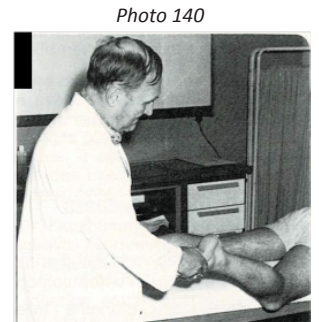


Photo 140  
Manipulation du cuboïde



Photo 141  
Manipulation métatarso-phalangienne

# LES SYNDROMES PARIÉTO-THORACIQUES

Ils sont la charnière entre les manifestations rachidiennes et les périphériques.

Nous avons essayé de définir et d'individualiser un certain nombre de tableaux cliniques rassemblés sous le patronyme de « pariéto-thoraciques ». Plusieurs de ces syndromes avaient déjà fait l'objet de description clinique ou d'une proposition thérapeutique (syndrome de TIETZE - côte de MAIGNE - Première côte). Ils ont pour point commun d'intéresser le thorax dans son entité ostéo-articulaire et musculo-tendineuse, et surtout le fait que leurs manifestations n'aient aucune origine directe pulmonaire, pleurale ou cardio-vasculaire. Ils objectivent tous à l'examen clinique un dérangement mécanique intéressant :

## **Soit le complexe costal :**

- articulations costo-vertébrales et surtout costo-transversaires ;
- jonctions chondro-costales.

**Soit les articulations inter-vertébrales** avec leurs irradiations radiculaires ou métamériques.

Nous avons donné aux syndromes pariéto-thoraciques **la définition suivante : Manifestation douloureuse aiguë ou chronique intéressant la sphère thoracique (antérieure, postérieure ou latérale), d'origine mécanique sans participation directe parenchymateuse, pleurale ou cardio-vasculaire.** Nous décrirons successivement les diverses formes pathologiques et leur traitement :

## **MANIFESTATIONS DOULOUREUSES D'ORIGINE COSTALE**

- Syndrome pariétal aigu.
- Syndrome pariétal sub-aigu.
- Syndrome pariétal chronique.
- Syndrome de la première côte.
- Côte de MAIGNE.
- Côte criquet.
- Déchirure inter-costale.
- Syndrome de TIETZE.

## **MANIFESTATIONS DOULOUREUSES D'ORIGINE VERTÉBRALE**

- Syndrome inter-scapulo-vertébral d'origine cervicale (ou syndrome de MAIGNE).
- Névralgie inter-costale d'origine inter-vertébrale.
- Projection métamérique d'origine inter-vertébrale.

Ces trois symptomatologies qui ne rentrent pas dans le cadre des articulations périphériques ne seront évoquées qu'à titre de diagnostics différentiels mais elles font partie intégrante des syndromes pariéto-thoraciques.

## SYNDROME PARIÉTAL AIGU (S.P.A.)

C'est le type même de l'urgence médicale.

Le début est brutal. Il s'agit presque toujours d'une douleur intense, antérieure, para-sternale ou antéro-latérale d'apparition le plus souvent nocturne. Quelquefois la notion d'un mouvement minime (comme par exemple le fait de se tourner dans le lit ou un effort de toux) est retrouvée à l'interrogatoire, mais très souvent on ne trouve aucun antécédent traumatique évident.

**ÉTIOLOGIE :** il s'agit toujours d'une dyscinésie de l'articulation costo-transversaire.

**EXAMEN CLINIQUE :** c'est la douleur antérieure, transfigurante, en coup de poing qui fait le plus souvent l'objet de l'appel du malade ou de son hospitalisation évoquant quand elle est à gauche un infarctus, quand elle est à droite une embolie pulmonaire. Bien sûr, l'auscultation pulmonaire ou cardiaque est négative. Le diagnostic est essentiellement fait par la palpation. On recherche d'abord le point douloureux antérieur ; au niveau de la jonction sterno-costale des sixièmes, septièmes ou huitièmes côtes. En suivant le trajet costal on notera souvent une douleur latérale axillaire à la mobilisation douce de la côte, cette douleur se manifestant aussi souvent à la respiration. Puis l'on détecte le point postérieur, qu'il faut bien entendu rechercher nettement plus haut que le point antérieur (Photo 142), par une palpation douce bilatérale objectivant cette douleur à deux travers de doigt de l'épineuse. Ce point douloureux dans le syndrome aigu est unique et unilatéral.

Photo 142



Palpation à deux travers de doigt de l'épineuse

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :** par une pression contrariée des épineuses, on éliminera un DDIM inter-vertébral (Photo 143). Par un palper-rouler attentif, on recherchera un dermatome pouvant évoquer un syndrome inter-vertébral cervical ou une projection métamérique d'un DDIM dorsal (Photo 144).

Une observation minutieuse des téguments élimine la possibilité d'un début de zona.

Photo 143



Pression contrariée du DDIM

Photo 144



Syndrome celluloténo-myalgique

**ÉVOLUTION ET TRAITEMENT :** parfois le patient, rassuré par la négativité des examens para-cliniques et cliniques et soulagé par les calmants et antalgiques, voit sa douleur diminuer et disparaître en plusieurs jours. Mais, chez une de nos patientes, les crises se sont répétées à plusieurs mois d'intervalle et ceci à trois ou quatre reprises ; en fait jusqu'à ce qu'un traitement manipulatif soit effectué. Le plus souvent, la douleur est à peine calmée par les antalgiques surtout si, comme cela est souvent le cas, le terrain est anxieux et contracté. Il faut alors intervenir manipulativement (Photos 145-146).

**TECHNIQUE DIRECTE :** la meilleure technique car agissant à la fois sur le point antérieur et le point postérieur, est une technique directe : on positionne le patient à plat ventre en travers de la table (comme pour l'examen dorsal) de façon à ce que le côté douloureux se trouve en bout de table. Le manipulateur se tient en bout de cette table et place le bord ulnaire (cubital) de la main proximale sur le point douloureux, l'éminence thénar de l'autre main faisant contre-appui du côté opposé au même niveau.

Il faut faire vider progressivement et complètement les poumons et exercer en fin d'expiration une pression rapide et contrôlée du côté douloureux de la main proximale. Le craquement manipulatif est la règle. Il est nécessaire de doser de façon très précise la pression en relâchant rapidement en fin de manipulation « recoïl ».

Photo 145



Positionnement en bout de table

Photo 146



Manipulation «Recoïl»

**TECHNIQUE EN DÉROULER DORSAL :** une autre technique est une extrapolation du « dérouler » dorsal (semi-indirecte contrariée) (Photos 147-148). Les côtes sont fragiles surtout si elles sont porotiques ; il est alors prudent d'utiliser cette deuxième technique. Le sujet est en décubitus. Un coussin ferme est posé au niveau du sternum. Les bras sont repliés, mains sur les épaules et le bras inférieur du côté douloureux.

Photo 147



Technique en Déroulé dorsal

Photo 148



Manipulation

Le manipulateur se tient de l'autre côté de la table. Le bras proximal vient se mettre en berceau sous la tête et la partie supérieure du dos. Le bras distal entourant l'hémi-thorax vient prendre place sur le col de la côte douloureuse. Là aussi il faut faire vider progressivement et complètement les poumons et, en se couchant sur le malade, exercer une pression contrôlée pour obtenir le craquement caractéristique.

Ces deux manœuvres peuvent être répétées plusieurs fois mais cela est rarement nécessaire s'il y a une bonne coordination du mouvement.

## SYNDROME PARIÉTAL SUBAIGU

Il ne s'agit plus là d'un tableau d'urgence. Au décours d'un syndrome parenchymateux ou pleural aigu, la douleur au niveau de l'hémi-thorax en cause continue ou réapparaît après avoir diminué, pouvant même persister plusieurs mois après disparition des signes cliniques ou radiologiques. C'est l'examen clinique attentif du thorax qui permettra de faire le diagnostic.

**ÉTIOLOGIE :** on en est réduit aux hypothèses, mais la plus vraisemblable est celle d'un blocage-réflexe. La douleur parenchymateuse ou pleurale provoquant une sidération de tout mouvement du gril costal du côté douloureux et créant une pathologie mécanique évoluant pour son propre compte (dyscinésie costo-transversaire).

**EXAMEN CLINIQUE :** il est identique à celui décrit pour le syndrome pariétal aigu mais l'atteinte mécanique, bien que toujours unilatérale, est le plus souvent multiple et plus bas située : huitièmes, neuvièmes et dixièmes côtes. La recherche clinique de l'ampliation thoracique manuelle montre une nette diminution du côté douloureux.

**TRAITEMENT :** le syndrome douloureux s'atténue en général progressivement, mais il est rarement spontanément résolutif, perturbant la rééducation respiratoire qui a pu être entreprise. Le traitement manipulatif est identique au syndrome pariétal aigu. Les deux techniques peuvent être utilisées agissant successivement sur les différents étages. Il est souvent nécessaire de répéter l'intervention manipulative à plusieurs jours d'intervalle pour obtenir un résultat complet. Celui-ci est prouvé par :

- la disparition de la douleur ;
- la normalisation des épreuves fonctionnelles permettant de mettre en route une rééducation respiratoire efficace. Dans tous les cas un traitement manipulatif précoce a permis de gagner plusieurs semaines de rééducation.

## SYNDROME PARIÉTAL CHRONIQUE (S.P.C.)

Il s'agit là de malades chroniques connus et traités pour une insuffisance respiratoire, un asthme et qui se plaignaient spontanément d'une douleur thoracique basse bilatérale les gênant pour prendre leur respiration. Là aussi, c'est l'examen clinique qui fait le diagnostic.

**ÉTIOLOGIE :** il s'agirait là d'une dyscinésie pure du gril costal entraînant un véritable cercle vicieux :

Blocage et douleur et/ou douleur et blocage.

**EXAMEN CLINIQUE :** il est identique aux deux tableaux précédemment décrits mais là, les localisations sont bilatérales et multiples : huitième, neuvième et dixième côtes, réduisant également à l'examen l'ampliation thoracique des deux hémithorax.

**TRAITEMENT :** il fait toujours appel aux deux mêmes techniques directes ou semi-indirectes contrariées. Plusieurs interventions sont nécessaires à une ou deux semaines d'intervalle. Des épreuves fonctionnelles comparatives avant et après manipulation ont permis de mettre en évidence des gains chiffrables quelquefois à 10 % pour une seule intervention.

## SYNDROME DE PREMIÈRE CÔTE

Son entité est discutée et discutable. Il s'agit d'une douleur haut située en avant, sous-claviculaire en arrière au niveau du muscle trapézius (trapèze). Je crois en avoir diagnostiqué trois ou quatre en trente ans de pratique manipulative. La plupart de ceux décrits ou que l'on m'a présentés comme tels ont été guéris par une manipulation cervicale car il s'agit d'une projection au niveau du dermatome C4 antérieur (douleur sous-claviculaire) et C4 postérieur (trapézalgie).

**ÉTIOLOGIE :** origine mécanique post-traumatique.

**EXAMEN CLINIQUE :** il faut donc, par un palper-rouler éliminer une cellulalgie C4. Quand il s'agit d'une vraie première côte, il existe un point douloureux antérieur sternal (jonction sterno-costale) et postérieur au niveau de l'articulation costo-transversaire et non au niveau du muscle trapézius.

## TECHNIQUE DE PREMIÈRE CÔTE :

le sujet est en décubitus dorsal.

La main postérieure au niveau du col de la côte. L'autre main se place sur la main opposé du malade au niveau de la jonction sternocostale (Photos 149-150).

En se couchant sur le thorax, on exerce une pression vive à ce niveau pour obtenir un craquement manipulatif toujours postérieur.



Photo 149  
Positionnement



Photo 150  
Manipulation de première côte

## CÔTE DE MAIGNE

Il s'agit en fait d'un syndrome pariétal aigu intéressant les fausses côtes ou côtes flottantes. La douleur brutale est alors postérieure et latérale.

**ÉTIOLOGIE :** le plus souvent d'origine traumatique. Quelque fois également un simple faux-mouvement en rotation :

- Dyscinésies costo-transversaires des onzièmes et douzièmes côtes ;

- Dyscinésie costo-vertébrale des douzièmes côtes qui ne comporte pas d'articulation costo-transversaire. Mais il faut compter avec les anomalies transitionnelles de la jonction dorso-lombaire très fréquentes.

**EXAMEN CLINIQUE :** le point douloureux est postérieur et Robert MAIGNE a décrit une douleur à l'élévation ou à l'abaissement de la côte qui débouche sur une manipulation dans le sens opposé.

**TRAITEMENT DIFFERENTIEL :** DDIM de la jonction dorso-lombaire, mais il n'y a pas de douleur à la pression des épineuses et pas d'infiltration métamérique. La douleur est très localisée et n'irradie pas.

Également, la colique néphrétique en plus des syndromes pleuraux ou parenchymateux.

## TECHNIQUE DE MAIGNE (Photos 151-152) :

le sujet est assis, le creux axillaire du côté non douloureux s'appuyant sur le genou du manipulateur. On incline le corps de ce côté pour bien dégager les côtes basses. La main homologue saisit le côté douloureux.



Photo 151  
Technique de Maigne



Photo 152  
Positionnement

Si la douleur est en élévation, on fait vider les poumons en appuyant sur la côte avec le pouce pour mise en tension, puis, on fait inspirer violemment en maintenant la côte ce qui a pour effet de la manipuler vers le bas (Photo 153).



Photo 153  
Manipulation en abaissement

Si la douleur est en abaissement, il faut saisir le bord inférieur de la côte avec la pulpe des doigts en faisant inspirer à fond pour mise en tension, puis, bien maintenir la côte en élévation en faisant expirer rapidement afin d'obtenir une manipulation vers le haut (Photo 154).



Photo 154  
Manipulation en élévation

## TECHNIQUE EN LATÉRO-CUBITUS DE LESAGE :

Technique en latéro-cubitus sur le côté non-douloureux (Photos 155-156) :

La main hétérologue saisit le coude douloureux et l'élève au maximum à de la tête pour ouvrir l'hémithorax. Le reste de la technique est identique sur une inspiration ou expiration forcée.

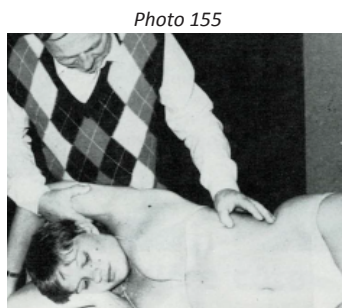


Photo 155  
Positionnement

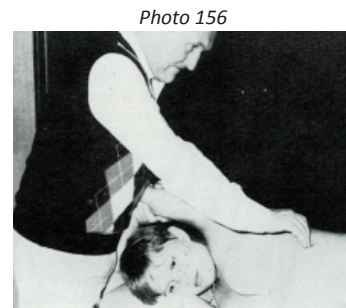


Photo 156  
Manipulation en latéro-cubitus

## CÔTE CRIQUET

Je l'ai baptisée ainsi en raison du bruit caractéristique décelable à la mobilisation de la côte ou même spontanée à la respiration. Ce bruit rappelle parfaitement le petit jouet d'enfant appelé « criquet ».

**ÉTIOLOGIE :** le début est toujours traumatique direct au niveau du gril costal dans la partie antérieure et basse et il s'agit en général d'un accident de sport ou d'une chute sur un objet contondant. Il s'agit en fait d'une dislocation chondro-costale (fracture du cartilage).

**EXAMEN CLINIQUE :** le point douloureux se situe au niveau de la jonction côte-cartilage des huitième, neuvième et dixième côtes. La mobilisation de la côte provoque le bruit caractéristique « du criquet » et fait le diagnostic dislocation chondro-costale (fracture du cartilage).

**ÉVOLUTION ET TRAITEMENT :** la guérison spontanée est exceptionnelle ; la douleur s'estompe mais réapparaît brutalement avec le même bruit à la moindre sollicitation (persistance de la dislocation). Il faut manipuler comme pour le syndrome pariétal aigu directe ou semi-indirecte contrariée puis une contention pour au moins six semaines (bandage élastique pour contention de côte).

## SYNDROME DE TIETZE

On en parle beaucoup. Il n'y a pas de diagnostic différentiel de douleur thoracique haute ou on ne l'envisage pas.

Pour ma part, je n'en ai jamais vu ou ceux que l'on m'a présentés comme tels étaient des dermatomes C4 antérieurs guéris par une manipulation cervicale, ou un syndrome pariétal subaigu ou chronique haut situé.

**ÉTIOLOGIE :** il s'agirait pour les auteurs qui l'on décrit d'une chondrite de l'articulation sterno-costale du troisième arc costal. On peut logiquement penser qu'il peut s'agir de l'évolution vers une chondrite d'un syndrome pariétal aigu, subaigu ou chronique.

**EXAMEN CLINIQUE :** je crois qu'on ne peut affirmer ce diagnostic que s'il s'agit simplement d'un nodule douloureux à la pression au niveau de la troisième articulation sterno-costale en éliminant, par une palpation para-vertébrale postérieure, un point costo-transversaire et donc une dyscinésie costale.

**TRAITEMENT :** on a proposé des infiltrations avec plus ou moins de succès.

Il y a certainement beaucoup plus de faux syndromes de TIETZE que de vrais et leur guérison passe par une manipulation costo-transversaire.

## DÉCHIRURE INTERCOSTALE

Là encore, on en évoque beaucoup plus qu'il n'en existe. On ne peut l'évoquer qu'à trois conditions :

1. Il faut qu'il y ait un traumatisme.
2. Qu'il y ait un hématome inter-costal ou au moins précocement une tuméfaction inter-costale.

3. Que les examens cliniques et para-cliniques aient éliminé tous les autres syndromes pariéto-thoraciques.

Par contre, il peut très bien y avoir une déchirure intercostale compliquant tous les autres tableaux cliniques et il faut en tenir compte dans le traitement de ceux-ci.

**TRAITEMENT :** il s'agit essentiellement d'une contention élastique. Contrairement aux autres hématomes, il ne faut pas utiliser de glace en fonction des risques de complications parenchymateuses iatrogènes. Les antalgiques peuvent être utilisés en plus de la contention.

## SYNDROME PARIÉTO-THORACIQUE D'ORIGINE VERTÉBRALE

Nous nous contenterons de les énumérer car ils sont bien connus et leur traitement passe par celui du dérangement douloureux intervertébral mineur original (DDIM).

**SYNDROME INTER-SCAPULO VERTÉBRAL** d'origine cervical (ou syndrome de MAIGNE). Il s'agit du dermatome au point d'émergence de la branche postérieure du nerf rachidien de T2, mais en fait d'après LAZORTHES de l'anastomose de toutes les branches postérieures de C5 à T12.

### IRRADIATION D'UN DDIM DORSAL

- soit radiculaire inter-costale,
- soit métamérique.

Le diagnostic est essentiellement clinique et prouvé par la découverte du DDIM original.

J'insisterai simplement sur un fait peu commun et qui fait réfléchir : travaillant dans un service de pneumologie ou les carcinomes sont fréquents, nous avons pu observer que des métastases vertébrales donnent les mêmes irradiations radiculaires ou métamériques que les DDIM.

Il est donc indispensable de disposer d'un examen radiologique récent et même si besoin d'une scintigraphie osseuse avant d'envisager tout traitement manipulatif de cette région.

# ARTICLE ORIGINAL

Mon Maître Yvon LESAGE

« RÉPÉTEZ, RÉPÉTEZ, RÉPÉTEZ et VOUS RÉUSSIREZ »\*

**INTRODUCTION :** La revue de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale effectue une nouvelle édition des « Techniques manipulatives des articulations périphériques » dont le manuscrit original a été remis en main propre par l'auteur au Docteur André MONROCHE en vue de sa parution dans la revue CINESIOLOGIE. Le Docteur Olivier DUMAY, directeur de la rédaction de la Revue de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale, m'a proposé d'écrire pour ce numéro spécial un hommage à Yvon LESAGE.

Le privilège m'est offert de pouvoir témoigner en hommage à notre ami et mon Maître Yvon LESAGE (né le 13/05/1929 à Mayenne et qui nous a quitté le 23/01/2010 à Rennes).

J'étais son dernier élève et j'ai reçu la lourde charge de continuer la transmission avec le GEMO BPL (Bretagne-Pays de la Loire) auprès du docteur Pierre SURZUR qui a assuré la présidence du groupe et a renforcé la mise en place de l'enseignement dans le cadre du DIU de MMO au sein des Facultés de Rennes – Angers et Nantes.

Vous connaissez bien le GEMO BPL, ses fondateurs Docteurs Bernard GARÇON (Premier président du GEMO BPL-Normandie), Lucien KRUMHOLZ, André HOUITTE, Yvon LESAGE, Pierre SURZUR, tous étaient aussi Co-fondateurs de la FEMMO et aussi des fidèles sociétaires de la SOFMMOO. Ils avaient une qualité rare, celle de « pousser » leurs « jeunes », nous avons le poids de leur confiance. Avec mes amis les Docteurs Daniel LECORGNE, Jean Luc DROUET, Pierre LAUNAY nous avons continué les activités de Congrès, d'enseignement par le GEMO BPL et à assurer l'enseignement dans le cadre du DIU de MMO. Après Pierre SURZUR, j'ai hérité de la présidence du groupe pendant huit ans et j'ai passé le relais au Docteur Dominique REMY (notre président actuel) dans l'esprit d'Yvon LESAGE qui est d'assurer et de renforcer cette continuité par l'arrivée des Docteurs Stéphane RENON, Pierre GUERIN, Yves LAMBERT, Daniel MARTIN-MERIADEC, Anne-Carole GOUESBIER, Laurent FASQUEL, Eric DUPRÉ au conseil d'administration et d'autres jeunes médecins motivés à transmettre la pratique de la Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale.

De la gratitude, pas de la reconnaissance car Yvon LESAGE et moi-même étions tous deux ceinture noire de Judo. Une des devises de Jigoro KANO (fondateur du Judo) est « Entraide et Prospérité mutuelle » ; nul besoin est d'être reconnaissant et de se sentir redevable, la transmission et le partage sont juste des valeurs essentielles à la longévité et la vigueur de notre relation : Maître-Élève. Maître YVON m'a accompagné et m'a poussé à donner le meilleur de moi-même à comprendre les techniques mobilisatrices et/ou manipulatives, en prenant la voie de la maîtrise du « jeu corporel » avec souplesse, fluidité et précision. Précision qu'Yvon LESAGE a acquis en pratiquant l'escrime et de mon côté par le Kendo (l'art du Sabre japonais), cela m'a permis d'assimiler amplitude et vitesse et non précipitation, mais stabilité et précision. Nos échanges étaient parfois codés comme pour l'exécution des mouvements nous disions souvent « le lent contient le rapide et le rapide ne contient pas le lent. » L'application est que l'apprentissage nécessite de répéter ... répéter ... répéter... lentement et sans forcer et ce n'est que lorsque qu'on a la bonne sensation que le mouvement se fera ... que nous le faisons. Reconnaissez-vous le temps nécessaire des répétitions, de l'entraînement, de la nécessité de se faire accompagner, de la rigueur du geste puis de la « Haute vitesse et faible amplitude... » (HVLA : high velocity low amplitude) défini dans ses termes au congrès de la Fédération Internationale de Médecine Manuelle (FIMM) dans les années 1990.

Yvon LESAGE, m'a pris en charge en 1984 lorsque je m'étais inscrit au DU de Médecine Manuelle et m'a pris sous son aile, son « interne » et j'ai continué ainsi à avoir le privilège d'aller tous les mardis pendant cinq ans à sa consultation au CHU Pontchaillou à Rennes. J'ai aussi validé le DIU de Médecine Manuelle (sans le O d'Ostéopathie) en même temps que tous les anciens du Groupe en 1990, puis par équivalence lors de sa création en 1997 le DIU de MMO. Pendant ces moments précieux de transmissions, il m'expliquait ses « trucs » que je vais avoir le plaisir de partager avec vous en ce qui concerne les techniques de MMO des articulations périphériques.

1. Le point fixe et le levier,
2. Immobiliser ses prises pour maintenir la tension,
3. Le Thrust (la vitesse « finale », l'impulsion, le « souffle », le « seme » du Kendo).

Dans cette revue, vous avez le texte explicatif avec les photos des positions des différentes étapes de l'acte manipulatif. La propédeutique et la pédagogie de 1984 est : la dynamique. Eviter d'hachurer les mouvements (pour ceux qui font des sports en général, du judo par des séries de Kata en particulier), l'exemple d'une série de photos décrivant un mouvement dynamique, vous avez effectivement les différents temps et étapes nécessaires pour réaliser l'acte complet. Pour le réussir, ce sont la dynamique, la fluidité et la précision qui permettent la réalisation de la position initiale, la mise en position, la mise en tension et en dernier le « thrust » manipulatif qui n'est rien d'autre que de la vitesse dans une très faible amplitude et quasi sans forcer. Vous l'écrire est déjà une distorsion de la transmission, une vidéo va vous donner la lisibilité de la fluidité et de la beauté du geste mais l'absence du ressenti essentiel, la sensation de la bonne prise manuelle du point d'appui et du bras de levier, de la tension mise sans être « agressif » sur le point fixe et le bras de levier et, pour finir, la petite « pichenette » manipulative du Thrust.

**CONCLUSION** : Dès le départ, pour réussir les techniques manipulatives en général et des articulations périphériques en particulier, commencez par bien vous positionner. Un mauvais positionnement initial aboutit à une quasi impossibilité de finaliser l'acte technique de thérapie manuelle. Prenez plaisir, pour les « anciens » de voir combien il est difficile de reproduire un geste technique. Il est nécessaire de le ressentir, travaillons ce ressenti, la mise en tension (ne lâchez pas vos prises manuelles et bien au contraire gardez la constance de la tension ou pression...). Pour les plus « novices », prenez le temps de vous positionner et ressentez dans l'espace ce qui va se passer et projetez le mouvement de la mobilisation et son verrouillage avant le Thrust manipulation... pas de grand geste dans le « thrust » c'est de faible amplitude puisque c'est déjà en tension... sinon votre impulsion n'est que synonyme de grande vitesse ce qui va générer un effet « brouillon » et pour vous une profonde insatisfaction. Mais RÉPÉTEZ, RÉPÉTEZ, RÉPÉTEZ et vous réussirez.

\* Docteur Yunsan MEAS : Médecine Physique Réadaptation Fonctionnelle - Médecine Manuelle - Ostéopathie Médicale - Praticien Hospitalier CHU Nantes Service de la douleur.

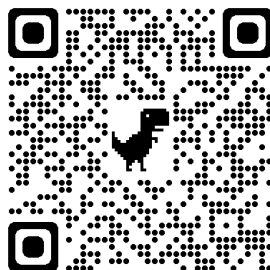
## **ABONNEZ-VOUS. Cette revue est la vôtre !**

La revue de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale est la revue professionnelle française de notre discipline médicale. Elle représente l'organe scientifique de notre société savante (SOFMMOOM) auprès des universitaires et des praticiens au sein de cette discipline.

Elle constitue une source d'informations fondamentales pour notre discipline et une bibliothèque de références scientifiques dans le domaine de la Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale. L'édition au format papier reste un atout supplémentaire sur votre bureau pour justifier de la mise à jour de vos connaissances et de vos compétences.

Votre contribution sera nécessaire à la continuité de cette revue papier pour pouvoir être visible lors des événements proposés par la SOFMMOOM, sur les lieux de formation initiale et continue mais aussi de nos instances et de nos tutelles.

Pour vous abonner vous pouvez retourner le formulaire d'inscription ci-dessous ou vous connectez sur le site de la SOFMMOOM : [www.sofmmoom.org](http://www.sofmmoom.org), ou en flashant le QR code ci-joint permettant de payer l'abonnement choisi selon votre statut (Membre ou Non-Membre), et en parallèle, merci de bien communiquer le formulaire complété à l'adresse suivante : [docteurdumay@gmail.com](mailto:docteurdumay@gmail.com)



### **BULLETIN D'ABONNEMENT**

	Membre	Non-Membre
Abonnement 12 mois	45 €	90 €
1 Revue	16 €	32 €

Date .....

Signature

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

.....

Code Postal ..... Ville .....

Pays .....

Spécialité .....

Email .....

Remplir le bulletin en lettres capitales

# Franco&Fils

CONCEPTION & FABRICATION D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX



760 Avenue de Paris  
58320 POUQUES LES EAUX  
Tél: 03.86.68.83.22  
[info@francofils.com](mailto:info@francofils.com)



[www.francofils.com](http://www.francofils.com)