

UNIVERSITE LOUIS PASTEUR

STRASBOURG

APPLICATION DE LA RECONSTRUCTION POSTURALE®

A UN CAS DE TENOSYNOVITE DE DE QUERVAIN

Mémoire présenté par

Marie Josée REUSE

Physiothérapeute

en vue de l'obtention du diplôme universitaire

de Reconstruction Posturale®

2005

N°76

REMERCIEMENTS

Je dédie ce mémoire à mon Père, qui nous a quitté en avril 2004, après avoir beaucoup souffert dans sa vie.

« Quand les hommes parlent de souffrance, de quoi parlent-ils ? D'un lieu, d'un état d'âme, des dents du froid dans les chairs, ou du sang qui s'écoule d'une mauvaise plaie ? De tout à la fois peut-être. Et ce tout à la fois, combien de temps un corps pourrait-il le supporter ? (...) On peut essayer de fuir la souffrance. Mais on ne se fuit pas soi-même, et où est la souffrance sinon en soi ? Il ne pouvait plus, il ne pouvait plus » José Giovanni, *Le Trou* 1958.

Merci à Michaël Nisand de faire vivre la Reconstruction Posturale®, méthode qui a redonné un sens à ma profession.

Un merci particulier à Dominique Degrémont, qui a su m'encourager et me conseiller durant ce travail

Un grand merci à ma patiente pour sa précieuse collaboration.

Un merci affectueux à Bertrand, mon mari, qui a eu la patience de me supporter, et qui m'a aidée à apprivoiser son ordinateur.

Un merci plein de fou-rires à Zazie, ma maman, qui a fait la mise en page de ce travail, et m'a déchargée à la maison.

SOMMAIRE

RESUME	0
ANAMNESE.....	0
1.1. ANATOMIE DU POIGNET	1
1.2. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA TENOSYNOVITE DE DE QUERVAIN	5
1.3. TRAITEMENT CLASSIQUE DE LA TENDINITE ET SON EVOLUTION	7
1.4. TRAITEMENT CHIRURGICAL DU KYSTE	8
2. DEFINITION ET PRINCIPES DE LA RECONSTRUCTION POSTURALE®	9
2.1. DEFINITION DE LA RECONSTRUCTION POSTURALE®	9
2.2. NOTIONS FONDAMENTALES EN RECONSTRUCTION POSTURALE®	9
3. BILAN.....	11
3.1. BILAN PALPATOIRE CLASSIQUE (4)	11
3.2. BILAN DE LA DOULEUR	12
3.3. BILAN ARTICULAIRE (5)	14
3.4. BILAN RP.....	15
3.5. BILAN DYNAMIQUE	24
4. TRAITEMENT	27
4.1. LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE	27
4.2. DESCRIPTION DE DEUX MANŒUVRES	28
4.3. LA RESPIRATION DE TRAVAIL.....	31
5. BILANS DE FIN DE TRAITEMENT	32
5.1. BILAN DE LA DOULEUR	32
5.2. BILAN ARTICULAIRE COMPARATIF	33
5.3. BILAN MORPHOLOGIQUE ET PHOTOGRAPHIQUE	33
5.4. BILAN FONCTIONNEL	35
5.5. DISCUSSION	37
6. CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE.....	40
LEXIQUE.....	41

RESUME

Patiente âgée de 15 ans, souffrant d'une ténosynovite de de Quervain à droite, depuis deux ans.

Elle doit interrompre la gymnastique, sport qu'elle pratique d'ailleurs assidument, à cause de la douleur. Nous avons entrepris un traitement de Reconstruction Posturale ®. Après six séances, la douleur a entièrement cédé, et le bilan articulaire est normal.

Morphologiquement, nous constatons une amélioration dans le plan frontal.

La patiente peut à nouveau pratiquer la gymnastique au sol et les agrés.

Mots clés : ténosynovite de de Quervain – douleur – sport – limitation articulaire – Reconstruction Posturale ®.

ANAMNESE

Mademoiselle X est âgée de 15 ans.

Ecolière, elle passe environ 2 heures par jour sur l'ordinateur en plus de l'école.

Elle pratique la gymnastique au sol et sur engins.

Elle présente des douleurs au niveau de l'apophyse styloïde du radius à droite. Sa première plainte remonte à janvier 2003. Elle consulte alors son médecin du sport qui prescrit l'arrêt de la gymnastique et un gel anti-inflammatoire.

Le 28.02.2003, le médecin ordonne une radiographie qui se révèle normale ; il ordonne alors une IRM qui montre « un très probable petit kyste synovial du poignet droit situé en regard du versant palmaire de la styloïde radiale, à proximité de l'artère radiale. » (Voir annexe).

Les douleurs persistent avec des interruptions prolongées de gymnastique. Mademoiselle X porte une attelle de repos, le plus souvent possible, et met du gel anti-inflammatoire.

En décembre 2004, la patiente a de plus en plus mal, et le médecin lui ordonne 6 séances de physiothérapie classique, avec comme diagnostic : tendinite de de Quervain avec kyste. Il veut la revoir dans 15 jours, et si cela ne va pas mieux, il propose une infiltration et éventuellement une intervention chirurgicale pour enlever le kyste.

1. INTRODUCTION

1.1. ANATOMIE DU POIGNET¹

1.1.1. Rappel d'ostéologie

Le radius possède une diaphyse et deux épiphyses. Son extrémité inférieure est de forme cubique (cinq faces), la face antérieure est plane mais déjetée en avant comme une cuillère pour l'insertion du carré pronateur, la face médiale possède une surface triangulaire due à la bifurcation du bord médial formant une surface articulaire qui s'articule avec l'extrémité inférieure de l'ulna, la face latérale se prolonge en bas pour former le processus styloïdien du radius avec l'insertion du m. brachio-stylo-radial, la face postérieure a deux crêtes qui délimitent des gouttières recouvertes par des formations fibreuses qui les transforment en coulisses :

- dans la première coulisse, nous trouvons le tendon du long abducteur du pouce et celui du court extenseur du pouce

- dans la deuxième coulisse les muscles radiaux.

La face inférieure est de forme triangulaire et divisée en 2 parties qui s'articulent avec les os scaphoïde et lunatum.

¹ Cours du professeur Zaki, professeur à l'université de Lausanne, 1983, ECPV Lausanne

L'ulna est situé en dedans. Son extrémité inférieure est petite, c'est la tête de l'ulna ; elle s'articule avec l'extrémité inférieure du radius, et par l'intermédiaire du ligament triangulaire avec les os du carpe.

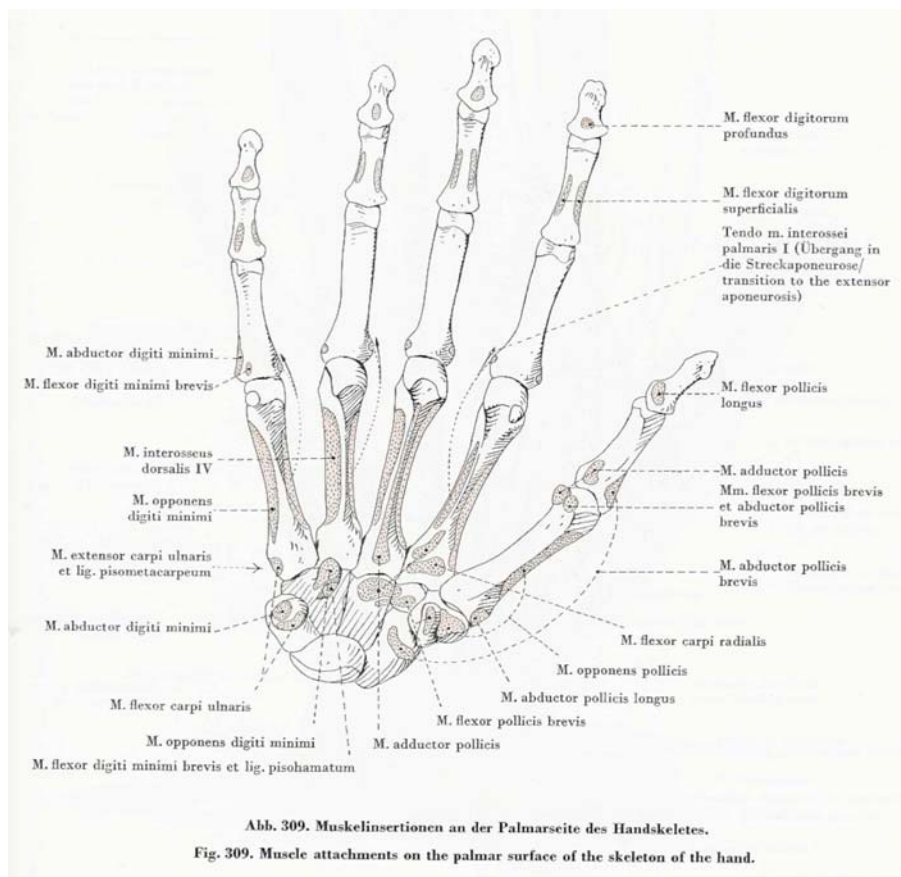


Figure 1 : Les os du carpe et de la main, face palmaire (1)

Les os du carpe sont au nombre de huit (fig.1 et 2). Ce sont des os courts, de forme cuboïde. L'ensemble scaphoïde, lunatum, triquetrum forme une surface articulaire ellipsoïde unique. L'articulation trapézo-métacarpienne est en forme de selle, par emboîtement réciproque. Dans la capsule de l'articulation métacarpo-phalangienne, il y a deux os sésamoïdes.

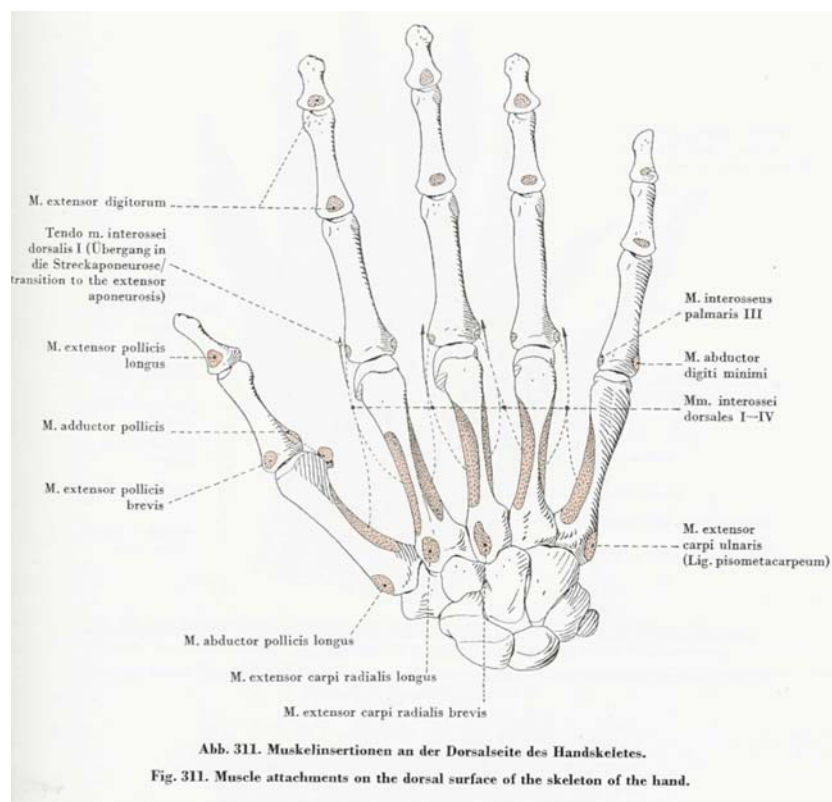


Figure 2 : Les os du carpe et de la main, face dorsale (1)

1.1.2. Rappel topographique (fig. 3)

Les muscles :

- long abducteur du pouce :

Origine : ulna, membrane interosseuse, radius

Terminaison : extrémité proximale du premier métacarpien

Innervation : branche profonde du nerf radial

- court extenseur du pouce :

Origine : ulna, membrane interosseuse, radius, sous le long abducteur

Terminaison : base de la première phalange du pouce

Innervation : nerf radial

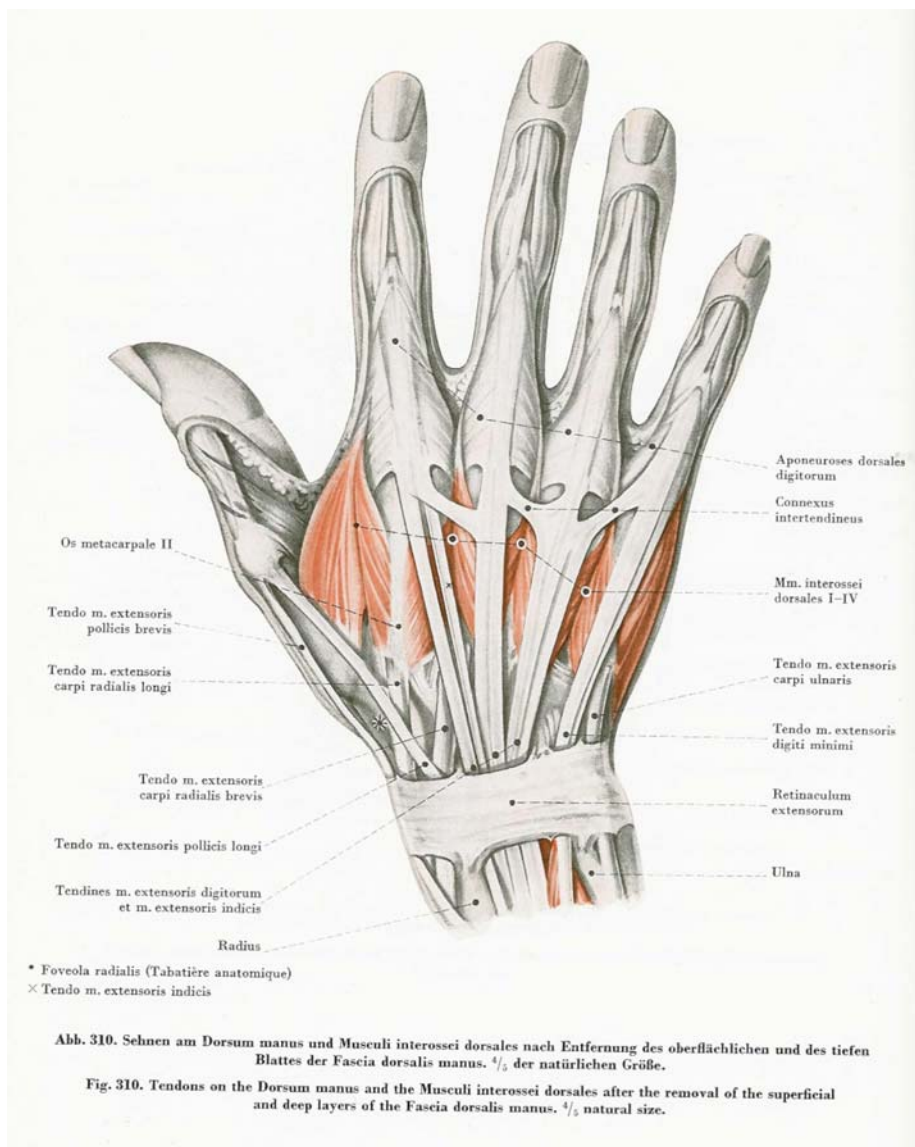


Figure 3 : Face dorsale de la main, muscles et tendons (1)

- long extenseur du pouce :

Origine : ulna, membrane interosseuse, passe par la troisième coulisse au dessus de tous les tendons.

Terminaison : base de la première phalange du pouce

Innervation : nerf radial

1.1.2.1. Le paquet vasculo-nerveux :

- L'artère radiale arrive au-dessus des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce ; elle est dans la tabatière anatomique, en perfore le fond qui est le premier interosseux dorsal et va sur la face palmaire.

- Le nerf radial a une branche antérieure et une branche postérieure qui est profonde.

1.2. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA TENOSYNOVITE DE DE QUERVAIN¹

« Les tendinites sont des processus inflammatoires touchant non seulement les tendons et leurs insertions, mais aussi les gaines synoviales. Elles sont habituellement d'origine traumatique, liées le plus souvent à des microtraumatismes répétés. D'un point de vue physiopathologique, il me semble que les tendons les plus longs et les plus grêles soumis

¹Dr Le Viet, Institut de la main, Paris, <http://www.maitrise-orthop.com> (15.12.2004)

à des mouvements rapides et à des angulations soient les plus touchés par des tendinites, ce qui explique leur grande fréquence au niveau de la main et du poignet. »

1.2.1. Symptomatologie de la tendinite du membre supérieur

La symptomatologie est souvent univoque. On retrouve une douleur à la flexion ou l'extension contrariées, une douleur à la pression le long du trajet du tendon. Il existe parfois un empâtement douloureux avec crépitation. On retrouve parfois une douleur à l'insertion du tendon avec apophysite.

1.2.2. Ténosynovite de de Quervain (cas particulier)

Il s'agit d'une « Ténosynovite constrictive du premier compartiment dorsal. Elle correspond à une inadéquation entre le volume des tendons du court extenseur et du long abducteur du pouce avec la poulie du premier compartiment dorsal. Décrite en 1895 par de Quervain, chirurgien suisse assistant de Kocher, elle porte aujourd'hui son nom » Dr Le Viet.

Les gestes qui provoquent cette pathologie sont répétitifs et de petite amplitude. Par exemple l'horlogerie fine, la couture à la main et l'utilisation de la souris d'ordinateur.

Le motif de consultation est toujours une douleur au niveau du processus styloïdien radial.

Lorsque l'on met en tension les muscles concernés, la douleur est très aiguë.

1.3. TRAITEMENT CLASSIQUE DE LA TENDINITE ET SON EVOLUTION

1.3.1. Le traitement médical¹

Il doit être d'abord préventif en évitant le traumatisme causal. Lorsque le traitement est curatif, on doit toujours envisager en priorité les techniques de médecine rhumatologique comportant anti-inflammatoires, attelle de repos, physiothérapie, avant de préconiser un traitement chirurgical.

Il est possible de faire une injection de corticoïdes, mais des complications peuvent intervenir : atrophie locale cutanée ou névrite (2).

1.3.2. Le traitement physiothérapeutique (3)

- Ondes de choc
- Massage Transverse profond
- Glace
- Ultrasons
- Mobilisation sélective des os du carpe et de l'avant-bras en Thérapie Manuelle®

A ma connaissance, il n'y a pas d'étude quant au résultat de ces techniques.

¹ Dr le Viet, Institut de la main, Paris, <http://www.maitrise-orthop.com> (15.12.2004)

1.4. TRAITEMENT CHIRURGICAL DU KYSTE

La chirurgie est toujours préconisée en 2^{ème} intervention quand le traitement médical est un échec.

La voie est d'abord horizontale. Le nerf radial est repéré, et on libère ses branches de division pour prévenir une névrite post-opératoire (fig.4). Le kyste se trouve le plus souvent en arrière de la poulie du long abducteur et du court extenseur (fig.5). Le résultat sera bon s'il est obtenu d'emblée.

Le traitement des séquelles de ténosynovite de de Quervain est souvent décevant.

Les complications les plus fréquentes sont : l'élargissement cicatriciel, les névromes et la luxation antérieure du long abducteur.



Fig.4 - Incision transversale esthétique pour ténosynovite de de Quervain avec isolement de la veine céphalique du pouce en avant et isolement de la branche sensitive du nerf radial (lac jaune).



Fig.5 - Division anatomique physiologique du tendon du long abducteur en 4 languettes.

2. DEFINITION ET PRINCIPES DE LA RECONSTRUCTION POSTURALE®

2.1. DEFINITION DE LA RECONSTRUCTION POSTURALE®

Ensemble des techniques propres à normaliser le tonus des chaînes musculaires et qui utilise comme critère de validation, la restauration morphologique. Le but étant de récupérer la fonction.

2.2. NOTIONS FONDAMENTALES EN RECONSTRUCTION POSTURALE®

Françoise Mézière est à la base de ce concept. Avec son observation princeps, elle révolutionne la kinésithérapie. En 1984, elle énonce les 6 lois fondamentales*, base de notre travail. La notion de chaîne musculaire* explique que l'on puisse travailler à distance de la

zone à traiter par l'intermédiaire d'une induction*. Le bras de levier* doit être le plus long possible.

Françoise Mézières sépare le corps en 2 blocs fonctionnels*, reliés entre eux par les muscles d'agrafage.

Le bilan statique est très important, afin de repérer les dysmorphies qui sont comparées avec le Parangon*, modèle idéal. La RP utilise les clés* pour confirmer le bilan statique, et comme induction lors du traitement.

L'outil de travail est la sollicitation active inductrice SAI*, manœuvre de grande amplitude*, qui va provoquer à distance une réponse évoquée (RE). Cette RE est le reflet de l'augmentation transitoire du tonus musculaire, qui se traduit par une aggravation d'une dysmorphie existante, dont le thérapeute cherchera l'épuisement.

Le bilan conduit à une stratégie de traitement

La modélisation des flèches virtuelles transfixiantes*, propre à la RP, va nous permettre de visualiser dans l'espace les effets de l'hypertonie :

- la flèche du bloc inférieur s'enfonce vers le haut et l'avant (fig. 6).

- la flèche du bloc supérieur s'enfonce vers le bas et l'avant.

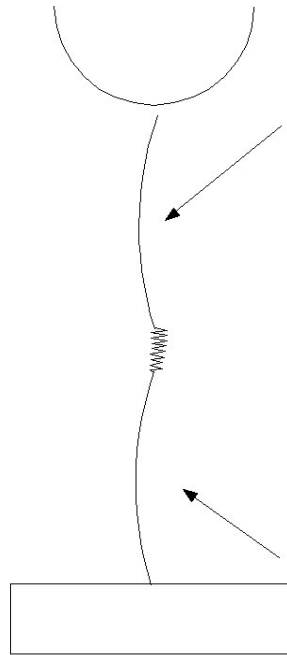


Figure 6 : modélisation des flèches virtuelles transfixiantes, vue de dos. D'après Michaël Nisand

Toute manœuvre qui tend à accentuer la sortie de la flèche va donc aggraver transitoirement une dysmorphie préexistante et valider la manœuvre. Le critère d'arrêt sera le retour à la normale malgré la sollicitation, ce qui correspond à l'épuisement du tonus.

L'épuisement sera d'autant plus rapide et efficace que le bras de levier sera long.

3. BILAN

3.1. BILAN PALPATOIRE CLASSIQUE (4)

Les trois muscles extrinsèques du pouce ouvrent la première commissure et étirent le pouce : le long abducteur du pouce, le long extenseur du pouce et le court extenseur du pouce.

Ils sont en tension active lorsque le sujet lève le pouce. Une résistance dorsale externe sur le pouce sollicite les trois tendons qui peuvent être palpés conjointement.

Chez Mademoiselle X, la douleur se situe au niveau du processus styloïdien du radius, sur les tendons des court extenseur et long abducteur du pouce. Si nous suivons le trajet des tendons, nous pouvons sentir un épaississement de ceux-ci, ainsi qu'un léger crépitement.

Ce sont les muscles antagonistes de la chaîne brachiale qui sont trop sollicités.

3.2. BILAN DE LA DOULEUR

Hypothèse explicative de la douleur selon Michaël Nisand.

« La douleur, expression d'un conflit non résolu entre chaînes hypertoniques et antagonistes, n'apparaît que dans les cas où aucune déformation consensuelle n'aurait pu être trouvé ou exploité ».

A court terme il y a apparition d'algies et/ou d'altérations fonctionnelles si aucune déformation n'a pu absorber l'hypertonie. A long terme il y aura des altérations organiques telles qu'arthrose ou discopathie. (fig.7)

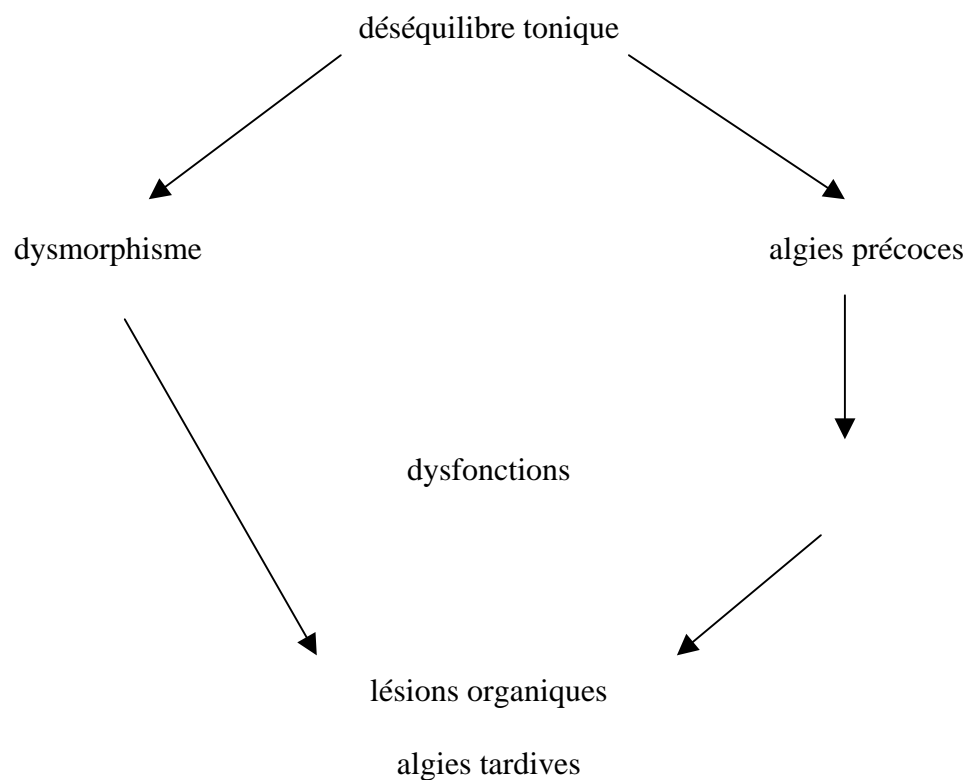


Figure 7

Chez notre patiente, la douleur est présente en permanence, mais surtout la nuit et lors de la pratique de la gymnastique au sol, qui devient impossible.

Evaluation de la douleur au début de l'épisode douloureux sur l'échelle visuelle analogique. (fig.8)

- dans l'ouverture perpendiculaire, l'abduction franche écarte au maximum le premier métacarpien du plan de la paume de la main. L'écartement optimal ne sollicite ni les fléchisseurs ni les extenseurs du pouce.

Ouverture de la première commissure : D 60 G 85

Ouverture perpendiculaire de la première commissure : D 50 G 75

Poignet	Gauche	Droit
F/E	90/0/75	70/0/60
ABD/ADD	35/0/45	35/0/30

Ces mesures témoignent d'un déficit articulaire dans tous les plans.

3.4. BILAN RP

3.4.1. Bilan palpatoire

En RP, la palpation de la colonne cervicale se fait de façon précise afin de déterminer l'orientation de la courbure cervicale et thoracique haute jusqu'à T4 dans le plan frontal et sagittal.

Chez Mademoiselle X, la courbure dans le plan sagittal est faible, il y a une petite cyphose haut située, et ensuite le rachis cervical est plutôt en rectitude. Dans le plan frontal,

C2-C5, les masses sont palpées latéralement à gauche, puis plus bas par l'intermédiaire des épineuses, à droite (fig. 9), C1 semble centré.

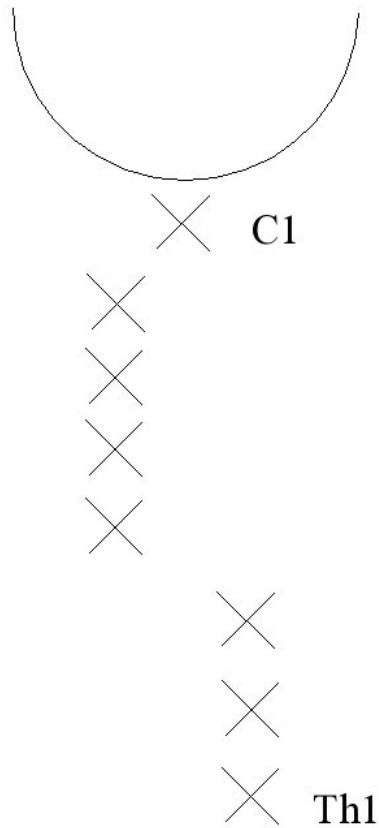


Figure 9 : schématisation de la palpation des vertèbres cervicales

3.4.2. Bilan morphologique et photographique

3.4.2.1. Photographie

La Reconstruction Posturale® implique la référence à une morphologie normale, unique et virtuelle. Ses lignes sont symétriques, rectilignes et obliques. Le bilan morphologique est fait comparativement à ce parangon.

Les photographies, afin d'être interprétables et reproductibles sont réalisées dans des conditions rigoureuses :

- patient au même endroit et dans la même position pieds joints
- photographe au même endroit
- même appareil photo et même zoom
- même lumière
- même arrière-plan quadrillé

3.4.2.2. De face (fig. 10)



Figure 10 : de face

- hallux valgus P1 à gauche grade 2 (cette dysmorphie peut être exploitée pendant le traitement, par exemple en faisant un travail intra-article : abduction du cinquième orteil).
- contact talus puis plus de contact jusqu'au haut des cuisses (travail jambes en O)
- genou droit en rotation médiale grade 2-3
- héli bassin droit antéversé grade 2
- EIAS droite plus saillante (entrée de flèche lombaire) grade 1
- contour du thorax plus échancré et plus court à droite (signe la courbure lombaire frontale à convexité gauche)
- mur antérieur du creux axillaire moins échancré à gauche (reflète la courbure cervico-thoracique)
- sein gauche propulsé (sortie de flèche supérieure)
- clavicules légèrement saillantes, surtout la partie proximale à gauche, la clavicule a tourné en avant (passage de la flèche supérieure)
- clavicule gauche plus oblique en haut et en dehors grade 2
- triangle thoraco-brachial plus large à droite (dû à la courbure frontale) grade 1
- épaule droite plus basse (entrée de la flèche supérieure) grade 2
- boîte d'allumette à gauche : c'est le glissement du plastron antérieur du thorax vers la gauche. La sortie de la flèche du bloc supérieur se fait à la jonction entre la face antérieure du thorax et la face latérale du thorax, au niveau de Th7
- tête légèrement inclinée à gauche grade 1-2

3.4.2.3. Profil droit (fig. 11)

- alignement des masses respecté*
- la direction et la forme de la ligne supra-mamillaire sont conformes à la morphologie de référence, c'est-à-dire que la direction est oblique en bas et en avant, et que la forme est rectiligne. Par contre, la ligne infra-mamillaire n'est pas rectiligne.
- Le membre supérieur se projette trop en arrière du thorax, il est en rotation médiale grade 2-3
- en restant dans l'axe nous voyons saillir le bord spinal droit, la fesse droite, le mollet gauche et le sein gauche en avant (ce qui peut signifier les piliers de la courbure)

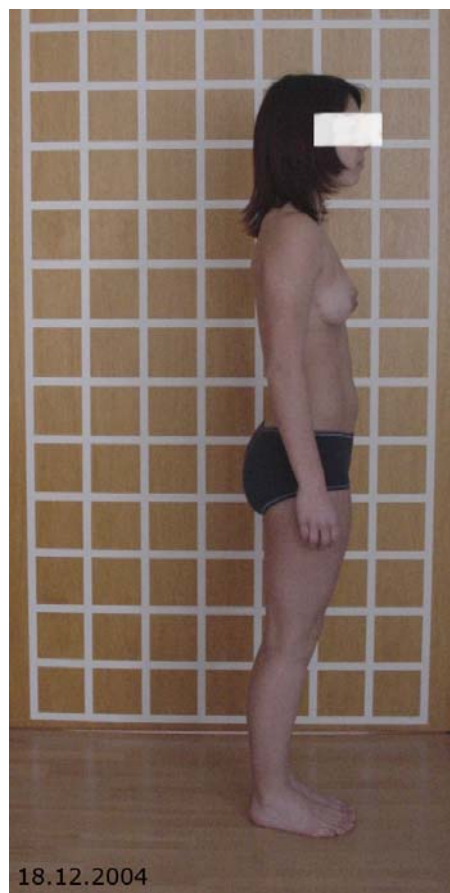


Figure 11 : profil droit

3.4.2.4. Profil gauche (Fig. 12)

- alignement des masses respecté
- la ligne iglio-glutéale, entre le bas de la fesse et l'EIAS est plus verticale que de l'autre côté (correspond à l'entrée de la flèche à droite qui horizontalise cette ligne), et provoque une antéversion de l'hémi-bassin droit.
- le membre supérieur se projette également trop en arrière, et en rotation médiale grade 1-2



Figure 12 : profil gauche

3.4.2.5. De dos (fig. 13)

3.4.2.5.1. Modelé

- nous voyons le condyle médial du genou, surtout à droite, (cela peut signer une rotation médiale plus importante)
- dépression latérale de la fesse droite
- la pointe de la scapula à droite est plus basse et plus saillante (dû à l'entrée de la flèche supérieure)
- l'épaule droite est plus basse (entrée de la flèche partie distale)



Figure 13 : de dos

3.4.2.5.2. Les contours latéraux du thorax présentent :

- A droite :

- une dépression au niveau du creux axillaire
- une convexité latérale du thorax
- un « coup de hache » au bas des côtes

- à gauche de haut en bas :

- une rectitude au niveau du creux axillaire
- une légère convexité latérale au niveau lombaire

Ce qui tendrait à confirmer l'hypothèse d'une courbure frontale cervico-thoracique à convexité gauche, et lombaire à convexité gauche, avec une zone de transition relativement étagée.

3.4.2.6. Flèches et piliers

De ce bilan, nous pouvons inférer les flèches et les piliers, qui seront la base de notre traitement. La flèche du bloc inférieur peut entrer à droite dans la partie lombaire basse, se dirige en haut et en avant, et sortir au niveau du bord costal à gauche. La flèche du bloc supérieur peut entrer sur la partie distale de l'épaule, en l'abaissant. Elle fait saillir la pointe

de la scapula, se dirige en bas et en avant en passant par la partie proximale de la clavicule G pour sortir au niveau du sein G et du rebord costal G.

Le pilier inférieur de la lordose peut se situer au niveau des mollets et plus à droite, le pilier supérieur pouvant se situer au niveau de la pointe de la scapula à droite.

3.4.2.7. Bilan statique en décubitus dorsal

L'angle d'ouverture des pieds, exprimé en horaire analogique : 11h10, signe de l'hypertonie des chaînes du bloc inférieur, ayant pour effet l'augmentation des différents différentiels*¹ de rotation, des différents segments du membre inférieur.

Les contours du dos au sol sont observés de la manière suivante :

- à droite, la lordose lombaire est plus courte et plus profonde.
- à gauche, elle est plus longue et plus plane.

Ce qui pourrait nous confirmer l'entrée de la flèche lombaire à droite, et donc une courbure frontale lombaire à convexité gauche.

¹ Michaël Nisand, intervention durant les séminaires de RP à Ovronnaz, Beaune, La Clusaz.

3.5. BILAN DYNAMIQUE

3.5.1. Rotation céphalique

En décubitus dorsal, la rotation céphalique à droite provoque le soulèvement du sein gauche, et un appui sur le mollet droit.

A gauche, elle provoque un soulèvement de l'épaule droite, et un appui sur le mollet droit.

3.5.2. Elévation en rotation latérale du membre supérieur.

En décubitus dorsal l'élévation du membre supérieur droit provoque un soulèvement de l'hémi-thorax, au niveau du bas des côtes, ainsi qu'un appui sur le mollet droit.

A gauche, on observe surtout le soulèvement du sein gauche, et une saillie abdominale à droite à la hauteur de l'ombilic.

3.5.3. L'inclinaison céphalique

En décubitus dorsal, l'inclinaison céphalique à droite provoque une augmentation de la boîte d'allumette à gauche, donne l'apex.

A gauche elle provoque l'élargissement dans le plan frontal.

3.5.4. Abduction en rotation médiale du membre supérieur

En décubitus normal, l'abduction droite provoque un élargissement du thorax à droite dans une courbure harmonieuse, l'apex se situant à la hauteur du sein, et un appui sur le mollet droit.

L'abduction gauche provoque un élargissement du thorax gauche, mais sa courbure est disharmonieuse, et l'apex bas situé. Elle peut être l'expression de la courbure thoraco-lombaire à convexité gauche, que l'on aggrave par cette clé. L'appui sur le mollet droit est manifeste.

Nous pouvons observer les dysmorphies de la main, en particulier lors de la mise en tension de la chaîne brachiale par abduction en rotation médiale du membre supérieur : nous observons une dépression accentuée de la main et une saillie au niveau de la tête de l'ulna. Pour le poignet, tout se passe comme si l'ulna faisait une subluxation dorsale. Pour la main c'est l'éminence thénar qui s'approcherait de l'éminence hypothénar. Le pisiforme saille sur la face palmaire. L'abduction du pouce augmente la déformation ulna triquetrum.

3.5.5. Recul de la tête

En position assise, avec un rouleau sous les genoux pour éviter une aggravation du recurvatum, le recul de la tête augmente la lordose lombaire basse.

3.5.6. Elévation des deux membres inférieurs

Elle provoque la rotation médiale des deux membres inférieurs, mais du droit plus que du gauche.

La réponse évoquée est le soulèvement du sein gauche et le glissement du plastron antérieur du thorax à gauche, ce qui augmente l'effet de la « boîte d'allumette ».

3.5.7. Elévation d'un membre inférieur

L'hypertonie des chaînes du bloc inférieur aggrave les différents différentiels* de rotation des différents segments du membre inférieur.

Lorsque la patiente est couchée, on observe une rotation latérale de l'ensemble des membres inférieurs. Si nous mettons en tension la chaîne postérieure autour de la poulie pelvienne, en élevant un membre inférieur, nous observons une tendance du segment proximal à faire une rotation médiale, alors que le segment jambier part en rotation latérale. La correction du pied et de la luxation du talus en le repositionnant (donc en mettant encore plus en tension la chaîne postérieure), accentue le valgum du genou.

L'élévation du membre inférieur droit entraîne une aggravation transitoire de la déformation thoracique en « boîte d'allumette » à gauche.

L'élévation de membre inférieur gauche provoque un soulèvement de l'épaule droite.

4. TRAITEMENT

La première séance a été consacrée au bilan, ce qui a permis de mettre en évidence les paramètres nécessaires au bon déroulement du traitement. Ensuite, nous avons fait une séance par semaine pendant six semaines. La patiente a été revue deux mois après pour bilan de la douleur uniquement.

4.1. LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE

Le but du traitement est la disparition de la douleur du poignet droit et le retour à une fonction normale. Les manœuvres choisies privilégient la longueur du bras de levier. La respiration est le premier paramètre à mettre en place dès le début du traitement. (voir 4.3)

A chaque séance 3 ou 4 manœuvres différentes ont été effectuées. La séance se termine toujours par un massage des zones d'insertion du diaphragme et de l'abdomen en profondeur.

4.2. DESCRIPTION DE DEUX MANŒUVRES

4.2.1. Induction par contraction involontaire (IPCI)¹

C'est une manœuvre inter-bloc, qui a pour objectif les douleurs du poignet droit et comme cible la sortie de la clavicule gauche. C'est la tentative de correction des différentiels qui va provoquer la contraction involontaire (CI) à la racine du membre inférieur elle est choisie fatigable et reproductible ; les contractions volontaires sont supprimées. C'est cette CI qui jouera le rôle d'induction, de critère de validité et de critère d'arrêt : ce sera l'épuisement de la CI. Elle est pratiquée de manière unilatérale. La position de départ est le décubitus dorsal. Avant de commencer la manœuvre, une traction de la nuque est réalisée et un relâchement des scapulae par une légère traction dirigée vers la thérapeute, est pratiquée. La respiration est la respiration de travail (4.3.).

Si objectif et cible sont distincts, l'objectif se situe entre l'induction et la cible.

Avec une prise en étrier sur le talon, le membre inférieur est aligné jusqu'à l'apparition des premières aggravations des différentiels de rotation. Le membre inférieur au sol est corrigé à l'aide du pied droit de la thérapeute qui vient se mettre sous le creux poplité par l'extérieur, pour éviter le recurvatum, le varus et le rotation médiale du fémur. Une flexion plantaire maximale des orteils, et une dorsi-flexion de la cheville sont demandées. Comme le talus a tendance à subluser légèrement en avant, il est replacé immédiatement et complètement, passivement, la patiente doit tenir cette position. La contraction doit être

¹ Michaël Nisand, intervention durant des séminaires de RP à Ovronnaz, Beaune, La Clusaz

maximale, sinon l'effet est perdu. Ensuite, il est demandé une rotation latérale du genou, qui doit rester tendu, ce qui va provoquer une saillie de la tête du premier métacarpien, qu'il faut corriger passivement. Alors seulement, apparaît une CI qui est ici toujours la même, c'est-à-dire une poussée en abduction du membre inférieur. La thérapeute s'oppose à cette contraction en utilisant le poids du corps de son corps et non de sa force ; l'utilisation de la force n'aurait comme réponse qu'une contraction musculaire et donc ne s'adresserait plus au tonus par l'intermédiaire de la pesanteur (qui est le seul « interlocuteur » du tonus postural). La réponse évoquée se manifeste aussi par une saillie de la partie proximale de la clavicule gauche. La manœuvre doit être stimulée car la CI se perd facilement. On voit apparaître une saillie abdominale à droite près de l'ombilic. Quand le thérapeute appuie sur cette voussure, la patiente parvient à expirer plus profondément. Cette manœuvre est considérée comme un adjuvant de réduction.

La manœuvre est validée lorsque la CI ne peut plus être obtenue. Durant la manœuvre, on observe également des mouvements involontaires ou cloniques de la main droite. La saillie de la clavicule gauche a diminué.

L'IPCI est également considérée comme manœuvre intra-bloc si l'on prend les douleurs du genou gauche comme objectif.

4.2.2. Travail de la chaîne brachiale

Il est envisagé une induction intra-bloc

La position de départ est le décubitus dorsal. Nous commençons la manœuvre par la clé d'abduction en rotation médiale du membre supérieur gauche. La rotation médiale du bras doit être maximale dès le départ. Il est demandé à la patiente une traction dans l'axe de l'humérus et le membre supérieur est amené en abduction. La flexion du coude est légère et l'arrondi ainsi formé harmonieux. Le poignet est maintenu au sol par sa face antérieure, activement. La patiente a alors tendance à contracter les muscles trapèze et grand dorsal contro-latéraux. Il est nécessaire de faire un travail d'éducation proprioceptive afin que la patiente puisse contrôler cette contraction. Successivement les manœuvres suivantes sont réalisées :

- travail en supination : il est demandé à la patiente de tendre les doigts, le pouce en abduction, le poignet dans l'axe de l'avant-bras, et d'amener les ongles le plus près possible du sol. Il faut alors corriger la tête de l'ulna qui a tendance à saillir, et les doigts lorsqu'ils partent en hyper-extension. Le thérapeute doit stimuler le contact avec le sol et maintenir le poignet dans l'axe du bras. La réponse évoquée est alors la saillie péri-ombilicale à droite, qui signe l'entrée de la flèche lombaire, ainsi qu'une crispation de la main droite.

- travail point fermé : en montrant sa propre main, le thérapeute lui indique ce qu'il doit faire, c'est-à-dire : flexion de la première phalange des doigts jusqu'à ce que la pulpe touche la tête des métacarpiens, poursuivre par la flexion complète de l'articulation

métacarpo-phalangienne, ramener le pouce par-dessus et fléchir le poignet. Amener le tout en supination. Il faut éviter une augmentation de la flexion du coude. La patiente a tendance à l'inclinaison ulnaire et il est nécessaire de lui rappeler qu'il faut garder le contact avec le sol. Il lui est également demandé de maintenir la traction dans l'axe du bras pour diminuer le soulèvement de la tête humorale. La réponse évoquée est alors plus distale, la patiente prend appui sur son mollet droit et augmente la courbure convexe à gauche de l'ensemble des membres inférieurs.

- travail en pronation : il est demandé à la patiente de poser l'avant-bras face palmaire sur le sol, de faire une extension du poignet doigts tendus serrés et pouce écarté. La patiente doit faire comme si elle poussait contre un mur imaginaire avec la paume de la main, sans inclinaison ulnaire de la main. Il est alors nécessaire, pour une bonne induction, de corriger la tête de l'ulna manuellement. Cette fois, le coude part en extension. La réponse évoquée reste distale et, lorsque l'aggravation transitoire du récurvalum du genou se réduit, le critère d'arrêt de la manoeuvre est atteint.

4.3. LA RESPIRATION DE TRAVAIL¹

La respiration spécifique en Reconstruction Posturale® est un travail en soit, ne correspondant pas à une respiration normale. Le rythme doit être régulier du début à la fin de la séance. C'est le premier paramètre à obtenir. Le temps inspiratoire est court sans être escamoté. L'expiration commence par un grand soupir et se poursuit par une expiration

¹ Christiane Destieux, Mémo technique, La Respiration en RP, mise à jour 2004

maximale. C'est lorsque la patiente n'a plus d'air et qu'elle fait l'effort d'expirer encore, que le travail est réellement efficace.

Lors de la première séance bilan, cette respiration a été beaucoup travaillée en position d'abduction en rotation médiale du bras¹ : la sensation d'étirement en fin d'expiration indique à la patiente l'obtention de l'amplitude demandée. Il est apparu de façon systématique cette voussure au niveau de l'ombilic à droite, ce qui signe l'hypertonie et l'augmentation de la lordose lombaire à droite. Cela confirme le bilan du thérapeute et permet d'avoir une action comme adjuvant de correction en faisant une pression manuelle à l'aide de la pesanteur par l'intermédiaire du talon de la main. La respiration devient ainsi plus profonde. La profondeur de la respiration est utilisée comme curseur pour stimuler l'apparition, ou augmenter l'intensité de la réponse évoquée. La patiente dès lors adopte cette respiration de travail à chaque séance.

5. BILANS DE FIN DE TRAITEMENT

5.1. BILAN DE LA DOULEUR

Dès la deuxième séance, la diminution des douleurs au poignet ainsi qu'au genou a permis d'arrêter tout traitement médicamenteux. Cette situation s'est maintenue durant tout le traitement, et deux mois après, la patiente n'a plus aucune douleur.

¹ Christiane Destieux, Fiche technique n°4, l'abduction en rotation médiale du membre supérieur, juin 2000

5.2. BILAN ARTICULAIRE COMPARATIF

Ouverture de la première commissure : D 80 G 85 avant D 60

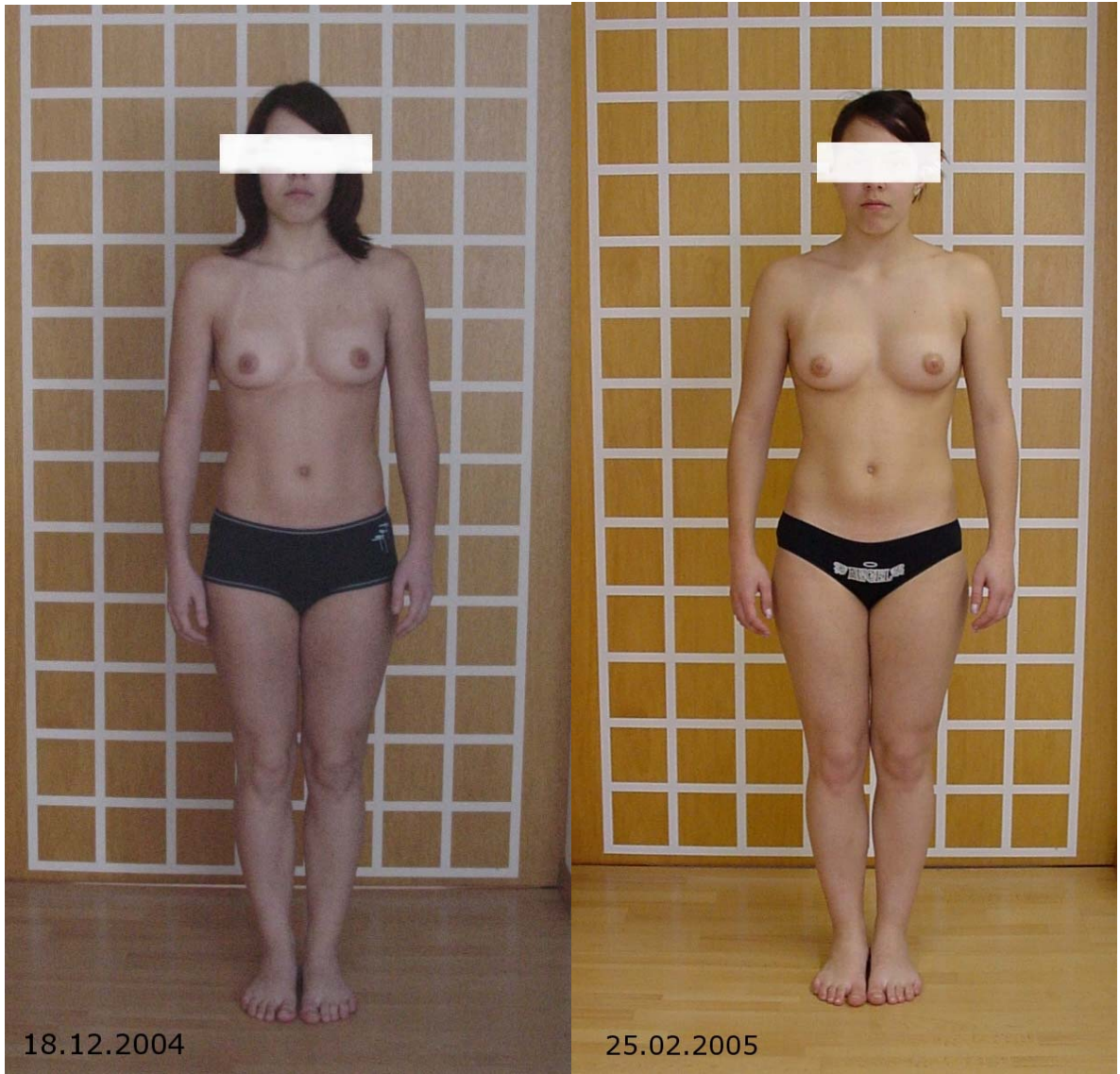
Ouverture perpendiculaire de la première commissure : D 60 G 75 avant D 50

Poignet	Gauche	Droit AP	AV
F/E	90/0/75	90/0/70	70/0/60
ABD/ADD	35/0/45	35/0/40	35/0/30

Une nette amélioration de la mobilité est constatée à la fin du traitement, sans n'avoir fait aucune mobilisation du poignet droit.

5.3. BILAN MORPHOLOGIQUE ET PHOTOGRAPHIQUE

L'examen des photographies de la patiente avant la première séance (fig. 10 et 13), déjà vues en 3.4., et parallèlement les photos du traitement, permet d'objectiver une certaine amélioration de la statique en fin de traitement. Les triangles thoraco-brachiaux sont plus symétriques (fig. 15 et 17)



Figures 14 et 15 : de face avant et après traitement



Figures 16 et 17 : de dos avant et après traitement

5.4. BILAN FONCTIONNEL

La patiente a repris son activité de gymnastique au sol et avec les agrès (fig. 18 à 20). Elle n'a plus aucune gêne.



Figure 18 : la roue



Figure 19 : à la barre



Figure 20 : barres asymétriques

5.5. DISCUSSION

Le choix d'un traitement de Reconstruction Posturale® pour une tendinite peut être justifié : il n'y a jamais eu de bons résultats en physiothérapie classique sur une ténosynovite de de Quervain. Pour éviter une intervention qui s'annonçait imminente et qui pouvait être pénalisante pour une patiente encore en croissance, le traitement le plus efficace a été choisi. Sans risque, car il n'y a pas d'action directe sur la région inflammatoire.

Les effets positifs de ce traitement peuvent s'expliquer par les éléments suivants :

- l'action de l'hypertonie sur les muscles qui présentent une inflammation n'est pas directe, ils ne font pas partie de la chaîne brachiale. Ce sont des antagonistes, et ils sont d'autant plus sollicités que le tonus des agonistes est élevé.

- la mobilité articulaire était réduite essentiellement par la douleur, mais aussi par l'hypertonie qui perturbe la fonction. La patiente a retrouvé une amplitude normale.

La douleur a rapidement cédé, et l'on peut penser que ce n'est pas l'effet du hasard. En effet, la patiente souffrait depuis deux ans et il y avait eu aggravation juste avant le début du traitement.

L'objectif a été atteint : la cessation de la douleur et la récupération de la fonction. On remarque que ceci s'inscrit dans le temps, car la patiente a été revue deux mois après, et les douleurs n'étaient pas revenues. Elle a pu reprendre ses activités sportives. La douleur signalée au genou au début du traitement a également disparu.

L'amélioration morphologique est visible, malgré un petit nombre de séances. Toutefois, à long terme, il serait probablement souhaitable de faire quelques séances d'entretien par an, pour éviter les récurrences, les mêmes causes entraînant les mêmes effets.

Il y a un manque de rigueur dans la prise des photos avant le début du traitement, car les cheveux ne sont pas attachés sur trois photos. Cependant, il était bon de conserver ces documents car ils sont significatifs pour la suite. Il est cependant difficile d'évaluer la position

de la tête et de la colonne vertébrale dans le plan sagittal. Seule la position donne une indication.

Il aurait fallu faire une IRM de contrôle en fin de traitement, mais cela n'a pas été possible en raison du coût de la santé, et du fait qu'il n'y avait plus de symptômes.

6. CONCLUSION

Cette jeune fille a été traitée pour une ténosynovite de de Quervain par la méthode de Reconstruction Posturale® (la disparition de la douleur est le critère de validité de la méthode dans ce cas).

Les articulations du poignet et du pouce ont retrouvé leur mobilité. L'intervention chirurgicale a pu être évitée. La patiente a repris ses activités sportives.

BIBLIOGRAPHIE

1. G. Wolf-Heidegger, Atlas der systematischen anatomie des menschen, vol.1. S. Karger, Basel, 182.
2. G. Foucher, La tendinite de de Quervain. Problèmes cliniques et anatomie chirurgicale, Rhumatologie, Aix-les-Bains 1995, vol.47.no 7. pp237-40.
3. Almekinders LC, Temple JD Etiology, diagnosis, and treatment of tendinosis : an analiysis of literature. Medecine and Science in Sports and Excercise, 30(8) : 1183-90, 1998 Aug.
4. I. A Kapandji, physiologie articulaire membre supérieur. Maloine S.A. Editeur 1980, 248-9.
5. A. Leroy, G. Pierron kinésithérapie membre supérieur, Bilans-techniques passives et actives. Flammarion Médecine-sciences Paris 1986, 101-2, 126.

LEXIQUE¹

ALIGNEMENT DES MASSES

Ligne imaginaire qui tombe droit du tragus de l'oreille à la base du cinquième métatarsien, en passant par la tête de l'humérus et le grand trochanter.

CHAINE MUSCULAIRE

Ensemble de muscles polyarticulaires, de même direction, qui se succèdent en s'enjambant sans discontinuité, comme les tuiles d'un toit.

Quatre chaînes répondent à cette définition :

- la grande chaîne corporelle postérieure
- la chaîne brachiale (paire)
- la chaîne antérieure du cou
- la chaîne antérieure des lombes

CIBLE D'UNE MANŒUVRE

Lieu et mode d'expression de la réponse évoquée.

¹ <http://www.reconstruction-posturale.com> 13.02.1005

DYSMORPHISME

Déformation de l'appareil locomoteur consécutive à l'hyperthtonie des chaînes musculaires, permanente (versus transitoire), acquise (versus héréditaire) et spontanée (versus induite par un agent exogène).

FLECHES VIRTUELLES TRANSFIXIANTES

Modélisation de type vectorielle reflétant les différents paramètres de la résultante des forces déterminantes d'une dépression lordotique (direction, sens, point d'application, module).

HYPERTONIE MUSCULAIRE PHYSIOLOGIQUE

Augmentation spontanée, systématique, non linéaire du tonus musculaire basal dans les chaînes musculaires.

INDUCTION

Mouvement de grande amplitude relative (voir MGAR) sollicitant activement les chaînes musculaires (avec ou sans mise en tension passive autour d'une poulie de réflexion naturelle), dans la plus grande amplitude possible qui, du fait de l'hyperthtonie des chaînes, provoque à distance des réponses évoquées.

Les types d'inductions répertoriés à ce jour sont au nombre de trois :

- les inductions inter bloc : l'induction est située dans un bloc, la réponse évoquée (cible) est localisée dans l'autre bloc,.

- les inductions intra bloc : l'induction et la réponse évoquée se situent dans le même bloc, mais dans l'hémicorps opposé.

- les inductions intra articles : l'induction et la réponse évoquée se situent dans le même article, mais dans l'hémipalette opposée.

MANŒUVRE

Sollicitation active dans la plus grande amplitude possible qui, du fait de l'hypertonie des chaînes, provoque à distance des réponses évoquées.

On distingue deux catégories de manœuvres :

- les manœuvres de première catégorie : manœuvres correctrices d'emblée d'un dysmorphisme donné, dans un plan donné. Elles sont utilisées comme adjuvant de correction à une manœuvre essentielle dans une posture thérapeutique.

- les manœuvres de deuxième catégorie : manœuvres aggrauvantes d'emblée d'un dysmorphisme donné. Ces manœuvres sont dites essentielles dans l'élaboration d'une posture thérapeutique, puisqu'elles mettent en jeu le principe actif de la méthode de Reconstruction Posturale® (MRP).

MOUVEMENT DE GRANDE AMPLITUDE RELATIVE (MGAR)

Cette notion propre à la Méthode de Reconstruction Posturale® recouvre :

- les mouvements physiologiques réalisés en course externe.
- les tentatives pour réaliser des mouvements en course externe, lesquels seraient empêchés par un obstacle mécanique (d'origine exogène ou endogène) ou par une inhibition réflexe.
- les efforts pour ramener transitoirement un article ou une suite d'articles vers la morphologie normale.

PILIER

Point le plus distal de la lordose. Pour chaque lordose il y en a deux : le pilier inférieur et le pilier supérieur.

TREPIED EVOQUE

Expression biomécanique de la réponse évoquée qui se manifeste à distance de l'induction par des contractions volontaires, des contractions involontaires induites (de perception consciente ou inconsciente) et par l'hypertonie induite (toujours inconsciente).

ANNEXE I

Les muscles de la chaîne brachiale

- sub-scapulaire
- supra-épineux
- petit rond
- infra-épineux
- grand rond
- deltoïde
- coraco-brachial
- sub-scapulaire
- long et court biceps
- fléchisseur radial
- long palmaire (inconstant)
- fléchisseur ulnaire
- rond pronateur
- carré pronateur
- fléchisseur profond des doigts
- long fléchisseur du pouce
- fléchisseur superficiel des doigts
- interosseux palmaires et dorsaux
- lombricaux
- opposant du pouce

- abducteur du 5
- opposant du 5
- court fléchisseur du 5
- court abducteur du 1
- adducteur du 1
- court fléchisseur du 1