

Posture Statique Raideurs

Rachis: Rappel orthopedie

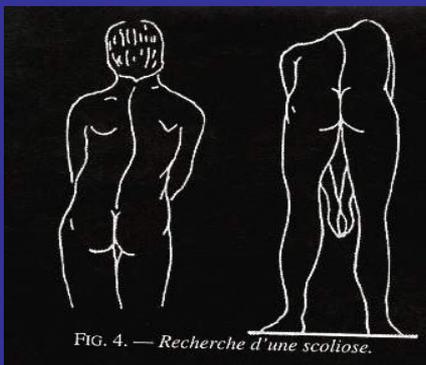


TROUBLES STATIQUES

Déformations :
scoliose, cyphose
Spondylo listhesis



déformations:

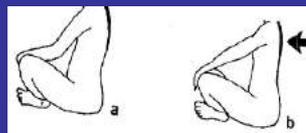


Tri dim

Distinguer
attitude

de déformation vraie

réductibilité



Equilibre ligne G :

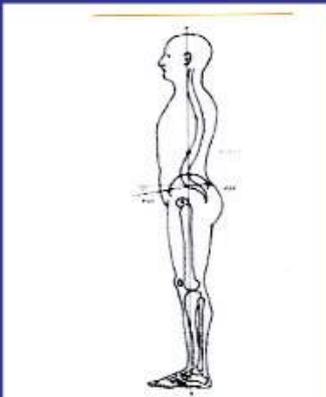
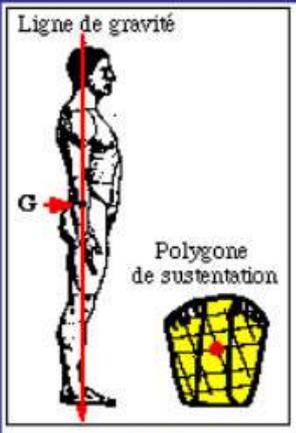
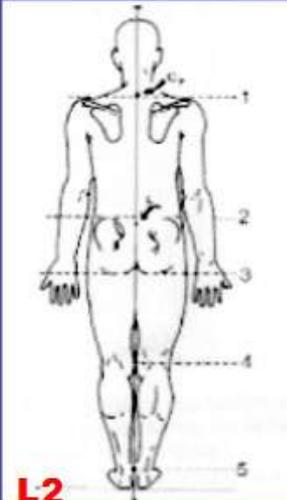


Fig 2 Schéma des conditions mécaniques normales de la posture



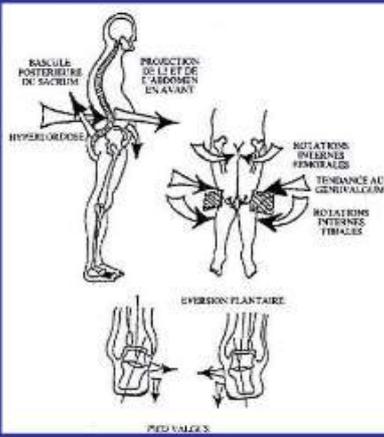
Ligne de gravité

Polygone de sustentation

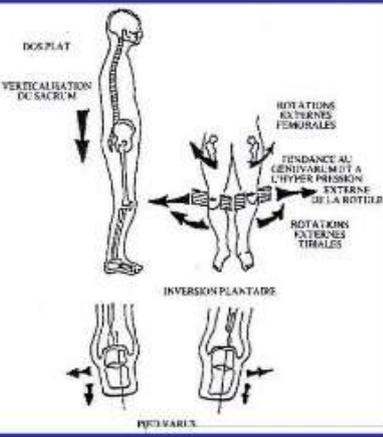


**Tragus, en avt Dles croise L2
en Arr Coxo F, en avt genou, cheville, base M5**

Sens / Desequilibres:



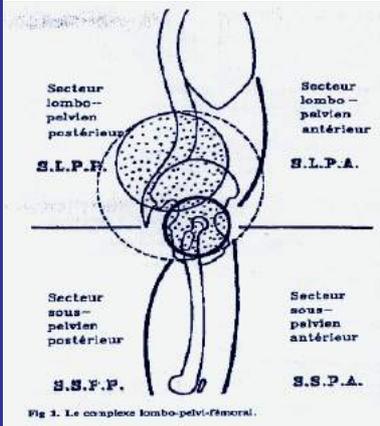
BASCULE POSTÉRIEURE DU SACRUM
 PROJECTION DE L1 ET DE L'ABDOMEN EN AVANT
 HYPERLORDOSE
 ROTATIONS INTERNES FÉMORALES
 TENDANCE AU GENOUILLON
 ROTATIONS INTERNES TIBIALES
 EVERSION PLANTAIRE
 PIED VALZES



DOS PLAT
 VERTICALISATION DU SACRUM
 ROTATIONS EXTERNES FÉMORALES
 TENDANCE AU GENOUILLON ET A L'HYPER PRISION EXTERNE DE LA ROTULE
 ROTATIONS EXTERNES TIBIALES
 INVERSION PLANTAIRE
 PIED VARZES

Interactions *ex proximo distal*

Ceinture Minf :



Dt ant

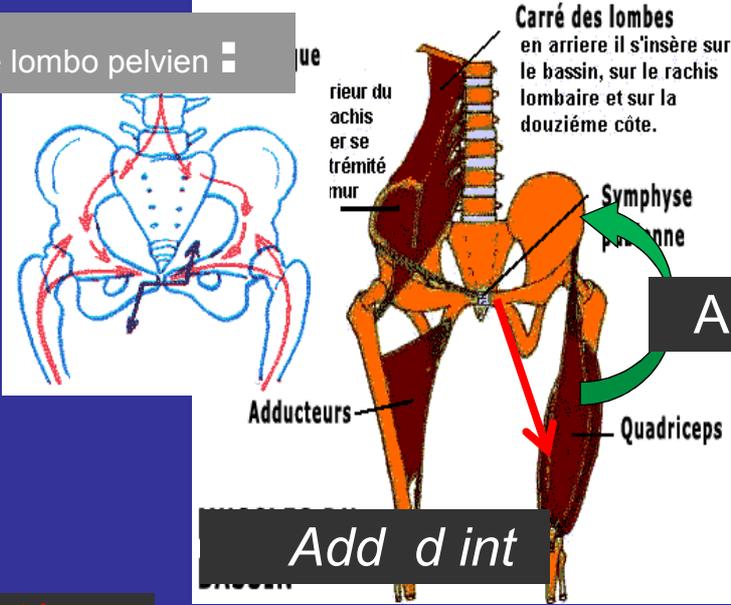
Equilibre lombo pelvien

IschioJ

sagittal

Fig 3. Le complexe lombo-pelvi-fémoral.

Equilibre lombo pelvien



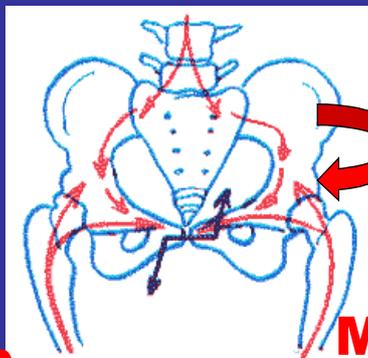
Carré des lombes en arriere il s'insère sur le bassin, sur le rachis lombaire et sur la douzième côte.

Abd

Add d int

Frontal

Equilibre lombo pelvien :

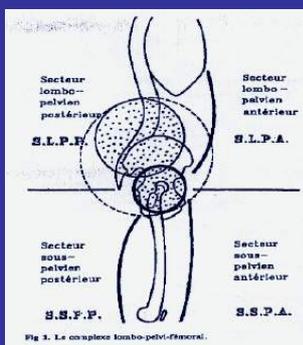


Mb app

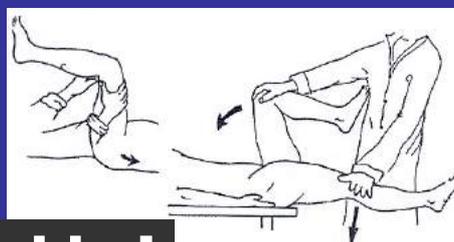
Mb oscill

En fait tridimensionnel + avec appui unipodal

Rétractions :



Segment Lombo pelvien



IschioJ

Dt ant

SCOLIOSE:

- ← Nombre de crbes
- ← coté / Gibbosité
- ← niveau / vtb sommet
- ← angulation (Cobb)
- ← équilibre ?

PLUS C EST TÔT PLUS C EST GRAVE

Evaluation

Rééducation / pubalgie

- Réharmoniser les articulations.
- Amélioration des qualités physiques et proprioceptives.
- Limitation des facteurs de risque.
- Accompagnement lors de la reprise, prévention.

Traitement symptomatique

- C'est la phase d'attaque du traitement:
 - On recherche les point douloureux tendineux:
 - Insertion proximale des adducteurs.
 - Insertion basse des grands droits.

On traite par des MTP qui donnent de bons résultats sur ces structures richement vascularisées.
 - On travaille sur les muscles:
 - Fréquentes contractures du corps des adducteurs.
 - Massages, pétrissages profonds, crochets...
 - Recherche de tensions sur les psoas iliaques, ainsi qu'au niveau abdominal.
 - Pressions, massages.

Traitement symptomatique



- Sur le couple muscle/tendon des adducteurs (H. Vidalin, G. Valy, M. Abbot, M. Vidalin, M. Duclos 2009):
 - Protocole de Stanish:
 - Classiquement 3 séries de 10 mvts avec progression dans la vitesse (sport med fev 1999).
 - Eux relayent des travaux de Jonsson et al qui préconisent 3 série de 15 répétitions 2 fois par jour, 7 jours par semaine...
 - Protocole « serpillère »:
 - Travail de « glissé » en charge, écrasant le sol, jambes tendues, puis fléchies, écartées puis serrées ayant pour objet un travail de contraction concentrique et excentrique avec verrouillage pelvien...

Réharmonisation de la région

- Cette phase pourra être débutée dès le début de la prise en charge et découlera de notre bilan.
- Cependant plusieurs études mettent en cause comme facteurs favorisant (P. Rochcongar 2009, M. Bouvard, G. Reboul, O. Bonnefoy, A. Lippa 2009, J-P. Paquet 2009):
 - Des restrictions de mobilité de hanche. (perte de rot externe fin de match/intérêt assouplissement post effort)
 - Des adducteurs forts et des abdominaux faibles. (conception ancienne)
 - Cas particuliers études sur les hockeyeurs met en cause la faiblesse des add/abd.
 - Une synergie musculaire déficiente.
 - Les patients en hyperlordose.

Réharmonisation articulaire

- On contrôlera bien entendu tout le membre inférieur ainsi que le controlatéral.
- La mobilité rachidienne.
- Travail de mobilisations passives, recherches de glissement (Sohier, contracté/relâché..)
- Etirement de tous les groupes musculaires. (psoas, quadriceps, IJ, ADD, ABD). Recherche de gain d'amplitude.



Amélioration de la qualité musculaire abdominale

D'abord en statique
Travail des obliques
puis proprio / ballon

Travail de la stabilité pelvienne

- Travail de proprioception en unipodal.
 - Plateau mono axé.
 - Reproduction du geste vitesse lente sur mousse instable.
 - Tapis de course.
- Protocole ASM-MacKenzie
 - Renforcement des stabilisateurs externe du bassin.(vidalin et al 2009)
- Protocole de Pau Toronto.
 - Travail de la proprioception et renforcement isométrique des stabilisateurs de hanche.
 - Rigueur dans sa mise en place.
 - Description précise et apprentissage au patient.
 - Auto rééducation.

Rééducation / pubalgie



Protocole Pau Toronto

Préparation de la remise en action

- "Dynamisation" de la rééducation.
- Travail de pas chassés avec pente sur tapis de course.
- Footing test 7 à 10 min.
- Evaluation lors de la séance suivante.
- Autorisation de la reprise en fonction des sensations et du bilan.

Ne pas Aggraver++ Prevenir

