

# Révision 1

## Conduites pratiques

Reperes anat pied Genou

Posture Pied Utm Genou

UBO 2024

# Révision 1

Posture  
Pied Cheville

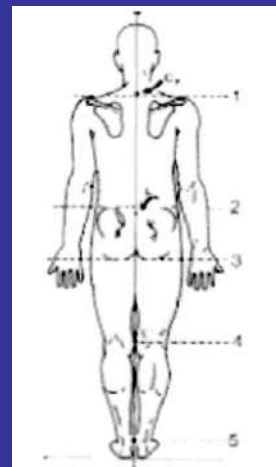
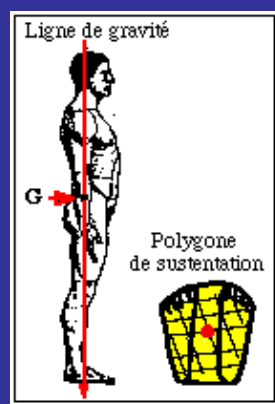
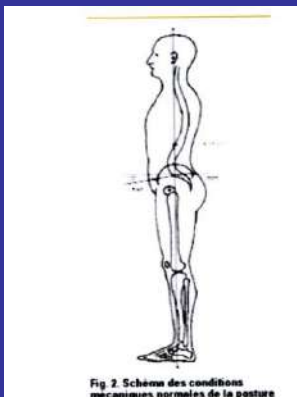
UBO 2024

# Révision 1

Posture

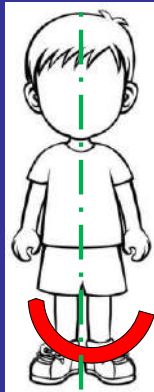
UBO 2024

## Equilibre ligne G :



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

## Acquisition Psycho motrice\*\* :



□ **2m** asymétrie, **4m** symétrie

□ **6 m** lien ht bas

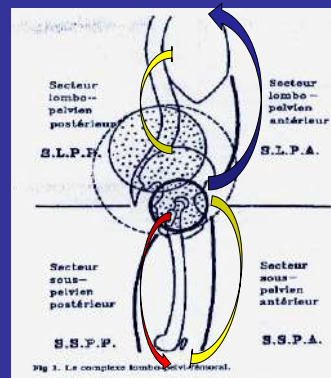
□ **8m** rotations **10m** explo espace

Selon BOBATH

## Statique: bassin rachis \*\*

**Hyperlordose**  
retraction dt ant  
et carre des lombes

**Cyphose lomb**  
rétraction abd  
et ischioj



EOS 2017

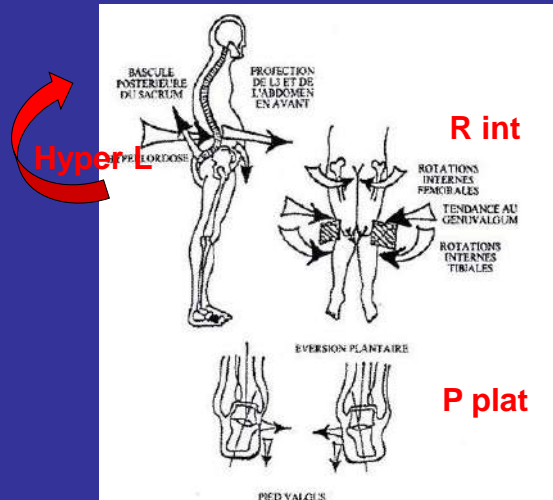
Rachimétrie: Sgt LP

## Déséquilibres:

rachis: dos creux *hyperlordose*

### Interactions

*ex proximo distal*



## Contrôle postural:

### étapes

#### Appuis

**maintien axe rachidien**  
**position tête & regard**  
**fixation des racines**  
**adaptation proximo distale**

**coordination motrice**

## techniques :

### **Les bases** ex: Tai chi

travail du souffle  
perception des appuis  
de l'équilibre  
de la coordination gestuelle

## Révision 1

Pied Cheville

UBO 2024

# F int (médiale) du pied

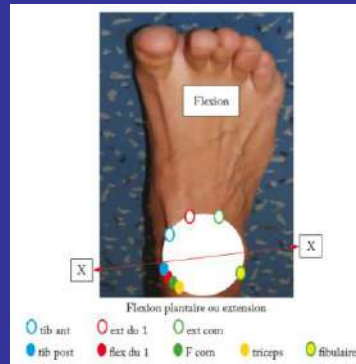
Le Sustentaculum Tali se trouve en dessous et en arr de la pointe de la malleole int

Pour s assurer de sa position faire contracter le Lg F du 1 qui passe juste en dessous

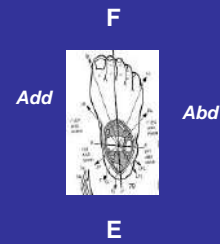
# Stabilisateurs latéraux

**Tpost & LgF1 / Fibulaires**

# 4 quadrants



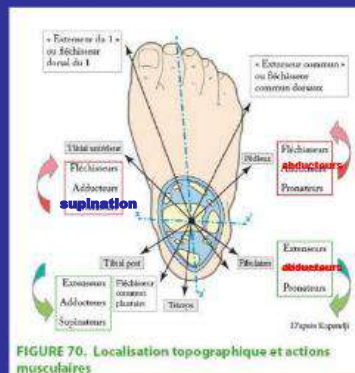
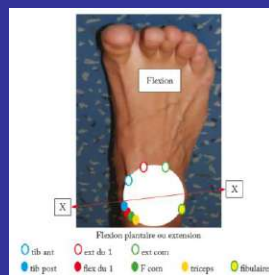
Selon 4 quadrants



D'après Kapandji

In Anatomie de la posture et du mvt De Boeck Ed Sup

# Coupe vue de dessus



In Anatomie de la posture et du mvt De Boeck Ed Sup p29 voir correctifs erratum

# Révision 1

UTM  
Unité Tendino  
Musculaire  
UBO 2024

## Tto tendino musculaire

### 3) CAT immédiate

CAT Conduite à tenir

Mise en décharge  
repos

Protocole RICE

Repos  
Immob  
Compression  
Elevation

Relever les circonstances de  
l'accident (mécanisme)...



**\*\*\* 4b) Confirmer accident musculaire:**

**TRIADE**

Douleur locale  
Dol à l'étirement passif  
Dol à la contraction résistée

+ ?

**Evaluer la GRAVITE..**

- Hematome
- Impotence

**\*\*\* Est ce une récidence ??!?!**

	ELONGATION STADE I	DECHIRURE STADE II	RUPTURE STADE III / DESINSERTION
<b>LESION ANATOMIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Micro-déchirures</li> <li>• Effilochage de myofibrilles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déchirures de fibres voire de faisceaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déchirure totale du muscle.</li> </ul>
<b>MECANISME</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sollicitation excessive à la limite d'étirement du muscle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Intrinsèque</i> : contraction violente et rapide (démarrage).</li> <li>• <i>Extrinsèque</i> : agression externe sur un muscle contracté.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Intrinsèque</i> : contraction excessivement brutale et forte.</li> <li>• <i>Extrinsèque</i> : choc direct et violent sur muscle contracté.</li> </ul>
<b>CLINIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur brutale mais modérée</li> <li>• Pas de point électif</li> <li>• Impotence fonctionnelle réduite</li> <li>• Mobilisation active subnormale</li> <li>• Test isométrique et étirement douloureux</li> <li>• Pas d'ecchymose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur brutale et localisée</li> <li>• Impotence fonctionnelle totale</li> <li>• Mobilisation active douloureuse</li> <li>• Test isométrique et étirement impossible</li> <li>• Hématome, ecchymose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur syncopale</li> <li>• Impotence fonctionnelle totale</li> <li>• Mobilisation active impossible</li> <li>• Test isométrique et étirement impossible</li> <li>• Hématome, ecchymose</li> </ul>
<b>ECHOGRAPHIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zone hypo-échogène allongée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remaniement hétérogène avec hématome.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solution de continuité.</li> </ul>
<b>DUREE</b>	10 à 15 jours.	21 à 30 jours.	45 à 60 jours.
<b>TRAITEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contention adhésive extensible</li> <li>• Physiothérapie</li> <li>• Thermothérapie</li> <li>• Contractions isométriques et étirements progressifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contention inextensible</li> <li>• Cryothérapie (J21)</li> <li>• Diélectrolyse</li> <li>• Diapuls</li> <li>• Ultrasons pulsés</li> <li>• Tonification et étirements progressifs après J21</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Immobilisation stricte (J21)</li> <li>• Chirurgie possible</li> <li>• Tonification et étirements progressifs après 30 jours cf. aussi hématome.</li> </ul>

Extrait R.Danowski    JC Chanussot "traumatologie du sporte Masson Ed

## Délais \*\*\*

PHASE	1	2	3	4	5	6
<b>Élongation Stade 1</b>	3 jours	3 à 5 Jours	3 jours	3 jours	10 jours	15 jours
<b>Déchirure Stade 2</b>	3 jours	10 jours	10 jours	10 jours	5ème semaine	7ème à 8ème semaine
<b>Rupture Stade 3 ou désinsertion</b>	3 jours	15 jours	15 jours	15 jours	7ème à 11ème semaine	3ème mois

REPOS + ANALGIE	Anti-inflammatoire + MODELAGE	Intensification Renforcement Proprioceptif	Reprise d'entraînement + Renforcement excentrique
-----------------	-------------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------------------------

*Note: A yellow circle highlights phases 5 and 6. A red arrow points to phase 3. Red 'X' marks are placed over the '15 jours' entries in the 'Rupture Stade 3' row for phases 3 and 4.*

## Préalables / Stanish

**Lever les raideurs (bilan)\***

**Echauffement**

**Position d étirement**




FIGURE 12. Fiche synthétique de votre page des Destinations (à compléter) C.A.P.S. Fran. T.19.01

**En chaine fermée**

**6 séries de 10 rep**

**V ↗ avec amplit**

\* D'après anat de la posture et du mouvement Ed De boeck

## bases / Stanish \*\*

### Progression Sur 6 sem

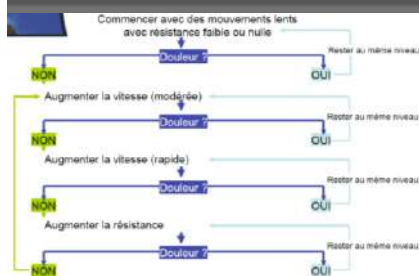
Au décours de la même sem

**amplitude et vitesse**

D'une semaine  
à l'autre

↑ **De la résistance**

## Protocole Stanish **W** EXCentrique



- 9 séances (3 / semaine)
- 1<sup>ère</sup> semaine :
  - w à 30% de la « répétition » maximale sur le côté sain
  - vitesse lente → moyenne → rapide
- 2<sup>ème</sup> semaine :
  - w à 50% de la répétition maximale sur le côté sain
  - vitesse lente → moyenne → rapide
- 3<sup>ème</sup> semaine :
  - w à 70% de la répétition maximale sur le côté sain
  - vitesse lente → moyenne → rapide

D après JM Coudeuse

Semaine	Jours	Vitesse	Charge de travail
1	1 à 3	Vitesse lente	Appui bipodal
	3 à 5	Vitesse moyenne	
	6 & 7	Vitesse rapide	
2	1 à 3	Vitesse lente	Augmentation d'appui sur le côté atteint
	3 à 5	Vitesse moyenne	
	6 & 7	Vitesse rapide	
3	1 à 3	Vitesse lente	Appui unipodal
	3 à 5	Vitesse moyenne	
	6 & 7	Vitesse rapide	
4	1 à 3	Vitesse lente	Appui unipodal + charge additionnelle (10% du poids du corps)
	3 à 5	Vitesse moyenne	
	6 & 7	Vitesse rapide	
5	1 à 3	Vitesse lente	Appui unipodal + charge additionnelle (20% du poids du corps)
	3 à 5	Vitesse moyenne	
	6 & 7	Vitesse rapide	
6	1 à 3	Vitesse lente	Appui unipodal + charge additionnelle (20% du poids du corps)
	3 à 5	Vitesse moyenne	
	6 & 7	Vitesse rapide	

## Prévention Lésion UTM \*\*

*attitude/ récursive*

### Sujet

- Connaitre ATCD et traitements en cours
- Eliminer ou traiter troubles statiques
- Bon hygiène general alim et hydrique

# Prévention *Lésion UTM* \*\*

*attitude/ récidence +++++*

## Environnement

-Médical Terrain sol, climato

## Materiel

- Adapté , bien réglé

## Sport

- Correctifs du geste sportif

## Coaching

- - Echauffement
- - Entraînement adapté (*intensité et fréquence*)
- - Etirements, assouplissements
- - **FM respect des ratios**
- - Proprioception

## *Quand reprendre* \*\*

- Délais : intérêt de l'échographie
  - élongation : 15 à 21 jours
  - Claquage (hématome) : 6 semaines
- Examen clinique :
  - amplitudes articulaires quasi normales
  - tests isométriques corrects dans toutes les courses
  - sensibilité à la palpation tolérée
  - test proprioceptif satisfaisant
  - tests excentriques normaux
- Ressenti du sportif, adapter l'activité + + +



# Révision 1

## Genou

UBO 2024



## Genou face / cuisse Dte

- 1: péroné
- 2: Tub Gerdy
- 3: TTA

## Tubérosités

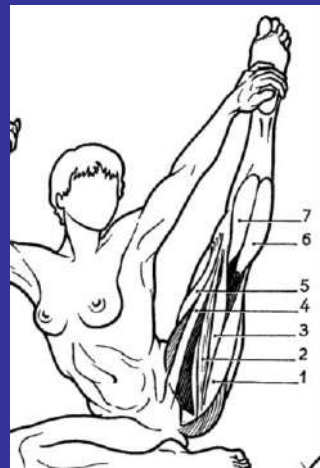


Mise en évidence du tubercule de Gerdy (tuberculum infrapatellaire). Genou droit - vue latérale.



## Face post int / cuisse

- 5: Sartorius
- 4: Add
- 3: 1/2 Tdnx
- 2: (droit int) gracile
- 1: 1/2 Membraneux

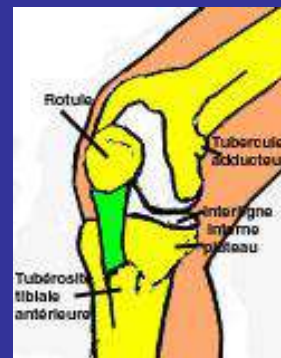


## Ischio-jambiers

## exam Cpt int

### D avt en arr:

Rotule, TTA, plat tib int  
 Interligne int, LLI (plat)  
 Mur post men int

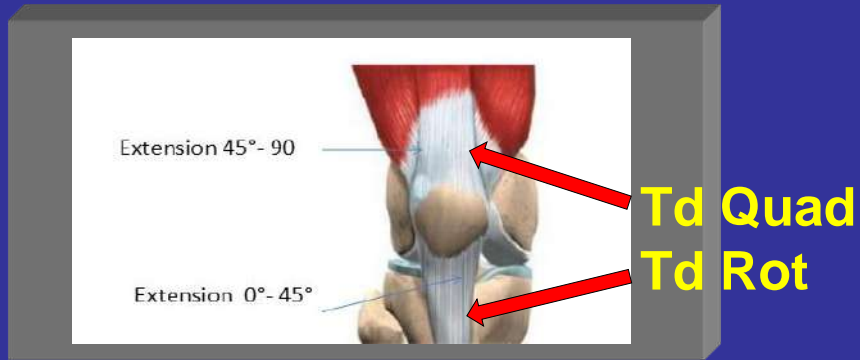


### D arr en avt:

Tendons « T.M.I »  
 Et le Sartorius  
 (le plus en avt)

TMI: 1/2Tdnx, 1/2M bnx, Dt int  
 (gracile)

## Attaches de la rotule Td quad & Tendon rotulien



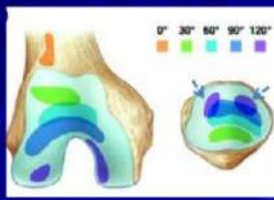
Le td rotulien s'attache sur la TTA tubérosité tibiale ant

## Contraintes / rotule \*\*\*

### ZONES DE CONTACTS ET CONTRAINTES

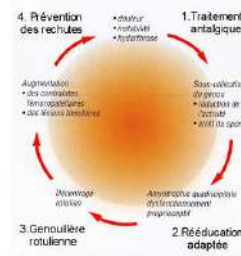
■ Patella n'est jamais en contact en totalité avec la surface patellaire

- > 0° → 15°: partie inférieure
- > 15° → 30°: jonction 1/3 inf-1/3 moy
- > 30° → 60°: 1/2 moyen
- > 60° → 90°: 1/3 supérieur



### CERCLE VICIEUX D'AUTO-AGGRAVATION DU SYNDROME ROTULIEN

Traitement: 4 volets simultanés



Douleur ant rotulienne    gêne en flexion prolongée    genou qui lache



## plan Rrf

### P1 Nursing

Prevention tbles trophiques

(Cut, circulatoire, muscul)

Massage antalgie

Surveillance cicatrisation

Entretien mbre opposé

Gymn respi

## plan Rrf

### P2 RRF

- Gain d amplitude

Gain Fm

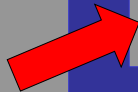
a) Travail isometrique

b) Isotonique (pt levier)

- Electrotherapie

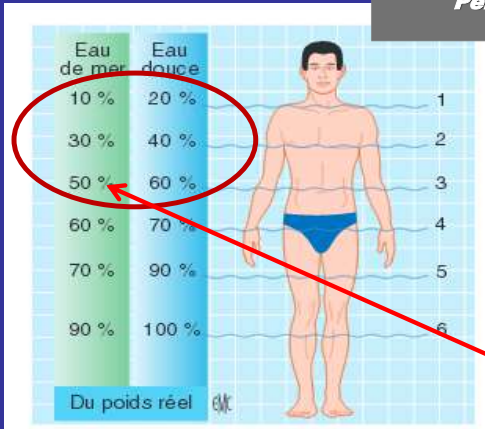
antalgique et electro stim

Kinébalnéotherapie



# Kine balneotherapie:

*Permet une mise en charge progressive:*



*Interêt de l'eau de mer*

## plan Rrf readapt

### P3) Réadaptation

- Poursuite W analytique
- Travail fnel global  
Avq, marche ....
- W muscul Isocinétique  
vit rap sect limité  
Vit my puis lente
- Proprioception  
W Excentrique

Kinébalnéothérapie

•Avq

•READAPTATION

Travail

Geste sportif

# 1 Lésion tendineuse Quadriceps *reprise acté sportive \*\*\**

**Reprise du sport autorisée qd :**  
absence douleur

- à l'étirement
- à la contraction R en crse ext
- à la palpation

## 2 Lésions Lgt

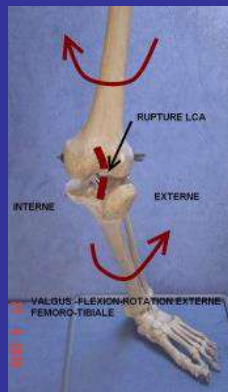
Mécanisme / Lgt Croisés

• Mécanismes \*\*\*

### • LCAE

- **Fréquent:**
- Chgt d appui:
- Foot, hand, rugby
- Chute au ski
- en FVRE

- Réception de saut:
- hand, tennis
- Tir dans le vide:
- foot



a)

**FVRE**

• Flexion, valgus, rot ext.

b)

**Hyper**  
extension

• 3)

**Hyper**  
flexion ou choc ant  
postérieur



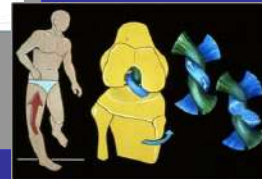
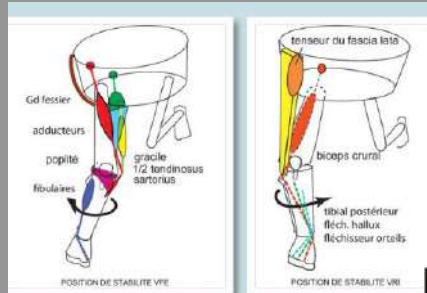
### • LCP

# Freins actifs

## • Mécanismes

• F val RE \*\*\*

• F var RI



# Révision 1

Contention  
Strapping  
UBO 2024

## Contention Principes 1

- 1) Exactitude des reperes anat
- 2) Mécanisme lésionnel connu++:  
- directes ou indirectes
- 3) Limiter le mouvement, renforcer le maintien
- 4) Prudence & limites / INDICATIONS

## Principes 2

- 1) préparation de surfaces (précautions, si adhésif...)
- 2) Ordre: - déterminer les ancrages  
- mise en position du segment  
- placement des tuteurs directionnels  
- **& renforcement= directionnels secondaires**  
- *Avec croisement en regard de la lésion*
- 3) vérifier la bonne limitation du mouvement,  
& la tolérance++