



Fig 3a : Rotation de la tête du radius/cubitus : position initiale.

Le geste : son éminence thénar droite stabilise la tête radiale. Sa main gauche fléchit le coude droit, l'avant bras reste en complète supination (Fig 3b).

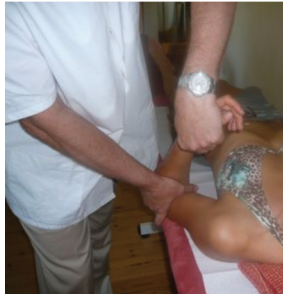


Fig 3b : La main gauche fléchit le coude droit.

Lorsqu'il sent en fin de flexion, la tête radiale presser contre son éminence thénar droite, il amène l'avant bras en pronation complète (Fig 3c).

Le but de cette technique est de déclencher un mouvement de rotation de la tête du radius en arrière sur le ulna (Fig 3d, 3e).



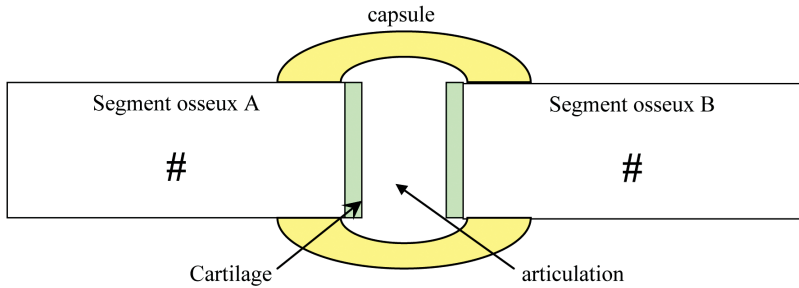
Fig 3c, 3d, 3e : La pronation complète déclenche une rotation du radius sur l'ulna.

NB : le bras ne bouge pas.

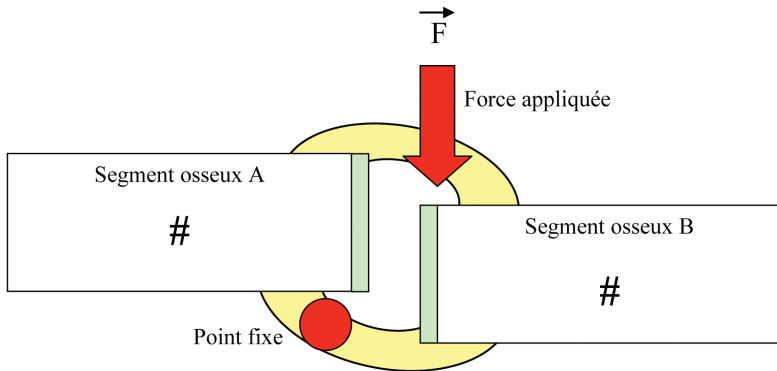
un traitement adapté à chaque test positif (marqueur) qui aura pour objectif de gagner une angulation articulaire dans un axe défini.

- Comparatif au côté controlatéral (qui sert de référence)

Articulation à mobiliser



1. Articulation en position de détente capsulaire maximale



2. Mobilisation en « glissement »

Technique de mobilisation

La force est parallèle à la surface articulaire et le plus près possible de l'articulation.

Règle : le segment osseux A est stabilisé seul le segment osseux B est mobilisé.

LES DOIGTS

Une règle devrait s'appliquer aux nouveaux élèves : commencer du plus simple au plus complexe. Ou du plus facile au plus difficile, ou encore du moins dangereux au plus dangereux

C'est ainsi que les TNF aux doigts ou aux orteils devraient être enseignés en premier avant celles traitant la colonne vertébrale.

ARTICULATIONS METACARPIENNES ET INTERPHALANGIENNES

L'exemple sera l'index :

Les mouvements du jeu articulaire de cette articulation sont

- 1- L'extension en longueur axiale
- 2- Le glisse antéro-postérieur et l'inclinaison antéro-postérieure
- 3- Le glissé en abduction – adduction.
- 4- La rotation axiale

Comme ces mouvements de glissé articulaire sont très minimes par rapport aux mouvements actifs de flexion-extension, ils devront être accomplis avec une extrême précision et la prise du thérapeute sera très près du joint articulaire.

Extension axiale : la prise du thérapeute se fait très proche de l'articulation. L'extension est progressive en intensité. (Fig 1a et 1b)



Fig 1a : position de départ



Fig 1b : position d'arrivée

ARTICULATION MEDIO-CARPIENNE

Trois mouvements vont être explorés par des mobilisations en glissements spécifiques.

L'extension axiale qui débutera toutes les techniques, vient ensuite les mobilisations **en glissement antéro-postérieur** et postéro-antérieur pour terminer par celles en **flexion en arrière des os de la rangée distale** sur ceux de la rangée proximale.

Première technique : extension axiale (traction dans l'axe de l'avant bras).

Cette technique, non spécifique, est la même pour toutes les articulations du coude et du poignet.

Elle sera la même pour toutes les tractions axiales de l'avant bras.

Position du patient : le coude gauche fléchi à 90°, son avant bras en position neutre.

Position du praticien : Sa main gauche glisse le long de l'avant bras gauche du sujet et assure une prise après les processus (apophyses) styloïdes du radius et de l'ulna (cubitus) (Fig 2 et 3). Il applique une contre pression au coude gauche avec sa main droite (Fig 1).



Fig 1 : contre pression avec la main droite au coude.



Fig 2 : la main gauche glisse le long de l'avant bras gauche.



Fig 3 : prise après les processus styloïde du radius et de l'ulna.

Le geste : une fois l'avant bras stabilisé, il effectue une traction dans l'axe de l'avant bras (Fig 4).



Fig 4 : traction par le bras gauche contre appui par le droit.

Deuxième technique : mobilisation en glissement postéro-antérieur du médio carpe (de la rangée distale sous la proximale)

Position du patient : installé confortablement de préférence assis plutôt que debout, le coude fléchi autour de 90°, l'avant-bras en position intermédiaire, le pouce au zénith. Le poignet légèrement en flexion palmaire de 10 à 20 ° (Fig 5).



Fig 26 : la main gauche glisse le long de l'avant bras gauche.



Fig 27 : prise après les processus styloïde du radius et de l'ulna.



Fig 28 : traction par le bras gauche contre appui par le droit.

Deuxième technique : inclinaison en arrière du scaphoïde et du lunatum (semi lunaire) sur le radius.

Position du patient : assis ou debout mais détendu, le coude fléchi autour de 90° et l'avant-bras en pronation. L'exemple ici est le poignet gauche.

Position du praticien : debout, il lui fait face. Le pouce gauche se place sur le scaphoïde côté dorsal, le pouce droit sur le lunatum (semi lunaire) aussi sur le côté dorsal. Les pouces sont positionnés en longueur axiale sur le radius du patient, les index en crochet, fléchis en angle droit et placés en face des pouces face palmaire.

Le geste : le scaphoïde et le lunatum (semi lunaire) sont amenés doucement en flexion palmaire sous l'extrémité inférieure du radius. Dans le même mouvement l'avant bras est soulevé en augmentant la flexion du coude ce qui amène le poignet en flexion palmaire de 5 à 10° (Fig 29, Fig 30). L'avant bras est poussé progressivement en bas vers le sol par une inclinaison cubitale des poignets du praticien. Le poignet passe en flexion dorsale (Fig 31, Fig 32).



Fig 29 : flexion palmaire à 10/20°. Pouce gauche sur le scaphoïde et le pouce droit sur le lunatum.

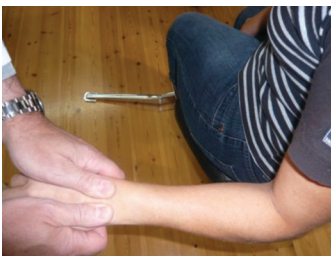


Fig 30 : flexion palmaire à 10/20°. Vue de haut.



*Fig 31 : Mobilisation par les deux pouces en poussée vers le bras.
Le poignet passe en dorsiflexion.*



Fig 32 : Mobilisation par les deux pouces en poussée vers le bras. Vue de haut.

Important : l'inclinaison dorsale des poignets peut être réalisée plus ou moins vite. Dans les TNF le mouvement brutal en « coup de fouet » est abandonné au profit de mobilisations analytiques douces et précises. Bien tolérées elles en sont d'autant plus efficaces. Les deux pouces mobilisent de façon spécifique le scaphoïde et le lunatum (semi lunaire) qui s'inclinent vers l'arrière, l'articulation radio-carpienne bâille du côté palmaire.

Troisième technique : les inclinaisons latérales.

Inclinaison latérale vers l'ulna pour décoapter le scaphoïde du radius.

Position du patient : assis ou debout, le bras gauche détendu, le coude fléchi à 90°, l'avant bras en position intermédiaire le pouce au zénith.