

G. D. Maitland : Articulations pérphériques : évaluation, examen et traitement par le mouvement passif

Autor(en): **Nirascou-Clerc, M.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista :
bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): **26 (1990)**

Heft 4

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930166>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

G. D. Maitland

Articulations périphériques

Evaluation, examen et traitement par le mouvement passif*

M. Nirascou-Clerc, Directrice ECVP, 2 Av de la Sallaz, 1005 Lausanne

Geoffrey D. Maitland, physiothérapeute australien, est connu depuis une vingtaine d'année en Australie et Nouvelle Zélande pour son concept de traitement basé sur l'évaluation, l'examen et le traitement par le mouvement passif. Ce concept de traitement est encore méconnu dans les pays francophones et c'est avec un très vif intérêt que nous voyons paraître cette traduction française de «Peripheral Manipulation», publiée par Payot Lausanne et Doin Editeurs à Paris.

Cet ouvrage permet d'atteindre deux objectifs:

- approcher ce concept de traitement avant de suivre la formation pratique dispensée sous forme de cours post-gradués
- servir d'accompagnement auxdits cours.

Rappelons brièvement ce concept:

Le concept de Maitland est élaboré sur un mode d'utilisation du mouvement passif dans l'examen et le traitement des articulations périphériques et rachidiennes. Le but du traitement est la restitution d'une fonction articulaire asymptomatique et intégrale. Maitland parle de concept et non de technique car les techniques enseignées ne sont que des outils que les physiothérapeutes doivent apprendre à utiliser et à adapter en fonction de leurs intentions.

La prise en charge du patient consiste tout d'abord à saisir le problème tel qu'il est vécu.

Bilan subjectif

Il est issu directement de l'interrogatoire du patient. Il débute par l'étude des symptômes, leur distribution et leurs caractéristiques qui sont reportées sur un schéma topographique. Le physiothérapeute pose ensuite les questions relatives aux manifestations des symptômes dans les activités de la vie quotidienne. Le rapport direct entre le mouvement et le symptôme confirme le ca-

ractère mécanique du problème. L'histoire de l'affection est soigneusement notée.

Planification de l'examen physique

Cette étape constitue le lien entre le bilan subjectif et l'examen physique. Elle est essentielle car elle détermine le choix et le dosage des tests physiques à effectuer. Trois critères sont retenus:

- l'intensité des symptômes évoqués par le patient
- l'irritabilité du problème caractérisée par la durée nécessaire à l'apaisement de symptômes facilement induits la nature du problème

L'examen physique

Il est orienté vers la recherche et la confirmation des structures symptomatiques. Le physiothérapeute étudie les caractéristiques des symptômes en fonction du mouvement.

Après une observation systématique du patient, les tests actifs par l'examen analytique de tous les mouvements actifs susceptibles de reproduire les symptômes du patient sont effectués.

Les tests passifs débutent par la palpation des tissus mous et se poursuivent par l'exploration des mouvements accessoires qui ne peuvent être reproduits que sous l'effet d'une contrainte extérieure. L'intégralité et l'indolence de ces mouvements accessoires sont indispensables aux mouvements physiologiques.

Les mobilisations passives, exercées tant à l'examen que durant le traitement, sont caractérisées par leur place dans la course articulaire et par leur amplitude. Leur vitesse d'exécution est telle que le patient peut en permanence s'y opposer. Ces mobilisations sont effectuées selon une graduation particulière:

- stade I:
faible amplitude en début de course
- Stade II:
grande amplitude dans une course libre de toute résistance
- Stade III:
grande amplitude pénétrant la résistance

- Stade IV:
petite amplitude en fin de course pénétrant la résistance

- Stade V:
ou «manipulation locale» diffère du stade IV par la vitesse du mouvement empêchant le patient de s'y opposer. En aucun cas, la limite articulaire physiologique est dépassée.

Le traitement

Sans entrer dans l'ensemble des situations que peut rencontrer un physiothérapeute, considérons simplement les deux principaux facteurs, douleur et/ou raideur, responsables des limitations des mouvements.

Dans le cas de patients très irritables et dont la douleur persiste même au repos intervient la notion fondamentale de la possibilité de traiter la douleur par le mouvement passif libre et indolore. Il s'agit de placer le patient dans la position qui soit la plus antalgique possible et d'imprimer alors des mouvements accessoires indolores. Une mobilisation de stade I est exercée. Après une progression dans l'amplitude active indolore dès la 2^e ou 3^e séance, l'amplitude des mouvements accessoires est augmentée. Du stade II au stade III, le physiothérapeute progresse vers la limite des mouvements accessoires. L'étape suivante consiste à imprimer des mouvements accessoires dans d'autres positions articulaires, mais ces mobilisations doivent toujours rester indolores. Ainsi la progression du traitement s'effectue dans la direction du mouvement physiologique où les symptômes se dissipent.

Le principe de traitement de la raideur consiste à imprimer des mouvements physiologiques en alternance avec des mouvements accessoires en fin d'amplitude selon le stade IV. Le physiothérapeute pénètre la résistance puisque le but est un gain d'amplitude.

La situation la plus fréquemment rencontrée est celle où la douleur et la raideur coexistent. Si les éléments relevés lors de l'examen ne l'interdisent pas, le physiothérapeute prend comme cible le mouvement accessoire

* Traduit de l'anglais par D. Goldman

endolori. Il faut absolument que la douleur provoquée disparaisse à chaque fois que la pression est levée. La progression se fait par un engagement croissant dans l'amplitude passive des mouvements accessoires. Cette traduction s'est faite en étroite collaboration entre G. Maitland et D. Goldman. Chaque doute par rapport à la terminologie, à la pédagogie ou à l'illustration a été l'occasion pour l'auteur d'apporter une précision, une confirmation ou une correction. Seule cette étroite collaboration entre l'auteur et le traducteur a permis que cette traduction soit une mise à jour tenant compte des compléments et des modifications les plus récentes qui seront d'ailleurs reprises lors de la prochaine édition anglaise. Les bases théoriques développées dans

les cinq premiers chapitres sont plus importantes que dans l'édition originale. La partie traitant de l'épaule a été refondue et des adjonctions de schémas et de texte ont été faites. Six séries de séquences photos viennent utilement les compléter.

Nous tenons à remercier M. Goldman pour l'important travail qu'il a accompli et le soin tout particulier qu'il a apporté à la précision de cette traduction afin de permettre la parution de cet ouvrage en langue française. Cet apport est un complément essentiel à l'enseignement du concept de Maitland en français. Nous souhaitons que M. Goldman se lance avec le même soin dans les traductions des autres ouvrages de G. D. Maitland.

Un médicament contre les crises extrêmes de hoquet

(DS) Après des années d'épisodes sévères de hoquet, des malades ont bénéficié d'un médicament, le baclofène, connu comme antispasmodique et agissant au niveau de la moelle épinière.

D'autres médicaments (y compris la cimétidine, agent inhibant la sécrétion d'acide gastrique, et les benzodiazépines, qui entraînent une relaxation musculaire) et même une anesthésie par blocage nerveux sont restés sans effet, selon le Dr Allan Burke, du Michael Reese Hospital (Chicago).

L'un des malades souffrait depuis 18 ans de crises de hoquet durant chaque fois entre deux et trois semaines sans arrêt, indique le Dr Burke.

Info

I farmaci che abbassano il tasso di colesterolo potrebbero prevenire il cancro

(SA) – Secondo alcuni ricercatori, riducendo il tasso di colesterolo si potrebbero non solo prevenire i disturbi cardiaci ma anche la formazione di tumori. Questi medici hanno in effetti scoperto che un nuovo farmaco, la lovostatina, interferisce con la divisione cellulare esplosiva che si verifica in caso di cancro.

Tale proliferazione dipende a quanto pare dall'azione di una proteina detta ras e da un'anomalia di questa proteina. Normalmente la proteina ras inibisce la crescita delle cellule. Nel caso di malfunctionamento, essa continua a ordinare alle cellule di dividersi e non riesce più ad interrompere il proprio funzionamento.

La proteina ras ha però assolutamente bisogno di colesterolo.

Per l'esattezza, essa deve innanzitutto fissarsi su di una molecola, il farnesil-pirofosfato, situata sulla membrana cellulare. L'organismo ha bisogno di questa molecola per produrre il colesterolo.

In altre parole, quando un farmaco riduce il tasso di colesterolo della circolazione sanguigna, la cellula fa ricorso al farnesil-pirofosfato per convertirlo in colesterolo impedendo alla proteina ras difettosa di legarsi ad esso sulla superficie della cellula e di ordinare alle cellule di dividersi.

Sotto la guida del Prof. Jasper Rine, del reparto di genetica dell'Università della California (Berkeley), i ricercatori avanzano l'ipotesi che i farmaci che abbassano il tasso di colesterolo potrebbero rappresentare una nuova forma di terapia per il cancro. La lovostatina è già sottoposta a prove nei topi particolarmente soggetti ai tumori.

Football des jeunes: grands maigres, attention!

(DS) Une étude menée pendant un stage d'été de football a révélé pourquoi certains garçons étaient prédisposés à se blesser.

Les garçons grands, parvenus à un complet développement de leur squelette, mais musculairement faibles sont particulièrement vulnérables.

Afin de réduire le nombre des blessures, les spécialistes de la médecine du sport recommandent donc désormais de faire jouer ensemble les jeunes footballeurs en fonction de leur développement musculaire plutôt que par groupes d'âge.

L'incidence des blessures a été de 10,5 pour 1 000 heures de jeu chez les filles et de 7,3 chez les garçons, âgés de 6 à 17 ans.

Les chevilles ont été le plus souvent touchées et 70% de toutes les blessures ont concerné les jambes, la plupart de ces accidents étant sans gravité.