

Douleurs coxales chez les jeunes patients, 2ème partie

Autor(en): **Sanavi, Shahab / Berger, Fabian / Beck, Martin**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fisio active**

Band (Jahr): **43 (2007)**

Heft 6

PDF erstellt am: **30.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929706>

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.

Douleurs coxales chez les jeunes patients, 2^{ème} partie

Shahab Sanavi, physiothérapeute*, Fabian Berger, physiothérapeute*, Martin Beck, PD Dr. Med.**

* Physiothérapie Orthopédie, Hôpital universitaire de l'Île, Berne ** Clinique orthopédique, Hôpital universitaire de l'Île, Berne

Le conflit fémoro-acétabulaire (CFA) repose en partie sur des anomalies discrètes de la tête fémorale et/ou de l'acétabulum qui provoquent un contact pathologique entre la surface de la glénoïde et le col du fémur. Sans traitement, ce phénomène provoque une détérioration du cartilage de l'articulation et une coxarthrose.

L'objectif du traitement chirurgical est de supprimer les causes mécaniques du CFA, ce qui permet de réduire la douleur et ralentir le processus dégénératif. Hormis les causes structurelles, il existe des surexploitations fonctionnelles de l'articulation de la hanche qui peuvent provoquer des douleurs coxales comme des pincements et qui peuvent bénéficier d'un traitement conservateur.

Approches physiothérapeutiques des douleurs de type pincement après exclusion d'un conflit fémoro-acétabulaire

L'objectif de la physiothérapie est tout d'abord de réduire la douleur et d'obtenir une amélioration qualitative du mouvement de l'articulation coxale. On constate qu'une physiothérapie manuelle intensive au sens d'une amélioration quantitative du mouvement peut s'avérer contreproductive en renforçant la problématique de la douleur.

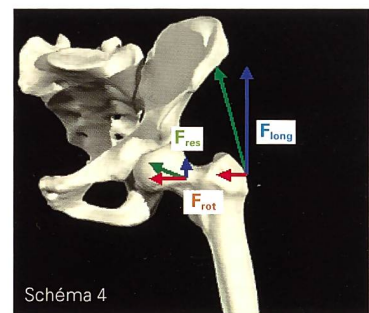
Les trois mauvaises positions de la tête du fémur dans l'articulation

Bien avant que le concept de traitement chirurgical du conflit fémoro-acétabulaire (CFA) soit décrit, le physiothérapeute belge Raymond Sohier a montré les différents mécanismes pathogènes de la hanche et leurs mauvaises positions biomécaniques dans son livre «Le concept analytique» [13]. Par la suite, il a développé une stratégie thérapeutique conservatrice pour chaque problématique. L'objectif du traitement est d'optimiser les forces agissant sur l'articulation afin d'obtenir une harmonisation de la répartition de la pression dans l'articulation.

L'articulation de la hanche présente diverses tendances biomécaniques qui peuvent provoquer une mauvaise position. En fonction de la position du bassin, celle de la glénoïde se modifie. Cela amène une adaptation et une modification de la force résultante dans une direc-

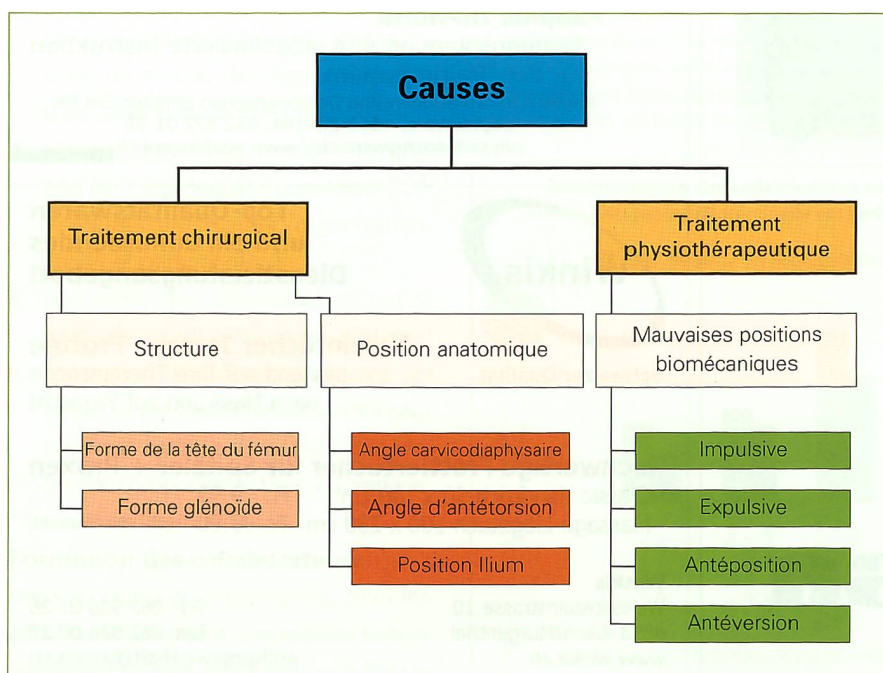
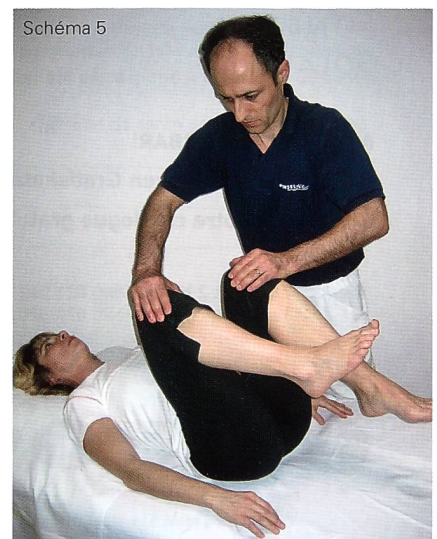
tion spécifique, ce qui provoque alors une pathomécanique et la mauvaise posture qui y est typiquement associée. Les mauvaises postures biomécaniques décrites ci-après sont fréquentes en cas de problème d'articulation au niveau coxal. Pour définir et visualiser leurs mécanismes, nous avons choisi les situations extrêmes car elles permettent de représenter clairement la mauvaise posture apparente.

Impulsive



La force résultante (F_{res}) est généralement médiane, ce qui accentue la compression médiane de la structure cartilagineuse par rapport à la norme. Lorsqu'il reçoit une impulsion, le fémur se trouve en relative abduction par rapport au bassin. La force rotatrice (F_{rot}) diminue et la force longitudinale (F_{long}) augmente. Ces forces s'additionnent pour former des forces résultantes croissantes vers le milieu.

Le contrôle de l'impulsivité



On en estime la qualité et la quantité par une flexion passive. Lorsque la qualité et/ou la quantité diminue, le test peut être considéré comme positif.

Le traitement de l'impulsivité

Une flexion diminuée est un symptôme. Un traitement, au sens d'une amélioration de la mobilité, par exemple une mobilisation manuelle extrême de la flexion, peut provoquer des dommages des structures intra et périarticulaires. Pour traiter la cause, on doit essayer de corriger la position de l'articulation. C'est-à-dire latéraliser la tête du fémur (centrer l'articulation). La technique représentée sur le schéma 6 constitue une possibilité. Elle aboutit à un renforcement spécifique de la musculature en position articulaire centrée (schéma 7a, 7b).

Expulsive (schéma 8)

La force résultante (F_{res}) est généralement latérale, ce qui accentue la compression latérale de la structure cartilagineuse par rapport à la norme.

En expulsion, le fémur est en relative adduction par rapport au bassin. La force longitudinale (F_{long}) est ainsi réduite, et la force rotatrice (F_{rot}) augmente proportionnellement. La somme des deux forces constitue une résultante orientée latéralement.

Le contrôle de l'expulsivité (schéma 9)

On évalue le mouvement correspondant qualitativement et quantitativement par des mouvements passifs en flexion/abduction/rotation externe. Lorsque la qualité ou l'ampleur du mouvement baisse, le test peut être considéré comme positif.

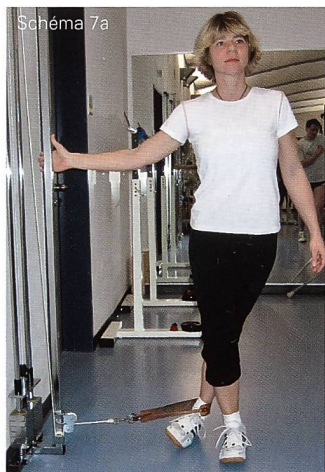
Le traitement de l'expulsivité

Ici aussi, l'amélioration manuelle de l'ampleur du mouvement n'est pas au premier plan. La mauvaise position latérale de la tête du fémur est une indication à la médialiser, permettant ainsi le centrage de l'articulation. Sur le schéma 10, vous pouvez voir une technique passive, parmi les nombreuses autres approches thérapeutiques. Après le centrage passif, on effectue le renforcement adéquat des abducteurs (schémas 11a, 11b).

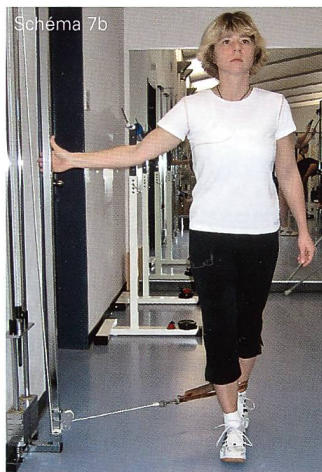
Antéposition (schéma 12)

La force résultante (F_{res}) est généralement ventrale, ce qui accentue la compression ventrale de la structure cartilagineuse par rapport à la norme.

En antéposition, le fémur est orienté vers l'extérieur. La force longitudinale



ASTE: Adduction



ESTE: 0° Abduction

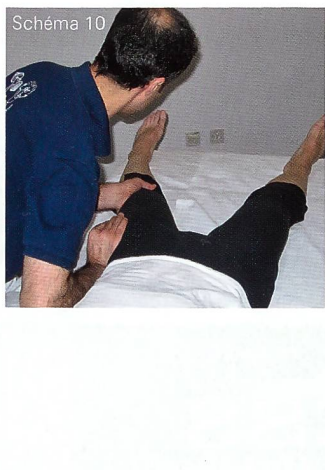
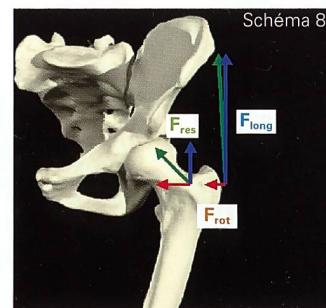
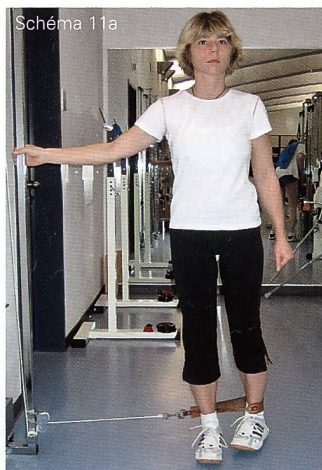
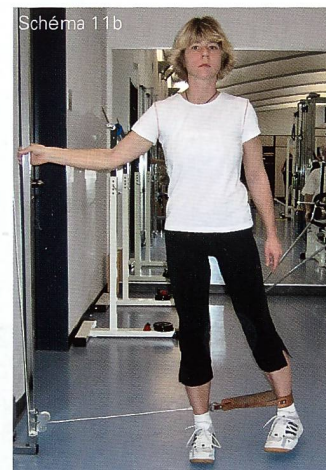


Schéma 10



ASTE: 0° Abduction



ESTE: 30° Abduction

(F_{long}) s'oriente alors partiellement vers ventral, ce qui comprime l'articulation et provoque une force résultante (F_{res}) ventrale.

Le contrôle de l'antéposition (schéma 13)

Le mouvement-test est une rotation passive interne. Lorsque la qualité et/ou la quantité diminue, le test peut être considéré comme positif.

Le traitement de l'antéposition

Pour traiter la cause, la tête du fémur doit être dorsalisée. Le schéma 14 illustre une possibilité de technique thérapeutique. Le schéma 15 présente un exercice permettant la dorsalisation active de la tête du fémur. Il s'agit ici d'une contraction isométrique du muscle iliopsoas dans une flexion de 90° au niveau de l'ar-

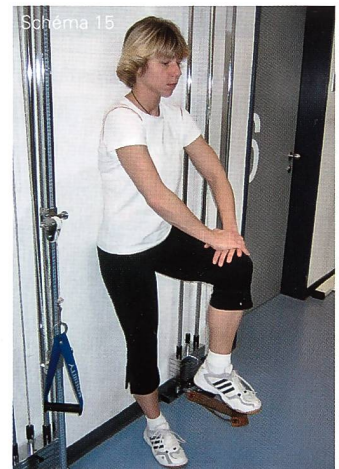
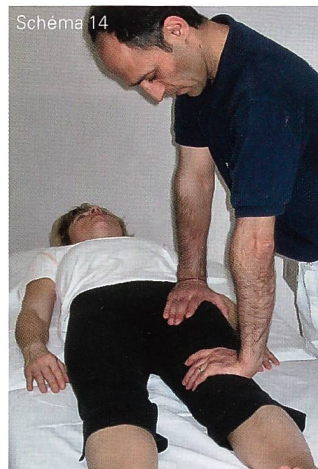
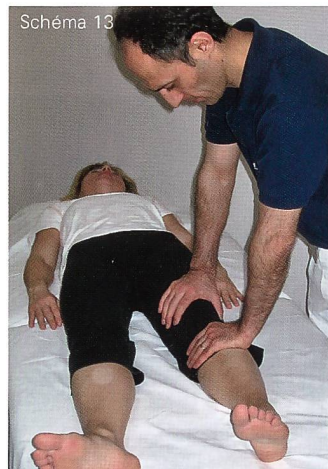
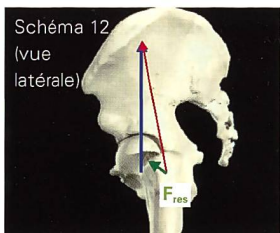
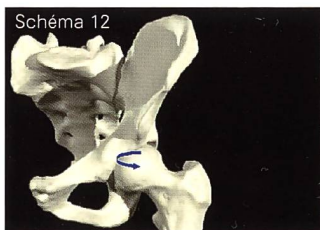
ticulation de la hanche. L'exercice peut également se faire de façon dynamique. L'angle de flexion ne doit pas être inférieur à 70°, car la tête du fémur serait alors tirée ventralement par la traction du muscle iliopsoas.

Sohier a décrit une quatrième mauvaise posture. En raison de la complexité de cette pathomécanique, cet article ne traitera pas le sujet plus en détails.

Conclusion

Le CFA est aujourd'hui perçu comme la cause de la coxarthrose décrite jusqu'ici comme primaire. L'objectif du traitement chirurgical est de l'éliminer en supprimant les morphologies provoquant le pincement au niveau de la tête du fémur et/ou de l'acétabulum pour ralentir le processus dégénératif au niveau de l'articula-

tion. Les mesures physiothérapeutiques ne permettent aucune amélioration dans ces situations. La physiothérapie est indiquée uniquement dans les douleurs coxales fonctionnelles et ne joue aucun rôle en cas de CFA. Avant d'entamer un traitement physiothérapeutique, il faut exclure le diagnostic de CFA, car le traitement risquerait d'accélérer la dégénérescence de l'articulation coxale. Même en cas d'absence de CFA, une mobilisation physiothérapeutique manuelle intensive de la hanche, ayant pour but d'améliorer la mobilité, principalement la flexion, peut aggraver les symptômes et abîmer les structures du cartilage, notamment au niveau du labrum! Avant de traiter de façon ciblée les jeunes patients présentant des douleurs coxales, il est nécessaire d'établir un diagnostic précis.



PHYSIOTHERAPIE FITNESS WELLNESS IN ZUOZ

Vermietung oder Verkauf von Räumlichkeiten

In Neubau (Hotel Allegra Sur)
Nahe Zentrum, Bezug Winter 2007/08
Auskünfte erteilen wir sehr gerne
Tel. 052 761 37 06, hess.arch@bluewin.ch





Fort- und Weiterbildungsprogramm 2008

Ein kompetentes und vielseitiges Programm, das keine Wünsche offen lässt.

Besuchen Sie uns auf unserer Homepage unter

www.rheinburg.ch

oder rufen Sie uns einfach an.

Kurse für Physio-, Ergo-, SprachtherapeutInnen und ÄrztInnen

Bobath-Grundkurse nach IBITA-Richtlinien

Thema: IBITA-anerkannter Grundkurs in der Befundaufnahme und Behandlung Erwachsener mit neurologischen Erkrankungen (Bobath-Konzept)

Daten:

B29: Teil I: 03.–14.03.2008
Teil II: 16.–20.06.2008
B30: Teil I: 20.–31.10.2008
Teil II: 26.–30.01.2009

Leitung:

Louise Rutz-LaPitz, IBITA-Senior-Instruktorin

Aufbaukurs; Bobath-Konzept (nach IBITA-Richtlinien)

Thema: IBITA-anerkannter Advanced-Kurs in der Befundaufnahme und Behandlung Erwachsener mit Hemiparese und anderen neurologischen Erkrankungen

Datum:

A14: 26.–30.05.2008

Leitung:

Louise Rutz-LaPitz, IBITA-Senior-Instruktorin

Problemorientiertes Seminar

Thema: Gang für ErgotherapeutInnen

Datum:

11./12.04.2008

Leitung:

Louise Rutz-LaPitz, IBITA-Senior-Instruktorin

Thema: Bobath-Refresher

Datum:

24.–26.04.2008

Leitung:

Louise Rutz-LaPitz, IBITA-Senior-Instruktorin

Kurse für Physio-, Ergo-, SprachtherapeutInnen und ÄrztInnen

Thema: Klettertherapie – Behandlungsansätze für den Hand-/Armgebrauch in der Neurologie

Datum:

06./07.06.2008

Leitung:

Louise Rutz-LaPitz, IBITA Senior-Instruktorin
Barbara Gut, dipl. Physiotherapeutin

Kurse für Pflegepersonal

Bobath-Grundkurs in der therapeutischen Pflege

Thema: Grundkurs in der therapeutischen Pflege Erwachsener mit neurologischen Erkrankungen (Bobath-Konzept)

Daten:

P19: Teil I: 07.–09.04.2008
Teil II: 23.–25.06.2008
P20: Teil I: 10.–12.11.2008
Teil II: 12.–14.01.2009

Leitung:

Margrit Wipf, Bobath-Instruktorin
im Fachbereich Pflege (IBITA-Swiss)

Vertiefungskurs in der therapeutischen Pflege

Thema: Vertiefungskurs in der therapeutischen Pflege Erwachsener mit neurologischen Erkrankungen (Bobath-Konzept)

Datum:

V14: 13.–15.10.2008

Leitung:

Margrit Wipf, Bobath-Instruktorin
im Fachbereich Pflege (IBITA-Swiss)