

Le coude

L' épicondylite

Comprendre ses étiologies

Comment dans ma pratique quotidienne allons-nous aborder et traiter cette pathologie chronique?

(Les examens cliniques tels que: Rx, sg, Emg, échog. sont négatifs; il n'y pas de lésions orthopédiques).

Nous allons rechercher dans les différentes zones du corps

- 1- Pariétal
- 2-Viscéral
- 3-Neurologique ou dans les "attitudes" du corps
- 4-Postural

Les Tests kinésiologiques pour la colonne cervicale (brachiale) seront bien utiles pour mettre en évidence une lésion de restriction de cette zone, d'étiologie possible face à cette épicondylite.



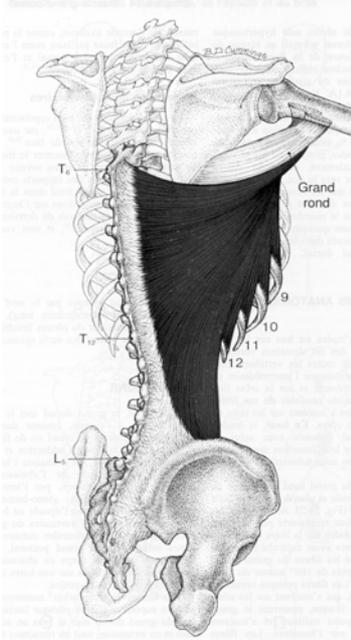


C6



C7

A travers la compréhension de l'anatomie et des fonctions musculaires, nous verrons que lors du traitement de cette pathologie, il sera utile d'aller investiguer la bonne mobilité du bassin et de ces annexes.



Grand dorsal: Relais entre les deux ceintures.
Adducteur et rotateur interne.

Epicondyléens: Rotateurs externes, font partie de la chaîne d'ouverture du membre supérieur

Au vu de ces constatations, nous pouvons facilement imaginer des tensions issues du bassin, se répercutant au coude, via le grand dorsal.

Les lésions articulaires du coude :

lésions de restrictions articulaires les plus courantes:

- Latéralité interne huméro-cubitale
- Tête radiale postérieure
- Rotation externe du cubitus

Par une analyse kinésiologique, nous pouvons mettre en évidence ces lésions :

Tests kinésiologiques du coude



Test du triceps



Test du triceps + ext.pgnt.



Test du triceps + fl.pgnt.



Test du biceps

Réharmonisations de lésions du coude

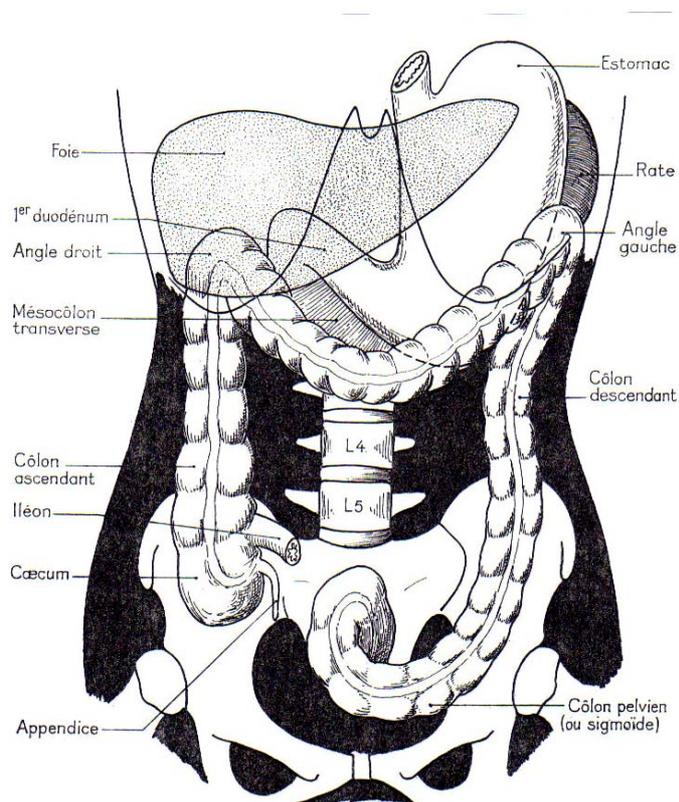
Correction de la latéralité huméro cubitale et de la rotation externe du cubitus



Correction de la tête radiale postérieure



Corriger le pariétal ; mais ne pas oublier le domaine viscéral qui influence énormément la chronicité de ces pathologies tendineuses, la normalisation du gros intestin fera partie du traitement de l'épicondylite





Travail de posture au niveau du coude

es épicondyléens font partie de la chaîne d'ouverture du membre supérieur.





Le Poignet et la main :

On distingue 3 mécanismes

1. Chute sur la main:

Extension du poignet qui se traduit par une limitation des mouvements de flexion et d'abduction.

2. Pro-supination forcée:

Ouvrir un robinet, tournée une poignée de porte.

Une supination forcée responsable des lésions en extension avec restriction de la flexion.

Une pronation forcée responsable de lésions de flexion avec restriction en extension.

3. Adduction forcée:

Le port de charges lourdes, l'utilisation d'outil lourd, le port de plat lourd pouvant entraîner une lésion d'adduction du poignet avec restriction en flexion et en abduction.

Plan thérapeutique des lésions du poignet

1. Mobilisation globale en flexion - extension
2. Mobilisation des différents rayons
3. Palpation des os à la recherche d'une douleur.
Mobilisation des os autour de l'os douloureux
(le sens de la restriction, nous donne le sens de la correction).

!!!! On ne thrust jamais sur l'os douloureux = hypermobilité

Correction de latéralité du poignet



Normalisations du semi-lunaire ou grand os dans les lésions de flexion et d'extension



Lésion de flexion

Lésion d' extension



Lésions des métacarpiens

Etiologies:

Elles sont souvent secondaires à un choc direct sur la main ou à un coup de poing.

Mécanismes:

Il se produit une sub luxation postérieure de la base du métacarpien par rapport à l'os de la 2e rangée du carpe. Cette lésion est associée à une rotation axiale du métacarpien due au spasme des interosseux.

Symptômes et diagnostic:

Douleur du doigt correspondant

Palpation :

On note une bosse dorsale au niveau de la base du méta ou un creux au niveau de l'os du carpe

Test de mobilité :

Restriction en rotation du méta., restriction ant/post en touche de piano

