Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 30 (1994)
Heft: 7

Artikel: Dysconcordances sacro-iliaques et pubiennes
Autor: Haye, Michel
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929340

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Michel Haye, Charleroi, Belgique

KINÉSITHÉRAPIE

Dysconcordances sacro-iliaques et pubiennes

Revue et expliquée dans ses fonctions dynamiques au sein de l'ensemble lombo-sacro-coxo-fémoral, la sacro-iliaque dysconcordante puis la symphyse pubienne sont abordées en dehors des manipulations, sources d'algies. La décoaptation après mise en tension permet le mouvement, puis la marche correctrice.

Par dysconcordance nous entendons dyspositionnement, concordance imparfaite, responsable de rapports dysharmonieux et asynchrones entre les surfaces articulaires au cours du mouvement.

La dysconcordance des articulations sacro-iliaque et pubienne peut avoir une origine traumatique, survenir en postpartum ou encore concrétiser une fonction pathomécanique. C'est de notre attitude thérapeutique face à ce dernier type de «lésion» qu'il sera question ici. Dans la littérature, bon nombre d'examens relatifs à la sacro-iliaque envisagent un dyspositionnement global des éléments articulés provoqué par la seule perturbation des tensions myofasciales. Ces perturbations existent, mais à la lumière de ce que nous montre R. Sohier, ces tensions ne sont que des réponses aux sollicitations biomécaniques ou pathomécaniques du trigone lombo-sacro-coxo-fémoral. Réaliser d'emblée des examens de tensions et appliquer des techniques myotensives au niveau de la sacro-iliaque nous semblent dès lors peu utile et en tout cas prématuré. Cette articulation étant, en effet, le maillon intermédiaire du trigone, le moins mobile et le plus stable, sa dysfonction sera le plus souvent consécutive à celle de la hanche ou de L5–S1, voire de ces deux articulations bien plus susceptibles de se déstabiliser. D'autre part, et c'est un fait confirmé par l'observation clinique, après avoir normalisé la mobilité articulaire et rendu au trigone un rythme biomécanique, les tensions anormales s'atténuent progressivement puis disparaissent et avec elles, le dyspositionnement du bassin ou de l'hémi-bassin.

Maintenant, si ce dyspositionnement ne disparaît pas, nous pensons qu'il n'est plus seulement consécutif à une perturbation des tensions myofasciales et que cette disconcordance articulaire fonctionelle a abouti à un état de coincement que l'on ne peut plus mettre en évidence par des examens de tension mais bien par des examens sélectifs de coincement.

Nous en sommes donc là. Nous connaissons le type de statique et le type de marche préférentiels du patient ainsi que le rythme mécanique de son trigone. Nous avons des données relatives à sa morphologie osseuse grâce à la radiographie et à sa morphologie tout court, grâce à notre coup d'œil de maquignon en machine humaine. Nous avons dans un premier temps normalisé la hanche et la charnière lombo-sacrée, nous y avons associé une rééducation fonctionnelle et proprioceptive du trigone par l'exercice du type marche adéquat et notre patient n'est pas entièrement satisfait; il persiste encore des douleurs au niveau sacré. Nous devons dès lors envisager la dysharmonie et la réharmonisation de l'articulation sacro-iliaque.

Les références bibliographiques relatives à la sacro-iliaque sont très nombreuses et font allusion à des examens et à des techniques très différents. Aussi nos examens analytiques se sont efforcés de simplifier les choses. Compte-tenu du fait que le ligament axile, puissant ligament axial n'autorise que les mouvements de nutation ou de contre-nutation, seuls les dérapages en antébascule ou en postérobascule, avec ou sans composante ascensionnelle de l'iliaque nous semblent survenir.

Certaines écoles différencient lésions sacro-iliaques et lésions ilio-sacrées selon que la perturbation primaire vient du sacrum (pour nous du haut) ou de l'iliaque (pour nous du bas). En conséquence, une première classification en sacrum antérieur ou postérieur et en iliaque antérieur ou postérieur est décrite.

L'existence de torsions isolées du sacrum sans modification des rapports entre les ilions est une idée défendue par certains. Le sacrum tournerait autour d'un axe oblique allant du pôle supérieur d'un auricule vers le pôle inférieur de l'auricule opposé. D'autres que nous ont étudié ces situations et proposé des techniques d'examen et de thérapie. Nous vous y renvoyons.

Notons quand même que les expérimentations de Frigerio, Stowe et Howe qui ont utilisé sur cadavres et sujets vivants, une technique radiologique computérisée, ont infirmé l'existence de mouvements de rotation du sacrum, et uniquement observé des déplacements «dodelinants» vers l'avant ou l'arrière du promontoire sacré entre les os iliaques, ce que confirme d'ailleurs l'optique de Kapandji dont nous reparlerons plus loin.

Pour nous, cette notion d'axe oblique existe surtout dans le but de permettre au sacrum de réaliser son alternance de pressions – dépressions au niveau des grands et petits bras, notamment en phase unipodale. De toute façon:

- Comme dans la plupart des cas, tôt ou tard, le déplacement compensateur, et en direction opposée de l'iliaque, survient en cas de sacrum antérieur ou postérieur;
- comme les examens de mobilité articulaire s'adressent le plus souvent à l'aile iliaque;
- comme en référence au trigone, les rythmes de suspension se font par des contractions de muscles insérés sur l'iliaque, nous retiendrons, toujours dans notre souci de simplification, la terminologie en iliaque antérieur lorsque l'ilion sera désaxé en avant par rapport au sacrum et en iliaque postérieur lorsque l'ilion sera désaxé en arrière par rapport au sacrum.

L'examen palpatoire

Cet examen fait partie intégrante de la palpation des régions lombaire et coxo-fémorale. Rappelons à ce sujet les expérimentations de Maitland et de Hackett.

L'un avait injecté une solution salée hypertonique dans le système capsulo-ligamentaire de L5–S1 et avait constaté que les douleurs et hypersensibilités provoquées étaient les mêmes que celles d'une véritable affection sacro-iliaque; l'autre avait constaté la même chose en sclérosant, par infiltration, les ligaments lombaires pour un corset, une rigidification naturels. Il ne faut donc pas oublier les relations existant entre ces régions. L'innervation de la sacro-iliaque est en effet essentiellement assurée par les racines L5, S1, S2.

Le décubitus latéral est la position que nous utilisons habituellement pour réaliser l'examen palpatoire. La jambe du dessus est fléchie, cuisse en légère abduction, reposant sur un épais pelochon. Cette position est pratiquement toujours bien acceptée par le patient et donne au thérapeute un accès facile à la région lombo-sacro-coxo-fémorale. Nous savons que les ligaments sacro-iliaques postérieurs et sacro-sciatiques sont d'une importance capitale pour assurer la stabilité de l'articulation sacro-iliaque puisqu'aucun muscle ne relie directement le sacrum à l'iliaque.

On appréciera la tension et la sensibilité des ligaments sacro-iliaques postérieurs en palpant de l'extrémité postérieure de la crête iliaque vers les tubercules sacrés postéro-internes. Ces ligaments freinant la dénutation sacrée sont mis en tension par un iliaque antérieur. Les tissus susjacents peuvent être le site d'un œdème, voire d'une densification, d'un épaississement si l'affection existe depuis longtemps (Maitland).

On palpera la tension des ligaments sacro-sciatiques en faisant progresser les doigts de la partie interne de l'ischion vers l'anus. Cette région est normalement très détendue dans la position précitée. Si une induration existe avec éventuellement des algies d'insertion au niveau de la partie interne des EIPS, de l'épine sciatique ou de l'ischion, cela se perçoit aisément et signe bien souvent un iliaque postérieur. Ces anarchies de tension peuvent de plus engendrer des appuis excessifs au niveau du paquet vasculo-nerveux du nerf sciatique et par là, des sciatalgies.

En remontant, on réalisera l'examen proposé il y a longtemps par Waghemacker et qui consiste simplement à palper la berge iliaque de l'articulation, berge plus saillante en cas d'iliaque postérieur. Un peu plus haut, la palpation du ligament ilio-lombaire nous sera également utile puisque le degré de tension de ce ligament s'accentue en cas d'iliaque. Enfin, sur le plan musculaire, il faut savoir que des contractures, des algies d'insertion peuvent exister au niveau des ischio-jambiers et des pelvi-trochantériens maintenant un iliaque postériorisé à l'excès sur un rythme pathomécanique du trigone à gravité antérieure et à réponse du sol antérieure. De même, des contractures et des algies d'insertion psoïques peuvent survenir lorsque ce muscle maintient un iliaque antériorisé à l'excès sur un rythme pathomécanique du trigone postérieure et à réponse du sol postérieure.

Les tests de mobilité articulaire

Comme nous l'avons déjà signalé, de très nombreux tests relatifs à la sacro-iliaque existent. Ils sont très différents selon les écoles, tant dans leurs justifications que dans leurs réalisations. Toutefois, à la lumière de notre analyse du trigone, ils peuvent être classés en deux catégories:

- les tests mettant en évidence les troubles de l'alternance frontale du trigone,
- les tests mettant en évidence les troubles de l'alternance sagittale du trigone.

Dans la première catégorie, nous trouvons, entre autres, les tests de Maitland: coucher dorsal, jambes fléchies et légèrement écartées, pieds à plat, abduction ou adduction contre résistance; ceux de Farabeuf: coucher dorsal, jambes tendues compression ou écartement des ailes iliaques. Citons enfin les tests qui mobilisent l'iliaque par mise en tension du ligament de Bertin ou ligament ischio-fémoral.

Ces tests trouvent leurs justifications dans le fait que la nutation sacrée s'accompagne physiologiquement d'un rapprochement des ailes iliaques et d'un écartement des tubérosités ischiatiques. L'inverse s'observe au cours de la dénutation sacrée (Kapandji). Ainsi dans les tests de Farabeuf, un iliaque postérieur rendra la compression des ilions peu souple et douloureuse. L'iliaque antérieur aura les effets inverses: l'algie survient lorsqu'on tente d'écarter les ailes iliaques. Dans le cas des tests de Maitland, la contraction des adducteurs donne une composante d'écartement des tubérosités ischiatiques alors que la contraction des abductuers donne une composante d'écartement des ailes iliaques.

Pour ce qui concerne les mobilisations iliaques par tension ligamentaire, rappelons que la sollicitation du ligament de Bertin par adduction et rotation externe de la cuisse, écarte et antériorise l'aile iliaque alors que la tension du ligament ischio-fémoral par abduction-rotation interne comprime et postériorise l'aile iliaque.

Dans la deuxième catégorie, c'est a-dire pour ce qui concerne les troubles de l'alternance sagittale du trigone, les tests ont pour

principe de solliciter l'iliaque en antéversion via le droit antérieur et l'iliaque en postéro-version via les ischio-jambiers (Mennell). La douleur présente au niveau de l'interligne provient de l'exagération de l'entorse dans un sens ou dans l'autre. Tels qu'ils sont décrits dans la littérature, ils présentent l'inconvénient de solliciter d'une manière importante la charnière lombo-sacrée ou encore l'articulation coxo-fémorale, ce qui leur fait perdre une bonne partie de leur aspect sélectif.

Nous avons essayé de pallier ces inconvénients et dans le cadre d'une «lésion» en iliaque antérieur droit, nous proposons l'examen suivant:

- Sujet en décubitus latéral droit; jambe du dessus sur pelochon, hanche fléchie, torsion du tronc de haut en bas par traction du bras au zénith. Nous utilisons là le principe du «paradoxe de Sohier», décrit il y a déjà longtemps et confirmé par scanner, il y a peu, par Dethier et ses collaborateurs.

Ce principe dit que la rotation vertébrale, si elle vient du haut, entraîne une décoaptation interapophysaire isolatérale et une hypercoaptation interapophysaire hétéro-latérale. Si la rotation vient du bas, la décoaptation sera hétérolatérale et l'hypercoaptation isolatérale. Nous provoquons donc une torsion de haut en bas par traction du bras, et quand elle arrive au bas de la colonne, cette torsion verrouille la charnière lombo-sacrée du côte de l'appui en hypercoaptation et ses possibilités de participation au test sont alors très réduites, voire inexistantes.

Le thérapeute antériorise l'iliaque du côte de l'appui en tractant progressivement la jambe de ce côté (genou fléchi) vers l'arrière. L'autre main placée à plat sur l'interligne sacro-iliaque (du côte de l'appui) sent normalement un effacement de l'interligne, un «roulement rentrant» de l'E.I.P.S. (Quand l'iliaque est postérieur, l'antériorisation est bloquée.)

Dans le cadre d'une lésion en iliaque postérieur droit, nous partons du même principe avec une position peu différente: sujet en décubitus latéral droit, jambe du dessus dans le prolongement du tronc, jambe du dessous fléchie. Le verrouillage de L5–S1 (côté de l'appui) est également réalisé par torsion rachidienne du haut en bas. Une fois la position prise, le thérapeute postériorise l'iliaque du côté de l'appui en plaçant le membre de ce côte, genou tendu en flexion progressive de hanche. La main placée à plat sur la sacro-iliaque isolatérale sent normalement un interligne qui devient plus saillant, un «roulement sortant» de l'E.I.P.S. (Quand l'iliaque est antérieur, la postérisation est bloquée.) Un examen d'écoute, en position de palpation, peut aussi être réalisé afin d'apprécier la facilité d'antériorité ou de postériorité.

Retenons enfin les signes de Piedallu, peut-être plus en rapport avec les tensions myofasciales et le raccourcissement capsulo-ligamentaire. Pour Piedallu, si on demande au patient debout au assis de fléchir le tronc en avant, l'épine iliaque postérieure et supérieure du côté lésé monte suivant la flexion alors que celle du côté sain, plus haute au départ se déplace moins et arrive, en fin de flexion, à un niveau plus bas que l'autre. Le jeu articulaire physiologique du côté sain associé à la «solidarisation» pathologique, sacrum et iliaque côte bloqué, expliquerait ces courses différentes des E.I.P.S. au cours de la flexion du tronc. Pour cet auteur, la «fausse» jambe courte se retrouve du côté lésé.

Rappelons, comme le disaient Stoddard, Mennell et d'autres que la vraie jambe courte s'objective, en dehors des donnés précises d'une scanométrie, par une descente des épines iliaques antérieures et postérieures du même côté, avec très souvent une scoliose lombaire isolatérale.

La symphyse pubienne

En référence à la marche, deux types de sollicitations de la symphyse pubienne sont à prendre en considération: d'une part l'excès ou l'insuffisance de coaptation de la symphyse pubienne, d'autre part le rythme biomécanique ou pathomécanique des forces tangentielles qui sollicitent les surfaces articulaires en cisaillement. La diversité des sollicitations auxquelles est soumise la symphyse pubienne à chaque pas est représentée sur la figure 10.

- Le hors-aplomb frontal de la gravité déclenche la suspension du bassin par les muscles externes de la hanche, rotateurs internes ou externes selon que la gravité est antérieure ou postérieure.

- La composante longitudinale de ces muscles aussure la stabilité interne de la tête fémorale.

- Le dégagement frontal de l'iliaque par ces muscles décomprime la sacro-iliaque et accentue la compression de la symphyse pubienne.

- Les adducteurs dégagent la symphyse pubienne.

Les caractéristiques de la prédominance fonctionnelle jouent:

- dans la marche «qui vient d'en haut», l'équilibre doit exister entre les forces dynamiques du petit fessier et du tenseur du fascia-lata et celles des réactions statiques des ischio-jambiers;

- dans la marche «qui vient du bas», l'équilibre doit exister entre les forces dynamiques nées de la contraction du grand fessier et celles d'équilibration statique du psoas iliaque.

L'examen des différents composants articulaires du trigone doit être réalisé. Chaque articulation est examinée après normalisation biomécanique de la précédente avec, dans l'ordre chronologique, la hanche, la charnière lombo-sacrée, la sacro-iliaque.

Le respect de cette chronologie est important car il peut modifier considérablement l'attitude thérapeutique. Ainsi la diminution, voire la disparition de l'état de contracture des adducteurs après recentage de la hanche constitue une information importante pour l'orientation du traitement).

Rappelons les trois pathologies principales au niveau de la symphyse pubienne:

- la pathologie pariétale abdominale avec douleurs sus-pubiennes à la toux et à palpation de l'orifice interne du canal inguinal;

- l'arthropathie pubienne avec image radiologique et correspondance entre la douleur dont se plaint le sujet et celle provoquée par pression du thérapeute au niveau de la symphyse pubienne.

- Enfin, la maladie des adducteurs dont on peut solliciter les insertions par contraction, tension ou écrasement de manière à localiser la douleur qui est souvent sous-pu-

PHYSIOTHERAPIE
FISIOTERAPIA

SCHWEIZERISCHER PHYSIOTHERAPEUTENVERBAND
FÉDÉRATION SUISSE DES PHYSIOTHÉRAPEUTES
FEDERAZIONE SVIZZERA DEI FISIOTERAPISTI
FEDERAZIUN SVIZRA DALS FISIOTERAPEUTS

FÜR INSERATE:

PUBLICITAS
UNTERSTADT 7, POSTFACH 36
6210 SURSEE
TELEFON 045-21 30 91
TELEFAX 045-21 42 81

IHRE PERSÖNLICHE BERATERIN:
FRAU ANITA GRABER

GESCH-F- 10/93

Kur- und Ferienhaus Ländli

- Einmalige Lage am Sonnenhang mit Blick über den See in die Alpen
- Eigener Badestrand – Bootsfahrten
- Hallenbad (28 °C – 33 °C) – Physiotherapie – Massagen – Hydrotherapie – Fangowickel

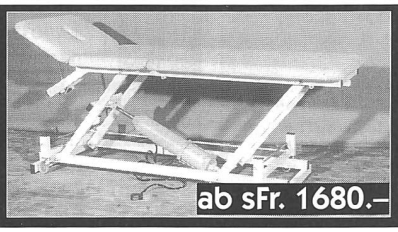
CH-6315 Oberägeri · Tel. 042-72 91 11 · Fax 042-72 92 21

- Geführte Wanderungen – Luftbäder am Waldrand
- Ärztlich geleitetes Kurhaus
  Krankenschwestern – Physiotherapeuten
- Alle Diäten möglich – Vollwertkost
  Eigenes Gemüse – eigene Bäckerei

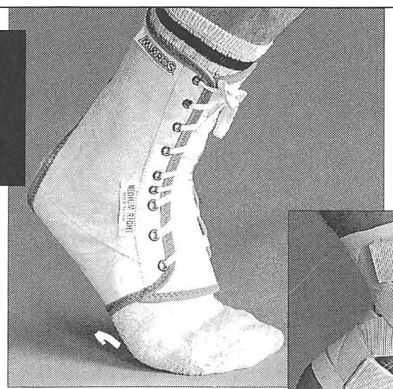
Auskünfte und Unterlagen erhältlich bei:
Kur- und Ferienhaus Ländli, CH-6315 Oberägeri
Telefon 042-72 91 11, Telefax 042-72 92 21

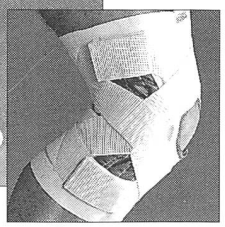
PH-06/94

RehaTech
- Massage und Therapieliegen
- Schlingentische und Zubehör



LEHRINSTITUT RADLOFF
CH- 9405 Wienacht-Bodensee
Telefon 071-91 31 90
Telefax 071-91 61 10





Exklusiv-Lieferant des Schweiz. Volleyballverbandes, der Nat. Kader des Schweiz. OL-Verbandes sowie offizieller Partner der Medizinischen Kommission des Schweiz. Handball-Verbandes.

Mikros schützt und stützt.

Die Mikros Fussgelenksstütze ist indiziert
- bei konservativ/operativ versorgten Bandläsionen in der Mobilisationsphase.
- bei chronischer Instabilität des oberen Sprunggelenks.
- als Prophylaxe gegen Sprunggelenksdistorsionen.

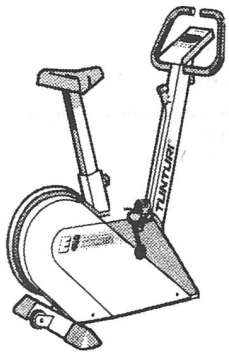
- Gibt es in je 5 Grössen für beide Füsse separat.
- In verschiedenen Ausführungen (kurz, normal, orthopädisch).

- Stabilisiert das Sprunggelenk wirkungsvoll.
- Ersetzt tapen und bandagieren.
- Verbessert die Proprioception am Sprunggelenk.

Die Mikros Gelenkstütze gibt es auch für Hand und Hals.

medExim
Medexim AG, Solothurnstr. 180, 2540 Grenchen, 065 55 22 37

TUNTURI®



Moderne Geräte für Therapie und Leistungsmessung

preisgünstig und mit einwandfreiem Servicedienst.

- ***TUNTURI***-Ergometer
- ***TUNTURI***-Pulsmessgeräte
- ***TUNTURI***-Laufbänder

Nicht zuwarten, BON senden – starten!

BON Bitte Prospekt und Bezugsquellen-Nachweis senden. PT

Name/Adresse: _____

GTSM MAGGLINGEN
2532 Magglingen

TEL. 01/461 11 30
8003 Zürich Aegertenstr. 56

BÜCK DICH NICHT!

«Ärztliche Anleitung für die richtige Haltung und Bewegung der Wirbelsäule»

Dr. Peter Schleuter

Broschüre mit 40 Seiten Inhalt. In dieser Broschüre wird deutlich gemacht, dass vor allem Belastungen des Alltags und banale Alltagsbewegungen in ihrer Summation zu Rückenbeschwerden führen.

Anhand von Beispielen werden falsche Bewegungen erklärt und die richtigen Bewegungen aufgezeigt. SFr. 21.50

Einsenden an:
Remed Verlags AG, Postfach 2017
CH-6302 Zug/Schweiz

2/93

Senden Sie mir gegen Nachnahme
Anzahl _____ Broschüren SFr. 21.50
+ Verpackung und Versandspesen
Name/Vorname
Strasse
PLZ Ort Land

Die individuelle Einrichtung

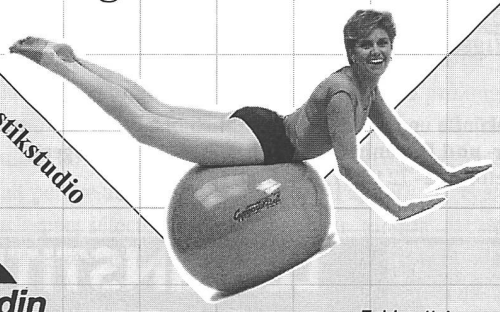
Sauna und Solarium

Physikalische Therapie

Gymnastikstudio

Gymnastik-Training
Therapie- und Massageliege
Lagerungshilfen • Polster • Wäsche
Reinigungs-, Desinfektions-Pflegeprodukte
Thermo-Therapie – kalt/warm • Massagematerial
Vorhänge • Mobiliar • Stühle • Extension-Manipulation
Infrarot-Solarien • Sauna • Dampfbadprodukte • Hydro-Therapie
Badezusätze • Elektro-Therapie • Geräte-Zubehör • US-HF-Therapie
Puls-, Blutdruck-Messgeräte • Anatomisches Lehrmaterial

Innovativ
in
Planung • Verkauf • Service

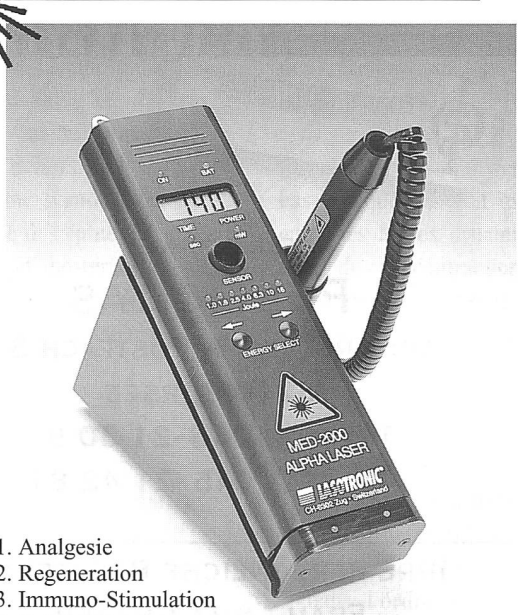


Jardin Medizintechnik ag

Feldmattstrasse 10
CH-6032 Emmen
Tel. 041-55 11 80
Fax 041-55 11 89

MED-2000

Ein Laser für schwierige Fälle:



1. Analgesie
2. Regeneration
3. Immuno-Stimulation
4. Entzündungshemmung

Tel. 042-23 00 23 · Fax 042-217 207
LASOTRONIC AG · Industriestr. 31 · CH-6302 ZUG-SCHWEIZ

LASOTRONIC®

O & P BSW

Die moderne Kältetherapie

frappant®

Kalt-/Warm-Kompressen

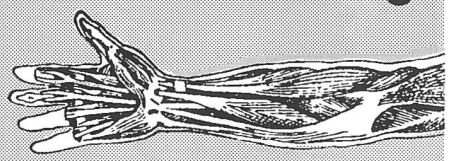
- **hohe Thermokapazität**
- **gleichmässige Kälte-/Wärmeabgabe**
- **sehr gut anmodellierbar auch bei tiefen Temperaturen**
- **wiederverwendbar**

frappant Kalt-/Warm-Kompressen - ideal für die therapiegerechte Anwendung bei der Kälte- und Wärmebehandlung.

Offizieller Ausrüster des Schweiz. Skiverbandes

PINIOL AG
Erlistrasse 2, Küssnacht a. R.

EIS, immer locker und streufähig!



micro-cube®
ICE

Überall wo Sie lockeres, streufähiges, weiches Eis benötigen, ist für Sie micro-cube EIS gerade richtig.

Mehr coole Informationen erhalten Sie beim schweizerischen Hersteller.

JA, senden Sie mir Unterlagen über micro-cube EIS.

Firma
Name
Adresse
PLZ/Ort
Tel. Nr.

GANZ COOL ÜBERLEGEN!

KIBERNETIK AG
9470 Buchs, Tel. 081/756 21 31, Fax 081/756 45 06

bienne. L'absence d'image radiologique et de signe objectif au niveau des adducteurs permet d'isoler la lésion pariétale abdominale.

Principes de thérapie analytique

Fidèles à nos principes, nous avons écarté les techniques «thrustantes» proposées par certaines écoles ostéopathiques ou chiropraxiques. De plus, nous avons élimine les techniques par appui direct sur le sacrum. Celles-ci nous semblent trop sollicitantes de la charnière lombo-sacrée et par là, rapidement algiques. Elle sont utilisées par les praticiens attachés au concept de torsion sacrée sans modification des rapports entre les ilions. Encore une fois, nous vous renvoyons aux techniques que ces auteurs ont proposées. Notons quand même que si ces torsions existent, elles sont toujours liées à des lésions au niveau de L5 et à un excès de latéralisation de la gravité. La correction de ces deux éléments nous semble évidemment capitale et en tout cas à réaliser bien avant d'essayer de mobiliser le sacrum.

Revenons donc à la correction de la sacro-iliaque par la mobilisation de l'aile iliaque. La position de départ est le décubitus latéral avec torsion du rachis, de manière à dégager l'aile iliaque, et la hanche fléchie, de manière à pouvoir agir facilement sur la tubérosité ischiatique. Avant de solliciter, au mode modelant et répétitif, l'iliaque en rotation vers l'avant ou vers l'arrière, il est parfois souhaitable de le mobiliser: l'iliaque vers le bas si la désaxation vers le haut est constatée. Vers le bas et vers l'avant, dans l'axe du petit bras, si l'aile iliaque est désaxée vers l'arrière. Vers le bas et l'arrière dans l'axe du grand bras si l'aile iliaque est désaxée vers l'avant. Le thérapeute prend ensuite appui sur les deux pales de l'hélice pelvienne par l'intermédiaire de ses mains et de ses avant-bras.

- Pour mobiliser l'iliaque gauche vers l'arrière, le patient en décubitus latéral droit: après quelques sollicitations de décoaptation du grand bras par pressions verticales successives sur l'aile iliaque, le thérapeute tracte progressivement vers lui la tubérosité ischiatique, par son avant-bras droit dont la main palpe l'interligne articulaire. La main et éventuellement l'avant-bras gauche réalisent simultanément une compression associée à une repoussée de l'ilion vers l'arrière.

- Pour mobiliser l'iliaque gauche vers l'avant, le patient toujours en décubitus latéral droit: après quelques sollicitations de décoaptation du petit bras par pressions verticales successives sur la tubérosité ischiatique, le thérapeute comprime et repousse vers l'arrière la tubérosité ischiatique par son avant-bras droit dont la main palpe l'interligne. L'avant-bras gauche tracte l'ilion vers l'avant.

En résumé, on prend appui au niveau du grand bras de la sacro-iliaque pour antérioriser l'iliaque, au niveau du petit bras pour le postérioriser. Ces sollicitations se font selon notre rythme habituel en trois temps.

La symphyse pubienne

Elle comportera rarement une intervention directe par poussée sur la branche pubienne. Comme celle-ci n'est que l'extrémité du compas pelvien, la normalisation biomécanique de la sacro-iliaque suffira le plus souvent; normalisation qui, rappelons-le, fera suite à celle de la hanche et de L5-S1. Dans le cas d'une insuffisance de coaptation de la symphyse pubienne, la marche «par le bas» ainsi que des contractions isométriques bilatérales des abductuers seront utilisées.

Dans le cas d'hypercoaptation, on conseillera la marche «qui vient d'en haut» et des contractions isométriques bilatérales des adducteurs.

La musculation analytique sera à envisager en cas de déséquilibre entre les forces de sollicitations dynamiques et de réactions statiques auxquelles est soumise la symphyse pubienne. L'indication chirurgicale est souvent donnée pour une pathologie abdominale basse lorsque les douleurs inguinales ne cèdent pas au repos et aux anti-inflammatoires stéroïdiens ou non.

Littérature

Benichou, A.: Les secrets du sacrum. S.P.E.K., 1985.

Brunet, B.; J.C. Imbert, E. Brunet-Guedj – Les pubalgies: étiopathogénie, diagnostic et traitement médical. Muscles, tendons et sport. Sous la direction de L. Simon, C. Benezis, J. Sineray. Masson, 1985

Dethier, C.; Y. Rassin-Fosse, D. Baléríaux: Contribution à l'étude de la rotation lombaire à travers l'imagerie C.T. Scan. An. Méd. ostéopathique, vol. 1, T. 3, 93–97, O.M.C. Charleroi, 1988.

Dolto. J.B.: Le corps entre les mains. Hermann, 1978.

Frigerio, Stowe, Howe: Movement of the sacro-iliac joint. Clinical orthopaedics and related research, 100, 370, 1974.

Fryette. H.H: Principes des techniques ostéopathiques. SBO-RTM, 1983.

Hackett, G.S.: Ligament and tendon relaxation treated by prolotherapy (fibro-osseous proliferation). Trigger point pain, headache and sciatica, 3 éd., Thomas, Springfield, 1958.

Kapandji, I.A.: Physiologie articulaire. T.2, T.3, Malonie, 1975.

Maitland, G.D.: Corrigan, B.: Médecine orthopédique. Masson, 1986.

J.B. Mennell – The science and art of joint manipulation. Blakiston, New York 1952.

Sohier, R.: La kinésithérapie de la hanche. Kiné-sciences, 1974.

Sohier, R.: Haye, M.: Deux marches pour la machine humaine. Kiné-sciences, 1989.

Sohier, R., Heureux, P.: La kinésithérapie des rachis scoliotiques. Kiné-sciences, 1978.

Sohier, R.: La kinésithérapie analytique de la colonne vertébrale. T. 2. Kiné-sciences, 1970.

Sohier, R., Sohier, J.: Justifications fondamentales de la réharmonisation biomécanique des lésions «dites ostéopathiques» des articulations. Kiné-sciences, 1982.

Stoddard, A.: Lehrbruch der osteopathischen Technik an Wirbelsäule und Becken. Hippokrates, Stuttgart, 1961.

Adressänderungen

Adressänderungen betreffend die Zustellung des «Physiotherapie» bitte an folgende Adresse senden:

Mutations

Changements d'adresse concernant l'envoi de la revue «Physiothérapie» à envoyer à l'adresse suivante, s.v.p.:

Cambiamenti

I cambiamenti d'indirizzo riguardanti l'invio della rivista «Fisioterapia» devono essere notificati al seguente indirizzo:

SPV-Geschäftsstelle, Postfach, 6204 Sempach-Stadt

ORIGINAL MEDAX

Von uns entwickelt und seit vielen Jahren bewährt.

Machen Sie **keine Experimente mit** irgendwelchen **Kopien!**

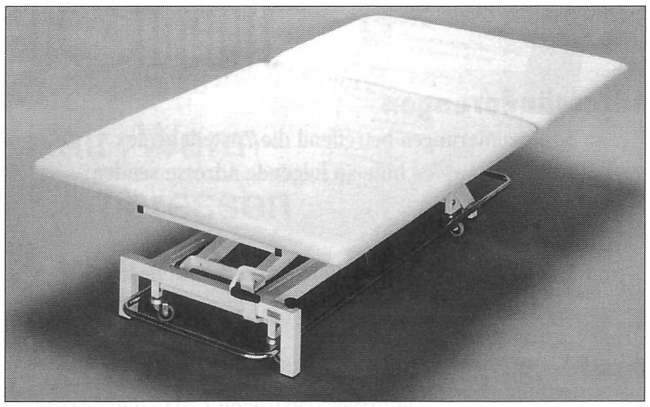
Unser Fabrikationsprogramm:

- 2-/3-/4-/6teilige Liegen
- Extensionsliegen
- Bobath-Liegen
- Manualtherapie-Liegen
- Kombi-Liegen mit Gynäkologieteil
- CLEWA-Kofferliegen (Import)

Behandlungsliege MEDAX P 40 A

- Elektrische Höhenverstellung von 44 bis 104 cm mit praktischer Fuss-Schaltstange
- Rückenstütze und Knieflexion mit bequemen Hubhilfen stufenlos verstellbar
- Fahrwerk (Lenkrollen) mit Fusspedal in jeder Position der Höhenverstellung ausfahrbar
- Sehr stabiles Schweizer Fabrikat
- SEV-geprüft
- 2 Jahre Garantie

BOBATH-Liege MEDAX 1- oder 2teilig



❑ Senden Sie uns bitte eine Dokumentation.
❑ Bitte rufen Sie uns an.

Name: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.: _____

PH-03/94

MEDAX AG
MEDIZINTECHNIK

Schneckelerstrasse 20
CH-4414 Füllinsdorf BL
Tel. 061-901 44 04
Fax 061-901 47 78

Suchen Sie nicht schon lange ein ganzheitlich wirkendes Heilatmungssystem?

Hier wird es Ihnen offeriert: Lernen Sie die auf **passiver Körperbeherrschung** basierende **Zwerchfell-Atemtechnik mit den Flanken** kennen! Das Kennenlernen wird leicht gemacht mit Buch und Video-Kassette **"Der Weg zum richtigen Atmen".** Diese in der Praxis schnell überzeugende Heilatmungsmethode wurde zuerst von Sängerärzten - leider gibt es diese Spezialisten weltweit nur selten - entwickelt. Die seit 23 Jahren erfolgreich tätige Atemtherapeutin **Lilly Doepfner** erweiterte diese Methode. Mit Buch und Video wurde jene Perfektion der nachvollziehbaren Instruktionsform erreicht, welche Ärzte für sich und die mit ihnen zusammenarbeitenden physiotherapeutisch diplomierten Fachkräfte gewünscht haben. Ärzte gratulieren zum grossen Wurf der kürzlich mit viel Arbeit fertiggestellten Videokassette mit der auf 6 Wochen verteilten Schritt-für-Schritt-Therapie.

Was die ganzheitlich wirksame Zwerchfell-Atemtechnik mit den Flanken alles nachweisbar auf Dauer heilen kann:

- Atembeschwerden inkl. chronischer Bronchitis und Lungenemphysemen
- Astma (verklebte Alveolen-Härchen werden gereinigt)
- Verkrampfungen aller Art, insbesondere bei Hernie des Zwerchfelles (Diaphragma)
- Rücken- und Nackenbeschwerden
- Haltungs- und Unfallschäden, Skelett-Veränderungen, einseitige Behinderungen
- Kreislaufbeschwerden und Stresszustände
- Migräne, Depressionen
- Allergien, medizinische Therapien stützend

Als wertvolle Ergänzung wird ein **Sofortprogramm zur Reinigung der Atemwege und sämtlicher Schleimhäute** durch eine bestimmte **Inhalationsmethode** angeboten. Sie kann bereits bei Kindern ab 5 Jahren durchgeführt werden; sie rundet das Programm ab. Das Heilatmungssystem wendet sich auch an Schwangere und Bettlägrige.

Die Anerkennung der wie Wunder wirkenden Zwerchfell-Atemtechnik mit den Flanken durch einige Krankenkassen (z.T. über Zusatzversicherungen für Alternativ-Medizin) fördert den Bekanntheitsgrad über elitäre Privatkassen hinaus.

Hat dieses Inserat Sie neugierig gemacht auf die ganzheitlich wirkende Heilatmungsmethode? Mehr darüber erfahren Sie nach Einsendung des ausgefüllten Talons.

Ja, ich bin interessiert am ganzheitlich wirkenden Heilatmungssystem mit der Zwerchfell-Atemtechnik mit den Flanken. Senden Sie mir unverbindlich

____ umfassendes Info-Material inkl. Preisofferte
____ 1 Exemplar des Buches "Der Weg zum richtigen Atmen" (Fr. 34.- minus 30% Rabatt) mit Einzahlungsschein
____ Zum Kennenlernen die gleichlautende Videokassette (V.H.S.Pal) Standard mit Rückgaberecht nach 10 Tagen

Name/Vorname _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Praxis-Telefon _____

Abtrennen und einsenden an:
Lenag AG, Mövenstr. 16, 8640 Rapperswil SG,
Tel. 055-27 76 03. Fax 055-27 97 08