

Thérapie manuelle et entorse de cheville. Pratique basée sur les preuves

Manual physical therapy and ankle sprain. Evidence-based practice

Chemin du Postillon, 36100 Issoudun, France

Jean-Louis Estrade

RÉSUMÉ

Ce travail de Cleland et collaborateurs montre l'intérêt d'associer la thérapie manuelle à une rééducation classique pour améliorer la douleur et les activités de 37 patients ayant une entorse de cheville comparativement à un groupe témoin de 37 patients ayant la même pathologie.

Niveau de preuve. – Non adapté.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Cleland et al. demonstrated the interest of associating manual physical therapy to classical rehabilitation to alleviate pain and improve activity level in 37 patients with ankle sprain versus a control group of 37 ankle sprain patients managed by classical rehabilitation alone.

Level of evidence. – Not applicable.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

POPULATION-CIBLE

C'est un homme ou une femme de 35 ± 11 ans, présentant une entorse de cheville en inversion ne dépassant pas le grade II, douloureuse lors de la semaine passée, sans fracture décelée à la radiographie (cette dernière est prescrite en fonction des règles prédictives d'Ottawa) [1].

Il ne doit pas souffrir d'une polyarthrite rhumatoïde, d'une tumeur, de troubles vasculaires sévères, ne pas devoir utiliser de façon prolongée des corticoïdes. La présence d'une fracture ancienne ou de séquelles de fracture de la cheville ou du pied risque de modifier les suites favorables du traitement.

EXPÉRIENCE DES PRATICIENS

Les résultats sont obtenus avec des kinésithérapeutes ayant une expérience de 17 ± 15 ans dans le domaine musculo-squelettique avec

dans un cas sur deux une spécialisation en thérapie manuelle orthopédique.

INDICATEURS

À un mois et à 6 mois, sont utilisés :

- une EVA ;
- le questionnaire Foot and Ankle Ability Measure (FAAM) pour les activités de la vie quotidienne et la pratique sportive ;
- le questionnaire Lower Extremity Functional Scale (pour ces questionnaires, plus les résultats sont importants, plus la fonction et les capacités sont importantes) ;
- l'échelle d'évaluation globale de l'évolution (Global Rating Scale). En 15 points, elle permet au patient de rendre compte de sa propre perception de l'amélioration de sa cheville (–7 correspond à une aggravation majeure de son état, + 7 à une amélioration majeure).

Mots clés

Cheville
Entorse
Niveau de preuve
Thérapie manuelle

Keywords

Ankle
Sprain
Level of evidence
Manual physical therapy

Adresse e-mail :
jean-louis-estrade@ali-ceadsl.fr

POSOLOGIE

Deux séances par semaine pendant 4 semaines. Chaque séance dure 30 minutes.

Thérapie manuelle

Un traitement de thérapie manuelle est délivré à chaque séance.

Conseils au patient

Dès le premier jour de traitement le patient est invité à réaliser des exercices de mobilisation et de renforcement musculaire, dont la progression sera définie conjointement entre patient et thérapeute. Les exercices sont à faire une fois par jour. Il est invité à continuer ce traitement après le mois de prise en charge.

Il doit rester actif (toutes les activités n'aggravant pas les symptômes sont à encourager, toutes les autres sont à éviter), glacer sa cheville, et, en fonction de l'œdème, utiliser un bandage compressif, placer le membre inférieur en déclive.

SÉANCE DE THÉRAPIE MANUELLE

Mobilisations passives à vitesse lente, rythmées

L'intensité de ces techniques correspond à un grade III à IV de Maitland. Elles sont délivrées à raison de 5 fois 30 secondes par technique. Elles peuvent être moins intenses et doivent s'adapter au confort du patient (*Fig. 1*).

Pour un pied gauche, le kinésithérapeute utilise sa main gauche pour stabiliser fermement le tibia au niveau des malléoles. Sa main droite est en contact avec les parties médiale, antérieure et latérale du talus. Une mobilisation passive du talus sur le tibia, à vitesse lente, rythmique, antéro-postérieure est réalisée. La cuisse du kinésithérapeute est en contact avec la plante du pied de façon à stabiliser le pied et à augmenter progressivement la flexion talo-crurale. Le degré de pronosupination est ajusté en fonction du ressenti du praticien.



Figure 1. Mobilisation passive en glissement postérieur du talus.



Figure 2. Glissement du tibia sur le talus en charge.

Le patient est debout sur la table, en appui bipodal. Le kinésithérapeute est à ses pieds.

Le pied du patient est stabilisé par les mains du kinésithérapeute, en direction antéro-postérieure. Une sangle relie la face postérieure du tibia au bassin du kinésithérapeute. Le patient est invité à réaliser une flexion de cheville en charge, accompagnée par le kinésithérapeute qui tracte le tibia en reculant son bassin (*Fig. 2*).

Pour la talo-crurale, le patient est en latéro-cubitus homolatéral, malléole latérale posée sur un essuie-mains roulé, pied en débord de table. Le kinésithérapeute utilise son avant-bras crânial pour stabiliser le tibia, et maintient serrées les malléoles. L'éminence thénar de la main caudale est appliquée immédiatement en distal de la malléole tibiale, la main caudale empaume l'arrière-pied.

Le kinésithérapeute utilise le poids de son corps pour réaliser une mobilisation passive lente et répétée en valgus de la cheville (*Fig. 3*).

Pour la sub-talaire, le valgus est obtenu de la même manière, la main crâniale réalisant cette fois une contre-prise plus distale en enserrant le talus en deçà des malléoles.



Figure 3. Mobilisations passives de la sub-talaire et de la talo-crurale en valgus.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2622426>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2622426>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)