

## ■ Articulation sternoclaviculaire.

Le sujet est en position assise. Placé derrière lui, posez vos médiums sur la face antérieure de l'extrémité interne de la clavicule et vos index juste au-dessus, sur le bord supérieur.

Demandez au patient de hausser les épaules, puis de les laisser redescendre (figure 13.39).

En l'absence de fixation de l'articulation sterno-costo-claviculaire ou de l'articulation scapulothoracique, vous sentirez que, lors de l'élévation du moignon de l'épaule, l'extrémité interne de la clavicule glisse vers le bas. Elle remonte sur le mouvement de retour.

Demandez-lui ensuite de les enrouler vers l'avant (figure 13.40).

Sur le mouvement d'enroulement, l'extrémité interne se postériorise légèrement et revient à sa position d'origine lors du mouvement de retour.

Ces mouvements claviculaires sont perturbés, ou carrément absents, en cas de fixation de l'omoplate, des fascias profonds de l'épaule ou encore de dysfonction somatique sternoclaviculaire.

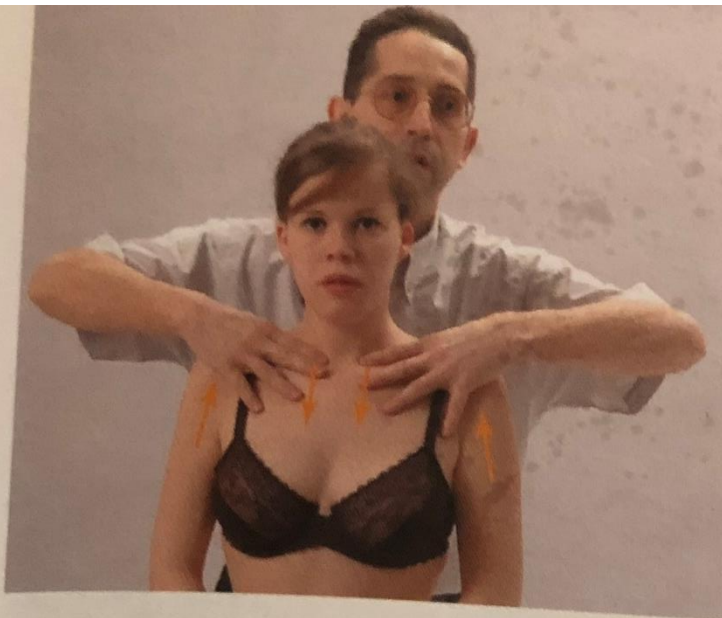


Figure 13.39. Routine d'élévation du moignon de l'épaule.



Figure 13.41. Routine de glissement acromioclaviculaire.

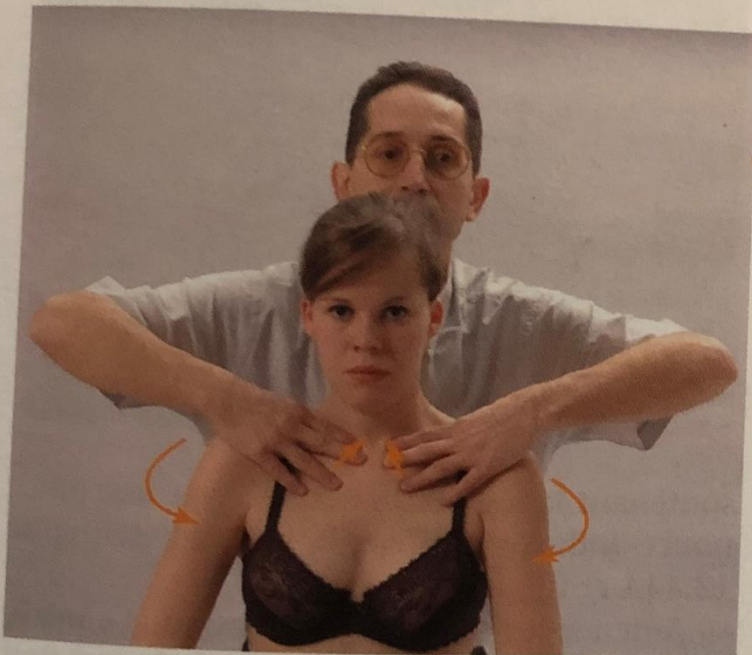


Figure 13.40. Routine d'enroulement du moignon de l'épaule.

#### ■ Articulation acromioclaviculaire

Placez maintenant les paumes de main sur la face externe des épaules. Entre pouce et index, saisissez l'extrémité externe de la clavicule. Stabilisez la tête humérale entre le talon de votre main et les pulpes de vos derniers doigts. Mobilisez doucement l'extrémité

claviculaire externe vers l'arrière et vers l'avant (figure 13.41).

Toute restriction de ces paramètres de mouvement antéropostérieur est en faveur d'une dysfonction somatique acromioclaviculaire, d'une fixation des ligaments coracoclaviculaires ou du muscle sous-clavier.

#### ■ Articulation scapulohumérale

Le sujet est en position assise, les avant-bras relâchés et les mains sur les cuisses. Vous êtes placé derrière lui.

Empaumez les têtes humérales par leur face externe et maintenez-les entre les pulpes et le talon de votre main.

Mobilisez les têtes humérales simultanément vers l'avant, puis vers l'arrière.

Normalement, l'amplitude, la résistance ou l'aisance du mouvement sont symétriques. Toute résistance à la mobilisation d'un côté par rapport à l'autre est en faveur d'une dysfonction somatique scapulohumérale ou d'une tension myofasciale impliquant cette articulation (figure 13.42).

#### ■ Coude

Le patient est assis, coudes fléchis, avant-bras en supination reposant sur la face antérieure

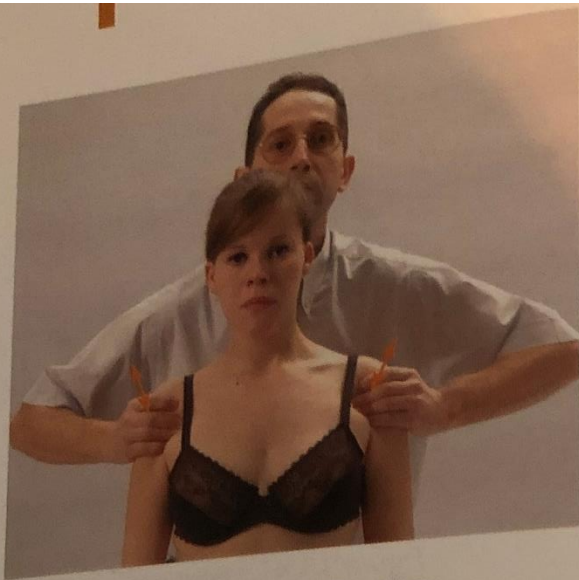


Figure 13.42. Routine de glissement antéro-postérieur de l'articulation glénohumérale.

des cuisses. Placez vos mains juste au-dessous du pli du coude, sur la face antérieure de la partie proximale de l'avant-bras.

Exercez une pression douce sur l'avant-bras en direction de la table. Poursuivez votre poussée jusqu'à ce que l'humérus glisse vers le bas au niveau de l'articulation scapulo-humérale. Laissez revenir doucement les tissus et comparez les deux côtés (figure 13.43).

Normalement, le mouvement est assez ample et symétrique, il n'existe pas de frein brutal au mouvement.

Analysez bien les résistances que vous rencontrez. Dans un premier temps, les informations proviennent du coude. La sensation de liberté ou de blocage est donnée par la capacité de décoaptation des articulations huméro-ulnaire et huméro-radiale. En fin de mouvement, vous percevez la liberté de l'articulation de l'épaule dans le sens vertical.

#### ■ Tête radiale

Le patient est assis, coudes fléchis, mains posées sur vos avant-bras. Vous êtes face à lui, vos avant-bras en supination et vos mains



Figure 13.43. Routine de décompression du coude.

soutenant la région du coude. Avec une pince pouce-index, contrôlez la tête radiale (figure 13.44A et B).

Amenez les coudes en extension et contrôlez le mouvement de la tête radiale qui doit glisser légèrement en avant.

Mobilisez ensuite les coudes en flexion et vérifiez que la tête radiale glisse maintenant vers l'arrière.

Le test est comparatif. Notez toute restriction de mobilité ou toute asymétrie au niveau de la tête radiale.

#### ■ Avant-bras

Le patient est en décubitus, les avant-bras étendus et en pronation. Stabilisez sa main entre la pulpe de vos doigts et votre paume

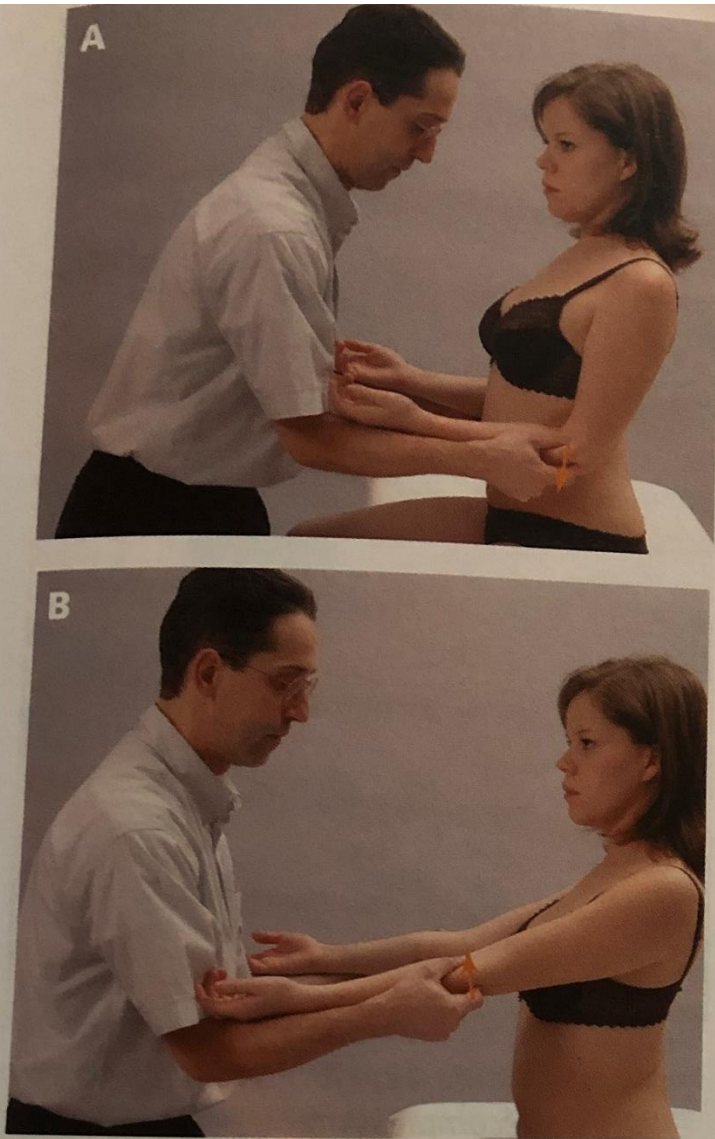


Figure 13.44.

A et B : Routine de la tête radiale.

Posez ensuite votre pouce sur la face dorsale de l'extrémité inférieure du radius et poussez-le en direction de la table. Vous provoquez ainsi un glissement radio-ulnaire et radiocarpien en direction palmaire (figure 13.45).

Déplacez ensuite votre pouce sur la styloïde ulnaire et faites la même chose.

Comparez chaque glissement avec le côté opposé (figure 13.46).

Toute restriction d'un de ces différents mouvements doit vous faire investiguer la mécanique du coude et des deux os de l'avant-

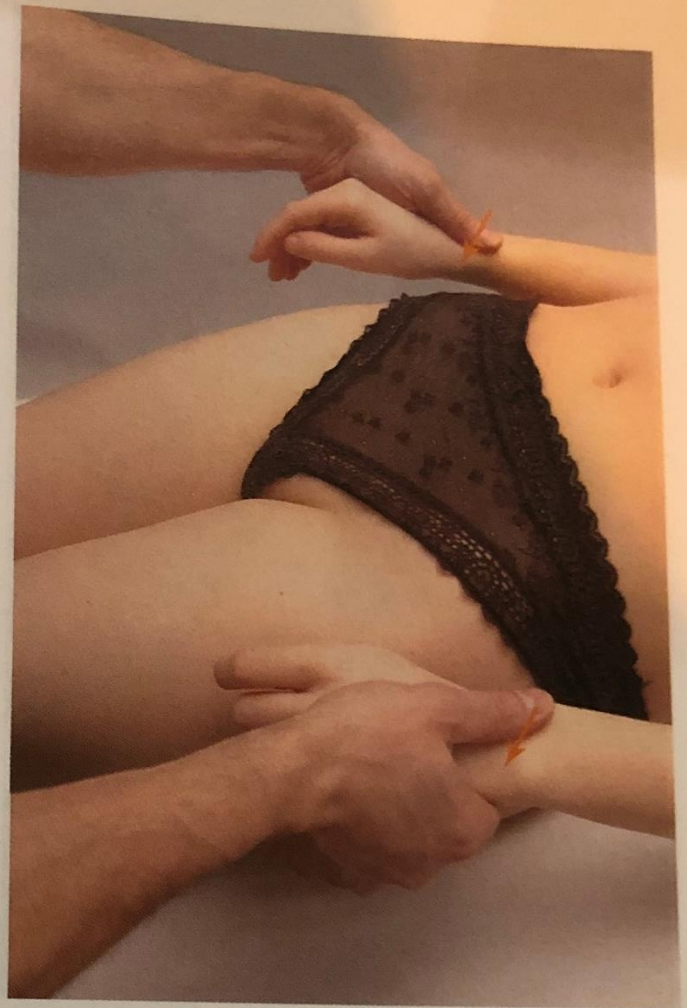


Figure 13.45. Routine de glissement radial palmaire.

bras. Elle peut signer une fixation de la membrane interosseuse antébrachiale, une dysfonction somatique touchant l'ulna, le radius ou même le carpe.

### Attention

En cas de rupture du ligament triangulaire, le mouvement de la styloïde ulnaire est très nettement augmenté. Cette amplitude exagérée constitue le *signe de la touche de piano*, révélateur d'une instabilité de l'articulation radio-ulnaire distale.



Figure 13.46. Routine de glissement ulnaire palmaire.



Figure 13.47. Routine de décompression du poignet.

## ■ Poignet

L'évaluation globale des possibilités de décoaptation du poignet donne un bon reflet du jeu des articulations radiocarpienne et médiocarpienne.

Repérez l'interligne articulaire du poignet et entourez le carpe avec pouce et index. Vous êtes bien placé si vous vous situez juste au-dessous des styloïdes radiale et ulnaire (figure 13.47).

Comprimez doucement et progressivement le massif carpien selon sa circonférence, comme si vous l'étrangliez délicatement. En l'absence de fixation, vous sentez le carpe se déformer légèrement, puis se séparer de

l'avant-bras. Un peu à la manière d'une savonnette mouillée qui vous échappe lorsque vous la comprimez (figure 13.48).

Toute fixation siégeant au niveau de la main, du poignet ou de la radiocarpienne modifie ou supprime cette sensation. Le massif carpien semble rigide, indéformable ou impacté au squelette de l'avant-bras.

## Routines viscérales

### Évaluation des pressions intracavitaires

L'analyse des pressions qui règnent à l'intérieur des différentes chambres manométriques du tronc constitue une première approche globale de la mécanique viscérale.