

KINE VERTEBRALE DES ALGIES VERTEBRALES



SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
1 BASES DE LA METHODE	3
1.1 3 PHASES REEDUCATIVES	3
1.2 KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE	4
1.3 CONDUITE DU TRAITEMENT	4
1.4 EN RESUME	4
2 LA KINESITHERAPIE DES DEFORMATIONS VERTEBRALES	5
2.1 LES GRANDS PRINCIPES DE TOUTES LES TECHNIQUES	5
2.2 CONDUITE DU TRAITEMENT	7
2.3 EN RESUME	8

1 BASES DE LA METHODE

Quelque soit la cause, il existe un conflit entre attitude en position debout et pesanteur.

- Analyse des courbures dites physiologiques et de leur effacement ou modification.
- Recherche de contractures et de raideurs localisées.
- Mise au repos de ces zones algiques

1.1 3 PHASES REEDUCATIVES

- 1- rééducation posturale :

Son but : placer le patient dans des attitudes segmentaires locales corrigées non douloureuses : éducation neuromotrice cinesthésique et stéréognosique : apprentissage du patient à contrôler ses muscles et les segments cibles.

Participation active du patient à ses propres corrections. 3 phases :

- prise de conscience des défauts posturaux : miroir, plan de référence.
- Correction volontaire par contractions et déplacements segmentaires.
- Automatisation des réflexes correcteurs : bio feed back.

Ceci se fait d'abord en position couchée pour éliminer la pesanteur, puis en suspension pour favoriser l'élongation axiale, puis dès que possible, en position assise ou debout.

La sur correction est systématiquement recherchée.

Phase posturale = phase psychopédagogique.

- 2- phase de musculation en position corrigée pour maintien de la statique locale et générale

Son but : renforcer les systèmes musculo ligamentaires pour fixer les corrections statiques obtenues.

- Phase de rééquilibration générale du tronc. Travail statique des positions corrigées, travail cinétique des positions de sur correction.
- Récupération fonctionnelle des muscles parétiques par efforts lents et contre résistance.
- 3- phase de réhabilitation à but prophylactique débutée dès que les algies ont disparu.

- Apprentissage des nouvelles postures, perte des anciens automatismes et leur remplacement par d'autres très proches mais différents.
- Travail de fond et de longue haleine.
- Progression simple des gestes les plus simples aux plus compliqués.

1.2 KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE

Systématiquement associée, c'est le complément du travail vertébral.

- Education et rééducation respiratoire avec :
 - apprentissage de la respiration nasale correcte.
 - éducation de la mécanique inspiratoire et expiratoire.
 - développement de l'appareil respiratoire
 - développement de la capacité respiratoire : spirométrie sur appareil de Bird pour la capacité vitale.
 - accord des rythmes fonctionnels respiratoires et des mouvements.
- Travail de relaxation qui accompagne systématiquement la kinésithérapie.

1.3 CONDUITE DU TRAITEMENT

Il faut créer des habitudes, donc des automatismes.

- Travail de tous les jours avec reproduction des mouvements appris en séance 2 fois par semaine, en phase de routine, avec au début, 3 séances par semaine.
- Aspect psychologique du traitement qui doit parfois compter avec la bonne volonté du patient.
- Persévérance et éducation donc volontarisme du malade. Parfois difficile avec les ados.
- En cas d'appareillage, la rééducation se fait avec l'appareillage.

1.4 EN RESUME

- 1-faire prendre conscience au sujet de ses mauvaises attitudes et les corriger
- 2-en position corrigée, rééduquer les groupes musculaires
- 3-une fois corrigé, lui réapprendre les principaux gestes mouvements et attitudes dans la vie courante.

2 LA KINESITHERAPIE DES DEFORMATIONS VERTEBRALES

Le traitement rééducatif est, soit isolé, soit associé au traitement orthopédique ou chirurgical. Il existe différentes techniques. L'application de ces programmes rééducatifs dépend :

- de l'aspect de la déformation,
- de la gravité de la courbure,
- de l'âge du sujet,
- de l'évolutivité de la courbure.

C'est l'équilibre global de la déformation, et son appréciation qui devra arrêter le choix de la technique.

2.1 LES GRANDS PRINCIPES DE TOUTES LES TECHNIQUES

- la rééducation posturale

C'est le fil conducteur du traitement quel que soit l'âge d'apparition de la courbure, sa gravité et son évolutivité.

Son objectif est de maintenir la position de correction maximale atteinte pendant l'exécution des exercices.

Son principe est d'obtenir la réduction maximale par l'association de mouvements non volontaires et actifs réfléchis.

Différentes phases :

- prise de conscience corporelle : elle est basée sur la simple observation du corps du scoliotique face à un miroir. Celui-ci doit arriver à une représentation consciente de ses déformations et de sa position. Cette prise de conscience se fera par des contacts directs sensitifs par l'intermédiaire des mains du sujet, du kinésithérapeute en application au niveau des zones sensibles de la scoliose par stimulation des ces zones. La prise de conscience est entre coupée d'exercices de relaxation.
- recherche des défauts : l'essentiel est de faire observer au scoliotique ses dysharmonies physiques et statiques.

- la correction posturale : elle devra être l'aboutissement de la prise de conscience des défauts et des déséquilibres. Ceci passe par une correction des dysharmonies par action directe sur les parties déformées (gibbosité – déséquilibre) et intégration des corrections dans le schéma corporel. La correction se fait par stimulation des zones stratégiques en position de réduction (apex scoliose et gibbosité) : shift test
- intégration de l'attitude posturale. Ceci veut tout simplement dire : automatiser dans ses attitudes et ses gestes de la vie courante le scoliotique.
- travail des fonctions d'équilibration : ce travail consiste à placer le sujet scoliotique dans des situations posturales de plus en plus difficile en utilisant les fonctions d'équilibration supérieure sur plateau de Friedmann, marche sur poutre, équilibre unipodal.
- la réadaptation fonctionnelle : c'est l'aboutissement de la recherche équilibrée dans la vie courante. C'est l'auto suggestion du scoliotique par lui-même et l'adaptation de son mode de vie à sa déformation.

- L'assouplissement

Son objectif chez le scoliotique est de gagner de l'amplitude articulaire pour favoriser le redressement et le gain postural. L'assouplissement doit cibler les zones raides. Tout scoliotique présente une raideur sous pelvienne (ischio-jambiers et adducteurs).

Dans les courbures lombaires, la fermeture de l'angle ilio-lombaire, la rétraction du psoas, du carré des lombes, et des pelvi-trochantériens doivent utiliser des mouvements spécifiques.

L'objectif est donc de retrouver une mobilité maximum. Les exercices gymniques classiques, les postures douces progressives, ainsi que la relaxation type JACOBSON inversée peuvent être associées à des massages décontracturants localisés.

Les grands noms de ces techniques sont : technique analytique de SOHIER, et technique fonctionnelle de MEZIERES.

- Le renforcement musculaire :

« Une chaîne musculaire doit être travaillée en fonction de sa ou de ses fonctions »

Il faut développer le tonus et l'endurance des muscles para vertébraux. Les différentes techniques en sont : travail isométrique en auto grandissement, travail myotensif (contractions volontaires spécifiques de certains groupes musculaires), travail proprioceptif (associé au travail postural), et travail global associant des exercices globaux et des exercices spécifiques.

- La respiration :

- Systématiquement associée, c'est le complément du travail vertébral.

Rappelons que la croissance pulmonaire est ascendante jusqu'à 6 ans.

- Scoliose = lésion ostéoarticulaire touchant :

- la croissance du pilier vertébral antérieur et du thorax
- la fonction musculaire diaphragme et intercostaux
- Conséquence thérapeutique: mise en route TTT orthopédique et respiratoire dès constatation du désordre.

Le but du travail respiratoire est de diminuer l'incidence du syndrome restrictif automatique. Les moyens utilisés sont : l'éducation respiratoire thoracique et abdominale, les modelages thoraciques pour améliorer l'expansion des zones concaves, et travail de la capacité vitale respiratoire par appareil type VOLDINE ou BIRD.

Dans les scolioses sévères, la mécanique ventilatoire est très perturbée, il existe toujours une insuffisance respiratoire restrictive..

- apprentissage de la respiration nasale correcte.
- éducation de la mécanique inspiratoire et expiratoire.
- développement de l'appareil respiratoire
- accord des rythmes fonctionnels respiratoires et des mouvements.

Un Travail de relaxation accompagne systématiquement la kinésithérapie.

- Sports et scolioses : doit-on dispenser de sports les scoliotiques ?

En dehors du problème lié à l'immobilisation soit externe (traitement orthopédique), soit interne (traitement chirurgical), l'activité sportive du scoliotique doit être maintenue.

Il n'y a aucune interdiction sportive Ce sont surtout des sports non violents, privilégiant l'extension et l'assouplissement, qui doivent être conseillés : natation, volley ball, basket ball, gymnastique, judo, danse, stretching, musculation douce des ceintures scapulaire et abdominale. Marche et ski de fond sont également conseillés.

En cas d'immobilisation par orthèse, il est conseillé aux enfants et aux adolescents une pratique hebdomadaire d'une heure à deux heures de marche, de ski de fond, ou de natation, en fonction de la saison. Pendant l'été, autorisation exceptionnelle de quitter le corset pour la natation et la baignade (piscine, mer ou rivière) 2 h par jour y compris la toilette : quitter le corset, rentrer dans l'eau, nager puis au sortir de l'eau, séchage et remise du corset.

Concernant le sport à l'école, une dispense partielle est remise autorisant les sports collectifs et individuels sauf gymnastique au sol, agrès, sauts et réceptions de saut

Dans le cadre des suites opératoires, tout effort sportif est contre indiqué pendant les 3 premiers mois post opératoires.

2.2 CONDUITE DU TRAITEMENT

Il faut créer des habitudes, donc des automatismes.

- Travail de tous les jours avec reproduction des mouvements appris en séance 2 fois par semaine, en phase de routine, avec au début, 3 séances par semaine.
- Aspect psychologique du traitement qui doit parfois compter avec la bonne volonté du patient.
- Persévérance et éducation donc volontarisme du malade. Parfois difficile avec les ados.
- En cas d'appareillage, la rééducation se fait avec l'appareillage.

2.3 EN RESUME

- 1-faire prendre conscience au sujet de ses mauvaises attitudes et les corriger
- 2-en position corrigée, rééduquer les groupes musculaires
- 3-une fois corrigé, lui réapprendre les principaux gestes mouvements et attitudes dans la vie courante. Travail de relaxation qui accompagne systématiquement la kinésithérapie