



RAIDEURS* DES ARTICULATIONS DES MEMBRES INFÉRIEURS et laxités associées

* Sujets qui risquent d'avoir ou qui ont des raideurs

Pr Jean-Michel Viton,

Pr Laurent Bensoussan, Dr Maeva Cotinat, Dr Antoine Bruzel,
Dr Jean-Marie Coudreuse, Pr Alain Delarque

Pôle de MPR & Médecine du Sport

Plan

Définition-Généralités

Circonstances de survenue : Prévention

Causes

Bilan en MPR

Programmes de traitement

Prévention, Phase évolutive, Phase de séquelle

Cas cliniques

Conclusion

La raideur

- Diminution de la mobilité considérée comme normale d'une articulation

Le retentissement

Varie

- selon l'âge, les activités
- la profession

La raideur

- courbe d'évolution (bilan articulaire)
- Vocabulaire :
flexum de hanche, de genou
équin de la cheville
ankylose.
- raideur fonctionnelle (descente escalier et gonarthrose)

Association raideur et laxité

- cheville et pied, l'équin de la talo-crurale s'associe parfois à une laxité de la subtalienne et/ou du médiopied
- genou arthrosique, la raideur de la mobilité sagittale peut s'associer à une laxité frontale en varus ou valgus.



Evolution dans le temps

- Brève, raideur matinale dans des pathologies mécaniques, plus longue dans les rhumatismes inflammatoires
- Installée pour plusieurs semaines ou mois après une intervention chirurgicale (courbe)
- Fixée, définitive, dans des atteintes dégénératives évoluées ou dans des séquelles de traumatismes graves.

Mal tolérée

- Activités, participation, QdV
- Flexum de genou perturbe la station debout
- Varus équien rend l'appui monopodal instable, responsable d'entorses et de douleurs.

Prévention/traitement

- Traitement de raideurs fixées : long et lourd
- Prévention XXX

1 Circonstances de survenue des raideurs :

Prévention!

- pathologie de l'immobilité, généralisée ou localisée

Pathologie de l'immobilité généralisée ou localisée

- chirurgie, réanimation, médecine,
- causes neurologiques périphériques ou centrales
- impératif thérapeutique d'immobilisation
- douleur

2 Causes des raideurs

Osseuses

Articulaires

Péri articulaires

Neuro-musculaires

Osseuses

- directes, fractures articulaires avec cals vicieux, synostoses.
- indirectes, ossifications post-fracturaires limitant le jeu normal d'un muscle comme le quadriceps.

Articulaires

- lésions cartilagineuses, arthrose évoluée ou en poussée,
- modifications de la cavité articulaire et de la synoviale (PR)
- épanchements articulaires (hémophilie), fibrose intra-articulaire, symphyses synoviales
- lésions capsulaires

Péri-articulaires

- tissus cutané (sclérodermie, brûlures) et sous-cutané.
- muscles et tendons

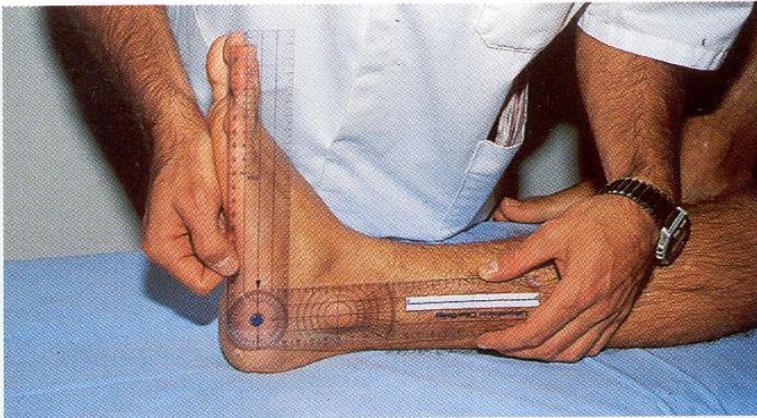
Neuro-musculaires

- déficit moteur
- anomalie du tonus

3 Bilan en MPR des sujets porteurs de raideurs articulaires du MI

- Lésions : clinique, imagerie...
- Déficiences (mobilité, douleur, déficit moteur)
- Capacités/activités, participation, facteurs environnementaux, qualité de vie

Bilan articulaire



A

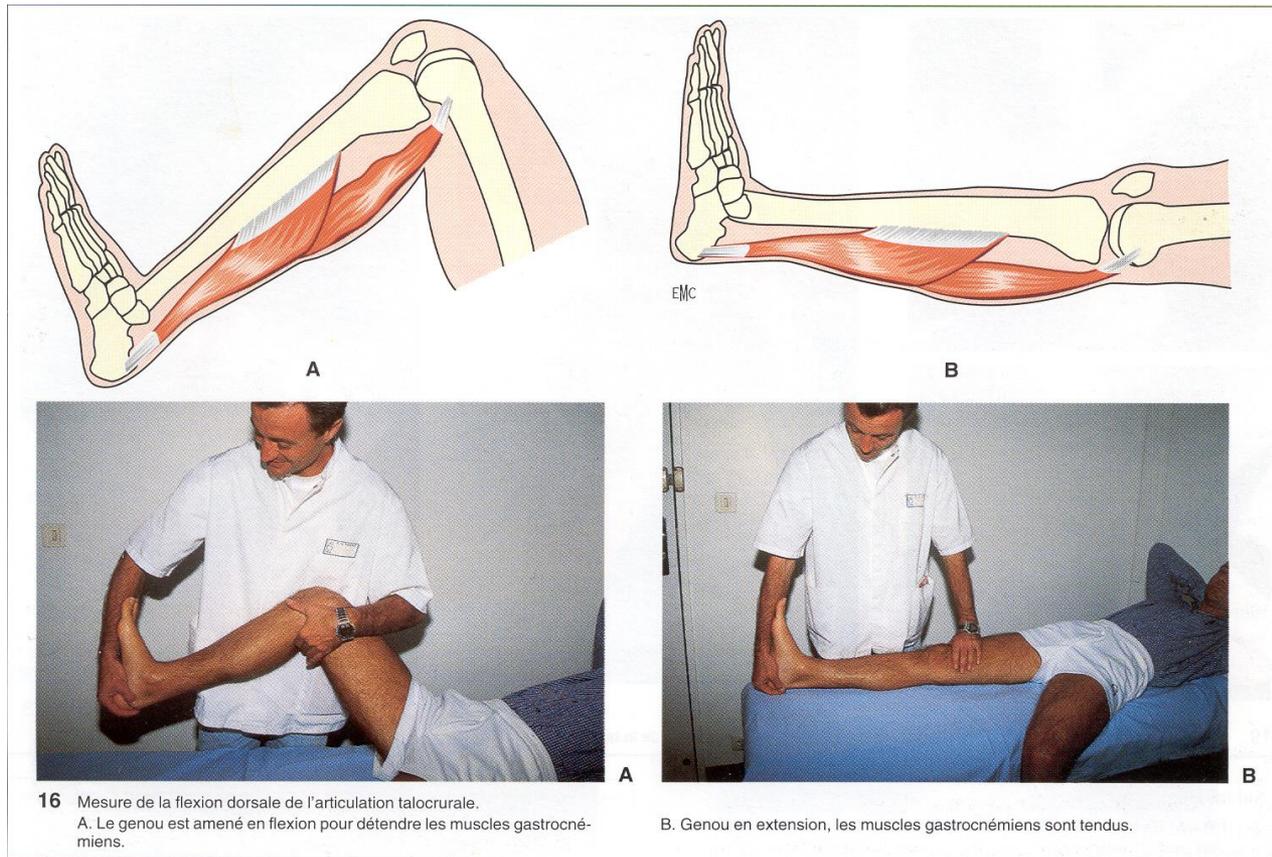
14 Méthodes de mesure des amplitudes articulaires de l'articulation talocrurale.
A. Méthode du zéro.



B

B. Méthode des repères osseux.

Bilan articulaire



Participation

CIF

la participation désigne l' implication d' un sujet dans une situation de vie réelle

- Domicile
- Travail
- Vacances/Loisirs

4 Programme thérapeutique en MPR des sujets porteurs de raideurs articulaires du MI

Prévention

Phase évolutive

Séquelles

Prévention

- Education, installation correcte au lit ou au fauteuil
- Kinésithérapie mob. passives ou actives aidées, posture, appareillage.
- Trt médicamenteux douleur (trauma, chirurgie orthopédique)
- Choix de méthodes et des indications chirurgicales : début plus précoce de la rééducation.

Phase évolutive

(Raideur en cours d'installation / possibilité de récupération)

Traitement (méthodes)

a. Kinésithérapie

- Passive
- Active

b. Médicament

c. Chirurgie

Phase évolutive

a. Kinésithérapie :

Méthodes passives/Postures

- Mobilisations par MK
- Arthromoteurs
- Postures



Mobilisations passives lentes

Arthromoteurs

(Chirurgie du genou)

Auto postures

Postures prolongées à
l'aide d' une charge

Étirement du quadriceps

Postures manuelles

Postures imposées

Équin de la talo-crurale

Postures instrumentales



Orthèses de posture : anti équin

Phase évolutive

- a. Kinésithérapie :
- Méthodes actives
- Mobilisations à sec
 - Balnéothérapie

Postures manuelles + contractions musculaires

Postures facilitées

Contracter-relâcher

Etirement du quadriceps

Mobilisations actives

Travail en synergie des
fléchisseurs du genou
(IJ-triceps)

Récupération de la
flexion du genou

Phase évolutive

b. Traitements médicamenteux

- Trt des causes : spasticité, PR, S Dououreux régional complexe
- AINS, Antalgiques
- Autres...

Phase évolutive

c. Chirurgie fonctionnelle

- Arthrolyse sous arthroscopie, suivie d'une reprise rapide de la rééducation
- Mobilisations sous anesthésie générale

Séquelles : réadaptation

- Appareillage
cahier des charges
- Chirurgie : arthrodeèse d'une raideur
douloureuse/Allongement tendineux
- Moyens environnementaux matériels et humains

Cas clinique : prévention

- Sujet victime d'une atteinte myélinique du nerf fibulaire commun au col de la fibula.
- Risque important d'apparition de raideur en équin.
- Traitement préventif : posture, orthèse de repos, mobilisations passives puis actives.

Cas clinique : phase évolutive genoux opérés

- protocoles définis/délais
- techniques chirurgicales
- suivi douleur, courbes de progression/ diagnostic de complication
- *MAG, arthrolyse*

Cas clinique raideurs séquellaires

- Adulte pied varus équin bilatéral
- Amyotrophie spinale distale
- Marche impossible seul

Cas clinique raideurs séquellaires

- Evaluation complète
- Propositions thérapeutiques (chirurgie fonctionnelle, appareillage) présentées à la personne : avantages et inconvénients respectifs
- Décision par la personne

Conclusion

Rôle de la MPR

- Prévention
- Phase évolutive
- Séquelles

Jean-michel.viton@ap-hm.fr