



S'abonner
Gratuit >>

Physio Mag

Le magazine des kinésithérapeutes, physiothérapeutes, ostéopathes



Kinésithérapie - Physio sport - Thérapie manuelle - Naturo-thérapie - Massages - Ostéopathie

Sommaire

Kinésithérapie :
kinésithérapie du sport : approche manuelle

Thérapie manuelle :
Traitement manuel des cicatrices



Les élections occupent une large place dans les médias depuis plusieurs semaines. Cela risque de se poursuivre avec les élections législatives. Quel que soit le résultat et nos opinions, cela ne devrait toutefois pas changer grand-chose pour nous masseurs-kinésithérapeutes. Peut être un peu plus de cela et un peu moins de ceci, mais notre quotidien n'en sera pas métamorphosé. Si métamorphose il devait y avoir, elle viendrait de l'ensemble des praticiens et non d'un dirigeant politique quel qu'il soit. Les plus anciens sont responsables de la situation actuelle de notre profession, mais rien ne sert de regarder le passé. Seul compte l'avenir. Et les jeunes masseurs-kinésithérapeutes ont cette responsabilité de mettre encore en valeur notre métier. Comme il ne sert à rien de se plaindre d'un dirigeant politique, il n'est pas plus utile d'attendre quoi que ce soit des instances médicales à notre égard. Seules comptent la valeur et la qualité de nos actes.

Thierry Blain

Approche manuelle de la kinésithérapie du sport

Discipline très appréciée aujourd'hui, la kinésithérapie du sport présente de multiples facettes. Cela va des soins préventifs, aux massages sportifs, à l'athlétisation, aux contentions souples, au réentraînement après blessure... Bref, beaucoup d'aspects pour une discipline encore jeune.

Alors que nous essaierons de les aborder au fur et à mesure de nos numéros, nous allons maintenant mettre l'accent sur l'aspect manuel de la pratique et de la formation en kinésithérapie du sport et plus particulièrement du versant thérapeutique. En effet, autant le renforcement musculaire après blessure ne nécessite pas l'intervention de nos mains, autant le traitement d'une pathologie sportive nous semble essentiellement manuel. Bien que de nombreux praticiens



traitent les sportifs par physiothérapie, il nous semble que la main dans ce domaine est irremplaçable (comme dans beaucoup d'autres). Pourquoi cette affirmation ?

La main est, comme chacun le sait, un outil extraordinaire et irremplaçable tant sur le plan palpatoire que thérapeutique. En effet, elle permet une adaptation permanente du traitement, de sa force, de son intensité et de la profondeur de nos techniques. Bien que les appareils de physiothérapie aient leurs indications, elles sont dans tous les cas limitées. La main qui permet à nouveau une bonne mobilité, restaure la circulation sanguine et lymphatique, libère des plans de glissement, est en la matière indispensable. Certains (commerçants) voudraient nous faire croire que leurs appareils vont remplacer ces outils merveilleux que nous avons, mais ne nous laissons pas bernier par ces vendeurs.

L'exercice de notre main a ceci de particulier, qu'il n'y a pas de limite au développement de sa qualité. Par contre, dès que l'on cesse de l'utiliser, nous perdons une gestuelle acquise. Le praticien qui installe dans sa pratique des routines palpatoires et thérapeutiques est en mesure d'apporter des solutions fiables à ses patients, qu'ils soient sportifs ou non. La différence réside dans l'exigence de ces deux types de patients. Le sportif ne supporte pas la moindre gêne ou douleur alors que le patient non sportif accepte une évolution plus lente de son traitement.

FORMATIONS EN THERAPIE MANUELLE

KINE FORMATIONS

◇ **Thérapie manuelle du sport**

◇ **Kinésithérapie réflexe et énergétique**

◇ **Crochetage**

◇ **Kinésithérapie viscérale**

◇ **Shiatsu thérapeutique**

◇ **Bindegewebs Massage**

◇ **Technique des ventouses**

Renseignements sur
www.kine-formations.com
Et au : 0870 447 267 (prix d'un appel local)

Prix : 1,5 €

Traitement manuel des cicatrices

Nous vous proposons dans ce numéro un texte qui nous a été fourni sans préciser qui en est l'auteur. Bien que nous ne souhaitions pas faire de plagia, nous avons décidé de le publier vue sa grande qualité et l'intérêt qu'il représente pour nos patients. Si l'auteur veut bien se manifester, nous ne manquerons pas de le citer dans notre prochain numéro.

Technique fonctionnelle

Le patient est confortablement installé, le praticien prend le meilleur fulcrum possible en fonction de la zone à traiter. Dans cette technique la notion de fulcrum est particulièrement importante, on cherche le meilleur appui possible pour les avant-bras. Le praticien se centre, il faut être afférent, laisser venir l'information.

Le praticien pose la pulpe d'un ou de plusieurs doigts au contact de la cicatrice. Le toucher doit être léger même si on est en présence d'une adhérence profonde.

L'intention est d'obtenir l'équilibre des tensions membranaires de la zone cicatricielle, le neutre, pour cela on imprime de fins mouvements pour tester les tensions (tests orthogonaux HAUT/BAS GAUCHE/DROITE ROTATIONS)

On positionne le tissu cicatriciel dans la position de moindre tension, on va donc dans le sens de l'aisance, on soutient les tissus sans aller jusqu'à la barrière tissulaire.

On laisse venir balancer la cicatrice par la respiration thoracique, on ajuste sans cesse pour conserver l'immobilité de la zone (ne pas suivre les fascias), La respiration va amener cet équilibre à un point neutre (point où il n'y a plus de tension) avec pour le praticien une sensation liquidienne, et des mouvements permis en tout sens.

Le segment doit être libre de se déplacer dans toutes les directions.

Laisser les sensations venir.

Suite à ce point neutre vont apparaître des signes du processus thérapeutique (chaleur, changement respiratoire, détente ...)

La fin de la technique est marquée lorsqu'une large inspiration est perçue.

Chez certains patients fatigués on peut n'atteindre que le neutre, ce sera pour eux le traitement, le corps ne pouvant aller plus loin.

Application ostéopathique d'une technique de médecine chinoise.

Issu du cours de François Loizeleur (mars 2002, AOM)

En médecine chinoise à l'aide d'aiguilles, l'acupuncteur à la plupart du temps deux façons d'aborder une cicatrice :

Piquer bilatéralement sur chaque berge ou « embrocher » la cicatrice sur toute sa longueur.

C'est cette deuxième approche que François Loizeleur utilise en variante (car il n'utilise pas une aiguille mais un doigt). On pince la cicatrice en pont entre pouce et index pour former un pli de peau, et avec le coin de l'ongle du petit doigt de l'autre main, on « embroche mentalement » la cicatrice jusqu'à sentir libre l'espace entre les deux berges.



Figure 37 : technique adaptée de la médecine chinoise

Guérison par apposition des mains :

« en 1967, le Dr Bernard Grad, un biochimiste de l'université Mc Gill, a re-

marqué des augmentations significatives au niveau de la cicatrisation des souris (et de la germination des semences de plantes) par l'imposition des mains » Viola Frymann.

Technique réflexe d'aide à la cicatrisation :

C'est une variante de la méthode originale de Madame Teirich-Leube par Bernard JOUD qui permet d'améliorer, d'accélérer, la cicatrisation tissulaire. Ce travail peut être fait sur tout problème de cicatrisation, on peut conseiller au patient de s'auto masser avec une petite brosse. Cette technique se fonde sur la notion de dermatomes cutanés. Elle consiste à tirer des traits cutanés superficiels, avec le bout d'un doigt (en principe l'index) et de l'ongle. La plaie est mobilisée de façon non agressive sur son pourtour juste avant l'application des traits.

La peau du patient est mise en tension manuellement, sur toute la zone contenant la plaie, c'est-à-dire sur le dermatome la contenant et le ou les dermatomes adjacents. Globalement donc, les traits sont tirés longitudinalement sur les membres et transversalement au niveau du tronc. La direction des traits est celle de l'orientation générale des dermatomes, le sens indifférent. Ils sont exécutés jusqu'au quadrillage complet de la zone péri-lésionnelle (figure 39). C'est une variante en ce qui concerne la vitesse d'exécution des traits en moyenne 10 cm/seconde. La réaction immédiate est l'apparition d'un dermographisme cutané.



Figure 38 : quadrillage de la zone péri-lésionnelle

Autres Techniques et conseils aux patients.

Conseiller systématiquement une éviction solaire d'un an.

Aussi longtemps qu'une cicatrice est colorée (violet, rouge ou rose) la peau dans un rayon d'un centimètre sera fort sensible. Cette zone ne peut absolument pas bronzer. Elle risque une vilaine coloration brune et tachée qui ne disparaîtra plus. De plus, l'abus de soleil peut favoriser une évolution défavorable.

L'argile verte

Argile verte utilisée en poudre, mélanger avec de l'eau minérale, appliquer en couche large et épaisse de cinq à dix millimètres pendant une heure trente. Bien laisser respirer en utilisant une bande vello (pas de microfilm plastique)

On peut associer (un jour sur deux) avec une application de propolis. La propolis est recueillie sur les bourgeons par les abeilles afin de se protéger des maladies. Elle est très efficace en médecine humaine du fait de ses extraordinaires propriétés bactéricides, fongicides, anesthésiques, anti-inflammatoires et cicatrisantes. La propolis renforce les défenses de l'organisme et le met à l'abri des agressions en général.

Glaçage cicatriciel

Il limite l'oedème en favorisant une vasoconstriction ; il peut être entrepris le plus tôt possible. L'intérêt est double, puisqu'il lutte aussi contre la douleur (compression liée à l'oedème).

Chromothérapie

Turquoise, cette couleur associe l'action dépurative du vert et l'action stimulante du bleu. On l'utilise en cas d'états fébriles ou pour aider à reconstituer les cellules de la peau et accélérer le renouvellement de la peau.

Soit on porte un vêtement de cette couleur, soit on utilise un film plastique de cette couleur que l'on appose sur la cicatrice et que l'on flashe (avec

un flash d'appareil photo), on peut porter une pierre turquoise sur soi, etc.

Huiles essentielles

Préparation préconisée par le docteur Patrice DUGOUA (33640) sur les cicatrices fraîches :

Huile essentielle chemotypée (HEC)

Salvia officinalis 5ml

HEC helichrysum italicum 5ml

HEC rosa rubiginosa 20 ml

HV rosa rubiginosa 20 ml

HV germe de blé 20 ml

On obtient un mélange de 50 ml, duquel on extrait 5 à 10 gouttes, 3 fois par jour pour un massage de la cicatrice.

Deuxième préparation, du Docteur Telphon, « ABC des huiles essentielles » Editions Grancher 2003.

HE : sauge officinale, lavande officinale, géranium rosat

À la survenue d'une plaie, appliquez matin et soir sur la lésion, après un premier nettoyage avec de l'eau savonneuse puis un désinfectant, la préparation suivante :

1 g de chaque huile essentielle

15 g d'huile d'amande douce

15 g d'huile d'olive (première pression à froid)

10 g d'un mélange d'huile de sésame et d'huile de germe de blé.

Travail avec les pierres

(Issu du cours de monsieur Bernard Lambert)

Lors d'une plaie, la perturbation de la couche éthérique provoque une fuite énergétique localement. On peut « recoudre » cette couche à l'aide de pierres taillées en forme de crayon : le quartz rose (qui émet la vibration d'amour universel) ou la tourmaline verte (cœur).

Techniques après la phase de maturation.

Techniques ostéopathiques

Technique par empilement

Technique issue du cours de monsieur Luc Abarnou.

Sujet confortablement installé, le pra-

ticien pose sa main à plat sur la cicatrice, on installe un appui progressif et léger jusqu'au « pied » de la cicatrice (première barrière tissulaire rencontrée, on peut effectuer de petits mouvements transversaux en augmentant progressivement la pression).

On débute par une phase « fonctionnelle » (en utilisant le principe indirect) qui permettra de diminuer les tensions tissulaires locales :

D'abord dans les paramètres orthogonaux, tester haut/bas, aller dans le sens de la dysfonction, conserver ce paramètre puis dans cette position de silence tissulaire tester gauche/droite puis idem avec rotation horaire et rotation anti-horaire.

On peut ensuite empiler les paramètres fonctionnels : flexion extension, inclinaison gauche droite, rotation gauche droite (par rapport à un axe céphalique caudal)

On fait « respirer » le sujet dans sa cicatrice sur plusieurs cycles, ceci permet une prise de conscience de la zone par le sujet et permet au praticien de concentrer le travail très localement, ceci jusqu'à une sensation de fonte tissulaire.

Puis on teste de nouveau, si la tension persiste on peut faire une phase utilisant le principe direct où on ira dans le sens inverse de la dysfonction, jusqu'à une barrière tissulaire, on teste cette barrière sur l'inspiration puis sur l'expiration et on fait tousser sèchement le sujet (en maintenant la tension) sur le temps respiratoire où la tension est majorée. On re teste, on peut également s'aider en fin de technique d'un petit recoil.

Technique à grands bras de levier

Technique issue du cours de Luc Abarnou.

La cicatrice devient le point fixe et c'est le corps du sujet qu'on va mobiliser (soit les membres supérieurs, inférieurs, la tête, ou par exemple le ballon abdominal par rapport à la cica-

trice). Exemple sur une cicatrice abdominale avec comme grands bras de levier les membres inférieurs :

Le sujet est confortablement installé en décubitus dorsal, on place une main sur la cicatrice et on l'immobilise (appui jusqu'à contrôler la cicatrice jusqu'à son origine).

On positionne les membres inférieurs du sujet en crochet et on les contrôle grâce à l'autre main (par une prise en berceau), on teste rotation droite et gauche, inclinaison droite et gauche. Quelle est la rotation (ou l'inclinaison) qui amène de la tension dans la cicatrice ?

On débute par une phase fonctionnelle on emmène le bloc bassin – membres inférieurs dans la facilité (selon le principe indirect), on demande au sujet de venir respirer au niveau de la main qui immobilise la cicatrice.

Quand on sent un début de relâchement tissulaire mais une correction insuffisante, on inverse tous les paramètres (c'est la phase selon le principe direct), à ce moment on p



Figure 40 : phase fonctionnelle

eut demander au sujet de tousser, si ce n'est pas suffisant, on peut effectuer de petites lemniscates avec le bloc créé.

Attention, l'utilisation de ces grands bras de levier est très puissante, la main qui fixe la cicatrice est aussi à l'écoute et doit également aider à adapter les tensions induites.

Cicatrice sur la paroi abdominale, ce que fait Viola Frymann :

Technique et remarques issues d'un stage effectué par monsieur François Loizeleur D.O. avec Viola Frymann. Indication de la technique : doit précéder la libération d'un diaphragme

quand une cicatrice est présente sur la paroi abdominale.



Figure 41 : phase structurelle

Dans ce cas, on place le sujet assis sur la table, bras relâchés sur ses cuisses.

L'ostéopathe, debout derrière le sujet lui donne un contre appui grâce à son sternum, ses mains sur la partie inférieure du grill costal contrôlent les coupoles, les doigts débordent sous les côtes.

On cherche rotation gauche/droite (sur axe céphalique caudal passant par le tendon central) mais attention, on travaille sur le diaphragme (mou) on ne teste donc pas la rotation des côtes, du sternum et encore moins des dorsales (donc on effectue un mouvement très léger, sans déplacement vertébral).

Traitement spécifique de la cicatrice par Pierre Tricot.

Dans son concept d'approche tissulaire, Pierre Tricot insiste sur la présence du praticien, son attention et sur l'intention.

Contacté au sujet des cicatrices, monsieur Tricot m'a ainsi répondu :

« Il m'arrive de traiter des cicatrices, mais seulement lorsque les tissus m'y appellent. Il arrive donc souvent que je ne les traite pas, parce qu'elles ne m'appellent pas.

J'utilise deux techniques, la première consiste à poser le plat du majeur d'une main le long de la cicatrice, puis, aidé de l'autre main posée sur la première, de rentrer doucement dans la densité et de me laisser guider par les tissus. Ils conduisent souvent successivement sur différents niveaux de densité et de profondeur et je continue tant qu'il y a du relâchement.

La seconde consiste à placer la pulpe

des doigts de part et d'autre de la cicatrice (comme si c'était une suture crânienne par exemple) et là aussi à la fois de rentrer un peu en profondeur et les deux mains en rapprochement. Le déroulement est du même type que décrit ci-dessus. A la fin de la libération, outre la sensation de fonte tissulaire, j'ai l'impression que les doigts s'écartent spontanément, comme si "la suture s'ouvrait". »

Pierre Tricot

Technique des kystes d'énergie:

On cherche tout d'abord à objectiver globalement la présence de kyste, on peut utiliser le dos de la main, on doit trouver une zone chaude, sphérique, plus ou moins étendue.

On prend doucement contact avec les tissus en déterminant le plus précisément possible la taille, la profondeur et la forme du kyste.

Un arrêt net du Mouvement Respiratoire Primaire signe le début réel du travail somato-émotionnel.

On suit le kyste en lui interdisant de reproduire deux fois le même trajet jusqu'à ne plus avoir de perception de mouvement ni de kyste, mais attention de bien vérifier qu'il ne s'est pas « échappé », si il est évacué, le tissu doit avoir changé, sinon le kyste est « caché » ailleurs .

On peut également le percevoir comme une bulle et essayer de la sortir de la peau complètement sans laisser de racine ou de microkyste annexe. Là aussi, les tissus doivent avoir changé suite à la technique, avec souvent une sensation de chaleur locale.

On peut également « crever mentalement » le kyste mais cette solution semble moins efficace (risque plus important de voir réapparaître le kyste)

En fin de technique, la sensation douloureuse doit avoir disparu, on a une sensation de chaleur locale et un changement tissulaire est perçu.