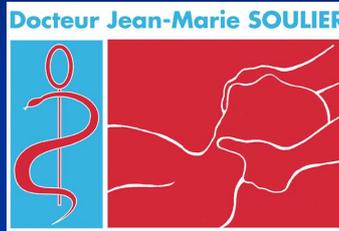


## LE GENOU AMPHOTHERAPIE ET TECHNIQUES NON FORCEES (TNF)



Docteur Jean-Marie SOULIER  
Site internet : [www.amphotherapie.com](http://www.amphotherapie.com)

Cabinet Médical Spécialiste MMO-MPR  
4 rue Goscinny 34130 SAINT-AUNES  
[Jean-marie.soulier@wanadoo.fr](mailto:Jean-marie.soulier@wanadoo.fr)

1

## LE GENOU ET SES 4 ARTICULATIONS

- La fémoro-tibiale médiale
- La fémoro-tibiale latérale
- La fémoro-patellaire
- La tibio-fibulaire

2

## EXAMEN CLINIQUE HABITUEL

### 1. Inspection :

Oedème, hydarthrose ou hémarthrose, séquelles de traumatisme.

### 2. Palpation

Recherche des points douloureux :

3

- pression du joint articulaire en légère flexion :
  - \* compartiment médial : corne postérieure et partie moyenne du ménisque médial, ligament collatéral médial.
  - \* compartiment latéral : ménisque latéral, ligament collatéral latéral.
  
- la tête de la fibula.
  
- la rotule : tests de subluxation latérale (manœuvre de Smillie) ou médiane (signe du rabot).

4

**3. Bilan musculaire** (permet le diagnostic différentiel d'une atteinte neurologique).

**4. Bilan articulaire**

- extension terminale (distance talon-table).
- flexion maximale (distance talon-fesse).



- en flexion à 90°,  
rotation interne –  
latérale



rotation externe  
médiale



## 5. Recherche des mouvements anormaux (primordial)

- Tiroir antérieur = rupture du croisé antérieur (C.A.).
- Tiroir postérieur = rupture du croisé postérieur (C.P.).
- Laxité frontale = séquelles de distension ligamento-capsulaire.

7

Le but de ce premier examen sera le diagnostic d'une lésion de la «STRUCTURE».

ex : rupture du croisé antérieur.

**Souvent = Laxité**

L'examen en MMO va rechercher une lésion «BIOMECANIQUE».

**Souvent = Restriction de mobilité**

8

## BILAN SPECIFIQUE LES CHAINES LESIONNELLES

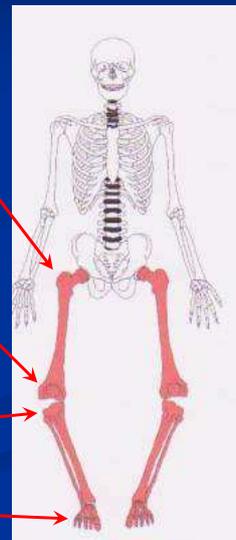
### BILAN MORPHOLOGIQUE DANS LE PLAN FRONTAL

Equilibre de la ceinture pelvienne.  
Recherche des deux chaînes lésionnelles  
selon deux morphotypes.

9

### Morphotype en genu varum (Ex : le footballeur) qui associe dans la chaîne articulaire

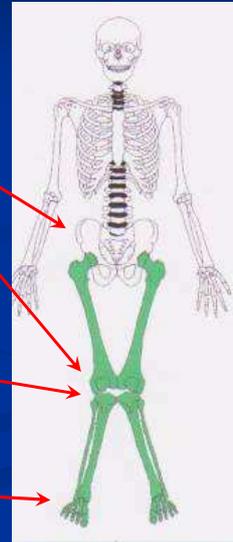
- Une hanche expulsive (qui donnera une coxarthrose polaire supérieur ou externe) ou un conflit du labrum acétabulaire supéro externe.
- Une hyperpression du compartiment fémoro tibial médial.
- Une hyperpression rotulienne médiale.
- Un arrière pied varum.



## Morphotype en genu valgum

( Ex : la danseuse ou la jeune fille hyper laxe) qui associe dans la chaîne articulaire

- Une hanche protusive qui pourra induire un conflit du labrum acétabulaire de type global avec limitation des amplitudes articulaires.
- Une hyper pression du compartiment fémoro tibial latéral.
- Une hyper pression de la facette rotulienne latérale.
- Un pied plat valgus. L'effondrement de l'articulation transverse du tarse en dedans.

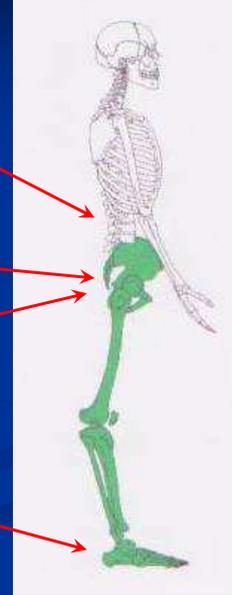


## BILAN MORPHOLOGIQUE DANS LE PLAN SAGITTAL

Recherche des deux chaînes lésionnelles selon deux morphotypes.

## Morphotype en Récurvatum

- Augmentation des courbures rachidiennes (hyperlordose lombaire).
- Antéversion du bassin.
- Sacrum horizontal  
= plateau sacré vertical.
- Pied plat valgus (appui scaphoïdien).



## Morphotype en Flexum

- Hypolordose lombaire.
- Rétroversion du bassin.
- Sacrum vertical = plateau sacré horizontal.
- Pied creux varus (appui cuboïdien).



## **RAPPEL DES NOTIONS DE BASE DE «BIOMECHANIQUE»**

### **- LE ROULEMENT - GLISSEMENT**

- \* Le condyle roule et glisse dans le mouvement de flexion-extension.
- \* Rotation externe automatique en fin de extension du tibia sous les condyles (compartiment latéral).

### **- LES MENISQUES**

- \* Le ménisque médial se déplace de 0,5 cm.
  - \* Le ménisque latéral de 1,5 cm.
- Ils avancent en extension et reculent en flexion.

15

## **BILAN SPECIFIQUE EN MANUELLE THERAPIE DES LESIONS «BIOMECHANIQUES»**

1. Conflits ou dérangements de l'interligne.
2. Défaut d'axe rotationnel (plan horizontal)
3. Dysfonction fibula (péroné)
4. Dysfonction patella (rotule)

16

# 1. LES DYSFONCTIONS SECONDAIRES AUX CONFLITS OU DERANGEMENTS DU CONTENU DE L'INTERLIGNE DU GENOU

ex : conflit méniscal, clapet cartilagineux, remaniement dégénératif cartilagineux.



genou

Gonarthrose du compartiment médial

17

Bilan : limitation de la rotation médiale du tibia : dérangement de l'articulation fémoro-tibiale médiale.



18

## 2 A. DEFAUT D'AXE rotationnel et dans le plan horizontal

A. Lésion en tiroir postérieur du plateau tibial sous les condyles et conflit méniscal antérieur.

Bilan : perte de l'extension terminale du genou.



19

En cas de conflit le genou reste toujours en léger flexum et l'arrêt de fin de course est à contact dur.

Du côté contro-latéral le mouvement de fin de course est souple.

**NB** : Le pincement antérieur de l'interligne fémoro-tibial est accentué et peut engendrer une douleur à la **POINTE DE LA ROTULE** (fausse douleur fémoro-patellaire).

20

## 2 B. DEFAUT D'AXE rotationnel et dans le plan horizontal.

### B. Lésion en tiroir antérieur du tibia sous les condyles.

Pathologie : il détermine une contracture réflexe du quadriceps et des ischios jambiers, associée souvent à un recurvatum.

Bilan : même évaluation de la barrière motrice présente en extension terminale: la distance talon table augmente = un recurvatum apparaît.

21

## 2 C. DEFAUT D'AXE rotationnel et dans le plan horizontal.

C. Lésion en rotation médiale du tibia au compartiment fémoro-tibial médial associé à un conflit ménisco-tibial médial (souvent la corne postérieure).

Bilan : limitation de la rotation interne à 90° de flexion.

Perte de l'extension terminale du genou.



22

### 3. DYSFONCTION DE LA TÊTE DE LA FIBULA (ancien péroné)

#### Rappel :

1/ L'articulation de la tête de la fibula est oblique en haut, en dehors et vers l'arrière sur la partie postéro externe du tibia, juste sous l'interligne fémoro-tibiale latéral.

2/ La partie antérieure du talus (ancien astragale) est plus large que la partie postérieure. En dorsi flexion la mortaise s'écarte, le ligament tibio fibulaire antérieur oblique à  $45^{\circ}$  vers le bas et le dehors remonte la fibula vers le haut.

23

#### Bilan :

Pathologie : la tête va perturber la cinétique du genou en particulier limiter la flexion (distance talon-fesse).



Traitement : TNF de la fibula.

24

## 4. DYSFONCTION DE LA PATELLA

- Remaniements dégénératifs cartilagineux.
- Contusions cartilagineuses post traumatique.
- Hyperpression latérale.
- Bilan : limitation de la flexion terminale (distance talon-fesse).

25

**Traitement par Manuelle Thérapie des  
dysfonctions en Technique Non Forcée  
(TNF) pour le genou.  
( avec ses 4 articulations)**

26

## Technique Non Forcée (TNF)

1. Dérangement Fémoro tibial Médial

2. Dérangement Fémoro tibial Latéral

Les techniques sont identiques à celles du bilan

Mais elles recherchent une restriction de mobilité

Et traitent le dérangement

### PRINCIPES GENERAUX DU TRAITEMENT DE CES DERANGEMENTS

- Libérer le conflit méniscal par un bâillement de l'articulation associé à une vibration par TNF.
- Réaxer si besoin.
- Eviter les récurrences par l'AMPHOTHERAPIE.

27

## Technique Non Forcée (TNF) pour le genou.

2- Dérangement Fémoro-patellaire:

Les mouvements de jeu articulaire sont :

- Cranio-caudal. Le genou en extension.



28

## Technique Non Forcée (TNF) pour le genou.

### 3- Dérangement de l'articulation tibio fibulaire supérieure :

- La poussée est antéro-postérieure.



29

## Technique Non Forcée (TNF) pour le genou.

### 4- Articulation tibio fibulaire inférieure :

Glissé antéro-postérieur de la fibula.



30

**Traitement par Manuelle Thérapie des  
DEFAUTS D'AXE ROTATIONNEL et  
DANS LE PLAN HORIZONTAL**

**«LES RECENTRAGES»**

31

Recentrage par réduction d'une lésion en Tiroir antérieur du tibia sous les condyles (comme le traitement du dérangement).



32

## RESUME DU PRINCIPE THERAPEUTIQUE

1. Diagnostic MEDICO-CHIRURGICAL PRECIS.
2. Traitement de l'ETIOLOGIE de la DOULEUR (perte du petit mouvement).
3. Prévention des récurrences par le traitement des défauts d'axes.

33

## RESUME :

### la prise en charge thérapeutique en MMO

- 1) Traitement des conflits ou dérangements articulaires mise en évidence par les différents bilans : mobilisations en techniques non forcées (TNF).
- 2) Corrections successives des articulations des chaînes articulaires selon les deux **morphotypes** des membres inférieurs (parfois le rachis).
- 3) Les orthèses plantaires de correction (genu valgum – genu varum).

34

## CONCLUSION

La prise en charge d'une gonalgie en Manuelle Thérapie passe par un examen clinique rigoureux.

1<sup>er</sup> temps : l'examen programmé complet permet d'éliminer les diagnostics différentiels : rupture d'un croisé, blocage complet méniscal, fracture, Osgood-Schlatter etc...

35

## CONCLUSION (suite 1)

2<sup>ème</sup> temps : le même bilan en Manuelle Thérapie recherche les pertes d'amplitude qui sont notées en degrés (grands mouvements volontaires). Mais le traitement des dysfonctions du genou est effectué de façon spécifique pour chaque pathologie en TNF (Traitement des mini mouvements automatiques – Glissements – Rotations -Combinés).

36

## CONCLUSION (suite 2)

3<sup>ème</sup> temps : traitement des dysfonctions et des défauts d'axe de chaque articulation selon le morphotype prédominant (par TNF).

4<sup>ème</sup> temps : L'AMPHOTHERAPIE ici passe par les ORTHESES du genou (parfois) et plantaires pour corriger le morphotype.

37

## CONCLUSION (fin)

La guérison passe par la récupération de l'alternance «pression-décompression» en tri dimensionnel.

Le mouvement est auto améliorant (spirale thérapeutique).

LES TNF ET L'AMPHOTHERAPIE TROUVENT ICI TOUTES LEURS INDICATIONS.

38

Exemple : LE TRAITEMENT à distance d'une douleur fémoro patellaire : **la rotule sentinelle**.

Bilan orthopédique de la chaîne articulaire du membre inférieur.

Traitement d'une limitation d'amplitude de la coxo fémorale.

Bilan de contrôle.

Bilan fonctionnel.

39



40

**Nous vous remercions de votre  
attention**  
**Les informations sont sur le site :**  
[www.amphotherapie.com](http://www.amphotherapie.com)

