

## Mobilisations spécifiques de la cheville et du pied

La thérapie manuelle des articulations périphériques du pied et de la cheville est un sujet qui fait couler beaucoup d'encre. Nous reprenons une partie d'un texte de l'EMC kinésithérapie pour rester sur des bases solides.

Indications : entorse de la cheville ayant pu créer un blocage des articulations périphériques, tendinopathies ou douleurs rétro-malléolaires.

Le complexe cheville-pied comprend six articulations au niveau de la talo-crurale, qui s'associe avec les tibio-fibulaires supérieure et inférieure, la sous-talienne, qui vire, tangué et roule, la médiotarsienne (Chopart) et l'articulation tarso-métatarsienne (Lisfranc), qui assure le lien avec l'avant-pied, permettant des mouvements de type torsion entre la palette métatarsienne et l'arrière-pied. La cheville et le pied sont le siège de nombreux glissements qui, s'il sont déficients, aboutissent à des limitations d'amplitude articulaire responsables de boiteries et donc de contraintes au niveau des articulations sus-jacentes.

Différentes pathologies, tant de l'arrière-pied que de l'avant-pied, sont responsables des problèmes rencontrés. Cela va de l'entorse de la cheville pour laquelle la rééducation sensori-motrice ne donne pas les résultats escomptés jusqu'à l'hallux rigidus, responsable d'une perte de la poussée du premier rayon dans la marche.

[Haut de page](#) - [Plan de l'article](#)

### ► Tibio-fibulaire supérieure

Les surfaces articulaires sont planes, obliques en avant et en dehors. Comme notée précédemment, cette articulation est intimement liée à la mobilité de la cheville. En dorsiflexion, la fibula s'élève, la malléole latérale recule, alors que la tête fibulaire avance. En flexion plantaire, les paramètres s'inversent.

Lors de l'entorse latérale de cheville, associée à un mouvement forcé en inversion, par exemple, il est possible de retrouver un déficit de glissement antérieur de la tête fibulaire. Il est possible de mobiliser cette structure en fixant le tibia et en poussant et/ou en tirant par une prise manuelle dans le plan des surfaces articulaires. Le genou doit être pour cela fléchi afin de détendre le biceps fémoral ([figure 1](#)).

Une technique est utilisée pour récupérer le glissement antérieur quand le genou est intègre. En prenant le tiers inférieur de la jambe, en plaçant une main ou même le tiers inférieur de l'avant-bras entre la cuisse et la tête fibulaire (genou en flexion et en rotation latérale) pour simuler un coin et en augmentant alors la flexion du genou, le coin induit le glissement voulu ([figure 2](#)).

[Haut de page](#) - [Plan de l'article](#)

### ► Tibio-fibulaire inférieure

Elle est plane avec des surfaces articulaires grossièrement sagittales. Étant donnée l'anatomie de l'os talus, ses moyens d'union antérieurs et postérieurs sont mis en tension lors d'une flexion dorsale de la talo-crurale et les glissements sont plus difficiles à obtenir. Aussi, un manque de liberté articulaire à ce niveau peut entraîner un déficit de flexion dorsale de cheville. Dans l'entorse latérale, la malléole latérale peut être portée en bas et en avant et le glissement postérieur peut ainsi devenir déficitaire. Pour les raisons décrites précédemment ([figure 3](#)), la cheville doit être en flexion plantaire pour réaliser la mobilisation. Le patient peut être en décubitus dorsal, hanche et genou en flexion. Le pied repose sur la table, cheville en flexion plantaire. Le praticien fixe le tibia par une prise au tiers inférieur de la jambe. Il pose son éminence thénar en regard du bord antérieur de la malléole latérale et pousse vers l'arrière pour induire le glissement postérieur. Pour obtenir un glissement antérieur, plutôt que de tirer vers l'avant, il est préférable de placer le patient en décubitus ventral, pied et cheville hors de la table. Le tibia étant fixé d'une main, le praticien pousse la malléole vers l'avant avec un appui de l'éminence thénar. La présence d'éléments vasculo-nerveux dans cette zone impose la délicatesse et la prudence.

[Haut de page](#) - [Plan de l'article](#)

### ► Talo-crurale

Le pied possédant un fort système ligamentaire, la force développée doit être relativement importante (cf. supra), alors que les surfaces de prise sont faibles. Il faut particulièrement prêter attention au confort du patient en évitant des prises trop contraignantes. Lors de la flexion plantaire de cheville, la surface articulaire du talus glisse en avant. Aussi, lors de l'inversion, cet os s'incline latéralement. En reprenant l'exemple de l'entorse

latérale de cheville, on peut envisager que le talus soit resté légèrement « bloqué » dans cette situation. Ainsi, le glissement postérieur, l'inclinaison médiale, et par conséquent la flexion dorsale de cheville, sont déficitaires. L'objectif est donc la « réintégration » du talus dans la pince tibio-fibulaire ([figure 4](#)). Le patient est placé en décubitus dorsal.

Le praticien est aux pieds de ce dernier. Il prend l'arrière-pied avec une prise bimanuelle bilatérale. Le pouce de la main latérale vient se poser sur le col du talus. L'autre pouce est à la face plantaire, les doigts de cette main viennent sur la face dorsale et plaquent l'appui sur le col du talus. La jambe est légèrement surélevée de la table. Une traction est alors imprimée dans l'axe de la jambe pour décoapter l'articulation.

Ensuite, et en gardant cette décoaptation, le praticien effectue un geste allant vers le bas et le dedans. La cheville est ainsi amenée en flexion dorsale et légère éversion, ce qui produit le glissement postérieur.

Pour améliorer un glissement antérieur dans un déficit éventuel de flexion plantaire, le sujet est placé en décubitus dorsal, genou et hanche fléchis. Le pied repose sur la table et est fixé par une main l'encerclant. Un appui au tiers inférieur du bord antérieur du tibia vient pousser ce dernier en arrière. Par réciprocité, un glissement antérieur est alors créé.

[Haut de page](#) - [Plan de l'article](#)

### ► Sous-talienne

Il est rappelé que cette articulation « tange dans le plan frontal, vire dans le plan horizontal et roule dans le plan sagittal ». C'est une articulation qui subit des contraintes importantes, les tests de provocation de la douleur devront être réalisés avec suffisamment d'intensité pour être révélateurs. Le patient est installé en décubitus dorsal, le genou est plié à 90° environ, la hanche subit un mouvement de rotation latérale et d'abduction d'environ 45°. Le praticien, situé latéralement, croise de ses doigts et encercle le talus et le calcanéum au niveau de ces premières commissures ([figure 5](#)). Le coude de la main, qui empaume le calcanéum, vient au contact de la face postérieure de la cuisse. Le praticien réalise alors un mouvement de flexion du genou. La main qui empaume le talus réalise une contre-prise fixant ce dernier. L'action conjointe des deux mains permet de décoapter l'articulation sous-talienne. L'intensité de cette technique est liée à l'angle de flexion du genou. Pendant cette décoaptation, le praticien réalise tous les mouvements nécessaires à la physiologie de l'arrière-pied dans les trois plans de l'espace.

[Haut de page](#) - [Plan de l'article](#)

### ► Médio-pied

Il est constitué du naviculaire et du cuboïde. Ces derniers sont soumis à des contraintes rotatoires et de compression importantes, notamment lors de la phase d'impulsion de la marche où les têtes des métatarsiens sont posées au sol et où l'arrière-pied doit être mobile. Il paraît important de souligner que dans les vrais pieds plats, où le médial est effondré même quand le sujet se met sur la pointe des pieds, des problèmes d'hypermobilité ou de laxité peuvent se poser. La pérennité des résultats d'une mobilisation spécifique n'est donc pas envisageable. Ces os ont des surfaces articulaires planes mais du fait de leurs moyens d'union spécifiques, leur principal mouvement est rotatoire. Ainsi, par consensus, la rotation latérale correspond à une ascension de leur partie médiale et à un abaissement de leur partie latérale. Si nous reprenons l'exemple de l'entorse latérale de cheville, il est possible d'observer un déficit de rotation médiale du naviculaire. La mobilisation réalisée est ici une mobilisation du médiopied par rapport à l'arrière-pied. Aussi, dans les gestes de traction effectués des articulations sont forcément intercalées. Leur intégrité doit être vérifiée avant tout traitement.

### ► Naviculaire

Le patient est installé en décubitus dorsal ([figure 6](#)). Le thérapeute est situé latéralement et au pied, la main prend contact par l'éminence hypothénar avec la face supérieure du naviculaire et, plus précisément, avec sa partie médiale. L'autre main se pose à la face plantaire du pied et les doigts peuvent se croiser au bord médial. L'avant-bras de la main supérieure est situé dans l'axe de la jambe. La main plantaire aide à positionner la cheville en position neutre et l'appui dorsal pousse vers le bas pour abaisser le bord médial de l'os, qui glisse alors inférieurement, imprimant ainsi une rotation médiale. Dans le cas où la rotation latérale est déficitaire, l'appui se fait aussi au bord médial, mais à la face plantaire de l'os. Une main dorsale maintient le pied et l'autre pousse dans l'axe de la jambe, vers le haut.

### ► Cuboïde

De la même façon que le naviculaire, le cuboïde peut avoir un déficit de rotation médiale ou latérale. Pour un déficit de rotation latérale, le patient est en décubitus dorsal. Le praticien prend le pied de façon bilatérale. Le pouce de la main latérale est à la face dorsale. Les doigts de l'autre main viennent se poser sur lui pour aider l'appui. L'éminence thénar prend appui sur le bord latéral du cuboïde. La cheville est en position neutre. En effectuant une traction dans l'axe de la jambe et vers le bas, un glissement de la partie latérale de l'os est imprimé avec une rotation latérale de celui-ci.

Pour effectuer une rotation médiale, le patient doit être en décubitus ventral, genou à 90° de flexion. Une main maintient la jambe avec une prise au tiers inférieur de celle-ci et l'éminence hypothénar de l'autre main vient effectuer une poussée dans l'axe jambier sur la face plantaire du bord latéral du cuboïde ([figure 7](#)).

### ► Cunéiformes

Le cunéiforme médial a la même physiologie que le naviculaire et peut être traité de la même façon. Les deux autres cunéiformes voient leurs mouvements limités aux glissements inférieurs et supérieurs. En fixant le naviculaire et le cuboïde avec une main qui encercle le pied par son bord médial, une prise bidigitale dorsoplantaire, entre le pouce et l'index, peut venir imprimer le glissement inférieur en poussant vers le bas et le glissement supérieur en poussant vers le haut.

### ► Métatarsiens

De la même façon, et considérant ces articulations planes, une prise fixe les cunéiformes et le cuboïde en encerclant le pied par son bord médial, alors qu'une prise bidigitale dorso-plantaire peut imprimer les glissements voulus. Il est à noter que pour le cinquième et le premier métatarsien, il est possible d'utiliser des prises plus larges en posant l'éminence hypothénar à leur base.

### ► Métatarso-phalangiennes et interphalangiennes

Les surfaces articulaires des segments caudaux sont concaves et répondent à la règle homologue. Ainsi, pour un gain en flexion, le glissement inférieur est travaillé. Des prises bidigitales dorso-plantaires sont utilisées. Il est intéressant de noter que le travail du glissement latéral est indiqué dans les pathologies d'hallux valgus.

[Haut de page](#) - [Plan de l'article](#)

### ► Pour en savoir plus

Kaltenborn FM. Thérapie manuelle pour les articulations des membres. Paris: Maloine; 1985.

Maitland GD. Articulations périphériques. Paris-Lausanne: Payot- Doin; 1988.

Greenmann P. Principles of manual medicine. Baltimore:Williams and Wilkins; 1996.

Grieve G. Common vertebral joint problems. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1981.

Lecorre F. Atlas pratique de médecine manuelle ostéopathique. Paris: Masson; 2005.

Coqueron M, Chevalier V, Marthan J, Vautravers P. Techniques manipulatives du rachis et des articulations périphériques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-084-A-10, 2001, 9p.