

Genou dégénératif

Ostéopathie et prévention

RÉSUMÉ | SUMMARY

La prévalence des gonarthroses est une des plus importantes, bien avant celles de la coxo-fémorale. La posture est l'élément majeur de l'organisation du corps humain.

La mise en place stratégique des interventions ostéopathiques devra se faire en pensant posture. Pour une efficacité réelle, celles-ci devront s'échelonner tout au long de la vie de l'individu. Ce type d'intervention en amont des pathologies permettra par une prise en charge bien ciblée de minimiser les effets anatomiques et les conséquences de ces gonarthroses.

The prevalence of knee osteoarthritis is one of the largest, well before those of the hip. Posture is the key element of the organization of the human body.

The strategic implementation of osteopathic interventions should be thinking posture. For real efficiency, they will be spread throughout the life of the individual. This type of intervention upstream conditions will support a well targeted to minimize the anatomical effects and consequences of knee osteoarthritis.

Maurice RAMIN

Kinésithérapeute
Ostéopathe
Grasse (06)

Texte issu des
45^e Journées de l'INCK
Paris - Octobre 2013

L'auteur déclare ne pas avoir un intérêt avec un organisme privé industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Genou dégénératif ► Ostéopathie ► Posture ► Prévention

► Degenerative knee ► Osteopathy ► Posture ► Prevention

Le genou fait le lien et la balance entre les zones proximales et distales du membre inférieur. Il subit un nombre important de contraintes tout au long de notre vie et, de par sa mobilité et de sa complexité à travers tous les plans de glissement qui le composent et qui guident ses mouvements, il sera le candidat idéal à la dégénérescence, devant même les pathologies dégénératives de la coxo-fémorale.

De nombreuses personnes sont touchées par l'arthrose au-delà de 50 ans, et plus particulièrement les femmes à partir de la ménopause. De nouvelles données épidémiologiques, issues d'une enquête menée par une équipe, ont été présentées début novembre au Congrès américain de rhumatologie (ACR).

Cette vaste enquête téléphonique, complétée par des examens cliniques et radiographiques, a permis de confirmer la prédominance de l'arthrose de la hanche et du genou chez la femme, et la très nette augmentation de ces pathologies chez les deux sexes à partir de 50 ans.

Si nous considérons l'arthrose du genou (fig. 1), les résultats montrent que 5,9 % des femmes sont concernées entre 50 et 59 ans (contre 4,7 % pour les hommes), 10,5 % des femmes entre 60-69 ans (contre 6,8 % des hommes), et le taux atteint 15 % pour les femmes âgées de 70 à 75 ans (contre 10,1 % des hommes).

En ce qui concerne l'arthrose de la hanche, la prévalence est plus faible, puisque 2,2 % des femmes entre 50 et 59 ans sont touchées (contre 1,6 % des hommes), et ce taux atteint 5,1 % pour les femmes âgées entre 70 et 75 ans (contre 3,9 % des hommes du même âge).

Une fois dégénéré, il ne reste plus que des traitements palliatifs en passant notamment par des conseils d'hygiène alimentaire, d'hygiène des



► Figure 1

IRM (vue sagittale frontale) d'un genou atteint d'arthrose



► Figures 2 et 3

Genou varum dégénératifs

mouvements, des interventions médicales plus importantes (rééducation, visco-supplémentation, infiltrations, mise en place prothétique, etc.) pour permettre aux patients d'obtenir un certain confort fonctionnel (et la liste n'est pas exhaustive).

EXISTE-T-IL UN OU PLUSIEURS MOYENS CAPABLES D'ÉVITER LA DÉGÉNÉRESCENCE (fig. 2 et 3) ?

Il faut tout d'abord occulter l'impossible, à savoir par exemple, pour ne citer qu'eux, les gros fracas du genou, les ostéites, les ostéochondrites, les pathologies rhumatismales auto-immunes, le contexte génétique hérédo-familial.

En dehors des contextes évoqués ci-dessus, l'ostéopathie, pratiquée par un professionnel de santé à la fois dans un cadre préventif et thérapeutique, peut avoir un indiscutable effet, si tant est que l'on puisse mettre en place une étude de cohorte étayant ces propos.

L'ÉQUILIBRE POSTURAL

La mise en place d'une bonne équilibration de la posture est l'élément majeur de la prévention du genou dégénératif.

Revenons quelques instants aux fondamentaux : l'homme a la faculté biologique de demeurer

stable dans un milieu instable : c'est l'homéostasie. Pour exemple, quelle que soit la température ambiante extérieure, notre température interne variera peu et nos capteurs sensoriels provoqueront en tant que de besoin :

- des frissons et tremblements pour réchauffer le corps, associés à une vasoconstriction des extrémités pour conserver la chaleur aux organes nobles s'il fait froid ;
- une transpiration associée à une rougeur par vasodilatation et une hyperventilation pour diminuer la température du corps s'il fait chaud.

Il se produira des phénomènes similaires permettant de conserver un PH sanguin stable, une glycémie stable, une posture stable, etc.

La posture suppose donc une prise en compte de notre station érigée. Elle se fait par l'intermédiaire de notre système nerveux et de la stabilité impérative du regard horizontal et du parallélisme entre le plan manducateur et le plan auriculo-nasal. Cette constante biologique nécessite une bonne adéquation entre les capteurs podaux, les capteurs dentaires, les capteurs oculaires et les capteurs labyrinthiques.

LES DYSFONCTIONS

Lorsque cet équilibre est perturbé, il se produira une réponse neurocutanée, neuromusculaire, neuro-articulaire, neuroligamentaire, neurocapsulaire, bref neurotissulaire, de façon à faire face à ce besoin de stabilité. C'est la dysfonction, c'est-à-dire un déséquilibre des tensions tissulaires. Nous ne sommes plus en « stéréo » !

On va distinguer :

- des **dysfonctions primitives** qui se produisent en première intention, pour maintenir l'homéostasie ;
- des **dysfonctions adaptatives** aux dysfonctions primitives permettant l'accommodation à ces dernières pour une bonne prise en compte de notre position érigée.

Les dysfonctions primitives se situent :

- sur les insertions musculo-aponévrotiques majeures (occiput, zygoma, os hyoïde, clavicule, radius, sternum, sacrum, branches pubiennes, fibula) ;
- sur les courbures à concavité antérieure du rachis (occiput, atlas, axis, rachis thoracique, sacrum).

Lorsque le système est dépassé, le dysfonctionnement pourra être localisé ou généralisé. Ce dysfonctionnement sera caractérisé par un déséquilibre des tensions tissulaires qui devient nécessaire à la bonne prise en compte de l'horizontalité du regard et du parallélisme du plan manducateur et du plan auriculo-nasal.

Il faut aussi avoir à l'esprit la notion de dysfonctionnement montant, c'est-à-dire prenant son origine par exemple au niveau des pieds. Dans ce contexte, la réponse peut se cantonner au membre inférieur ou bien donner des dysfonctions à distance.

On peut distinguer deux cas de figure principaux :

- la dysfonction homolatérale qui reste cantonnée au membre inférieur considéré (fig. 4) ;
- la dysfonction controlatérale qui pourra présenter aussi des dysfonctions à distance et, dans le cas présent, à l'épaule (fig. 5).

LES TECHNIQUES DE CORRECTION

Dans tout ce qui sera énoncé ci-après, il faut bien avoir conscience que, lorsque l'on parle de mobilisation ou de correction d'un « os », notre action se fait indifféremment sur tous les tissus adjacents à cet os, y compris l'os lui-même.

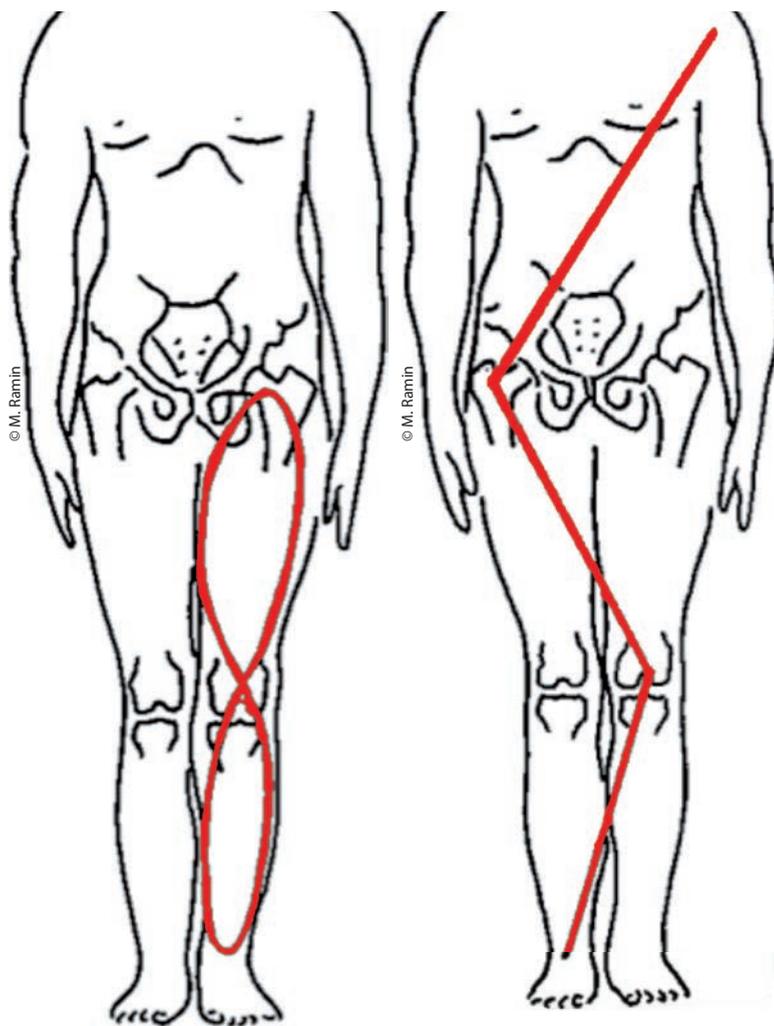
Pour nous permettre de corriger ces dysfonctions, il conviendra :

- de toujours respecter la règle de la non-douleur ;
- de mobiliser lentement les tissus de façon à ne pas déclencher de réflexe de défense.

La rééquilibration de la fonction se fera en :

- décoaptant, puis coaptant lentement les articulations ;
- pressant, puis relâchant les tissus cutanés ;
- étirant, puis comprimant les tissus musculaires ;
- exagérant le sens du mouvement non douloureux ;
- utilisant la respiration, la flexion ou l'extension du genou pour permettre d'exagérer la mobilité dans le sens de la non-douleur ;
- vérifiant enfin la non-douleur dans le sens auparavant douloureux.

Le résultat acquis devra ensuite être stabilisé par des exercices gymniques appropriés, une hygiène de vie adéquate, une prévention et une optimisation de la gestuelle.



► Figure 4

Dysfonction homolatérale

► Figure 5

Dysfonction controlatérale

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

On comprend donc mieux que, au fil du temps, ces déséquilibres s'amoncelant, une dégénérescence hors facteur physiologique du vieillissement apparaisse, rendant alors irréversible la normalité articulaire, capsulaire, synoviale, osseuse...

Puisque les réponses corticales dépendent des informations que nos différents capteurs lui parviennent, le but sera de rééquilibrer les éléments destinés à reprogrammer la liberté tissulaire nécessaire à l'adéquation, regard horizontal et plan manducateur parallèles au plan auriculo-nasal.

Pour une prise en charge efficiente de la prévention du genou dégénératif, il faudra donc penser posture dès le début de la vie et cela jusqu'à ce que la croissance se termine. Il ne faut pas dire cependant qu'il faille s'en arrêter là ! Tout au long de la vie, la posture, au sens défini plus haut, sera à équilibrer.

Concrètement, et sans entrer dans les détails techniques, on pourra mettre en place ce type de stratégie :

– **dans les premiers mois de la vie :**

- s'assurer de la bonne liberté du crâne antérieur par rapport au crâne postérieur ;
- s'assurer de la bonne liberté de l'occiput et du sacrum ;

– **dès le passage à la mastication déglutition et jusqu'à la marche maîtrisée :**

- s'assurer de la persistance des libertés contrôlées ou corrigées dans les premiers mois de la vie ;
- s'assurer d'une biomécanique harmonieuse des deux coxo-fémorales ;
- prendre en compte impérativement les dysfonctions liées aux rotations du segment jambier au valgus et au varus de l'arrière-pied ;
- s'assurer d'une biomécanique correcte des deux articulations temporo-mandibulaires (ATM) ;
- s'assurer de la symétrie des tensions musculaires des groupes orbitaux ;

– **dès la mise en place des dents définitives (sauf les 8) :**

- s'assurer de la persistance des libertés acquises à l'étape précédente et les corriger en tant que de besoin ;
- s'assurer de la liberté du sternum et des clavicules ;
- surveiller les accidents survenant lors de la pratique sportive, et surtout ceux des membres inférieurs ;

– **à la fin de l'adolescence et à l'âge adulte :**

- surveiller et corriger si besoin tout dysfonctionnement post-traumatique ;
- surveiller et corriger toute survenue d'un déséquilibre dans les zones primitives.

CONCLUSION

Tout cela énoncé viendra se surajouter à toute l'éducation thérapeutique et tous les axes de prévention dont nous usons quotidiennement.

Comme il a été suggéré en avant-propos, quelques confrères courageux et patients pourraient mettre en place dans un cadre universitaire une étude de cohorte afin d'évaluer l'efficacité de cette stratégie. ✕



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Foulth H. Le genou après 40 ans. *Kinésithér Scient* 2006;467:40-2.
- [2] Bonin N, Jacquot L, Aït Si Selmi T, Neyret Ph. Examen du genou. *Maîtrise Orthopédique* 2004:132.
- [3] Pagnano MW. Total knee arthroplasty unicompartmental knee OA in the young patient. *AAOS* 2006;ICL.
- [4] Vasquez-Vela Johnson G et al. Patient demographics as a predictor of the ten year survival rate in primary total knee replacement. *J Bone Joint Surg* 2003;85B:52-6.
- [5] Saillant G, Rodineau J, Mansat Ch. *Lésions chroniques du sportif*. Collection Les Références Santé. Toulouse : Éditions Privat, 2001.
- [6] Parisaux JM. Rééducation du genou dégénératif. *Sport'Med* 2006;179:15-8.
- [7] Fabri S, Dolin R, Marc Th, Lacaze F, Gaudin Th. Bilan stabilométrique. *Kinésithér Scient* 2005;456:27-31.
- [8] Kapandji IA. *Physiologie articulaire - Tome 2 : Membre inférieur*. Paris : Éditions Maloine, 2002.
- [9] Tixa S. *Atlas d'anatomie palpatoire - Tome 2 : Membre inférieur*. Issy-les-Moulineaux : Éditions Masson, 2006.
- [10] Viel E. *Bien rédiger le bilan-diagnostic kinésithérapique*. Issy-les-Moulineaux : Éditions Masson, 2006.
- [11] Hislop H, Montgomery J. *Le bilan musculaire de Daniels et Worthingham*. Issy-les-Moulineaux : Éditions Masson, 2006.
- [12] Cleland J, Netter FH. *Examen clinique de l'appareil locomoteur*. Issy-les-Moulineaux : Éditions Masson, 2007.
- [13] Gatto F, Garnier A, Viel E. *Éducation du patient en kinésithérapie*. Paris : Éditions Sauramps Médical, 2007.
- [14] Daniels L, Worthingham C. *Évaluation de la fonction musculaire*. 3^e éd. Paris : Éditions Maloine, 1973.
- [15] Rosa A, Lyon-Caen O. *Pathologie élémentaire du système nerveux périphérique*. Paris : PIL, 1981.
- [16] Rocher C, Rigaud A. *Fonctions et bilans articulaires*. 3^e éd. Paris : Éditions Masson, 1974.
- [17] Franck J.P. *Le Genou*. Paris : Éditions SPEK, 1998.
- [18] Rouvière H. *Anatomie humaine*. Paris : Éditions Masson 1973.
- [19] Di Palma E. *Gymnax 1 - Guide thérapeutique 2006* : www.gymna-uniphy.com



QUIZ

Réponses page 65

1. Les dysfonctions controlatérales intéressent :

- A- le genou et l'épaule du côté opposé
- B- Le genou et l'épaule du même côté
- C- La coxo-fémorale et l'épaule du même côté
- D- Le pied et l'épaule du même côté



© M. Ramin