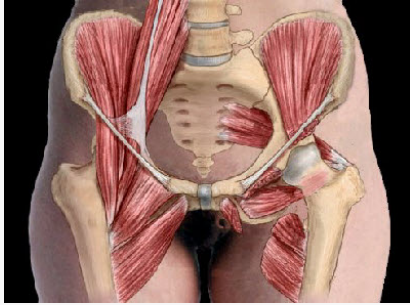


De face...



Ou de dos....



La ceinture...est remarquable



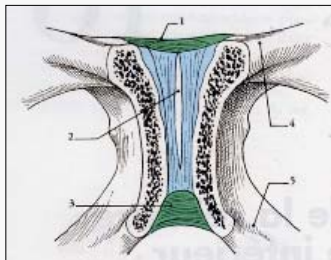
Articulations de la ceinture du membre inférieur

Trois articulations: la symphyse pubienne et les deux articulations sacro-iliaques
Deux ligaments paires à distance, les ligaments sacro-tubéral et sacro-épineux

Anatomie descriptive

1 Symphyse pubienne

- a) Surfaces articulaires
 - > la surface symphysaire: ovoïde, l'interligne articulaire est plus large en avant et en bas
 - > le disque interpubien: fibrocartilage en forme de coin (structure analogue à celle d'un disque intervertébral)



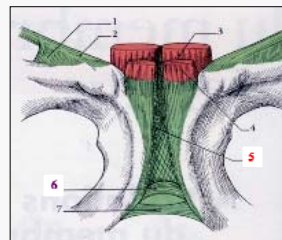
Symphyse pubienne coupe frontale (vue antérieure)

1. ligament supérieur du pubis
2. disque interpubien
3. ligament arqué du pubis
4. branche supérieur du pubis
5. branche inférieur du pubis

Anatomie descriptive

1 Symphyse pubienne

- b) Ligaments
 - > le ligament ventral ou antérieur du pubis, épais renforcé par les muscles voisins
 - > le ligament dorsal ou postérieur du pubis, mince, en continuité avec le périoste
 - > le ligament crânial ou supérieur du pubis: bandelette fibreuse épaisse
 - > le ligament caudal ou arqué du pubis: très résistant (haut de 10 mm sur la ligne médiane, à ce niveau la tête fœtale se défléchit lors du dégagement)



Symphyse pubienne (vue antérieure)

1. ligament lacunaire
2. ligament inguinal
3. m. droit de l'abdomen
4. m. pyramidal
5. ligament antérieur (ventral)
6. ligament arqué (caudal)
7. ligament transverse du périnée

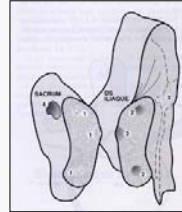
Anatomie descriptive

2 Articulation sacro-iliaque: articulation de type mi-synoviale mi-symphyse

- a) Surfaces articulaires: les surfaces auriculaires du sacrum et de l'os coxal
 - sur le versant sacré : reliefs correspondant aux dépressions du versant iliaque.
 - sur le versant iliaque : creux des pôles supérieur et inférieur, creux du pôle moyen antérieur
 - chez la femme, l'articulation plus mobile, hyperlordose du rachis
 - chez l'homme, l'articulation est moins mobile, colonne vertébrale droite
 - la conséquence de ces « pôles articulaires » qui réalisent un « emboîtement réciproque » des cartilages, est de ne permettre, en fait, que des mouvements de glissement. La rotation de faible amplitude n'est possible qu'au prix d'une décoaptation relative de l'articulation.
- b) Capsule articulaire
- c) Ligaments au contact de la capsule (intrinsèques) ou à distance (extrinsèques)

Anatomie descriptive

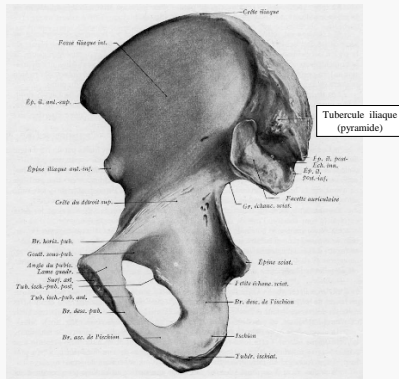
- Particularité de la fonction articulaire sacro-iliaque: l'articulation sacro-iliaque axiale
 - la pyramide (tubercule) iliaque sert d'insertion au ligament axile qui rejoint le premier tubercule sacré postéro-externe (conjugué)
 - à cette pyramide correspond une cavité sacrée, réalisant une articulation postérieure (retrouvée dans 90% des contrôles anatomiques, sans distinction de sexe F. Huguenin)
- la jonction articulaire sacro-iliaque a donc 4 pôles



- Les quatre pôles articulaires
1. reliefs sacrés
 2. dépressions iliaques
 3. pyramide (tubercule) iliaque
 4. cavité sacrée

Freddy Huguenin, Médecine Manuelle Médecine Orthopédique, Masson

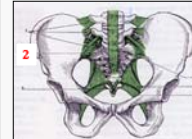
Pyramide Iliaque



Rouvière, Anatomie Humaine, Masson, Tome 3

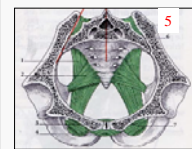
Anatomie descriptive

- c) Ligaments intrinsèques
 - Ligaments sacro-iliaques ventraux : minces, peu résistants, renforts de la capsule
 - Ligaments sacro-iliaques interosseux : très résistants, sur les tubérosités iliaque et sacrée. Ils sont les facteurs déterminants des mouvements du sacrum. Le plus puissant moyen d'union dorsale



Articulation sacro-iliaque (vue antérieure)

1. lig. ilio-lombaire
2. lig. sacro-iliaque ventral
3. lig. sacro-coccygien ventral
4. lig. longitudinal antérieur
5. lig. sacro-épineux
6. lig. sacro-tubéral



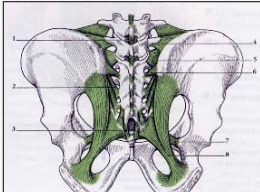
Articulation sacro-iliaque et symphyse (coupe parallèle au détroit supérieur)

1. lig. sacro-tubéral
2. lig. sacro-épineux
3. disque interpubien
4. lig. antérieur de la symphyse
5. lig. sacro-iliaque interosseux
6. interligne sacro-iliaque
7. membrane obturatrice

Pierre KAMINA, Maloïne, Précis d'Anatomie Clinique, Tome 1

Anatomie descriptive

- c) Ligaments intrinsèques
 - Ligaments sacro-iliaques dorsaux: de l'EIPS et tubercule (pyramide) iliaque donnant quatre faisceaux (faisceaux ilio-transverso-conjugués de Farabouef) se terminant sur les tubercules sacrés postéro-externes ou conjugués
 - ✓ le 1^{er} est le faisceau ilio-transverso-sacré de la crête iliaque au tubercule transversaire de S1
 - ✓ le 2^m faisceau ilio-premier conjugué ou ligament axile tendu de la tubercule (pyramide) iliaque au premier tubercule conjugué. C'est le plus puissant moyen d'union de l'articulation et correspond à l'axe du mouvement de nutation d'ou son nom

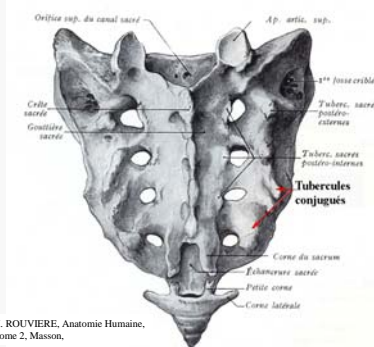


Articulation sacro-iliaque (vue postérieure)

1. lig. interépineux
2. lig. sacro-iliaque dorsal (troisième faisceau) ou lig. Zaglas
3. lig. sacro-coccygien dorsal
4. lig. ilio-lombaire
5. lig. sacro-iliaque dorsal (premier faisceau)
6. lig. sacro-iliaque dorsal (deuxième faisceau) ou lig. axile
7. lig. sacro-épineux
8. lig. sacro-tubéral

Pierre KAMINA, Maloïne, Précis d'Anatomie Clinique, Tome 1

Sacrum et coccyx, face postérieure



Tubercule conjugué = Tubercule sacré postéro-externe

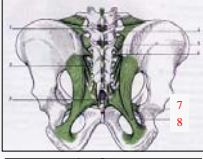
H. ROUVIERE, Anatomie Humaine, Tome 2, Masson.

Anatomie descriptive

3. Les ligaments à distance

a) Le ligament sacro-tubéral (grand ligament sacro-sciatique): des épinos iliaques postérieures, du bord latéral du sacrum et des vertèbres coccygiennes puis en éventail sur la tubérosité ischiatique

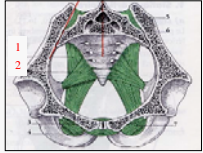
b) Le ligament sacro-épineux (petit ligament sacro-sciatique): du bord latéral des vertèbres sacrates et du du coccyx à l'épine ischiatique



7
8

Articulation sacro-iliaque
(vue postérieure)

1. Lig. interépineux
2. Lig. sacro-iliaque dorsal
3. Lig. sacro-coccygien dorsal
4. Lig. ilio-lombaire
5. Lig. sacro-iliaque dorsal (premier faisceau)
6. Lig. sacro-iliaque dorsal (deuxième faisceau)
7. Lig. sacro-épineux (petit ligament sacro-sciatique)
8. Lig. sacro-tubéral (grand ligament sacro-sciatique)



1
2

Articulation sacro-iliaque et symphyse
(coupe parallèle au détroit supérieur)

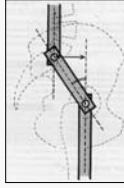
1. Lig. sacro-tubéral (grand ligament sacro-sciatique)
2. Lig. sacro-épineux (petit ligament sacro-sciatique)
3. Disque interpubien
4. Lig. antérieur de la symphyse
5. Lig. sacro-iliaque interosseux (axile)
6. Interligne sacro-iliaque
7. Membrane obturatrice

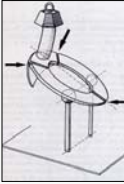
Pierre KHAMINA, Précis d'Anatomie Clinique, Maloine, Tome I

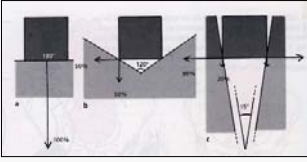
Anatomie fonctionnelle

La sacro-iliaque:

- se trouve au milieu du complexe lombo-pelvi-fémoral
- représentent deux des trois points d'absorption de mobilité de l'anneau pelvien
- son obliquité permet de fragmenter la charge sus-jacente:
 - a. une charge placée à plat transmet 100% de son poids,
 - b. dans un angle de 120° elle en transmet 50% verticalement et 50% sur les côtés
 - c. dans un angle de 15°, elle n'en transmet que 20% verticalement et 80% sur les côtés: c'est le rôle de la sacro-iliaque





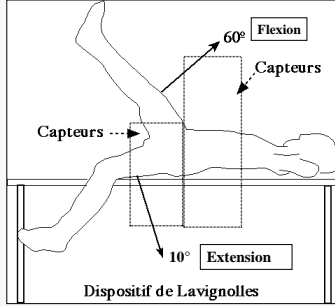


Michel DUFOUR Michel PILLU, Biomécanique Fonctionnelle, Masson, 2005

Biomécanique de la sacro-iliaque et de la symphyse selon l'expérimentation de Lavignolle B

Dispositif expérimental

But de l'expérimentation: détermination des axes de fonction et mesure des amplitudes de rotation



60° Flexion
10° Extension
Dispositif de Lavignolles

LAVIGNOLLE B. et coll.: An approach to the functional anatomy of the sacroiliac joints in vivo. Anat.Clin.5: 169-176, 1983

Répercussions sur le quadrilatère pubien

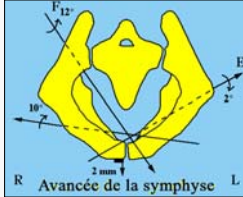
Lavignolle et coll. ont mis en évidence une translation antérieure de:

- de 5mm du côté de la flexion (à droite)
- de 3mm du côté de l'extension (à gauche)

La résultante entre les deux ailes iliaques est de mm mesurés sur le quadrilatère pubien droit.

- ces translations sont physiologiques et sont réversibles lors des mouvements.
- elles deviennent significatives d'une pathologie fonctionnelle lorsqu'elles persistent et deviennent douloureuses.

De ce fait découle notre examen palpatoire des quadrilatères pubiens étant entendu **qu'une dysfonction se manifeste toujours par le maintien d'un des quadrilatères en translation antérieure.**

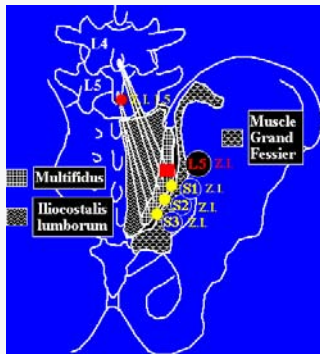


Avancée de la symphyse

Tous les axes passent par la symphyse



Les zones d'irritation sacro-iliaques



- Zones d'irritation sacro-iliaques
- ■ Zone d'irritation L5

D'après Freddy HUGUENIN

LOCALISATION ANATOMIQUE DES ZONES D'IRRITATION SACRO-ILIAQUES

➤ **Structures** : à l'intersection des aponévroses du muscle grand fessier et du multifidus

➤ **Technique**: tracer une ligne qui va de l'EIPI au cornu sacrum. Pratiquement, cette ligne est d'environ trois travers de doigt (du patient !) et chaque zone d'irritation segmentaire est située sur l'un des tiers de la ligne. Le pouce de palpation se place dans un plan frontal et perpendiculairement au plan sagittal. Il part à la rencontre du bord libre du sacrum. Palpation avec un appui et un mouvement légèrement circulaire et comparative avec le côté opposé

Pour S1 : se rappeler que le bord libre supérieur du sacrum fait un angle avec le plan frontal en direction parasagittale. C'est sur cette surface et en dehors de la crête sacrée latérale (pars lateralis ossis sacri) que se trouve la zone d'irritation segmentaire de S1

Pour S3: S3 est juste au-dessus du cornu sacrum (tiers inférieur de la ligne décrite),

Pour S2 : S2 entre S1 et S3 (tiers moyen de cette ligne)

Les pièges de la palpation

➤ **Musculaires**: les myogéloses du muscle grand fessier, pour les éviter rechercher le **contact osseux** avec le bord libre du sacrum (en cas de doute, rechercher à reproduire la douleur de myogélose par une palpation perpendiculaire aux fibres musculaires)

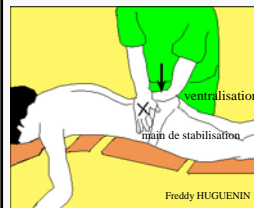
➤ **Ligamentaires**: une palpation au delà de l'aponévrose du muscle grand fessier va palper le ligament sacro-tubéral (grand ligament sacro-sciatique), les ligaments sacro-iliaques dorsaux

➤ **Nerveuses**: branches postérieures des nerfs sacrés, éventuellement branche postérieure de L1

Les tests de provocation sacro-iliaques

Les tests de provocation:

- une dysfonction sacro-iliaque entraîne toujours une dorsalisation du sacrum qui provoque un blocage articulaire
- par la ventralisation du sacrum, la douleur de la zone d'irritation segmentaire doit diminuer



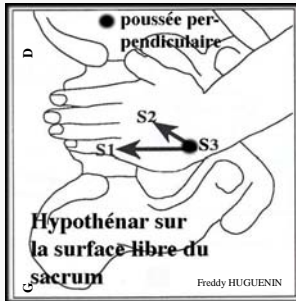
- la main gauche appuie légèrement pour ventraliser le sacrum
- la main droite au départ stabilise le bassin, et dans un deuxième temps contrôle la disparition de la zone d'irritation (confirmation du diagnostic de dysfonction) ou sa persistance (infirmation)

Et maintenant...



LES THERAPIES DE LA SACRO-ILIAQUE
sans zone d'irritation segmentaire
de la symphyse

Les directions de thérapie EN DECUBITUS LATERAL des zones d'irritation sacro-iliaque SANS SYMPHYSE



➤Patient: en décubitus latéral, les zones d'irritation étant soit du côté de la table, soit vers le thérapeute

➤Thérapeute:
 ✓ par appui sur l'aile iliaque provoque l'ouverture articulaire
 ✓ l'hypothenar de la main de thérapie prend contact avec la surface libre du sacrum, l'orientation de la main est fonction de la zone d'irritation:

- céphalique pour S1
- ombilic pour S2
- perpendiculaire au sacrum puis en direction céphalique pour S3

Thérapie de S1 en décubitus latéral



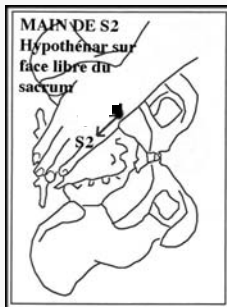
Z.I. : S1 à gauche

➤FIXATION : La poitrine du thérapeute s'appuie à l'aile iliaque droite du patient et appuie (ouverture articulaire)

➤ACTION : La main de thérapie exerce une poussée céphalique progressive et donne l'impulsion manipulative en fin de poussée

Freddy HUGUENIN

Thérapie de S2 en décubitus latéral



➤Z.I. S2 à droite

➤Patient: en décubitus latéral, les zones d'irritation sont du côté de la table

➤Thérapeute : la main gauche sur le bord droit du sacrum exerce une poussée oblique en direction de l'ombilic du patient et donne une impulsion manipulative légère en continuité avec la pression

Thérapie de S2 gauche en décubitus latéral

S2 décubitus latéral : viser le nombril



Thérapie de S3 gauche en décubitus latéral



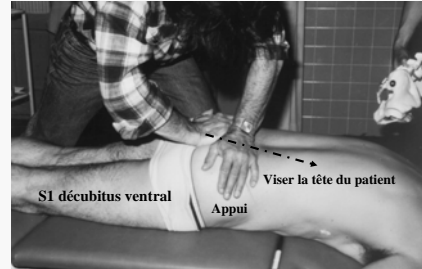
S3 : bascule du sacrum en contre nutation par prise du tiers inférieur du sacrum avec la base de l'hypothenar et poussée en direction céphalique.

Et maintenant.....



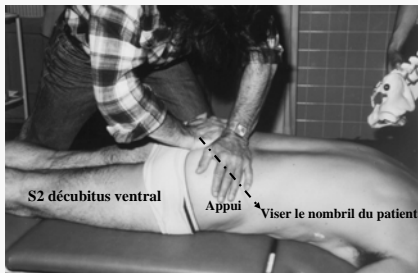
Les directions de thérapie EN DECUBITUS VENTRAL des zones d'irritation sacro-iliaque SANS SYMPHYSE

Thérapie de S1 en décubitus ventral



Appui = ouverture articulaire

Thérapie de S2 en décubitus ventral



Appui = ouverture articulaire

Thérapie de S3 en décubitus ventral



Appui = ouverture articulaire

Les directions de thérapie EN DECUBITUS VENTRAL des zones d'irritation sacro-iliaque SANS SYMPHYSE
Thérapie de S1 + S2 + S3



Thérapeute : à l'opposé de la Z.I.

Main de thérapie : La main gauche est orientée parallèlement à la ligne des épines sacrées et prend contact avec toute la surface libre du sacrum entre le rebord gauche et la crête des épines. L'avant-bras du thérapeute est à la verticale et exerce une poussée dans le sens d'un glissement en ventralisation du sacrum

Et maintenant....



Symphyse



La grossesse....



Les activités à risque...



Ou pouvant être risquées....



LES THERAPIES de la SYMPHYSE PUBIENNE

Ce sont des thérapies par GLISSEMENT de l'aile iliaque saine sur l'aile iliaque porteuse de la zone d'irritation.

Une dysfonction se manifeste toujours par le maintien d'un des quadrilatères en translation antérieure.

LEUR FINALITÉ EST DE RÉTABLIR LA CONGRUENCE FONCTIONNELLE

En cas de zones d'irritations sur la sacro-iliaque et la symphyse:

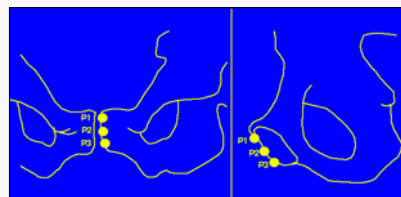
- traiter d'abord la symphyse
- vérifier la disparition des zones d'irritation (symphyse et sacro-iliaque)
- si la zone d'irritation persiste au niveau sacro-iliaque, faire une thérapie spécifique

LOCALISATION ANATOMIQUE DES ZONES D'IRRITATION DE LA SYMPHYSE

➤ **Origine de la dysfonction:** la ventralisation (antériorisation) de l'os du pubis du côté de la dysfonction

➤ **Structures:** les ligaments antérieurs du pubis, au niveau des insertions sur le rebord interne du quadrilatère pubien droit et gauche

➤ **Techniques:** la palpation douce, par un appui d'environ 100 grammes (début modification couleur unguéale) à la recherche d'une douleur forte comme une piqûre d'aiguille, au tiers supérieur (P1), au tiers moyen (P2) ou au tiers inférieur (P3) du quadrilatère pubien



Freddy
HUGUENIN

Précision de la palpation de la symphyse



1. Repérer l'espace entre les pôles supérieurs des deux quadrilatères pubiens



2. Mesurer l'espace entre le rebord supérieur de la symphyse et le ligament arqué qui en représente le rebord inférieur

Freddy HUGUENIN, Muncho DARDEL

Précision de la palpation de la symphyse : P1, P3



Palpation de P1

La palpation se fait directement en dessous du rebord supérieur du quadrilatère pubien.

Prendre soin de déplacer le ligament suspenseur de la verge ou du clitoris de façon à ne pas le comprimer



Palpation de P3

Le pouce de palpation rejoint le bord inférieur de la symphyse et remonte sur la face antérieure du quadrilatère pubien.

Freddy HUGUENIN, Muncho DARDEL

Précision de la palpation de la symphyse : P2



Palpation de P2

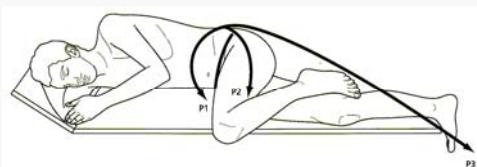
Ce point de palpation est situé à mi-chemin de P1 et de P3 qui ont été palpés en premier

Freddy HUGUENIN, Muncho DARDEL

Et maintenant...

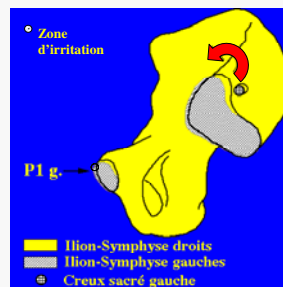


Les trois axes de dysfonction de la symphyse



Freddy HUGUENIN

Thérapies selon la symphyse P1



Dysfonction gauche :

Rotation de l'aile iliaque porteuse de la zone d'irritation (ici gauche). L'amplitude correspond à celle de la rotation de l'aile iliaque par extension de la hanche



Thérapie droite :

Direction de thérapie de glissement de l'aile iliaque non-porteuse de la zone d'irritation (ici droite)

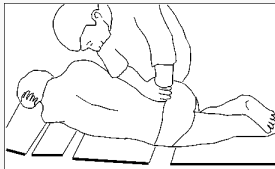
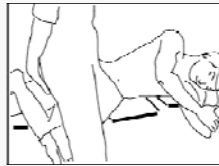
Freddy HUGUENIN

Thérapies par glissement de l'aile iliaque saine P1 gauche



Main de thérapie P1
La main de thérapie se place en parallèle avec l'arc de cercle qui suit exactement la courbe de la crête iliaque

Genou d'appui pour P1
Le thérapeute place son genou sur la table en regardant vers la tête du patient et en évitant tout contact avec les côtes. En fléchissant le genou au maximum, il peut amener le bassin du patient en position de thérapie (Inclinaison à 45 degrés)



Thérapie P1
ACTION : La rebord cubital de la main gauche suit la crête iliaque. La main droite assure la prise. Le thérapeute pivote son corps vers la droite (mise sous tension) en évitant de lordoser la colonne lombaire et prolonge son action par l'impulsion manipulative

Thérapie de P1 gauche



GENOU D'APPUI POUR P1

Le thérapeute place son genou sur la table en regardant vers la tête du patient et en évitant tout contact avec les côtes. En fléchissant le genou au maximum, il peut amener le bassin du patient en position de thérapie (inclinaison à 45 degrés)



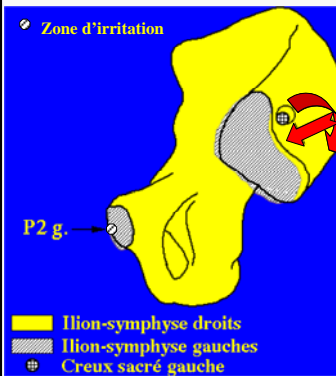
MAIN DE THÉRAPIE P1

La main de thérapie se place en parallèle avec l'arc de cercle qui suit exactement la courbe de la crête iliaque droite

Et maintenant



Thérapies selon la symphyse P2



Dysfonction gauche :
Rotation de l'aile iliaque porteuse de la zone d'irritation (ici gauche). L'amplitude correspond à celle de la nutation de l'aile iliaque par flexion de la hanche



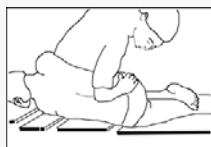
Thérapie droite :
Direction de thérapie de glissement de l'aile iliaque non-porteuse de la zone d'irritation (ici droite) avec une composante de propulsion antérieure

Freddy HUGUENIN

Thérapies par glissement de l'aile iliaque saine P2



Main de thérapie pour P2
L'arcade palmaire de la main (ici main droite) prend un contact étroit avec la tubérosité iliaque et la crête. En même temps le médecin place sa main dans la direction qui sera celle de la thérapie et qui décrit un arc de cercle d'arrière en avant



L'avant-bras est placé dans la direction de la thérapie



Thérapie de P2.
ACTION : La main et l'avant-bras droits sont ancrés sur l'aile iliaque. La main gauche empaume le poignet de façon à renforcer la prise. Le thérapeute, penché en avant, pivote dans le sens de thérapie de P2 (mise sous tension) et donne l'impulsion manipulative en fin de mouvement

Thérapies par glissement de l'aile iliaque saine P2



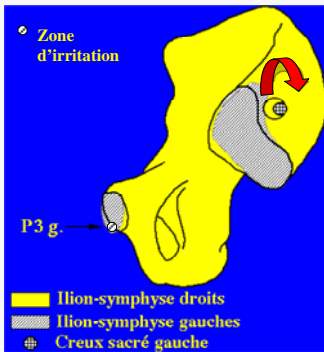
GENOU D'APPUI : Le thérapeute place son genou sur la table en regardant vers les pieds du patient de façon à pouvoir basculer le bassin sur sa cuisse. Cette position est adoptée pour traiter P2 et P3



THÉRAPIE P2 :
L'avant-bras est placé dans la direction de la thérapie

Freddy HUGUENIN

Thérapies par glissement de l'aile iliaque saine P3



Dysfonction gauche:
Rotation de l'aile iliaque porteuse de la zone d'irritation (ici gauche). L'amplitude correspond à celle de la mutation forcée de l'aile iliaque par flexion de la hanche



Thérapie droite :
Direction de thérapie de glissement de l'aile iliaque non-porteuse de la zone d'irritation (ici droite) avec une composante de poussée caudale

Freddy HUGUENIN

Thérapies par glissement de l'aile iliaque saine P3



Main de thérapie de P3 :
L'avant-bras est placé dans la direction de la thérapie



Thérapie de P3
ACTION : La main et l'avant-bras droits sont ancrés sur la crête iliaque. La main gauche empaume le poignet de façon à renforcer la prise. Le thérapeute, penché en avant, pivote dans le sens de thérapie de P3 (mise sous tension) et donne l'impulsion manipulative en fin de mouvement en visant le pied de la jambe d'appui du patient

Main de thérapie de P3
L'arcade palmaire prend un contact étroit avec la crête iliaque saine de façon à coïncider avec un arc de cercle à large ouverture comme si le thérapeute voulait viser la pointe du pied de la jambe d'appui du patient

Thérapies par glissement de l'aile iliaque saine P3



Genou : voir P2



MAIN DE THÉRAPIE P3 L'arcade palmaire prend un contact étroit avec la crête iliaque saine de façon à coïncider avec un arc de cercle à large ouverture comme si le thérapeute voulait viser la pointe du pied de la jambe d'appui du patient

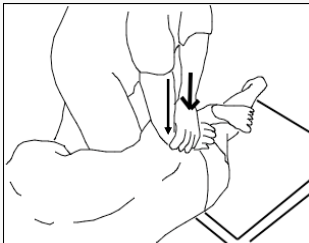


MAIN DE THÉRAPIE P3 : Remarquer l'avant-bras est placé dans la direction de la thérapie

Et maintenant...



Thérapies par glissement de l'aile iliaque saine P1 + P2 + P3



Zones d'irritation P1+P2+P3 gauches

Le genou d'appui est celui de P2.
La main droite empaume l'aile iliaque saine (droite), l'avant-bras est à la perpendiculaire de la table.
La main gauche assiste la prise. Le thérapeute immobilise ses articulations du bras droit et laisse peser son thorax pour provoquer le glissement de toute l'aile iliaque sous-jacente (glissement de l'aile iliaque saine, ici droite)

Thérapie de P1 + P2 + P3



Z.I. : P1, P2, P3 à droite

FIXATION: Genou d'appui



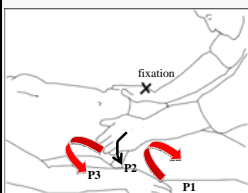
ACTION: La main droite est en appui sur l'aile iliaque droite, la main gauche renforce la prise. Le thérapeute est penché au-dessus du bassin du patient, exerce une poussée progressive verticalement (mise sous tension) et termine son geste par l'impulsion de manipulation

Et maintenant



THERAPIES DIRECTES DE LA SYMPHYSE

Thérapies directes de la symphyse P1 ou P2 ou P3 gauches



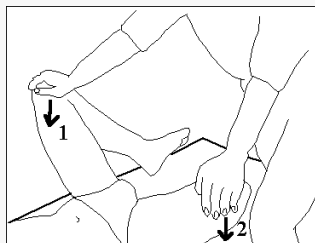
- Fixation de l'aile iliaque gauche (porteuse ZI)
- Mobilisation de l'aile iliaque droite (saine):
 - pour P1 en direction ventrale et en contre-rotation
 - pour P2 mobilisation de faible amplitude en direction dorsale et en nutation
 - pour P3: mobilisation de plus grande amplitude en direction dorsale et en nutation

d'après Freddy HUGUENIN

Et maintenant....



THERAPIE DE LA SYMPHYSE PAR VIBRATION



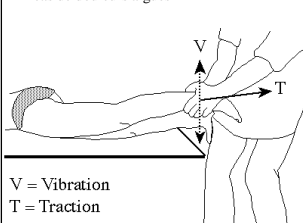
- Le patient est couché sur le dos, les cuisses repliées à 90 degrés
- Le thérapeute prend appui des deux mains sur la face interne des genoux sans dépasser l'ouverture de confort des cuisses du patient.
- Thérapie: impulsions alternées droite-gauche dans le sens d'une vibration. La manœuvre est prolongée pendant 20 à 30 secondes, et répétée deux ou trois fois. Aucune douleur ne doit être ressentie par le patient, si ce n'est une tension des adducteurs
- Entre chaque répétition, le thérapeute vérifie les zones d'irritation symphysiales.

AUTO-MOBILISATION DE LA SYMPHYSE

On peut apprendre au patient à exercer ces poussées alternées en prenant appui avec ses mains sur la face interne des genoux, la tête soutenue par un petit coussin. Il exerce une légère poussée, tantôt à droite, tantôt à gauche **en direction verticale** vers en bas. Il pratique ainsi une véritable auto-mobilisation de sa symphyse

Thérapie sacro-iliaque par vibration

En cas de douleurs aiguës



V = Vibration
T = Traction

➢ Le patient est à plat ventre, les pieds dépassant du rebords de la table de thérapie

➢ Le thérapeute (pour une thérapie de la sacro-iliaque gauche) appuie sa cuisse droite sous le pied droit du patient. Il empaume la cheville gauche du patient, sa main gauche au dessus de la malléole externe de la cheville du patient.

➢ Thérapie: en exerçant une traction T sur le membre inférieur, il le décolle légèrement du plan de la table. Avec ses deux avant-bras, il crée un mouvement de vibration haut-bas, bas-haut à la fréquence la plus rapide qu'il peut provoquer et d'une amplitude de quelques millimètres, pendant une durée de 20 à 30 secondes. La manœuvre peut être répétée 2 ou 3 fois.

Et maintenant



Et maintenant



SYNDROME SPONDYLOGENE

Chaîne	Segment	Muscles configuration croisée : X	Symptômes				
<table border="1"> <tr><td>S1</td></tr> <tr><td>L5</td></tr> <tr><td>D12</td></tr> <tr><td>C4</td></tr> </table>	S1	L5	D12	C4	S1-P1	Ilio-psoas. Grand fessier. S1 X P1. S1 X P3. S1, 2, 3 X S1.	Lombalgies, signe des « chaussettes ». Hypotonie du grand fessier.
S1							
L5							
D12							
C4							
<table border="1"> <tr><td>L1, 2</td></tr> <tr><td>S2-P2</td></tr> </table>	L1, 2	S2-P2	S2-P2	Biceps femoris. Semi-tendineux. Ilio-psoas. S2 X P2. S2, 3 X P2, 3.	Sciatalgies. Hypoextensibilité des ischio-jambiers.		
L1, 2							
S2-P2							

Par convention, les pathologies homolatérales sont indiquées dans la même colonne, les pathologies hétérolatérales dans la colonne droite de la chaîne