

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION A LA METHODE MEZIERES

**APPLICATION DE LA METHODE CHEZ UN
PATIENT AYANT DES ANTECEDENTS DE
TETRAPLEGIE**

AMIK PROMOTION 2009-2011

MANDARD LUCILE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

II. PRESENTATION DE M.

1. Histoire de la maladie
2. Plainte du patient
3. Mode de vie

III. BILAN MEZIERES

1. Observation debout dans son habitus
2. Observation debout pieds joints
3. Le penché avant
4. En décubitus dorsal
5. Conclusion du bilan

IV. OBJECTIFS

V. LE TRAITEMENT

1. Les postures au sol
2. Les postures debout

VI. BILAN FINAL : Observation des différences par rapport au bilan initial

1. De face dans son habitus
2. De profil droit dans son habitus
3. De profil gauche dans son habitus
4. De face pieds joints

VII. CONCLUSION DU TRAITEMENT EFFECTUE

VIII. DISCUSSION

IX. CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

I. INTRODUCTION

Pour ce mémoire, j'ai choisi d'appliquer la méthode Mézières à une personne de mon entourage. M. me semblait être un bon sujet car il présente des chaînes musculaires en excès notamment aux membres inférieurs : c'est un sujet « raide ». Compte tenu de ses antécédents de tétraplégie, cela m'a paru intéressant d'appliquer la méthode Mézières et ainsi d'en évaluer l'impact par rapport au traitement kiné dont M. fait l'objet depuis 28 ans.

II. PRESENTATION DE M.

1. Histoire de la maladie

Il s'agit d'un accident de la circulation qui a eu lieu le 22/12/83. M. qui était âgé de 9 ans, était à l'arrière de la voiture conduite par son père lorsqu'ils furent violemment heurtés à l'arrière. M. ne se plaignait de rien sur l'instant mais le soir même, il se sentit fatigué. Dans la nuit du 23 au 24/12, il eut de la fièvre, accompagnée de délires. Le 24/12, il était inconscient et fut transporté à l'hôpital.

On évoque comme diagnostic un accident vasculaire au niveau du tronc basilaire ainsi qu'une contusion de la moelle haute et du tronc cérébral. Ceci engendra une tétraplégie incomplète spasmodique.

Sous kinésithérapie, l'évolution fut favorable avec une récupération de la motricité bulbo-protubérentielle, du langage, des membres supérieurs puis l'apparition d'une spasticité aux membres inférieurs.

Le 25/03/84, M. put rentrer chez lui. La motricité des membres supérieurs était normale. Il pouvait marcher sans aide avec une démarche spastique. Sur le plan orthopédique, il ne présente pas de problème particulier. Flessum de hanches, genoux fléchis des deux côtés 10°. Le grand fessier est à 4+ des deux côtés. Il présentait des troubles sphinctériens. Il continua les séances de kinésithérapie à domicile ou lors de séjours en centre de rééducation.

Il fut hospitalisé à plusieurs reprises pour des épisodes d'infections urinaires.

La consolidation fut fixée le 19/06/85, le Professeur B. avait retenu l'imputabilité des troubles neurologiques qui entraînent dans le cadre d'un Locked In Syndrome.

Une sphinctérotomie est pratiquée en 1988.

En 1989 il débute les auto-sondages, toutes les 4 heures.

Au début du mois de juin 2007, à la suite d'infections urinaires à répétitions, un examen met en évidence un carcinome de grade III. Il fut opéré en juillet, il a subi une cystectomie avec remplacement de la vessie par l'intestin grêle.

En 2008, il fut opéré suite à une appendicite gangrenée avec septicémie.

2. Plainte du patient

Douleur au rachis lombaire, EVA:6/10. C'est une douleur mécanique qui apparaît lors de la marche prolongée ou lors des efforts.

Sensation de raideurs aux membres inférieurs lors de la marche ou des activités supérieures de la marche. Cette sensation augmente au fil des années.

3. Mode de vie

M. a 37 ans, il est marié et a une petite fille.

Il est informaticien et a un temps de travail aménagé à 80%.

Il a arrêté de fumer en juillet 2011 et a pris 8kg en 2 mois.

Il fait de la guitare, du vélo une fois par semaine.

Il a 2 séances de kinésithérapie par semaine qui consistent en 15 minutes d'étirements et 15 minutes de renforcement musculaire.

III. BILAN MEZIERES

1. Observation debout dans son habitus

De face

Un regard horizontal

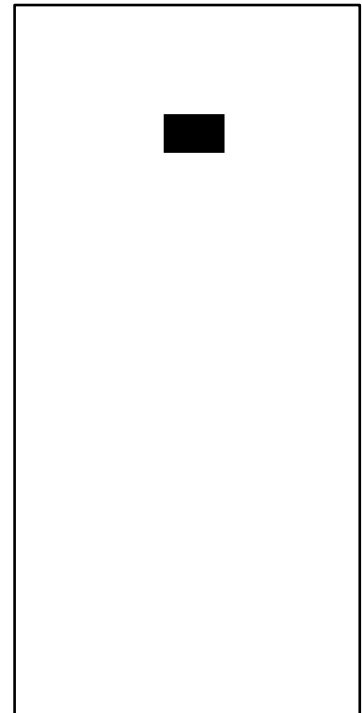
Une rotation gauche de la tête

Une tension aux membres supérieurs avec des épaules en position haute, tension des trapèzes et des deltoïdes, flexion des coudes et des poignets, extension des doigts

Une rotation et une translation gauche du tronc

Un appui plus important au membre inférieur gauche

Un membre inférieur droit en rotation externe notamment au niveau du pied



De dos

Une rotation droite de la tête

Une tension aux membres supérieurs avec un creusement des paumes des mains

L'épaule droite plus basse et enroulée vers l'avant par rapport à l'épaule gauche

Un pli de taille plus marqué à droite

L'hémicorps droit positionné en avant par rapport à l'hémicorps gauche

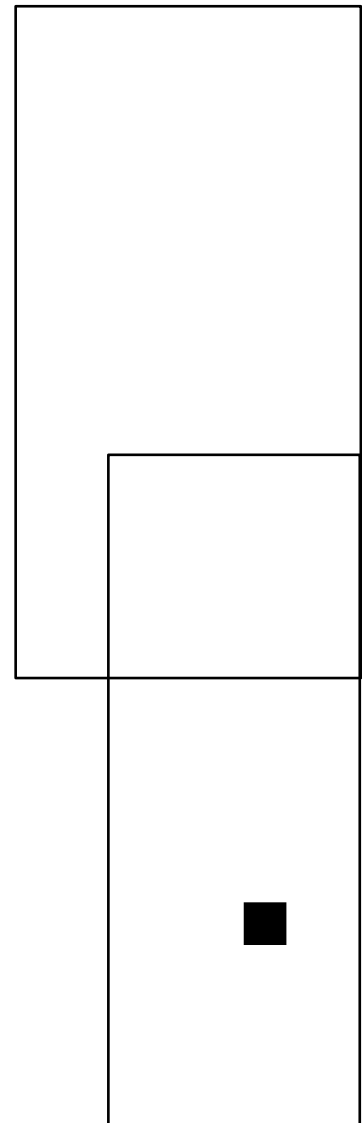
Une tension des muscles para vertébraux notamment au niveau lombaire

Les pieds ne sont pas au même niveau, le pied droit étant positionné en avant

De profil droit

Une hyperlordose cervicale avec une projection antérieure de la tête

Un non alignement occiput-Th7-sacrum, ce qui indique une projection



antérieure du tronc

Une rotation gauche du tronc

Une ptôse abdominale

Un thorax en inspiration avec un sternum horizontalisé

Une hyperlordose lombaire avec une antéversion du bassin

Un flessum de hanche

Un flessum de genou

Un avant-pied en valgus pronation

Un enroulement de l'épaule droite sans cyphose dorsale

Un flessum de coude avec une tension aux niveaux des doigts

De profil gauche

Un bloc pelvien en arrière par rapport au reste du corps

Une épaule gauche plus en arrière que la droite

Un effacement de la cyphose dorsale

Une hyperlordose lombaire moins marquée

Un flessum de genou avec une tension au quadriceps

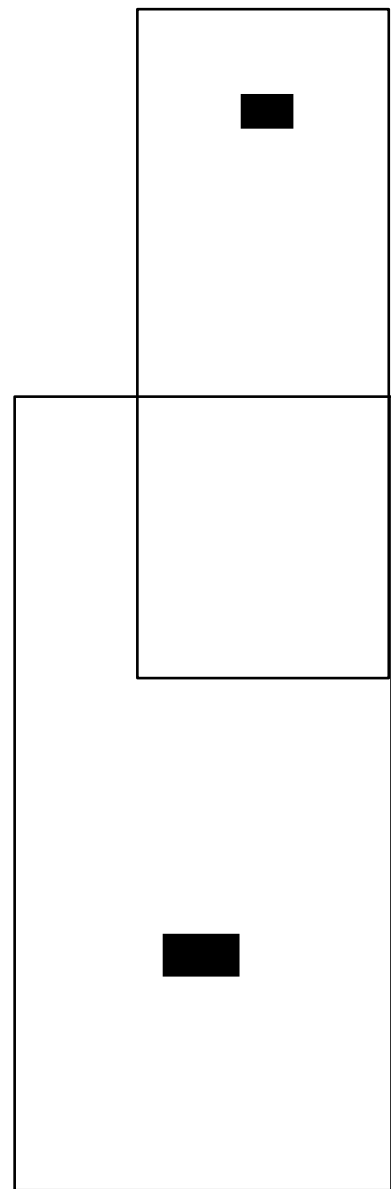
Un pied dans l'axe

2. Observation debout pieds joints

De face

On note une difficulté à maintenir l'équilibre dans cette position

Une augmentation de l'extension cervicale avec un regard haut



Un écartement des membres supérieurs par rapport au tronc surtout à gauche

Une rotation et une translation du tronc vers la gauche

Une correction de la rotation externe du membre inférieur droit qui a entraîné une flexion du genou droit plus importante et une tension du quadriceps gauche

Un fémur gauche en rotation externe

Une griffe des orteils

De profil droit

On observe un recul du tronc par rapport au profil dans son habitus

Une augmentation des courbures

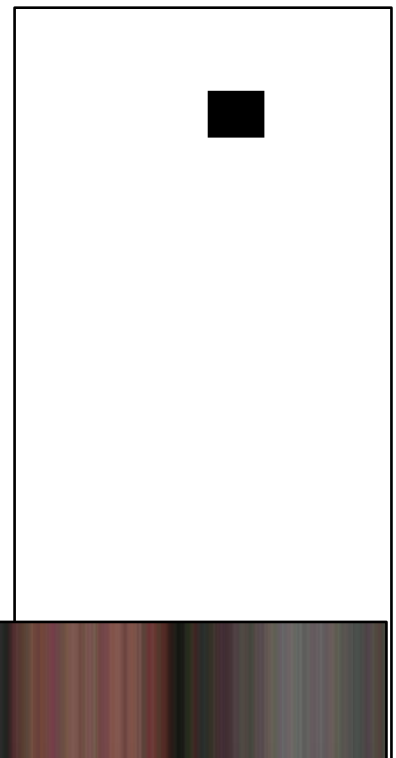
Une tension abdominale

Un flessum du genou droit

Un récurvatum du genou gauche

Une griffe des orteils

Un flessum de coude plus important



3.Le penché avant

Un contact doigts- sol

Une lordose cervicale

Un enroulement dorsal correct

Une rotation gauche du tronc

Une cuvette lombo-sacrée

Un bassin en rétroposition

Un recul du bassin et une flexion des genoux

Une griffe des orteils

Une tension abdominale

4. En Décubitus dorsal

Les appuis

- à l'occiput, assez haut
- au niveau dorsal
- au sacrum avec un appui inconfortable
- aux talons
- est plus en appui sur son membre inférieur droit

Observation

Le membre inférieur droit est en rotation externe en particulier le pied

Les membres supérieurs sont positionnés en pronation

Une hyperlordose lombaire

La respiration est plutôt abdominale

Tests d'élévation des membres inférieurs

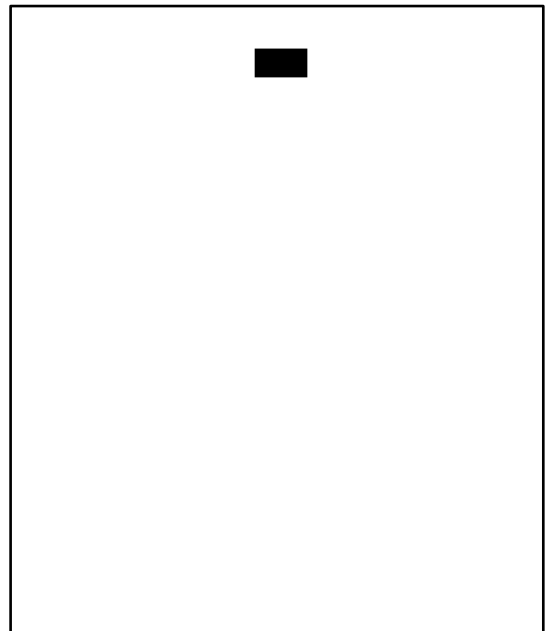
Réponse rapide lors de l'élévation du membre inférieur.

Du côté homo latéral :

- une élévation de l'hémibassin
- un cintrage de la taille
- une décollement de l'ischion du sol
- une flexion du genou

Du côté controlatéral :

- un soulèvement important du membre inférieur du sol



On observe des compensations au niveau du tronc lorsqu'on amène le membre inférieur en abduction et surtout en adduction.

On note que le membre inférieur droit est plus raide que le gauche, difficulté à le positionner dans l'axe.

Tests d'élévation des membres supérieurs

On observe une extension du rachis lors de l'élévation

Au membre supérieur droit, douleur à la scapula en fin de mouvement

Au membre supérieur gauche, amplitude plus limitée

Test de mobilité cervicale

Limitation en inclinaison et rotation gauche

Observation de la marche

- perte du pas postérieur du aux flessums de hanches et à l'hyperlordose lombaire
- salutation lors du pas postérieur
- même longueur de pas
- déroulement du pied correct
- marche avec le membre inférieur droit en rotation externe
- difficulté à décoller le pied droit lors du passage du pas
- sensation « d'envoyer la jambe » lors de la marche surtout à droite
- manque de dissociation des ceintures

5. Conclusion du bilan

M. présente :

- une chaîne postérieure avec un excès de tension des psoas.
 - une chaîne postéro-latérale au membre inférieur droit compensée par une rotation gauche du tronc
- un appui préférentiel à gauche car le membre inférieur gauche est plus fort.
- une tension importante des membres supérieurs et de la région cervicale pour compenser le manque de force musculaire des membres inférieurs et le manque d'équilibre.

IV. OBJECTIFS

Les objectifs sont :

- de ré harmoniser la statique de M. en diminuant les lordoses, en réduisant les dissymétries (rotations), en associant l'expiration,
- le but étant d'améliorer la marche pour améliorer la qualité de vie.

V. LE TRAITEMENT

Nous avons effectué 11 séances en 4 mois.

1. Les postures au sol

Nous avons commencé le travail au sol en **décubitus dorsal**.

Le diaphragme étant associé à la chaîne musculaire postérieure, nous avons dans une première phase effectué un travail respiratoire. Celui ci consiste à faire lâcher la contraction du diaphragme en inspiration en demandant de l'expiration prolongée. La difficulté pour M. est d'avoir une respiration libre sans solliciter les muscles inspireurs accessoires, tout en harmonisant le volume thoracique et le volume abdominal lors de la respiration. Je lui faisais prendre conscience de la mobilité thoracique par des pressions manuelles associées à l'expiration ainsi que de la mobilité abdominale en lui demandant de ne pas contracter les abdominaux lors de l'expiration. J'observais qu'il fermait sa bouche à chaque inspiration aussi, j'insistais sur le relâchement de sa mâchoire lors de l'inspiration

Dans un deuxième temps, nous avons débuté le travail de mise en tension par l'élévation des membres inférieurs en y associant le respiration. Avant de commencer la posture, je diminuais la lordose en positionnant le bassin en rétroposition, je ré-axais la tête et je positionnais les épaules en bas et en arrière, les avant bras en supination.

Je commençais par le membre inférieur droit. Je mettais en tension la chaîne postérieure et je demandais à M. de corriger toutes les compensations et notamment l'élévation de l'hémibassin droit et le soulèvement des ischions tout en relâchant le haut de son corps. J'étais attentive aux composantes de rotation. Dans cette position je lui demandais un allongement du membre inférieur gauche pour un étirement du psoas. Cela mettait fortement en tension la chaîne postérieure et le psoas gauche mais M. supportait bien la sensation d'étirement grâce à la respiration. J'ajoutais une adduction, rotation interne pour mettre en tension la chaîne postéro-latérale, je demandais à M. de corriger le soulèvement de l'hémibassin droit. J'effectuais le même travail sur le membre inférieur gauche, j'observais que la position était plus facile à tenir.

Toutefois, je me suis rendue compte lors des mises en tension qu'il ne pouvait pas exécuter certaines de mes consignes ayant pour but de diminuer les compensations par manque de force musculaire aux membres inférieurs. Par exemple il ne pouvait pas positionner seul le membre inférieur droit en rotation interne, je le faisais passivement.

Dans ces conditions, j'exerçais une pression avec mon pied sur le membre controlatéral pour augmenter l'étirement du psoas.

J'ajoutais une abduction des membres supérieurs pour augmenter la mise en tension.

J'effectuais la position de mise en tension par élévation des deux membres inférieurs. La sensation d'étirement dans cette position était moindre mais la difficulté était de ne pas décoller le sacrum du sol tout en allongeant les membres inférieurs. Cette posture était intéressante pour dissocier la mobilité du bassin et des membres inférieurs. Cette position apportait à M. un soulagement au niveau de la région lombaire.

J'associais à ces postures des massages, mobilisations des pieds.

Au cours des premières séances, j'ai insisté sur la diminution de l'attitude en rotation externe du membre inférieur droit. Sur une même séance nous arrivions à réduire cette rotation de 50%, preuve de la composante musculaire de cette attitude (piriforme). Nous retrouvions la rotation externe à la séance d'après mais petit à petit elle diminuait. Parallèlement je demandais aussi à M., lors de la marche de positionner le pied dans l'axe. Après les premières séances, il avait « les jambes cassées » lorsqu'il rentrait chez lui. Il ressentait un inconfort à la marche même si elle semblait plus harmonieuse.

Par ma méthode de travail, j'essayais de réharmoniser les courbures, de réduire les rotations. Toutefois une réflexion s'imposait : de part sa pathologie il s'est mis dans une certaine posture, aussi il convenait d'évaluer si ses muscles seraient assez forts pour maintenir les corrections.

Je poursuivais mon traitement. J'ajoutais des composantes actives dans ces positions de mises en tensions. Je demandais à M. lors de l'expiration « de tendre le genou, de ramener le pied vers lui, de ne pas soulever le bassin et de pousser la jambe contre moi » Cela avait pour but d'augmenter les mises en tension. Je lui demandais aussi de croiser les bras et à l'expiration « d'amener les coudes vers le nombril ».

Je plaçais M. en décubitus latéral et réalisais un massage avec l'olécrane du piriforme droit.

J'exerçais également un travail de mise en tension plus spécifique sur les membres supérieurs. Je me suis rendue compte que M. sollicitait beaucoup ses membres supérieurs, il les contractait en permanence même lors des postures des membres inférieurs. Je lui demandais de bien positionner chaque segment du membre supérieur pour avoir un étirement de la chaîne brachiale.

En progression de la position de mise en tension par l'élévation des membres inférieurs, j'ai demandé à M. une élévation des membres supérieurs, le but étant de fixer le bassin par le grand dorsal. La difficulté de cette position est de ne pas compenser par une extension du rachis (1).

2. Les postures debout

Au bout de 6 séances, lors de l'observation debout j'ai constaté nous avons réduit fortement cette attitude en rotation externe à droite mais on observait la rotation gauche du tronc. Dès lors je commençais **la posture debout dos au mur** (2)

Je le plaçais dos au mur, un contact au niveau de la tête, du rachis dorsal et des fessiers, les pieds légèrement en avant du mur car sinon il est déséquilibré.

Dans cette position tout doit être axé :

- la nuque est reculée, longue, mais attention à ce qu'il ne rentre pas le menton
- les épaules sont basses en rotation externe
- on corrige la rotation du tronc par un bon positionnement des épaules et du bassin dans le plan frontal
- on corrige l'hyperlordose lombaire en faisant attention à ne pas contracter les abdominaux et les fessiers
- les genoux sont dans l'axe et légèrement déverrouillés
- les talons sont joints

On associe la respiration à cette posture, je demandais à M. un auto grandissement sur le temps expiratoire. Je surveillais les compensations à savoir : élévation des épaules, contractions des abdominaux et des fessiers, rotation du tronc, double menton, griffes des orteils, ...

A cette posture j'ai associé un travail sur les orteils qui consiste à les délier. Pour cela je fixais avec une main les 4 premiers orteils et je demandais un écartement du 5ème orteil. Même chose avec le 1er orteil. Puis je fixais les gros orteils et je demandais un allongement des 2ème, 3ème et 4ème orteils. Ce travail permet de redonner de l'élasticité au pied et mobiliser la voûte antérieure. Ces exercices me paraissent importants car par nature le pied constitue l'interface entre le sol et l'individu et exerce de ce fait un rôle statique et dynamique ; il constitue par ailleurs le siège de beaucoup de tensions et son positionnement influence l'ensemble du corps (3).

Pour varier les postures nous avons effectué **la posture au carré** (2). Cette position est intéressante pour mettre en tension la chaîne postérieure et corriger l'hyperlordose lombaire.



Dans cette position tout doit être axé :

- alignement sur le même plan de l'occiput, de la ceinture scapulaire et du sacrum
- alignement des ischions et des talons
- les genoux sont dans l'axe et légèrement déverrouillés
- les pieds sont dans le prolongement du bassin
- les mains reposent sur un marche pied car la position mains au sol est difficile à maintenir

Lorsque nous avons commencé la posture, son bassin étant rétropositionné, j'ai demandé à M. une antéversion. En le guidant avec mes mains je lui ai indiqué le mouvement à effectuer. Il n'y arrivait pas mais surtout il n'avait pas conscience de ce mouvement. Je lui ai fait prendre conscience de l'anté rétroversion du bassin à 4 pattes, sans difficulté. Debout, en mettant les mains sur les iliaques, je lui faisais sentir les mouvements d'anté rétroversion, les bascules latérales et les girations pelviennes. Cela me semblait important car les bascules du bassin donnent l'impulsion posturale au rachis et président ainsi à toute adaptation rachidienne (3). En position debout, M. affichait des difficultés à aller en rétroversion, preuve de tensions importantes des muscles psoas.

La posture au carré en position corrigée est fatigante à maintenir pour M. mais intéressante car il ressentait une tension aux triceps suraux.

VI. BILAN FINAL : Observation des différences par rapport au bilan initial

	AVANT	APRES
<u>1. De face dans son habitus</u>		
Détente des trapèzes et des deltoïdes		
Diminution de la rotation, translation gauche du tronc		
Appui plus équilibré aux niveaux des membres inférieurs		
Genoux plus en extension		
Un membre inférieur droit moins en rotation externe		

2. De profil droit dans son habitus

Diminution des courbures : cervicales et lombaires

Diminution de la projection antérieure du tronc

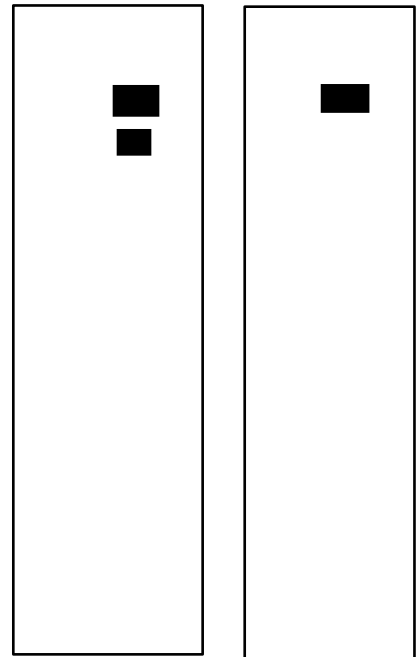
Diminution hyperlordose lombaire et antéversion du bassin

Ptôse abdominale moins importante

Thorax et sternum moins horizontalisés

Diminution flessum de hanche et de genou

Plus en appui sur le membre inférieur droit



3. De profil gauche dans son habitus

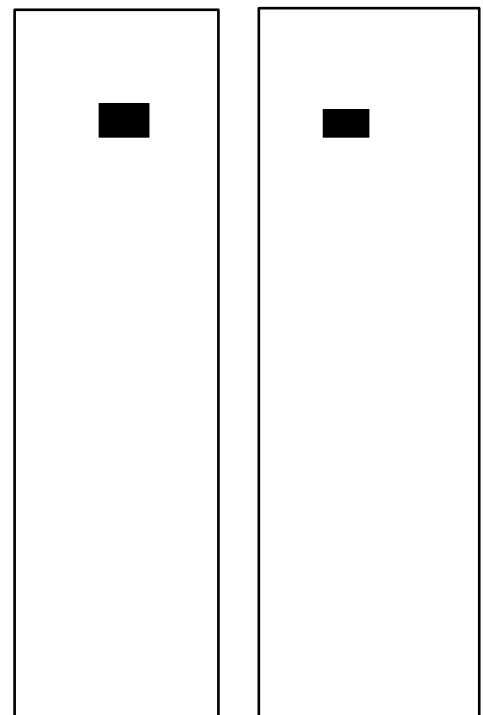
Diminution des courbures : cervicales et lombaires

Diminution de l'antéversion du bassin et du blessure de hanche

Genou plus en extension

Coudes moins en flexion

Semble plus en appui sur ses pieds



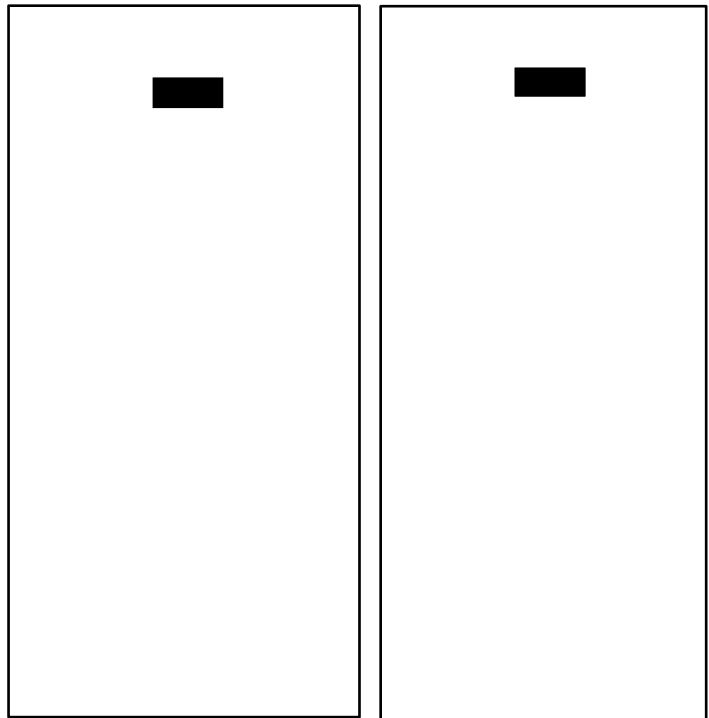
4. De face pieds joints

Un meilleur équilibre

Détente des trapèzes et des deltoïdes

Un écartement de bras moins important

Diminution de la rotation, translation gauche du tronc



VII. CONCLUSION DU TRAITEMENT EFFECTUE

A la fin du traitement nous observons une amélioration de la statique de M., elle est plus symétrique. A la fin des séances il avait la sensation d'avoir les jambes plus « étirées, allongées ».

Au niveau du ressenti, M. a moins mal au dos, sa marche est plus fluide, il a l'impression d'avoir les jambes moins raides, de plus dérouler le pas.

VIII. DISCUSSION

Durant le traitement une réflexion m'est apparue : est ce que ses muscles sont assez forts pour maintenir les corrections obtenues par les mises en tensions ? Je me suis interrogée sur ce sujet car au cours d'une même séance j'arrivais à diminuer la rotation externe du membre inférieur droit de 50% mais à la séance d'après elle était quasiment revenue. J'explique cette perte par une faiblesse du psoas compensée par une sollicitations des adducteurs lors de la marche. Je lui ai donc fait prendre conscience de cette compensation et lui ai demandé de corriger cette attitude lors de la marche pour renforcer le psoas.

Nous avons fait de même pour la rotation gauche du tronc, il devait corriger sa posture dès qu'il en avait l'occasion.

Pour lutter contre l'abduction du gros orteil droit, je demandais à M. de réaliser des adductions du I le plus souvent possible. Ces exercices au quotidien me paraissent indispensables pour M. Sa

pathologie étant ancienne (28 ans), cela permet d'optimiser les corrections obtenues en séance et de lui faire prendre conscience de ses compensations. Mais il m'est apparu évident que nous ne pouvons pas obtenir les mêmes résultats que chez un patient ayant des muscles sains.

Françoise Mézières regroupait en une seule réalité les 3 données suivantes : « les lordoses, les rotations internes et le blocage diaphragmatique en inspiration ». Il faut combattre : les lordoses, les rotations internes et les blocages en inspiration (4).

Chez M. j'ai observé l'hyperlordose lombaire due à un excès de tension de la chaîne postérieure, un diaphragme bloqué en inspiration mais une tension des rotateurs externes en particulier à droite. Cela m'a dérouté dans un premier temps car je ne retrouvais pas dans mon observation de composantes en rotation interne aux membres inférieurs. Je l'explique par le fait qu'il a une pathologie neurologique et une faiblesse musculaire aux membres inférieurs. Chaque personne est unique dans son positionnement, sa posture, il apparaît nécessaire d'avoir une bonne observation au début du traitement, se fier à ce qu'on observe tout au long du traitement et être à l'écoute du ressenti du patient.

Pendant l'élaboration de mon mémoire, je me faisais traiter par la méthode Mézières. J'ai trouvé cela très intéressant car cela me permettait de ressentir les postures que je faisais à M. et de nourrir mes réflexions. Cela m'a permis d'adapter, modifier les postures et d'être plus précise avec les consignes que je lui donnais.

IX. CONCLUSION

M. était intéressé par ce travail et avait à cœur de bien réaliser les postures. Habitué aux séances de kiné, M. connaît bien son corps mais ce travail lui a permis de prendre conscience de cette notion de « chaîne musculaire ». Jusqu'à présent on lui faisait des étirements muscles par muscles et il a apprécié cette « globalité ». M. a pris conscience de sa posture, de ses compensations et est attentif pour les corriger au quotidien.

Convaincu par les progrès obtenus, il m'a demandé de poursuivre les séances Mézières en parallèle des séances de kinésithérapie classique.

Nous avons convenu avec son kinésithérapeute d'axer les séances de kinésithérapie classique sur le renforcement musculaire pour optimiser les résultats des mises en tensions faites lors des séances de Mézières.

Pour ma part, cette expérience m'a permis de prendre confiance pour l'application de la méthode Mézières que je me sens d'ailleurs prête à mettre en œuvre dans le cadre de mon exercice libéral.