

tiquent le piano ainsi que 59 % des musiciennes de plus de 63 ans. La rhizarthrose quant à elle atteint une grande partie de la population féminine à partir de 40 ans [1]. Le potentiel de pianistes pouvant présenter une rhizarthrose semble important. Nous cherchons à déterminer si l'utilisation d'une orthèse est envisageable pendant la pratique pianistique afin de diminuer les douleurs présentes.

Matériel, population et méthode Matériel : les claviers maîtres envoient des informations *musical instrument digital interface* (MIDI), vers un logiciel audionumérique d'un ordinateur, qui sont analysées. Une orthèse dynamique et une orthèse statique faites sur mesure, ainsi qu'une orthèse de série ont été retenues. Toutes libèrent l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce ainsi que le poignet pour laisser une liberté de mouvement au clavier. Population : 3 patientes ont été retenues pour participer au protocole. Toutes présentent un diagnostic médical de rhizarthrose et pratiquent le piano depuis au moins 5 ans à raison d'une heure minimum par semaine. Il n'y a eu aucun recours chirurgical, médicamenteux ou kinésithérapique traitant la rhizarthrose. Méthode : nous évaluons à j0 les patientes hors instrument, puis à l'instrument. L'évaluation à l'instrument est divisée en une évaluation analytique des différentes techniques de piano, à partir d'une partition d'évaluation (conçue à l'aide de professeurs de piano), identique à toutes les patientes. Nous nous intéressons particulièrement au passage du pouce, source de douleur consécutive à la rhizarthrose. Puis, une évaluation personnalisée de 2 morceaux sélectionnés (un non-douloureux et le second douloureux de part la rhizarthrose) par le pianiste. À la suite de cette première évaluation, la patiente conserve une orthèse uniquement pour jouer au piano. À 45 jours (Wajon et Ada [2]), nous réitérons les bilans hors instrument et au piano.

Résultats À j-0, les patientes diminuent entre 60 et 100 % leurs douleurs pendant le passage du pouce. Les valeurs Midi indiquent une pression augmentée entre 40 et 65 % sur les touches de piano pour une pianiste. À j-45, les patientes diminuent entre 10 et 50 points leurs douleurs sur le Dash associé au piano.

Conclusion ou discussion Il semble que le jeu au piano ne soit pas contradictoire avec le port d'une orthèse adaptée au musicien. Nous retrouvons une baisse des douleurs pendant la pratique confortée par une pression augmentée au clavier.

Mots clés Rhumatologie ; Rhizarthrose ; Pianiste ; Traitement fonctionnel ; Orthèse ; MIDI

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Boutan M, Thomas D, Célérier S. et al. Rééducation de la main et du poignet : anatomie fonctionnelle et technique. Gemmsor: Elsevier Masson; 2013.
- [2] Fouteau E, Blondet E, Lascols S, et al. Évaluation des orthèses du membre supérieur. Haute Autorité de Santé; 2010.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2017.02.083>

76.

L'évaluation quantitative de la raideur de cheville lors de l'application d'une posture basée sur le concept de la rééducation posturale globale

J. Queneherve (Kinésithérapeute),

M. Ragazzoni (Kinésithérapeute)*, C. Detrembleur, P. Mahaudens
Université catholique de Louvain, institut de recherche expérimentale et clinique (IREC/CARS), 53, avenue Mounier, B1 53 07, 1200 Bruxelles, Belgique

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : margaux.ragazzoni@student.uclouvain.be
(M. Ragazzoni)

Introduction La rééducation posturale globale (RPG), promue par le concept de Souchart [1], consiste à allonger les groupes musculaires rétractés sous forme de chaîne par des postures d'environ 30 minutes. Cependant, aucune preuve scientifique n'a été apportée quant aux modifications de raideur suite à l'application de RPG. L'objectif de cette étude est d'évaluer la raideur de cheville après l'application d'une posture de RPG chez des sujets sains.

Matériel, population et méthode L'échantillon composé de 32 sujets (18–25 ans) a été testé par la machine de raideur avant la posture (T0), tout de suite après (T1) et 15 minutes plus tard (T2). Les mesures ont été faites par une machine mesurant quantitativement la raideur élastique (RE), visqueuse (RV) et totale (RT) de la cheville [2]. Deux postures ont été appliquées durant 20 minutes, à environ 2 mois d'intervalle. La posture n°1 consistait à maintenir une position en décubitus dorsal, hanches fléchies à 90° et genoux tendus. La posture n°2 consistait à maintenir une position debout penchée en avant tout en gardant une lordose lombaire.

Résultats Avec la posture 1, il y a une diminution significative de RE sur le pied raide entre T0 et T1 alors qu'avec la posture 2, il y a une augmentation significative de RE entre T0 et T1 sur le pied non raide. Avec les 2 postures combinées, il y a une diminution significative de RE entre T0 et T1 sur le pied raide qui pourrait s'expliquer par le phénomène de relaxation de contrainte [3]. En revanche, il y a une augmentation significative de RE entre T0 et T1 et entre T0 et T2 sur le pied non raide qui pourrait se justifier par une sollicitation excentrique trop forte du triceps sural. Pour finir, il y a une augmentation significative de RV sur le pied raide entre T0 et T1 qui pourrait s'expliquer par la mise en place du réflexe myotatique tonique.

Conclusion ou discussion À la suite de cette étude, ce qu'il convient de retenir, est que la raideur musculaire des sujets diminue seulement au niveau de la composante élastique du pied raide, à très court terme, suite à l'application de la posture 1. Cependant, les composants élastiques étant les facteurs principaux dans la résistance à l'étirement passif du muscle, dans la pratique, c'est sur ce facteur que le kinésithérapeute souhaite agir lorsqu'il étire un patient [4]. L'utilisation de la RPG semblerait intéressante si les effets de l'étirement se maintenaient sur du plus long terme et dans le cadre de pathologies où la raideur est présente.

Mots clés Raideur ; Étirement ; Muscles

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Souchart P, Meli O. Rééducation posturale globale RPG. Paris: Elsevier; 2011. p. 186.
- [2] Lehmann JF, Price R, deLateur BJ, Hinderer S, Traynor C. Spasticity: quantitative measurements as a basis for assessing effectiveness of therapeutic intervention. Arch Phys Med Rehabil 1989;70(1):6–15.
- [3] Hindle KB, Whitcomb TJ, Briggs WO, Hong J. Proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF): its mechanisms and effects on range of motion and muscular function. J Hum Kinet 2012;31:105–13.
- [4] Blackburn JT, Padua DA, Riemann BL, Guskiewicz KM. The relationships between active extensibility and passive and active stiffness of the knee flexors. J Electromyogr Kinesiol 2004;14(6):683–91.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2017.02.084>