

AJUSTEMENTS DES CÔTES (BOX 5-8)

BOX 5-8 Ajustements des côtes

- Couchée
 - Chute thénar/costale (Figure 5-187)
 - Poussée indice/costale (figure 5-188)
- Enclin
 - Poussée hypothénar/costale (Figure 5-189)
 - Poussée hypothénar (thénar) modifiée/costale (Figure 5-190)
 - Indice de poussée costale (figure 5-191)
 - Hypothénar costal/poussée (Figure 5-192)
 - Poussée hypothénarique/costale iliale (Figure 5-193)
 - Poussée du pouce couvert/costale (Figure 5-194)
- Posture latérale
 - Poussée de la bande/côtière (figure 5-195)
- Assis
 - Poussée indice/costale (figure 5-196)
 - Poussée hypothénar (thénar)/costale (Figure 5-197)
 - Poussée du pouce et du costosternal en décubitus dorsal (Figure 5-198)
 - Traction hypothénar/costosternale en position assise (Figure 5-199)

Couché dorsal

Chute thénar/costale (Figure 5-187)

IND : Dysfonctionnement des côtes, R2 à R12.

PP : Le patient est allongé sur le dos, les bras croisés et les mains agrippées aux épaules. Le placement du bras du patient se fait bras croisés. Lors du traitement des fixations des côtes inférieures, le patient commence généralement en position assise.

DP : Tenez-vous dans une position d'escrimeur modifiée de chaque côté du patient.

CP : Éminence du Thénar.

SCP : Juste médialement à l'angle des côtes.

IH : Votre HI entre en contact avec les bras croisés du patient ou berce le cou et le haut du dos du patient.

VEC : A-P.

P : Tenez-vous en position d'escrimeur bas de chaque côté du patient. Accédez au contact en faisant rouler le patient vers vous ou en le plaçant en position assise (voir la figure 5-187).

À tension, dirigez une poussée à vitesse modérée vers le contact postérieur établi sur la nervure. L'accélération du poids du corps du médecin vers le contact postérieur accélère le torse du patient vers le contact postérieur du médecin, qui à son tour exerce une force P-A contre le contact des côtes. La force réactive P-A générée contre la nervure est conçue pour accélérer la nervure vers l'avant et induire un écart dans l'articulation costotransversale.

Dans le traitement de la dysfonction des côtes inférieures, le patient est généralement commencé en position assise (voir Figure 5-187, B). Le patient est maintenu dans un certain degré de flexion thoraco-lombaire, et la main de contact est maintenue dans un contact plus vertical (ponté) pour établir une tension dans la colonne thoracique inférieure (voir Figure 5-187, D).



Figure 5-187 Ajustement des côtes en décubitus dorsal, à l'aide d'un contact thénar sur la troisième côte droite en commençant par la position couchée (A) et d'une poussée d'avant en arrière à travers le torse du médecin pour induire un écart dans l'articulation costotransverse droite (B). C, contact thénar appliqué sur le bord inférieur de la huitième côte droite, en commençant en position assise. D, poussée de l'avant vers l'arrière à travers le torse du médecin pour induire un écart dans la huitième articulation costotransverse droite.

Index/Poussée costale (Figure 5-188)

IND : Dysfonctionnement de la première côte.

PP : Le patient est allongé sur le dos.

DP : Tenez-vous au bout de la table, face à la tête.

CP : Indice de contact de la main correspondant au côté de contact.

SCP : Angle de la première côte.

IH : Votre HI coupe l'oreille du patient avec la paume tandis que l'index et le majeur soutiennent la colonne cervicale supérieure

VEC : S-I et L-M.

P : Pour établir le contact, l'HI soulève la tête du patient à un angle d'environ 45 degrés, puis étend la tête vers l'arrière sur le contact index sur la première côte. La tête est ensuite tournée à environ 20 degrés du contact et légèrement fléchie latéralement sur le contact. À la tension, une poussée d'impulsion est divisée de haut en bas et latéralement de médialement.



Figure 5-188 Contact d'index établi sur la face supérieure de l'angle de la première côte gauche pour distraire l'articulation costotransversale gauche T1.

Couché Ventral

Poussée hypothénar/costale (Figure 5-189)

IND : Dysfonctionnement des côtes, R1-R4.

PP : Le patient est allongé sur le ventre, la tête abaissée sous l'horizontale pour produire une légère flexion de la colonne thoraco-cervicale. (La tête du patient repose sur la joue antérolatérale.)

DP : Tenez-vous en position d'escrimeur de chaque côté du patient, face à la tête. Votre jambe supérieure se rapproche du niveau de la tête du patient et le poids du haut de votre corps est centré sur le contact.

CP : Hypothénar de la main arquée. Lorsque vous vous tenez du même côté du contact correctif (mouvement combiné), l'hypothénar de votre main caudale établit le contact (voir Figure 5-189, A). Lorsque vous vous tenez du côté opposé au contact correctif (mouvement de combinaison modifié), l'hypothénar de votre main céphalique établit le contact (voir Figure 5-189, B).

SCP : Angle des côtes.

HI : L'HI soutient la colonne cervicale supérieure tandis que les doigts se connectent à l'occiput inférieur.

VEC : P-A.

P : Placez le patient en position couchée et établissez les contacts correctifs. Développez une tension pré-ajustable en transférant le poids du corps dans le contact tout en tournant la tête du patient vers et en la fléchissant latéralement pour l'éloigner du contact. À tension, délivrez une poussée d'impulsion à travers le contact et les bras indifférents. L'impulsion délivrée par la main de contact est généralement assistée par une poussée de chute du corps. L'impulsion donnée par l'IH est peu profonde et il faut veiller à ne pas faire pivoter excessivement ou fléchir latéralement la colonne cervicale. Pour maximiser la tension distractive dans les tissus mous ou les tissus intercostaux supérieure au contact, appliquez une pression caudale contre l'angle des côtes.

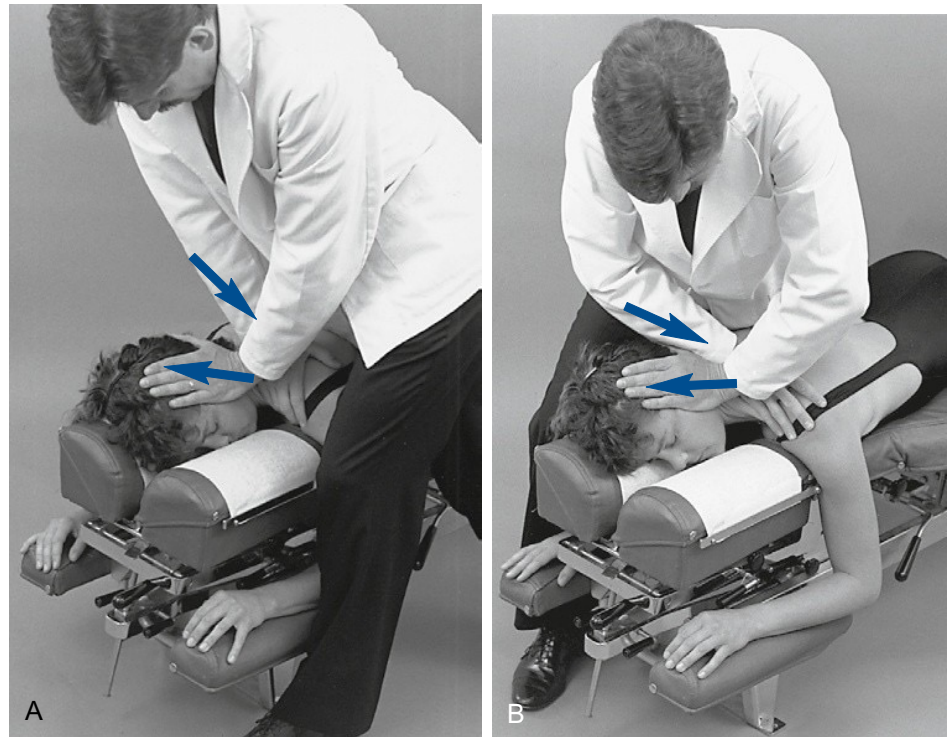


Figure 5-189 Contact hypophénar établi sur le bord supérieur de l'angle de la première côte gauche appliqué pour distraire l'articulation costotransverse gauche. A, le docteur se tient du même côté que le contact. B, le docteur se tient du côté opposé du contact.



Figure 5-190 Le contact hypothénar s'établit sur la deuxième côte pour induire une distraction de la deuxième articulation costotransverse gauche.

Poussée hypothénar (thénar) modifiée/costale (figure 5-190)

IND : Dysfonctionnement des côtes, R1-R2.

PP : Le patient est allongé sur le ventre, la tête abaissée en dessous de l'horizontale pour produire une légère flexion de la colonne thoracocervicale. (La tête du patient repose sur la face antérolatérale de la joue.)

DP : Tenez-vous en position d'escrimeur à la tête du banc de réglage, Face à la tête.

CP : Hypothénar de la main correspondant au côté de contact.

Le bras est droit, avec le coude verrouillé.

SCP : Angle postérieur supérieur de la première ou de la deuxième côte.

IH : Votre HI couvre l'oreille ipsilatérale du patient tandis que les doigts reposent contre le visage latéral.

VEC : P-A et S-I.

P : Après avoir établi les contacts, la tête du patient est fléchie latéralement et tournée vers le contact. À la tension, une poussée d'impulsion est délivrée par la main de contact tandis qu'une force de contre-distraction simultanée est délivrée par l'IH. La force de réglage est délivrée principalement par une poussée en chute libre.

Poussée indicative/costale (figure 5-191)

IND : Dysfonctionnement des côtes, R1.

PP : Le patient est allongé sur le ventre. (La tête du patient repose sur la face antérolatérale de la joue.)

DP : Tenez-vous en position d'escrimeur bas, face à la tête, du côté de la dysfonction des côtes, légèrement vers la tête du contact ajustable.

CP : Index de la main correspondant au côté de contact. Le poignet est droit et verrouillé, avec le bras à environ 45 degrés par rapport au plan vertical.

SCP : Angle supérieur postérieur de la première côte.

IH : Votre HI coupe l'occiput inférieur contralatéral et le crâne latéral du patient.

VEC : S-I, L-M et P-A.

P : Après avoir établi les contacts, fléchissez latéralement la tête du patient vers le contact tout en la faisant pivoter vers l'extérieur (par exemple, avec le contact établi sur la première côte gauche du patient, la tête du patient est fléchie latéralement vers la gauche et tournée vers la droite). À la tension, délivrez une poussée d'impulsion à travers la main de contact tandis qu'une force de contre-distraction simultanée est délivrée à travers l'IH.

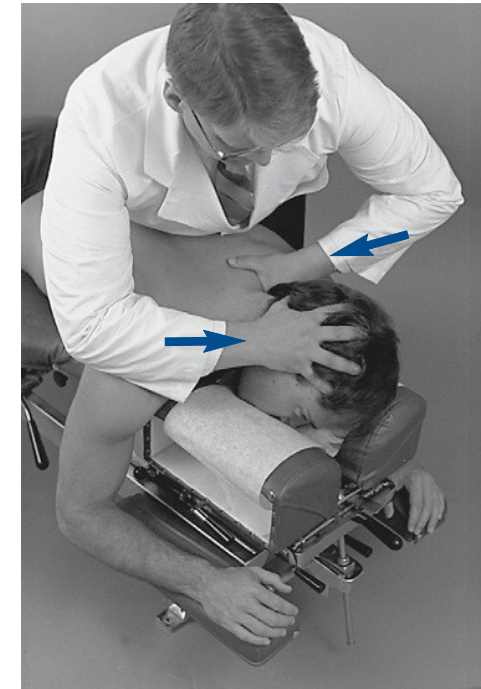


Figure 5-191 Contact d'index établi sur l'angle supérieur de la première côte gauche pour induire une distraction de l'articulation costotransversale gauche.

Couché Ventral

Poussée hypothénar/costale (Figure 5-192)

IND : Dysfonctionnement des côtes, R3 à R10.

PP : Le patient est allongé sur le ventre, idéalement sur une table avec une découpe brachiale pour induire une abduction scapulaire.

DP : Le médecin se tient en position d'escrimeur lorsqu'il utilise des contacts unilatéraux et en position carrée lorsqu'il utilise des contacts bilatéraux.

CP : Hypothénar de la main céphalique dans la partie supérieure de la colonne thoracique et de la main caudale dans la partie inférieure de la colonne thoracique.

SCP : Angle des côtes.

IH : Votre HI soutient la main de contact ou développe un large contact stabilisant sur la cage thoracique controlatérale.

VEC : P-A.

P : Placez le patient en position couchée et établissez les contacts correctifs. Développez une tension pré-ajustable en transférant le poids du corps dans le contact. À la tension, délivrez une poussée impulsive à travers le bras de contact, assistée d'une poussée de chute du corps.

Lors du traitement du dysfonctionnement de la côte supérieure, poussez vers l'avant et vers l'arrière (voir Figure 5-192, A). Lors du traitement du dysfonctionnement des côtes inférieures, poussez vers l'avant et vers le haut (voir Figure 5-192, B).



Figure 5-192 A, Le contact hypothénar s'applique à la marge supérieure de l'angle de la sixième côte droite pour induire l'écart de la sixième articulation costotransversale droite. Le contact croisé applique un contre-appui doux sans donner de poussée. B, Contact hypothénar appliqué sur le bord inférieur de l'angle de la quatrième côte droite pour induire un écart de la quatrième articulation costotransversale droite

Poussée hypothénar/costo-iliaque (Figure 5-193)

IND : Dysfonctionnement des côtes, R7-R12.

PP : Le patient est allongé sur le ventre. Pour fournir une flexion supplémentaire, un petit rouleau peut être placé sous la partie supérieure de l'abdomen du patient.

DP : Tenez-vous debout (voir Figure 5-193, A) ou dans une position d'escrimeur modifiée (voir Figure 5-193, B) du côté opposé au contact de réglage.

CP : Hypothénar de la main céphalique.

SCP : Angle des côtes.

IH : Les doigts de votre main inférieure se tendent pour saisir l'ilium antérieur (colonne iliaque antérosupérieure [ASIS]) du côté du contact ajustable.

VEC : P-A, I-S et L-M.

P : Établissez des contacts sur l'angle des côtes et l'ilium antérieur et induisez une tension pré-ajustable en soulevant et en tirant vers le bas contre l'ilium lorsque le poids de votre tronc est transféré vers l'avant et vers le haut contre le contact. La tension de contre appui induite par l'ilium n'est pas marquée, et le bassin du patient ne doit pas être pivoté de la table de plus de 1 à 2 pouces. Délivrez la poussée avec une impulsion et une poussée de chute du corps à travers la main de contact. Un contact pouce-thénar peut être placé dans l'espace intercostal latéralement pour influencer les mouvements de la côte.

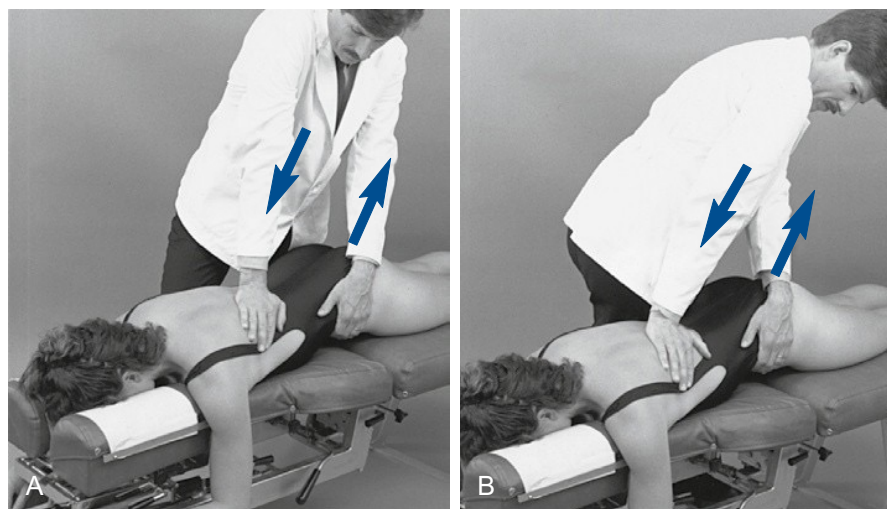


Figure 5-193 Le contact hypothénar s'appliquait à la marge inférieure de l'angle de la neuvième côte gauche pour induire une distraction de l'articulation costotransversale gauche. A, Docteur en position carrée. B, Docteur en position carrée modifiée, tourné vers les pieds.

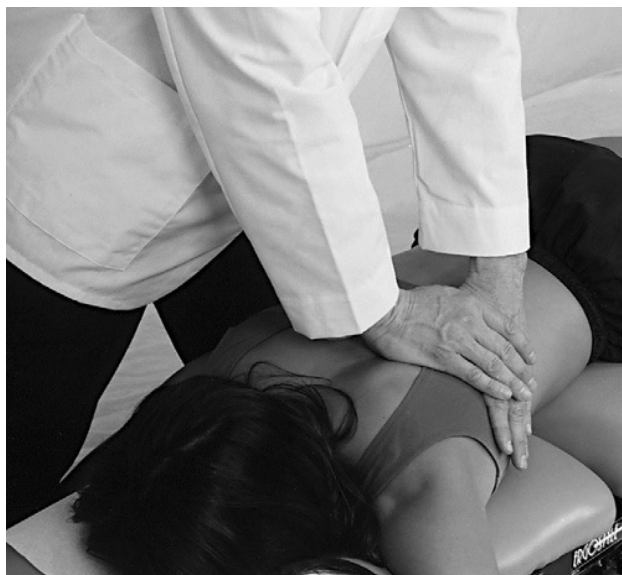


Figure 5-194 Contact du pouce couvert appliqué à l'angle de la cinquième côte gauche pour induire une distraction de l'articulation costotransversale de la cinquième côte gauche.

Poussée du pouce couvert/costale (Figure 5-194)

IND : Dysfonctionnement des côtes, R3-R12.

PP : Le patient est allongé en position couchée.

DP : Tenez-vous sur le côté opposé au contact, face à la tête pour I-S VEC ou à la tête pour S-I VEC.

CP : Le contact pouce-thénar de la main céphalique suit le contour des côtes.

SCP : Angle de la côte juste latéral à l'apophyse transversale.

IH : Placez le contact pisiforme-hypothenar de la main caudale sur l'ongle du pouce de la main de contact, avec les doigts enroulés autour du poignet.

VEC : P-A et S-I ou I-S.

P : Penchez-vous avec le poids de votre corps pour établir l'articulation et délivrez une poussée de chute du corps à bras droit.

Couché latéral

Poussée costale (Figure 5-195)

IND : Dysfonctionnement des côtes, R2-R10 (dysfonctionnement de la poignée du godet ou distraction intercostale).

PP : Le patient est allongé, le côté dysfonctionnel vers le haut et le bras enlevé au-dessus de la tête. Un roulement peut être utilisé pour induire une flexion latérale.

DP : Tenez-vous derrière le patient en position d'escrimeur, inférieur au contact.

CP : Contact web de la main extérieure.

SCP : Bord inférieur de la côte supérieure au niveau de la ligne médio-axillaire.

IH : L'IH soutient la main de contact sur la surface dorsale, avec les doigts enroulés autour du poignet.

VEC : I-S et L-M.

P : Établissez le contact ajustable en faisant glisser l'âme de la main tactile sur la côte supérieure de l'espace intercostal dysfonctionnel. Développez une tension pré-ajustée en vous penchant vers la tête. À la tension, délivrez une poussée d'impulsion peu profonde vers le haut et vers le milieu pour séparer l'espace intercostal. Veillez à éviter une pression médiale excessive sur la cage thoracique. Cette procédure peut être utilisée pour mobiliser l'espace intercostal en appliquant un étirement lent au lieu d'une poussée correctrice.

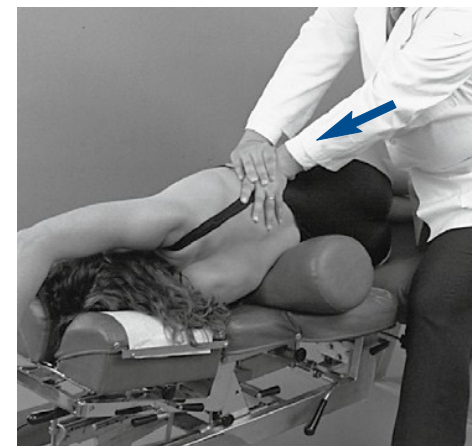


Figure 5-195 Le contact de la main s'applique au bord inférieur de la septième côte droite de la ligne médio-axillaire pour induire une séparation dans l'espace intercostal entre les septième et huitième côtes.



5-196

Figure 5-196 Le contact de l'index s'établit le long du bord supérieur de la première côte droite pour induire la distraction et le glissement inférieur dans la première articulation costotransversale droite.

Assis

Poussée indice/costale (figure 5-196)

IND : Dysfonctionnement des côtes, R1.

PP : Le patient est assis détendu dans une chaise cervicale.

DP : Tenez-vous derrière le patient, vers le côté de la dysfonction des côtes. **CP** : L'index de la main correspondant au côté de la dysfonction. Le poignet est verrouillé, le bras incliné à environ

à 45 degrés par rapport au plan horizontal.

SCP : Angle supérieur postérieur de la première côte.

HI : L'HI saisit le haut de la tête du patient tandis que l'avant-bras repose contre le crâne controlatéral du patient.

VEC : S-I, L-M et P-A.

P : Établissez légèrement les contacts et faites le tour de la tête du patient vers le côté de la dysfonction des côtes. À la tension, délivrez une impulsion à travers l'épaule de la main de contact tout en délivrant simultanément une force de distraction peu profonde à travers l'IH.

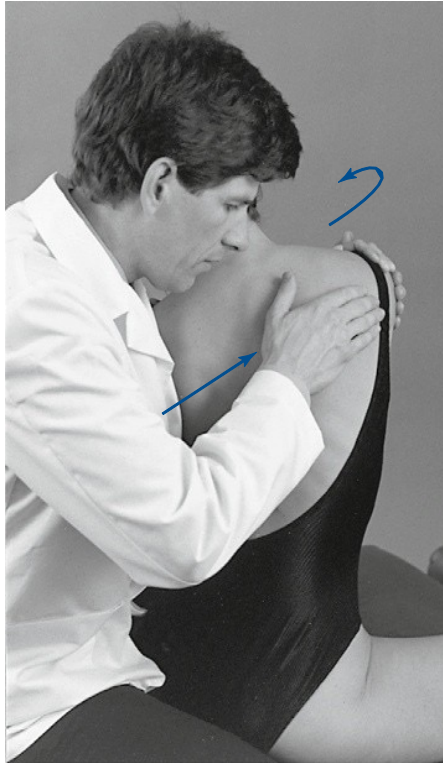


Figure 5-197 Contact hypothénar appliqué à l'angle de la sixième côte droite pour induire une distraction dans l'articulation costotransversale de la cinquième côte droite.

Poussée hypothénar (thénar)/costale (Figure 5-197)

IND : Dysfonctionnement des côtes, R4-R12.

PP : Le patient est assis, les jambes à cheval sur la pailasse de réglage. Les bras sont croisés, les mains agrippant les épaules.

DP : Asseyez-vous ou tenez-vous debout derrière le patient.

CP : Hypothénar ou thénar de la main correspondant au côté du contact.

SCP : Juste médialement à l'angle des côtes.

IH : Votre HI et votre bras se penchent autour du patient pour entrer en contact avec l'avant-bras opposé.

VEC : P-A et L-M.

P : La tension précorrectrice est généralement développée en fléchissant, en fléchissant latéralement et en faisant pivoter le patient vers l'avant du côté du contact. Une fois la tension établie, délivrez une poussée impulsive à travers la main de contact, assistée par une poussée de traction générée par votre bras et votre tronc indifférents.

AJUSTEMENTS COSTOSTERNAUX

Couché dorsal

Poussée du pouce couvert/costosternale (Figure 5-198)

IND : Dysfonctionnement des côtes antérieures, R2-R6.

PP : Le patient est allongé sur le dos, les deux bras posés sur la table.

DP : Tenez-vous sur le côté opposé au contact de réglage.

CP : pouce de la main caudale.

SCP : Nervure antérieure juste latérale à la jonction costosternale.

IH : Paume de la main supérieure couvrant le pouce et le dos de la main de contact.

VEC : M-L et légèrement P-A.

P : Glissez latéralement sur le contact avec le pouce et renforcez le contact avec l'IH. Délivrez une poussée d'impulsion peu profonde et douce, en mettant l'accent sur un VEC latéral pour éviter la compression de la cage thoracique. Lors de l'application de cette procédure à des patientes, il est important de s'assurer que le tissu mammaire est distrait loin de la main de contact du médecin et que la patiente est correctement drapée.



5-198

Figure 5-198 Contact du pouce couvert sur la sixième côte antérieure droite pour induire une distraction dans la sixième articulation costosternale droite.



Figure 5-199 Contact hypothénar sur la troisième côte antérieure gauche pour induire une distraction dans la troisième articulation costo-coronale.

Assis

Traction hypothénar/costosternale (figure 5-199)

IND : Dysfonctionnement des côtes antérieures, R2-R6.

PP : Le patient est assis, les jambes à cheval sur le banc de réglage et les bras détendus sur les genoux.

DP : Asseyez-vous derrière le patient.

CP : Hypothénar de la main correspondant au côté de contact correctif.

SCP : Nervure antérieure juste latérale à la jonction costosternale.

IH : La paume de votre main supérieure renforce le dos de la main de contact.

VEC : M-L.

P : Glisser latéralement au contact avec l'hypothénar de la main contaminée et renforcer le contact avec la paume de l'HI. Développer une tension distractive en tirant latéralement et en faisant pivoter le patient vers le côté du contact ajustable. À la tension, délivrez une impulsion peu profonde à travers les deux bras et le tronc. Évitez une compression antérieure excessive de la cage thoracique en induisant une rotation et une distraction pendant la poussée ajustable. Lors de l'application de cette procédure à des patientes, il est important de s'assurer que le tissu mammaire est distrait loin de la main de contact du médecin et que la patiente est correctement drapée.