

VUE D'ENSEMBLE DES AJUSTEMENTS PELVIENS

Le mouvement au niveau de l'articulation sacro-iliaque se produit principalement dans le plan semi-sagittal le long de l'angle de la surface articulaire de l'articulation. Ces mouvements se produisent principalement pendant la locomotion et lors du passage de la position couchée à la position assise ou de la position assise à la position debout. Ils impliquent des mouvements de l'ilium et du sacrum dans des directions réciproquement opposées et ont été appelés précédemment des mouvements de flexion (antérieur) et d'extension (postérieur).

Pour traiter le dysfonctionnement de la flexion ou de l'extension sacro-iliaque, des cales ajustables peuvent être appliquées sur l'ilium ou le sacrum. Le dysfonctionnement de la flexion est traité en entrant en contact avec l'ilium et en induisant un mouvement post-inférieur de la surface articulaire iliaque par rapport à la surface articulaire sacrée ipsilatérale ou en entrant en contact avec le sacrum et en induisant un mouvement antérieur et inférieur de la surface articulaire sacrée par rapport à la surface articulaire iliaque ipsilatérale.

Le dysfonctionnement de l'extension est induit par le contact avec l'ilium et l'induction d'un mouvement antéro-supérieur de la surface articulaire iliaque par rapport à la surface articulaire sacrée ipsilatérale ou par le contact avec le sacrum et l'induction d'un mouvement postérieur et supérieur de la surface articulaire sacrée par rapport à la surface articulaire iliaque. Ces ajustements peuvent être appliqués dans une variété de positions du patient et peuvent incorporer des méthodes qui établissent des contacts d'ajustement des deux côtés des surfaces articulaires.

Ajustements de la posture latérale du bassin

Les ajustements sacro-iliaques en couché latéral sont les méthodes de manipulation les plus couramment utilisées pour traiter le dysfonctionnement de l'articulation sacro-iliaque. À l'instar des réglages en couché latéral lombaire, ils offrent une flexibilité dans la position du patient et un effet de levier supplémentaire. Ils peuvent cependant produire une tension de rotation indésirable dans la colonne lombaire. Cela peut être minimisé en limitant la contre-rotation des épaules du patient et en mettant l'accent sur la traction et la tension sur l'articulation sacro-iliaque par la main de contact.

Ajustements pelviens en décubitus ventral

Les ajustements pelviens en décubitus ventral peuvent être des alternatives appropriées aux ajustements pelviens en posture latérale. Ils ne produisent pas la distraction articulaire progressive des ajustements en couché latéral, mais ils peuvent être plus appropriés pour les situations dans lesquelles une position en couché latéral solliciterait indûment la colonne lombaire.

Ajustements de la symphyse

Les procédures d'ajustement qui sont appliquées à la symphyse pubienne utilisent souvent une contraction initiale du patient de muscles spécifiques contre la résistance fournie par le médecin. La contraction musculaire tire d'abord sur la symphyse dans la direction souhaitée et quand, ou si, tolérée par le patient, une poussée impulsionnelle est appliquée. Il ne s'agit pas d'une articulation synoviale et la cavitation est peu probable. Parfois, un bruit indiquant une libération des tissus mous ou un claquement tendineux sera entendu ou ressenti.

Ajustements du coccyx

Les douleurs coccygiennes peuvent survenir après une chute ou un accouchement et peuvent être très persistantes. Les avantages de l'ajustement coccygien seront très probablement réalisés très rapidement ou pas du tout. Le contact externe utilise une procédure de traction tissulaire et est probablement moins efficace mais plus confortable pour le patient. Le contact interne consiste à placer un doigt intrarectal pour établir un contact sur la face antérieure du coccyx. L'utilisation de gants en latex est nécessaire pour fournir une barrière sanitaire. Il est important que le patient porte et se drape correctement et qu'il lui soit expliqué en détail la procédure pour maintenir les limites professionnelles. Lorsque cette procédure est pratiquée sur des patients du sexe opposé, il est standard qu'un assistant soit présent.

BOX 5-10 Ajustements pelviens

- Side posture
 - Hypothenar/ilium push (PI ilium) (Figure 5-282)
 - Hypothenar/sacral base push (PS sacrum) (Figure 5-283)
 - Hypothenar/ischium push (AS ilium) (Figure 5-284)
 - Hypothenar/sacral apex push (AI sacrum)
- Prone
 - Hypothenar/ilium sacral apex push (PI ilium or AI sacrum) (Figure 5-285)
 - Hypothenar/ischium sacral base push (AS ilium or PS sacrum) (Figure 5-286)
 - Hypothenar/ilium push with hip extension (PI ilium) (Figure 5-287)

BOX 5-10 Ajustements pelviens

- **Posture latérale**
 - Poussée hypothenar/ilium (PI ilium) (Figure 5-282)
 - Poussée de la base hypothenar/sacrée (PS sacrum) (Figure 5-283)
 - Poussée hypothenar/ischion (AS ilium) (Figure 5-284)
 - Poussée de l'apex hypothenar/sacré (AI sacrum)
- **Enclin**
 - Poussée de l'apex sacré de l'hypothenar/ilium (PI ilium ou AI sacrum) (figure 5-285)
 - Poussée de la base sacrée de l'hypothenar/ischium (AS ilium ou PS sacrum) (figure 5-286)
 - Poussée hypothenar/ilium avec extension de la hanche (PI ilium) (Figure 5-287)

AI, antéro-inférieure ; AS, antéro-supérieur ; PI, postéro-inférieur ; PS, postéro-supérieur.

AJUSTEMENTS PELVIENS(BOX 5-10)

Posture latérale

Poussée hypothénar/ilium (PI ilium) (Figure 5-282)

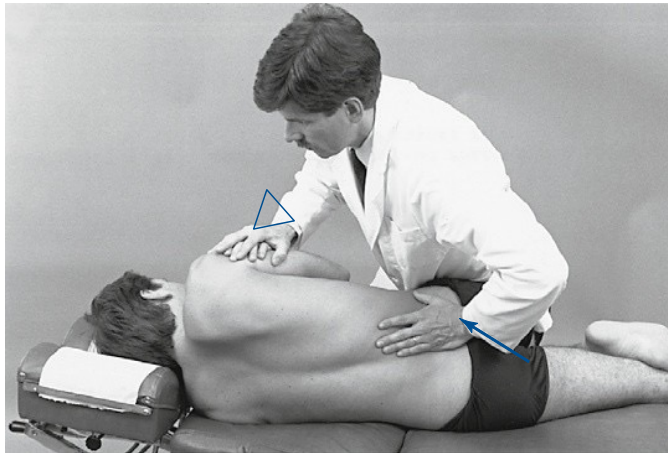


Figure 5-282 Contact hypothénar établi sur l'épine iliaque postéro-supérieure droite pour induire l'extension de l'articulation sacro-iliaque droite (ilium postéro-inférieur).

IND : Extension sacro-iliaque restreinte. Malposition en flexion de l'ilium (PI).

PP : Le patient est allongé dans la position de base de la posture latérale.

DP : Tenez-vous debout dans une position d'escrimeur, inclinée d'environ 45 degrés par rapport au patient. Soutenez le bassin du patient en mettant en contact la cuisse du patient avec votre cuisse ou en chevauchant la partie supérieure de la jambe pliée du patient entre vos cuisses.

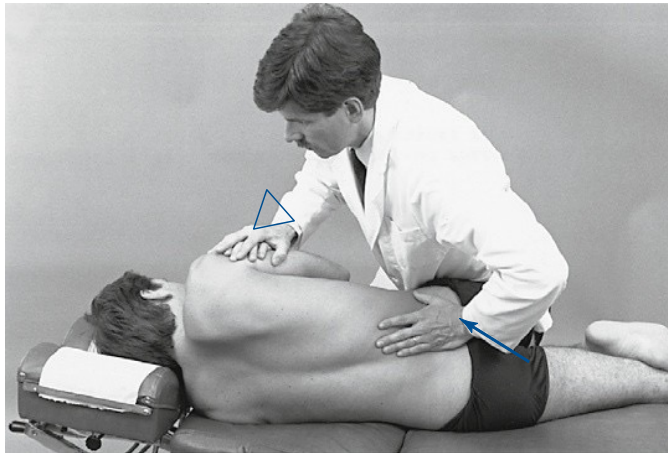
CP : Hypothénar de la main caudale.

SCP : Marge médiane du PSIS.

IH : Votre IH entre en contact avec l'épaule à l'envers et la main qui se chevauche du patient.

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

P : Placez le patient en posture latérale, avec le côté impliqué vers le haut. Fléchissez le haut de la cuisse entre 60 et 80 degrés. Établir les contacts entre l'iliaque et la jambe et développer une tension pré-ajustante en distrayant et en étendant l'articulation sacro-iliaque impliquée.



5-282

Figure 5-282 Contact hypothénar établi sur l'épine iliaque postéro-supérieure droite pour induire l'extension de l'articulation sacro-iliaque droite (ilium postéro-inférieur).

Produisez une distraction articulaire en abaissant le poids de votre corps sur la cuisse latérale du patient. Produisez une extension articulaire en penchant votre torse P-A, I-S dans le contact. L'IH stabilise l'épaule du patient et applique une traction douce céphale et postérieure. Veillez à éviter une rotation postérieure excessive du haut du torse du patient. À la tension, générez une poussée en laissant tomber le poids du haut du corps dans le contact. La pression médiale à latérale contre le PSIS est un élément important de cette procédure car elle aide à distraire l'articulation sacro-iliaque.

Poussée hypothénar/de la base sacrée (PS sacrum) (Figure 5-283)

IND : flexion sacro-iliaque restreinte ; Malposition unilatérale du sacrum par PS.

PP : Le patient est allongé dans la position de base de la posture latérale.

DP : Tenez-vous debout dans une position d'escrimeur, inclinée d'environ 45 degrés par rapport au patient. Soutenez le bassin du patient en mettant en contact la cuisse du patient avec votre cuisse inférieure ou en chevauchant la jambe supérieure pliée du patient entre vos cuisses.

CP : Hypothénar de la main caudale.

SCP : Base sacrée supérieure, juste médiale au PSIS du côté de la dysfonction sacro-iliaque.

IH : Votre IH entre en contact avec l'épaule à l'envers et la main qui se chevauche du patient.

VEC : P-A et légèrement I-S.

P : Placez le patient en posture latérale, avec l'articulation sacro-iliaque dysfonctionnelle contre ou loin de la table. Fléchissez le haut de la cuisse entre 60 et 80 degrés. Établir les contacts entre l'ilaque et la jambe et développer une tension pré-ajustante. L'IH stabilise l'épaule du patient et applique une traction douce céphalique et postérieure. Veillez à éviter une rotation postérieure excessive du haut du torse du patient.

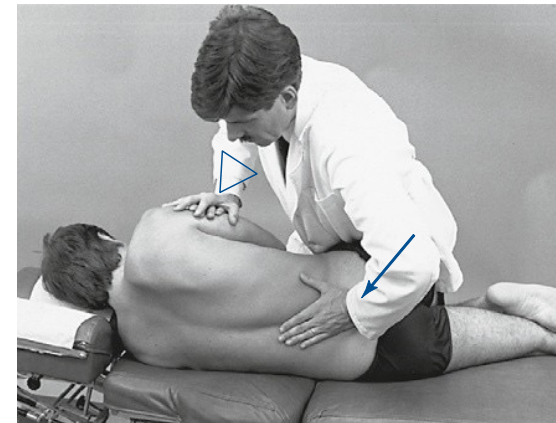
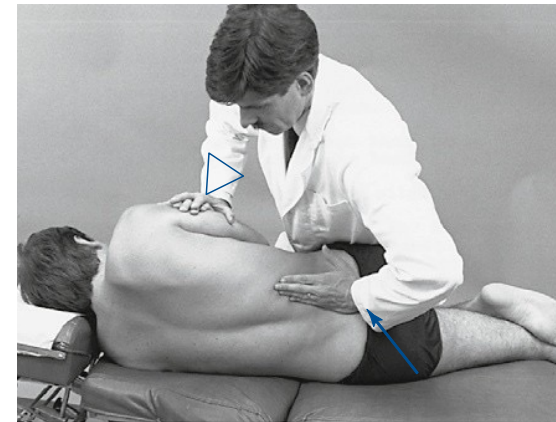
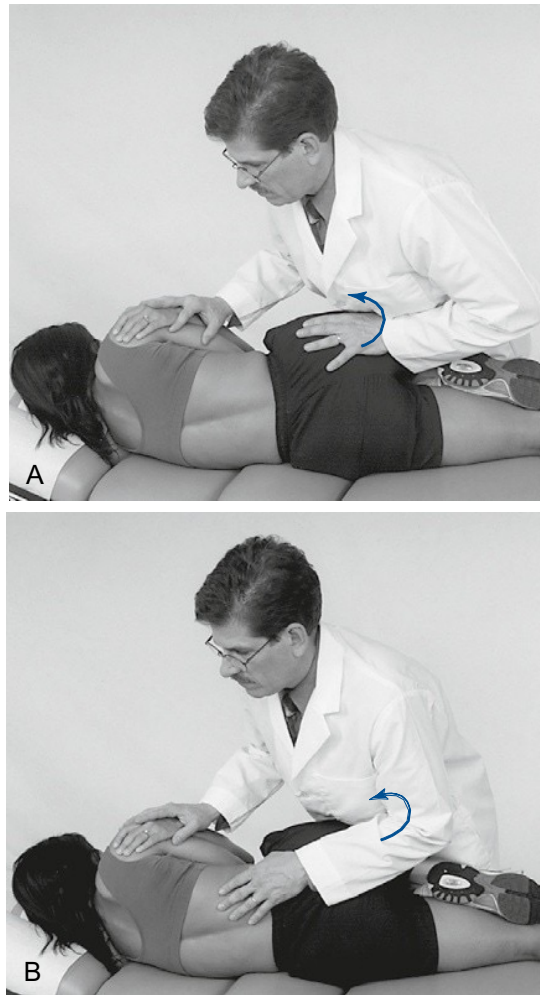


Figure 5-283 Contact hypothénar établi sur les côtés droit (A) et gauche (B) de la base sacrée pour induire une flexion sacro-iliaque en induisant un mouvement postérieur à antérieur de la base sacrée du côté du contact.

Côté dysfonctionnel vers le haut : Le patient est allongé du côté opposé à l'articulation sacro-iliaque dysfonctionnelle. Induire une flexion sacro-iliaque en poussant la base sacrée vers l'avant. Produisez une distraction de l'articulation sacro-iliaque en abaissant le poids de votre corps par le contact avec la cuisse (Figure 5-283, A). À la tension, générez une poussée en laissant tomber le poids de votre corps dans le contact sacré (le contact thénar peut être substitué au contact hypothénar).

Dysfonctionnel vers le bas : Le patient est allongé du côté de la dysfonction de l'articulation sacro-iliaque. Établissez le contact d'ajustement sur la base sacrée vers le bas et faites pivoter le patient légèrement plus loin vers vous. À la tension, générer une chute du corps de poussée dirigée vers l'avant, le long du plan de l'articulation sacro-iliaque (voir Figure 5-283, B). Cette méthode peut être préférable aux ajustements à l'envers dysfonctionnel en raison de la stabilité et de la résistance fournies par le placement de l'articulation dysfonctionnelle contre la table et du positionnement plus efficace du poids corporel du médecin sur l'articulation.

Poussée hypothénar/ischion (AS ilium) (Figure 5-284)



5-284A, B

Figure 5-284 Pour induire la flexion (ilium antérosupérieur) de l'articulation sacro-iliaque droite, un contact hypothénar (A) ou un contact avec l'avant-bras (B) est établi sur la face postérieure de la tubérosité ischiatique (C). Les contacts des jambes du médecin sont modifiés dans cet ajustement en position de jambe à califourchon.

IND : Flexion sacro-iliaque restreinte. Malposition de l'extension de l'ilium (AS).

PP : Le patient est allongé dans la position de base de la posture latérale.

DP : Tenez-vous dans une position d'escrimeur basse, à cheval sur le haut du genou fléchi du patient. Soutenez la jambe fléchie du patient contre la partie antérieure proximale de votre jambe caudale.

CP : Contact hypothénar large et doux de la main caudale, avec les doigts écartés et pointant vers la céphale (voir Figure 5-284, A).

SCP : Ischion inférieur médial.

IH : La main céphalique stabilise la partie supérieure de l'épaule du patient, en maintenant la flexion de la colonne vertébrale.

VEC : P-A.

P : Placez le patient en posture latérale, avec le côté impliqué vers le haut. Fléchissez légèrement le tronc du patient et fléchissez le haut de la cuisse à 90 degrés ou plus. Établir un large contact doux le long des bords interne et médial de l'ischion.

La tension pré-ajustée est produite en induisant une distraction et une flexion sacro-iliaques. La distraction sacro-iliaque est induite par la chute de la cuisse fléchie du patient vers le sol et par l'abaissement du poids du corps du médecin contre la hanche fléchie du patient. La flexion sacro-iliaque est induite par le maintien d'une pression dirigée inférieure avec la main de contact alors que le médecin dirige la pression céphalique contre la jambe fléchie du patient avec sa jambe caudale.

En cas de tension, une poussée centrée sur le corps est délivrée antérieurement le long de la tige du fémur à travers le tronc et les membres inférieurs. Votre bas-ventre peut avoir un impact sur la fesse latérale postérieure et la hanche du patient. Une légère variante de cette procédure consiste à utiliser un contact avec l'avant-bras au lieu d'un contact avec l'hypothenar (figure 5-284, B). Des positions de médecin et des contacts de jambes facultatifs peuvent également être utilisés dans cet ajustement (figure 5-284, C).

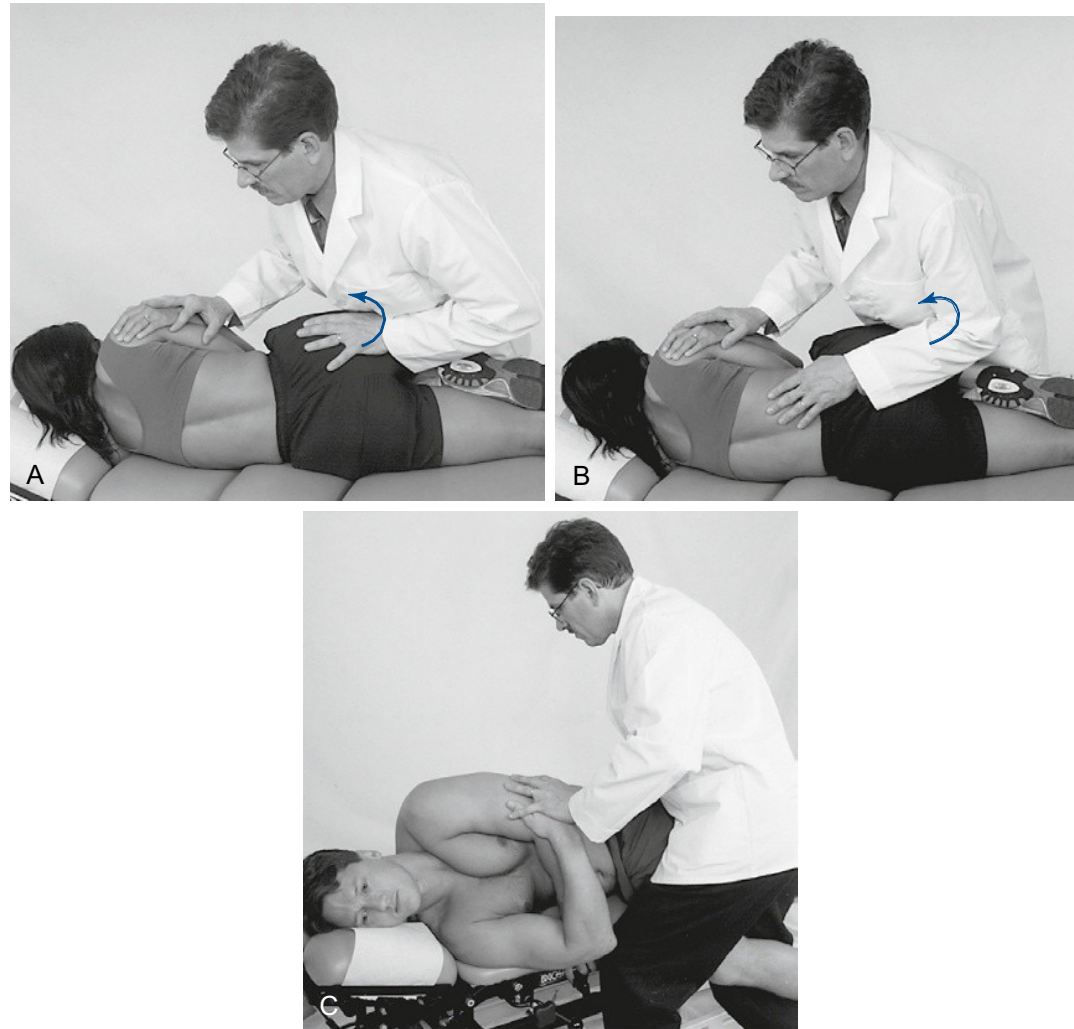


Figure 5-284 Pour induire la flexion (ilium antérosupérieur) de l'articulation sacro-iliaque droite, un contact hypothenar (A) ou un contact avec l'avant-bras (B) est établi sur la face postérieure de la tubérosité ischiatique (C). Les contacts des jambes du médecin sont modifiés dans cet ajustement en position de jambe à califourchon.

Poussée de l'apex hypothénar/sacré (AI sacrum) (Figure 5-285)

IND : Extension sacro-iliaque restreinte ou malposition antéro-inférieure unilatérale du sacrum.

PP : Le patient est allongé dans la position de base de la posture latérale.

DP : Tenez-vous dans une position d'escrimeur basse, à cheval sur le haut du genou fléchi du patient. Soutenez la jambe fléchie du patient contre la cuisse antérieure proximale de votre jambe caudale.

CP : Hypothénar de la main caudale, les doigts pointant vers la tête (Figure 5-285, A).

SCP : Apex du sacrum.

IH : Votre main supérieure stabilise la partie supérieure de l'épaule du patient, en maintenant la flexion de la colonne vertébrale.

VEC : P-A.

P : Placez le patient en posture latérale, avec le côté impliqué vers le bas. Fléchissez légèrement le tronc du patient et fléchissez le haut de la cuisse au-dessus de 90 degrés. Établissez un large contact doux le long de la partie supérieure de l'apex sacré.

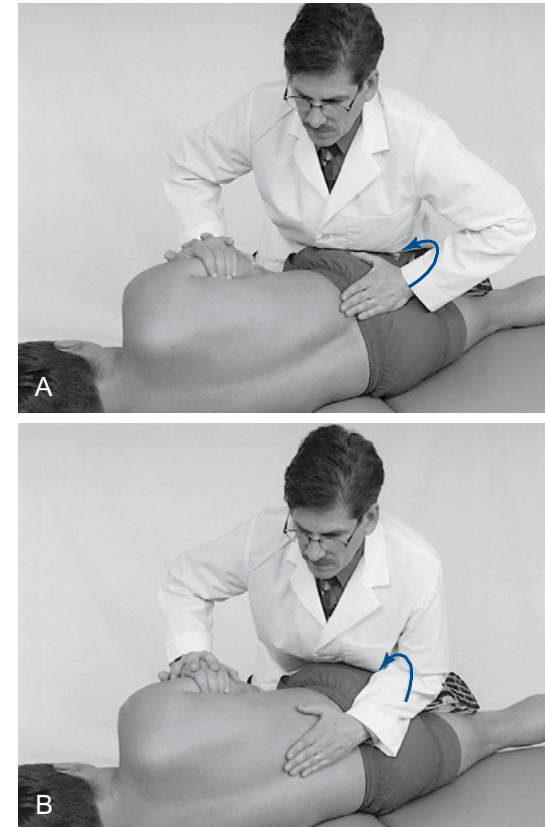


Figure 5-285 Un contact hypothénar (A) ou un contact avec l'avant-bras (B) est établi sur l'apex sacré pour induire l'extension de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Développer la tension pré-ajustante en induisant une flexion lombosacrée et une rotation vers l'avant du bassin. Cela produit un hochement de tête postérieur et une rotation de la base sacrée vers le bas et une extension de l'articulation sacro-iliaque vers le bas. Induisez une rotation pelvienne antérieure en laissant tomber la cuisse fléchie du patient vers le sol et en abaissant le poids de votre corps contre la hanche fléchie du patient. Induisez un hochement de tête postérieur de la base sacrée en tirant vers le bas avec la main de contact contre l'apex sacré pendant que vous poussez céphaliquement contre la jambe fléchie du patient avec votre jambe caudale.

En tension, délivrez une poussée centrée sur le corps vers l'avant à travers le tronc, les membres inférieurs et l'épaule. Votre abdomen inférieur peut avoir un impact sur la fesse postérolatérale et la hanche du patient. Une légère variante de cette procédure consiste à utiliser un contact avec l'avant-bras au lieu d'un contact hypothénar (figure 5-285, B).

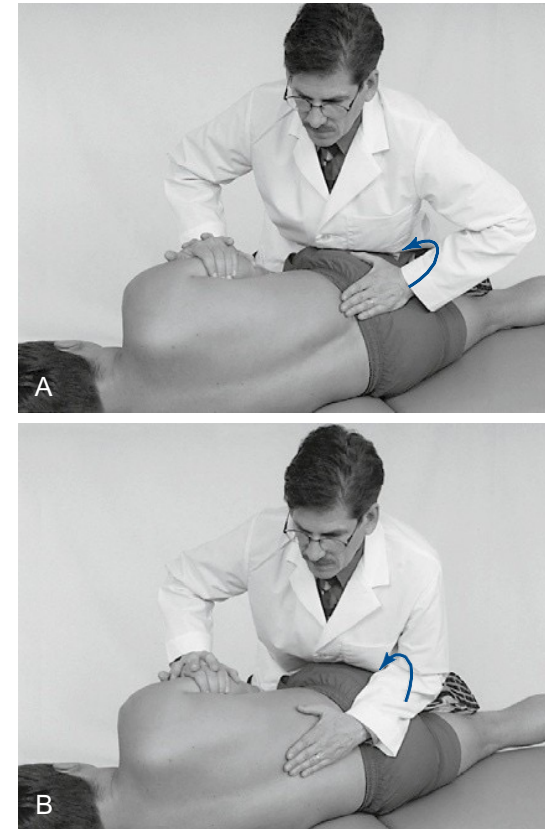
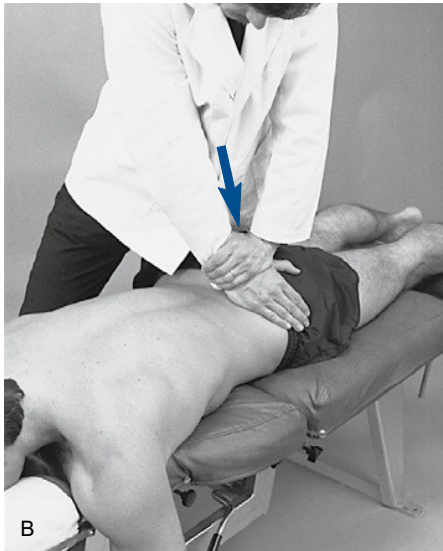
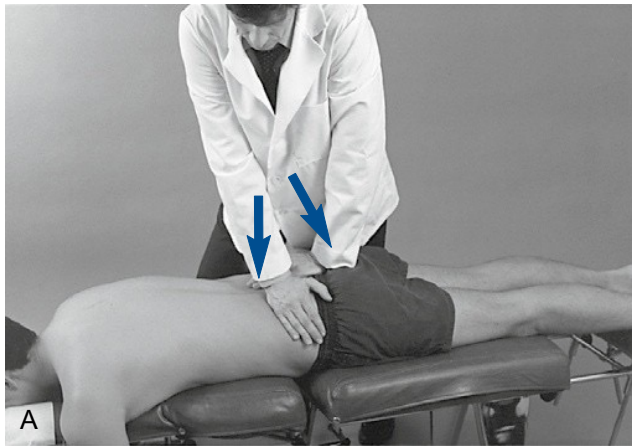


Figure 5-285 Un contact hypothénar (A) ou un contact avec l'avant-bras (B) est établi sur l'apex sacré pour induire l'extension de l'articulation sacro-iliaque gauche.



5-286A, B

Figure 5-286 Ajustement de l'extension restreinte de l'articulation sacro-iliaque gauche à l'aide de contacts bilatéraux sur l'épine iliaque postéro-supérieure gauche (PSIS) et l'apex sacré (A) et un contact unilatéral sur le SISP (B).

Couché ventral

Poussée de l'apex hypothénar/ilium sacré (PI ilium ou AI sacrum) (Graphique 5-286)

IND : Extension sacro-iliaque restreinte. Malposition postéro-inférieure de l'ilium ou malposition antéro-inférieure unilatérale du sacrum.

PP : Le patient est allongé sur le ventre.

DP : Tenez-vous dans une position d'escrimeur modifiée du côté opposé au dysfonctionnement.

CP : Contacts hypothénars des deux mains.

SCP : Bord médial supérieur du PSIS et de l'apex sacré (voir Figure 5-286, A).

VEC : P-A, I-S et M-L avec le contact PSIS. P-A, S-I et M-L avec le contact de l'apex sacré.

P : Positionner le patient en décubitus ventral. Tendez la main caudale à travers le patient et établissez un contact hypothénar sur le PSIS controlatéral. Avec la main céphalique, tendez la main vers l'extérieur pour établir un contact sur l'apex sacré (Figure 5-286, A).

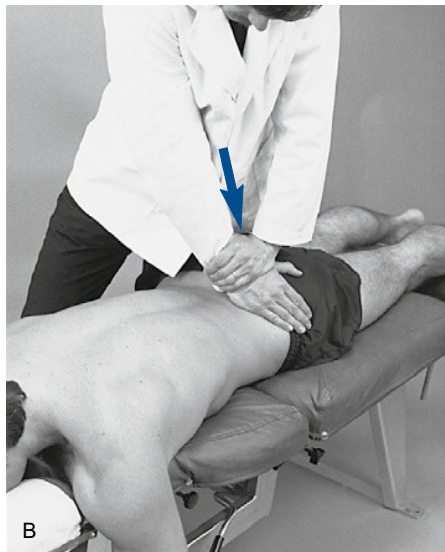
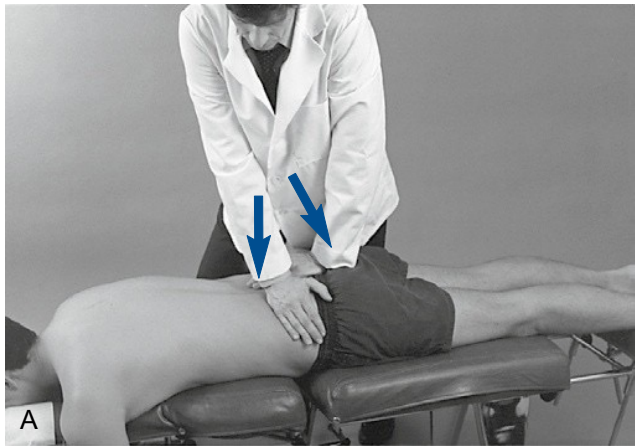


Figure 5-286 Ajustement de l'extension restreinte de l'articulation sacro-iliaque gauche à l'aide de contacts bilatéraux sur l'épine iliaque postéro-supérieure gauche (PSIS) et l'apex sacré (A) et un contact unilatéral sur le SISP (B).

Développer la tension pré-ajustante en s'appuyant antérieurement et superficiellement avec le contact iliaque et antéro-inférieur avec le contact sacré. Un bloc pelvien peut être placé sous la grande pour aider au développement de l'extension sacro-iliaque. À la tension PP, délivrez une poussée à grande vitesse combinée à travers le DP : bras, tronc et corps.

Lorsque vous utilisez ce réglage avec une table de chute, placez les ASIS du patient dans la pause entre les sections pelvienne et lombaire de la table de réglage. La poussée réglable ne doit pas être délivrée tant que la tension appropriée de la pièce de chute n'a pas été établie.

Si vous le souhaitez, une PI ilium ou une restriction d'extension sacro-iliaque peut être traitée par un contact unilatéral sur le PSIS. Avec cette méthode, vous pouvez vous tenir d'un côté ou de l'autre du patient (Figure 5-286, B).

Poussée de la base hypothénar/ischion sacrée (AS ilium ou PS sacrum) (Figure 5-287)

IND : Flexion sacro-iliaque restreinte. Malposition AS de l'ilium ou malposition unilatérale du sacrum par PS. Le patient est allongé sur le ventre.

Tenez-vous dans une position d'escrimeur modifiée du côté opposé au dysfonctionnement.

CP : Surface palmaire proximale de la main caudale pour le contact ischiatique et éminence thénar ou hypothénar de la main céphalique pour le contact avec la base sacrée (Figure 5-287, A et B).

SCP : Ischion inférieur ou ilium antérieur et base sacrée proximale.

VEC : P-A et S-I avec contact ischiatique. P-A et I-S avec contact sacré.

P : Positionner le patient en décubitus ventral. Tendez la main caudale sur le patient et établissez un contact palmaire sur l'ischion inférieur. Avec le thénar ou l'hypothénar de la main céphalique, entrez en contact avec le bord supérieur de la base sacrée juste à l'intérieur du PSIS du même côté.

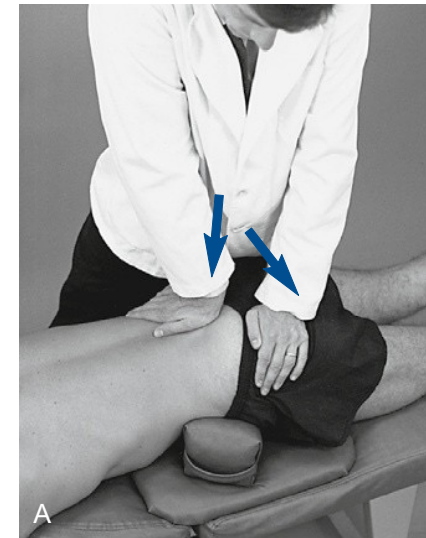


Figure 5-287 Réglage de la flexion restreinte de l'articulation sacro-iliaque gauche, à l'aide de contacts sur l'ischion gauche et la base sacrée avec ou sans blocs (B). C, contact unilatéral de la base sacrée.

Développer une tension pré-ajustante en s'appuyant antéro-bas avec le contact ischiatique et antérieurement et au-dessus avec le contact sacré. Un bloc pelvien peut être positionné sous l'ASIS pour aider au développement de la flexion sacro-iliaque (voir Figure 5-287, A).

En tension, délivrez une poussée combinée à grande vitesse à travers les bras, le tronc et le corps.

Lorsque vous utilisez ce réglage avec une table de chute, placez les ASIS de la patiente à l'extrémité supérieure de la section pelvienne de la table. La poussée réglable ne doit pas être délivrée tant que la tension appropriée de la pièce de chute n'a pas été établie.

Si l'on le souhaite, une base sacrée postéro-supérieure ou une restriction ionique sacro-iliaque peut être traitée par un contact unilatéral sur la base sacrée PS impliquée. Avec cette méthode, vous pouvez vous tenir d'un côté ou de l'autre du patient (voir Figure 5-287, C).

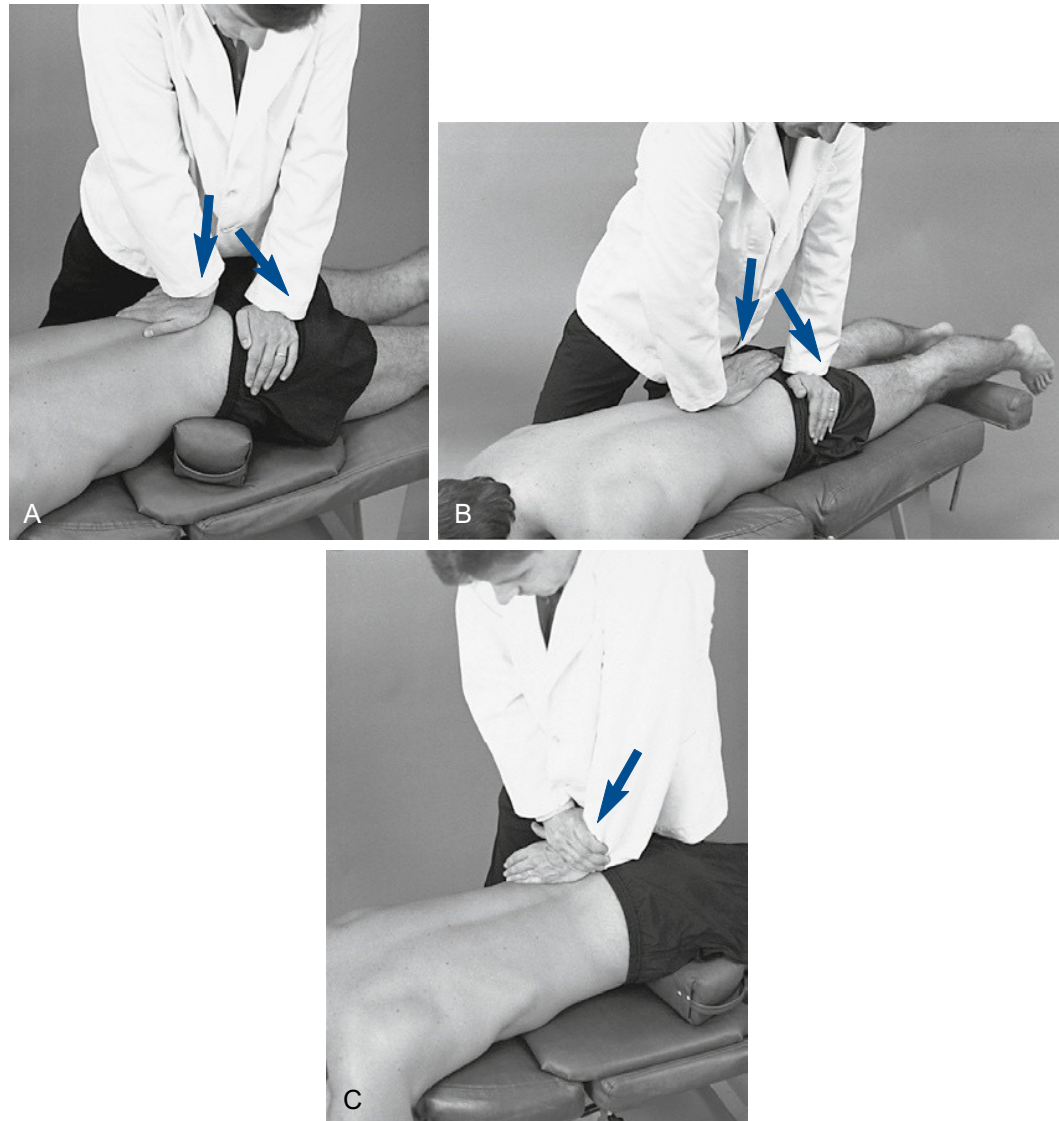


Figure 5-287 Réglage de la flexion restreinte de l'articulation sacro-iliaque gauche, à l'aide de contacts sur l'ischion gauche et la base sacrée avec ou sans blocs (B). C, contact unilatéral de la base sacrée.

Poussée hypothénar/ilium avec extension de la hanche (PI Ilium) (Figure 5-288)

IND : Extension sacro-iliaque restreinte. Malposition PI de l'ilium.

PP : Le patient est allongé sur le ventre.

DP : Tenez-vous dans une position d'escrimeur du côté opposé au dysfonctionnement.

CP : Hypothénar de la main céphalique.

SCP : marge MS du PSIS.

IH : La main caudale saisit la cuisse distale du patient du même côté que le contact d'ajustement.

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

P : Positionner le patient en décubitus ventral. Tendez la main sur le patient avec la main céphalique et établissez un contact hypothénar sur le PSIS controlatéral. Avec la main caudale, tendez la main sur le patient et saisissez la cuisse controlatérale du patient juste à proximité du genou.

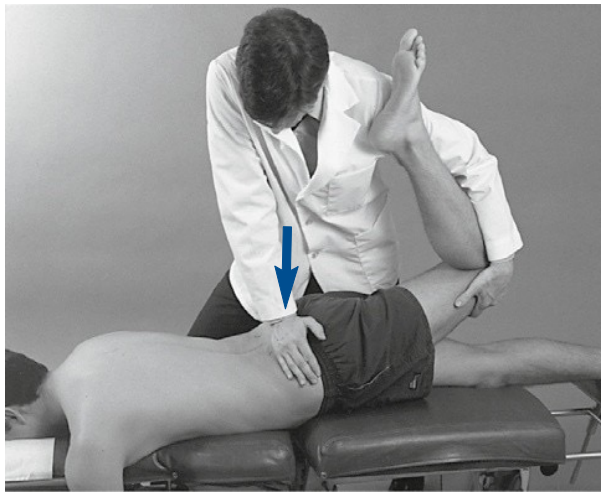


Figure 5-288 Contact over the left posterosuperior iliac spine while extending the hip to induce extension of the left sacroiliac joint.

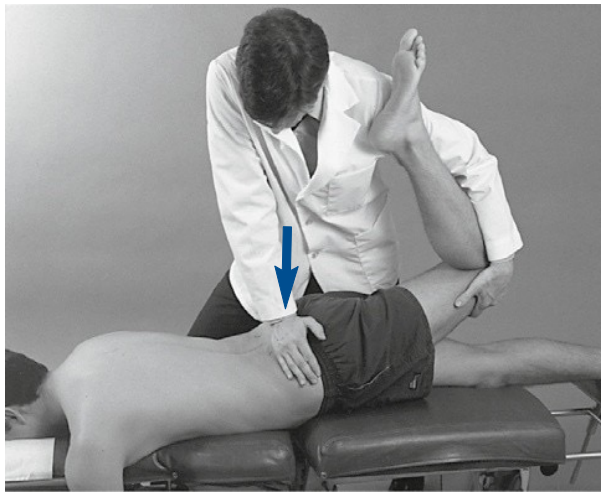


Figure 5-288 Contact over the left posterosuperior iliac spine while extending the hip to induce extension of the left sacroiliac joint.

Développer une tension articulaire en se penchant sur le contact et en étendant gentiment la cuisse du patient. Le genou du patient du côté soulevé peut être fléchi ou rester étendu. L'extension de la hanche qui l'accompagne est minime et ne doit pas soulever le bassin du patient.

En tension, délivrez une poussée d'impulsion à travers le contact iliaque, renforcée par une légère élévation avec le contact avec la cuisse. La poussée à travers la hanche doit être peu profonde. Il est possible d'étendre trop la hanche, endommageant la capsule et ses tissus mous adjacents. Cet ajustement est contre-indiqué chez les patients atteints de pathologie de la hanche ou de meralgie paresthésique.

Lorsque vous utilisez ce réglage avec une table de chute, placez les ASIS du patient dans la pause entre les sections pelvienne et lombaire de la table de réglage. La poussée réglable ne doit pas être délivrée tant que la tension appropriée de la pièce de chute n'a pas été établie.

Blocage pelvien en décubitus ventral (figure 5-289)

IND : Malposition AS ou PI de l'ilium.

PP : La patiente est allongée sur le ventre avec une surface ferme (planche rembourrée) sous la région pelvienne.

DP : Le médecin a un rôle passif. Placez des cales rembourrées (blocs pelviens) sous les deux côtés du bassin.

CP : Coin rembourré (bloc pelvien).

SCP : ASIS et face antérieure de la hanche.

P : Positionnez le patient en position couchée sur une planche rembourrée. Placez une cale rembourrée sous l'ASIS du côté de l'innominée antérieure et une autre sous la face antérieure de la hanche du côté de l'innominée postérieure pour développer une flexion sacro-iliaque.

Aucune poussée n'est donnée ; La gravité fournit la force appliquée au fil du temps. Cette procédure ne correspond pas à la définition d'un réglage HVLA en raison de l'absence d'une poussée à grande vitesse.



Figure 5-289 Blocage pelvien ventral pour un motif de distorsion antérosupérieur gauche et postéro-inférieur droit, utilisant la gravité au fil du temps pour induire un mouvement au niveau des articulations sacro-iliaques. Il n'y a pas de poussée.

Box 5-11	Ajustements de la symphyse pubienne
-----------------	--

- **Couchée**
- Hypothénar/cuisse (Figure 5-290)
- Hypothénar/pubis (Figure 5-291)
- Hypothénar/ilium, palmaire/ischion (figure 5-292)
- Distraction pubienne (Figure 5-293)

AJUSTEMENTS DE LA SYMPHYSE PUBIENNE (BOX 5-11)

Dorsale

Hypothenar/cuisse (pubis supérieur) (figure 5-290)

IND : Glissement inférieur restreint et malposition supérieure du pubis. **PP :** Le patient est couché sur le dos, avec le côté de l'atteinte au bord de la table. Le pied correspondant pend de la table.

Le **SISP** est sur la table.

DP : Tenez-vous du côté impliqué, face à la tête dans la position d'un escrimeur.

CP : Un contact palmaire de la main caudale.

SCP : Fémur distal de la jambe du côté touché.

IH : La main céphalique établit un contact palmaire au-dessus de l'ASIS du côté non impliqué.

VEC : S-I.

P : Lors de la stabilisation du bassin à l'aide de l'IH, la main de contact applique une contrainte A-P sur la cuisse du patient. Demandez au patient d'essayer de soulever la cuisse contre la résistance et, après 4 à 5 secondes, d'effectuer une impulsion légère et peu profonde vers le bas jusqu'à la cuisse distale. Une fois l'ajustement appliqué, le patient doit se détendre, en maintenant la position d'ajustement pendant environ 1 à 2 minutes.

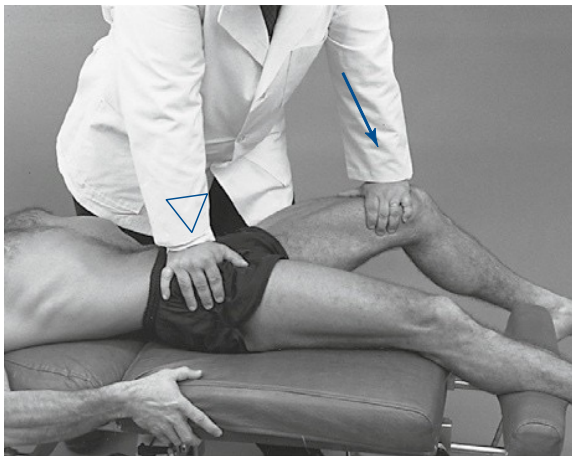


Figure 5-290 Ajustement du pubis supérieur gauche.

Hypothénar/pubis (pubis antérieur) (figure 5-291)

IND : glissement postérieur restreint et malposition antérieure du pubis (procédure alternative pour le pubis supérieur).

PP : Le patient est allongé sur le dos, le genou et la hanche non impliqués fléchis et le pied à plat sur la table.

DP : Tenez-vous du côté non impliqué, face à la tête oblique.

CP : Un contact hypothénar en lame de couteau de la main céphalée.

SCP : Face antérieure de la branche pubienne impliquée (face supérieure pour le pubis supérieur).

IH : La main caudale renforce la main de contact avec les doigts enroulés autour du poignet ou établit un contact palmaire sur la cuisse distale de la jambe non impliquée et applique une contrainte de flexion supplémentaire.

VEC : A-P.

P : En tension, délivrer une poussée d'impulsion rapide et peu profonde A-P au pubis impliqué. Cette technique est mieux réalisée avec l'utilisation d'une section de chute pelvienne.

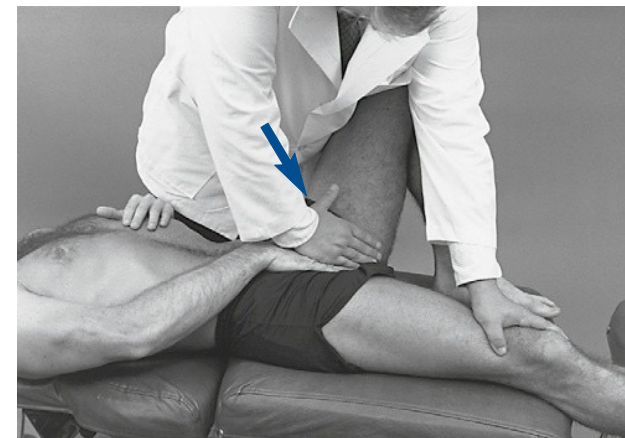


Figure 5-291 Right anterior pubis adjustment; also an alternative for a right superior pubis adjustment.

Hypothenar/ilium, palmaire/ischion (pubis inférieur) (Figure 5-292)

IND : Glissement supérieur restreint du pubis. Malposition inférieure du pubis.

PP : Le patient est allongé sur le dos, le genou et la hanche du côté impliqué complètement fléchis.

DP : Tenez-vous sur le côté de la table opposé au côté de l'intervention, penché au-dessus du patient, le haut du corps en contact avec la face antérieure du tibia du patient.

CP : La main caudale saisit l'ischion inférieur du patient tandis que la main céphalique se penche au-dessus du patient et entre en contact avec l'ASIS du côté de l'implication.

VEC : P-A et I-S avec la main caudale. A-P avec la main céphalique.

P : Développer une tension pré-ajustable en appliquant le poids du corps sur la jambe fléchie du patient. En tension, donnez une poussée avec la main caudale tandis que la main céphalique pousse vers l'arrière à travers votre torse tout en générant une poussée de traction.



5-292

Figure 5-292 Ajustement du pubis inférieur droit.

Distraction pubienne (figure 5-293)

IND : Dysfonctionnement pubien, douleur de la symphyse pubienne à la palpation et provocation articulaire.

PP : Le patient est allongé sur le dos, fléchissant les genoux et les hanches et posant les pieds à plat sur la table, l'un près de l'autre.

DP : Tenez-vous debout ou à genoux sur le pied de la table, face au patient.

CP : Contacts palmaires des deux mains. **SCP** : Aspects médiaux des deux genoux. **VEC** : M-L.

P : Séparez les genoux du patient et saisissez les aspects médiaux des genoux du patient. Avec les avant-bras croisés entre les genoux, demandez au patient de serrer les genoux l'un contre l'autre pendant plusieurs secondes ou jusqu'à ce qu'une fatigue suffisante des muscles adducteurs se produise. Ensuite, donnez une poussée d'impulsion peu profonde aux deux genoux.



Figure 5-293 Distraction du pubis.

Box 5-12	Ajustements du coccyx
-----------------	------------------------------

- Prone
 - Thumb/External Coccyx Push (Figure 5-294)
 - Index/Internal Coccyx Pull (Figure 5-295)

AJUSTEMENTS DU COCCYX (BOX 5-12)

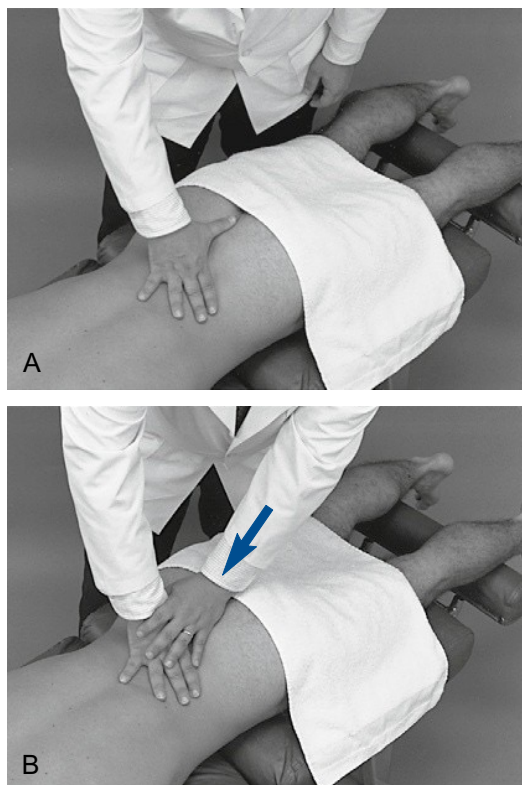


Figure 5-294 Ajustement externe du coccyx.
A, Traction des tissus, avec contact du pouce pris.
B, contact renforcé, avec poussée vers la tête

C. Ventral

Poussée du pouce et du coccyx externe (Figure 5-294)

IND : Restriction des mouvements du coccyx, malposition du coccyx et coccygodynie.

PP : Le patient est allongé sur le ventre, avec les pièces thoraciques et pelviennes soulevées ou un rouleau de Dutchman placé sous l'ASIS. Les fesses doivent être drapées de manière appropriée.

DP : Tenez-vous sur le côté de la table, en adoptant la position d'un escrimeur et en faisant face à la tête.

CP : Le contact du pouce de la main céphalée.

SCP : La base du coccyx (peau à peau).

IH : Le contact pisiforme-hypothenar de la main caudale est établi sur l'ongle du pouce de la main de contact, les doigts se trouvant librement sur le dos de la main de contact.

VEC : I-S.

P : Tirez le tissu mou dans le sens céphalique avec les deux mains. En tension, délivrez une poussée d'impulsion céphalique et légèrement P-A sur la base coccygienne, produisant une technique mixte de traction tissulaire et d'ajustement osseux.

Index/traction interne du coccyx (Figure 5-295)

IND : Restriction des mouvements du coccyx, malposition du coccyx et coccygodynie.

PP : Le patient est allongé sur le ventre, avec les pièces thoraciques et pelviennes soulevées ou un rouleau de Dutchman placé sous l'ASIS.

DP : Tenez-vous sur le côté de la table, en adoptant la position d'un escrimeur et en faisant face à la tête.

CP : Un contact numérique, avec un majeur ganté et lubrifié de la main caudale. Un contact palmo-calcanéen de la main céphalée sur la moitié supérieure du sacrum.

SCP : La face antérieure du coccyx, intrarectale.

IH : Un contact palmo-calcanéen de la main céphalée sur la moitié supérieure du sacrum.

VEC : S-I.

P : Le contact intrarectal exerce une tension sur le coccyx vers l'arrière et légèrement vers l'arrière. Délivrez une légère poussée d'impulsion à travers le contact sur le sacrum tout en délivrant simultanément une poussée postérieure très douce et peu profonde contre le coccyx.

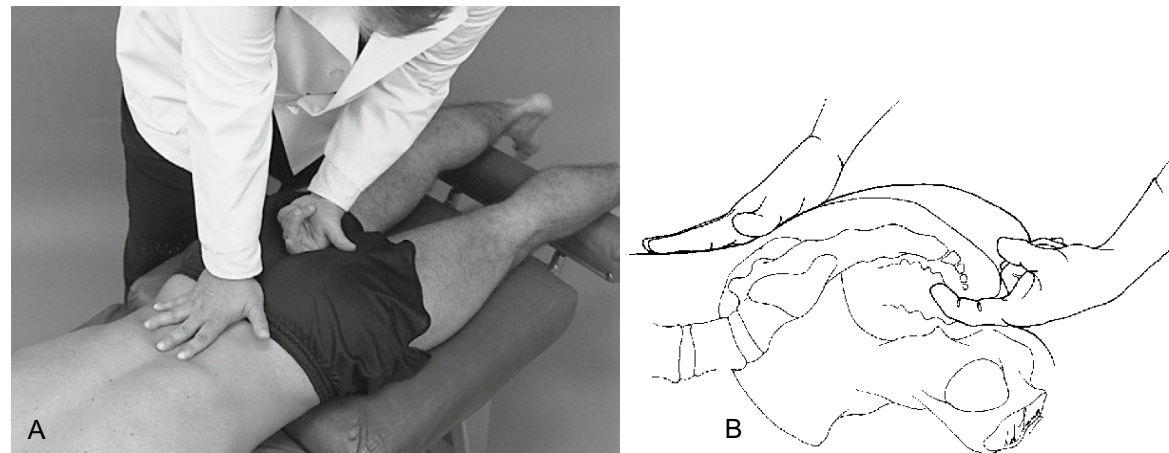


Figure 5-295 A, Simulation d'un ajustement interne du coccyx. B, Illustration des contacts.