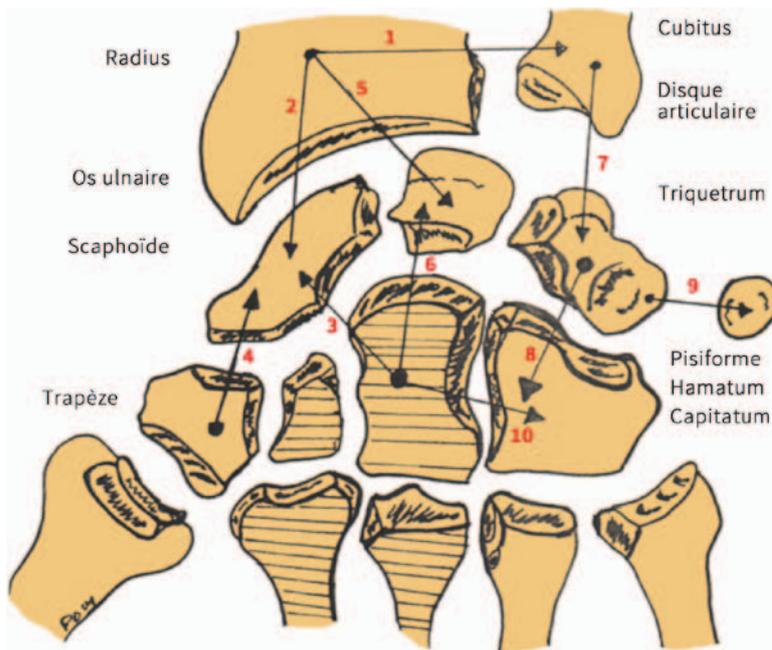


### Mobilisations du poignet en dix points de mobilité (1<sup>ère</sup> partie)

Mots clés : ► Mobilisations ► Poignet ► Thérapie manuelle



Mobilisations du poignet en dix points de mobilité

- 1- Cubitus/Radius • 2- Scaphoïde/Radius • 3- Scaphoïde/Capitulatum (GO) • 4- Scaphoïde/Trapèze  
 5- Os ulnaire/Radius • 6- Capitulatum/Os ulnaire • Triquetrum (pyr.)/Disque articulaire (ligament triangulaire)  
 8- Hamatum (OC)/Triquetrum • 9- Pisiforme/Triquetrum • 10- Hamatum/Capitulatum

**Pascal POMMEROL**

Kinésithérapeute  
Ostéopathe  
Lyon (69)

**Serge GOUTAUDIER**

Kinésithérapeute  
Ostéopathe  
Lyon (69)

**N**ous avons déjà décrit le diagnostic des dysfonctions du poignet dans un article [1] et expliqué un mode de raisonnement clinique pour appliquer les mobilisations [2]. Voyons en pratique courante et en photos la description de ces mobilisations.

#### Détail des dix points de mobilité

##### ■ 1<sup>er</sup> point de mobilité : articulation radio-ulnaire inférieure

Pour l'examen comme pour le traitement, Il faut toujours commencer par cette articulation.

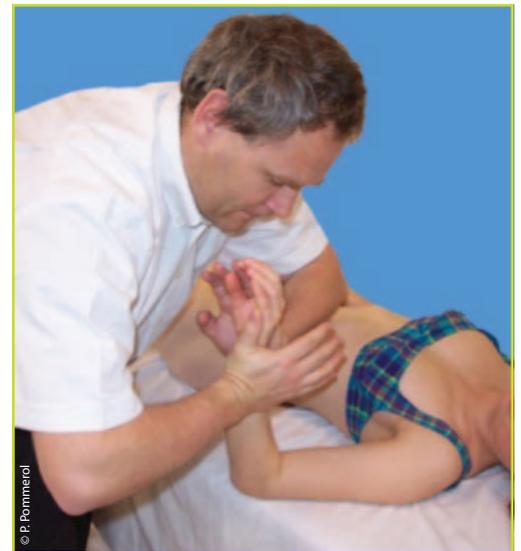
Cette technique est surtout utilisée en test de diagnostic pour déterminer si nous avons une

ulna antérieure ou une ulna postérieure (fig. 1 et 2). La lésion la plus fréquente est la tête ulnaire en postériorité.

Pour réduire cet état de subluxation postérieure, il faut antérioriser cette tête ulnaire dans une position d'extension du poignet et de supination (fig. 3). Cette instabilité postérieure est particulièrement fréquente chez les hémiplegiques spastiques et les personnes sollicitant beaucoup la pronation (électricien, gymnaste, etc.).

##### ■ 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> points de mobilité (fig. 4)

• **Deuxième point de mobilité** : scaphoïde/radius (fig. 5). Mobilisation pour corriger un déplacement du scaphoïde par rapport au radius en antérieur ou en postérieur :



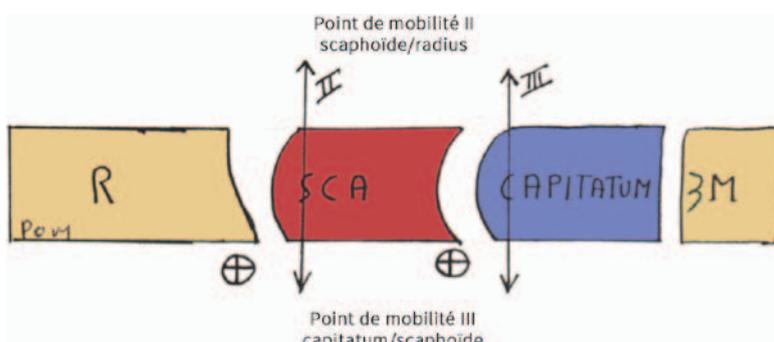
► Figures 1 et 2

Test en supination et en pronation au niveau de l'articulation radio-ulnaire inférieure



► Figure 3

La correction la plus fréquente est la mobilisation de l'ulna postérieure par la traction du petit doigt de la main gauche dans une position d'extension supination pour antérioriser l'os et par une poussée antérieure de l'index de la main mobilisant l'ulna  
L'autre main contrôle le radius



► Figure 4

2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> points de mobilité

- en inclinaison ulnaire et en extension, le sca-phoïde se verticalise et est antérieur ;
- en inclinaison radiale et en flexion, il est plus horizontal et en postériorité. Sa position préférentielle est en postériorité où il est soumis à moins de contraintes.

• Le **troisième point de mobilité** est de corri-ger une lésion du capitatum par rapport au sca-phoïde. Le test de diagnostic se fait par une mobilisation antéro-postérieure du capitatum par rapport sca-phoïde fixe. Voici le point 3 avec la position de départ et d'arrivée (fig. 6 et 7).

La correction la plus fréquente est la mobilisa-tion du capitatum vers l'avant pour corriger une tendance au DISI (celle vers l'arrière pour corriger une tendance au VISI est beaucoup moins fré-quent). Elle se réalise toujours après la mobilisa-tion du lunatum et du sca-phoïde.

## ■ 4<sup>e</sup> point de mobilité

Il est entre le trapèze et le sca-phoïde (fig. 8). Il est bien moins important que les points précédents et la mobilisation du sca-phoïde qui le précède, corrige souvent les dysfonctions. Le trapèze est en antériorité ou en postériorité par rapport au sca-phoïde. Cet os est souvent dans la même dysfonc-tion que l'os capitatum.

Le traitement est réalisé par une prise entre le pouce et l'index avec une contre-prise sur le sca-



► **Figure 5**

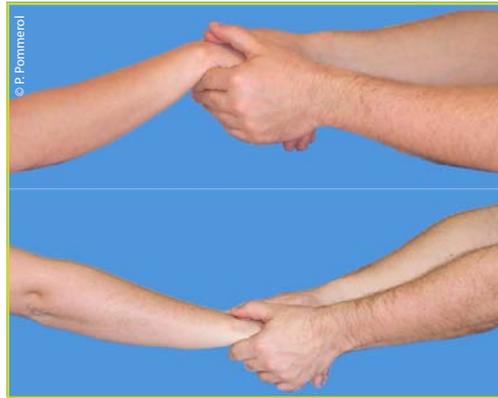
Mobilisation du scaphoïde en inclinaison ulnaire et en extension pour provoquer une antériorité de l'os scaphoïde

L'os scaphoïde est ainsi debout

Cette manœuvre est particulièrement indiquée dans les douleurs postérieures au niveau de l'interligne radio carpienne car elle évite la butée postérieure et dans les limitations d'extension de la RC

La manœuvre ira de 20 à 30° de flexion jusqu'à 20 à 30° d'extension avec poussée antérieure sur le scaphoïde

L'inclinaison ulnaire est maintenue tout au long de la manœuvre



► **Figures 6 et 7**

En haut, position de départ : en flexion du poignet les pouces du thérapeute sont l'un sur l'autre un peu en dessous de la cavité (fossette de la crucifixion) que forme le capitatum sur la face dorsale de l'axe du 3<sup>e</sup> doigt. Ils sont donc posés sur la face dorsale du capitatum

En bas, position d'arrivée :

l'appui sur la face postérieure de l'os capitatum est maintenue pendant le passage de la flexion à l'extension du poignet

On inverse les deux positions de la manipulation pour postérioriser l'os capitatum. On commence par l'extension et on va vers la flexion du poignet avec une pression effectuée dans la paume de la main

phoïde et une prise mobilisatrice sur le trapèze (fig. 9). Le trapèze est ainsi mobilisé en arrière vers l'avant ou l'inverse.

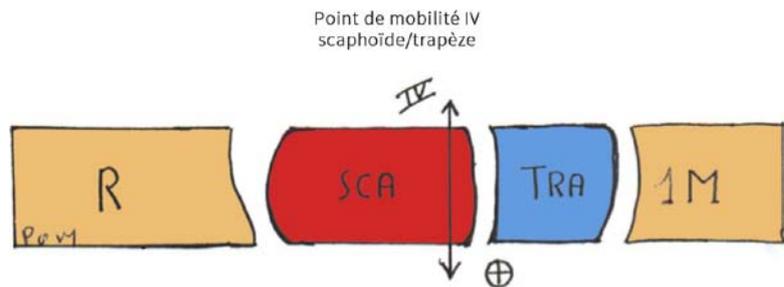
## ■ 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> points de mobilité (fig. 10)

- Le **cinquième point de mobilité** concerne le lunatum et permet de corriger les dysfonctions de l'os lunaire par rapport au radius.

C'est une mobilisation clé pour harmoniser le couple scapho-lunaire. L'os lunaire détermine un VISI ou le DISI, c'est un point très important. La dysfonction la plus fréquente est celle dénommée DISI : le lunatum bascule en antériorité tout en orientant sa face inférieure vers l'arrière (fig. 11). Cette position est due à l'interposition de sa corne postérieure plus étroite entre le radius et le capitatum, lequel se retrouve en postériorité.

Lors de la mobilisation, les pouces l'un sur l'autre sont sur la face postérieure et vont pousser pour produire une rotation de l'os lunaire de façon à regarder vers l'arrière et à glisser vers l'avant (fig. 12 et 13).

*Suite dans notre numéro de décembre*



► **Figure 8**

4<sup>e</sup> point de mobilité

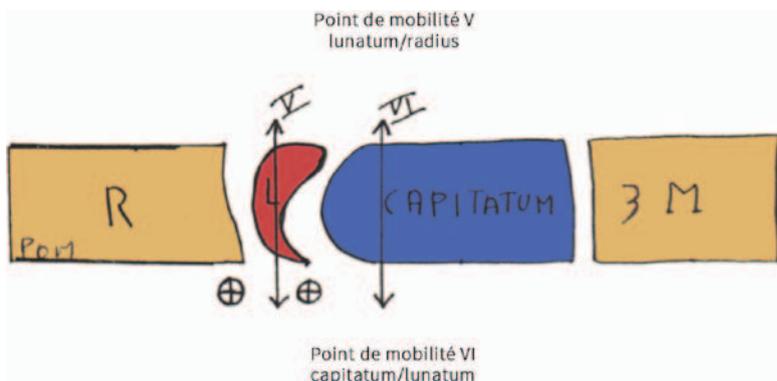


► **Figure 9**

Mobilisation du trapèze par rapport au scaphoïde la main distale est mobilisatrice, la main proximale est le point fixe

On réalise au préalable une très légère inclinaison ulnaire pour ouvrir l'interligne articulaire  
Si tendance à la subluxation dorsale, il faut mobiliser le trapèze vers l'avant

# Mobilisations du poignet en dix points de mobilité



► **Figure 10**

5° et 6° points de mobilité



► **Figure 11**

Mobilisation du lunatum en postérieur  
L'appui est alors antérieur ; les 2 pouces réalisent un appui entre les 2 plis de flexion du poignet en partant de d'un position neutre à 0° de F/E et en allant jusqu'à la flexion maximale  
La mobilisation se fait avec une légère traction



► **Figures 12 et 13**

Mobilisation du lunatum

À gauche, position de départ d'une correction de postériorité de l'os lunaire : les pouces sont l'un sur l'autre et on va réaliser une extension du poignet sans dépasser la position la rectitude pour antériorité  
À droite, position d'arrivée : il est important de ne pas aller en extension du poignet car l'os lunaire va passer sous la marge postérieure du radius

### Mobilisations du poignet en dix points de mobilité (2<sup>e</sup> partie)

Mots clés : ► Mobilisations ► Poignet ► Thérapie manuelle



**Pascal POMMEROL**

Kinésithérapeute  
Ostéopathe  
Lyon (69)

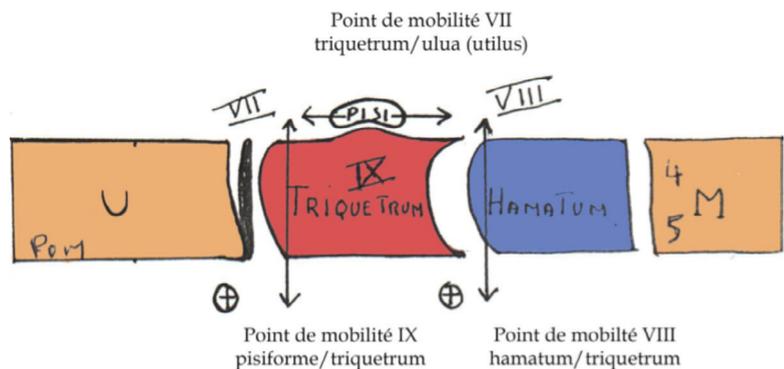
► Figures 14, 15 et 16

Mobilisation du capitatum avec une prise pouce l'un sur l'autre sur le creux de la troisième rangée des os du carpe  
On va rechercher un mouvement de glissement du capitatum vers l'avant avec une légère traction lors du passage vers l'extension et l'appui des pouces

• Le **point VI** est la mobilisation du capitatum. Il est souvent dans une dysfonction inverse de celle du lunatum (fig. 14, 15 et 16). On retrouve la même mobilisation du capitatum (cf. fig. 6 et 7 - KS 580, 2016) par rapport au scaphoïde et par rapport à l'os lunaire car il n'existe pas de contre-prise dans les deux cas.

#### 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> points de mobilité (fig. 17)

• Le **point 7 de mobilité** est la dysfonction du triquetrum par rapport à l'os lunaire et au disque articulaire (plus rare). Pour la correction d'une postériorité du triquetrum, on va réaliser une mobilisation de cet os par rapport à l'os lunaire par un appui postérieur sur le triquetrum pour l'antérioriser, en maintenant le poignet en légère inclinaison radiale (fig. 18).



► Figure 17

7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> points de mobilité du triquetrum



► Figure 18

Point n° 7 du triquetrum

## Mobilisations du poignet en dix points de mobilité (2<sup>e</sup> partie)



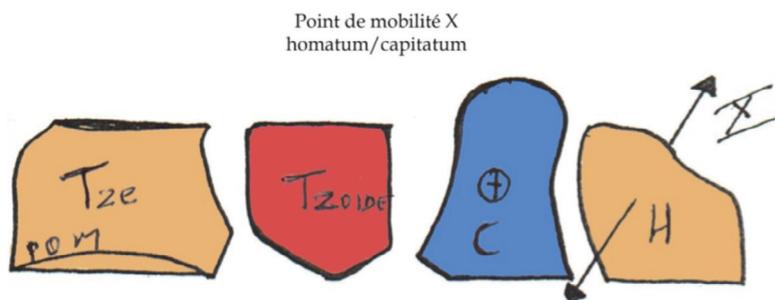
► **Figure 19**

Traitement du point 8 :  
mobilisation de l'hamatum (os crochu) par rapport  
au triquetrum (pyramidal) en inclinaison radiale



► **Figure 20**

Mobilisation du pisiforme  
La main droite est la main mobilisatrice  
et attrape le pisiforme



► **Figure 21**

10<sup>e</sup> point de mobilité



► **Figure 22**

Mobilisation consistant à faire une contre-prise sur le capitatum  
avec poussée de l'index et de faire une prise mobilisatrice sur l'hamatum et  
notamment sur l'apophyse unciforme par l'index et le pouce sur la face dorsale  
pour mobiliser l'os par rapport à l'autre

s'insère sur le pisiforme (fig. 20). Le mouvement majeur de cet os est un glissement en cranial caudal par rapport à l'os triquetrum. On réalise cette mobilisation mais également des mobilisations dans l'adduction et l'abduction pour libérer notamment le canal de Guyon (il est important lors de cette mobilisation que le poignet soit en flexion inclinaison ulnaire pour détendre le muscle fléchisseur ulnaire du carpe).

- Le **point 10** est la dysfonction de hamatum par rapport au capitatum (fig. 21). La mobilisation consiste à faire une contre-prise sur le capitatum avec poussée de l'index et de faire une prise mobilisatrice sur l'hamatum et notamment sur l'apophyse unciforme par l'index et le pouce sur la face dorsale pour mobiliser l'os par rapport à l'autre (fig. 22).

### Conclusion

Grâce à ces trois articles [1-3], vous avez une nouvelle approche des dysfonctions articulaire du poignet plus cohérente par rapport à la biomécanique du poignet et ses pathologies. ✘

On peut bien sûr réaliser la mobilisation inverse et on pousse avec l'index le triquetrum vers l'arrière lors d'un léger mouvement de flexion.

- Le **point 8** est la mobilisation de l'hamatum par rapport au triquetrum (fig. 19).
- Le **point 9** est un point de mobilité du pisiforme par rapport au triquetrum à partir de la tension du muscle fléchisseur ulnaire du carpe qui



### BIBLIOGRAPHIE

- [1] Pommerol P, Travers V. Examen du poignet pour une consultation directe. *Kinésithér Scient* 2015 Nov;570:37-43.
- [2] Pommerol P. Mobilisations du poignet en dix points de mobilité (1<sup>ère</sup> partie). *Kinésithér Scient* 2016 Oct;580:55-8.
- [3] Pommerol P. Mobilisations du poignet en dix points de mobilité (2<sup>e</sup> partie). *Kinésithér Scient* 2017 Juin;588:57-8.