

La prise en charge du grimpeur blessé

JOCELYN-WILLIAM LOUBRIAT (1), CHRISTOPHE BEYLER (2)

Bien sûr, chaque pathologie sera abordée dans un ensemble qu'il faut d'abord comprendre pour dépasser le soulagement immédiat. Car l'antalgie ne suffit pas à réparer : il faut préparer aux contraintes prochaines, en considérant le patient avec ses préférences, ses habitudes, ses propres limites.

MOTS-CLÉS

Chaîne musculaire
Dysmorphie
Escalade
Kinésithérapie
Massage

Il nous semble essentiel de toujours concevoir une prise en charge globale pour tout sportif, mais encore plus chez ceux pratiquant l'escalade. Car le traitement uniquement local d'affections telles que la ténosynovite ou l'épitrôchléite ne sera jamais efficace. En effet, il faut bien prendre en compte que toutes ces affections sont situées sur le trajet des chaînes musculaires préférentiellement sollicitées dans l'activité, à savoir les chaînes de flexions et de fermeture.

Bien évidemment, le traitement local trouve sa place dans un but de sédation initiale et de libération tissulaire. Mais le travail analytique doit toujours être intégré à un traitement de la globalité.

« Le travail analytique doit toujours être intégré à un traitement de la globalité »

Soins spécifiques locaux

Le massage au glaçon

Cette cryothérapie est indiquée dans tous les syndromes algiques (main, coude, épaule, genou, cheville).

Un gros glaçon est obtenu facilement avec un pot de yaourt en plastique. Le massage est effectué avec le glaçon directement en contact avec la peau pendant 3 à 5 minutes maximum. C'est la réaction cutanée qui in-

dique la durée exacte : lorsque la peau est devenue bien rouge, le traitement peut être suspendu.

Les mesures de précaution contre les gelures sont les suivantes :

- surveiller pendant toute la durée de l'application la réactivité de la peau qui doit blanchir à l'appui et se recolorer quasi instantanément ; arrêter immédiatement et frictionner si ce n'est pas le cas ;

- respecter au moins une heure entre deux applications. Nous préconisons entre 2 et 4 applications par jour jusqu'à disparition complète des douleurs.

Cette méthode a pour avantage d'être facilement applicable, sans coût démesuré et avec d'excellents résultats. De plus elle implique activement le patient dans sa guérison.



Une vidéo de démonstration est en ligne sur Internet (www.kinescalade.com/glacage).

Massage, mobilisation et étirements spécifiques

La détente de l'ensemble des structures de la main est primordiale. Il s'agit de libérer les tissus cutanés, musculaires, tendineux et péri-articulaires mais aussi de restituer une meilleure circulation.

Les mains des grimpeurs sont très souvent raides, crispées même au repos (= sur-programmées). Un temps important doit y être consacré. La connaissance précise de l'anatomie de la main guide le praticien vers une véritable massothérapie.

Lors de suite chirurgicale, notamment lors de réparation des coulisses des fléchisseurs, le travail de la cicatrice est essentiel. Le palpé-roulé manuel ou instrumental trouve ici une place de choix. L'utilisation de seringue aspirante du type Aspivenin® évite de lourds investissements.

La mobilisation de la main se fait vers l'étalement maximum et la recherche de l'extension. Extension spécifique de chaque articulation : interphalangienne et métacarpophalangienne, et extension globale doigt par doigt puis tous les doigts simultanément. Il ne faut pas oublier le pouce et la loge thénar très sollicités dans les préhensions en pince.

(1) Masseur Kinésithérapeute, Webmestre du site www.kinescalade.com

(2) Masseur-Kinésithérapeute

Correspondance : Jocelyn-William Loubriat,

E-mail : jocelyn-william@kinescalade.com

Remerciements aux sociétés Millet et Béal pour leur soutien matériel

Article commandé le : 13/04/2006

Reçu le : 04/06/2006

Relu le : – 1° relecteur : 06/06/2006

– 2° relecteur : 14/06/2006

– 3° relecteur : 20/06/2006

Accepté le : 26/06/2006

L'étirement spécifique des muscles interosseux est à enseigner aux patients. Il est obtenu par la flexion des interphalangiennes et l'extension de la métacarpophalangienne (figure 1). Il s'effectue chaque doigt individuellement, puis les quatre doigts longs simultanément.

L'ultrasonothérapie

Nous utilisons une petite tête cadencée à 3 Mhz et réglée en mode pulsé à 0,5 W/cm² pendant 5 minutes, 2 à 3 fois par semaine. Ceci dans un but défibrosant.

L'effet principalement perçu est une amélioration nette de la souplesse tissulaire. Nous l'utilisons systématiquement sur les cicatrices dès ablation des fils et sur les douleurs aux mains (tendinose, ténosynovite, douleurs dans la paume, etc.).

Notre concept de prise en charge du grimpeur blessé étant basé sur une écoute permanente, nous appliquons nous-mêmes l'ultrason et profitons de ce moment pour échanger avec le patient sur ses sensations quotidiennes de récupération.

À noter : nous avons constaté une régression importante d'un Dupuytren stade 1 après une quinzaine de séances d'ultrasonothérapie, de massages et d'étirements.

« La prise en charge du grimpeur blessé est basée sur une écoute permanente de ses sensations de récupération »

Le strapping du doigt

Beaucoup de grimpeurs utilisent des bandelettes non extensibles dans un but de protection des poulies, en préventif ou en curatif. Mais beaucoup de ces strap-pings improvisés sont inefficaces ou inadaptés. L'étude d'Andréas Schweizer [1] montre même que le strapping ne peut pas empêcher la déchirure. Cependant, en escalade, les sensations sont primordiales et si le grimpeur s'estime plus fort avec un strapping, autant qu'il en porte un. Mais il ne faut pas que cet élément le blesse. Pour cela, on interdit les bandelettes trop fines (figure 2) et on enseigne le bon placement de la bandelette pour optimiser son efficacité : la bandelette doit englober toute la longueur de la phalange, ou au moins la partie distale de P1.



Figure 1. Étirement des interosseux.



Figure 2. Strapping avec bandelette trop fine.



Figure 3. Les 3 étapes du strapping de poulie lésée.

Dans le cas de déchirure d'une poulie, nous préconisons un strapping comprenant trois bandelettes (figure 3) :

- la première plaquant le tendon contre la première phalange, elle englobe toute la longueur de P1 ;

« Si le grimpeur s'estime plus fort avec un strapping, autant qu'il en porte un »

- la deuxième plaquant le tendon contre P2, elle englobe toute sa longueur ;
- la troisième interdisant l'interphalangienn proximale (IPP) de fléchir à plus de 30°.

De cette manière, le tendon ne peut en aucun cas prendre la corde de l'arc (doigt maintenu en extension) et la coulisse peut alors éventuellement cicatrifier.

Dans le cas d'une ténosynovite, le maintien en extension relative de l'IPP (flexion maximum d'environ 30°) évite la sollicitation de la gaine et peut éventuellement permettre de grimper sans douleur.



Nous proposons sur Internet des protocoles types pour les ruptures de poulies (www.kinescalade.com/protocoles).

Prise en charge globale

En phase d'ascension, le corps mobilise l'ensemble de ses forces internes pour gérer l'escalade, soit une adaptation constante des équilibres (statiques et dynamiques) en fonction du relief présent. Bien que les entraîneurs et formateurs s'accordent à reconnaître l'équilibration comme déterminant fondamental de la motricité dans la plupart des Activités Physiques et Sportives, il nous faut réaliser que c'est encore plus vrai pour l'escalade, activité qui place la perte ou la conservation de l'équilibre comme critère principal de l'évaluation de la performance (monter le plus haut possible sans tomber).

Ainsi l'escalade, et les sports d'ascension en général, imposent une nécessité toute particulière aux grimpeurs : les systèmes de chaînes (musculaires et statiques) doivent constamment concilier l'effort d'ascension (contractions intenses et action mécanique « brute ») et

l'équilibre du corps sur la paroi (contractions contrôlées et mouvement stabilisé).

De nombreuses lésions musculaires et tendineuses (et articulaires) ont pour origine un problème morphostatique ou morphodynamique initial. Cette constatation est d'autant plus évidente dans la pratique de l'escalade ; ce sport entre dans une exploitation tout à fait coordonnée et particulièrement complète du corps, entraînant des adaptations et compensations à long terme. Une approche globale est nécessaire, elle sera par ailleurs garante du succès de la prise en charge locale des pathologies du grimpeur.

Ainsi, l'abord thérapeutique (et de surcroît préventif) de cette pratique doit impérativement passer par une compréhension fonctionnelle de ce sport et des déséquilibres proprioceptifs et statiques qui en découlent. Aussi, il convient d'aborder chaque individu comme un patient à part entière, comprenant ses propres déséquilibres et adaptations. Le bilan doit permettre de décrypter la manière dont s'organise le corps du patient, et en extraire la ou les problématiques majeures.

L'abord de cette prise en charge par la méthode des chaînes musculaires (et/ou ses dérivés) est un atout substantiel :

- pour comprendre les schémas adoptés par le corps du patient, lors du bilan ;
- nous offrant un raisonnement et une perspicacité certaine dans notre manière de normaliser le corps de celui-ci (le *Libérer*) ;
- mais également dans notre façon de le reconstruire (le *Sentir* et le *Maintenir*).

L'objectif du bilan est ainsi de mettre en évidence la présence (ou non) de dysmorphies, de zones de dysmobilités et d'instabilités, mais également l'ensemble des dystonies tissulaires.

Cette dernière étape est capitale pour cette prise en charge. En effet, elle est celle qui donne lieu à la 1^{re} phase de la démarche thérapeutique. À force de pratique, le grimpeur (comme tout autre être vivant) développe de nombreuses *sur-programmations* [2] musculaires et toutes les réactions tissulaires en réponses à ces *sur-programmations* (contractures, tensions, fibroses, etc.), qui agissent de concert comme autant de verrous sur le corps. Un travail (plus analytique) concernant la *libération des tensions musculaires et aponévrotiques* est essentiel avant d'envisager la rééducation.

Ainsi, le bilan ne diffère en rien de ce qui se fait dans les démarches globales, avec des examens statiques (debout, couché) et dynamiques (test de flexion, d'extensions, de torsion, test sur ballon de Klein-Vogelbach, etc.). Notons simplement l'importance de l'examen région par région ici : recherche de dérangement intervertébral mineur [3], mise en évidence de syndrome cellulagique [3], souplesse du thorax... mais surtout un

travail palpatoire permettant la mise en évidence des hypertonies (tensions musculaires, contractures).

Le *Libérer* constitue donc une phase fondamentale et incontournable : *les levées de tensions* [4] sont un excellent moyen pour débiter cette phase ; les grimpeurs y réagissent très bien. Le choix des manœuvres pouvant être utilisées est vaste : travail sur les fascias, étirements analytiques et en chaînes, points de Jones, massages, mobilisations passives, assouplissement rachidien (surtout au niveau des charnières), au sol et sur ballon, traction cervicale...

Il nous faut entre autres prêter attention :

- aux muscles recrutés lors de la traction des membres supérieurs (adducteurs et extenseurs de l'épaule, fléchisseur du coude) dans un effort concentrique intense, et qui sont également rotateurs médiaux pour la plupart ;
- aux *bretelles* [2] reliant les chaînes croisées du tronc (majeures en escalade !) à la scapula et aux membres supérieurs (petit pectoral et trapèze inférieur, dentelé antérieur et rhomboïde, grand pectoral, grand rond et grand dorsal). Et ceci, sans négliger un travail sérieux des membres inférieurs et du bassin.

Un travail de libération du diaphragme nous paraît incontournable, surtout compte tenu des nombreuses phases d'effort intenses en apnée. La libération de la scapula et des cervicales est très importante également.

Remarques :

- La latéralité de chaque individu joue un rôle non négligeable dans les adaptations et les instabilités de celui-ci. Il nous faut en tenir compte dans l'interprétation et le traitement.

« La latéralité de chaque individu doit être prise en compte dans l'interprétation et le traitement »

- Il nous faut également prêter attention à ne pas se focaliser sur les *sur-programmations* des chaînes de flexion et de fermeture du tronc, des cervicales, et des membres supérieurs. L'escalade impose un travail synergique et constant des plans antérieurs et postérieurs.

Les phases du *Sentir* et du *Maintenir* sont celles où le grimpeur et notre didactique entrent en jeu. Trois points importants ponctuent cette étape :

- l'éducation aux étirements analytiques et en chaînes, en insistant bien sur les corrections ;
- un travail de tonification (et non *musclature*), essentiellement en piste externe ;
- des stimulations proprioceptives constantes.

À nous de choisir les outils thérapeutiques [5] en les adoptant aux besoins du patient.



Figure 4. Étirement des chaînes de flexion et d'extension homolatérale, ainsi que des chaînes croisées du tronc, sur ballon.



Figure 5. Tonification proprioceptive des interscapulaires avec élastique.



Figure 6. Étirement isométrique et tonification en piste externe de tout le plan antérieur, et des bretelles de relais des chaînes du tronc avec les membres supérieures, la ceinture scapulaire et le cou.



Figure 7. Tonification excentrique du grand dorsal.



Figure 8. Tonification en piste externe des chaînes de fermeture et de flexion des membres supérieurs.



Figure 9. Tonification excentrique ciblée sur les chaînes croisées du tronc.

Parmi les nombreux moyens à notre disposition, certains semblent particulièrement adaptés et intéressants pour la population des grimpeurs : les élastiques (type Thera-band®), le ballon de Klein-Vogelbach. Ces ateliers permettent un travail concentrique, excentrique et isométrique, dans tous les plans, variable en vitesse, en force et endurance, exigeant une correction proprioceptive constante et stimulant la coordination motrice. Ils s'incluent par ailleurs très bien dans une démarche de *chaîviste*, et nous pouvons en augmenter la complexité simplement par diverses sollicitations externes. Pour finir, ils ont l'avantage de mettre en action à la fois les muscles de la *cybernétique* [6] et les muscles squelettiques périphériques, combinaison parfaite pour le grimpeur qui exploite constamment et intensément ces deux variétés de muscles.

La pliométrie est également très intéressante à exploiter chez le grimpeur en phase finale de traitement.

Conclusion

Le kinésithérapeute doit s'accorder avec le grimpeur dans le choix ciblé d'un panel d'exercices simples (re-

productibles) et assez courts, incorporables dans la préparation et l'entraînement de ce dernier. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Schweizer A. Biomechanical effectiveness of taping the A2 pulley in rock climbers. *Journal of hand surgery (British and european volume)* 2000;1:102-7. http://www.turntillburn.ch/ttbs/images/publication/a2_pulley_tape.pdf
- [2] Busquet L. Les chaînes musculaires. Tome 1 : Tronc, colonne cervicale et membres supérieurs. Frison Roche, Paris, 2000.
- [3] Maigne R. Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origines rachidiennes. Expansion Scientifique Française, Paris, 1989.
- [4] Péninou G. Technique de levée de tensions. In : *Manuel de Kinésithérapie pratique*. Lamarre, Paris, 1999, II 2 13065-24365.
- [5] Beyler C. Pratique intensive de l'escalade et dysmorphies : interprétations kinésithérapiques et projection vers la prévention. Travail de fin d'étude présenté pour l'obtention du diplôme de licencié en kinésithérapie, Haute École Robert Schuman – Belgique, juin 2005.
- [6] Dolto B. *Le corps entre les mains*. Hermann, Ed. des sciences et des arts, Paris, 1996.