

A close-up, black and white photograph of a hand holding a thin, dry acupuncture needle. The hand is positioned in the center-right of the frame, with the thumb and index finger gripping the handle of the needle. The needle extends horizontally to the left. The background is a soft, out-of-focus skin surface.

# PUNCTURE PHYSIOTHÉRAPIQUE AVEC AIGUILLES SÈCHES



Ordre professionnel  
de la physiothérapie  
du Québec

PREUVE DE COMPÉTENCE

# PUNCTURE PHYSIOTHÉRAPIQUE AVEC AIGUILLES SÈCHES

## ÉQUIPE DE RÉDACTION

Sylvain Cardinal, Ac.  
Serge Lapointe, pht, Ac.  
Éric Lachance, pht  
Emmanuelle Rivest-Gadbois, pht

## COORDINATION

Direction du développement et de la qualité de l'exercice

## PHOTOGRAPHIE

Sylvain Légaré

## CONCEPTION GRAPHIQUE

Lucie Chagnon

## DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017  
ISBN 978-2-9812541-2-2  
Décembre 2017

## ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA QUALITÉ DE L'EXERCICE

7151, rue Jean-Talon Est, Anjou (Québec) H1M 3N8  
Téléphone : 514 351-2770  
[www.oppq.qc.ca](http://www.oppq.qc.ca)

Tous droits réservés.

# MEMBRE SUPÉRIEUR

Élévateur de la scapula, tendon .....	02 – 03
Élévateur de la scapula, ventre musculaire .....	04 – 05
Fléchisseur ulnaire du carpe .....	06 – 07
Grand dorsal .....	08 – 09
Grand pectoral, ventre musculaire .....	10 – 11
Grand pectoral, insertions sternale et costale .....	12 – 13
Grand rond .....	14 – 17
Infra-épineux .....	18 – 19
Petit rond .....	20 – 21
Rhomboïdes .....	22 – 23
Supra-épineux .....	24 – 25
Trapèze, parties moyenne et supérieure .....	26 – 27
Trapèze, partie supérieure, faisceau antérieur .....	28 – 29
Triceps, chef latéral .....	30 – 33
Triceps, chef long .....	34 – 35
Triceps, partie latérale du chef médial .....	36 – 37
Triceps, partie médiale du chef médial .....	38 – 39

-  Angle supéro-médial et épine de la scapula
-  Limite antérieure du trapèze
-  Tendon de l'élevateur de la scapula



# ÉLÉVATEUR DE LA SCAPULA

## Tendon

### AIGUILLE

25 mm ou 40 mm

### PATIENT

Décubitus controlatéral ou ventral:

- étirer le tendon en abaissant la scapula;
- légère rotation controlatérale et flexion antérieure de la tête.

### TECHNIQUE

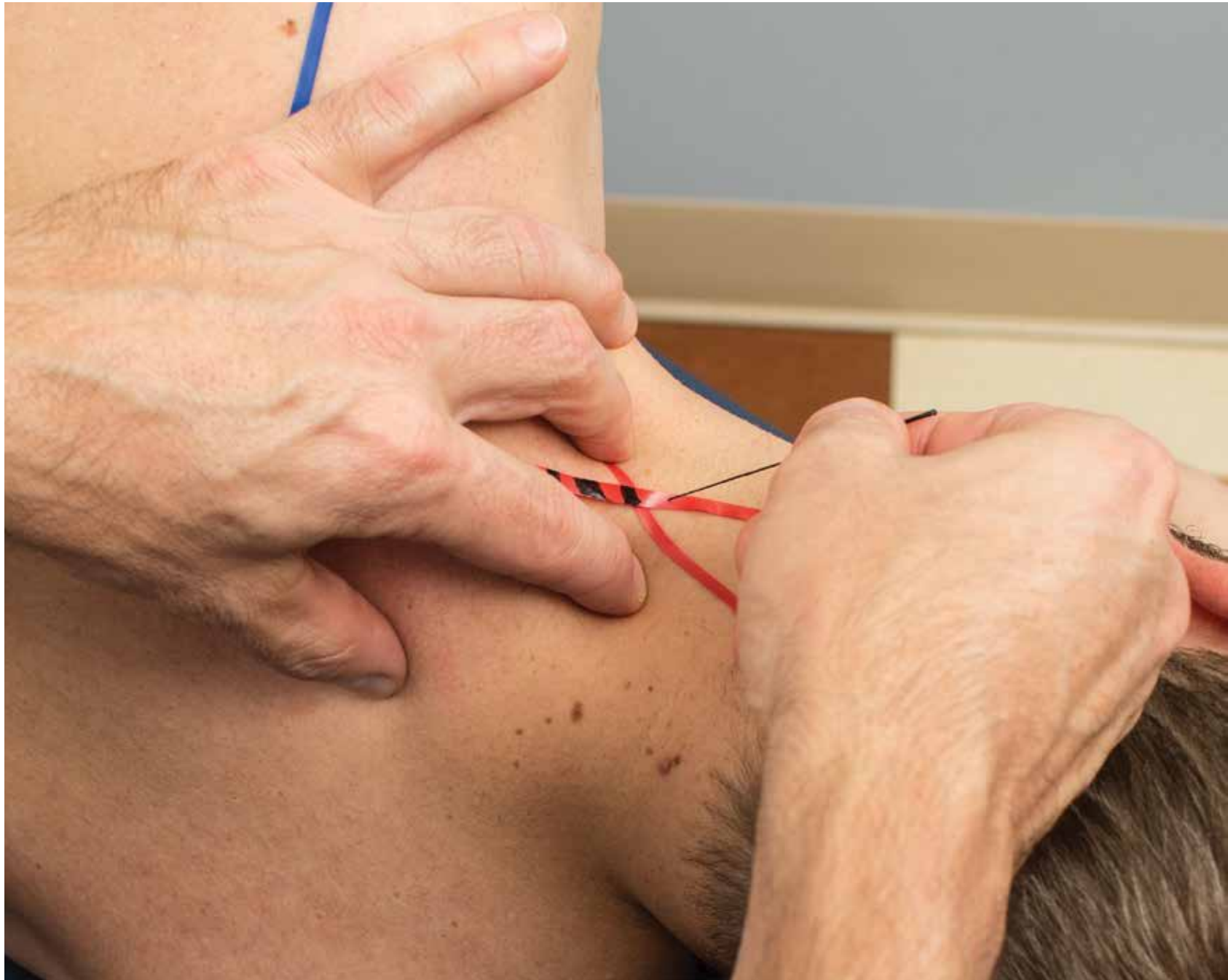
- Approche oblique vers l'insertion distale avec la main crâniale.
- Enserrer le tendon tout en abaissant la scapula avec la main distale.



■  
Angle  
supéro-médial  
et épine de  
la scapula

■  
Limite antérieure  
du trapèze

■  
Portion de  
l'élevateur de  
la scapula  
recouverte par  
le trapèze



# ÉLÉVATEUR DE LA SCAPULA

## Ventre musculaire

### AIGUILLE

25 mm ou 40 mm

### PATIENT

Décubitus controlatéral.

Étirer l'élévateur de la scapula par :

- rotation controlatérale et flexion antérieure de la tête ;
- bras en flexion modérée (45°) afin d'amener une rotation de la cavité glénoïde vers le haut, tout en abaissant la scapula.

### TECHNIQUE

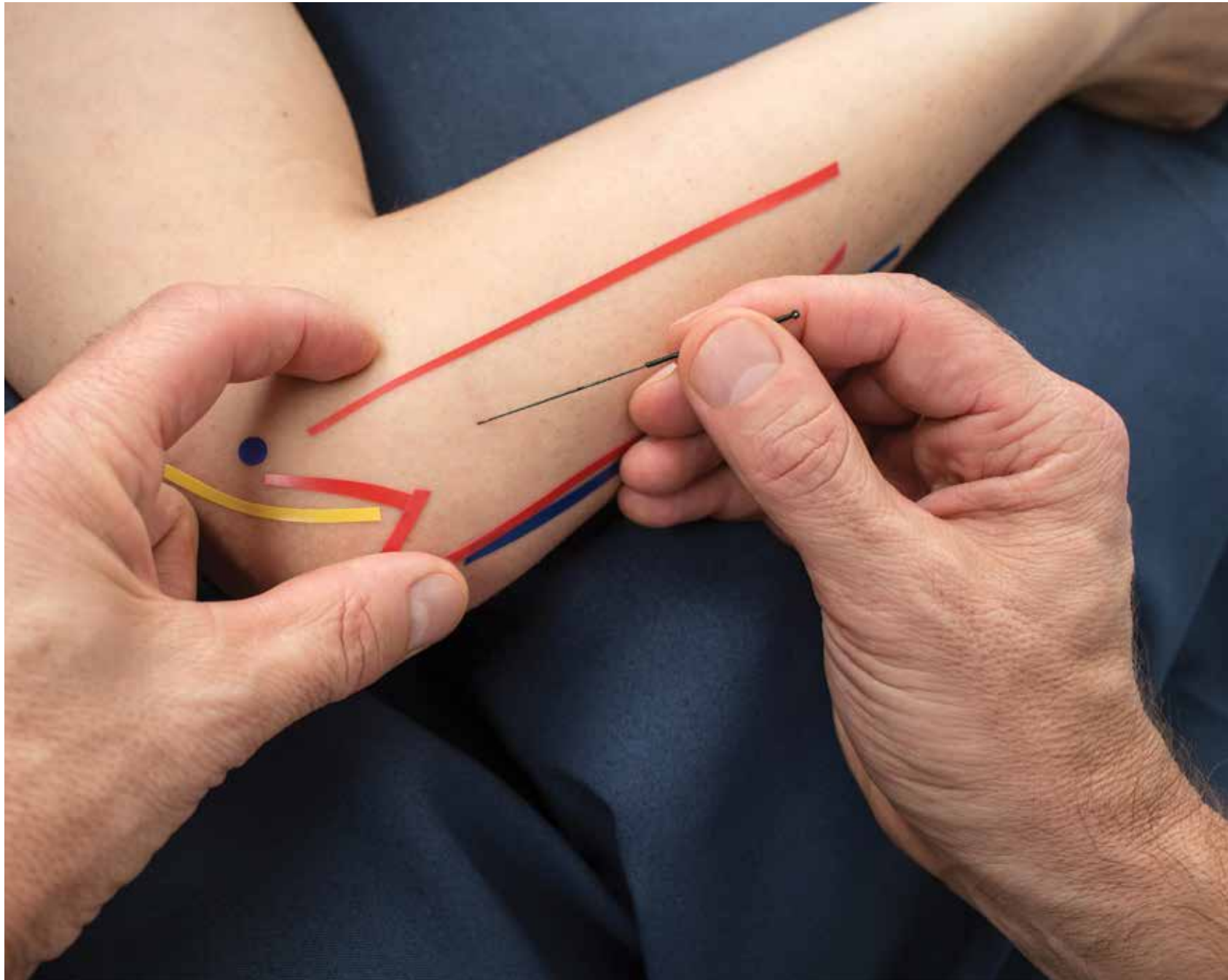
- Approche oblique dans le sens des fibres vers l'insertion distale avec la main crâniale.
- Enerrer les faisceaux tendus tout en dégageant le trapèze avec la main distale.



●  
Épicondyle  
médial

—  
Nerf ulnaire

—  
Bord postérieur  
de l'ulna



# FLÉCHISSEUR ULNAIRE DU CARPE

## AIGUILLE

40 mm, parfois 50 mm

## PATIENT

Décubitus ipsilatéral:

- coude fléchi.

## TECHNIQUE

- Approche perpendiculaire (antérieur vers postérieur) en pinçant pour dégager le muscle si possible.
- Approche oblique vers l'insertion proximale sur l'épicondyle médiale tel qu'illustré.
- Une troisième approche est possible en longeant le bord antérieur de l'ulna de façon à passer sous le nerf ulnaire (non-illustré).



 Bord antérieur  
du grand dorsal



# GRAND DORSAL

## Approche axillaire

### AIGUILLE

40 mm ou 50 mm

### PATIENT

Décubitus dorsal:

- bras en abduction de 90° et en rotation latérale.

### TECHNIQUE

- Prise en pinçant.
- Point d'entrée au côté antérieur.
- Approche oblique dans le sens des fibres, direction proximale ou distale.
- Direction antéro-postérieure aussi possible.



■  
Limites  
supérieure et  
latérale du  
grand pectoral

■  
Clavicule



# GRAND PECTORAL

## Ventre musculaire

### AIGUILLE

40 mm, parfois 50 mm

### PATIENT

Décubitus dorsal :

- bras en légère abduction, main sur la hanche.

### TECHNIQUE

- Prise en pinçant par la main distale.
- Poncture avec la main proximale.
- Approche oblique dans le sens des fibres et en direction latérale.



■  
Limites du  
sternum et de  
la deuxième côte



# GRAND PECTORAL

## Insertions sternale et costale

### AIGUILLE

25 mm

### PATIENT

Décubitus dorsal:

- on peut augmenter la tension dans le grand pectoral en plaçant le bras en abduction partielle et en rotation latérale.

### TECHNIQUE

- Ensermer la côte avec deux doigts ou appuyer sur le sternum.
- Approche perpendiculaire.
- Insertion lente progressive, pas d'enfoncer-tirer!
- Rechercher un contact osseux, ce qui donne un étalonnage de la profondeur de puncture sécuritaire.



—  
Limites du  
grand rond



# GRAND ROND

## Approche axillaire

### AIGUILLE

50 mm, parfois 40 mm chez les gens minces

### PATIENT

Décubitus dorsal :

- bras en abduction de 90° et rotation latérale.

### TECHNIQUE

- Utiliser la main crâniale de préférence.
- Choisir un point d'entrée près du gril costal.
- Approche perpendiculaire (A-P) en maintenant la prise avec la main distale.
- Guider la direction de l'aiguille en délimitant clairement le gril costal, souvent avec le dos de la main qui poncture.



■ Bord médial  
et épine de la  
scapula

■ Limites du  
grand rond



# GRAND ROND

Approche postérieure

## AIGUILLE

25 mm ou 40 mm

## PATIENT

Décubitus controlatéral:

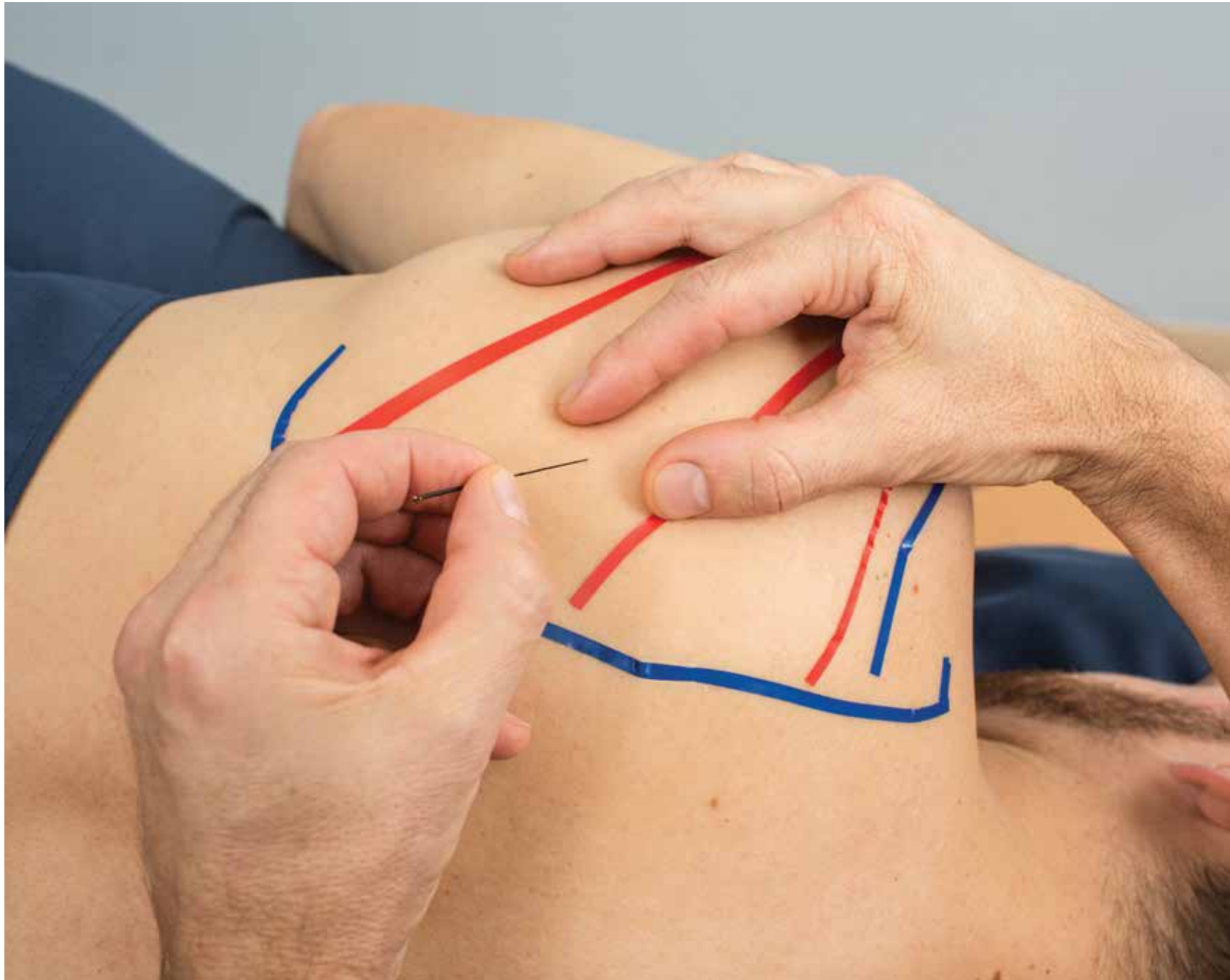
- bras fléchi de 45° à 90°.

## TECHNIQUE

- Enserrer les fibres.
- Direction latérale.



— Infra-épineux  
— Scapula



# INFRA-ÉPINEUX

## AIGUILLE

25 mm, souvent 40 mm est nécessaire

## PATIENT

Décubitus controlatéral:

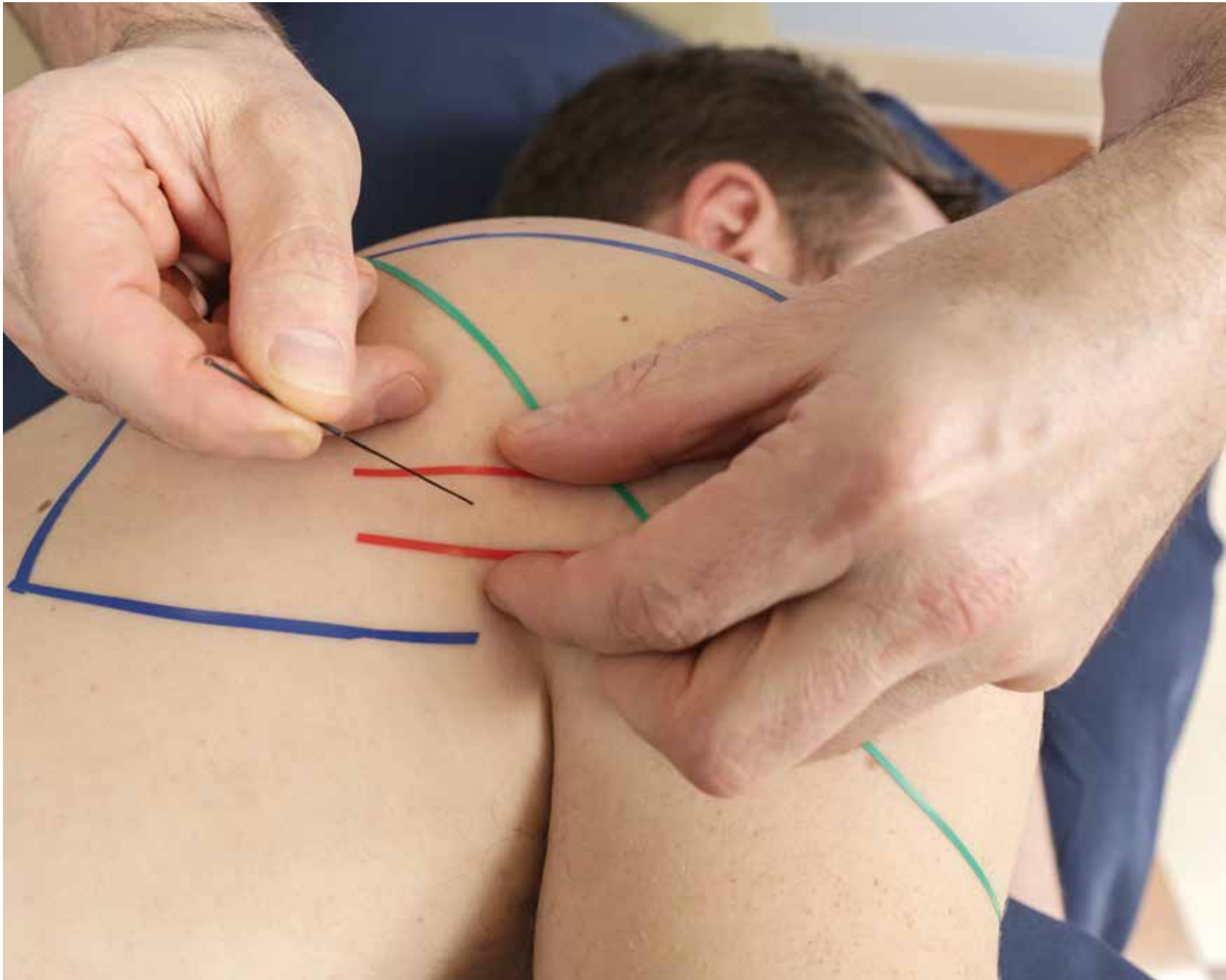
- bras en rotation médiale, l'avant-bras appuyé sur la table ou sur un oreiller.

## TECHNIQUE

- Enserrer les faisceaux tendus.
- Approche perpendiculaire à oblique vers le tubercule majeur.



■ Scapula  
■ Petit rond  
■ Limite postérieure du deltoïde



# PETIT ROND

## AIGUILLE

25 mm dans la partie dégagée du petit rond  
à 40 mm dans la partie recouverte par  
le deltoïde postérieur.

## PATIENT

Décubitus controlatéral:

- bras en flexion et rotation médiale  
devant le corps.

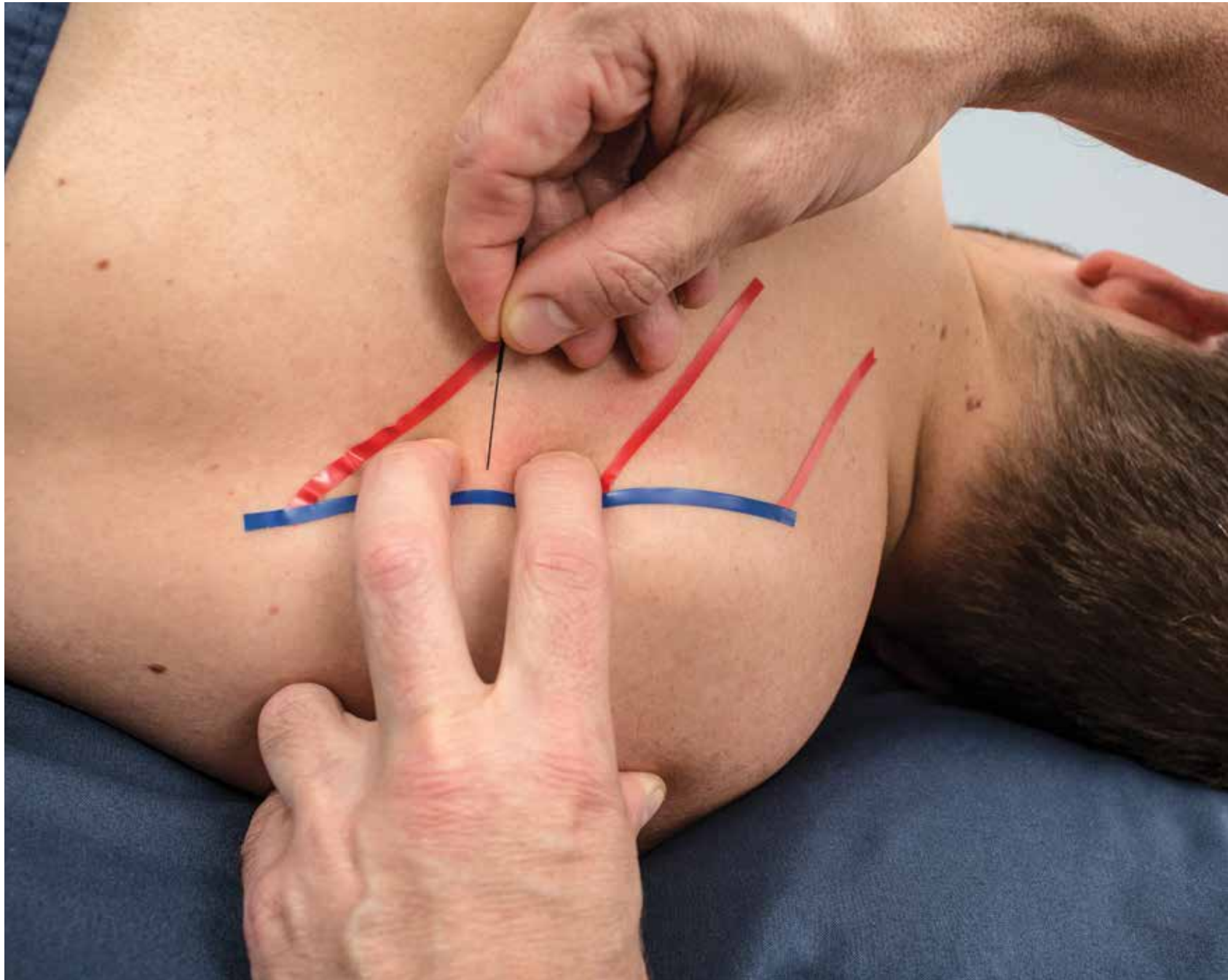
## TECHNIQUE

- Approche oblique dans le sens des fibres  
vers son insertion sur la partie inférieure  
du tubercule majeur.
- Enserrer les faisceaux tendus.



— Bord médial  
de la scapula

— Rhomboïdes



# RHOMBOÏDES

## Insertion sur la scapula

### AIGUILLE

25 mm

### PATIENT

Dégager la scapula du thorax.

Décubitus ipsilatéral:

- bras sous le thorax ou main dans le dos.

Décubitus ventral (non illustré):

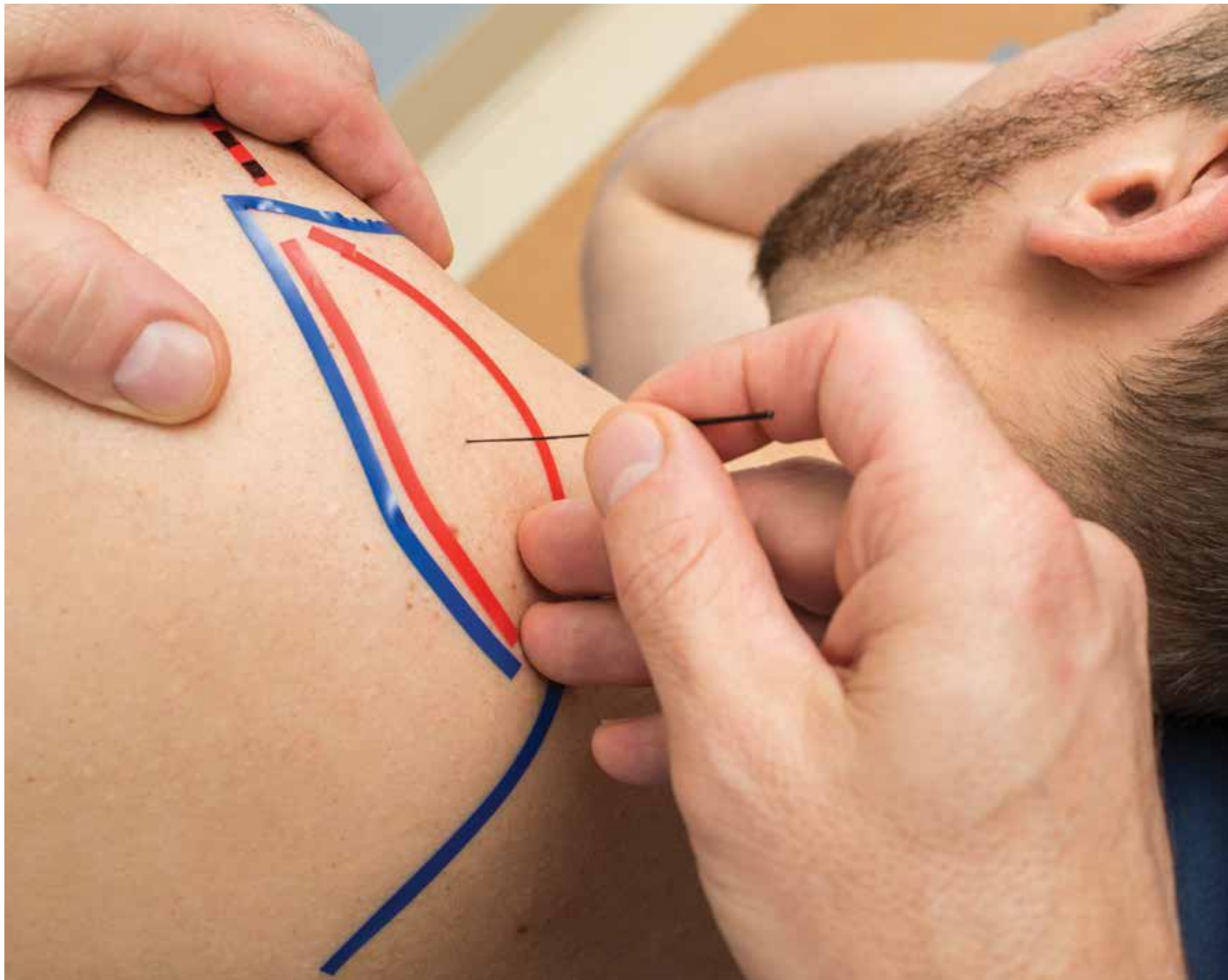
- main dans le dos et oreiller sous l'épaule.

### TECHNIQUE

- Approche perpendiculaire vers la scapula.
- Enserrer le bord médial de la scapula.



■ Scapula  
■ Supra-épineux  
■ Portion sous acromiale du supra-épineux



# SUPRA-ÉPINEUX

## AIGUILLE

40 mm, souvent 50 mm

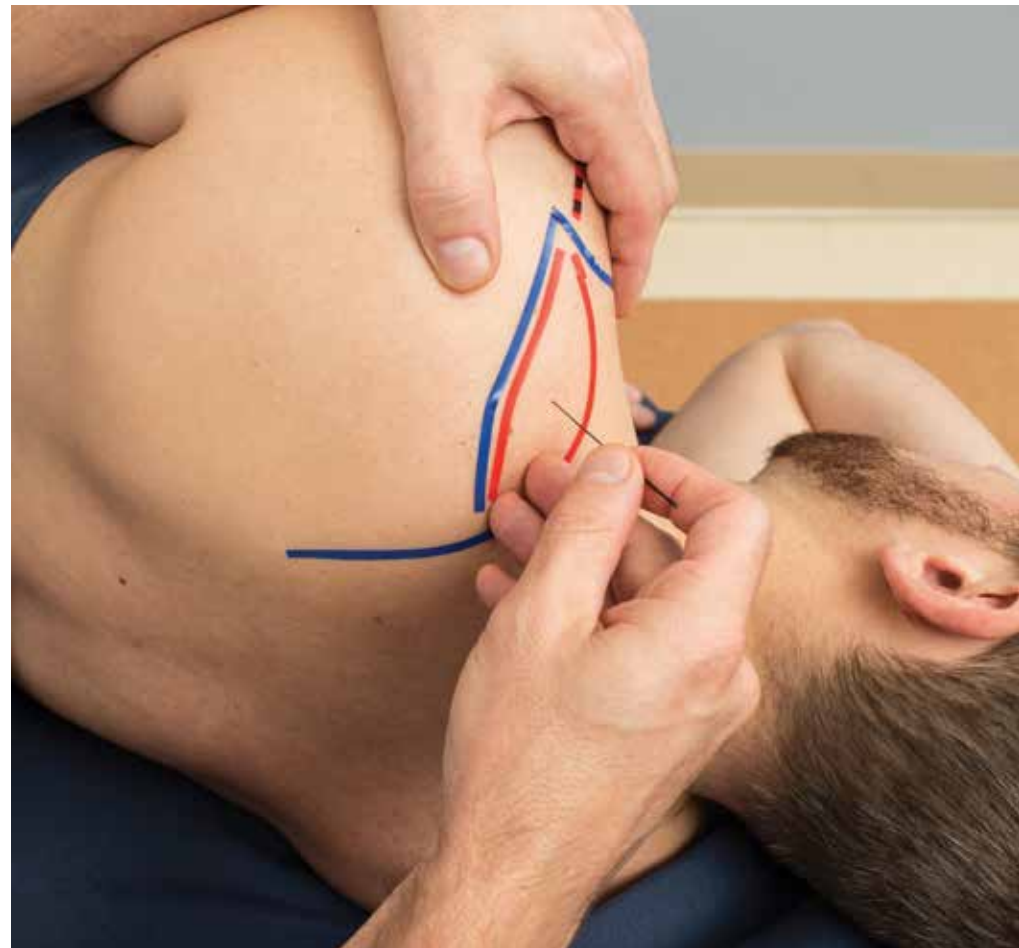
## PATIENT

Décubitus controlatéral:

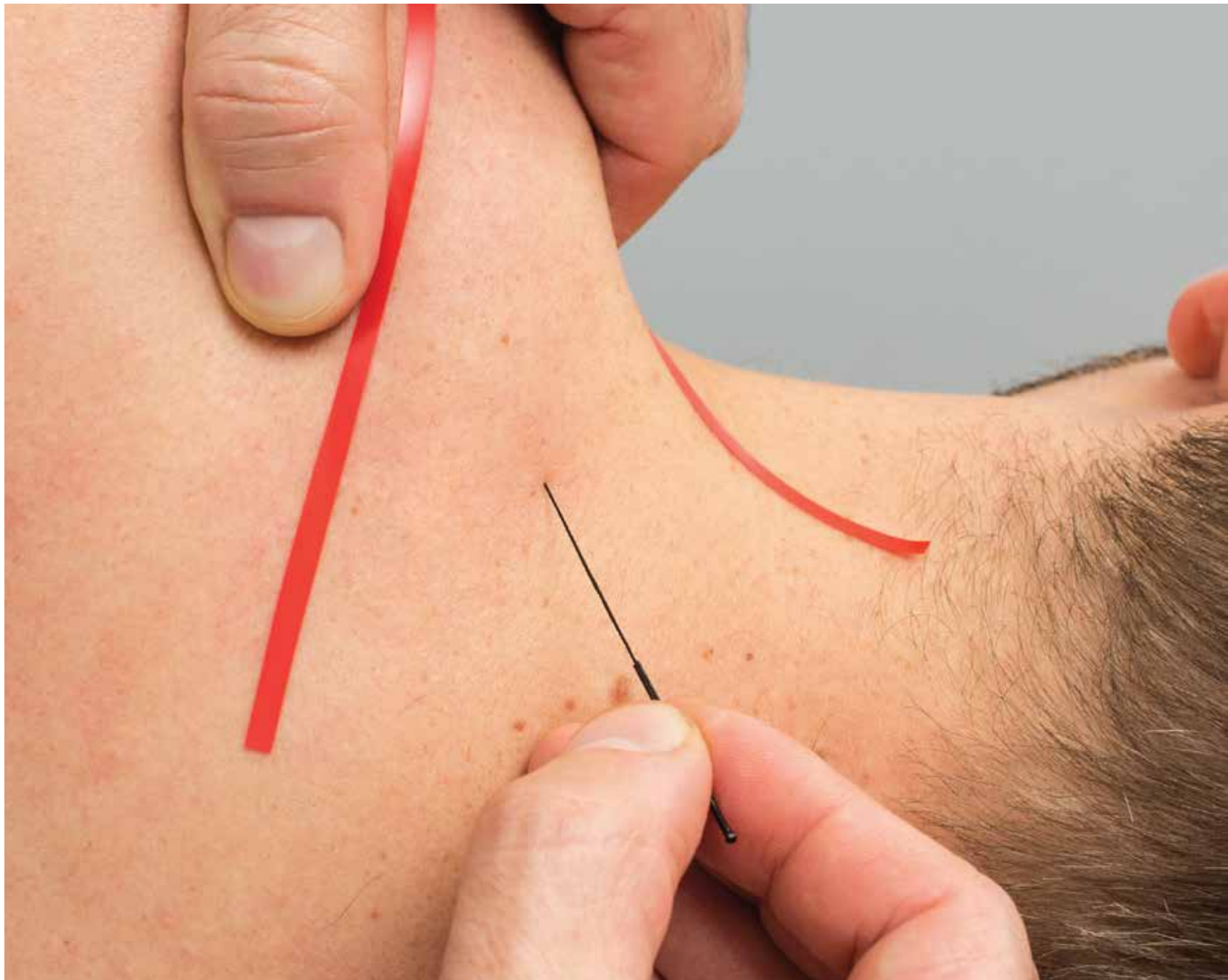
- préférablement le bras le long du corps.

## TECHNIQUE

- Point d'entrée environ 1,5-2 cm supérieur à l'épine de la scapula.
- Approche légèrement oblique en direction de l'épaule et vers le fond de la fosse.



■  
Limites des  
parties moyenne  
et supérieure  
du trapèze



# TRAPÈZE

## Parties moyenne et supérieure

### AIGUILLE

25 mm, souvent 40 mm

### PATIENT

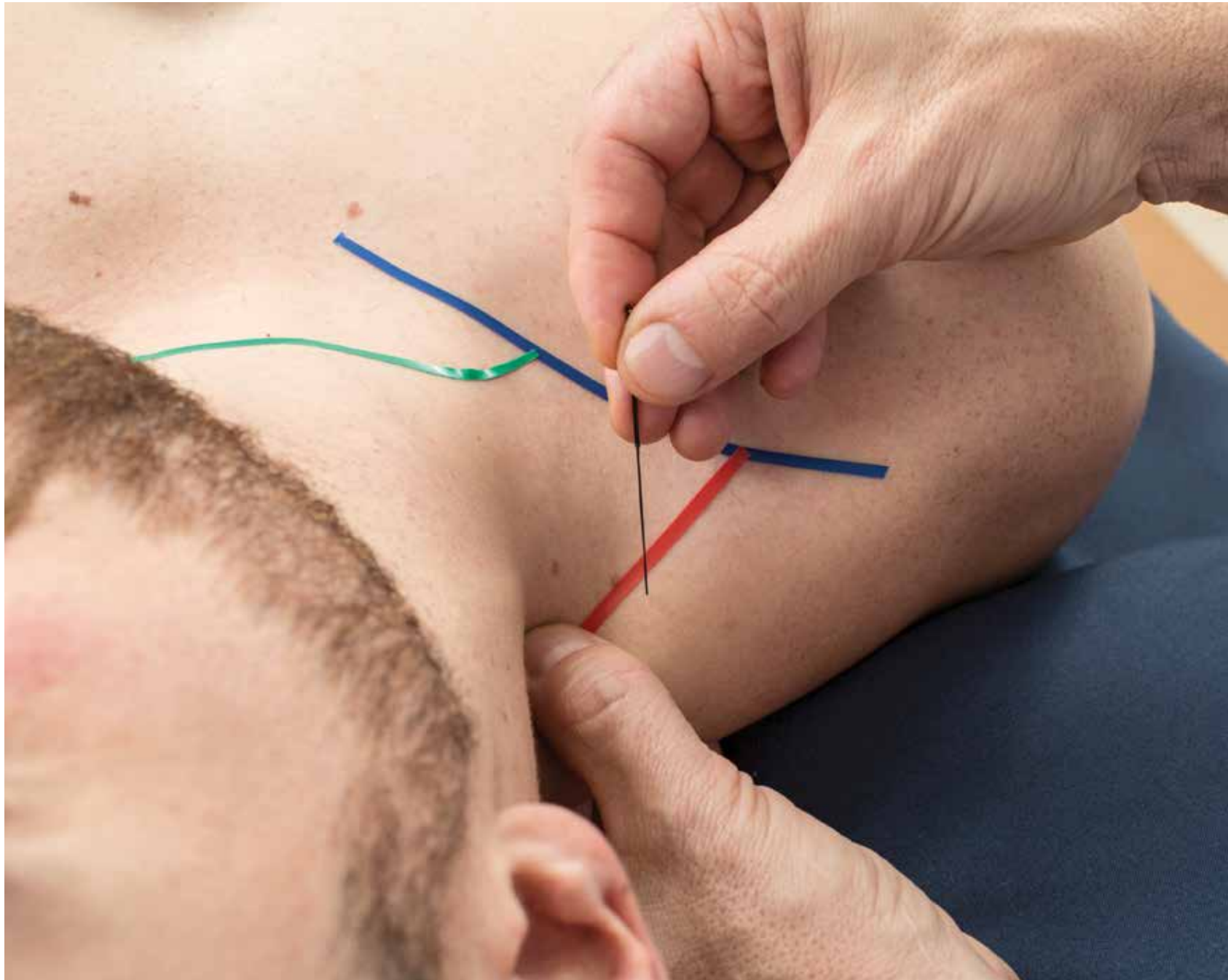
Décubitus ventral ou controlatéral.

### TECHNIQUE

- Approche oblique en direction latérale.
- Maintenir la prise en pinçant.
- Une direction postéro-antérieure est possible pour la partie supérieure si l'on est certain de conserver l'aiguille dans la portion du muscle qui est dans la prise.



— Dôme pleural  
— Clavicule  
— Bordure antérieure du trapèze



# TRAPÈZE

## Partie supérieure, faisceau antérieur

### AIGUILLE

25 mm ou 40 mm

### PATIENT

Décubitus dorsal :

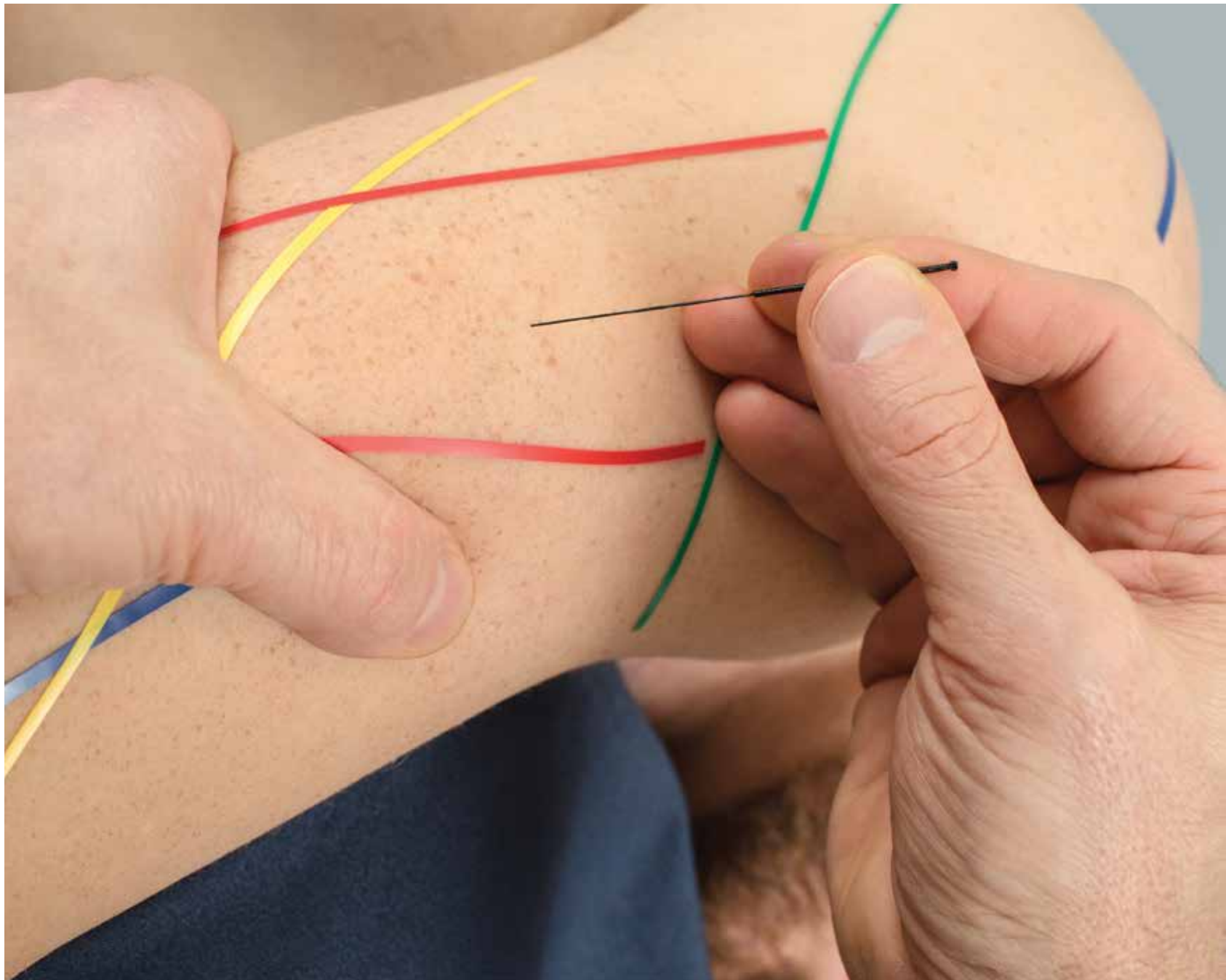
- rotation controlatérale de la tête.

### TECHNIQUE

- Point d'entrée à la face antérieure du muscle.
- Approche oblique en remontant dans le sens des fibres ou en direction postérieure.
- Maintenir la prise avec la main près de la tête, c'est la main située latéralement qui poncture.



- Limite postérieure du deltoïde
- Crête supracondyloire latérale et scapula
- Nerf radial
- Chef latéral du triceps



# TRICEPS

## Chef latéral

Approche oblique dans le sens des fibres

### AIGUILLE

40 mm

### PATIENT





Décubitus dorsal ou controlatéral:

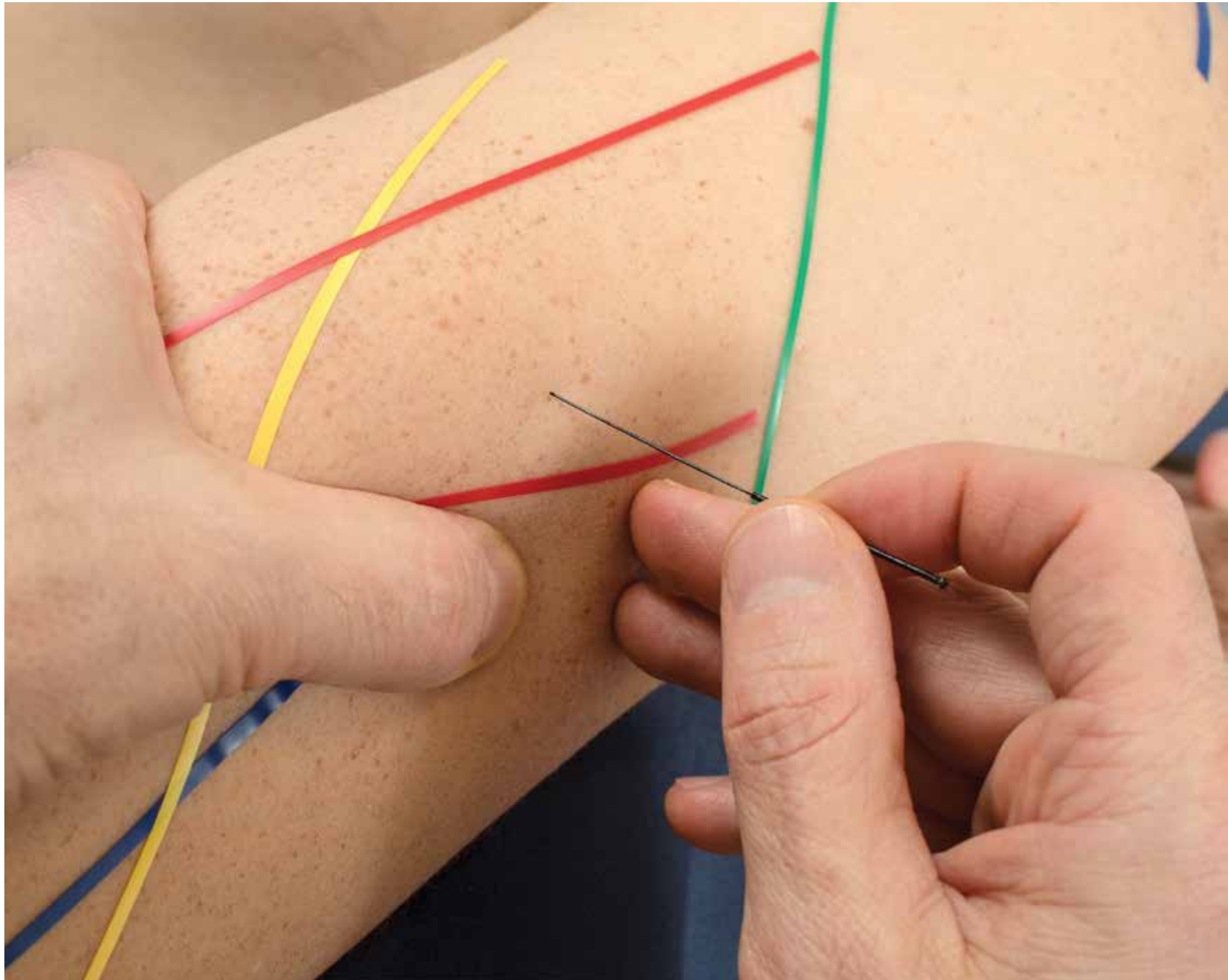
- triceps relâché en limitant la flexion du coude.

### TECHNIQUE

- Prise en pinçant pour dégager de l'humérus.
- Approche oblique dans le sens des fibres en prenant soin de s'éloigner de l'humérus.



-  Limite postérieure du deltoïde
-  Crête supracondyloire latérale
-  Nerf radial
-  Chef latéral du triceps



# TRICEPS

## Chef latéral

Approche en direction médiale

### AIGUILLE

40 mm

### PATIENT

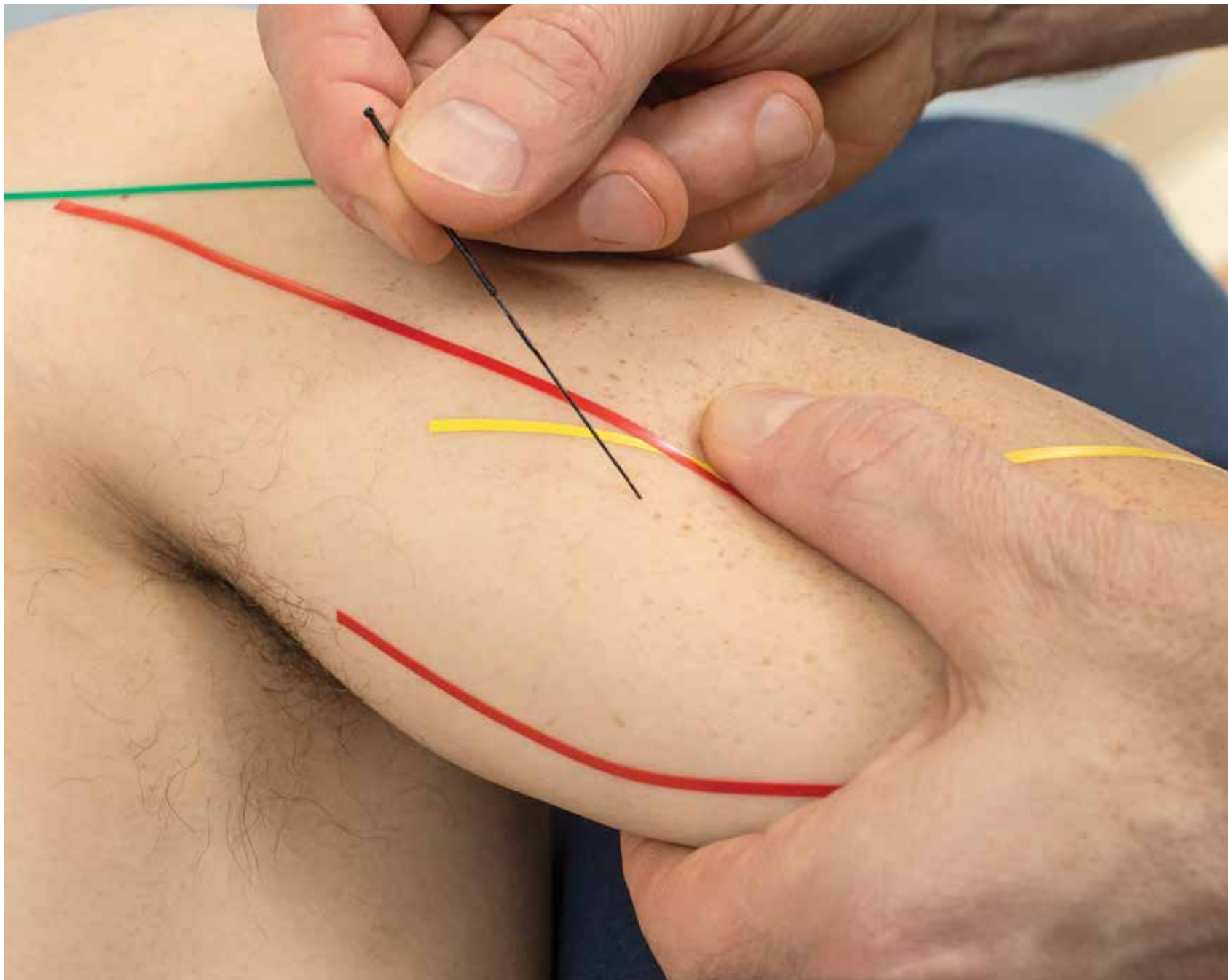
Décubitus dorsal ou latéral:

- triceps relâché en limitant la flexion du coude.

### TECHNIQUE

- Prise en pinçant pour dégager de l'humérus.
- Approche en direction médiale en prenant soin de s'éloigner de l'humérus.

- Limite postérieure du deltoïde
- Nerf radial
- Chef long du triceps
- Scapula et crête supracondylaire latérale



# TRICEPS

## Chef long

### AIGUILLE

40 mm, parfois 50 mm

### PATIENT

Décubitus controlatéral ou ventral:

- triceps relâché par une légère flexion du coude.

### TECHNIQUE

- Prise en pinçant pour dégager de l'humérus.
- Oblique dans le sens des fibres. L'angulation peut varier mais l'aiguille doit demeurer dans la partie du muscle incluse dans la prise.



Crête  
supracondyloire  
latérale

Épicondyle  
latéral

Bord postérieure  
du deltoïde

Chef médial  
du triceps et  
tendon tricipital

Olécrane

Nerf radial



# TRICEPS

## Partie latérale du chef médial

### AIGUILLE

25 mm, parfois 40 mm

### PATIENT

Décubitus dorsal ou controlatéral:

- bras en rotation médiale.

### TECHNIQUE

- Enserrer les fibres.
- Approche perpendiculaire ou légèrement oblique dans le sens des fibres vers l'olécrane.





# TRICEPS

## Partie médiale du chef médial

### AIGUILLE

25 mm, parfois 40 mm

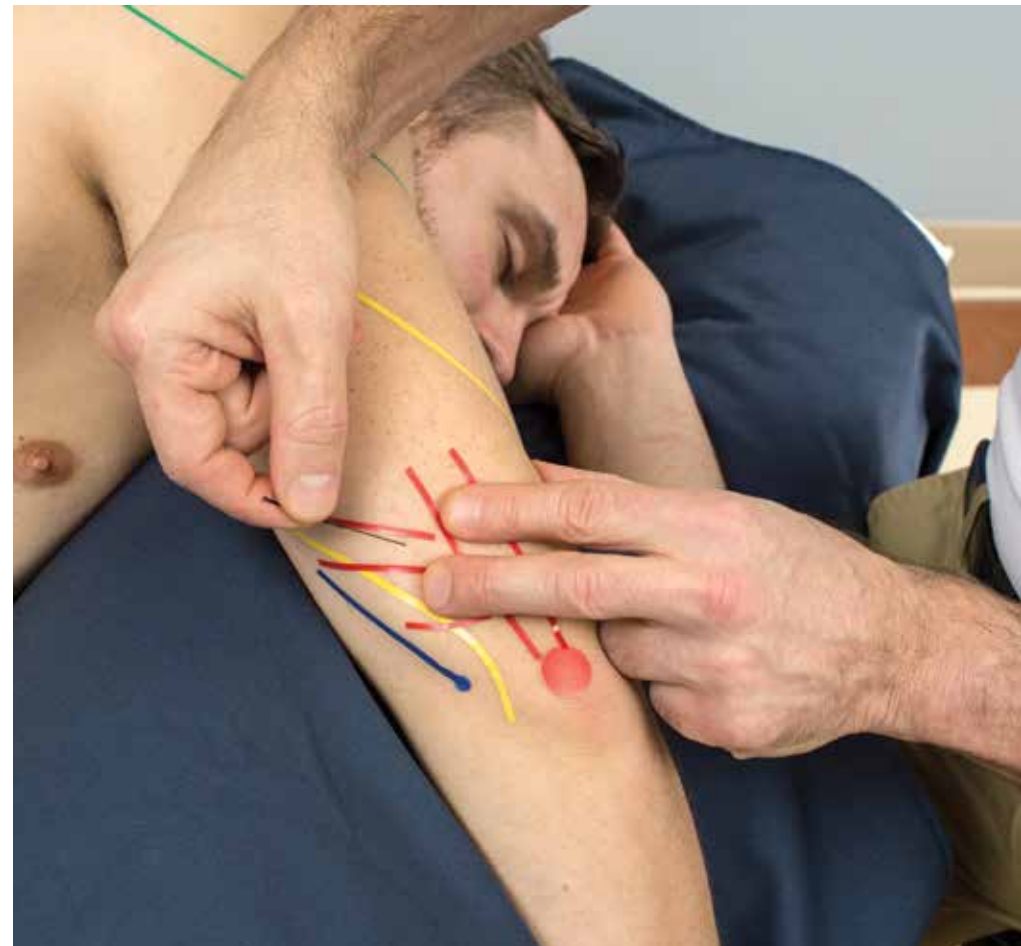
### PATIENT

Décubitus dorsal, ipsilatéral ou controlatéral:

- bras en rotation latérale.

### TECHNIQUE

- Approche légèrement oblique vers l'olécrane ou le tendon tricipital.





# MEMBRE INFÉRIEUR

<b>Abducteur du gros orteil</b> .....	42 – 43
<b>Biceps fémoral, chef long, portion moyenne</b> .....	44 – 45
<b>Biceps fémoral, chef long, portion distale</b> .....	46 – 47
<b>Fascia plantaire</b> .....	48 – 49
<b>Gastrocnémien, chef médial</b> .....	50 – 51
<b>Grand adducteur</b> .....	52 – 53
<b>Ilio-psoas</b> .....	54 – 55
<b>Long adducteur</b> .....	56 – 57
<b>Long fibulaire</b> .....	58 – 59
<b>Long fléchisseur des orteils</b> .....	60 – 61
<b>Long fléchisseur de l'hallux</b> .....	62 – 63
<b>Moyen fessier</b> .....	64 – 65
<b>Petit fessier</b> .....	66 – 67
<b>Piriforme</b> .....	68 – 69
<b>Semi-tendineux et semi-membraneux, portion moyenne</b> .....	70 – 71
<b>Semi-tendineux et semi-membraneux, portion distale</b> .....	72 – 73
<b>Soléaire, partie médiale</b> .....	74 – 75
<b>Soléaire, partie latérale et supérieure</b> .....	76 – 77
<b>Soléaire, partie latérale et inférieure</b> .....	78 – 79
<b>Tenseur du fascia lata</b> .....	80 – 81

■  
Abducteur du  
gros orteil

■  
Nerf tibial et  
ses branches  
plantaire médiale,  
plantaire latérale  
et calcanéenne



# ABDUCTEUR DU GROS ORTEIL

## AIGUILLE

Parfois 25 mm, souvent 40 mm.

## PATIENT

Décubitus dorsal ou ipsilatéral.

## TECHNIQUE

- Point d'entrée à la face médiale du pied.
- Approche oblique vers le gros orteil.



- Proximal:  
tubérosité  
ischiatique
- Distal:  
tête fibulaire
- Biceps fémoral,  
chef long
- Nerf fibulaire  
commun



# BICEPS FÉMORAL

## Chef long, portion moyenne

### AIGUILLE

40 mm à 50 mm, parfois 75 mm

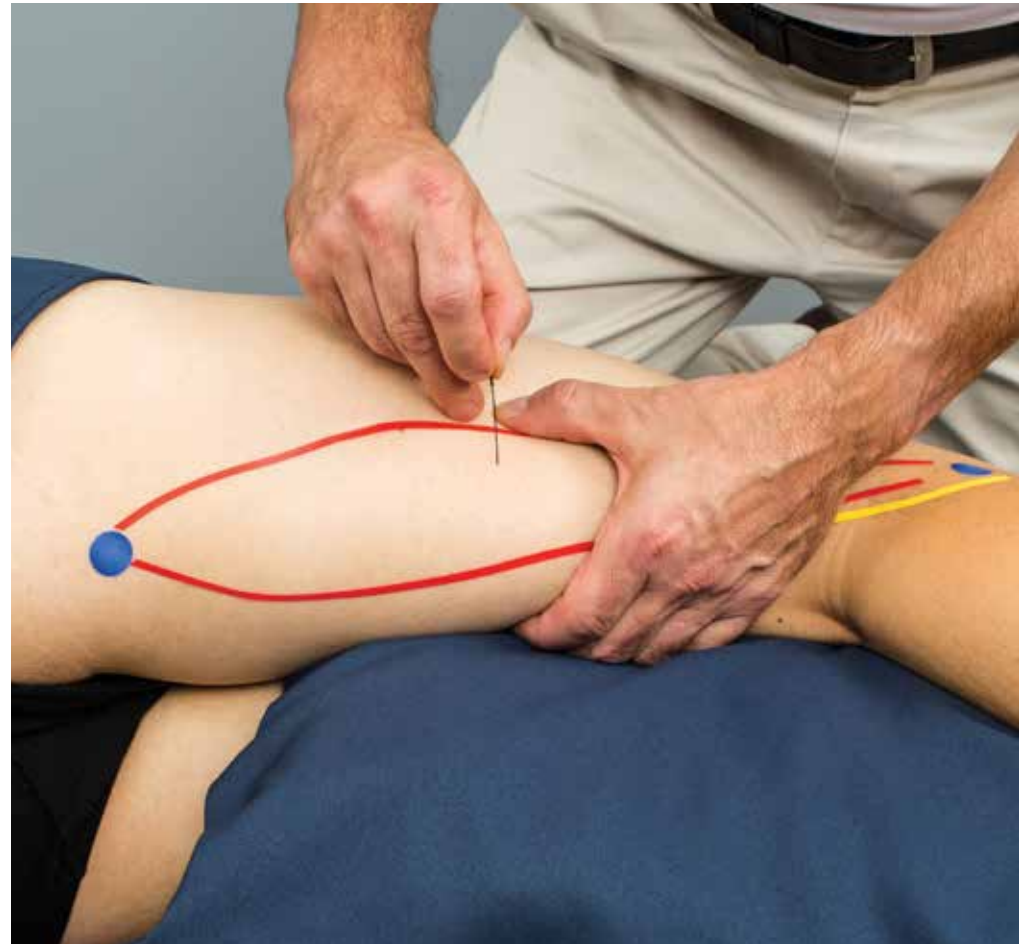
### PATIENT

Décubitus controlatéral:

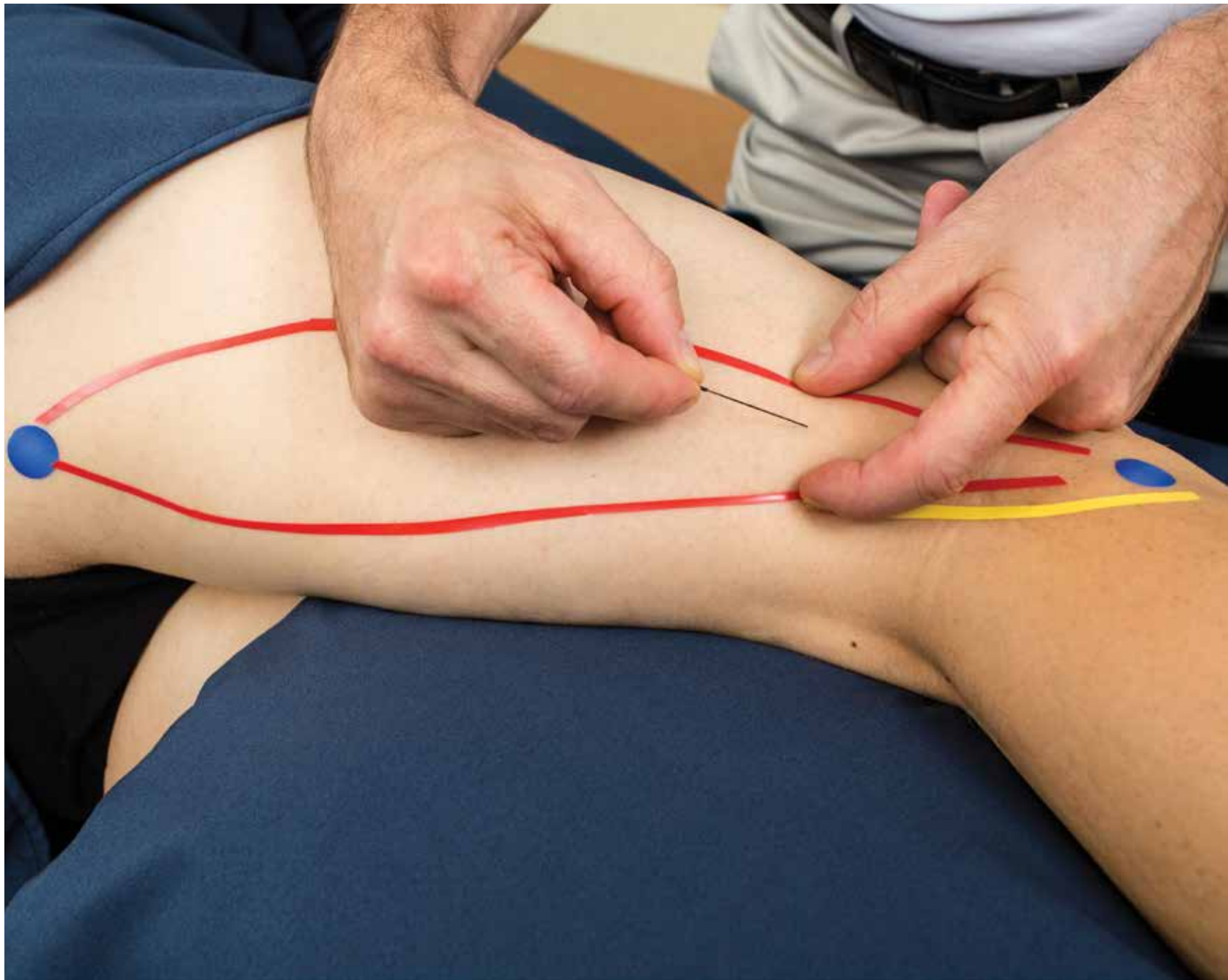
- genoux fléchis.

### TECHNIQUE

- Approche perpendiculaire de latéral à médial ou oblique dans le sens des fibres.
- Il est possible de modifier grandement l'angle d'insertion en maintenant la prise en pinçant.



- Proximal:  
tubérosité  
ischiatique
- Distal:  
tête fibulaire
- Biceps fémoral,  
chef long
- Nerf fibulaire  
commun



# BICEPS FÉMORAL

## Chef long, portion distale

### AIGUILLE

40 mm

### PATIENT

Décubitus controlatéral:

- genoux fléchis.

### TECHNIQUE

- Approche oblique dans le sens des fibres.



  
Aponévrose  
plantaire

  
Nerf tibial et  
ses branches  
plantaire médiale,  
plantaire latérale  
et calcanéenne



# FASCIA PLANTAIRE

## AIGUILLE

25 mm ou 40 mm, faible calibre de l'aiguille (0,25 mm ou 0,22 mm)

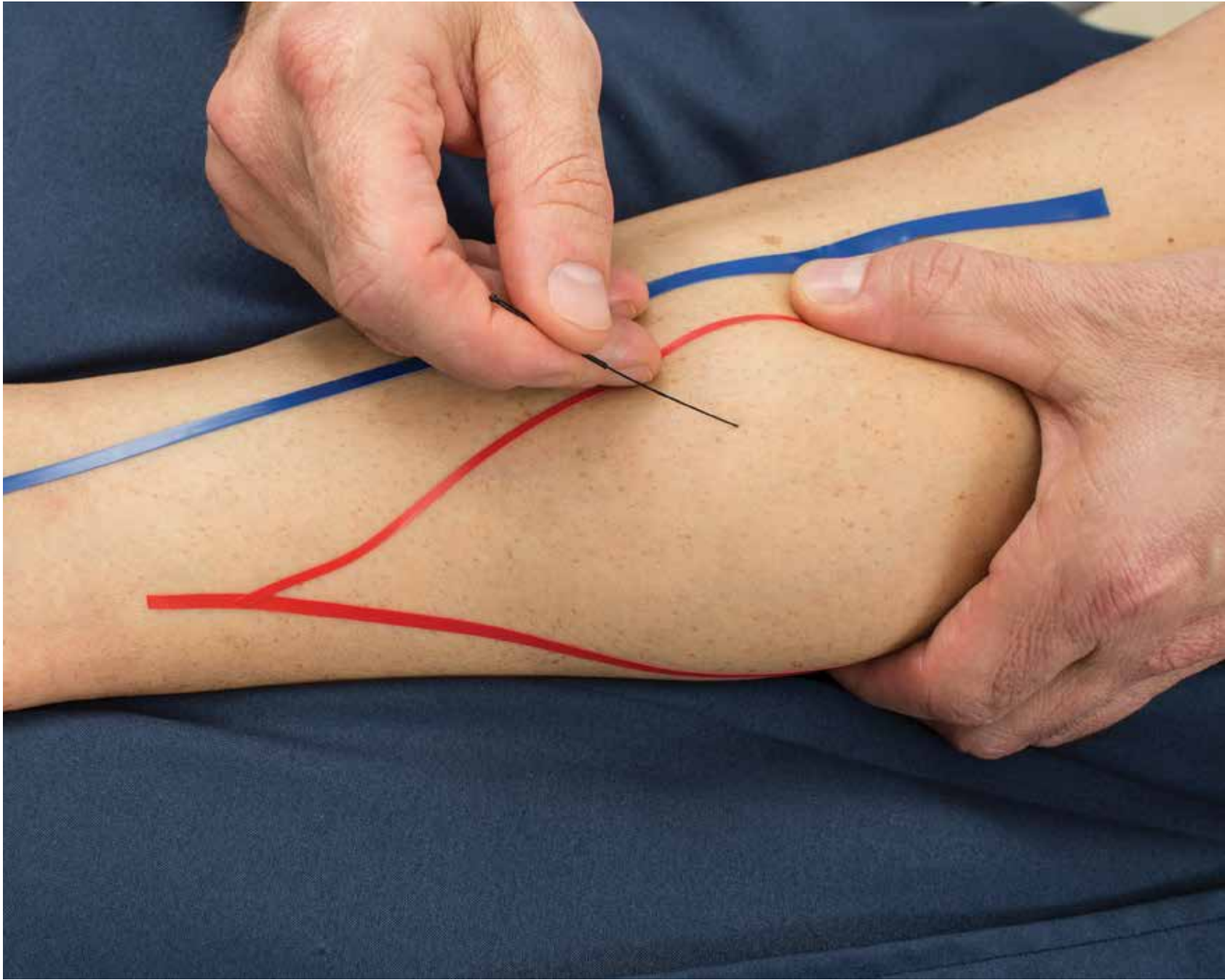
## PATIENT

Décubitus dorsal ou ipsilatéral.

## TECHNIQUE

- Point d'entrée au côté médial du pied, légèrement distal et supérieur à l'insertion.
- Approche oblique vers l'insertion du fascia sur le calcanéum.





■ Bord médial  
du tibia

■ Chef médial du  
gastrocnémien

# GASTROCNÉMIEN

## Chef médial

### AIGUILLE

40 mm à 50 mm

### PATIENT

Décubitus dorsal :

- cuisse en légère rotation latérale ;
- genou légèrement fléchi.

### TECHNIQUE

- Oblique dans le sens des fibres.
- Maintenir la prise en pinçant.



Supérieur:  
sartorius

Inférieur:  
gracile



# GRAND ADDUCTEUR

## AIGUILLE

40 mm à 75 mm

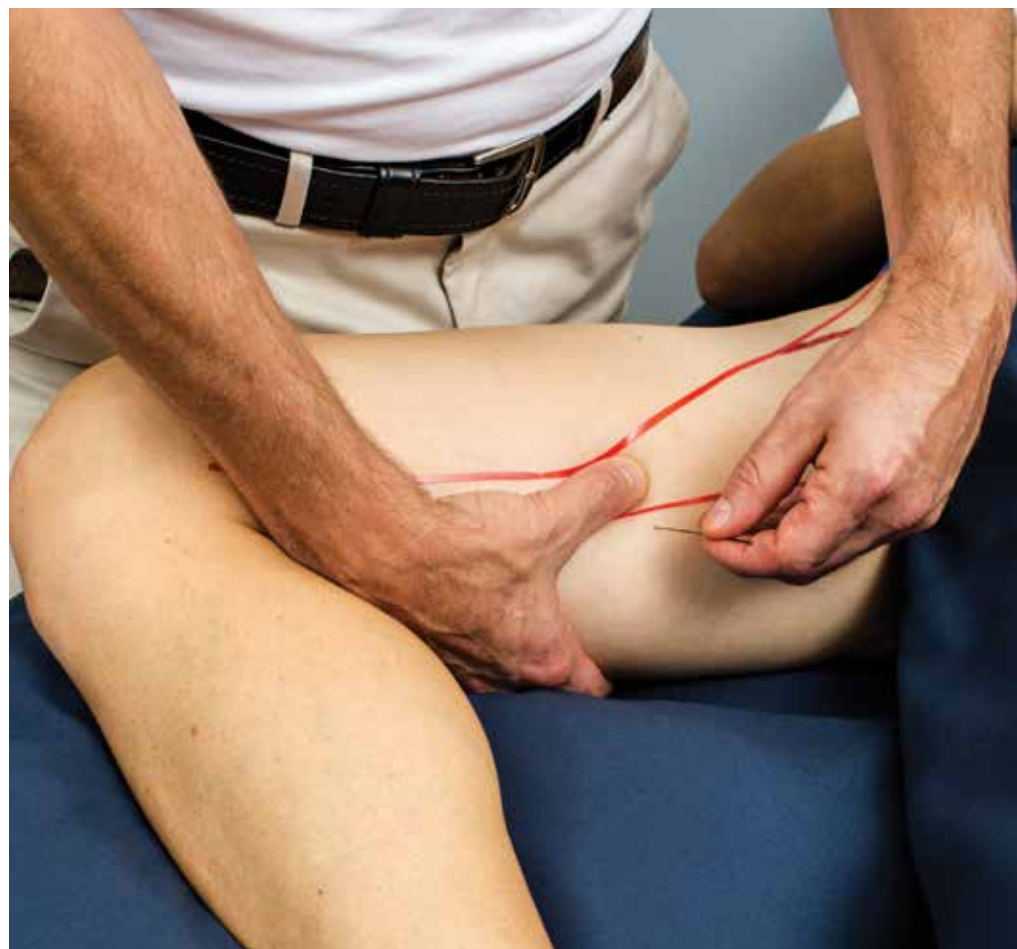
## PATIENT

Décubitus dorsal :

- cuisse en légère abduction et en rotation latérale.

## TECHNIQUE

- Choisir un point d'entrée du côté médial de la cuisse.
- Approche perpendiculaire, de médial à latéral.
- Diriger l'aiguille postérieurement au canal des adducteurs, vers la partie postérieure du fémur.
- Maintenir la prise en pinçant si possible.



●  
Épine iliaque  
antéro-supérieure

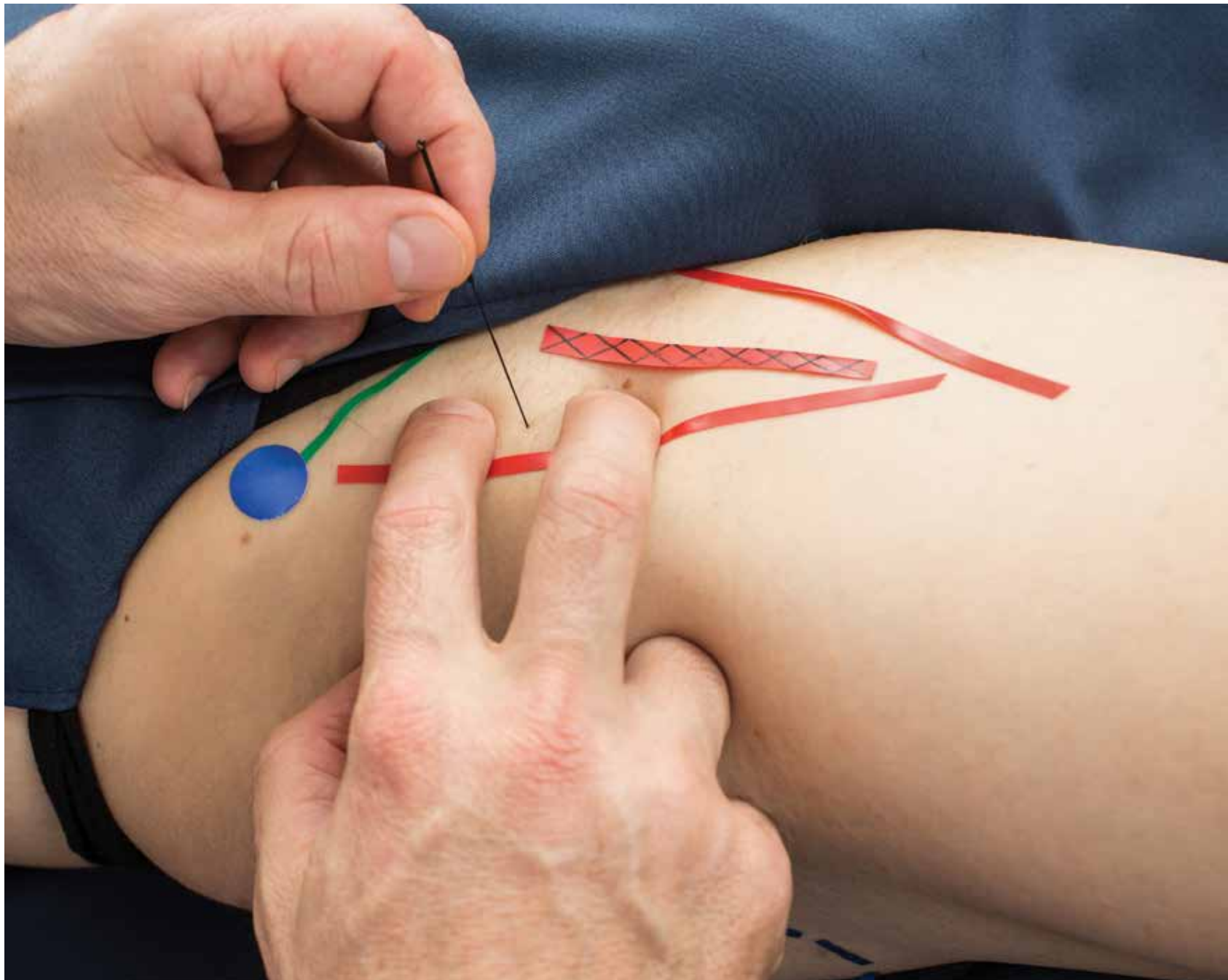
—  
Médial:  
bord latéral du  
long adducteur

—  
Latéral:  
bord supérieur  
du sartorius

▨  
Artère fémorale

—  
Ligament inguinal

▨▨  
Grand trochanter



# ILIO-PSOAS

## AIGUILLE

50 mm, parfois 40 mm

## PATIENT

Décubitus dorsal :

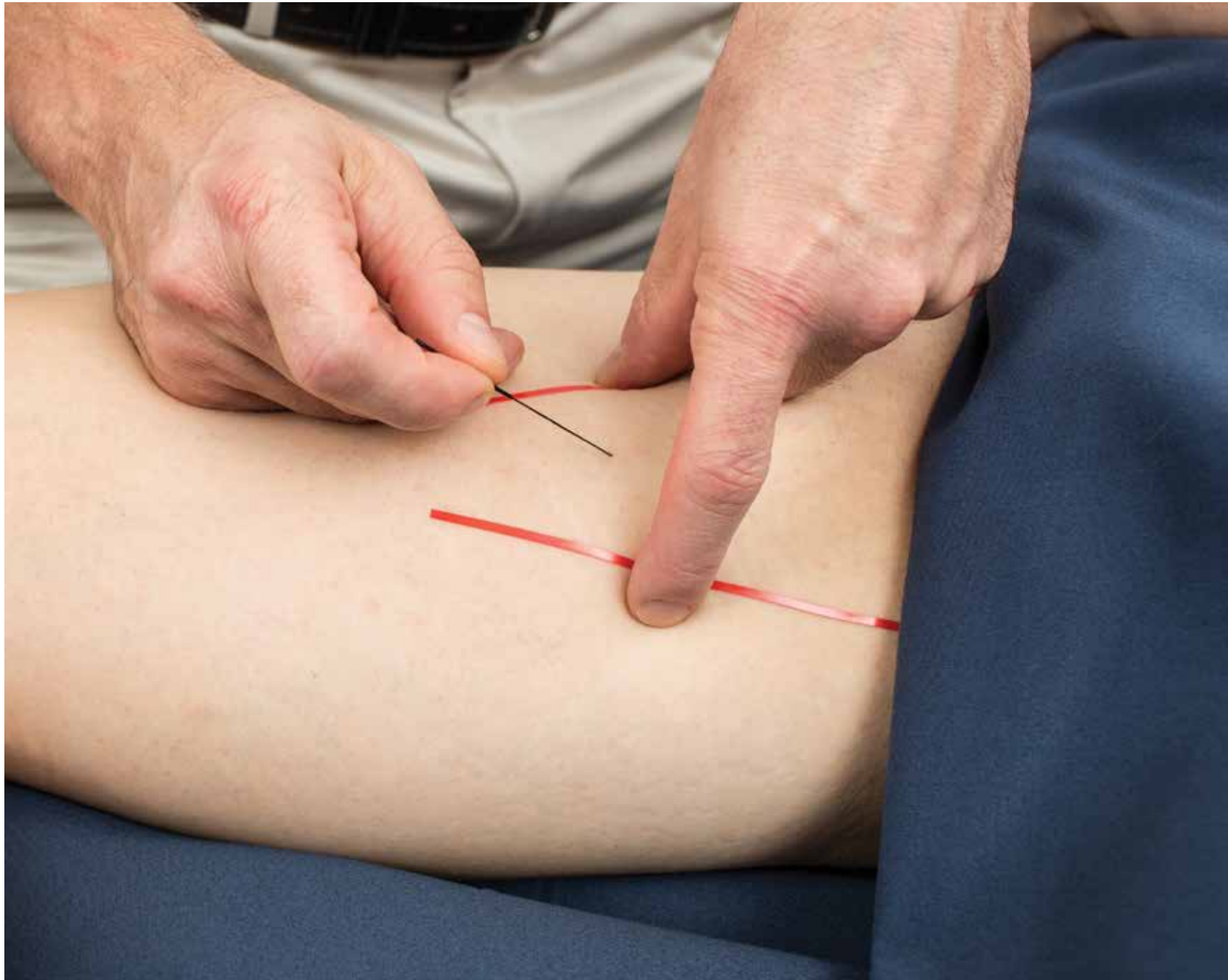
- hanche en rotation latérale.

## TECHNIQUE

- Poncture avec la main crâniale.
- Approche légèrement oblique en direction latérale.



■  
Limites du long  
adducteur



# LONG ADDUCTEUR

## AIGUILLE

40 mm à 50 mm

## PATIENT

**Procédure «aiguille à demeure»**

Décubitus dorsal:

- cuisse en rotation latérale, palpation à plat.

**Procédure avec retrait immédiat de l'aiguille**

Décubitus dorsal:

- cuisse fléchie 60° en abduction partielle et en rotation latérale, palpation en pinçant.

## TECHNIQUE

**Procédure «aiguille à demeure»**

- Approche légèrement oblique vers son insertion proximale avec une prise en enserrant.

**Procédure avec retrait immédiat de l'aiguille**

- Prise en pinçant pour une puncture vers l'insertion proximale ou en direction postérieure.



- Tête fibulaire
- Nerf fibulaire commun
- Long fibulaire



# LONG FIBULAIRE

## AIGUILLE

25 mm ou 40 mm

## PATIENT

Décubitus controlatéral.

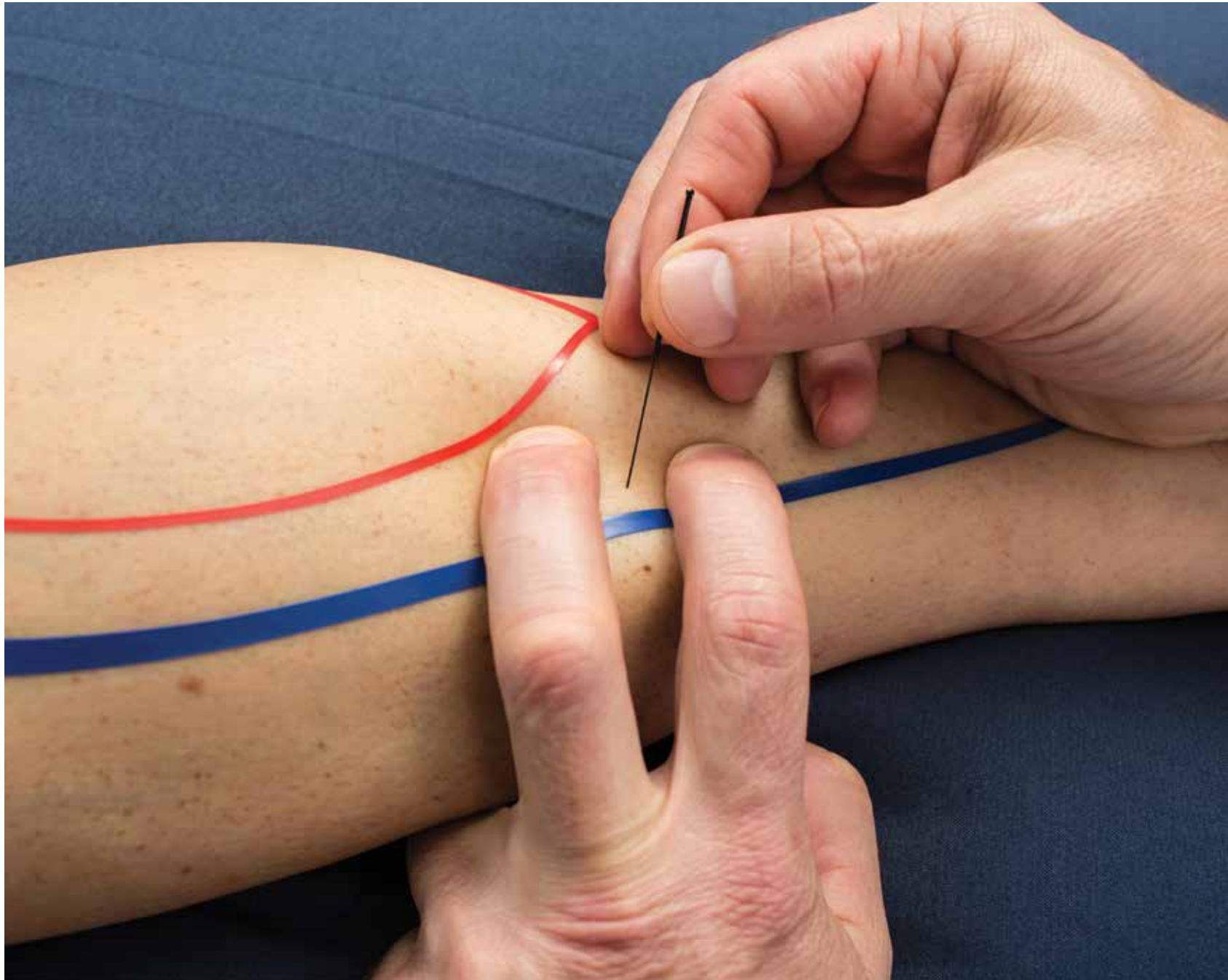
## TECHNIQUE

- Approche légèrement oblique distalement et vers la fibula dans la portion proximale, sinon perpendiculaire vers la fibula.
- Enserrer les faisceaux musculaires tendus.



 Chef médial du gastrocnémien

 Bord médial du tibia



# LONG FLÉCHISSEUR DES ORTEILS

## AIGUILLE

25 mm à 40 mm

## PATIENT

Décubitus dorsal ou ipsilatéral:

- cuisse en rotation latérale;
- genou fléchi afin de relâcher le gastrocnémien;
- flexion plantaire afin de relâcher le soléaire.

## TECHNIQUE

- Approche oblique vers la face postérieure du tibia.
- Contact osseux possible.



—  
Bord postérieur  
de la fibula

—  
Nerf fibulaire  
commun

—  
Tendon du chef  
latéral du  
gastrocnémien



# LONG FLÉCHISSEUR DE L'HALLUX

## AIGUILLE

40 mm

## PATIENT

Décubitus controlatéral:

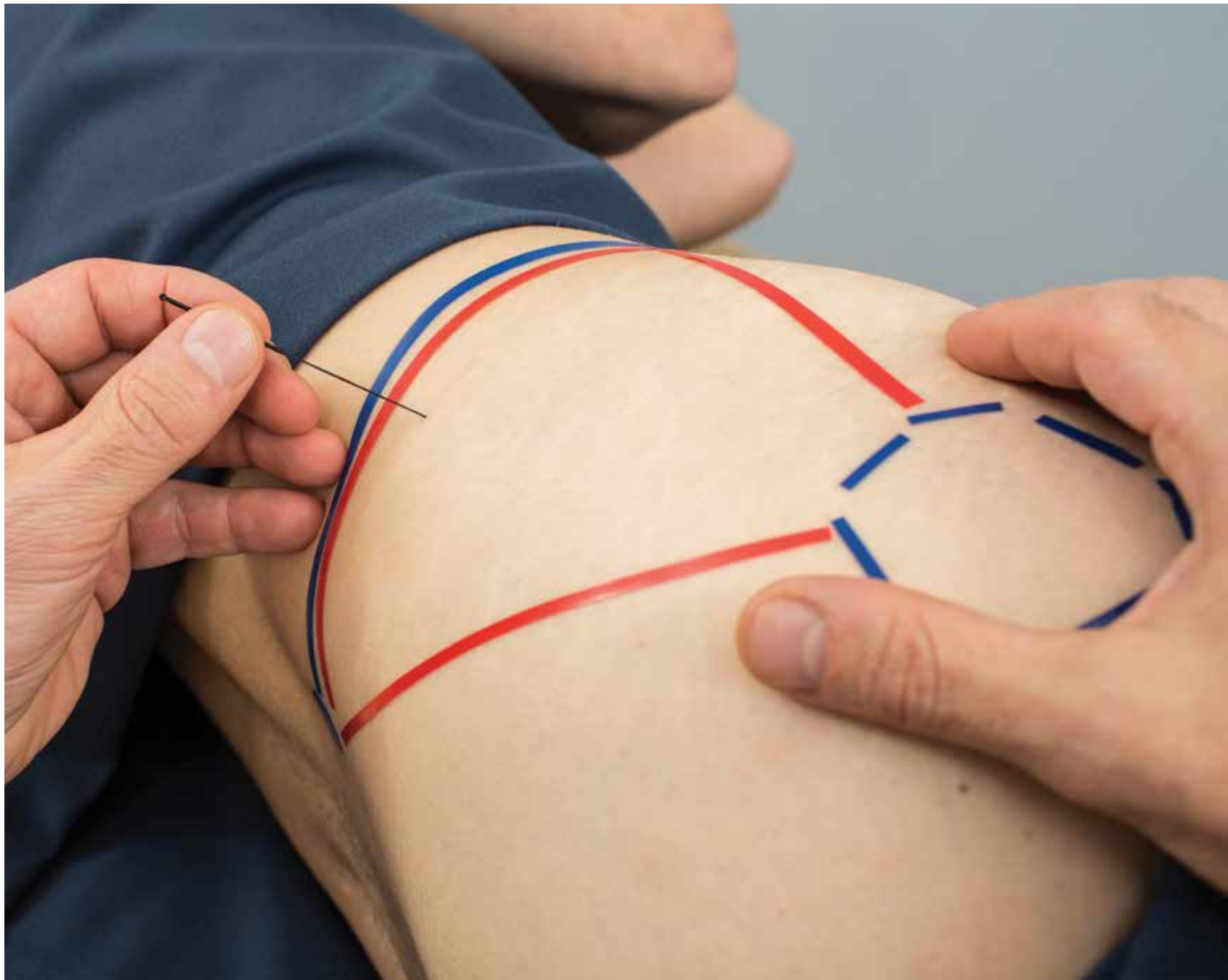
- genou fléchi afin de relâcher le gastrocnémien.

## TECHNIQUE

- Approche perpendiculaire ou légèrement en direction latérale vers la fibula.
- Le premier muscle rencontré est le soléaire.
- Le long fléchisseur de l'hallux est accolé à la face postérieure de la fibula.



- Crête iliaque
- Grand trochanter
- Moyen fessier



# MOYEN FESSIER

## AIGUILLE

40 mm à 50 mm

## PATIENT

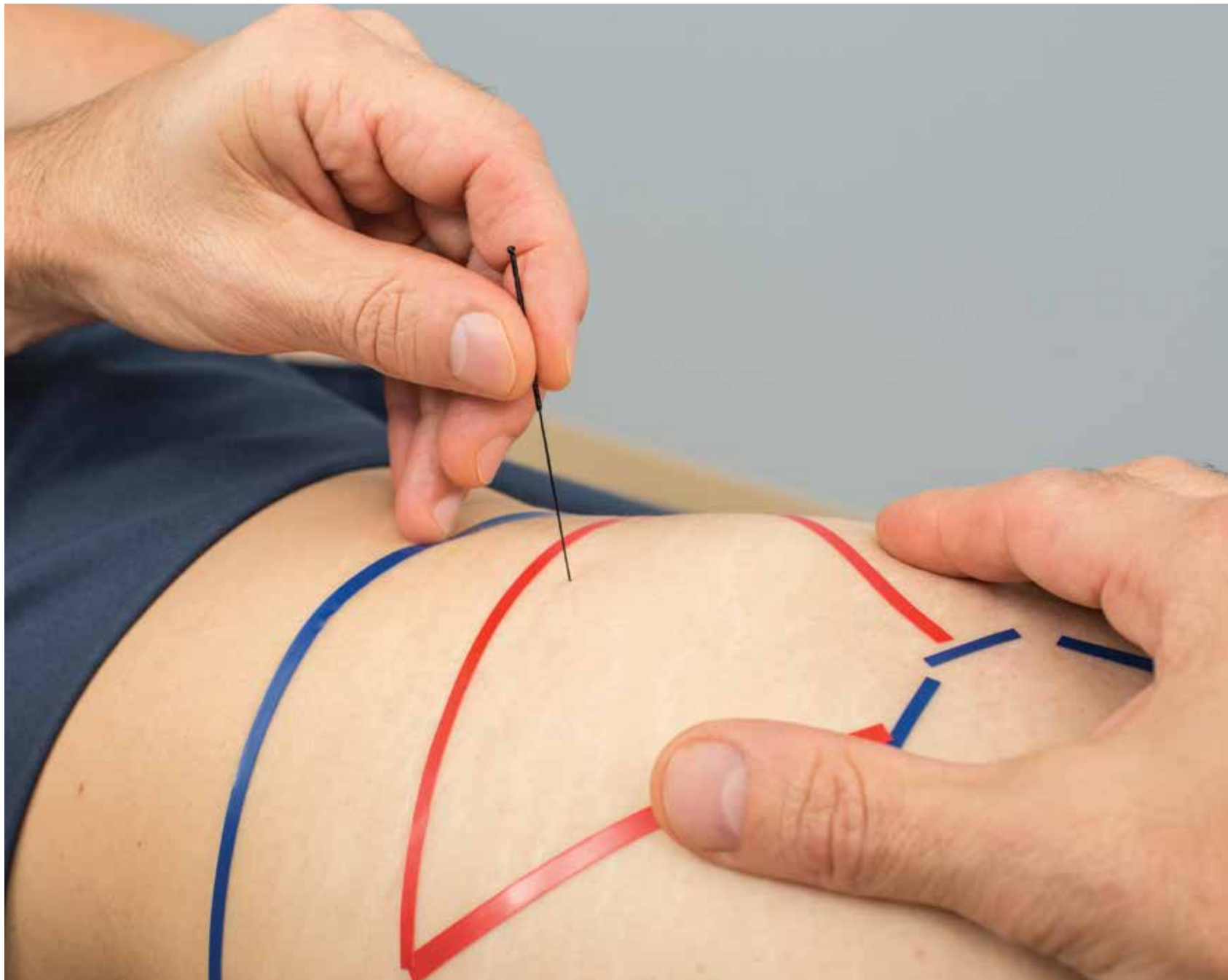
Décubitus controlatéral.

## TECHNIQUE

- Point d'entrée d'un côté ou l'autre du tractus ilio-tibial si possible et près de la crête iliaque.
- Perpendiculaire à oblique en direction distale dans le sens des fibres.
- Il est possible de rejoindre les insertions si le point d'entrée est près de la crête iliaque. Prendre une direction crâniale, un contact osseux est alors possible avec l'aile iliaque.



- Crête iliaque
- Grand trochanter
- Petit fessier



# PETIT FESSIER

## AIGUILLE

50 mm à 75 mm

## PATIENT

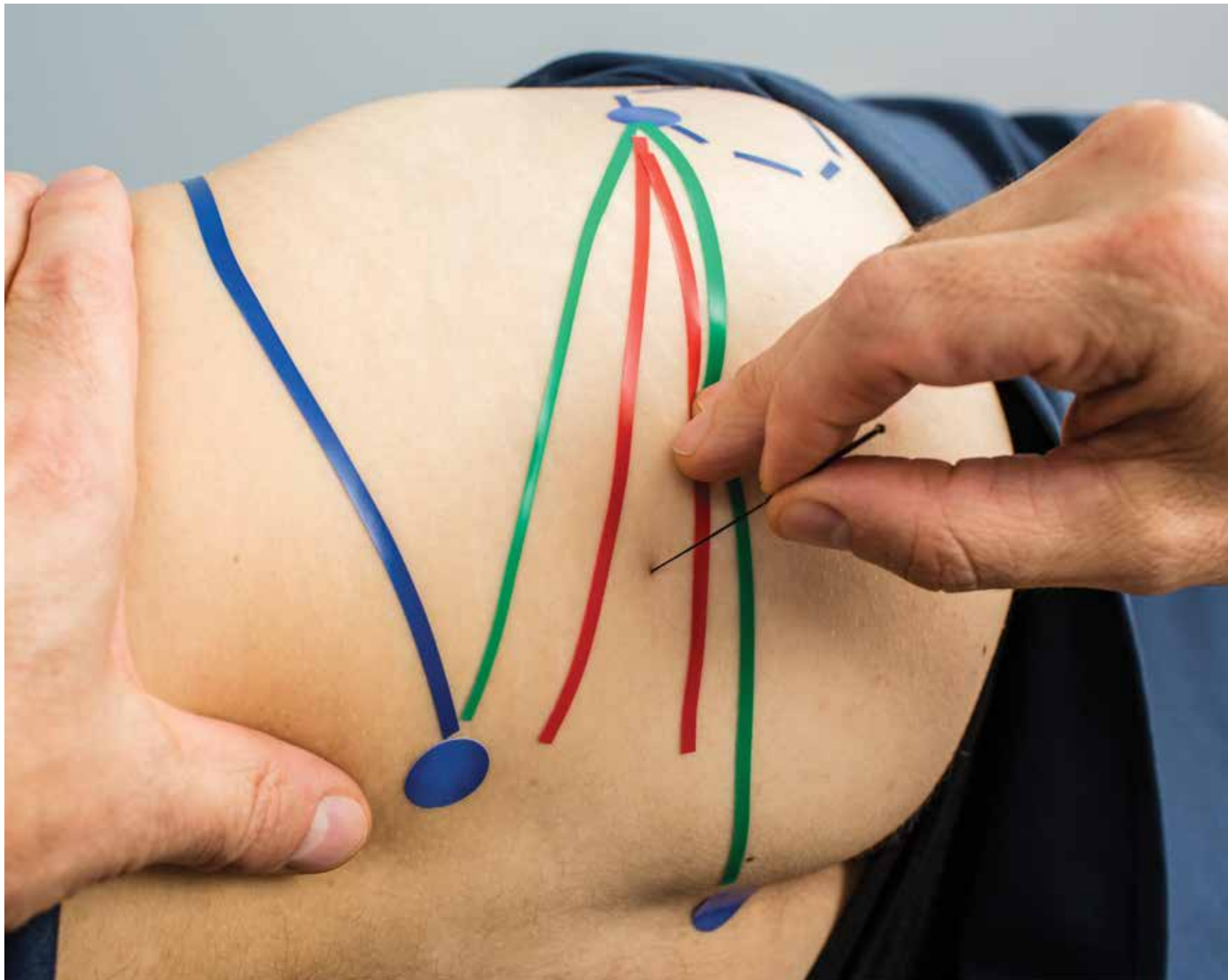
Décubitus controlatéral.

## TECHNIQUE

- Palpation en sondant.
- Point d'entrée d'un côté ou l'autre du tractus ilio-tibial si possible et environ à mi-distance entre la crête iliaque et la partie supérieure du grand trochanter.
- Perpendiculaire ou légèrement crâniale si le point d'entrée est dans la portion plus caudale.
- Contact osseux possible avec l'aile iliaque.



- Épave iliaque postéro-supérieure
- Fin du pli interfessier
- Bord supérieur du grand trochanter
- /// Grand trochanter
- Crête iliaque
- Lignes délimitant le triangle dans lequel le piriforme occupe environ la moitié de l'espace
- Piriforme



# PIRIFORME

## AIGUILLE

75 mm, parfois 100 mm

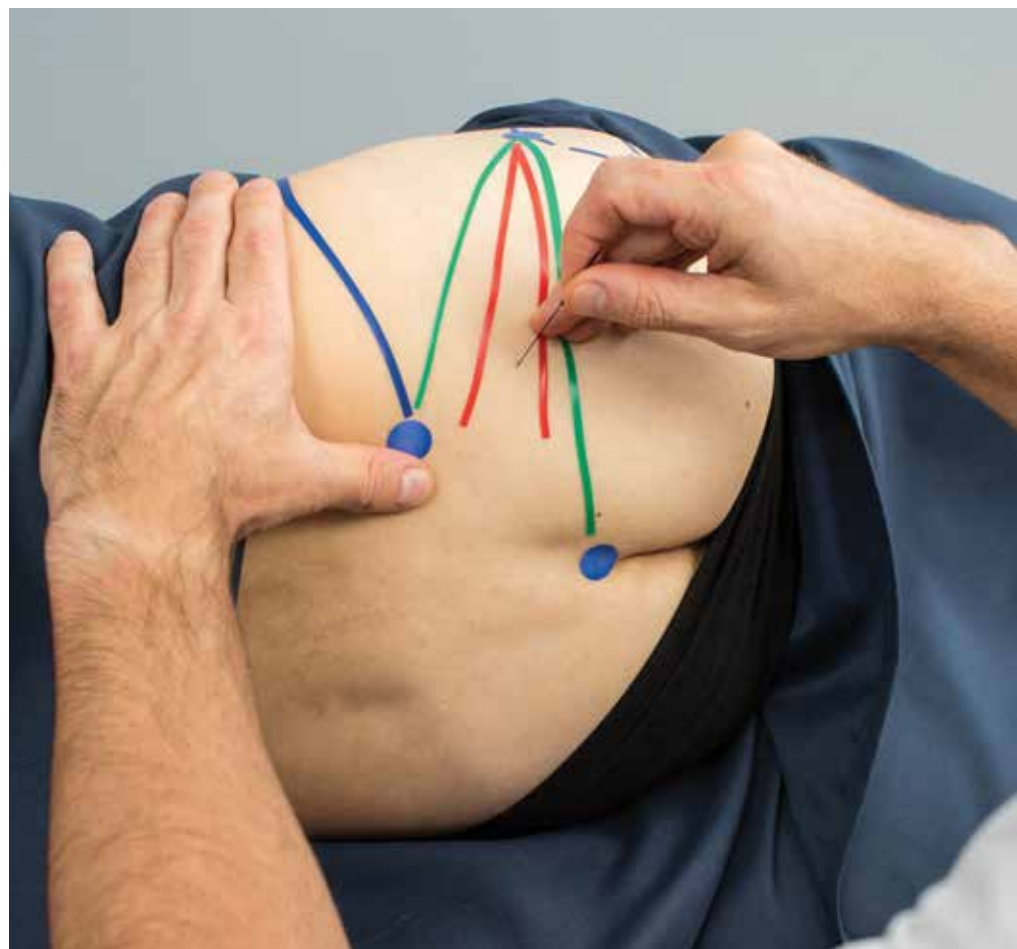
## PATIENT

Décubitus controlatéral:

- oreiller entre les genoux.

## TECHNIQUE

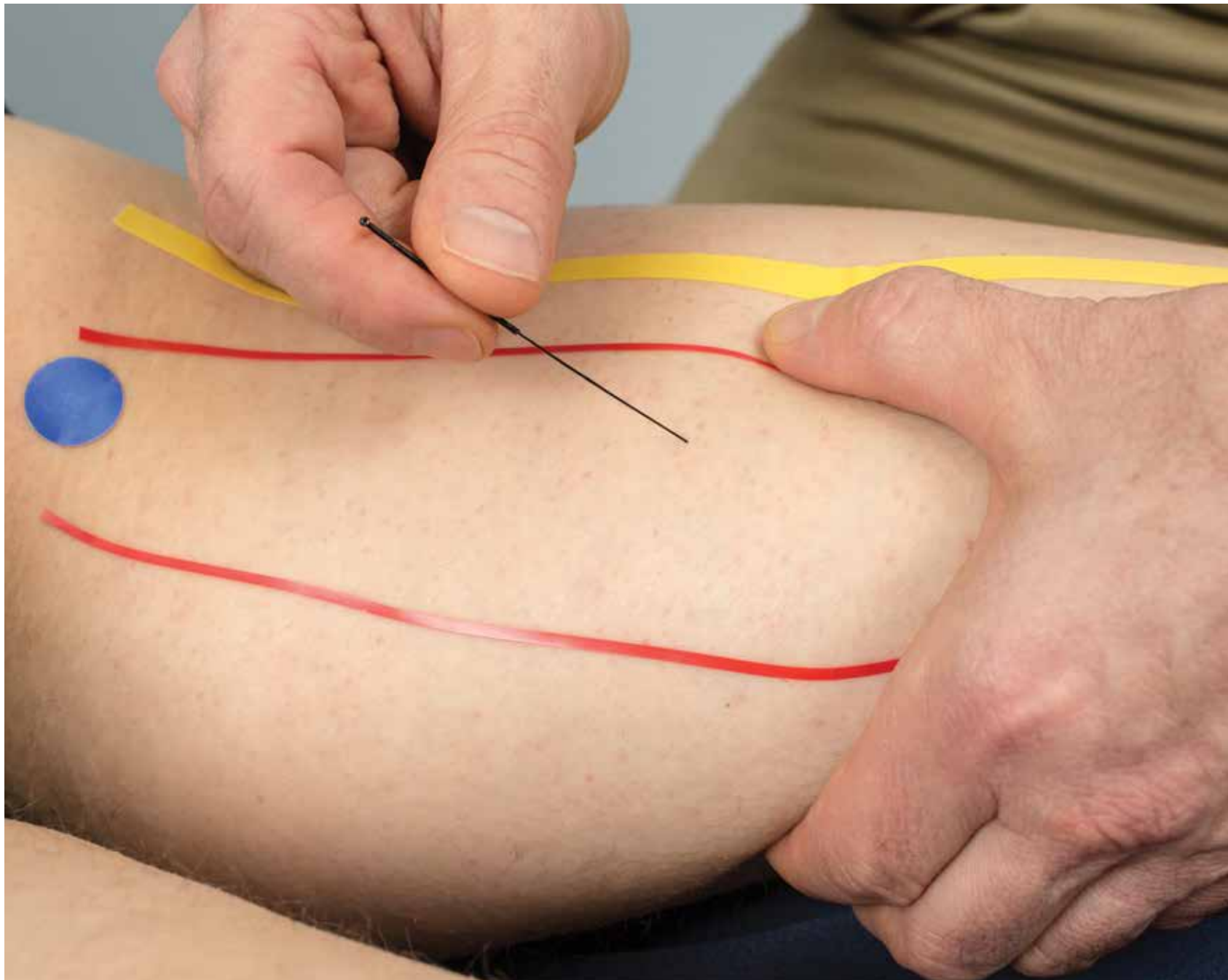
- Approche légèrement oblique vers le foramen sciatique.



●  
Tubérosité  
ischiatique

—  
Nerf sciatique

—  
Semi-tendineux



# SEMI-TENDINEUX ET SEMI-MEMBRANEUX

## Portion moyenne

### AIGUILLE

40 mm ou 50 mm

### PATIENT

Décubitus ventral :

- genoux légèrement fléchis.

### TECHNIQUE

- Approche de perpendiculaire à oblique dans le sens des fibres.
- Maintenir la prise en pinçant.
- Direction légèrement médiale afin d'éviter le nerf sciatique.

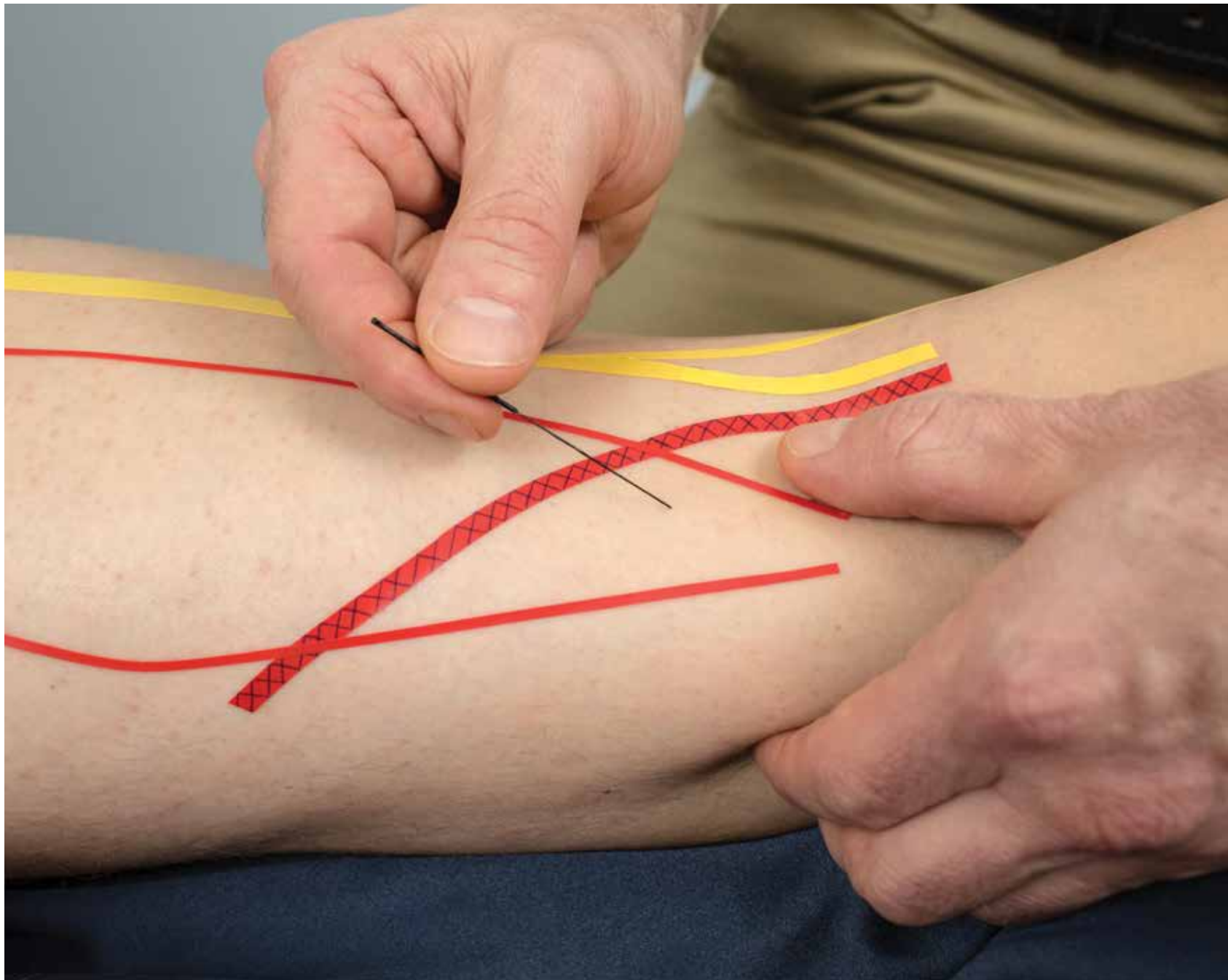


Nerf sciatique

Artère fémorale

Semi-tendineux

Tubérosité  
ischiatique



# SEMI-TENDINEUX ET SEMI-MEMBRANEUX

## Portion distale

### AIGUILLE

40 mm

### PATIENT

Décubitus ventral :

- genoux légèrement fléchis.

### TECHNIQUE

- Approche oblique à très oblique
- Maintenir la prise en pinçant.
- Éviter une direction trop profonde antérieurement (artère fémorale).



■  
Bord médial  
du tibia

■  
Chef médial du  
gastrocnémien



# SOLÉAIRE

## Partie médiale

### AIGUILLE

40 mm ou 50 mm

### PATIENT






Décubitus dorsal :

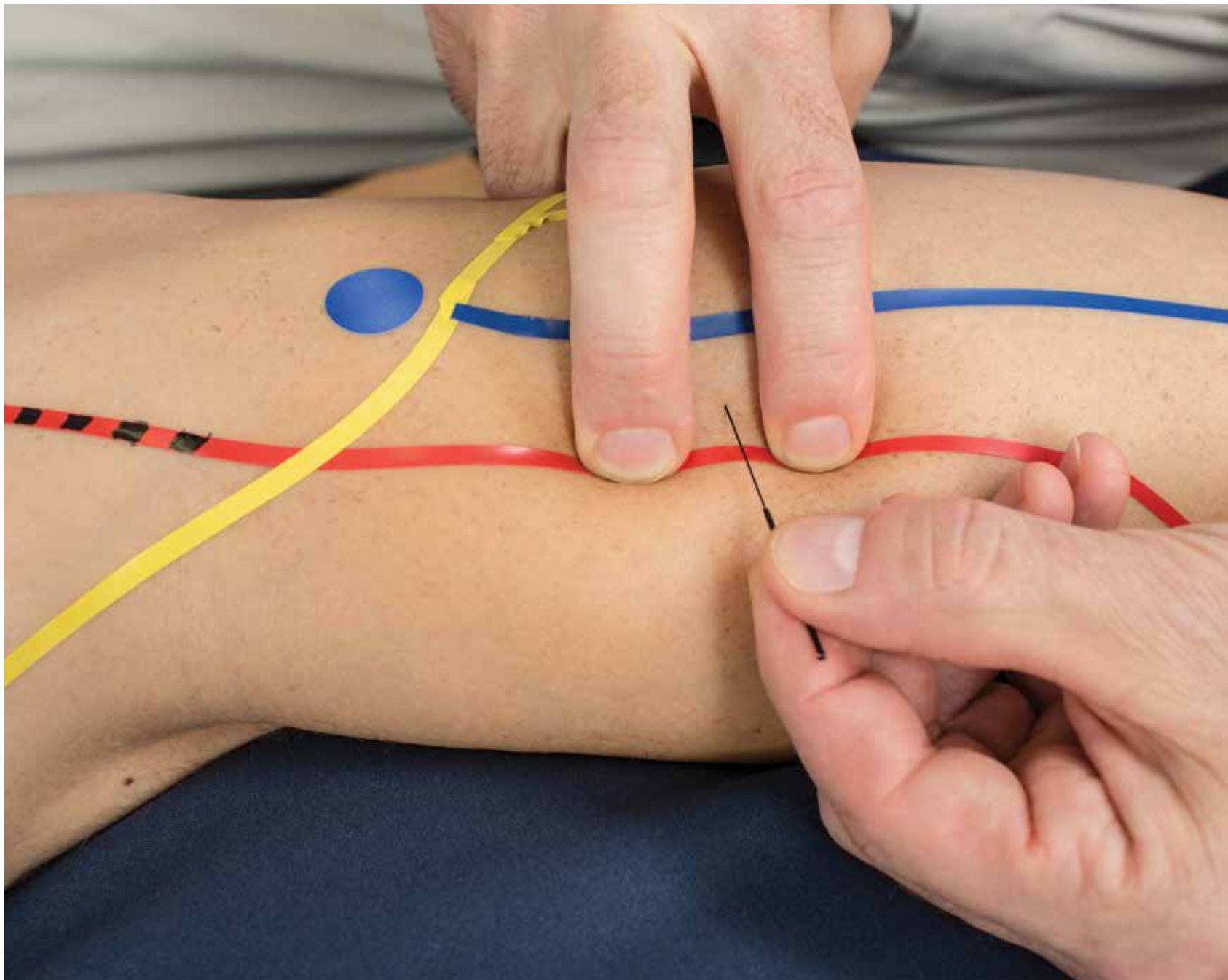
- genou légèrement fléchi ;
- jambe en rotation latérale.

### TECHNIQUE

- Approche perpendiculaire de médial à latéral.
- Maintenir la prise en pinçant afin de dégager le soléaire du nerf tibial sous-jacent.
- Les doigts maintenant la prise servent de guide pour la direction de l'aiguille.



-  Nerf fibulaire commun
-  Tête fibulaire
-  Bord postérieur de la fibula
-  Bord latéral du chef latéral du gastrocnémien
-  Tendon du chef latéral du gastrocnémien



# SOLÉAIRE

## Partie latérale et supérieure

### AIGUILLE

40 mm ou 50 mm

### PATIENT






Décubitus controlatéral:

- genou fléchi afin de relâcher le gastrocnémien.

### TECHNIQUE

- Approche perpendiculaire ou légèrement en direction latérale vers la fibula.
- Contact osseux possible.



-  Nerf fibulaire commun
-  Tête fibulaire
-  Bord postérieur de la fibula
-  Bord latéral du chef latéral du gastrocnémien
-  Tendon du chef latéral du gastrocnémien



# SOLÉAIRE

## Partie latérale et inférieure

### AIGUILLE

40 mm

### PATIENT

Décubitus controlatéral:

- genou fléchi afin de relâcher le gastrocnémien.

### TECHNIQUE

- Approche de latéral à médial avec une prise en pinçant.



- Épine iliaque antéro-supérieure
- Crête iliaque
- Tenseur du fascia lata



# TENSEUR DU FASCIA LATA

## AIGUILLE

25 mm ou 40 mm

## PATIENT

Décubitus dorsal:

- cuisse en légère rotation latérale (préférable).

## TECHNIQUE

- Approche très oblique à tangentielle dans le sens des fibres.
- Enserrer les faisceaux tendus.





# RACHIS ET TÊTE

Paravertébraux, région cervicale .....	84 — 85
Paravertébraux, région lombaire et latérale aux processus transverses .....	86 — 91
Paravertébraux, région lombaire et médiane à l'extrémité des processus transverses .....	92 — 97
Paravertébraux, région thoracique et latérale à l'extrémité des processus transverses .....	98 — 103
Paravertébraux, région thoracique inférieure (T6-T12) et latérale .....	104 — 107
Paravertébraux, région thoracique et médiane à l'extrémité des processus transverses .....	108 — 111
Processus articulaire, région cervicale .....	112 — 113
Scalène médial .....	114 — 115
Splénius du cou .....	116 — 117
Splénius de la tête .....	118 — 119
Sterno-cléido-mastoïdien, chef sternal .....	120 — 121
Sterno-cléido-mastoïdien, chef claviculaire .....	122 — 123
Sub-occipitaux, portion médiale .....	124 — 125
Sub-occipitaux, portion latérale .....	126 — 127

# PARAVERTÉBRAUX

## Région cervicale

●  
Processus  
épineux de C2

—  
Processus  
épineux de C7

—  
Ligne médiane

—  
Muscles  
paravertébraux,  
zone de 1,5 à  
6 cm de ligne  
médiane

**Portion latérale**  
(4 à 6 cm de ligne médiane)

### AIGUILLE

40 mm à 50 mm

### PATIENT

Décubitus controlatéral:

- légère flexion antérieure de la tête.

### TECHNIQUE

- Légèrement oblique direction caudale et légèrement oblique vers le rachis.



# PARAVERTÉBRAUX

## Région cervicale

**Portion médiane**  
(1,5 à 4 cm de ligne médiane)

### AIGUILLE

40 mm à 50 mm

### PATIENT

Décubitus controlatéral:

- légère flexion antérieure de la tête.

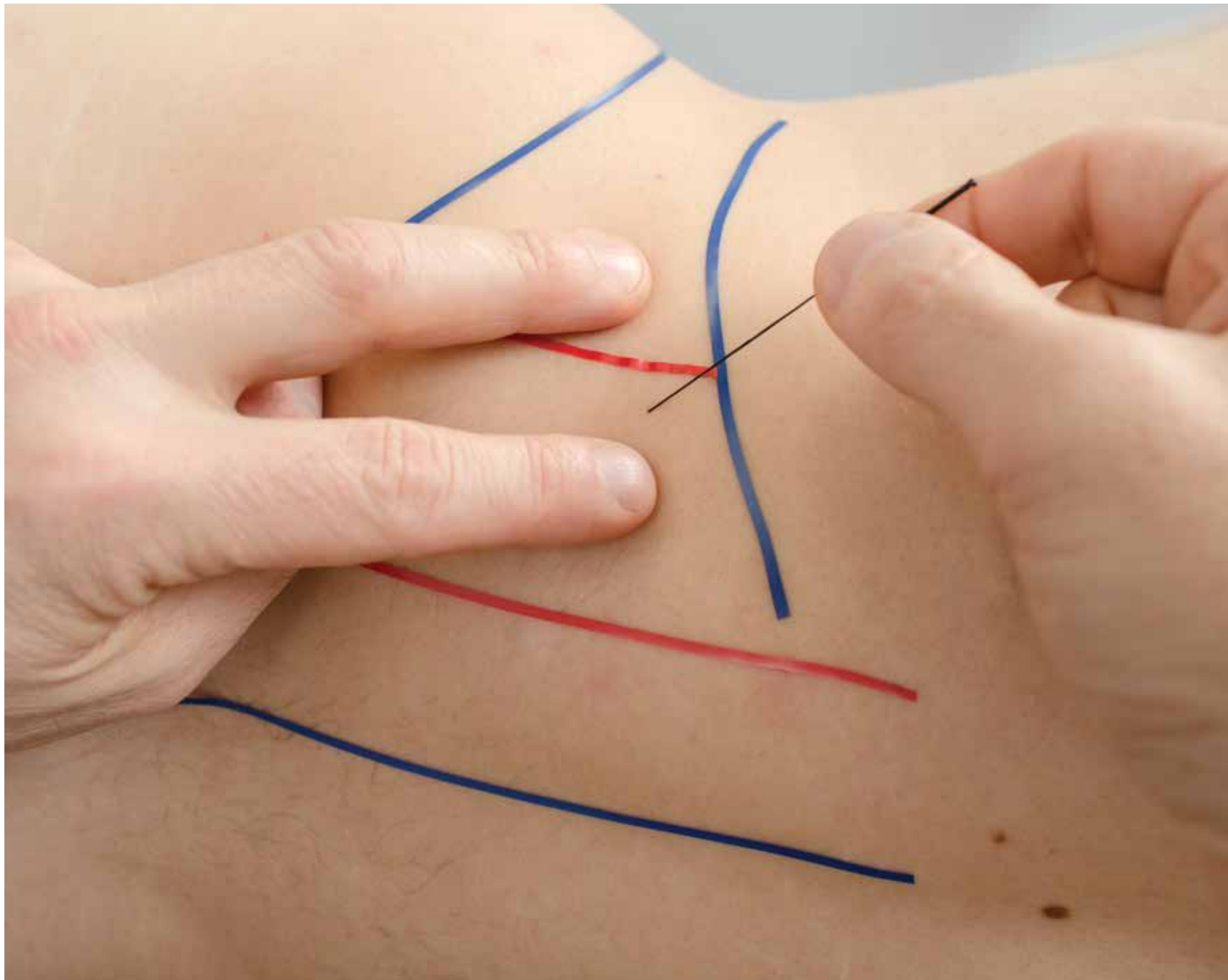
### TECHNIQUE

- Légèrement oblique direction caudale et parallèle au rachis.



■  
Limites  
gril costal,  
crête iliaque et  
ligne médiane

■  
Zone 4 à 10 cm  
de ligne médiane



# PARAVERTÉBRAUX

## Région lombaire et latérale aux processus transverses

Portion supérieure (L1-L3) et latérale (6-10 cm de la ligne médiane)

### AIGUILLE

40 mm

### PATIENT

Décubitus controlatéral.

### TECHNIQUE

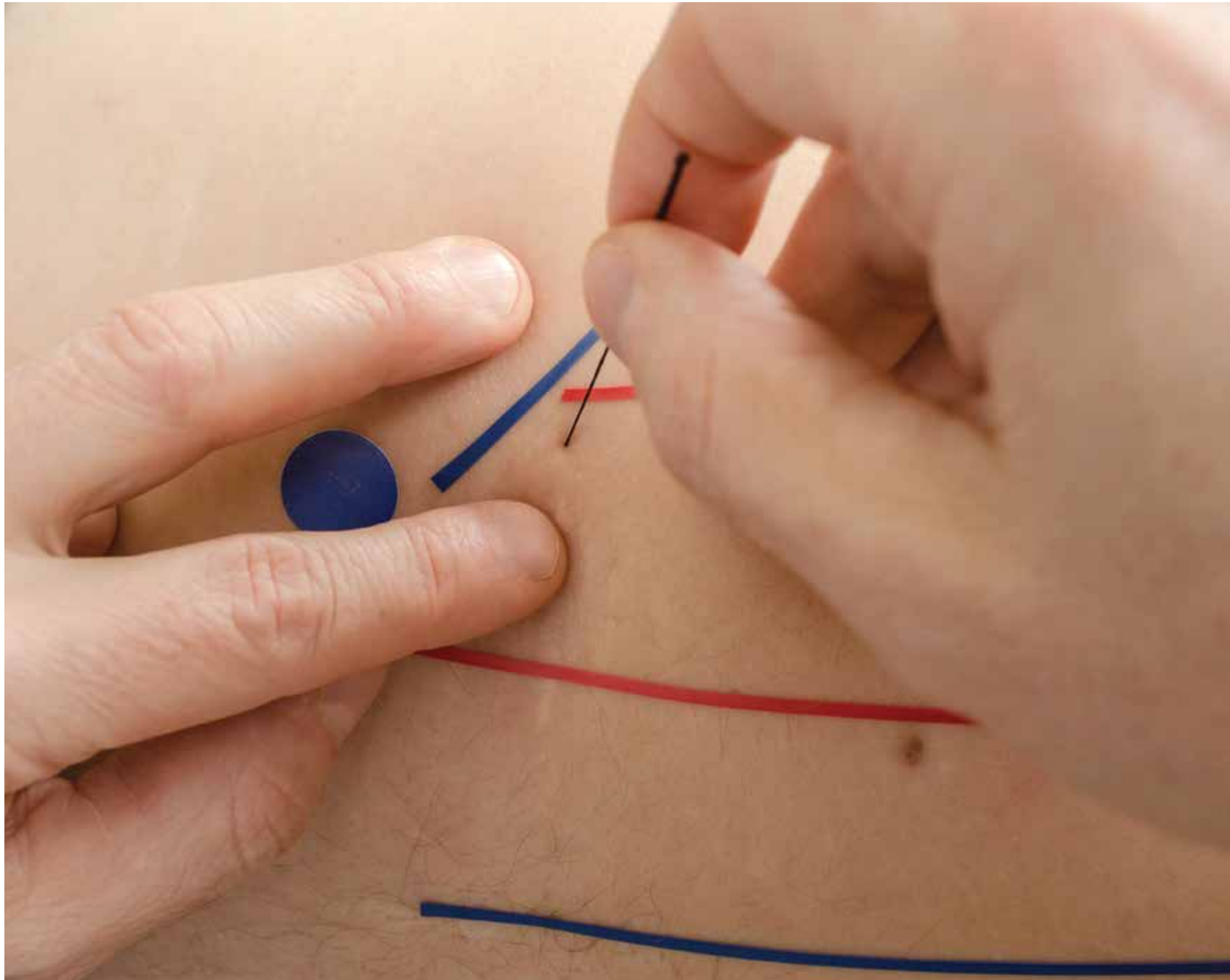
- Oblique-très oblique, direction caudale. Profondeur totale de puncture: 25 mm à 40 mm selon le gabarit.
- Donner une oblicité en direction médiale. Augmenter l'oblicité médiale plus le point d'entrée s'approche de la limite latérale.



Crête iliaque et  
ligne médiane

Épine iliaque  
postéro-  
supérieure

Zone 5 à 10 cm  
de ligne médiane



# PARAVERTÉBRAUX

## Région lombaire et latérale aux processus transverses

Portion inférieure (L4-L5) et latérale (6-10 cm de la ligne médiane)

### AIGUILLE

40 mm à 50 mm

### PATIENT

Décubitus controlatéral.

### TECHNIQUE

- Diminuer l'obliquité caudale jusqu'à être perpendiculaire. Profondeur totale de ponction: 40 mm à 60 mm.
- Augmenter l'obliquité médiale plus le point d'entrée s'approche de la limite latérale, de façon à ce que l'aiguille s'oriente vers l'extrémité des processus transverses.

# PARAVERTÉBRAUX

## Région lombaire et latérale aux processus transverses

Portion inférieure (L4-L5)  
et médiale (4 à 6 cm de  
la ligne médiane)

■  
Crête iliaque,  
gril costal et  
ligne médiane

●  
Épine iliaque  
postéro-  
supérieure

■  
Zone 4-5 cm à  
10 cm de ligne  
médiane

### AIGUILLE

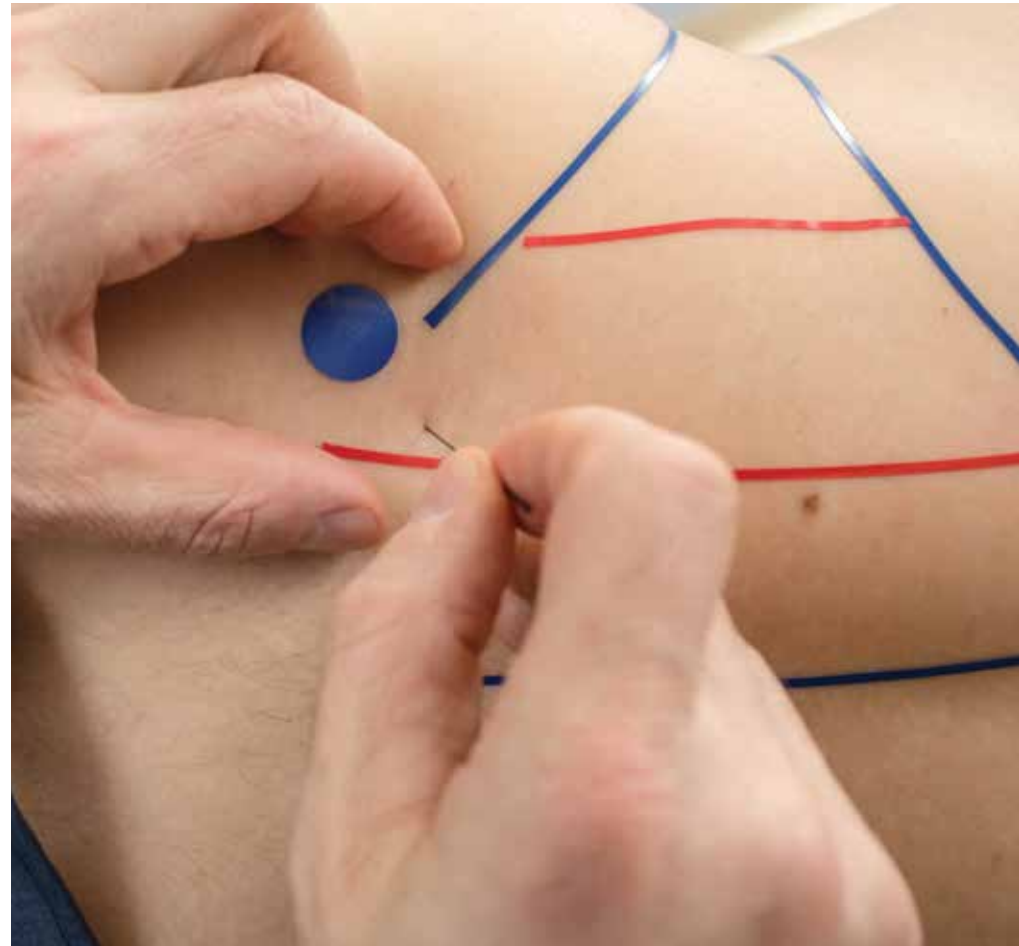
50 mm

### PATIENT

Décubitus controlatéral.

### TECHNIQUE

- Parallèle au rachis et diminuer l'oblicité caudale jusqu'à être presque perpendiculaire.



# PARAVERTÉBRAUX

## Région lombaire et latérale aux processus transverses

Portion supérieure (L1-L3)  
et médiale (4 à 6 cm de  
la ligne médiane)

### AIGUILLE

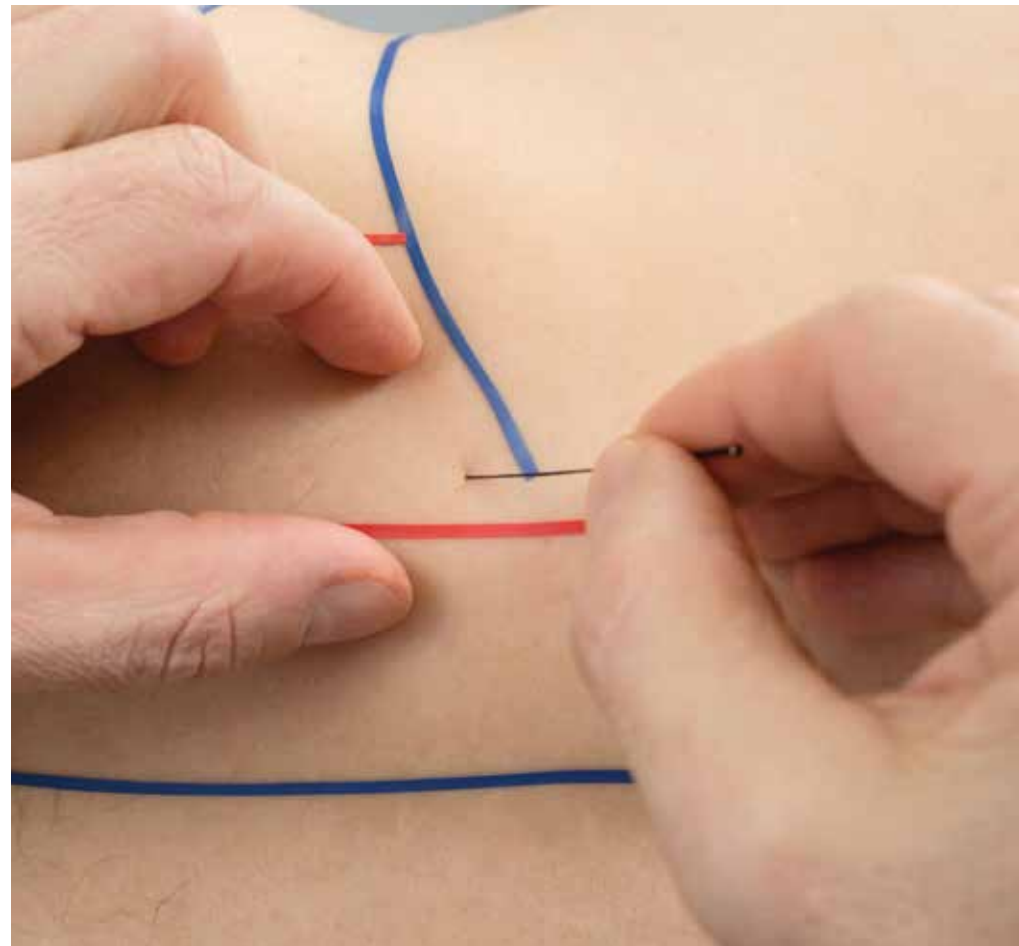
40 mm

### PATIENT

Décubitus controlatéral.

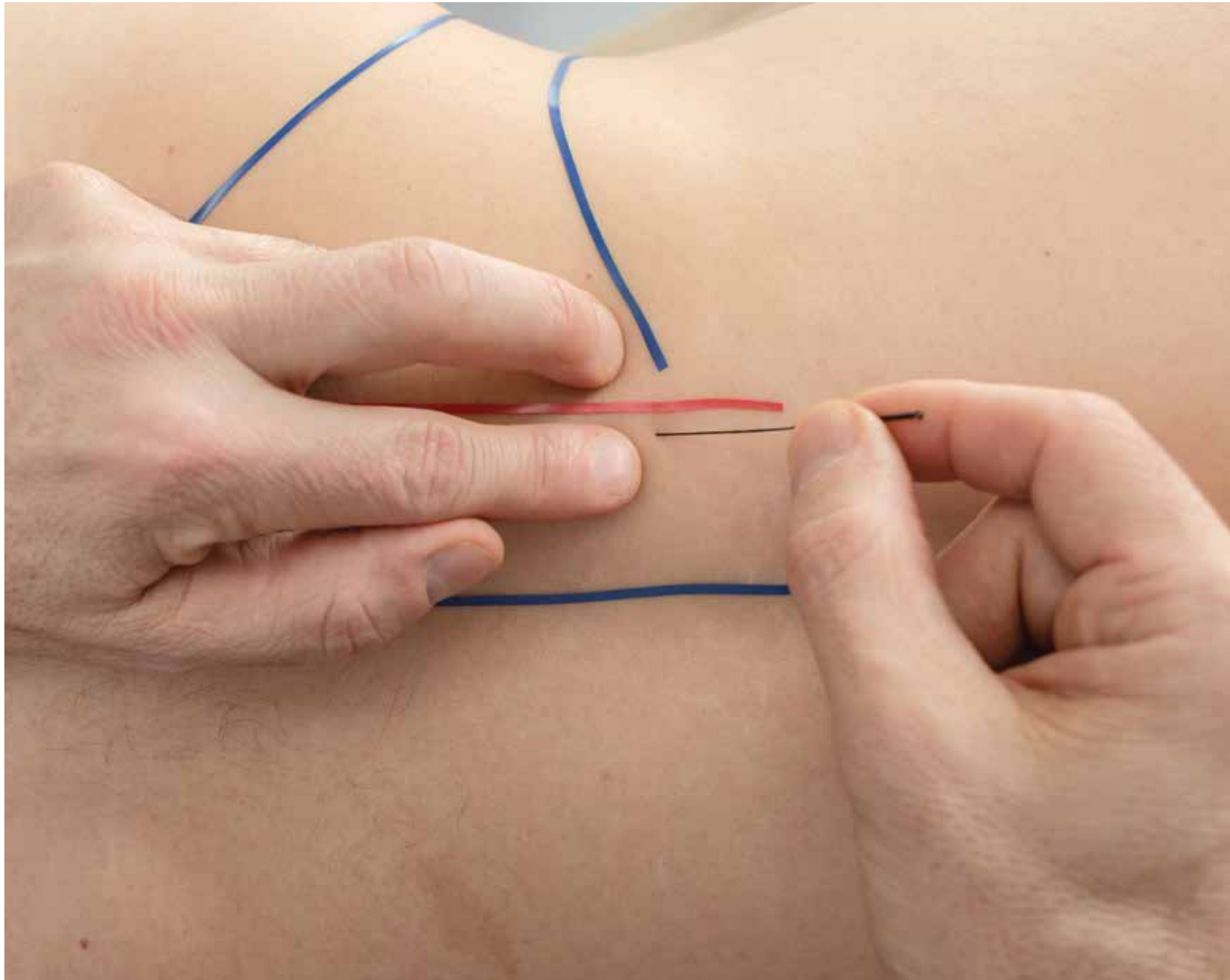
### TECHNIQUE

- Parallèle au rachis et oblicité caudale.



■  
Crête iliaque,  
gril costal et  
ligne médiane

■  
Limite 4 cm de  
ligne médiane



# PARAVERTÉBRAUX

Région lombaire et médiane à l'extrémité des processus transverses

Portion supérieure (L1-L3) et latérale (3 à 4 cm de la ligne médiane)

## AIGUILLE

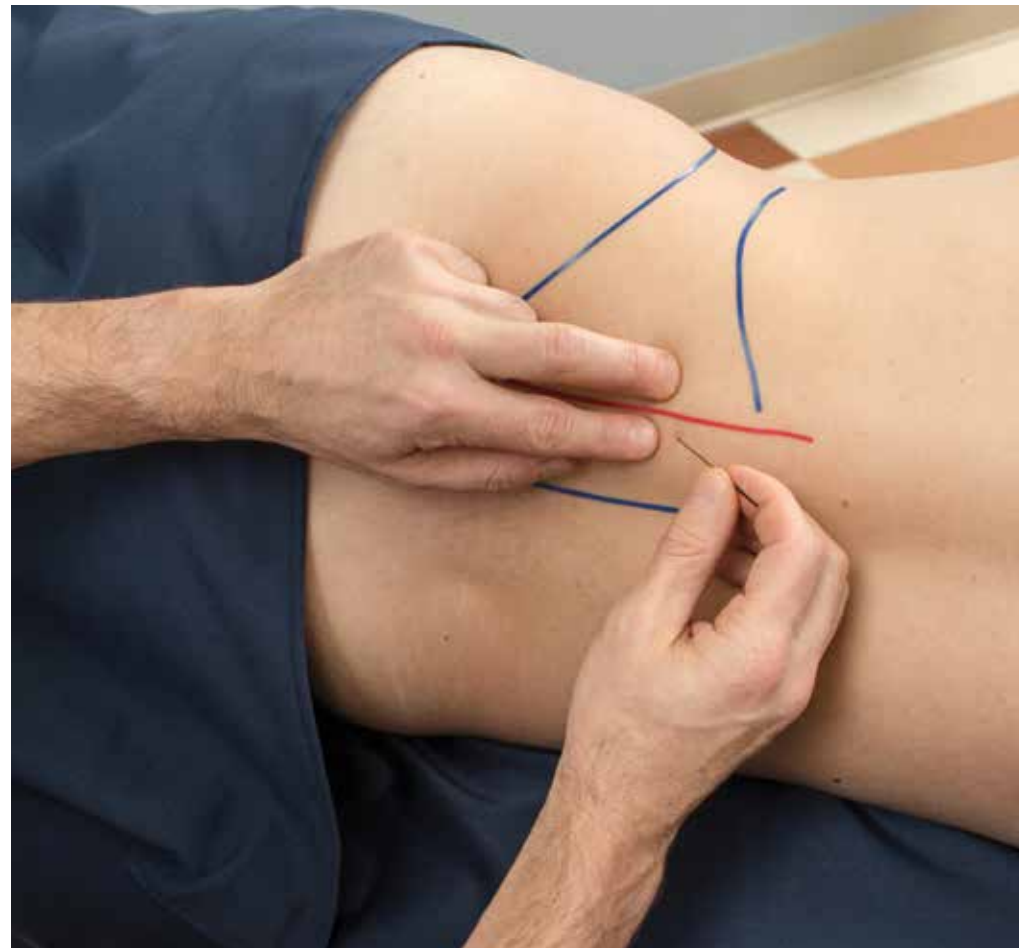
40 mm

## PATIENT

Décubitus controlatéral.

## TECHNIQUE

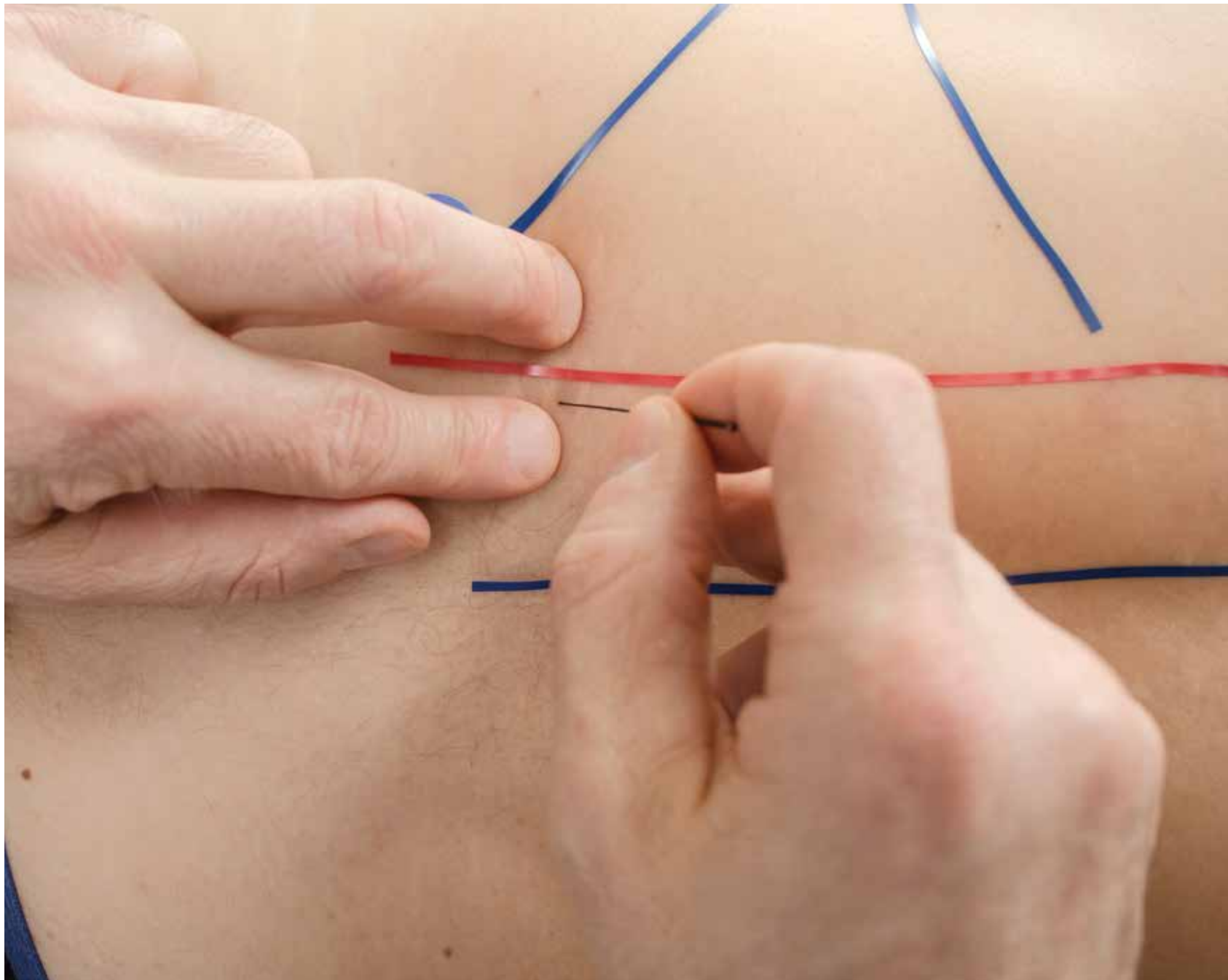
- Oblique en direction caudale et parallèle au rachis.



■  
Crête iliaque,  
gril costal et  
ligne médiane

●  
Épine iliaque  
postéro-  
supérieure

■  
Limite 5 cm de  
ligne médiane



# PARAVERTÉBRAUX

Région lombaire et médiane à l'extrémité des processus transverses

Portion inférieure (L4-L5) et latérale (3 à 5 cm de la ligne médiane)

## **AIGUILLE**

40 mm à 50 mm

## **PATIENT**

Décubitus controlatéral.

## **TECHNIQUE**

- Légèrement oblique direction caudale à perpendiculaire et parallèle au rachis.

# PARAVERTÉBRAUX

## Région lombaire et médiane à l'extrémité des processus transverses

Portion inférieure (L4-L5) et médiale  
(0 à 3 cm de la ligne médiane)

■  
Crête iliaque,  
gril costal et  
ligne médiane

●  
Épine iliaque  
postéro-  
supérieure

■  
Limite 4-5 cm  
de ligne médiane

### AIGUILLE

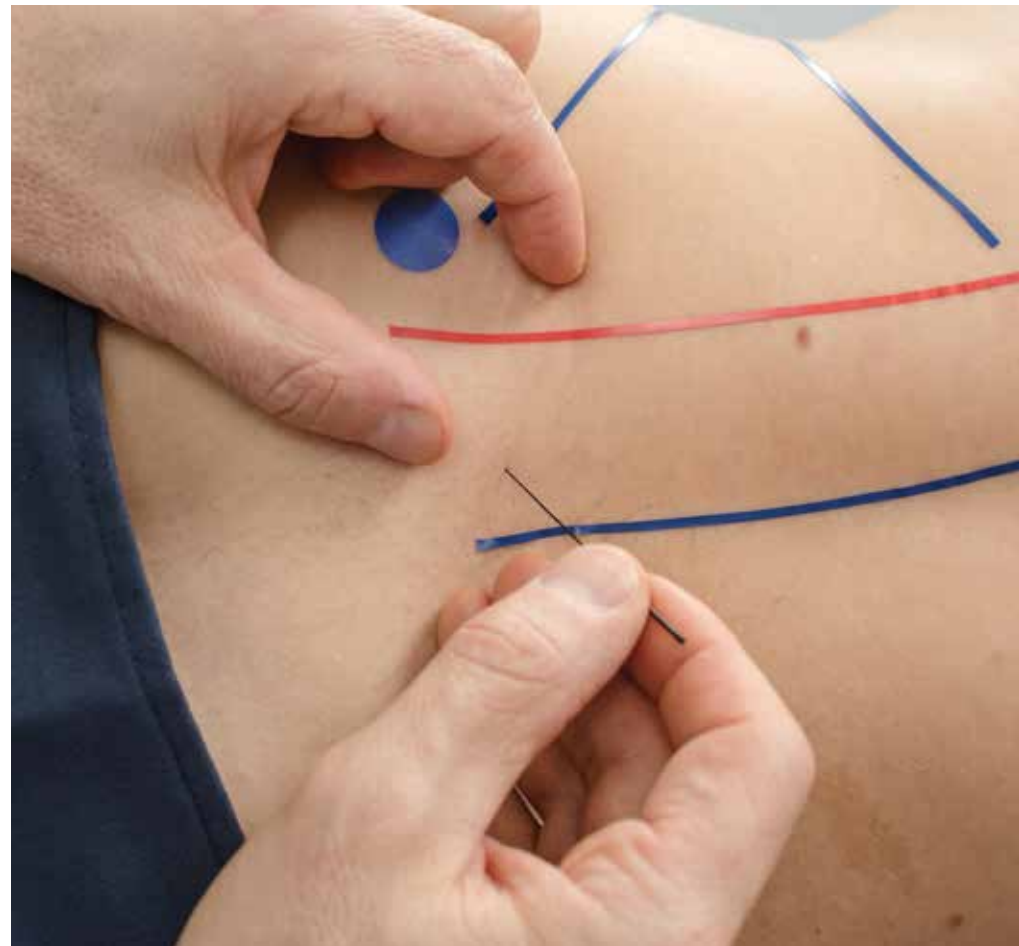
40 mm à 50 mm

### PATIENT

Décubitus controlatéral.

### TECHNIQUE

- Approche légèrement oblique caudal à perpendiculaire et oblique en direction latérale plus le point d'entrée s'approche de la ligne médiane.



# PARAVERTÉBRAUX

Région lombaire et médiane à l'extrémité des processus transverses

Portion supérieure (L1-L3) et médiale (0 à 3 cm de la ligne médiane)

## AIGUILLE

40 mm

## PATIENT

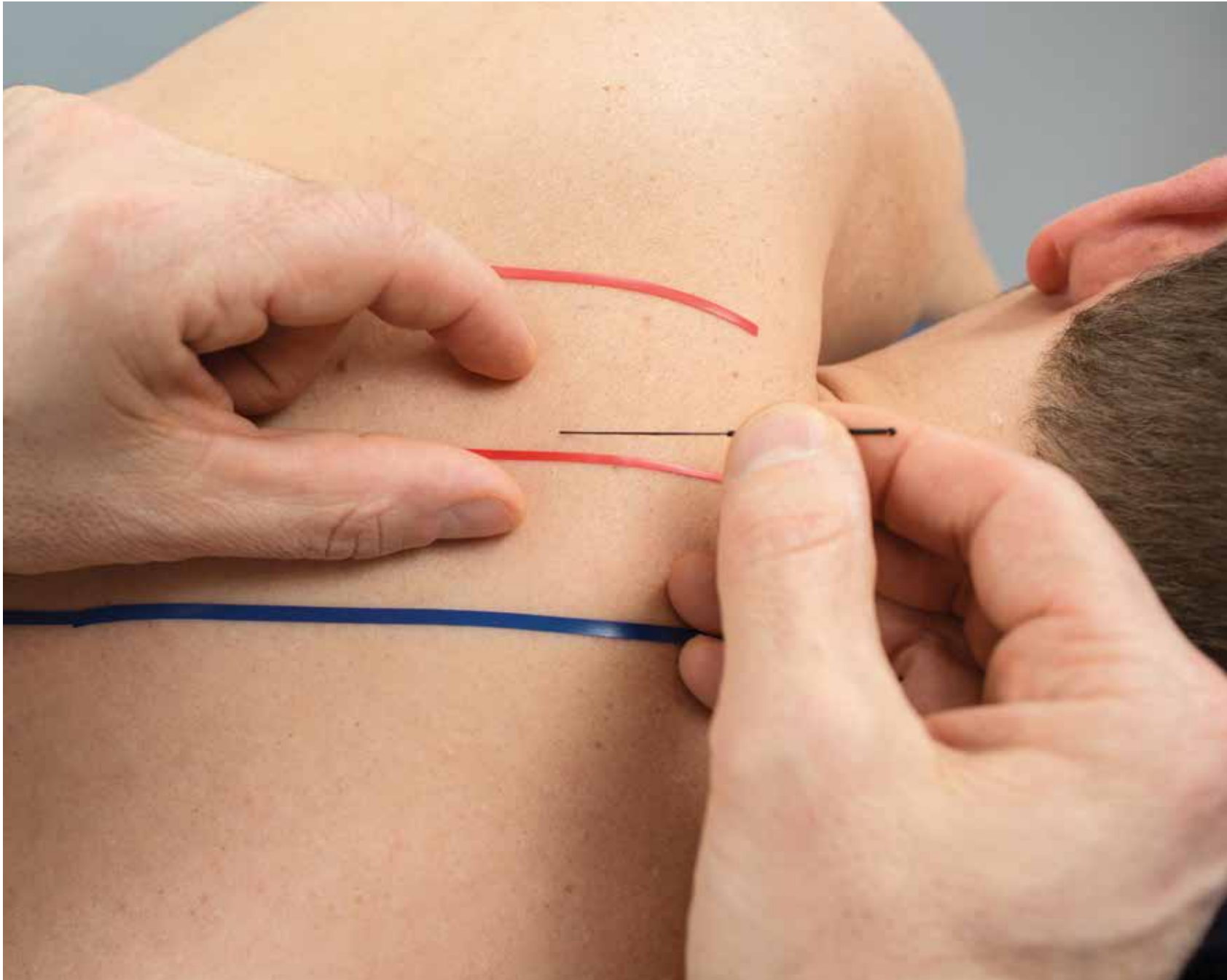
Décubitus controlatéral.

## TECHNIQUE

- Approche oblique direction caudale et oblique en direction latérale plus le point d'entrée s'approche de la ligne médiane (non illustré).

—  
Limite 3 à 8 cm  
de ligne médiane

—  
Ligne médiane



# PARAVERTÉBRAUX

Région thoracique et latérale à l'extrémité des processus transverses

Portion supérieure (T1 à T5) et médiale (3 à 5 cm de la ligne médiane)

## AIGUILLE

25 mm ou parfois 40 mm

## PATIENT

Décubitus controlatéral.

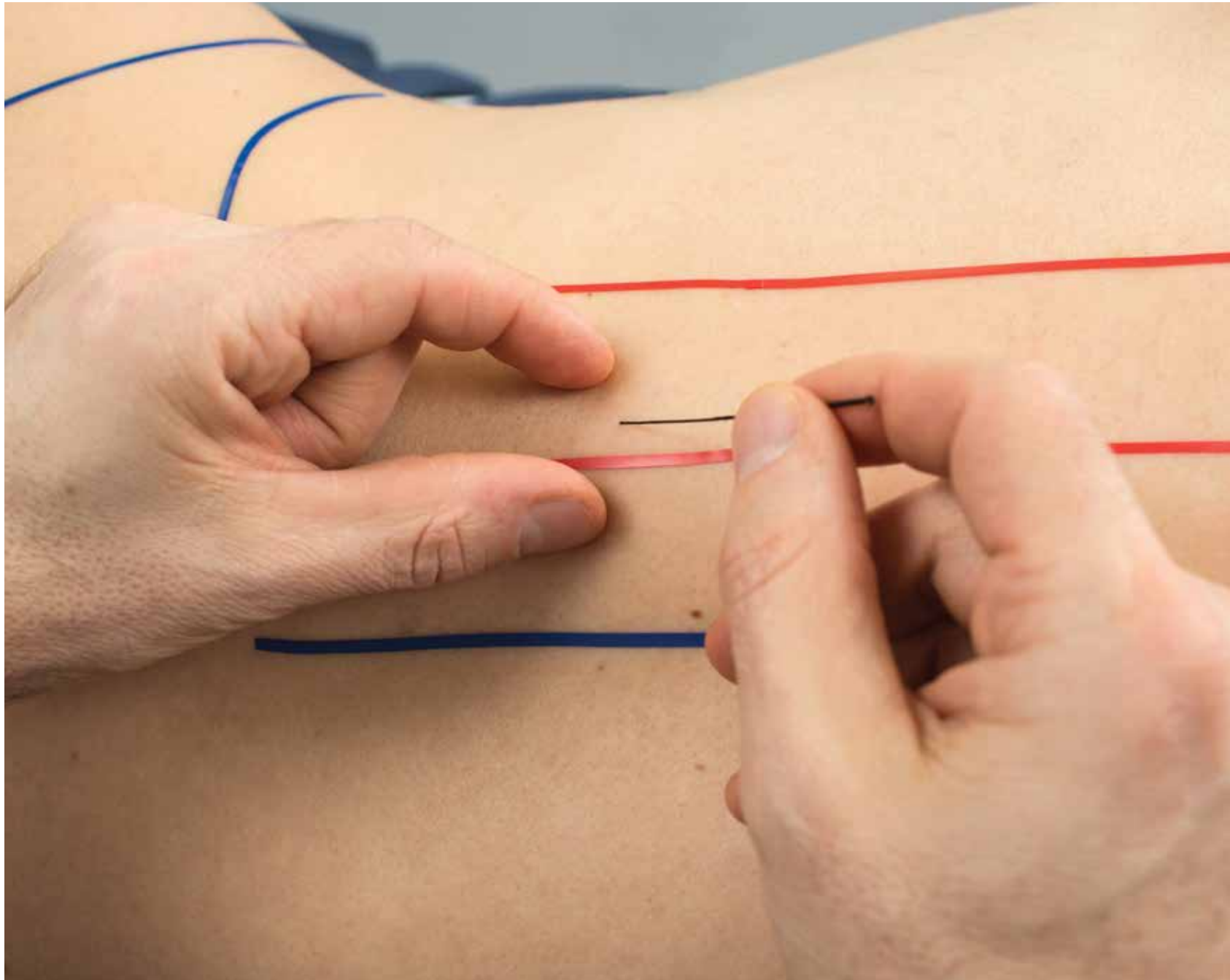
## TECHNIQUE

- Approche oblique direction caudale et parallèle au rachis.



■  
Limites 3 à 8 cm  
de ligne médiane

■  
Gril costal,  
crête iliaque  
et ligne médiane



# PARAVERTÉBRAUX

Région thoracique et latérale à l'extrémité des processus transverses

Portion inférieure (T6 à T12) et médiale (3 à 8 cm de la ligne médiane)

## **AIGUILLE**

25 mm ou le plus souvent 40 mm

## **PATIENT**

Décubitus controlatéral.

## **TECHNIQUE**

- Approche oblique direction caudale et parallèle au rachis.

# PARAVERTÉBRAUX

Région thoracique et latérale à l'extrémité des processus transverses

Portion inférieure (T6 à T12) et latérale (3 à 8 cm de la ligne médiane)

—  
Limites 3 à 8 cm  
de ligne médiane

—  
Gril costal,  
crête iliaque et  
ligne médiane

●  
Épine iliaque  
postéro-  
supérieure

## AIGUILLE

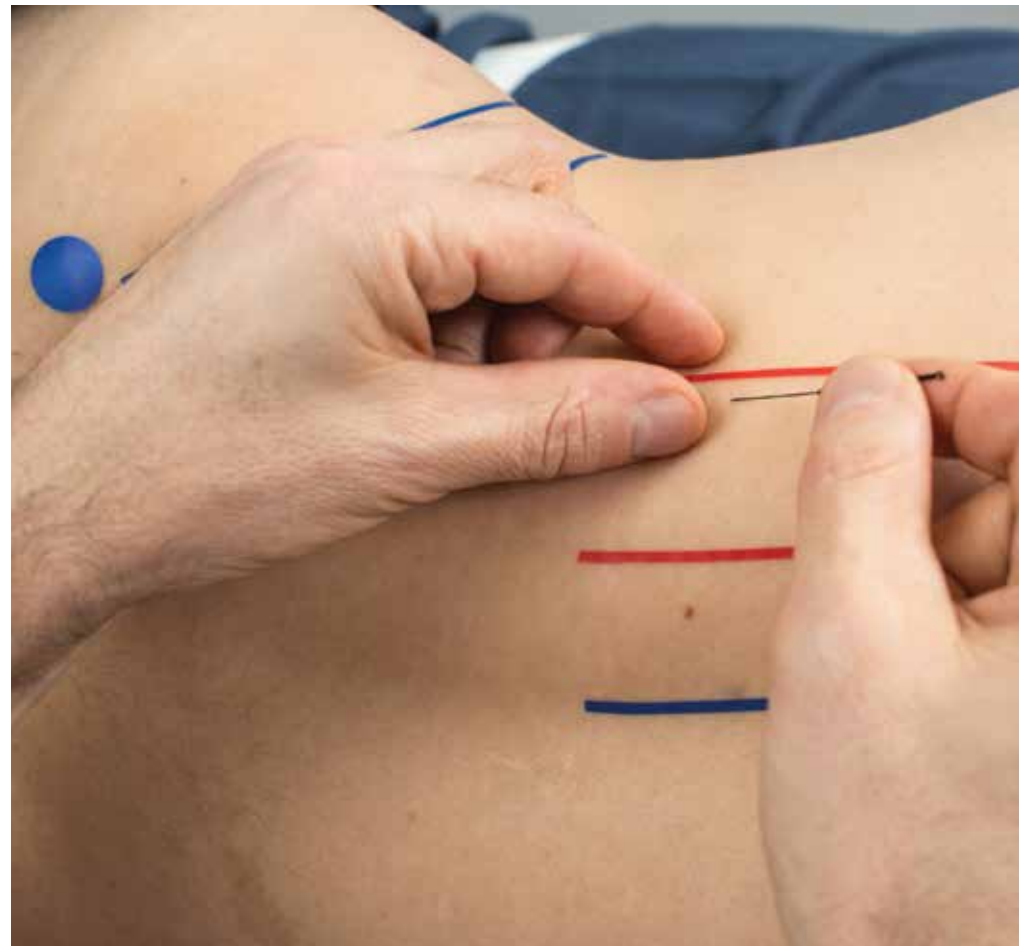
25 mm

## PATIENT

Décubitus controlatéral.

## TECHNIQUE

- Approche oblique à tangentielle direction caudale et parallèle au rachis



# PARAVERTÉBRAUX

Région thoracique et latérale à l'extrémité des processus transverses

Portion supérieure (T1 à T5) et latérale (5 à 8 cm de la ligne médiane)

## AIGUILLE

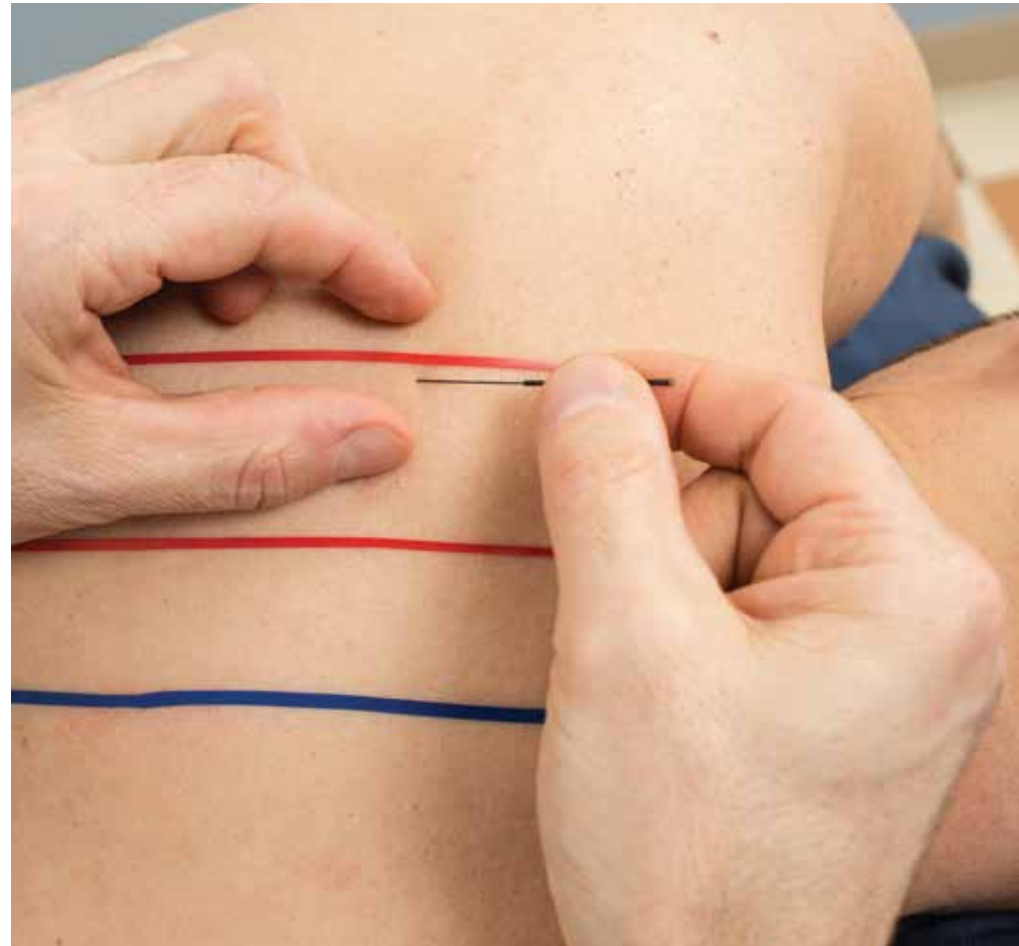
25 mm

## PATIENT

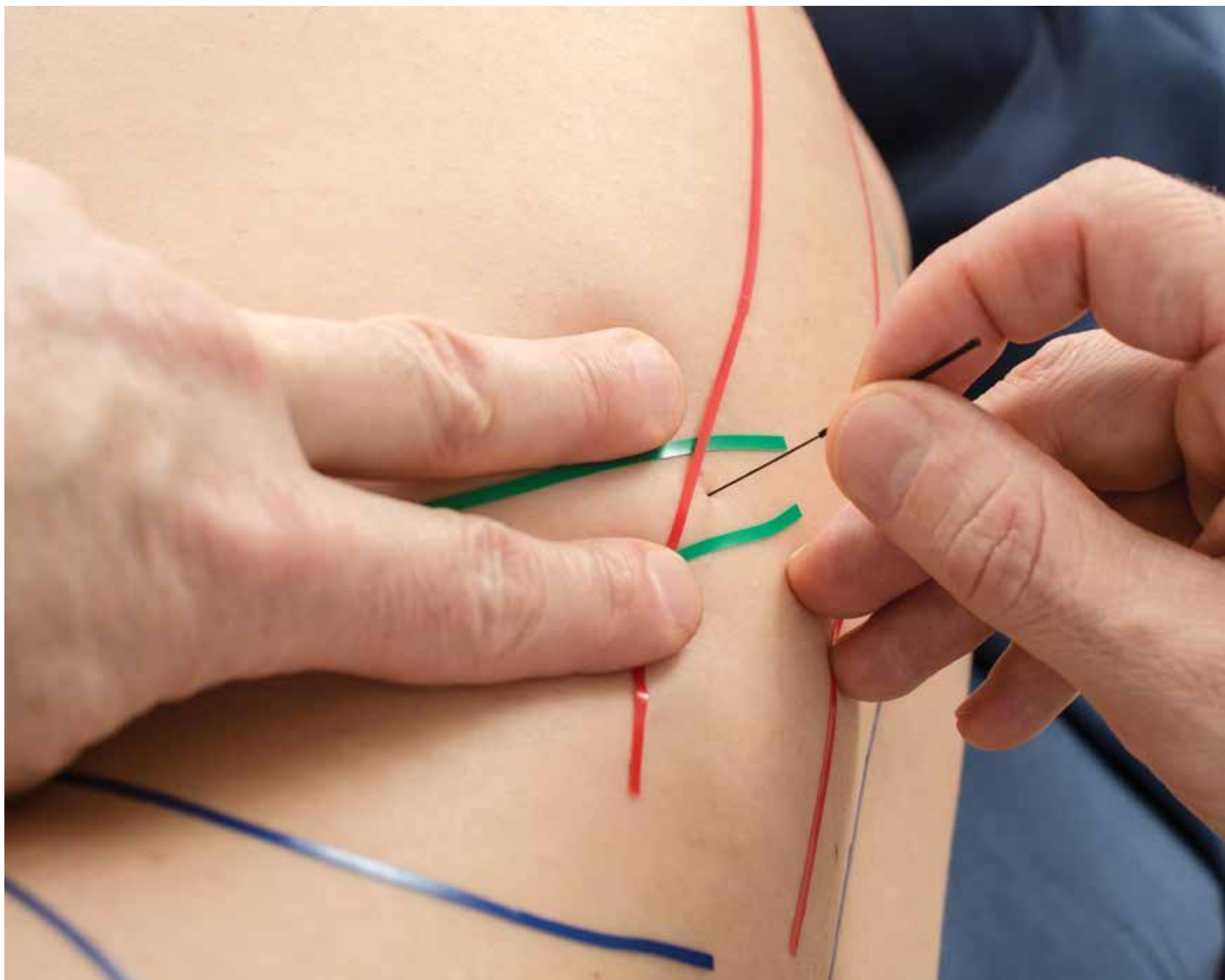
Décubitus controlatéral.

## TECHNIQUE

- Approche oblique à tangentielle direction caudale et parallèle au rachis.



— Côte  
— Crête iliaque  
et limites du  
gril costal  
— Zone 3 à 8 cm  
de ligne médiane



# PARAVERTÉBRAUX

## Région thoracique inférieure (T6-T12) et latérale

Abutement sur une côte  
(5 à 8 cm de la ligne médiane)

### AIGUILLE

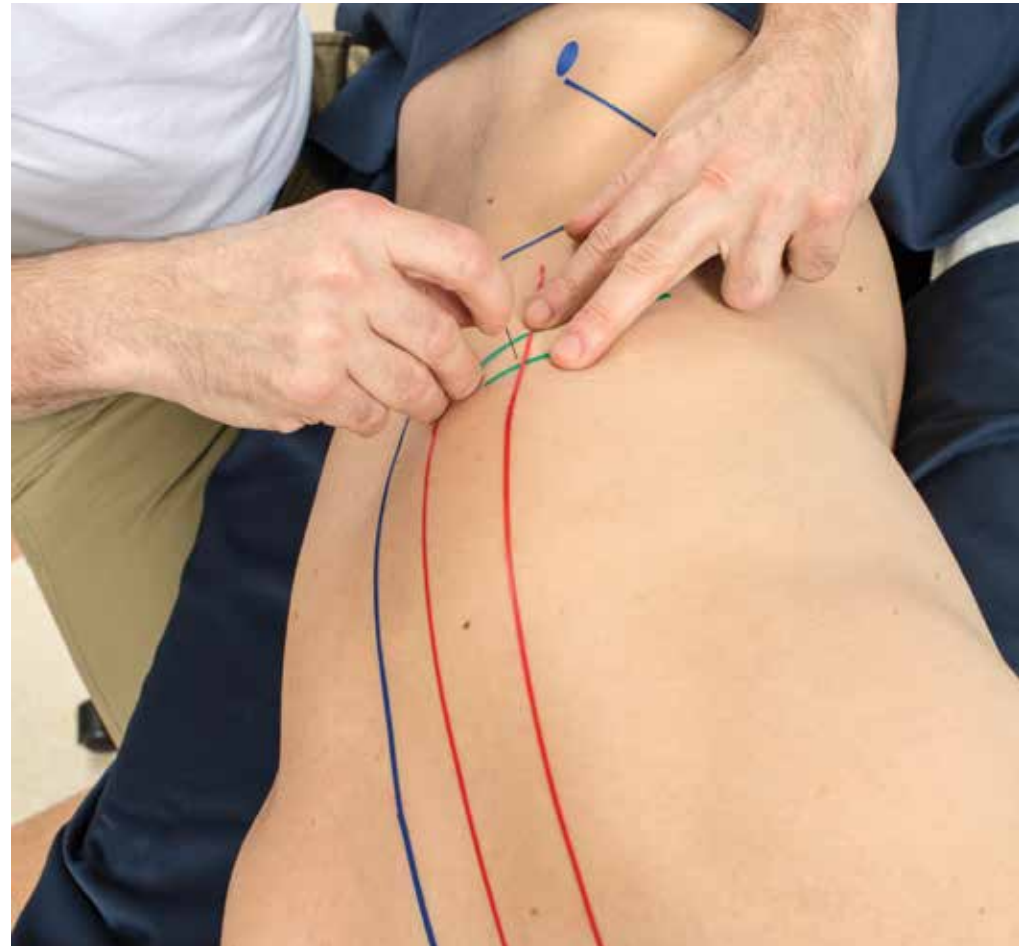
25 mm

### PATIENT

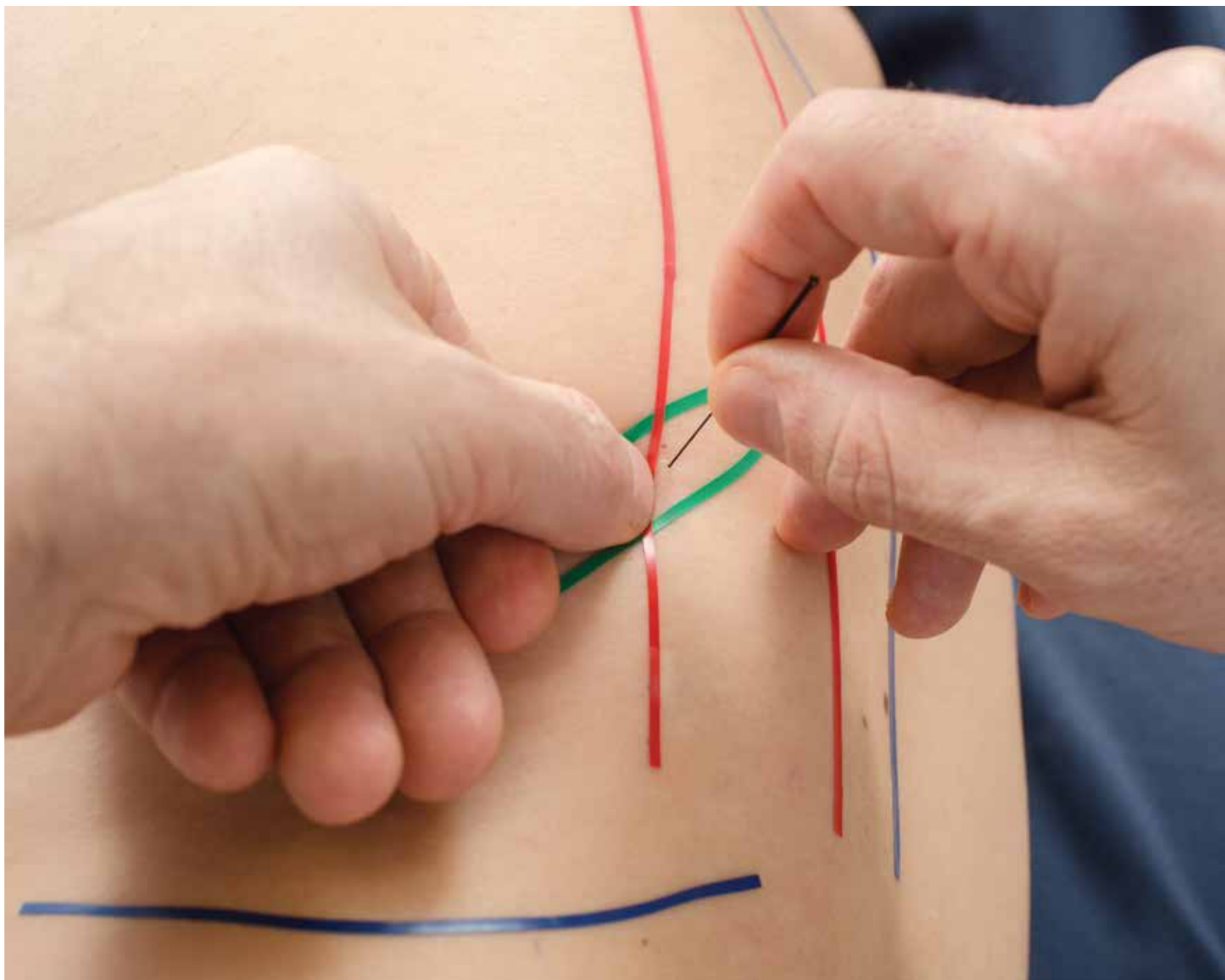
Décubitus controlatéral.

### TECHNIQUE

- Approche perpendiculaire, un doigt de chaque côté de la côte.



— Côte  
— Crête iliaque  
et limites du  
gril costal  
— Zone 3 à 8 cm  
de ligne médiane



# PARAVERTÉBRAUX

## Région thoracique inférieure (T6-T12) et latérale

Abutement sur une côte (5 à 8 cm de la ligne médiane)

### **AIGUILLE**

25 mm

### **PATIENT**

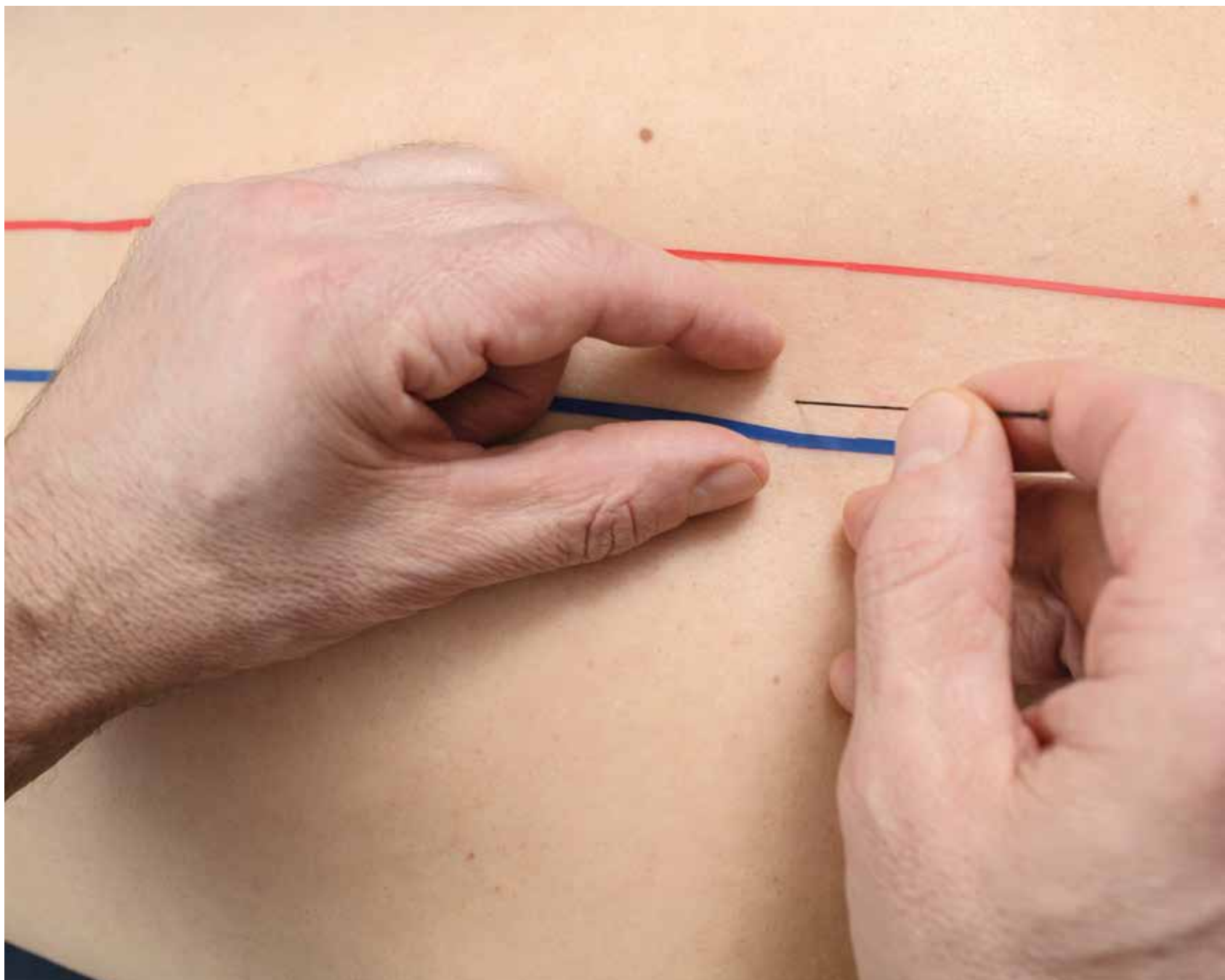
Décubitus controlatéral.

### **TECHNIQUE**

- Approche perpendiculaire le pouce sur l'apex de la côte.

Ligne médiane

Limite 3 cm



# PARAVERTÉBRAUX

Région thoracique et médiane à l'extrémité des processus transverses

Portion médiale  
(0 à 1,5 cm de la ligne médiane)

## AIGUILLE

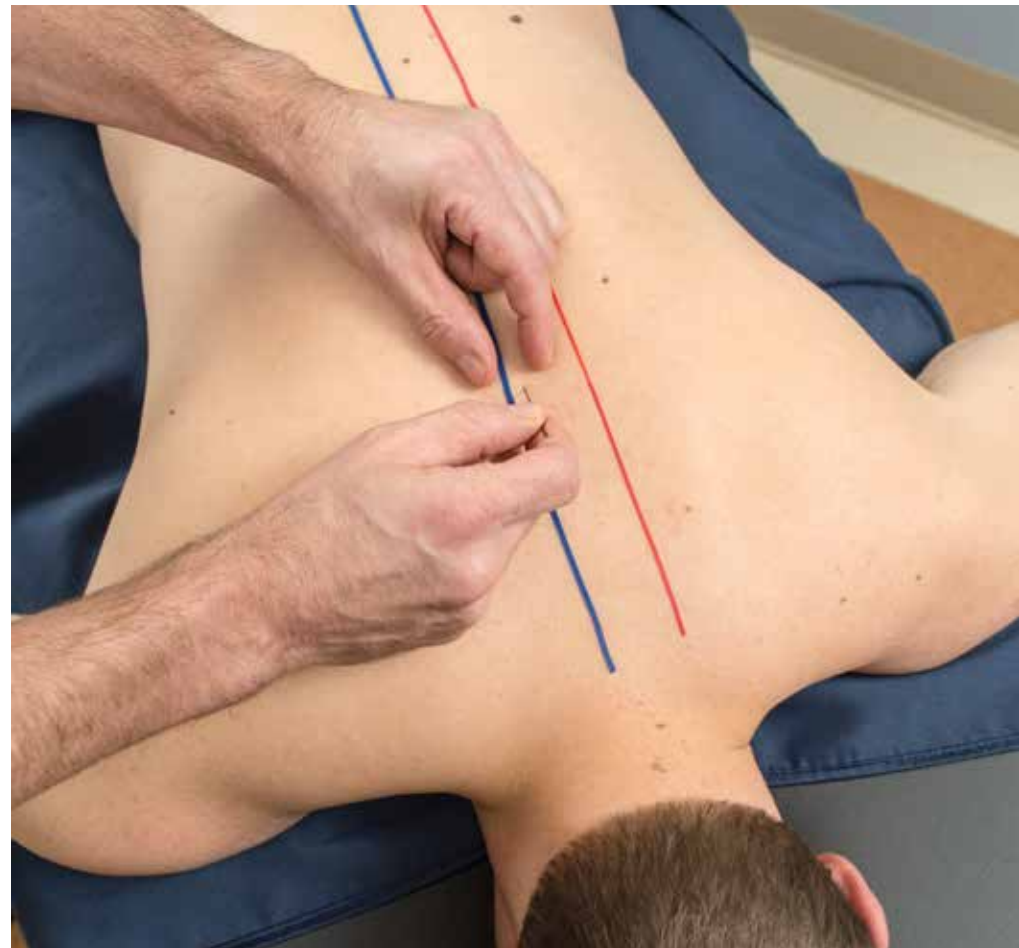
40 mm à 50 mm

## PATIENT

Décubitus ventral ou controlatéral.

## TECHNIQUE

- Approche légèrement oblique en direction caudale et parallèle au rachis.





— Limite 3 cm

— Ligne médiane

# PARAVERTÉBRAUX

Région thoracique et médiane à l'extrémité des processus transverses

Portion latérale (1,5 à 3 cm de la ligne médiane)

## AIGUILLE

40 mm à 50 mm

## PATIENT

Décubitus ventral ou controlatéral.

## TECHNIQUE

- Approche légèrement oblique en direction caudale et oblique en direction médiane.
- Augmenter l'oblicité en direction médiane plus on s'éloigne de la ligne médiane.

- Processus épineux de C2
- Ligne médiane
- Zone d'entrée pour les processus articulaires



# PROCESSUS ARTICULAIRE

## Région cervicale

### AIGUILLE

25 mm ou 40 mm

### PATIENT

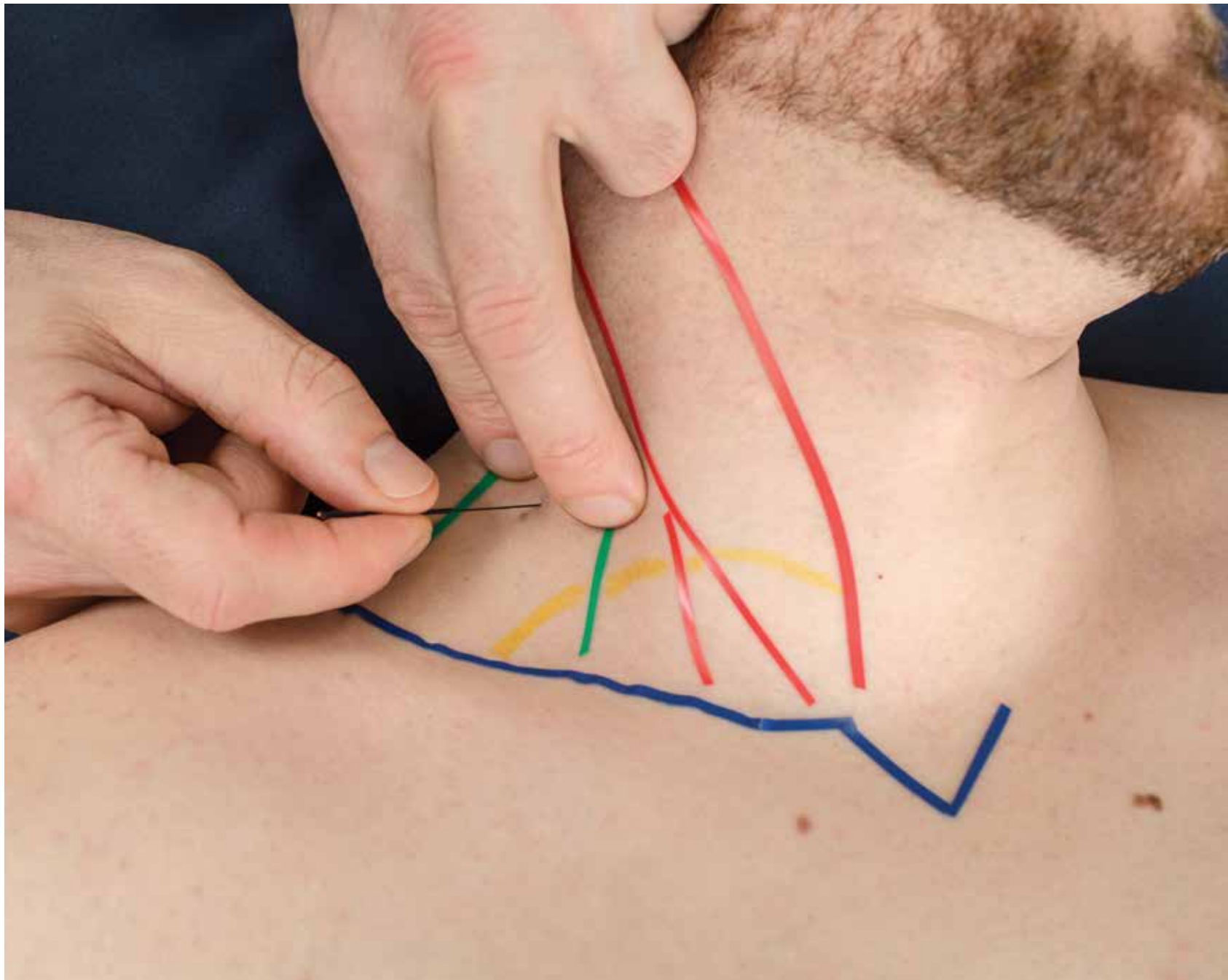
Décubitus controlatéral:

- légère flexion antérieure;
- légère rotation controlatérale de la tête.

### TECHNIQUE

- Approche perpendiculaire vers le processus articulaire.
- Point d'entrée latéralement aux semi-épineux, à environ 5-7 cm de la ligne médiane.
- Contact osseux possible.

-  Dôme pleural
-  Limites antérieure (bord latéral du SCM) et postérieure (bord antérieur du trapèze) du triangle postérieur de la région cervicale
-  Sterno-cléido-mastoïdien
-  Bord supérieur clavicule et manubrium



# SCALÈNE MÉDIAL

## AIGUILLE

25 mm, parfois 40 mm

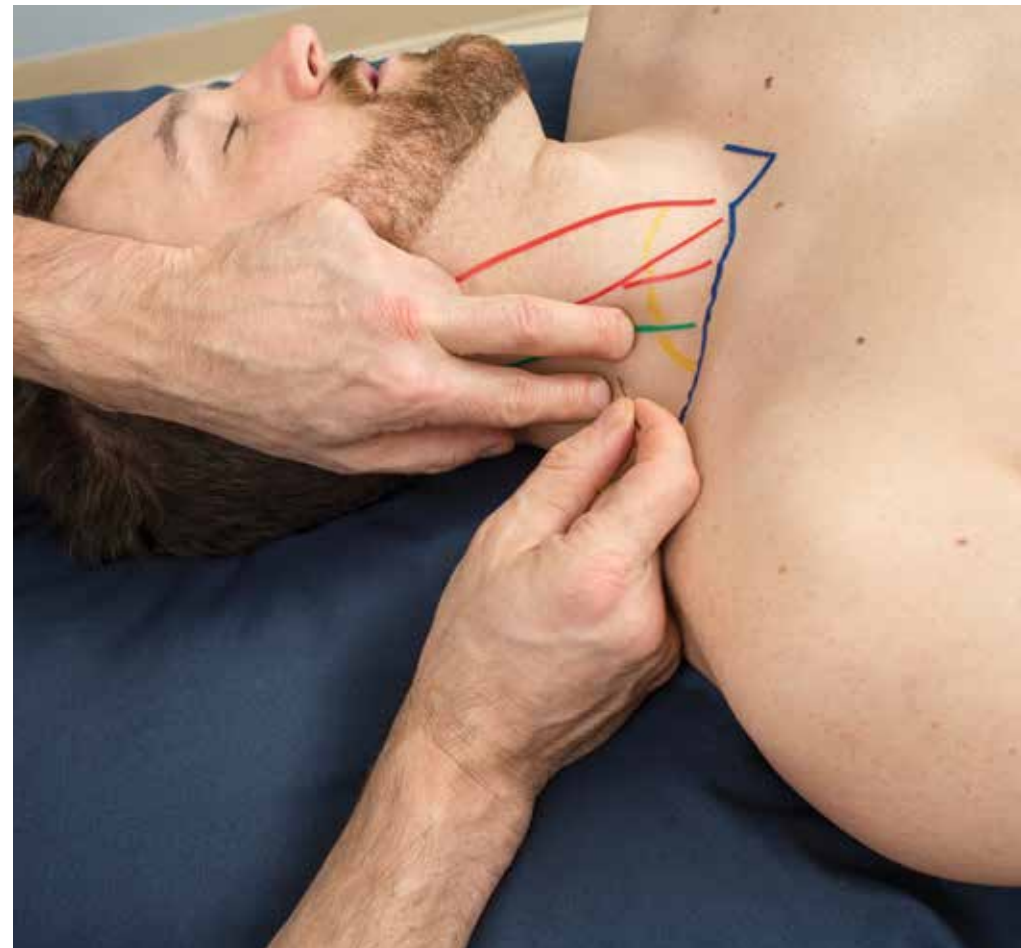
## PATIENT

Décubitus dorsal :

- légère flexion controlatérale de la tête.

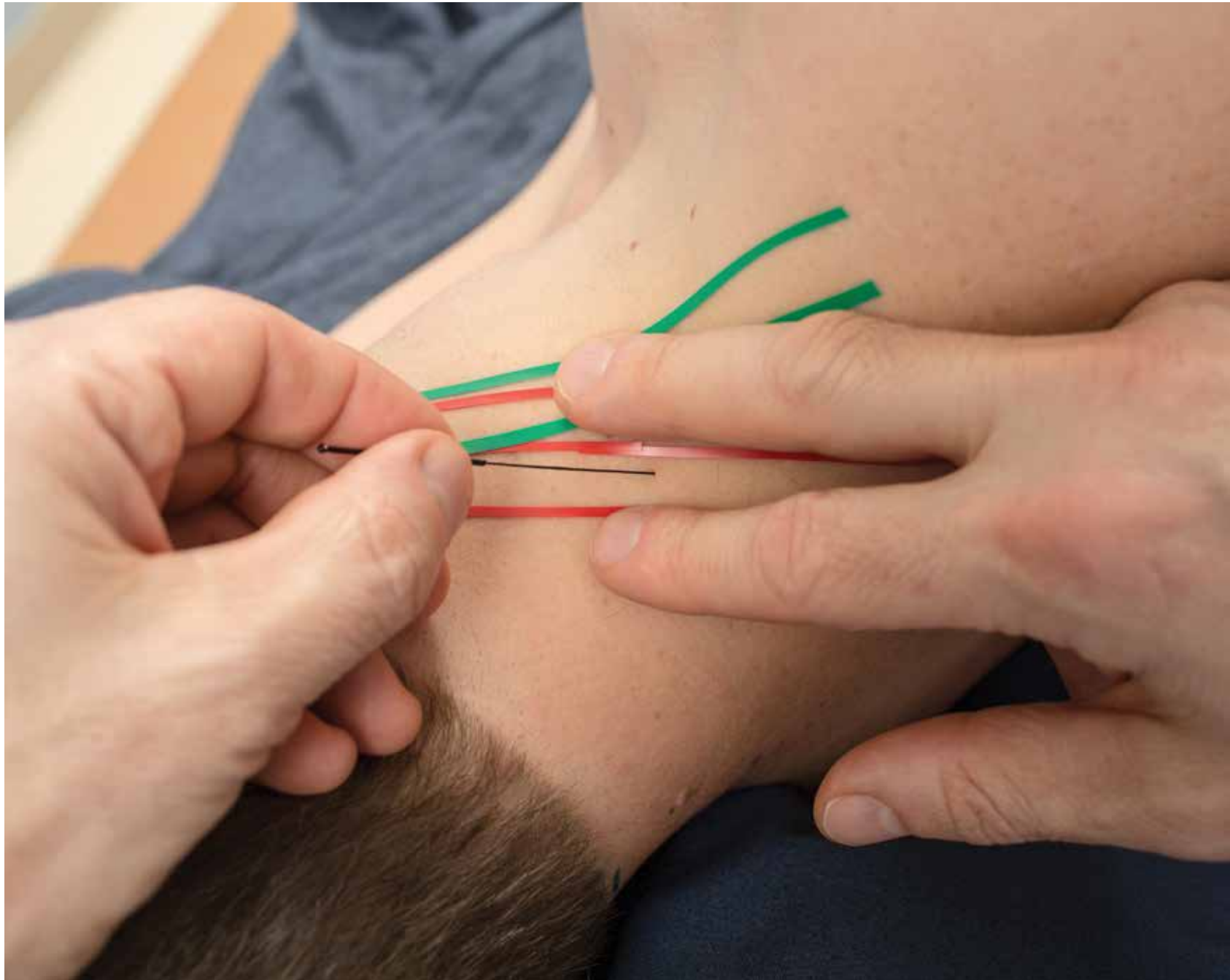
## TECHNIQUE

- Poncture avec la main distale.
- Point d'entrée à au moins 4 cm au-dessus de la clavicule afin d'éviter le dôme pleural.
- Approche perpendiculaire à légèrement oblique direction crâniale.
- Enserrer le scalène moyen avec la main crâniale afin de s'assurer de demeurer dans le muscle et d'éviter ainsi le plexus brachial.



Splénius du cou

Élévateur de  
la scapula



# SPLÉNIUS DU COU

## AIGUILLE

40 mm

## PATIENT

Décubitus controlatéral:


- tête en légère flexion antérieure et rotation controlatérale.

## TECHNIQUE

- Palpation en profondeur et médial à l'élévateur de la scapula.
- Point d'entrée vers C5 à C7.
- Approche oblique direction caudale et médiale.



 Splénius  
de la tête

 Processus  
mastoïde



# SPLÉNIUS DE LA TÊTE

## AIGUILLE

25 mm, parfois 40 mm

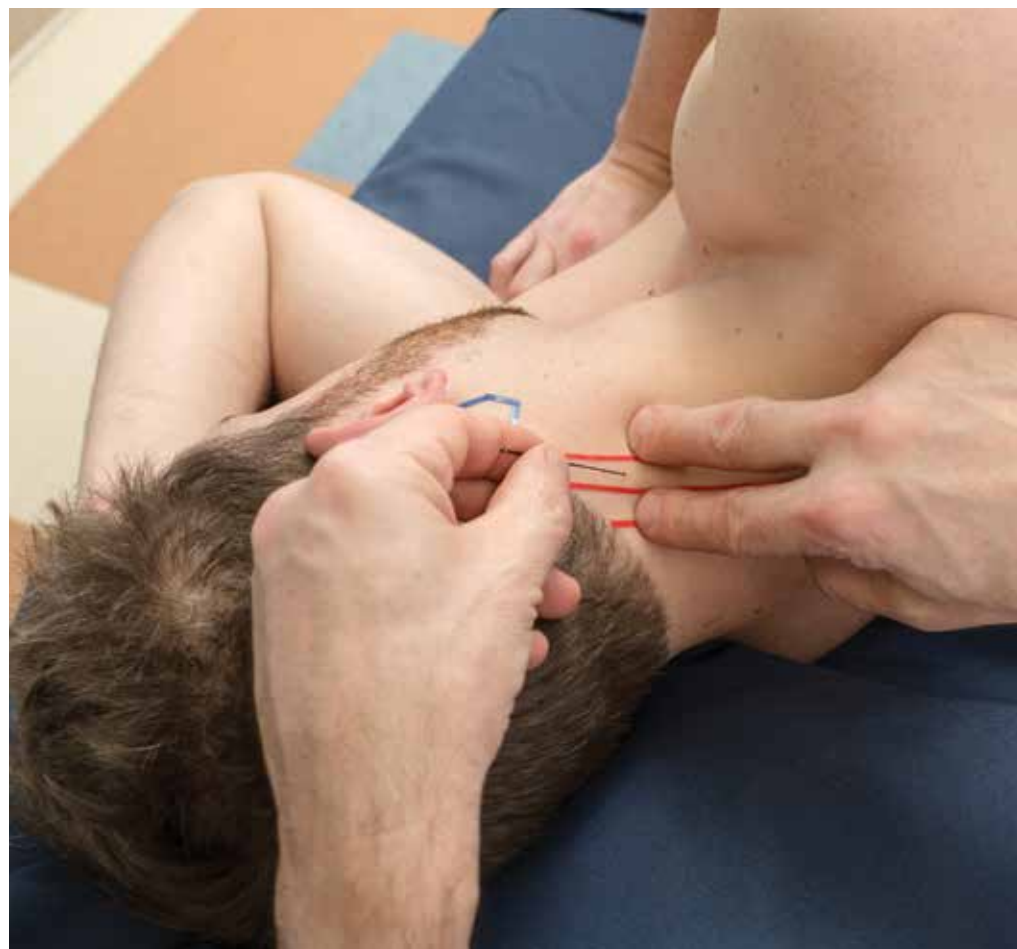
## PATIENT

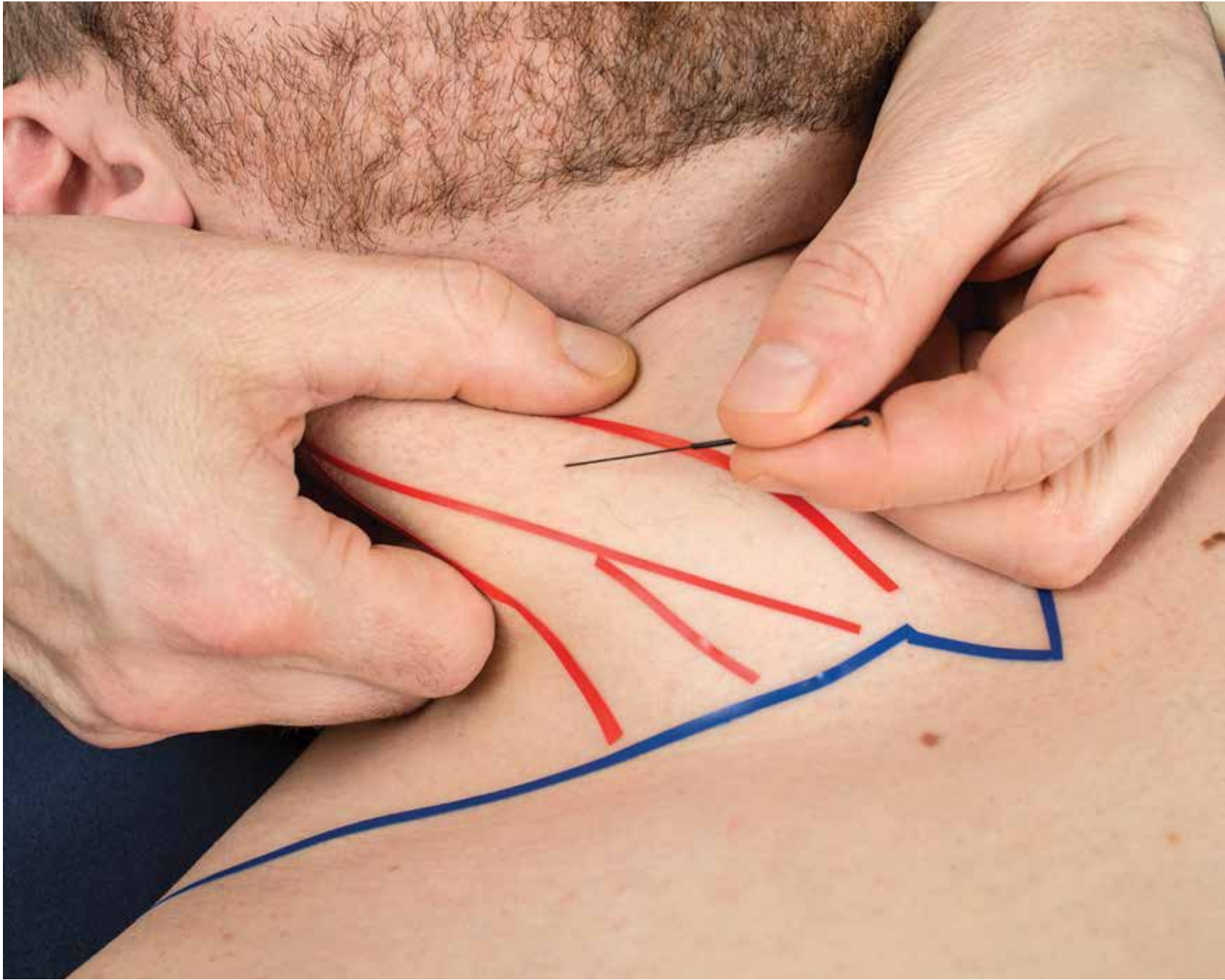
Décubitus controlatéral:

- permet un meilleur ajustement de la tête – donc de la tension du muscle – par une rotation controlatérale.

## TECHNIQUE

- Approche oblique direction caudale et vers la ligne médiane.
- Enserrer les fibres.





—  
Sterno-  
cléido-  
mastoïdien

—  
Bord supérieur  
clavicule et  
manubrium

# STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN

## Chef sternal

### AIGUILLE

25 mm

### PATIENT

Décubitus dorsal.

### TECHNIQUE

- Approche oblique dans le sens des fibres.
- Prise en pinçant (en clé).
- Point d'entrée à plus de 4 cm au-dessus de la clavicule de façon à éviter le dôme pleural qui s'élève à environ 2,5 cm.





—  
Sterno-  
cléido-  
mastoidien

—  
Bord supérieur  
clavicule et  
manubrium

# STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN

## Chef claviculaire

### AIGUILLE

25 mm

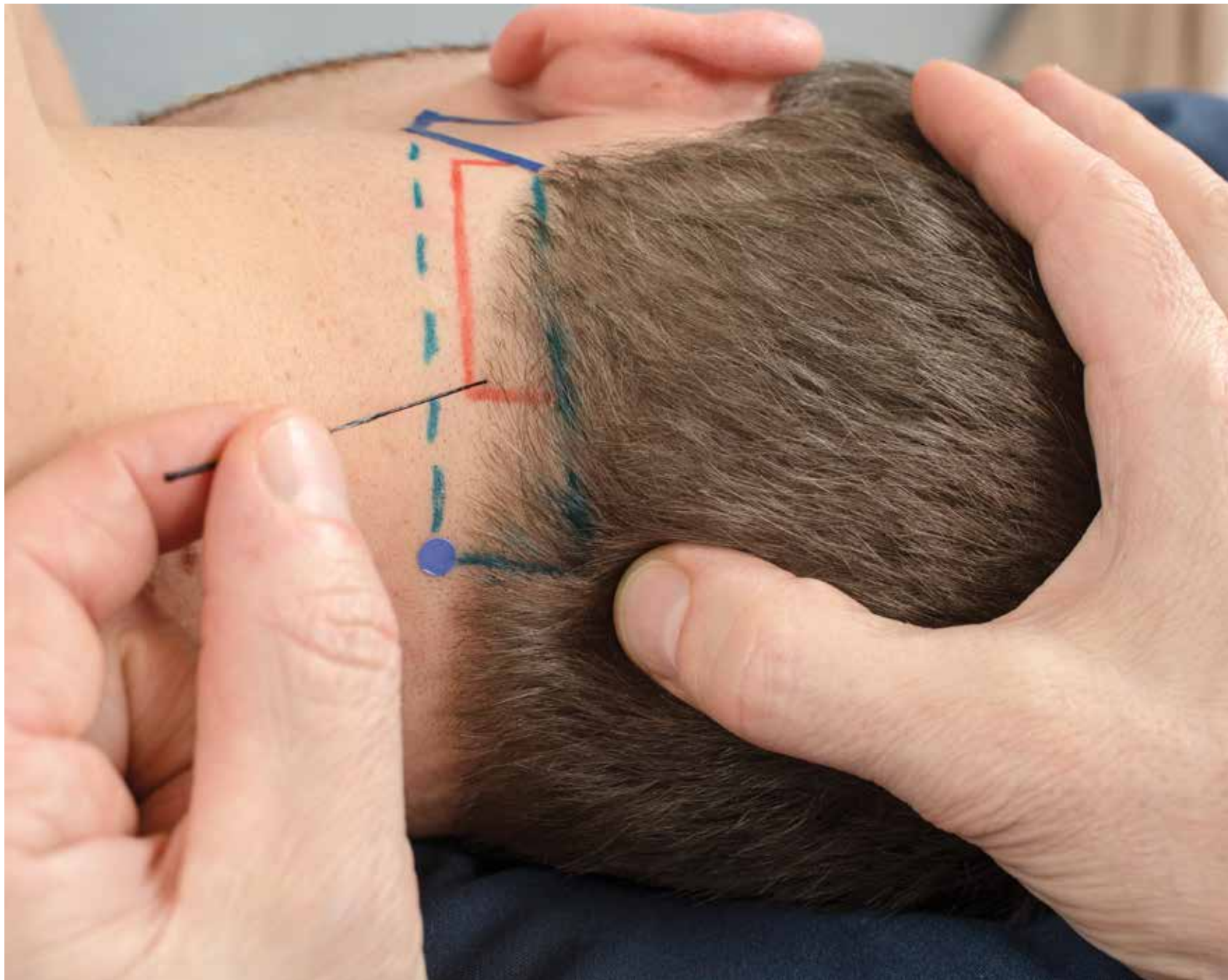
### PATIENT

Décubitus dorsal.

### TECHNIQUE

- Point d'entrée dans la portion antéro-médiale du chef sternal.
- Approche perpendiculaire vers l'index maintenant la prise en clé sous le chef claviculaire (direction postérieure et un peu latérale).

- Processus mastoïdien
- Processus épineux de C2
- /// Rectangle délimité par la ligne médiane, le processus mastoïde, l'horizontale de C2 et l'horizontale de la limite inférieure de la protubérance occipitale ou le rebord de l'occiput (CO)
- Bordé par une ligne à 2,5 cm de la ligne médiane (en arrière), le bord postérieur du processus mastoïdien (en avant), les trois quarts de l'espace compris entre CO et C2 (C1,5). C'est la zone d'accès pour les muscles suboccipitaux



# SUB-OCCIPITAUX

## Portion médiale

### AIGUILLE

40 mm

### PATIENT

Décubitus controlatéral préférable.

### TECHNIQUE

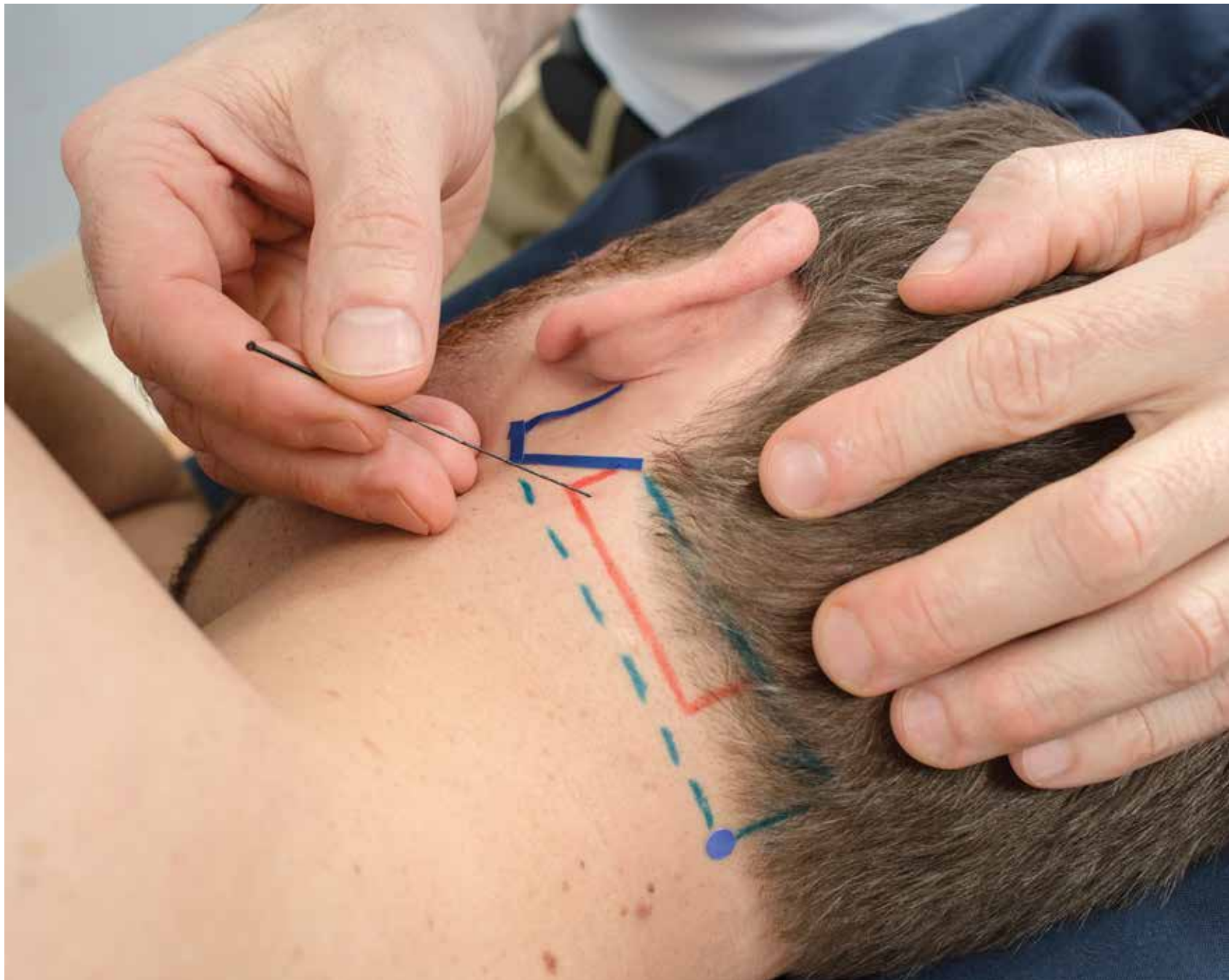
- Point d'entrée entre C 1,5 et l'occiput (voir la légende en page 128).
- Approche oblique à tangentielle vers l'occiput et légère direction latérale

■  
Processus  
mastoi'dien

●  
Processus  
épineux de C2

///  
Rectangle  
délimité par la  
ligne médiane,  
le processus  
mastoi'de,  
l'horizontale de  
C2 et l'horizontale  
de la limite  
inférieure de la  
protubérance  
occipitale ou  
le rebord de  
l'occiput (CO)

■  
Bordé par une  
ligne à 2,5 cm de  
la ligne médiane  
(en arrière),  
le bord postérieur  
du processus  
mastoi'dien  
(en avant),  
les trois quarts  
de l'espace  
compris entre  
CO et C2 (C1,5).  
C'est la zone  
d'accès pour  
les muscles  
suboccipitaux



# SUB-OCCIPITAUX

## Portion latérale

### **AIGUILLE**

40 mm

### **PATIENT**

Décubitus controlatéral préférable.

### **TECHNIQUE**

— Approche oblique à tangentielle vers l'occiput et légère direction médiale.



Ordre professionnel  
de la physiothérapie  
du Québec

---

PREUVE DE COMPÉTENCE

7151, rue Jean-Talon Est, Anjou (Québec) H1M 3N8  
Téléphone : 514 351-2770  
[www.oppq.qc.ca](http://www.oppq.qc.ca)

ISBN 978-2-9812541-2-2  
Décembre 2017