

Quels moyens au service de la normalisation musculo-aponévrotique dans le cadre d'une cervicalgie ?

Gilles Barette (Paris)



Choix technique

Traitement des cervicalgies



Techniques musculaires

- Reposent sur trois approches différentes et complémentaires qui sont
- Les levées de tension musculo-aponévrotiques
- Les techniques d'inhibition
- Les techniques de MET selon Mitchell

Les levées de tension

- Techniques mises au point dans les années 80,
- Reposent sur la notion de mise en course externe maximale possible et de contraction maximale supportée
- Entraînent une mise en allongement des structures passives
- Peuvent donc se révéler douloureuses dans certains cas



Les techniques d'inhibition

- Reposent sur les travaux d'Irwin Korr
- Notion de fuseaux neuro-musculaires
- Dans le cadre de la cervicalgie aiguë, il y aurait une hyperexcitabilité de ce fuseau entretenant la fixation articulaire
- Le raccourcissement musculaire permettrait d'obtenir un relâchement du fuseau et donc une libération articulaire
- Cette explication demande à être vérifiée
- Jones

Les MET ou TEM (muscular energy technics)

- Pour Fryer , ces techniques auraient une action sur les cervicalgies aiguës (Fryer 2005, Schweria 2008)
- Les mécanismes habituels d'action reposent :
 - Le contracté-relâché
 - Mais permettraient aussi la stimulation de la circulation et le drainage lymphatique (Havas 1997)
 - Permettraient avec les mobilisations articulaires passives une modification des gradients de pression autour et l'intérieur de l'articulation et un drainage des tissus et des articulations
 - Permettraient une hypoalgésie par activation de la substance grise péri-acqueducale
 - Relanceraient la proprioception

Utilisation des TEM

- Susceptibles d'être utilisées pour
 - Améliorer la souplesse musculaire
 - Réduire la douleur d'origine musculaire
 - Réduire l'œdème local et la congestion



Dysfonction musculaire aiguë ou chronique (Fryer 2006)

- Dysfonctions musculaires aiguës
 - Possible utilisation de contractions rythmiques douces
 - Amélioration de la circulation
 - Stimule la réparation tissulaire et le remodelage conjonctif
 - Réduit la douleur
- Dysfonctions musculaires chroniques
 - Utiliser des forces de contraction et d'étirement modérées à fortes
 - Modifications des qualités visco-élastiques et plastiques du tissu conjonctif

Recommandations

- Nombre de phases de contracté-relâché: 1 à 3
 - Les études tendent à montrer qu'une contraction est suffisante, les bénéfices des contractions supplémentaires non établies
- Durée des contractions de durées courtes de 3 à 5s
 - Résultats contradictoires donc on conseille cette durée
- Intensité de la contraction: contractions douces recommandées
 - Résultats contradictoires donc on conseille cette intensité
- Durée de l'étirement post-isométrique: 3 à 5 s
 - Résultats contradictoires (3 à 30 ") donc on conseille cette durée
- associé avec les points gâchettes myofasciaux
 - Donne de meilleurs résultats



Levées de tension



Levée de tension des scalènes antérieur et moyen



Levée de tension du sub-clavier



Levée de tension du petit pectoral



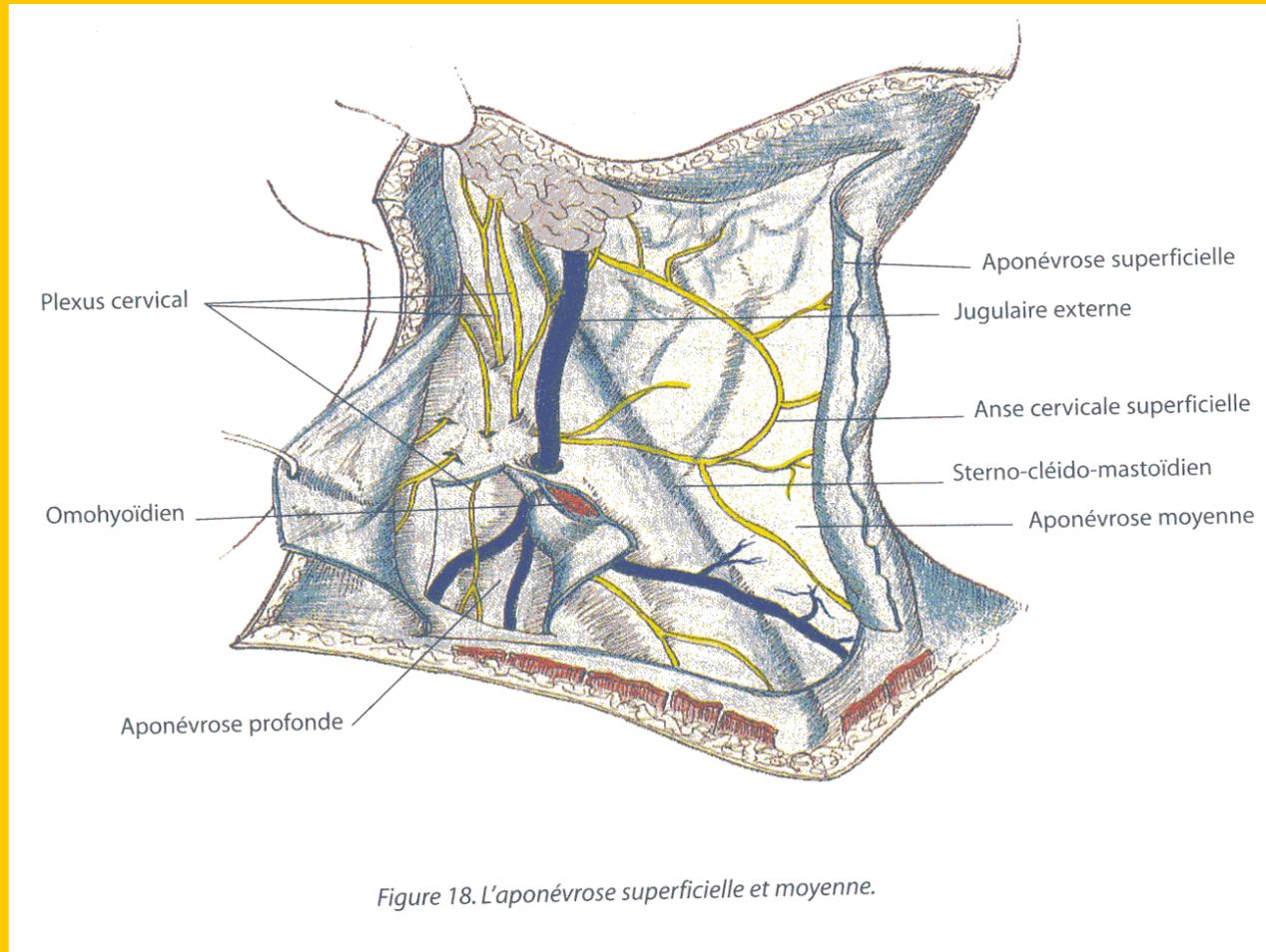
Levée de tension du Splénius



Levée de tension du petit dentelé postéro-supérieur



Le fascia cervical superficiel



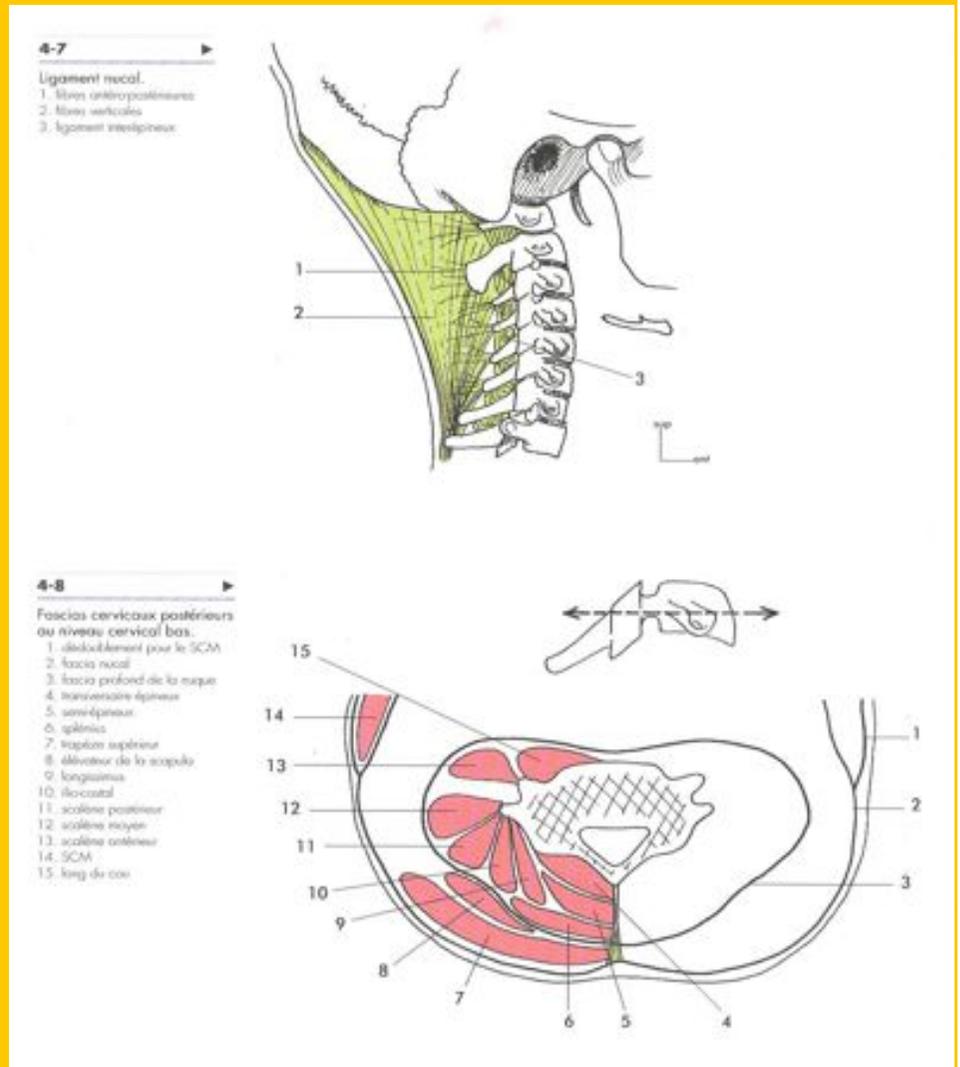
Fascia cervical superficiel



3-1 Septum nuchal

Cas particuliers :

- au niveau de la région cervicale, il présente dans la partie postérieure une cloison fibreuse.
 - Septum* nuchal (* cloison en latin)
- Son hypoextensibilité fixe le rachis cervical haut en extension et du rachis cervical bas en flexion
- Il laisse passer des branches nerveuses...



Techniques d'inhibition



Techniques cervicales



MET ou TEM



Levée de tension du couple inter-transversaire transversaire-épineux à l'étage



Bibliographie

- Educational Council on Osteopathic Principles of the American Association of Colleges of Osteopathic Medicine. *Glossary of Osteopathic Terminology*. In: Chila AG, ed. *Foundations of Osteopathic Medicine*. 3rd ed. Baltimore: William & Wilkins; 2011:1098-1099.
- Rogers FJ, D'Alonzo GE, Jr., Glover JC, Korr IM, Osborn GG, Patterson MM, et al. . Proposed tenets of osteopathic medicine and principles for patient care. *J Am Osteopath Assoc*. 2002;**102**:63-5.
- Chaitow L. Is a postural-structural-biomechanical model, within manual therapies, viable?: A JBMT debate. *J Bodyw Mov Ther*. 2011;**15**:130-52.
- Fryer G. Muscle energy technique: An evidence-informed approach. *Int J Osteopath Med*. 2011;**14**(1):3-9.
- Fryer G. Intervertebral dysfunction: a discussion of the manipulable spinal lesion. *J Osteopath Med*. 2003;**6**(2):64-73.
- Fryer G. Research-informed muscle energy concepts and practice. In: Franke H, ed. *Muscle Energy Technique: History - Model - Research (Monograph)*. Ammersestr: Jolandos; 2009:57-62.

Bibliographie

- Fryer G. Muscle energy technique: research and efficacy (Chapter 4). In: Chaitow L, ed. Muscle Energy Techniques. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2006:109-132.
- Fryer G, Fossum C. Therapeutic mechanisms underlying muscle energy approaches. In: Fernández-de-las-Peñas C, Arendt-Nielsen L, Gerwin RD, eds. Tension-type and Cervicogenic Headache: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2009:221-229.
- Kuchera WA, Kuchera ML. Osteopathic Principles in Practice. Missouri: Kirksville College of Osteopathic Medicine Press; 1992.
- Schleip R. Fascial plasticity – a new neurobiological explanation. Part 1. Journal of Bodywork & Movement Therapies. 2003;7(1):11-19.