

Libération des tissus mous dans le cadre de la cervicalgie

RÉSUMÉ | SUMMARY

En kinésithérapie, le praticien se trouve face à une palette variée de techniques musculaires et aponévrotiques. Le choix doit reposer sur les informations et les résultats de ses bilan et diagnostic kinésithérapiques.

À l'issue, les techniques deviennent efficaces et totalement réalisables avec le patient.

In physiotherapy, the clinician has a large range of muscle and soft tissue techniques at his disposal. The choice of technique is based on the results of the assessment and physiotherapy diagnosis.

Thus, the techniques become effective and feasible to be used with the patient.

Gilles BARETTE

Kinésithérapeute
Directeur général
Institut de thérapie
manuelle de Paris
(ITMP)

Frédéric ESTAMPE

Kinésithérapeute
Enseignant
Institut de thérapie
manuelle de Paris

Fabrice BARILLEC

Kinésithérapeute
Directeur technique
Institut de thérapie
manuelle de Paris

Xavier DUFOUR

Kinésithérapeute
Ostéopathe D.O.
Directeur
Institut de thérapie
manuelle de Paris

Les auteurs déclarent ne pas avoir un intérêt avec un organisme privé industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Bilan ► Cervicalgie ► Diagnostic ► Tissus mous

► Bilan ► Neck pain ► Diagnosis ► Soft tissues

Comme nous l'avons vu précédemment, le bilan amène le praticien à envisager une prise en charge des tissus mous. Cette dernière est envisageable avant de travailler les articulations elles-mêmes. Elles permettent de préparer le patient à des manœuvres plus spécifiques en vue de redonner de la mobilité dans les zones qui l'ont perdue.

Le bilan tissu par tissu nous permet une approche directe et par le fait une technique adaptée à chacun d'entre eux. Nous nous intéressons donc successivement au tissu cutané, musculaire et aponévrotique.

Le tissu cutané est, par définition, le premier que nous touchons. Il est souvent révélateur de tensions voire de l'expression de douleurs projetées provenant de zones situées à distance. Son approche est réalisée par des techniques le plus souvent de palper-rouler qui permettent une libération de la zone tendue ainsi que dans certains cas la possibilité de traiter les zones douloureuses retrouvées dans les triggers points (zone Target) décrites par Travell et Simons [1-3].

Cette approche réalisée, le praticien peut envisager de commencer à traiter les zones musculaires. Comme nous l'avons précisé dans de précédents articles, nous sommes face à deux types de contractures qui sont soit de type myoélectrique,

soit myométabolique, telles que les a décrites Péninou [4]. La reconnaissance de ce type de contracture oblige le praticien à un choix technique précis. Gary Fryer [5] précise à ce sujet qu'il est important aussi de redonner en plus de la liberté articulaire, une information neurologique ou neurosensitive, indispensable au fonctionnement du rachis cervical.

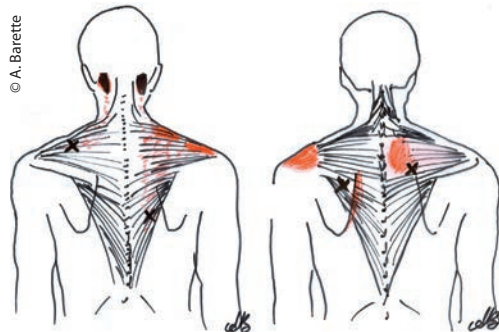
Ces techniques sont donc des techniques d'inhibition musculaire qui reprennent les bases physiologiques décrites par Irwin Korr [6]. Bien que critiquables aujourd'hui, car dépassées au niveau de l'expérimentation, elles ont donné leurs preuves d'efficacité au sein des techniques décrites par Harold Hoover, ou par Jones (In: Chaitow [7]).

Le principe de cette technique consiste à emmener le muscle dans une position de raccourcissement favorisant le silence électrique au sein du fuseau neuromusculaire. Cette technique peut être décrite de la manière suivante en prenant l'exemple des muscles courts du rachis cervical moyen.

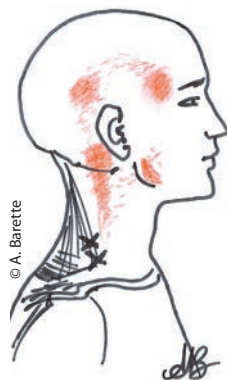
Le patient est allongé en décubitus, dans une position favorisant le relâchement. Le praticien se situe à sa tête. Ce dernier, pour pouvoir travailler en total confort, est assis avec les deux bras posés sur la table, les mains de chaque côté du rachis cervical à traiter. Il va dans un premier temps explo-



► **Figure 1**
Inhibition cervicale



► **Figure 2**
Trigger 1



► **Figure 3**
Trigger 2

rer des gouttières paravertébrales de manière à isoler une contracture sur un étage, se traduisant par une espèce de nodule, restant localisé dans la zone à traiter.

Une fois évaluée la dysfonction étagée, le praticien va réaliser les gestes suivants. Nous prenons comme exemple le cas d'un nodule trouvé à gauche le long des paravertébraux à l'étage C4-C5. Le point est postérieur et latéralisé. De manière à respecter les principes édités par les auteurs cités ci-dessus, nous allons utiliser le placement suivant : Avec ses deux mains, le praticien va placer la tête du patient en extension, d'autant plus que le point est postérieur. Il va ensuite emmener cette dernière en inclinaison et rotation.

Cette approche va ensuite commencer à raccourcir les fuseaux neuromusculaires. Il est important de comprendre que le positionnement du patient se fait avec sa participation. En effet, le praticien, durant la durée de la mise en place des paramètres du traitement, utilise un de ses doigts libres, pour réaliser un appui sur le corps musculaire. Par rapport à une douleur étalon évaluée au début du traitement, le praticien à l'aide du contrôle verbal, sollicite son patient afin de pouvoir affiner le placement. Le travail est réalisé de manière progressive, afin d'intégrer deux paramètres que sont, la pression sur la surface articulaire et le side-bending à l'étage.

Une fois donc trouvée la position de confort en extension et inclinaison-rotation, le praticien réalise une pression dans l'axe qui a pour but de relâcher les tensions au sein du muscle. Cette pression est précédée d'un positionnement en side-bending permettant de renforcer l'inclinaison. Elle est controlatérale à l'inclinaison précédemment réalisée. Le positionnement d'inhibition est considéré comme valable lorsque le patient a vu diminuer sa douleur (fig. 1, 2 et 3). Le retour à la position de départ se fait après un maintien d'environ 90". Le bilan est repris ensuite.

Les techniques de triggers ou de traitement du syndrome myofascial douloureux (SMD) sont intermédiaires entre les techniques précédentes et les suivantes qui sont les levées de tension. Le diagnostic repose sur le signe distinctif d'un SMD qui est le point trigger myofascial. On peut palper les traits caractéristiques des points triggers. Les critères du diagnostic sont les suivants :

- existence d'un cordon musculaire associée à une zone exquise et bien localisée avec des douleurs élevées à la compression dans le cordon musculaire ;
- une irradiation, et reproduction des douleurs du patient lors de la provocation manuelle du point trigger accompagne ce dernier. Il s'ensuit une réponse contractile locale du cordon musculaire. Les points triggers déclenchent des symptômes dans des zones de référence typiques.

Le traitement des points triggers utilise quatre techniques qui sont :

- technique I : compression du point trigger ;
- technique II : étirement manuel du cordon musculaire ;
- technique III : extension manuelle ;
- technique IV : mobilisation intermusculaire des aponévroses superficielles.

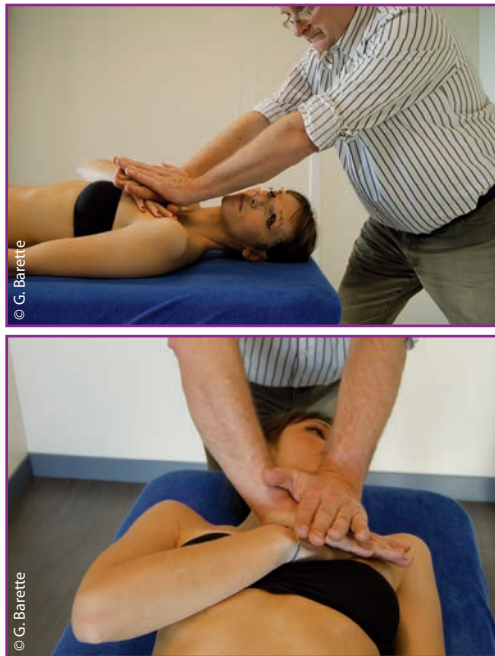
On exécute les techniques des points triggers et la mobilisation intermusculaire avec une pression manuelle puissante. La thérapie des points triggers est souvent associée à des douleurs prononcées. Mais ces douleurs pendant le traitement doivent par principe rester tolérables et si possible perçues comme une « douleur de bien-être ». Plus précis est le traitement du point trigger, moins la pression appliquée est forte.

Les points sont situés dans le corps musculaires, leur identification étant réalisée manuellement. Le point est traité soit par compression, soit par étirement manuel du cordon musculaire. La manipulation des aponévroses superficielles est aussi envisageable lors de tension importante. La réussite du traitement se traduit par une diminution ou une sédation totale de la douleur.

LES LEVÉES DE TENSION MUSCULO-APONÉVROTIQUE

■ Levées de tension des scalènes

Péninou [2] a, lui, une analyse spécifique lorsqu'il aborde la justification physiologique des tensions musculaires. Dans ses différents écrits, les tensions musculaires sont présentées comme étant des tensions de type myométabolique, c'est-à-dire



► Figures 4 et 5

Levée de tension du scalène

une tension ou contracture qui, à point de départ électrique, évolue vers un silence électrique associé à un accrochage des ponts d'actine-myosine permettant de conserver cet état de tension. Cette modification de l'activité intramusculaire a l'avantage d'être économique d'un point de vue énergétique, de ne pas être ressentie, du moins faiblement par le patient, et de s'étendre à la fois de manière temporelle et spatiale. Ces tensions pérenniseraient les chaînes musculo-aponévrotiques précitées.

Nous prendrons comme exemple les muscles scalènes qui sont au nombre de 3 (antérieur, moyen et postérieur) ainsi que le Splénius. Les deux plus intéressants dans de nombreuses pathologies de la région cervico-dorsale sont l'antérieur et le moyen. Le postérieur est plus concerné par les pathologies de la seconde côte et de l'étage T2-T3.

Leroux considère que la rotation permettant d'étirer le scalène postérieur doit se faire à l'opposé de celle utilisée pour les deux autres.

■ Exemple de levée de tension des scalènes (fig. 4 et 5)

Le sujet est allongé en décubitus dorsal, bras le long du corps. Le côté à étirer est le droit. Le praticien demande au patient une rotation vers la

droite. Cette rotation est maximale dans la limite du supportable. Elle ne doit déclencher aucune douleur. S'il en apparaît une, le praticien limite la rotation au niveau de la barrière mécanique et ne va pas au-delà.

Le praticien est placé à la tête ; il réalise avec sa main droite un appui au niveau sous-claviculaire en s'étant donné au préalable un crédit de peau. Cet appui prend à la fois la côte, le cartilage costal et le sternum, de manière à éviter tout mouvement de porte-à-faux au niveau des articulations costo-chondrales et chondro-sternales.

La main gauche vient renforcer la main droite par un appui perpendiculaire, avec les doigts dirigés vers les pieds.

Le praticien exerce une première poussée dirigée en oblique vers la zone fessière. Il demande au patient une poussée sur le temps inspiratoire et y résiste. Il laisse un temps de latence de quelques secondes, puis réalise un étirement du muscle sur le temps expiratoire.

La même manœuvre peut être réalisée trois fois jusqu'à relâchement musculaire évalué par la palpation des scalènes en arrière du SCOM.

■ La levée de tension du muscle splénius droit

Le patient est placé en décubitus dorsal. Le praticien, placé à sa tête, effectue un appui abdominal sur l'occiput du patient fixant ainsi la flexion haute du rachis. La main droite, par une prise de la première commissure en regard de C7-T1, englobe et fixe la base du cou. La main gauche réalise une prise englobante temporo-occipito-maxillaire gauche (fig. 6 et 7). Une poussée dirigée vers la droite et le bas entraîne une translation droite et une rotation gauche du rachis supérieur. La poussée est dans la direction inverse de la main crâniale, entraînant une rotation droite du rachis inférieur.

La technique est réalisée par une translation droite de la tête avec fixation de la base du cou. Il est demandé une contraction non maximale du muscle par résistance contre la translation droite pendant six secondes. Après une à deux secondes de relâchement, les paramètres sont majorés. La technique est répétée trois fois.



► Figures 6 et 7
Levée de tension du splénius

■ Tissu aponévrotique ou fascia

La région cervicale est riche en tissu aponévrotique. Nous nous intéressons au septum nuchal, entité principale du plan postérieur. Les fascias antérieurs sont aussi à aborder mais la main réalise à leur niveau un étirement en nappe, plus large et moins appuyé.

Situé en postérieur, le fascia principal est le septum nuchal, épais, tendu de l'occiput aux épineuses cervicales. Il se compose de fibres longitudinales et transversales.

Son implication est souvent retrouvée dans les pathologies cervicales chroniques. La distance œil-tâche semble à l'origine de nombreuses attitudes posturales en antéprojection de la tête. Les écrans d'ordinateur aux résolutions de plus en plus importantes, réduisent d'autant la taille des caractères, demandant à l'œil une accommodation compensée par la flexion du RCI et l'extension du RCS. Le septum nuchal sert alors de hauban passif pour fixer le RCS.

La technique de choix pour ce tissu est l'étirement centimétrique des différentes fibres. Le patient est en décubitus ventral, le front sur les mains. Dans le traitement des fibres transversales, le praticien effectue une contre-prise sur l'occiput de la main



► **Figures 8 et 9**
Étirement du septum nuchal

crâniale. Le tissu est mis en tension par une flexion haute cervicale. De la main caudale, il effectue une prise en pont, entre le pouce et l'index (fig. 8 et 9).

L'intensité de la pression permet de cibler le fascia : si notre pression est trop faible nous restons cutané, à l'inverse si elle est trop forte nous sommes musculaire. Nous veillerons à rester en arrière des transverses vertébrales afin de ne pas solliciter la zone antérieure. Puis, une traction centimétrique du tissu est réalisée vers l'arrière et légèrement oblique en suivant le prolongement des processus épineux.

Le traitement des fibres longitudinales est réalisé dans la même position. Deux prises en pince réalisent un étirement centimétrique divergent répété sur toute la longueur du septum deux à trois fois. Une progressivité dans le lever du patient est réalisée afin d'éviter tout déséquilibre dû à cet étirement du fait des modifications sensori-motrices créées.

L'ensemble de ces différentes techniques est rassemblé dans un tableau. Elles doivent permettre au praticien de faire un choix technique en fonction du bilan réalisé.

CONCLUSION

Les techniques de traitement des tissus mous vont permettre au praticien de réaliser une libération des différents gènes et restrictions de mobilité rencontrées dans le traitement des pathologies cervicales.

Encore une fois, c'est la précision de son bilan qui guide le praticien afin de réaliser le geste précis et

efficace. Ces techniques sont néanmoins à explorer d'un point de vue justification scientifique, mais ayant fait l'objet d'un consensus professionnel, elles n'en restent pas moins des techniques de choix. ✖



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Travell JG, Simons DG. *Myofascial pain and dysfunction: the trigger points manual*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1992.
- [2] Péninou G. *Les tensions musculaires*. Paris : Maloine, 2008.
- [3] Fryer G. Muscle energy techniques. In: Fernandez de Las Penas C (ed) *Tension type and cervicogenic headache*. Jones Bartlett Publications, 2010.
- [4] Korr IM. Proprioceptors and somatic dysfunctions. *J Am Osteopath Acad* 1975;74:638-50.
- [5] Chaitow L, Walker Delany J. *Clinical application of neuromuscular techniques. The upper body*. Churchill Livingstone, 2000.
- [6] D'Ambrogio KJ, Roth BG. *Positional release therapy*. St Louis: CV Mosby, 1997.
- [7] Debroux JJ. *Relâchement myofascial spontané et tender points*. Paris : Frison-Roche, 1998.
- [8] Barette G, Dufour X, Cerioli A. Place des techniques de « strain-counterstrain » dans l'arsenal du thérapeute manuel en pratique quotidienne. *EMC* 2012, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-065-A10 : 1-13.
- [9] Travell JG, Simons DG. *Myofascial pain and dysfunction: the trigger points manual*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1992.
- [10] Barette G, Cérioli A, Dufour X, Barillec F. Traiter les tensions musculaires en thérapie manuelle. *Kinésithér Scient* 2011;519:????.