

Le glissement articulaire ou **TECHNIQUES NON FORCÉES** **TNF₃**

RACHIS CERVICAL

Nous sommes comme des nains assis sur des épaules de géants. Si nous voyons plus de choses et plus lointaines qu'eux, ce n'est pas à cause de la perspicacité de notre vue, ni de notre grandeur, c'est parce que nous sommes élevés par eux. » Bernard de Chartres

(Dicebat Bernardus Carnotensis : « Nos esse quasi nanos, gigantium humeris insidentes, ut possimus plura eis et remotiora videre, non utique proprii visus acumine, aut eminentia corporis, sed quia in altum subvenimur et extollimur magnitudine gigantea »).

Des géants, j'en ai rencontré depuis mon école primaire grâce à mon instituteur Jean Ménard, puis au lycée avec Roger Ikor mon professeur le lettres-écrivain-philosophe-prix Goncourt et enfin au cours de mes longues études ... et la liste serait bien longue, une sorte de catalogue à la Leporello (Ma in Ispagna son già mille e tre ...).

Je vais cependant remercier ici nos "amis du sud", Pierre Rabischong, Dominique Bonneau et surtout **Jean-Marie Soulier** dont les deux livres « **Techniques non forcées et Amphothérapie** » édités par Sauramps médical* ont guidé cet exposé (jean-marie.soulier@wanadoo.fr). Tout comme je l'ai fait pour nos amis hollandais ou girondins à propos de la Biocinématique dans "Marsman pour les nuls", je me contenterai de vous initier aujourd'hui à ces techniques en vous incitant à suivre l'enseignement de Jean-Marie puis à dévorer ses deux volumes... En attendant voici un modeste "L'Amphothérapie pour les nuls" !

* les deux volumes sont accompagnés d'un DVD riche de 41 films ...



Introduction

Les surfaces articulaires ne recouvrent pas des volumes géométriques "parfaits", pas de plan, de cylindre ou de sphères ... et donc pas de mouvement circulaire ou linéaire simples ce qui est parfois résumé par le classique : « en biomécanique, pas de rotation sans translation ».

Tout travail articulaire va donc associer un roulement et un glissement. Les grands mouvements conscients, actifs et volontaires mobilisent les pièces osseuses et les petits mouvements non conscients et automatisés harmonisent les trajectoires. Ce sont ces petits mouvements qui permettent les glissements des surfaces cartilagineuses entre elles évitant ainsi les décentrages avec contact prématuré et limitation d'amplitude. Les grands muscles créent le mouvement, les petits le rendent fluide et complet, en recentrant ou en mobilisant les structures annexes, labrum ou ménisque par exemple.

Pour fléchir son genou, les condyles doivent migrer vers l'arrière du plateau tibial; pour élever mon bras ma tête humérale doit descendre le long de la glène.

Les **TECHNIQUES NON FORCÉES** ou TNF vont privilégier ces petits mouvements involontaires et non conscients de glissement pour restaurer les trajectoires.

Survolons donc ces techniques au niveau du RACHIS CERVICAL

Comme pour les autres segments corporels la cervicalgie peut avoir une origine proprioceptive et très souvent posturale puisque l'occlusion dentaire, l'oculomotricité, les cicatrices et les désordres musculo-squelettiques parfois à distance peuvent retentir sur le cou ...

L'oculo-céphalogyrie répond à une innervation volontaire au niveau des yeux : convergence, poursuite et saccades, mais aussi du cou. En effet la mobilisation volontaire ou reflexe de la tête et du cou amplifie notablement l'exploration visuelle de l'environnement.

Pour JM Soulier, la stabilisation du rachis cervical se fait par les petits muscles mono-articulaires alors que les mouvements sont réalisés par les muscles longs : SCM, Trapèze, splénius ... l'oculo-céphalogyrie repose sur des programmes moteurs automatisés.

Avant tout utilisons une **reprogrammation motrice** qui va s'automatiser par l'apprentissage :

- petites séries de 4 auto-mouvements à répéter 4 à 5 fois chaque jour, patient assis sur une chaise, bien redressé en lordose lombaire et dos plat pour diminuer la cyphose dorsale,
- 1^{er} temps : tête verticale, propulsion de la tête vers l'avant pour accroître la lordose cervicale haute
- 2^{ème} temps : rétropulsion de la tête qui reste verticale pour accroître la lordose cervicale basse (double menton)
- 3^{ème} temps : extension cervicale maximale en regardant le plafond loin en arrière afin de lordoser tout le rachis cervical jusqu'à C7-T1.

Pour les Hollandais de Marsman, il faut y adjoindre un travail d'extension thoracique : patient assis, tronc penché en avant et lordose lombaire, il diminue sa cyphose thoracique mains sur les genoux en projetant son sternum en avant tout en inspirant à fond.

En cas de rectitude cervicale simple ou avec discopathies voire avec inversion de courbure on s'aidera de radios et surtout d'un bilan de dépistage d'un syndrome postural visuel, dentaire podal ou musculo-squelettique sous-jacent (intérêt du TIM).

Là encore on proposera à ce patient une **auto-rééducation codifiée par JM Soulier** sur les bases édictées par Mc Kenzie.

- 1^{er} temps : patient assis et tête en position spontanée (le plus souvent cyphose dorsale accrue et tête projetée en avant ; il amène son index tendu vertical au contact de son nez (référence point de départ).
- 2^{ème} temps : rétropulsion maximale de la tête qui reste verticale pour diminuer la lordose cervicale haute
- 3^{ème} temps : recul maximal du menton à maintenir pendant 2 à 3 secondes pour rigidifier tout le rachis cervical.

Cet auto-exercice doit être bref mais répété un dizaine de fois par série et plusieurs fois par jour ...

Technique non forcée pour C1 et C2

Véritable alternative aux techniques manipulatives classiques, ce travail sur le rachis cervical supérieur est le seul recours devant certaines contre-indications à la manipulation forcée ou en l'absence de bilan radiologique.

L'articulation occipito-atloïdienne (condylienne) permet la flexion-extension de la tête en oui-oui, l'articulation atlo-axoïdienne (trochoïde = cylindre tournant dans un tube). Il n'existe pas de disque entre C1 et C2. Par la palpation on

peut retrouver les processus transverses de C1 et l'épineuse de C2, reliefs entre lesquels se situent les muscles obliques inférieurs.

Le bilan articulaire à ce niveau impose un verrouillage sous-jacent de C3 à T1 en inclinant la tête à 45° en extension ce qui est en fait la direction de l'odontoïde. On porte la tête du patient les deux mains en berceau soutenant occiput-mastoïdes-mandibule. La rotation normale est de 35 à 45° des deux côtés.

La lésion primaire peut être assimilée à une désaxation relative de C1 et C2 ; si C1 est déviée à gauche en rotation ou translation la rotation droite sera diminuée. On va donc exploiter, sur un patient assis, la rotation libre à gauche de C2 tout en exerçant un appui direct vers l'avant sur la lame postérieure de C2 (qui induit une rotation gauche de C2). On vérifie immédiatement l'efficacité de son geste et si besoin ...

Idéalement on réalise un bilan orthopédique selon l'étoile lieu

Première technique non forcée : la soucoupe

- patient assis, dos contre le dossier de chaise et tête verticale, sans flexion,
 - le praticien pose sa main droite en coiffe sur le vertex du patient, la pulpe de son pouce gauche sur la lame postérieure de C2 exerce une pression vers l'avant
 - la main droite va produire un mouvement circulaire de la tête en cône inversé dont le sommet serait C2, successivement : en avant > latéroflexion droite* > en arrière > latéroflexion gauche
- * si la manœuvre est insuffisante, on peut à ce moment exercer une légère poussée antérieure de C2 par le pouce gauche.*

Deuxième technique non forcée : la traction cervicale en extension

- patient assis, dos contre le dossier de chaise en extension cervicale à 45 – 60° pour relâcher les muscles postérieurs du cou
- le praticien est derrière le patient et maintient sa tête en berceau par soutien occiput-mastoïdes-mandibule, ses genoux sont un peu fléchis
- en allongeant ses genoux, le praticien met en tension le rachis cervical du patient puis effectue de petites translations horizontales de 2 à 3 cm, une quinzaine de fois en 10 secondes suivies de petites rotations droites et gauches (10 à 20°) en non-non, sans relâcher la traction. Pour finir on ramène doucement la tête à la verticale avant de relâcher la traction.

Techniques cervicales

L'examen clinique

Idéalement on réalise un bilan orthopédique selon le schéma en étoile de Robert Maigne complété par un bilan postural de dépistage d'une entrée visuelle ou dentaire en premier lieu et un bilan biocinématique enfin pour déterminer les mouvements préférentiels de la tête, du cou et même du tronc.

Palpation des zygapophysies

Sur un patient assis sur une chaise, détendu, tête en équilibre ; on maintient sa tête par le vertex pour imprimer une très légère extension passive pour détendre les chaînes postérieures, on glisse ensuite la pulpe de l'index le long de la ligne des zygapophysaires.

Bilan d'habitation zygapophysaires

Patient dans la même position, mais latéoflexion à 45° autour de la pulpe de l'index de l'examineur en billot pour examiner l'amplitude et la symétrie du glissement des facettes qui "s'habitent".

Techniques non forcées du rachis cervical moyen

3 temps thérapeutiques :

1. Libération de la zygapophyse douloureuse :
Patient assis, dos sur le dossier de chaise, tête verticale ou en très légère extension, d'une main on stabilise la tête par maintien du vertex et de l'autre on pose les pulpes des doigts sur les zygapophyses douloureuses. La pression des pulpes induit une latéoflexion locale, la main sur le vertex provoque de petits mouvements circulaires pour décoapter.
2. Recentrage zygapophysaire :
Même position du patient, maintien de la tête du patient sur le vertex et médius de l'autre main sur la zygapophyse. Mise en extension à 45° en tirant la zygapophyse vers l'avant (pour impacter les facettes), dès l'apparition de la douleur relâcher la traction. Enfin appliquer une force vers le haut, l'avant et en dehors.
3. Expansion cervicale globale :
Position inchangée du patient. Un appui zygapophysaire postérieur fera bailler le disque en avant, traction horizontale pour accentuer au maximum la lordose cervicale.

Techniques non forcées appliquées à la jonction cervico-thoracique

2 possibilités :

1. Pression puis extension globale :
Le patient reste dans la même position. Appui direct para-vertébral sur les trois premières vertèbres thoraciques et poussée oblique en bas, avant et controlatéral ; on travaille alternativement les deux côtés. On réalise de l'autre main un contre-appui en maintenant la clavicule opposée ou le vertex du patient.
2. Mobilisations successives, flexion, rotation puis latéoflexion et extension :
Patient assis sur son tabouret en position neutre et examineur derrière lui du côté de DIM, les pulpes des doigts posées sur les zygapophyses douloureuses. Quatre temps : d'abord flexion globale pour décoapter, puis rotation homolatérale à la douleur pendant que le patient réduit sa cyphose dorsale, puis latéoflexion pour finir en extension très progressive.

Mobilisations passives globales du rachis cervical

5 possibilités techniques :

1. Mobilisation passive en rotation en décubitus, tête en dehors de la table : on porte la tête du patient en rectitude grâce à l'avant-bras et on réalise une rotation pure en prenant appui sur les épineuses.
2. Mobilisation passive en rotation contrariée en position assise : patient la tête en rectitude et mains sur les cuisses, on réalise une rotation pure en empaumant la tête du patient, le contre appui se fait de la pulpe du pouce sur l'épineuse de C7, on peut associer une légère traction axiale.
3. Mobilisation globale en latéoflexion en décubitus : tête en rectitude posée sur la table, en douceur ++
4. Mobilisation globale en latéoflexion en position assise : avec contre-appui sur l'épineuse de C7.
5. Mobilisation globale en flexion en décubitus : la tête du patient repose sur les poignets croisés du praticien qui a les pulpes des doigts posés sur les épaules du patient, on fléchit la tête en relevant les avant-bras.

Mobilisations passives segmentaires du rachis cervical p70

4 possibilités : traction axiale, translation antéro-postérieure puis latérale et enfin latéoflexion :

1. Traction axiale en décubitus : tête maintenue par saisie occiput et menton

2. Mobilisation en glissement antéro-postérieur : paumes sous l'occiput et sur le front puis translation pure vers le haut.
3. Glissement latéral : les paumes des deux côtés de la tête du patient et translation pure.
4. Latéroflexion : les paumes des deux côtés de la tête du patient, sa tête en position fléchie menton-sternum, on réalise une latéroflexion pure de plus en plus marquée en descendant vers T1, le menton (axe de ce mouvement) reste sur la ligne médiane.

Technique spécifique de l'ATLAS : mouvement identique au précédent mais l'axe du mouvement est le nez

Technique spécifique de l'AXIS : mouvement identique au précédent mais l'axe du mouvement est l'allègue supérieure

Techniques spécifiques pour les céphalées de tension

4 possibilités :

1. Patient en décubitus, on amène progressivement la tête en menton sternum afin de neutraliser la lordose cervicale, 2 à 3 fois de suite.
2. Patient assis sur une chaise, thorax redressé au contact du dossier, la tête fléchie en menton sur sternum. On saisit son menton entre pouce et index et de l'autre main on réalise un contre-appui thoracique au niveau des épineuses de T3 et T4. Le patient recule son menton au maximum en translation pure et en fin de mouvement on applique une pression supplémentaire sur le menton vers l'arrière afin de réduire la cyphose de la jonction cervico-thoracique, 2 à 3 fois de suite.
3. Patient en décubitus dorsal, tête posée sur la table ; le praticien est en bout de table, une main en corbeille il saisit l'occiput pendant que l'autre main se pose sur le front à plat. On réalise alors un mouvement de cisaillement, la main occipitale tirant la tête dans l'axe du rachis pendant que la main frontale pousse vers le sternum, 2 à 3 fois de suite.
4. Patient en décubitus dorsal, tête posée sur la table ; le praticien saisit la tête par un double appui pariéto-temporal (sans boucher les oreilles), il réalise ensuite un mouvement de rotation d'un côté suivie de flexion progressive, ce mouvement est repris en symétrie de l'autre côté, 2 à 3 fois de suite.

Mobilisations globales passives du rachis cervical enfin

1. En rotation : Patient en décubitus dorsal ; tête, cou et ceinture scapulaire maintenus en dehors de la table reposant sur l'avant-bras, la cuisse ou la paume du praticien, le rachis cervical est en rectitude ou en légère lordose, la main libre vient crocheter les épineuses C6-C7-T1. On va assister la rotation en tractant les épineuses.
Ou en rotation contrariée en fixant d'une main la ceinture scapulaire.
2. En latéro-flexion, sur un patient assis ou couché, et dans ce cas avec une éventuelle composante de traction.
3. En flexion, sur un patient en décubitus, le praticien croise ses avant-bras sous l'occiput du patient pendant que ses doigts reposent à plat sur les épaules de celui-ci et provoque la flexion en se relevant.

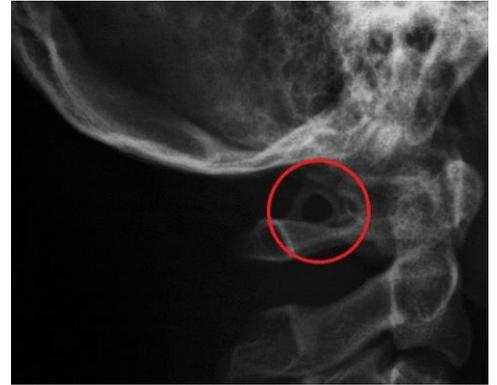
Les 5 recommandations de la SOFMMOO

P. VAUTRAVERS, JY. MAIGNE

Pas de manipulation cervicale ...

1. Si vertiges, état nauséeux après une précédente manipulation
2. En cas de **cervicalgies d'apparition brutale en contexte inhabituel**, sans signes de blocage : accident vertébro-basilaire ischémique en cours de constitution ?
3. Lorsque les troubles ne sont pas rapportés au rachis cervical
4. Sans une bonne expérience pratique, une bonne culture médicale
5. En **rotation** du rachis cervical, précautions chez la femme de moins de 50 ans

GEOPS = PAS DE ROTATIONS AU NIVEAU CERVICAL



Et penser au foramen arcuale !

Merci

ooo