

Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino
della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 28 (1992)

Heft: 12

Artikel: Céphalées chroniques : un problème souvent musculaire

Autor: Dejung, Beat / Angerer, Birgit / Orasch Jacqueline

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929994>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 22.12.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

ÉTUDE

Céphalées chroniques

Il a été montré, sur une série de 25 patients atteints de céphalées chroniques, que de tels troubles peuvent avoir une origine musculaire. Il s'agit souvent d'irradiations douloureuses à partir des zones gâchettes actives des muscles du cou et de la nuque. Ce rapport décrit les techniques manuelles utilisées pour le traitement de tels troubles, ainsi que les résultats obtenus.

On sait que la douleur peut avoir une origine musculaire. Travell et Simons ont postulé que les céphalées sont souvent dues aux troubles musculaires, activés par une surcharge de stress. Ils ont recherché, au niveau des muscles du cou des zones gâchettes responsables des douleurs cérébrales. Nous avons, chez un ensemble de 25 patients atteints de céphalée chronique, trouvé un grand nombre de zones gâchettes douloureuses. Grâce à un nouveau type de traitement manuel, la douleur avait définitivement disparu chez 5 patients et avait diminué chez 15 autres, deux ans après notre traitement.

Les céphalées vues par des profanes

Le «Zürcher Tagesanzeiger» du 18 décembre 1990 a publié, dans son courrier des lecteurs, une lettre de Madame Doris Müller dont voici le contenu: «...Je suis sujette aux accès de migraine depuis l'âge de treize ans. A

l'époque, les médecins attribuaient mes crises à une croissance rapide. Le médecin qui m'a donné la clé de l'énigme, m'a expliqué que je devais stopper la migraine à son stade initial. C'est ce que j'ai fait des années durant en prenant les comprimés habituellement prescrits à cet effet. Il y a 7 ans, j'ai suivi par hasard un cours d'acupressure à pratiquer soi-même, et j'ai appris quels étaient les points à traiter en cas de migraine. J'ai essayé dès la crise suivante. Et cela a marché! Depuis, je ne prends plus aucun médicament. Il faut 15 à 30 minutes pour que l'acupressure fasse son effet. Après, je me sens beaucoup mieux, comme quand je prenais des comprimés...». Cette lectrice recommande donc vivement l'acupressure à tous ceux qui souffrent des migraines.

Douleurs musculaires

Dès 1926, Müller avait montré de manière détaillée que certaines douleurs pouvaient avoir

une origine musculaire. Cet auteur avait également décrit des méthodes de traitement manuels de ces douleurs. Le fait qu'il ait désigné ce type de traitement sous le nom de «massage» explique vraisemblablement que ses propositions thérapeutiques soient complètement tombées dans l'oubli. En 1939, Kellgren a montré qu'en injectant une solution hypertonique de NaCl dans certains muscles on pouvait déclencher une douleur. Il est le premier à avoir décrit le phénomène de «douleur projetée», c'est-à-dire l'irradiation de la douleur, à partir du muscle concerné, vers des autres territoires corporels. Les résultats de ses travaux ont été, eux aussi, négligés pendant 50 ans au profit des théories et des allégations radiologiques des états douloureux. En 1983, Travell et Simons ont publié la synthèse de plusieurs années de recherches sur les douleurs myofasciales. Simons a très tôt différencié ces dernières qui résultent d'un travail musculaire excessif, des fibromyalgies, dont les causes ne sont pas toutes connues.

Sous l'effet d'une suractivité ou d'un étirement excessif, certains muscles subissent une déformation en cordon qui devient extrêmement sensible en un point (dit «zone gâchette»). On suppose que cette contracture

musculaire résulte de la rupture du gradient extra-intracellulaire des ions Ca^{++} (normalement de $10^{-3}/10^{-7}$ M), rupture elle-même consécutive soit à une lésion du réticulum sarcoplasmique, soit à un dérèglement de la pompe à ions Ca^{++} (lié à un déficit en ATP) au niveau des membranes cellulaires. La stimulation de ce point par pression, piqûre d'aiguille, ou encore du fait de l'étirement du muscle ou de sa sollicitation excessive, détermine l'apparition d'une douleur irradiante, au-delà du muscle, dans une zone de projection typique. Cependant, la zone gâchette latente ne déclenche une telle douleur qu'en cas de forte stimulation. L'activation de la zone gâchette provoque alors une douleur durable au niveau du territoire correspondant.

L'un des chapitres de l'ouvrage de Travell et Simons aborde en détail les maux de tête d'origine musculaire. Les auteurs ont étudié 20 muscles de la tête et de la zone cervico-thoracique, et ont décrit les zones douloureuses correspondant, selon eux, à ces muscles.

Au cours des dernières années, différents médecins et physiothérapeutes suisses se sont activement intéressés aux muscles, réussissant par là même à expliquer de nombreuses douleurs de l'appareil locomoteur et



un problème souvent musculaire

Compression manuelle d'une zone gâchette du sterno-cléido mastoïdien. Le patient effectue un mouvement de rotation ou d'extension répétitif.

à les rendre accessibles au traitement. Ils ont, en outre, montré que la palpation vigoureuse et insistante des muscles de la nuque déclenchait des douleurs diffuses au niveau de la tête, chez certains patients. Nombre d'entre eux ont alors signalé que ces douleurs reproduisaient exactement celles dont ils souffraient depuis des années.

L'exposé qui suit porte sur un groupe de 25 patients sujets aux céphalées, traités dans notre service de rhumatologie en 1989 et au cours du premier semestre 1990.

Nos patients

Sur les 25 patients (17 femmes et 8 hommes) dont il est ici question, 16 nous ont été adres-

sés par d'autres médecins, et 9 sont venus nous consulter sur les conseils de proches. Tous souffraient de céphalées chroniques. Hormis 3 d'entre eux, ces patients étaient tous sujets non seulement à de fréquents maux de tête, mais aussi à des douleurs dans la nuque et l'occiput. Toutes les tranches d'âge étaient représentées (tableau I). La plus jeune patiente avait 18 ans lors de la première consultation, la patiente la plus âgée avait 64 ans.

Les céphalées avaient un caractère chronique chez tous nos patients. 5 patients en souffraient depuis 4 mois à 1 an, 7 depuis 1 à 3 ans, 8 depuis 3 à 10 ans et 5 autres disaient en souffrir depuis plus de 10 ans. Un ébéniste âgé de 58 ans a déclaré souffrir depuis 40 ans de douleurs au niveau de la tempe droite, et depuis

environ 1 an de douleurs siègeant dans la nuque; il ignorait l'origine de ces douleurs (tableau II).

Origine des céphalées chez nos patients

Chez 7 de nos patients, l'anamnèse n'a pas permis de déterminer l'origine des céphalées.

Chez 13 autres, les céphalées sont apparues pour la première fois à la suite d'un accident. Il a, d'ailleurs, été souvent nécessaire de procéder à une reconstruction précise des événements passés, car les patients ne réalisent pas toujours l'existence de liens éventuels. Tout médecin sait qu'il peut exister un intervalle asymptomatique de plusieurs heures à plusieurs jours entre un accident

et la première apparition des symptômes. Dans certains cas, nous avons considéré l'accident comme étant à l'origine des douleurs malgré un intervalle asymptomatique de plusieurs semaines, voire plusieurs mois; tel a été notamment le cas lorsqu'il nous est apparu qu'un deuxième, voire un troisième traumatisme de moindre ampleur étaient directement à l'origine du déclenchement définitif des douleurs.

5 de nos patients avaient été victimes d'un accident de la route, 2 d'entre eux avaient subi, en tant que passagers, le classique traumatisme des vertèbres cervicales par «coup du lapin», consécutif à une collision par l'arrière. 2 patients avaient frappé de la tête lors d'une descente à ski, 1 patient avait fait une chute de vélo, 3 patients ont

Spezial-Stühle für bewegungsbehinderte Menschen.



MERCADO
MEDIC
SPITZEN-TECHNIK
AUS SCHWEDEN

Modell:
REAL 4001

DR. BLATTER
REHABILITATIONS-TECHNIK

DR. BLATTER AG • CHRISBAUMSTRASSE 2 • 8604 VOLKETSCHWIL • TEL. (01) 945 18 80

Bitte senden Sie mir gratis
Ihre Dokumentation über das
gesamte MERCADO-Programm.

Name/Adresse _____
PLZ/Ort: _____

Ergo – eine Wohltat für Körper und Geist

Schon eine kurze Entspannungspause wirkt regenerierend auf Körper und Geist. Der in Zusammenarbeit mit einem namhaften Ergonomen entwickelte Multifunktions-Sessel Ergo lässt Sie wieder fühlen, was entspannt sein heisst. Durch einfachen Handgriff können Sie Ergo in fast jede beliebige Position bringen, bis Sie Ihre optimale Entspannungshaltung gefunden haben. Rückenlehne und Fussteil lassen sich unabhängig voneinander stufenlos verstellen. Ergo erhalten Sie in Leder und in diversen modischen Stoffbezügen.



Fordern Sie den
ERGO-Prospekt an.

VOGEL

Das Rücken-
freundliche
Versandhaus

Schwimmbadstr. 43 - 5430 Wettingen
Telefon 056 26 11 30 - Telefax 056 27 23 83

GESUND SITZEN UND LIEGEN

PTK
CPT
CFT

facturé par CPT
PTK fakturiert
fatturato da CFT

Physiotherapeuten Kasse
Caisse des Physiothérapeutes
Cassa dei Fisioterapisti

by Theratag AG

Badenerstrasse 5a · 5442 Fislisbach · Postfach 49
Telefon 056 83 46 41 · Fax 056 83 36 42

Les éternels mauvais payeurs, une véritable plaie!



Service d'encaissement de la CPT Caisse des physiothérapeutes

Commandez notre documentation, téléphone 056 - 83 46 41

Eine Dienstleistung in Zusammenarbeit mit:
Una prestazione in collaborazione avec:
Una prestazione in collaborazione con:
In servetsch en collaboraziun cun:

SPV
FSP
FSF
FSF



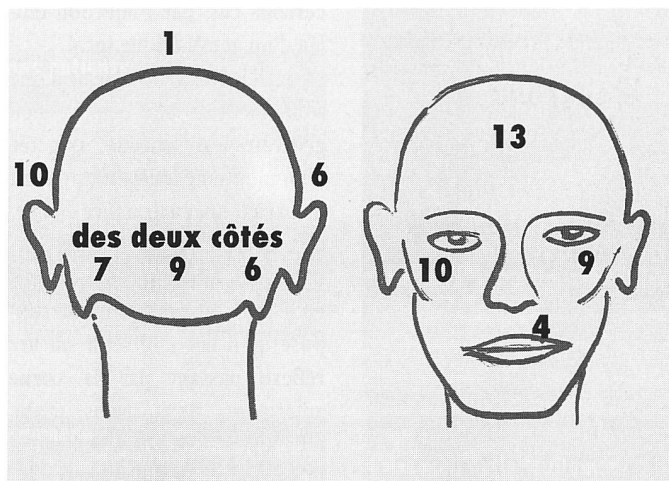
SCHWEIZERISCHER PHYSIOTHERAPEUTENVERBAND
FEDERATION SUISSE DES PHYSIOTHERAPEUTES
FEDERAZIONE SVIZZERA DEL FISIOTERAPISTI
FEDERAZIUN SVIZRA DALS FISIOTERAPEUTS

rapporté s'être cogné la nuque en faisant une roulade, d'où un traumatisme de flexion. Une autre a daté le début de ses céphalées au jour où elle a reçu un sabot en bois sur la tête. Enfin, 1 patient avait été happé par la roue motrice d'une machine et projeté au sol 40 ans auparavant. Depuis ce jour, il souffrait de céphalées pratiquement quotidiennes.

2 patients ont indiqué que leurs céphalées étaient apparues pour la première fois au réveil après une anesthésie. Ces douleurs peuvent, de fait, être secondaires à un traumatisme des muscles de la nuque, provoqué par la mobilisation du sujet.

3 sujets ont attribué l'origine de la douleur à une mauvaise posture chronique. Une patiente avait ainsi pris l'habitude, au cours de ses nombreuses années de bureau, de coincer le combiné téléphonique entre sa tête et son épaule. Une violoniste avait adopté une posture similaire après de longues heures d'exercices quotidiens. Un grutier a attribué ses céphalées à la flexion prolongée de la nuque que lui imposait son travail. Dans le tableau III, nous nous sommes attachés à rapporter à une origine simple les douleurs dont se plaignaient les patients.

Chez 7 de nos patients, les céphalées survenaient à horaires fixes; 2 autres souffraient de céphalées nocturnes; 1 autre encore présentait des accès un jour sur deux. Les 15 derniers patients souffraient de douleurs intermittentes, la périodicité et la durée des crises variant considérablement d'un sujet à l'autre. Ainsi, un commerçant de 36 ans était sujet, 1 à 5 fois par jour, à des douleurs lancinantes de quelques secondes; plusieurs patients présentaient une céphalée d'une journée une à plusieurs fois par semaine; chez l'ébéniste de 58 ans, déjà mentionné, les crises, d'une durée de quelques heures, ne survenaient que toutes



Localisation des troubles chez nos patients atteints de céphalées.

les trois semaines, mais cela depuis des dizaines d'années.

Interrogés sur la cause la plus probable à leurs douleurs, les patients ont répondu de façons diverses. Seuls trois d'entre eux n'ont pas pu répondre à la question.

Chez 2 patients, les céphalées survenaient lors des mouvements de rotation des vertèbres cervicales; chez 5 autres, à l'occasion d'une extension des vertèbres cervicales (3 d'entre eux ont expressément désigné cette manœuvre comme étant la cause déclenchante des céphalées). Le déclenchement des douleurs a été attribué une fois à un travail imposant la flexion des vertèbres cervicales, une autre fois (par la violoniste) à une inclinaison latérale de la tête. L'existence de phénomènes de zones gâchettes paraît constituer une explication plausible aux douleurs dans tous les cas où ces dernières sont déclenchées par un mouvement.

Les allégations suivantes sont d'interprétation plus malaisée: 3 patients présentaient des céphalées en position assise (dont 1 lors de la conduite automobile); chez 3 autres, les douleurs apparaissaient la nuit à la position couchée; enfin, 1 patiente a déclaré être surtout sujette aux céphalées lorsqu'elle se reposait.

Il est également possible d'imputer à une cause musculaire les douleurs déclenchées, chez 24 patients, pour des situations de stress et, chez 3 autres, par le froid et les courants d'air. Ces deux circonstances, en augmentant le tonus musculaire, peuvent en effet stimuler d'éventuelles zones gâchettes actives.

Symptômes associés

Un grand nombre de nos patients ont vécu leurs céphalées sous forme de crises. En règle générale, ces douleurs ont été qualifiées de migraines par les médecins traitants. Aucun patient n'a présenté le phénomène dit d'«aura», caractérisé par la survenue de troubles de la sensibilité ou de paralysies. Les douleurs s'accompagnaient de vertiges chez la moitié des patients environ (11 sujets); 6 d'entre eux ont, par ailleurs, fait état de nausées et, dans certains cas, de vomissements. 3 patients se sont également plaints de bourdonnements d'oreilles réguliers et 3 autres de troubles visuels (tableau IV). Une physiothérapeute de 34 ans présentait depuis une chute à ski, survenue un an et demi avant la première consultation, des douleurs au niveau de la

ÉTUDE

nuque et de l'œil gauche. Lors de fortes céphalées, elle voyait des «étoiles» dans le champ visuel de cet œil. Nous avons pu déclencher ce phénomène en exerçant une pression sur une zone gâchette siégeant sur le muscle trapèze descendant. Un employé de bureau de 35 ans, victime d'un traumatisme des vertèbres cervicales lors d'un accident de voiture survenu trois ans plus tôt, s'est également plaint d'impressions d'éblouissement affectant son œil gauche. Cette sensation oculaire a pu être reproduite par une pression vigoureuse avec le doigt à un endroit précis du sterno-cléido mastoïdien gauche. Un monteur âgé de 61 ans, qui, 6 ans et demi avant la première consultation, avait été projeté la tête la première contre le pare-brise de sa voiture, a signalé que sa vision se troublait en cas de fortes céphalées. Seulement 10 de nos 25 patients présentaient des céphalées sans sensations végétatives ou neurologiques associées.

Mise en évidence de l'origine musculaire des douleurs chez nos patients

Comme nous l'avons déjà mentionné, la plupart de nos patients (22) présentaient des céphalées au niveau de l'occiput, bilatérales dans 9 cas, localisées à gauche dans 7 autres et à droite dans les 6 derniers cas. Un seul souffrait de douleurs siégeant au sommet du crâne. La région temporale gauche a été mentionnée 10 fois comme siège de la douleur, et la région temporale droite 6 fois. Aucun de nos patients ne présentait des douleurs au niveau des oreilles. Le front a



Étirement, avec la pointe du doigt, d'une zone gâchette et du nœud de tissu conjonctif réactionnel engendré dans le muscle trapèze descendant.

été mentionné 13 fois comme siège de la douleur. 9 sujets ont rapporté des douleurs siégeant au niveau de l'œil gauche, et 10 autres au niveau de l'œil droit. Quatre patients ont, d'autre part, fait état de douleurs dentaires qu'une visite chez le dentiste n'a pas permis de soulager. Aucun patient ne présentait de douleur au niveau d'autres parties du visage.

Nous avons étudié les muscles de la nuque de façon très approfondie. Tous nos patients présentaient des contractures en cordon au niveau de différents muscles; dans tous les cas, les zones les plus douloureuses de ces cordons ont été localisées par une pression du doigt. Le tableau V renseigne sur la topographie de ces contractures. Certains muscles sont volontiers le siège de telles contractures: il s'agit avant tout du sterno-cléido mastoïdien, suivi en deuxième position du muscle trapèze descendant.

Chez la majorité de nos patients, nous avons mis en évidence des zones gâchettes dont la palpation déclenchait, de façon reproductible, une douleur irradiant dans une partie de la tête. Ce phénomène peut être considéré comme un argument en faveur de l'origine musculaire des céphalées. Le tableau VI résume ces observations. Dans tous les

cas, le sterno-cléido mastoïdien arrivait en tête, devant tous les autres muscles. La stimulation manuelle des zones gâchettes a déclenché des douleurs dans 9 cas. La compression d'une zone gâchette au niveau du sterno-cléido mastoïdien a provoqué, dans un cas, une douleur au centre d'un œil. Ce phénomène a également été provoqué, dans un autre cas, à partir d'une zone gâchette du muscle masseter.

Pour mettre en évidence l'origine musculaire des céphalées, nous nous sommes fondés aussi bien sur les résultats des palpations que sur les douleurs constamment déclenchées par l'étirement de muscles de la nuque connus pour être le siège de zones gâchettes réactives.

Traitement des céphalées d'origine musculaire

Comme la personne déjà citée, qui avait écrit au courrier des lecteurs, nous considérons que de nombreuses céphalées sont dépendantes des parties molles de la région de la nuque. Nous avons traité les zones gâchettes présentes au niveau des structures musculaires contracturées non seulement par la méthode manuelle, mais aussi, dans

certains cas, par l'injection ciblée d'un anesthésique local.

En exerçant, au niveau d'une zone gâchette, une compression génératrice d'ischémie, associée à un mouvement répétitif, on fait disparaître la contracture en cordon dans le muscle correspondant. Bien que le mécanisme mis en jeu ne soit pas connu, on suppose qu'il fait intervenir un arc réflexe passant par la corne antérieure. Nous avons également tenté d'étirer manuellement le cordon musculaire contracturé en utilisant pour cela l'effet réfrigérant des vapeurs d'azote liquide vaporisable (Criojet). Il faut en effet savoir qu'en refroidissant la zone cutanée douloureuse, on inhibe le réflexe d'étirement développé par les muscles contracturés. Il est alors possible de désolidariser les filaments d'actine et de myosine qui, dans des conditions biochimiques demandant à être étudiées de manière plus approfondie, semblent demeurer contractés lors d'une contracture musculaire. L'étirement de ces structures avec la pointe du doigt est plus efficace que l'élongation classique de l'ensemble du muscle. Cette action mécanique a également un effet sur les structures conjonctives qui, sous l'effet de l'inflammation associée à la lésion musculaire, prennent quasiment l'aspect de cicatrices internes.

Lorsque les zones gâchettes sont très douloureuses et que le patient ne supporte pas le traitement manuel, nous tentons d'enrayer le phénomène douloureux par l'injection de xylocaïne. En effet, le fait d'infiltrer la région couverte par la zone gâchette à l'aide d'un anesthésique local rend immédiatement possible un étirement indolore du muscle. La ponction mécanique de la zone gâchette par une aiguille est encore plus efficace. Un spasme douloureux du cordon musculaire contracté indique que la zone gâchette a bien été atteinte. Le relâchement au niveau musculai-

re contracté est alors irréversible. Les succès obtenus par les acupuncteurs chez les patients atteints de céphalées reposent certainement sur des mécanismes identiques. Il convient toutefois de souligner que la ponction précise d'une zone gâchette avec une aiguille est une technique délicate, le diamètre du point à ponctionner n'excédant pas un millimètre.

A l'instar de toutes les techniques manuelles, celles dont il est ici question ne peuvent être acquises par les livres. Nous les avons décrites en détail par ailleurs.

Résultats du traitement

Le tableau VII fournit des précisions sur le nombre de traitements manuels effectués chez nos patients, tant par notre physiothérapeute que par l'auteur.

Une moyenne de 23,5 traitements a été effectuée. Il est clair que le traitement des céphalées d'origine musculaire constitue un travail exigeant, même lorsqu'il est effectué de manière ciblée.

Chez 6 patients, nous avons complété le traitement manuel par des injections ciblées dans la zone gâchette. Chez 10 autres, j'ai effectué un traitement manuel classique avec pression sur les articulations des vertèbres cervicales (généralement les articulations C 0/1 et C 1/2). Il m'a semblé que cela permettait de traiter plus efficacement les vertiges et réduisait le nombre des céphalées.

Un à deux ans après le traitement, les patients nous ont indiqué, en répondant à un questionnaire, si leurs céphalées avaient disparu, s'étaient améliorées ou étaient demeurées inchangées. Le tableau VIII réunit les résultats de ces questionnaires.

Globalement, 20 patients (80%) sont aujourd'hui améliorés. Nous sommes un peu déçus

Tableau I:

Répartition par tranches d'âge de nos patients atteints de céphalées	
jusqu'à 20 ans	2 patients
de 21 à 30 ans	6 patients
de 31 à 40 ans	5 patients
de 41 à 50 ans	3 patients
de 51 à 60 ans	6 patients
plus de 60 ans	3 patients
	25 patients

Tableau II:

Ancienneté des céphalées selon l'anamnèse	
3 mois à 1 an	5 patients
1 an à 3 ans	7 patients
3 ans à 10 ans	8 patients
plus de 10 ans	5 patients
	25 patients

Tableau III:

Origine des céphalées	
Inconnue	7 patients
Traumatisme	13 patients
Anesthésie	2 patients
Mauvaise posture	3 patients
	25 patients

Tableau IV:

Symptômes associés aux céphalées (dont plusieurs peuvent affecter un même patient)	
Vertiges	11 patients
S'accompagnant de vomissements ou de nausées	6 patients
Symptômes oculaires	3 patients
Bourdonnements d'oreilles	3 patients
Aucun	10 patients

Tableau V:

Contractures musculaires avec zones gâchettes traitées chez nos patients	
Muscle sterno-cléido mastoïdien	21 patients
Muscles scalènes	13 patients
Muscle angulaire de l'omoplate	9 patients
Muscle trapèze descendant	17 patients
Muscle omo-hyoïdien	1 patient
Muscle petit complexe	7 patients
Muscle grand complexe	9 patients
Muscles rotateur et multifide du rachis	10 patients
Muscle sous-occipital	6 patients
Muscle temporal	2 patients
Muscle masseter	3 patients
Muscle ptérygoïdien externe	1 patient
Muscle digastrique	1 patient
Muscle long dorsal	7 patients
Muscle petit dentelé postérieur et inférieur (ou rhomboïde)	1 patient
Muscle grand dentelé	3 patients
Muscle sous-scapulaire	3 patients
Muscle grand pectoral	2 patients

ETUDE

Tableau VI:

Zones gâchettes, dont la palpation pendant l'examen ou le traitement a déclenché des céphalées	
Muscle sterno-cléido mastoïdien	9 cas
Muscle scalène	3 cas
Muscle angulaire de l'omoplate	1 cas
Muscle trapèze descendant	5 cas
Muscle omo-hyoïdien	1 cas
Muscle petit-complexe	1 cas
Muscles sous-occipitaux	4 cas
Muscle temporal	1 cas
Muscle masseter	1 cas
Muscle digastrique	1 cas

Tableau 7:

Nombre de traitements manuels	
6 – 10	5 patients
11 – 20	9 patients
21 – 30	5 patients
31 – 40	4 patients
plus de 40	2 patients
	25 patients

Tableau 8:

Résultats des traitements		
	En fin de traitement	1½ à 2½ ans après la fin du traitement
Disparition des douleurs	15 patients	5 patients
Amélioration	10 patients	15 patients
Pas de modification	0 patients	5 patients
	25 patients	25 patients

ÉTUDE

que 5 patients seulement aient fait état d'une disparition complète de leurs céphalées. En effet, 15 patients avaient constaté une disparition complète des céphalées immédiatement après le traitement. Sur son questionnaire, un patient ne présentant plus aucune céphalée a rajouté ces mots: «...sensationnel; encore merci!». Les patients ayant ressenti une amélioration se situent dans une large fourchette, les réponses allant de «céphalées rares» ou «douleurs moins importantes» à «diminution de 95 % de l'intensité et de la fréquence des céphalées» (2 patients). Au nombre des patients ne présentant aucune amélioration, figure malheureusement celui qui, 40 ans auparavant, a été happé par une machine et projeté au sol la tête la première. Il était reparti, après 78 traitements, totalement libéré de ses douleurs depuis 4 semaines. Une écolière de 18 ans a déclaré que ses maux de tête n'avaient disparu que sur une courte période. Ses douleurs qui siégeaient dans la région temporale et au niveau du front, étaient provoquées par deux zones gâchettes situées l'une dans le muscle masseter droit et l'autre dans le muscle temporal gauche. L'anamnèse de cette patiente relève d'un stress dû à l'école et des grincements de dents nocturnes. L'origine myofasciale des douleurs paraît ici vraisemblable. Enfin, il existe sans doute une composante psychosomatique, qu'il n'est pas possible de traiter de manière définitive par des techniques manuelles.

Dans l'analyse des raisons d'échec thérapeutique, il faut différencier les cas dans lesquels la douleur était un phénomène d'origine purement musculaire et



Elongation manuelle lente de l'aponévrose superficielle du muscle trapèze descendant.

ceux dans lesquels la céphalée n'était que partiellement liée, voire pas du tout, à l'appareil locomoteur. Dans le premier groupe, les raisons éventuelles de l'échec pourraient être les suivantes:

- Le traitement des zones gâchettes et des structures conjonctives secondaires n'était pas suffisamment élaboré ou imprécis.
- Nous avons mal pesé le problème et traité, dans le meilleur des cas, des zones gâchettes secondaires prenant naissance au niveau des régions douloureuses dépendant des zones gâchettes primitives ou dans les muscles antagonistes.
- Certains facteurs tels qu'une instabilité post-traumatique des vertèbres cervicales, la surcharge musculaire prolongée ou les mauvaises postures d'origine psychique, persistent indéfiniment, ce qui rend la récurrence inévitable.

Discussion

De manière générale, la céphalée est un symptôme aux multiples origines. Le phénomène a, d'ailleurs, souvent plusieurs causes. Un grand nombre de céphalées est sans rapport avec l'appareil locomoteur: la cause peut être un trouble musculaire (hypertension ou malformation), un neuroplasma, une inflammatoire

(sinusite ou otite), une affection ophtalmologique (trouble de la réfraction ou glaucome), un trouble hormonal ou la menstruation, une substance toxique (contenue, par exemple, dans un produit alimentaire), des névralgies faciales, un trouble des articulations de la mâchoire, le stress, le manque de sommeil ou encore les conditions atmosphériques. La liste est longue, incomplète et difficile à agencer dans un ordre logique. Les céphalées sont également souvent héréditaires.

Il n'incombe pas au kinésithérapeute de décider si les migraines et les céphalées liées à la tension nerveuse (les deux formes les plus fréquentes selon les connaissances actuelles) représentent ou non une seule et même maladie.

La migraine est actuellement considérée comme un trouble fonctionnel vasculaire, avec une phase prodromique de vasoconstriction et une phase de dilatation contemporaine des maux de tête (ces deux phases ont été prouvées par l'existence de variation du débit sanguin cérébral à la scintigraphie, d'un gradient artério-veineux du taux d'azote dans les gros vaisseaux du cou et d'une réponse à l'ergotamine). Plus récemment, des auteurs ont émis l'hypothèse selon laquelle la migraine serait liée à un phénomène cérébral, se propageant à une vitesse de 2 mm/min. de la

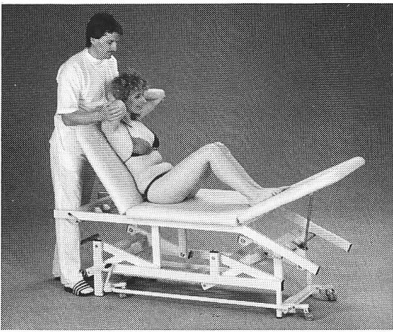
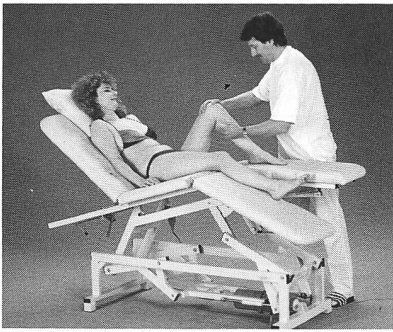
zone occipitale à la zone frontale, et qui laisserait, au niveau de l'EEG, des modifications durables, pouvant persister jusqu'à 48 heures. Les phénomènes vasculaires ne seraient donc que secondaires, l'agent principal étant alors représenté par les troubles végétatifs, fréquemment observés dans la zone d'irradiation des douleurs induites par la zone gâchette. Le fait que les femmes soient plus enclines aux céphalées que les hommes, va, en vérité, à l'encontre d'une origine traumatique. Dans notre petit groupe de patients en revanche, un grand nombre de céphalées à type de migraine (survenant par crises, et accompagnées de troubles visuels), qui étaient visiblement d'origine traumatique, répondent à une pathologie musculaire et peuvent être améliorées par des techniques manuelles.

Il serait préférable de classer les céphalées d'origine musculaire sous le terme de «céphalées par tension nerveuse». Ce terme semble malheureusement mal choisi car, pour un grand nombre de médecins, il confère aux céphalées une origine psychique qui n'occupe, en fait, que le deuxième plan par rapport aux troubles myofasciaux locaux. Au reste, dès lors qu'on considère les problèmes musculaires de près, on parle très globalement de «tension générale des muscles de la nuque».

Nous proposons, pour les phénomènes étudiés ici, la notion de céphalée myogène. Pour approfondir les aspects diagnostique et thérapeutique de la question, il serait nécessaire de confronter nos connaissances de l'anatomie musculaire sur le vif.

L'étude de cas présentée ici ne permet pas de tirer d'autres conclusions. J'aimerais toutefois insister sur le fait que les céphalées peuvent être liées à l'appareil locomoteur. Il serait donc souhaitable que le traitement de telles céphalées ne reste pas du domaine des profanes.

Praxiserprobte Liegen für die Lymphdrainage.



Speziell für die Lymphdrainage:
Dr. SCHUPP «Multiflex» und «Robusta».

Wählen Sie aus dem umfassenden Dr. SCHUPP-Liegenprogramm die Liege aus, die Ihren Anforderungen für die Lymphdrainage am besten entspricht.

Zum Beispiel: Dr. SCHUPP «ROBUSTA» – die stabile, hydraulisch (oder elektrisch) höhenverstellbare Liege, auch für die manuelle Therapie und Krankengymnastik, 3teilig. Auf Wunsch mit Rädergestell.

Oder: DR. SCHUPP «MULTIFLEX» – für alle Bereiche der physikalischen Therapie, elektrisch höhenverstellbar, mit zweiteiliger Beinauflage, kippbar für Extension. Auf Wunsch mit Rädergestell.

Empfehlenswert: DR. SCHUPP «RONDOLIEGE» – das einzigartige, neue Konzept mit unzähligen Positionsvarianten. Bewährt und gelobt aufgrund der vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten.

Interessiert? Besuchen Sie unseren neuen Show-Room, Neueröffnung ab Anfang März; gerne stellen wir Ihnen dabei unser umfangreiches Sortiment vor.

Kofferliegen, Massageliegen, Gymnastikliegen, Therapieliegen, Schlingentische, Rollen, Keile, Kissen, Überzüge, Massagegeräte, Wärmestrahler, Gymnastikgeräte, Fangoparaffin, Kälte- und Wärmepackungen, Solarlen, Massage- und Einreibemittel, Heilbäder, Ölbäder, Extrakte, Sauna-Konzentrate, Reinigungs- und Desinfektionsmittel, Berufskleider, Kabinenwäsche und vieles mehr.

keller

Simon Keller AG

CH-3400 BURGDORF/SCHWEIZ
Lyssachstrasse 83 (beim Bahnhof)
Telefon 034 - 22 74 74 + 75
Telefax 034 - 23 19 93

Ich bitte um Angebot für
 Gesamtkatalog Beratung
Meine Adresse/Tel.:

PH 12/92

THERMOcomfort[®] anstatt Fango? JA und Nein!

THERMOcomfort heisst das selbsttätige Wärmekissen (ohne Elektrizität), welches dem Verwender mehrere hundert Mal Wärme von ca. 50° während 60 bis 80 Minuten spendet. Und das funktioniert so:

In einer durchsichtigen und hitzebeständigen Kunststoffhülle befindet sich eine transparente Natriumacetat-Lösung, ein ungefährliches Salz. Jetzt wird der in dieser Lösung schwimmende Aktivator mittels Knickbewegung mit den Fingern betätigt. Sofort beginnt die Salzlösung zu kristallisieren – das heisst sie ändert ihren Aggregatzustand von einer flüssigen in eine feste Form. Diese Kristallisation setzt Wärme frei, und zwar während ungefähr 60 bis 80 Minuten.

Das Kunststoffkissen ist jetzt plötzlich mit einer angenehm warmen und knetbaren Masse gefüllt: Die Wärmetherapie kann beginnen. Die mitgelieferte Frottéhülle ermöglicht zudem ein problemloses Fixieren dieser Wärmequelle. Mit zunehmender Abkühlung auf Raumtemperatur erhärtet der Inhalt von THERMOcomfort. Nach Entfernen der Frottéhülle wird das Kissen in kochendes Wasser gelegt – ein Teller verhindert den direkten Kontakt zum heissen Pfannenboden – und während zirka 20 Minuten wie Spaghetti gekocht. Jetzt findet der Umkehrprozess von der festen zur flüssigen Form statt, das heisst wir kehren zum Ausgangspunkt zurück. Nachdem sich alle Kristalle aufgelöst respektive restlos verflüssigt haben, wird das Kissen zur Abkühlung beiseite gelegt. Danach kann das oben beschriebene Prozedere wiederholt werden – bis zu 300 Mal. Es ist sinnvoll, den Tagesbedarf an THERMOcomfort für einen uneingeschränkten Zugriff immer zur Verfügung zu haben und die im Laufe des Tages verbrauchten Wärmekissen am Abend zu kochen. So sind diese am nächsten Tag wieder einsatzbereit.

Für die Wärmetherapie von kleineren bis mittelgrossen Körperflächen (bis 20 x 40 cm) liegen die Vorteile von THERMOcomfort klar auf der Hand. Grössere Körperpartien bleiben der Fangpackung vorbehalten.

Bestellung an: houlier kosmetik ag, Urtikonstrasse 9a, 8952 Schlieren, Tel. 01-730 36 50, Fax 01-730 75 79

	Dimension	Anzahl	Publ. Preis	Anzahl	Provis. Preis
THERMOcomfort	9 x 10 cm		19,50		-
Wärmekissen	12 x 18 cm		89,-		29,-
Wärmekissen	16 x 26 cm		85,-		43,-
Wärmekissen	20 x 42 cm		109,-		53,-
Wärmemaße			109,-		53,-

Konditionen: 45% Wiederverkaufsabatt + Wust Praxis: Nettopreise + Wust

Name / Vorname: _____
 Adresse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel.: _____