

PASCAL POMMEROL  
OSTÉOPATHE - CDS KINÉSITHÉRAPIE

# Traitement manuel et ostéopathique des céphalées et migraines

## 1<sup>re</sup> partie

*Cet article a pour but de proposer des traitements spécifiques pour des céphalées de tension, des céphalées d'origine cervicale (COC) et des migraines suite à une revue des récentes publications (études cliniques, revues de littérature, recommandations professionnelles). Nous vous proposons dans cet article : le traitement des céphalées d'origine cervicale. On peut retrouver le diagnostic de ces affections dans nos précédents articles (21, 22).*

*«...Le traitement des céphalées d'origine cervicale est bien codifié même si on peut rajouter des réharmonisations supplémentaires...»*

Le traitement de ces 3 céphalées est différent surtout entre les céphalées d'origine cervicale et les deux autres tableaux.

Le traitement des céphalées d'origine cervicale est bien codifié, même si on peut rajouter des réharmonisations supplémentaires. Il doit comporter le traitement manuel suivant. La prise en charge nécessite une écoute attentive mais aussi une certaine empathie car ces patients souffrent souvent depuis longtemps de douleurs invalidantes physiquement, psychologiquement et socialement (25) Schowb, 2007.

### ■ TRAITEMENT DE LA CÉPHALÉE D'ORIGINE CERVICALE

#### 1 → Revue de littérature

Depuis 2002, 4 revues systématiques ((12) Hurwitz EL, 2009, (2) Astin JA, 2002, (4) Bronfort G, 2004 et (6) Fernandez-de-Las-Penas C, 2005) ont été publiées portant sur 6 études cliniques. Ces essais ont étudié les manipulations vertébrales ((3) Bitterli J, 1977 ; (11) Howe DH, 1983 ; (1) Ammer K, 1990 ; (14) Jull G, 2002 ; (19) Nilson N, 1997 et (20) Whittingham W, 1999), les mobilisations ((3) Bitterli J, 1977 ; (11) Howe DH, 1983 ; (1) Ammer K, 1990 et (13) Jull G, 2002), les massages frictions ((13) Jull G, 2002 et (20) Whittingham W, 1999).

La revue Cochrane en 2004 ((4) Bronfort G, 2004) conclut que la manipulation vertébrale est une option thérapeutique dans les céphalées d'origine cervicale. Cette revue a une bonne méthodologie.

L'effet antalgique et de diminution des crises est observé trois semaines après le traitement de 6 séances, une fois par semaine.

Les recommandations professionnelles conseillent, elles aussi, l'utilisation des manipulations vertébrales dans les céphalées d'origine cervicale ((23) Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2008).

Récemment, Hall et Coll ((10) Hall T 2007) comparent l'efficacité des glissements des articulations des vertèbres cervicales supérieures avec un groupe placebo. Les auteurs montrent l'efficacité de ces techniques sans thrust sur l'intensité de la douleur. Cette publication présente une bonne méthodologie et des biais faibles.

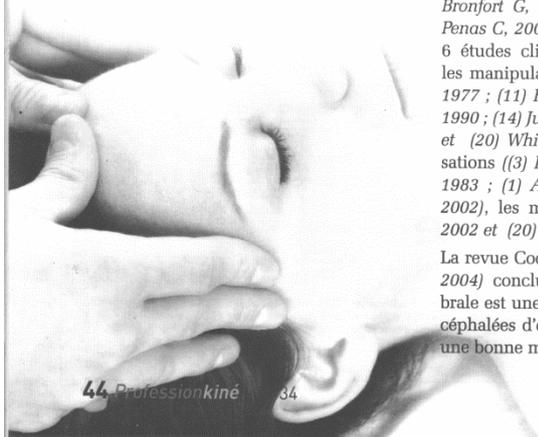
#### Il existe donc :

- une évidence modérée à pratiquer les manipulations vertébrales plutôt que les frictions massages ((4) Bronfort G, 2004) ou la thérapie avec trigger points ((18) Nilson N, 1997),
- une évidence modérée pour les glissements vertébraux et les exercices actifs.

**Les manipulations vertébrales sont des recommandations de grade B (Cochrane 2004 Scottish guideline 2008, Bronfort 2010).**

#### 2 → Notre proposition

Le traitement manuel a une place de choix dans le traitement conservateur. Ce traitement proposé nous semble cohérent et nous vous proposons de le détailler. Les techniques ne sont pas exhaustives.



### Principes :

Ces névralgies sont très douloureuses mais le traitement manuel donne de très bons résultats.

Le pronostic est très bon. Il s'agit de mobiliser le contenant (les éléments qui entourent le nerf) et le contenu (la racine nerveuse ou le nerf et ses éléments vasculaires).

### Protocole :

A → Traitement des interfaces (le contenant)

#### a) Étiologie musculaire

Le traitement comprendra à titre d'exemple et de façon non exhaustive :

- Des techniques permettant de lever les tensions musculaires : contracté relâché, strain-conterstrain.

Ils sont extenseurs : le grand droit de la tête et le grand oblique de la tête ou oblique inférieur réalisent une rotation homolatérale. Le petit oblique ou droit latéral, oblique supérieur permet l'inclinaison de CO/C1. Le grand droit, le petit et grand oblique forment un triangle où passent l'artère vertébrale et la branche postérieure de C1 (nf sub occipitalis).

- Technique strain-conterstrain en raccourcissement (90 secondes) (photo 1).

On place passivement la nuque en extension en surveillant les tenders points postérieurs.

- Technique myofasciale globale ou fonctionnelle pour relâcher les muscles suboccipitaux.

1<sup>er</sup> temps : on va dans l'extension pour rapprocher les insertions musculaires. On maintient 2 ou 3 cycles respiratoires.

2<sup>e</sup> temps : on réalise une flexion pour étirer les muscles (photos 2 et 3).

3<sup>e</sup> temps : en position de flexion, on demande au sujet de nous regarder. On utilise ainsi le couplage occulo-cervical. On demande au patient de nous regarder. Le déplacement des yeux crée une contraction des muscles extenseurs du rachis (photo 4).

4<sup>e</sup> temps : on gagne en flexion.

- Étirement de l'oblique inférieur de la tête ou grand oblique (C2/C1) (photo 5).

On utilise la rotation pour mettre en tension le muscle (exemple rotation droite pour étirer l'oblique inférieur de la tête gauche (grand oblique)). On demande au patient « On regarde vers la gauche et on relâche ».

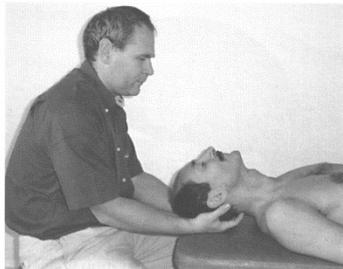
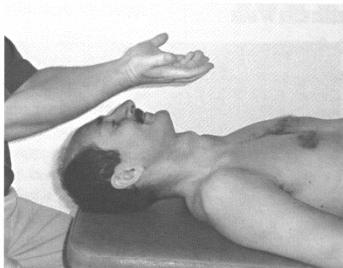


Photo 1 :  
Technique de relâchement en position courte



Photo 4 :  
Contraction des muscles extenseurs du rachis



Photos 2 et 3 :  
Technique myofasciale globale

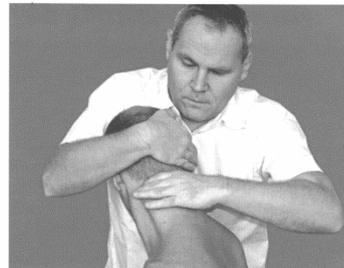


Photo 5 :  
Étirement de l'oblique inférieur gauche

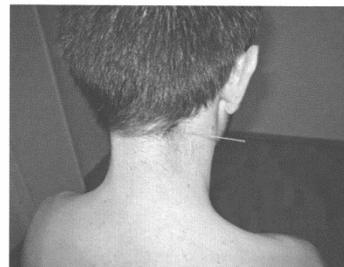


Photo 6 :  
Puncture de l'oblique inférieur droit de la tête chez ce patient

On peut adjoindre une puncture de l'oblique inférieur de la tête pour aider au relâchement du muscle si c'est la rotation contralatérale qui déclenche la douleur ou si on suspecte une compression nerveuse par ce muscle (photo 6).

- Technique de l'oblique supérieur de la tête ou petit oblique droit (CO/C1).

On utilise l'inclinaison gauche cervicale-haute CO/C1 pour mettre en tension le muscle petit oblique droit de la tête.

#### b) Étiologie articulaire

- Trois étages sont à mobiliser C0-C1, l'articulation C1-C2 pour la branche nerveuse dorsale de C2 et l'articulation C2-C3 pour la branche nerveuse dorsale de C3.

- Des techniques de libération des blocages du rachis thoracique haut ((5) Cleland, 2007).





Photo 7 :  
Le patient regarde son thérapeute pour réaliser une contre rotation et contracter son oblique inférieur de la tête



Photo 8 : Le patient pousse doucement sur la main supportant le poids de la tête pour créer une inclinaison (contraction de l'oblique supérieur de la tête)

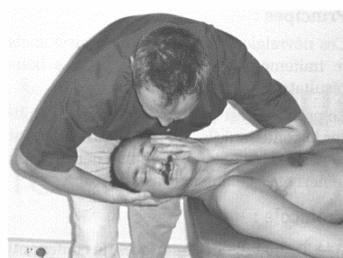


Photo 9 : Traction

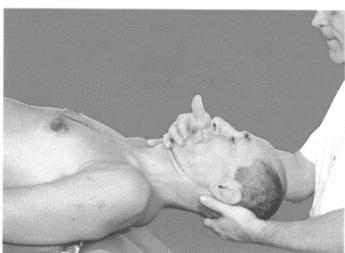


Photo 10 :  
Technique en traction dans l'axe

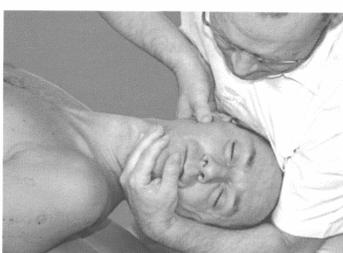


Photo 13 : Technique en rotation



Photos 11 et 12 :  
Technique en inclinaison pour C0-C1 pour ouvrir l'articulation droite de C0-C1 (de face et de trois quarts)



→ Les techniques avec thrust nécessitent une parfaite maîtrise et un examen rigoureux au préalable pour écarter tous risques iatrogènes, nous respectons les critères de la SOFMMO (22).

L'examen pré-manipulatif comporte des tests actifs de mobilité (extension rotation) et des tests de mise en tension vasculaire, des tests d'instabilité antéro-postérieure pour le ligament transverse qui a une bonne fiabilité et le test pour le ligament alaire. Ce protocole est décrit par Peter Gibbons (8) et nous le respectons.

À l'heure actuelle en France, les techniques cervicales à haute vélocité et à faible amplitude sont interdites pour le kinésithérapeute et soumis à un certificat de non contre indication médicale pour les ostéopathes détenteurs du titre (décret du 27 mars 2007). La législation est très différente selon les pays ce qui est fort regrettable.

#### • Pour C0-C2 :

Technique occiput atlas

- Niveau : sous-occipital : O-C1 (O = occiput, C1 = atlas, C2 = axis).

- Type : technique directe

- Technique : traction

- Indication : névralgie craniale.

1<sup>er</sup> technique : Décubitus dorsal. La tête légèrement en dehors de la table ou sur la table.

- Position MK : debout, le MK se place un peu décalé du côté controlatéral à la rotation. Le MK empaume l'occiput avec le pouce de la main controlatérale à la rotation, les doigts sont sur la joue, l'avant-bras sur le sternum. L'autre main est à plat sous la joue homolatérale du patient, avant-bras dans le prolongement de l'autre. Le sujet est en inclinaison gauche et rotation droite au niveau des articulations CO-C1.

1<sup>er</sup> temps : en myotensif sur l'inclinaison pour le petit oblique ou oblique supérieur et sur la rotation pour le grand oblique ou oblique inférieur (photos 7 et 8).

2<sup>e</sup> temps : mobilisation. La double prise ainsi constituée forme un couple de traction. Elles doivent être bien équilibrées entre elles afin de maintenir le rachis cervical en rectitude stricte. La technique est donc en **traction et jamais en rotation**. Les avant-bras sont horizontaux et dans l'axe du corps. Attention aux paramètres de flexion, d'inclinaison (photo 9).

2<sup>e</sup> technique : On peut utiliser une technique en traction pure (photo 10) ou en inclinaison également pour les sujets raides.

3<sup>e</sup> technique : On peut utiliser une technique en inclinaison également pour les sujets raides (photos 11 et 12).

#### • Pour C1-C2 ou C2-C3 :

Techniques en rotation (photo 13)

- Niveaux : C2/C3 ou C1/C2

- Type : technique directe, menton non libre.

- Technique : rotation sur flexion cervicale préalable.

- Impératif : maintenir l'inclinaison homolatérale pour C2/C3, controlatérale pour C1/C3 et ne pas épuiser la rotation.

- Indications : dysfonction en extension du côté opposé à l'inclinaison et la rotation.

- Position patient : décubitus dorsal, tête en dehors de la table, bras le long du corps.
- Position du praticien : debout à la tête du patient, côté opposé à la rotation au contact de la tête.

**1<sup>er</sup> temps :** le thérapeute place une main en prise mentonnière pour créer une flexion cervicale haute, plaquant son avant-bras contre la joue du patient.

Le praticien s'incline en fente vers l'avant, venant appuyer son bras sur le crâne du sujet, ce qui contribue à donner une bonne stabilité au maintien cranial.

**2<sup>e</sup> temps :** la main mobilisatrice sera placée sur la facette douloureuse (exemple pour C2-C3).

Il s'agit tout d'abord de repérer la vertèbre sus-jacente à l'interligne choisie au niveau de son apophyse épineuse.

Le praticien amène la colonne cervicale en flexion plus ou moins importante et palpe les articulaires postérieures avec les doigts de la main qui va imprimer la rotation.

La rotation de la tête sera provoquée par la main controlatérale du praticien (exemple pour une rotation droite, c'est donc la main gauche qui repère les articulaires postérieures, et plus spécialement l'index). Le praticien pose la face ventrale de son index sur la facette douloureuse (glisser l'index en arrière du majeur) jusqu'à ce qu'elle se trouve en contact avec la face antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne (= point d'appui solide).

Si la main est bien placée, son pouce qui est contre la joue doit se trouver en direction du nez du sujet pour C2, le plan de la main restant bien perpendiculaire à l'axe rachidien.

La flexion « facile » sans mise en tension ligamentaire ouvre les articulaires postérieures cervicales, rendant les glissements possibles. L'importance de la flexion cervicale permet une localisation : plus celle-ci est importante, plus l'étage visé est bas.

**3<sup>e</sup> temps :** mobilisation sans épuiser la mobilité rotatoire.

Pour provoquer la rotation localisée, le praticien utilise le couple de force formé par ses 2 mains.

La mentonnière tire vers elle et la main postérieure pousse le massif apophysaire vers l'avant.

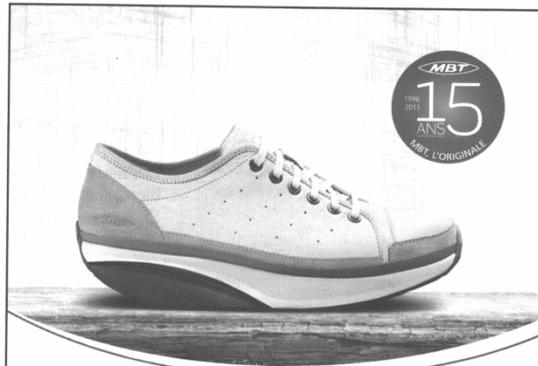
Le geste doit être bien équilibré entre les deux mains, sous peine de faire dévier la rotation et aussi de perdre en confort.

Pour la manipulation, seule la main sur l'articulaire postérieure réalise l'information. La technique est réalisée sans aller dans la limitation des amplitudes. C'est la vitesse du mouvement qui produit la séparation articulaire.

- **Avantage :** c'est une technique de mobilisation très spécifique.

- **Inconvénients :**

- la position du praticien est vite fatigante,
- l'appui sur la facette peut être douloureux si le praticien n'est pas souple dans sa posture et dans ses mains,
- c'est une technique en rotation qui risque d'étirer l'artère vertébrale controlatérale si elle est pratiquée sans contrôler l'amplitude. On peut la réaliser dans l'axe, alors cette technique est parfois décrite comme l'atlas-thérapie ou sur des techniques en inclinaison. →



## **MBT**, l'anti-chaussure qui agit sur les troubles musculo-squelettiques.

L'effet positif des MBT repose sur le principe de "l'instabilité naturelle". Avec les MBT, le corps est contraint de maintenir un équilibre postural qui stimule le système musculaire et réduit les troubles articulaires.

Le secret des MBT réside dans leur semelle unique et brevetée enveloppant la pièce maîtresse, le **Sensor Masai**. Sa mousse à haute résilience permet de délester les articulations et provoque une instabilité multi-axiale qui oblige le corps à réagir par une activité musculaire renforcée. Les MBT agissent sur le système sensorimoteur et sont utilisées par de nombreux athlètes de haut niveau et des professionnels de la santé comme un outil proprioceptif, de rééducation posturale et de réadaptation fonctionnelle.

L'utilisation des MBT est d'ores et déjà recommandée par des professionnels de la santé pour les pathologies suivantes :

- **Dos :** hernies discales, lombalgies, mauvaises postures...
- **Pied et chevilles :** épine calcanéenne, métatarsalgie, fasciite plantaire...
- **Hanche et genou :** syndrome rotulien, blessures des ligaments, arthrose...

Conditions privilégiées et offres d'essais, renseignements au : 09. 81. 64. 06. 58



[www.fr.mbt.com](http://www.fr.mbt.com)



**MBT vous accueille au Salon Rééduca**  
les 30 et 31 mars - Espace Tête d'Or - Lyon  
Stand B 44

MBT est disponible en distribution médicale



Photo 14 :  
Mobilisation en tension bilatérale  
du plexus brachial et flexion de tête

⇒ B → Technique de mobilisation neurale (le contenu)

- Ces nerfs ne sont pas longs aussi, il faudra bien les mobiliser par la palpation.
- Ensuite on réalise un PNF.
- Puis PNF avec un double ULNT1 (photo 14).

PNF : Cette technique permet de mobiliser les racines nerveuses en réalisant une tension de la dure mère.

L'intérêt de la double ULNT1 est de mettre en tension les branches postérieures par le biais des racines antérieures du plexus brachial.

C → Exercices à la maison et conseils

Il est souvent préférable de donner des exercices au patient. Il faut éviter des postures en extension cervicale haute et donc d'utiliser un double menton qui équivaut à une flexion cervicale de l'occiput à la troisième cervicale (selon les sujets). Si le problème est articulaire par exemple à gauche, on demandera au patient de faire des rotations droites de la tête (« Gagner de l'amplitude dans les amplitudes faciles pour améliorer la raideur du côté opposé »).

Les maux de tête sont fréquemment associés aux cervicalgies dont nous connaissons les facteurs de risque : l'importance de la position assise prolongée et celle de la position de la tête notamment lorsqu'elle est maintenue trop longtemps en flexion de plus de 20°, l'installation du clavier, de l'écran ordinateur et les mauvais gestes professionnels. Le traitement ostéopathe est de 2 à 4 séances maximum, un traitement kinésithérapique peut compléter le traitement. Il sera souvent indispensable chez les patients de plus de 60 ans avec arthrose et raideur cervicale.

D → Traitement possible

La mésothérapie présente un intérêt lorsque le diagnostic est correctement posé notamment par l'injection sous-occipitale de myorelaxants au niveau des muscles cervicaux et lorsqu'elle est associée dans cette étude à une prise en charge kinésithérapique ((16) Lisovoski, 2003).

L'acupuncture est controversée dans cette indication même si elle a fait l'objet d'une étude clinique sur 310 cas présentant une névralgie d'Arnold que l'auteur qualifie de « stagnation d'énergie ». Selon l'auteur, l'utilisation de cette thérapie peut améliorer le traitement ((7) Gautier P, 1996). Pour notre part, nous utilisons la puncture musculaire. La relaxation qui, combinée à la prise en charge de thérapie manuelle peut améliorer la qualité de vie mais n'est pas recommandée dans les guidelines ((9) Gouffaux-Dogniez, 2003).

NB : L'utilisation de toxine botulique en injection au niveau de certains muscles cervicaux est controversée ((15) Lantérie, 2005). Certaines recommandations professionnelles déconseillent ce traitement (BASH 2010, scottish guidelines 2008) mais ce n'est pas un traitement manuel.

## CONCLUSION

Cette première partie, basée surtout sur la littérature et l'explication des techniques, nous a permis d'aborder le traitement des céphalées d'origine cervicale. Dans le prochain numéro, nous terminerons par le traitement de la migraine et de la céphalée de tension et une synthèse des recommandations professionnelles.

## RÉFÉRENCES

1. Ammer K., Hein L., Rathkolb O.  
(Physical therapy in occipital headaches).  
*Manuelle Med* 1990, 28:65-68
2. Astin JA, Ernst E.  
«The effectiveness of spinal manipulation for the treatment of headache disorders : a systematic review of randomized clinical trials». *Cephalalgia* 2002, 22:617-623.
3. Bitterli J., Graf R., Robert F. et Col.  
*Zur Objektivierung der manuelltherapeutischen Beeinflussbarkeit des spondylogenen Kopfschmerzes* (Objective criteria for the evaluation of chiropractic treatment of spondylotic headache). *Nervenarzt* 1977, 48:259-262
4. Bronfort G., Nilsson N. et Col.  
«Non invasive physical treatments for chronic/recurrent headache». *Cochrane Database Syst Rev* 2004, CD001878.
5. Cleland JA, Glynn P., Whitman JM et Col.  
«Short-term effects of thrust versus nonthrust mobilization/manipulation directed at the thoracic spine in patients with neck pain : a randomised clinical trial». *Physical therapy*, 2007, 87(4) : 431-40
6. Fernandez-de-Las-Penas C., Alonso-Blanco C., Cuadrado M., et Col.  
«Spinal manipulative therapy in the management of cervicogenic headache». *Headache* 2005, 45 : 1260-1263
7. Gautier P.  
« Traitement de 310 cas de névralgie d'Arnold ». *Revue Française d'acupuncture* 1996, 87 :61-3.
8. Gibbons Peter et Philil Tehan  
«Manipulation of the spine, thorax and Pelvis», *churchill livingstone, elsevier* 2004
9. Gouffaux-Dogniez, Vanfraechem-Raway R., Verbanck P.  
« Evaluation d'un traitement des points triggers associé à la relaxation dans la prise en charge des céphalalgies chroniques de l'adulte. Relation avec l'anxiété et stratégies d'adaptation au stress ». *L'Encéphale*, 2003, Elsevier Masson, vol. 29, n°5, p377-390

➤ **10. Hall T., Chan HT, Christensen L. et Coll.**  
«Efficacy of a C1-C2 self sustained natural apophyseal glide (SNAG) in the management of cervicogenic headache».

*J Orthop Sports Phys Ther* 2007, 37: 100-107

➤ **11. Howe DH, Newcombe RG, Wade MT.**  
«Manipulation of the cervical spine – a pilot study». *J.R Coll Gen Pract* 1983, 33, 574-579

➤ **12. Hurwitz EL, Carragee EJ, Velde van der G et Coll.**

*Treatment of neck pain: noninvasive interventions results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders. J Manipulative Physical Ther* 2009, 32:5141-5175

➤ **13. Jull G., Trott P., Potter H. et Coll.**  
«A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache». *Spine* 2002, 27:1835-1843

➤ **14. Jull G et coll.,**  
«Whiplash, Headache, and Neck Pain», Elsevier, Philadelphia 2008

➤ **15. Lantérie Minet M.**  
«Céphalées par abus médicamenteux : migraines et céphalées : des nouveautés à la pratique». *Revue neurologique*, 2005, vol 161, n°6-7, pp725-728

➤ **16. Lisovski F.**  
«La névralgie d'Arnold ou névralgie occipitale : traitement en dehors des gestes infiltratifs locaux» *Le rachis*, 2003, vol 15, n°2, p81-83.

➤ **17. MC Crory DC, Penzien DB et Col.**  
«Evidence Report : Behavioral and Physical Treatments for Tension-type and Cervicogenic Headache». *FCER Research*, 2001

➤ **18. Nestoriuc Y, Martin A, Rief W, Andrasik F.**  
Biofeedback treatment for headache disorders : a comprehensive efficacy review. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 2008, 33 : 125-140

➤ **19. Nilson N., Christensen HW, Hartvigsen J.**  
«The effect of spinal manipulation in the treatment of cervicogenic headache». *J. Manipulative Physical Ther* 1997, 20:326-330

➤ **20. Parker GB, Pryor DS et Col.**  
«Why does migraine improve during a clinical trial? Further results from a trial of cervical manipulation for migraine». *Aust N Z J Med* 1980, 10:192-198.

➤ **21. Pommerol P.,**  
«Diagnostic kinésithérapique et ostéopathique des céphalées de l'adulte », *Kinésithér Scient* 2010;519:17-28

➤ **22. Pommerol P.**  
«Les Céphalées », *Ostéopathe magazine* janvier 2012

➤ **23. Scottish Intercollegiate Guideline Network.**  
«Diagnosis and management of headache in adults». 2008, 107

➤ **24. www.sofmmo.com.**  
Les recommandations de la Société Française de Médecine Manuelle 2007

➤ **25. Schwob M.**  
«Guérir la migraine. Coll. Evolution », Pocket, Paris, 2007.

## En savoir plus...

EFNS Guideline on the Drug Treatment of Migraine – Revised Report of an EFNS Task Force

European Federation of Neurological Societies; 2009. Diagnosis and Treatment of Headache Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2009 Standards of Care for Headache Diagnosis and Treatment

National Headache Foundation (NHF); 2008. Guidelines for All Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migraine, Tension-Type, Cluster and Medication-Overuse Headache

European Federation of Neurological Societies; 2006. The International Classification of Headache Disorders, Second Edition International Headache Society (IHS); 2005 (web-based edition 2008). Practice Parameter: Evidence-Based Guidelines for Migraine Headache

**Formation en Rebouthérapie**  
*Optimisez vos résultats*

Soulager  
Réaligner  
Normaliser  
Touché intentionnel  
Analyse anatomique

**CORPS FORMATION**

Tours - Lyon - Bordeaux - Metz - Paris - Tahiti

www.corps-formation.com 06 27 53 04 16

Réalisation-web.id.graphic@gmail.com