

PASCAL POMMEROL
OSTÉOPATHE - CDS KINÉSITHÉRAPIE

Traitement manuel et ostéopathique des céphalées et migraines

1^{ère} 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.

1 TRAITEMENT DE LA CÉPHALÉE D'ORIGINE CERVICALE

1 → Revue de littérature

Depuis 2002, 4 revues systémiques ((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) Etiologie 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 obliques 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 sub-occipitaux.

1^{er} temps : on va dans l'extension pour rapprocher les insertions musculaires. On maintient 2 ou 3 cycles respiratoires.

2^e temps : on réalise une flexion pour étirer les muscles (photos 2 et 3).

3^e 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^e temps : on gagne en flexion.

- Étirement de l'oblique intérieur 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 :



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 controlatérale 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) Etiologie 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 : Traction



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^{ère} 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^{er} 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^e 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^e technique : On peut utiliser une technique en traction pure (photo 10) ou en inclinaison également pour les sujets raides.

3^e 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.



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

- 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^{er} temps : le thérapeute place une main en prise mentonnaire 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^e 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^e 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 mentonnaire 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. →→



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 ponction 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 manualtherapeutischen 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 Coll.
*«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. Lisvoski 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.sofmmoo.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...

0EFNS 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

PASCAL POMMEROL
OSTÉOPATHE - CDS KINÉSITHÉRAPIE

Traitement manuel et ostéopathique des céphalées et migraines

2^e partie

Après avoir exposé dans le numéro 34 de Profession Kiné, les techniques mises en place pour le traitement des céphalées d'origines cervicales, nous abordons dans cette suite le traitement de la migraine et de la céphalée de tension.

«...Le traitement pour céphalées de tension repose sur une prise en charge ostéopathique holistique indispensable...»

2 TRAITEMENT DE LA MIGRAINE ET DE LA CÉPHALÉE DE TENSION

Il faut savoir que peu de traitements ont été validés pour la céphalée de tension et la migraine malgré la possibilité d'association de ces deux tableaux.

D'ailleurs les recommandations françaises (HAS 2004) ne font pas la distinction pour le traitement manuel d'une céphalée de tension et la migraine. Cependant depuis 2004, des publications importantes contribuent à individualiser la prise en charge de ces deux pathologies.

Le traitement de la migraine et de la céphalée de tension passe par :

- une recherche de la surconsommation de médicaments,
- des facteurs psychologiques,
- des facteurs alimentaires (excès de chocolat, alcool, jeûne, allergie alimentaire),
- de la fatigue,
- des facteurs hormonaux (avant ou après les règles, liés aux oestrogènes). Dans 70% des cas chez la femme, la migraine disparaît à la ménopause,
- des facteurs circulatoires.

En fonction des études, nous proposons les traitements suivants :

A - Traitement de la céphalée de tension

1 → Revue de littérature

- Douleur compressive en étai, bilatérale, aggravée par les pressions sur le crâne.
- Douleur modérée ou moyenne dans l'intensité, souvent bilatérale et qui n'est pas aggravée par les mouvements de la

vie quotidienne ((13) *The International Classification of Headache Disorders, 2004* et (24) *Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2008*).

Depuis 2002, il existe 5 revues systématiques pour évaluer le bénéfice de la thérapie manuelle ((3) *Astin JA, 2002* ; (6) *Bronfort G, 2004* ; (20) *MC Crory, 2001*; (16) *Lenssinck ML, 2004* et (10) *Fernandez de las Penas C, 2006*). 11 essais cliniques ont été inclus dans ces revues de littérature.

- 3 essais cliniques concluent à l'insuffisance de résultats pour les manipulations ((4) *Boline PD, 1995*; (9) *Donkin RD, 2002* et (12) *Hoyt WH, 1979*).
- 6 des essais étudient des combinaisons de traitement avec de la thérapie manuelle ((5) *Bove G, 1998*; (1) *Ahonen E, 1984*; (7) *Carlsson J, 1990*, (25) *Wylie KR, 1997* ; (14) *Jay GW, 1989* et (34) *Marcus DA, 1995*).
- 1 essai clinique évalue la technique crânio-sacrée ((11) *Hanten WP, 1999*) et une étude compare les manipulations et les mobilisations ((8) *Demirturk F, 2002*).

Ces revues concluent généralement à une insuffisance de preuve de l'utilisation de la thérapie manuelle car des essais prouvent une efficacité et d'autres pas.

Il existe plusieurs exceptions à cette conclusion :

- En effet, la revue Cochrane ((6) *Bronfort G, 2004*) en 2004 recommandait les manipulations en s'appuyant sur 2 essais cliniques : l'étude de Boline 1995 ((4) *Boline PD, 1995*) qui comparait un traitement prophylactique à base d'amitriptyline et un traitement à base de manipulations sur des céphalées de

tension chronique. Durant les traitements d'amitriptyline et de thérapie manuelle, le traitement médicamenteux en préventif avait une efficacité supérieure ; cependant après l'arrêt du traitement médical, la manipulation vertébrale avait une efficacité supérieure au traitement médical pendant une période de 3 semaines. Les auteurs émettent l'hypothèse d'un rebond thérapeutique à l'arrêt des médicaments qu'on ne retrouve pas dans le groupe traité par le traitement manuel.

- L'étude de Bove 1998 ((5) Bove G, 1998) montre que l'association manipulation et massages n'est pas plus efficace que le massage seul sur les céphalées de tension épisodique mais diminue les crises.

- L'étude de Anderson et Seniscal (N=26) (2) Anderson RE, 2006) compare un groupe témoin avec relaxation et un groupe traité par traitement ostéopathique plus relaxation et montre que l'apport de l'ostéopathie est bénéfique. Elle diminue le nombre de crise. Cette étude présente un risque modéré de biais mais sur un faible échantillon.

- Les recommandations professionnelles (evidence-based clinical guidelines) ((24) Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2008, BASH 2010, HAS 2004, UK guidelines 2000) pour l'instant ne concluent pas sur l'opportunité des manipulations vertébrales dans le traitement des céphalées de tension. Cependant, l'association de thérapie manuelle et d'ostéopathie semble avoir un impact positif sur la diminution du nombre de crises. Les auteurs de cette revue citent les publications positives d'Anderson en 2006 et de Van Ettekoven et coll en 2006 (2). Cette dernière étude (N=36) montre l'effet positif d'un traitement sur 6 semaines de l'association d'exercices et de physiothérapie sans manipulation. 85% des patients ont une diminution de 50% des crises six mois après le traitement.

- Glynn 2011 cite les travaux de Fernandez las penas (N=35) en 2006 (10) et retient les critères suivants pour la réussite d'un traitement de 18 séances sur trois semaines à base : + de triggers points, technique d'énergie musculaire et des tissus mous sur les muscles et fascias de l'épaule, des cervicales et de la tête et exercice à la maison de type contraction musculaire et mouvements d'épaule.

Il faut pour un succès thérapeutique (>50% de sédation de douleur) :

- avoir des crises inférieures à 5,5 jours par semaine et
- une douleur somatique inférieure à 47 au SF-36 (questionnaire).

Cependant nous pensons qu'il faut éviter le traitement des triggers par points ischémiques comme le conseille Bronfort dans sa revue de littérature.

- Le training biofeedback par séances de groupe semble être une option thérapeutique qui demande à être également validée ((22) Nestoriuc Y, 2008).

Par contre la revue Cochrane en 2009 Linde K, 2009 ((18)) conclut à un réel intérêt d'adjoindre l'acupuncture au traitement et pour notre part nous utilisons avec bonheur ce type de traitement avec poncture des points douloureux (ce traitement est proposé par les recommandations anglaises, écossaises (BASH 2010), ((24) Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2008).

Il faudra également traiter dans ce tableau les irritations nerveuses (juil 2008) si lors du diagnostic les tests d'irritabilité nerveux sont positifs et reproduisent la douleur.

2 → Notre proposition

Les traitements pour céphalées de tension reposent sur une prise en charge ostéopathique holistique indispensable ((2) Anderson, 2006). Les techniques de thrust ne semblent pas avoir une efficacité supérieure dans ce cas.

Ce traitement est une utilisation des techniques d'ostéopathie douces, à base de techniques des tissus mous. Il est préférable d'éviter les techniques structurales surtout en cervical supérieur (le rapport bénéfice/risque est très mauvais dans ce cas).

L'étude propose le traitement suivant :

- Technique crânienne (technique de lift, technique de réharmonisation, CV4). Nous pratiquons ces techniques à but circulaire avec un réel succès. Attention, les pressions sur le crâne trop fortes ou trop diffuses peuvent augmenter la symptomatologie. Il faut beaucoup de douceur dans les manœuvres.
- Techniques fonctionnelles pour la 1^{re} et la 2^e côte avec le traitement pour des compressions vasculaires et nerveuses au niveau du défilé thoraco-brachial.
- Techniques pour sternum, clavicule et mobilisation des côtes (photo n° 1).
- Techniques musculaires pour les muscles du cou et la ceinture scapulaire à base d'étirements ou de raccourcissements (strain, conterstrain).
- Mobilisations fonctionnelles articulaires pour les cervicales et de T1 à T4, du sacrum et les iliaques.



Photo 1 :





Photo 2 :
Le Slump couché



Photo 3 :
Traitement local
de poncture



Selon les dysfonctions trouvées, on ajoutera un traitement viscéral en débutant ce traitement par des mobilisations diaphragmatiques.

Un traitement de mobilisations nerveuses si le patient présente une irritabilité du tissu nerveux, ce qui est souvent le cas si le patient a des antécédents traumatiques ou de syndrome d'hyper-utilisation (overuse syndrome).

Nous utilisons beaucoup ce test que nous avons décrit précédemment (*Pommerol 2007 (23)*). Il nous permet de traiter des problèmes dure-mériens mécaniques. Le traitement des dysfonctions des autres régions sera en fonction du diagnostic des dysfonctions. Le traitement ostéopathique sera sur 6 à 10 séances maximum, espacées de 10 jours pour les premières et puis tous les mois ensuite.

Ce traitement sera toujours associé à un traitement d'acupuncture, soit dans la même séance soit dans les semaines suivantes, pour diminuer la fréquence des crises. Il peut être purement symptomatique pour soulager le patient.

La kinésithérapie est un complément possible avec l'association de myo-biofeedback, de techniques musculaires douces et d'exercices à la maison associés (*scottish guideline 2008 (24)*).

Il faut préciser que dans les cas de céphalées de tension, le traitement manuel peut parfois augmenter l'intensité de la crise mais apporter une réelle diminution des crises. On retrouve cette sensation de clinicien dans les recommandations de la BASH 2010.

B - Traitement de la migraine

Le sujet présente une douleur chronique plutôt unilatérale, pulsatile, augmentée par l'effort et soulagée par les pressions sur le crâne, avec ou sans aura (signes précédents la crise).

1 → Revue de littérature

Depuis 2004, 2 revues systématiques ont essayé d'évaluer le bénéfice de la thérapie manuelle (*Chiropractie, ostéopathie, OMT*) (*(3) Astin JA, 2002 et (6) Bronfort G, 2004*).

A notre connaissance, il existe des essais cliniques comparatifs concernant les manipulations vertébrales (*(21) Nelson CF, 1998*).

Astin et Ernest ((3) Astin JA, 2002) conclut en 2002 qu'il n'existe pas assez de preuves pour affirmer s'il faut utiliser ou non les mobilisations et les manipulations cervicales.

Par contre, la revue Cochrane en 2004 conseille les manipulations cervicales et les classe comme « option thérapeutique ». La revue Cochrane utilise un protocole strict pour mettre en évidence la pertinence de ce traitement en tenant compte de la qualité et de la quantité des essais cliniques. L'étude de Lawler et Cameron (*(15) Lawler SP, 2006*) montre que le massage diminue les crises mais cette étude présente de nombreux biais et une méthodologie trop faible.

Les recommandations écossaises et américaines proposent clairement l'utilisation des manipulations cervicales et dorsales chez l'adulte (*(24) Guideline Network, 2008 Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2008*) mais des nouvelles études sont nécessaires pour en faire des recommandations strictes.

Ainsi le BASH 2010 préconise plutôt l'acupuncture et la physiothérapie avec mobilisation articulaire et des exercices à la maison comme traitement adjuvant.

En conclusion, il existe des preuves à utiliser les manipulations vertébrales dans les migraines depuis les dernières études, bien que ce n'était pas le cas jusqu'en 2006 (*HAS 2000, US headache consortium 2000*).

Le traitement de management du stress, combinant des exercices doux supervisés, des massages, des conseils diététiques, des triggers points, de la relaxation et le biofeedback, a un aspect positif et une efficacité prouvée au niveau des traitements (*(24) Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2008*) ; *(6) Bronfort G, 2004* ; *(17) Linde K, 2009 et (22) Nestoriuc Y, 2008, US headache consortium 2000 grade B, HAS grade B, BASH 2010*).

L'acupuncture est aussi une recommandation de grade B en traitement préventif (*(24) Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2008*), de grade C (*HAS 2004*), et comme traitement adjuvant (BASH2010). Il existe donc un consensus sur l'acupuncture.

2 → Notre proposition

Le traitement sera holistique et commencera toujours par un travail respiratoire sur le soupir expiratoire et sur des mobilisations diaphragmatiques et costo-diaphragmatiques. Ce traitement est un temps essentiel du traitement et permet un travail de relaxation, recommandé par la littérature, tout comme la détente des viscères.

Le traitement par manipulation est intéressant dans les migraines et a des preuves de son efficacité de façon très modérée.

On recherchera avant tout, les dysfonctions au niveau des cervicales basses et des thoraciques hautes lors de la première séance. Les dysfonctions les plus fréquentes au niveau cervical sont des dysfonctions en flexion-rotation, suite aux excès de mouvement ou de posture en flexion. Les dysfonctions de T2 à T6 sont souvent des dysfonctions d'extension (photo 4).

Le traitement des dysfonctions cervicales supérieures, si elles sont présentes, seront traitées par techniques fonctionnelles et c'est seulement en cas d'échec que l'on utilisera une technique à haute vélocité et faible amplitude, ou à la troisième séance. Ces lésions sont en principe dans la céphalée d'origine cervicale.

Les mobilisations viscérales seront systématiques dans le cas de migraine (photo n°5).

S'il n'existe pas de dysfonction, ce qui est très rare, on réalisera des manoeuvres générales basées sur la respiration. On retrouvera des dysfonctions surtout sur la sphère hépatobiliaire et des intestins, de l'estomac. Ces organes méritent un traitement spécifique précédé d'une mobilisation diaphragmatique et une détente du nerf phrénique (photo 6).

L'équilibration du bassin et des manoeuvres crâniennes permettront un bon relâchement du corps. Elles sont, dans le contexte de migraine, particulièrement adaptées car les pressions du crâne soulagent. Les techniques réflexogènes peuvent avoir un réel intérêt dans cette pathologie mais n'ont pas de preuve d'efficacité.

Le traitement des triggers points est une possibilité très controversée. Pour notre part, nous n'utilisons pas le traitement trigger et les pressions ischémiques qui ont l'inconvénient parfois de provoquer des influx nociceptifs renforçant la douleur au lieu de la combattre. Nous préférons utiliser la technique de Jones dans ce cas, en relâchant les « tenders points ». L'utilisation de quelques manoeuvres de massage est possible, surtout les manoeuvres à l'intention du tissu sous-cutané en évitant des massages trop profonds. Cette prise en charge est à visée relaxante.

Nous restons toujours convaincus du bienfait de l'acupuncture traditionnelle dans ce tableau clinique. Il faut une consultation complémentaire en médecine chinoise pendant le traitement manuel.

D'autre part, les efforts physiques et le stress doivent être diminués pour éviter la nociception surtout chez les patients hyperactifs.

Les conseils diététiques doivent aussi accompagner le traitement comme « il faut éviter de sauter un repas et avoir une ali-

mentation variée ». Remarque : on peut trouver certaines allergies lors d'un dépistage spécialisé.

Eviter les auto-prescriptions et attention à la pilule contraceptive.

Les conseils pour un bon sommeil sont également indispensables : « respecter son horloge interne » et « n'abusez pas des excitants comme le café et les boissons gazeuses ».

Tout état dépressif suspecté demandera une consultation spécialisée.

Dans tous les cas, le traitement doit comporter une prise en charge pluridisciplinaire sur plusieurs mois et l'association de différentes thérapies est essentielle dans le cas des migraines. Il faut donc proposer un véritable management du stress avec des séances de relaxations, de gymnastique douce (nous conseillons le Qi Gong), des conseils de diététique, et de réaliser un calendrier des crises conjointement avec des exercices à la maison.

➤ CONCLUSION

Nous voyons que le traitement est bien différent pour ces trois tableaux (Profession Kiné 34 et 35) et il doit s'adapter au patient et non le contraire. Nous voulons rajouter enfin que le traitement occlusal par gouttière, les injections de magnésium, l'homéopathie ne sont pas recommandées dans la prise en charge de ces pathologies (scottish guidelines 2008, BASH 2010, UK guidelines 2000), mais ce ne sont pas des traitements manuels.

Le traitement par thérapie manuelle est la base du traitement des céphalées d'origine cervicale et possède des preuves de son efficacité (grade B). Ce n'est pas le cas des migraines et des céphalées de tension où le traitement est d'abord médical. Par contre, nous pensons que ces techniques manuelles peuvent avoir une action préventive comme le montre les guidelines au niveau de la migraine.

Ainsi, l'effet de la thérapie manuelle dans les migraines et les céphalées de tension prend un caractère primordial, couplé avec une prise en charge holistique et multidisciplinaire pour diminuer l'intensité et le nombre de crises.

Cependant ces affirmations doivent être confirmées par des études futures.

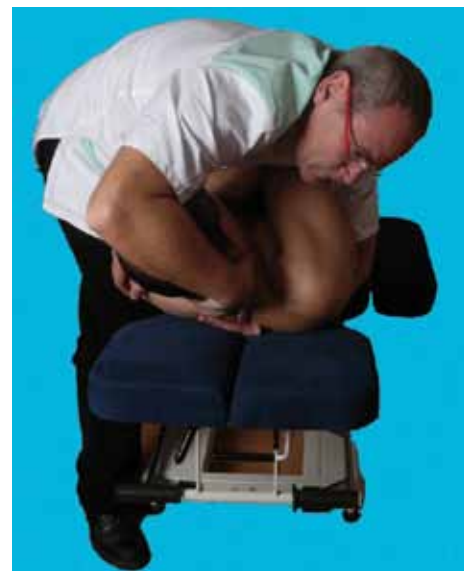


Photo 4 : Correction par Dog d'une dysfonction au niveau thoracique supérieur



Photo 5 : Correction d'un estomac hypertonique



Photo 6 : Détente du nerf phrénique



→ RÉFÉRENCES

➤ 1. AHONEN E, HAKUMAKI M ET COL.

« Effectiveness of acupuncture and physiotherapy on myogenic headache : a comparative study ». Acupunct Electrother Res 1984, 9:141-150

➤ 2. ANDERSON RE, SENISCAL C.

A Comparison of selected osteopathic treatment and relaxation for tension-type headaches. Headache 2006, 46:1273-1280.

➤ 3. 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.

➤ 4. BOLINE PD, KASSAK K ET COL.

« Spinal manipulation vs. Amitriptyline for the treatment of chronic tension-type headaches; a randomized clinical trial. J Manipulative Physiol Ther 1995, 18 : 148-154.

➤ 5. BOVE G, NILSSON N.

« Spinal manipulation in the treatment of episodic tension-type headache : a randomized controlled trial. JAMA 1998, 280; 1576-1579.

➤ 6. BRONFORT G, NILSSON N ET COL.

« Non invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. Cochrane Database Syst Rev 2004, CD001878.

➤ 7. CARLSSON J, FAHLCRANTZ A ET COL.

« Muscle tenderness in tension headache treated with acupuncture of physiotherapy ». Cephalalgia 1990. 10:131-141.

➤ 8. DEMIRTURK F, ARKACALI I ET COL.

Results of two different manual therapy techniques in chronic tension-type headache. The Pain Clinic 2002, 14:121-128.

➤ 9. DONKIN RD, PARKIN-SMITH GF ET COL.

« Possible effect of chiropractic manipulation and combined manual traction and manipulation on

tension-type headache : a pilot study ». Journal of the Neuromusculoskeletal System 2002, 10:89-97.

➤ 10. FERNANDEZ DE LAS PENAS C, ALONSO BLANCO C ET COL.

« Are manual therapies effective in reducing pain from tension-type headache : a systematic review. Clin J Pain 2006,22:278-285.

➤ 11. Hanten WP, Olson SL.

« The Effectiveness of CV-4 and Resting Position Techniques on Subjects with Tension Type Headaches ». The Journal of Manual & Manipulative Therapy 1999, 764-70.

➤ 12. HOYT WH, SHAFFER F ET COL.

Osteopathic manipulation in the treatment of muscle-contraction headache. JAOA 1979, 78:322-325.

➤ 13. THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEADACHE DISORDERS.

Cephalalgia, 2 2004, 24(suppl1) 9-160.

➤ 14. JAY GW, BRUNSON SJ.

The effectiveness of physical therapy in the treatment of chronic daily headaches. Headache 1989, 29:156-162.

➤ 15. LAWLER SP, CAMERON LD.

A randomized, controlled trial of massage therapy as a treatment for migraine. Ann Behav Med 2006, 32-50-59

➤ 16. LENSINCK ML, DAMEN L ET COL.

The effectiveness of physiotherapy and manipulation in patients with tension-type headache : a systematic review Pain 2004, 112:381-388

➤ 17. LINDE K, ALLAIS G, BRINKHAUS B ET COL.

« Acupuncture for tension-type headache ». Cochrane Database Syst Rev 2009. CD007587.

➤ 18. LINDE K, ALLAIS G, BRINKHAUS B ET COL.

« Acupuncture for migraine prophylaxis ». Cochrane Database Syst Rev 2009.

➤ 19. MARCUS DA, SCHARFF L ET COL.

Nonpharmacological management of headaches during pregnancy. Psychosom Med 1995, 57:527-535

➤ 20. MC CRORY DC, PENZIEN DB ET COL.

Evidence Report : Behavioral and Physical Treatments for Tension-type and Cervicogenic Headache. FCER Research, 2001

➤ 21. NELSON CF, BRONFORT G ET COL.

The efficacy of spinal manipulation, amitriptyline and the combination of both therapies for the prophylaxis of migraine headaches. J Manipulative Physiol Ther 1998, 21 :511-519

➤ 22. NESTORIUC Y, MARTIN A, RIEF W, ANDRASIK F.

Biofeedback treatment for headache disorders : a comprehensive efficacy review. Appl Psychophysiol Biofeedback, 2008, 33 :125-140

➤ 23. POMMEROL P.

Ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuroméningé. Sauramps Médical. 2007.

➤ 24. SCOTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINE NETWORK.

Diagnosis and management of headache in adults. 2008, 107

➤ 25. WYLIE KR, JACKSON C. ET COL.

« Does psychological testing help to predict the response to acupuncture or massage/relaxation therapy in patients presenting to a general neurology clinic with headache ? J Tradit Chin Med 1997,17:130-139.

➤ LES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES:

En France : ANAES Recommandations pour la pratique clinique des CCQ (Céphalées chroniques quotidiennes) : Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge. Septembre 2004. <http://www.HAS-santé.fr> He201Migraine Headache