

Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 30 (1994)
Heft: 1

Artikel: Dix ans de traitement manuel des points gachettes en Suisse
Autor: Dejung, Beat
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929305>

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: 18.03.2025

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

Dix ans de traitement manuel des points gachettes en Suisse

1. Les débuts

A l'occasion du Congrès international sur la médecine manuelle en 1983, le professeur Simons présenta sa thérapie axée sur les points gachettes pour la première fois à Zurich. Simultanément parut son premier tome de «Myofascial Pain and Dysfunction». Il s'agit d'un résumé des connaissances actuelles sur les affections musculaires fonctionnelles et d'un atlas de la diffusion des douleurs provenant des zones musculaires bien identifiées aujourd'hui. Par la suite, de nombreux médecins suisses commencèrent à traiter les douleurs de leur patients par des injections aux points gachettes. Dans le cadre de l'ASMM, Robert Fröhlich propagea la méthode connue sous le nom de «Spray and Stretch». Nous avons mis au point dans notre cabinet le traitement manuel des points gachettes. Et pour soutenir les étirements musculaires, nous avons appliqué pour la première fois en Suisse des vaporisations d'azote liquide (le criojet).

2. Fondement de la théorie

A la suite des travaux de Simons et Travell est apparu,

pour la première fois, un modèle global applicable aux affections fonctionnelles de l'appareil locomoteur. Il englobe l'étiologie des affections douloureuses (étirement excessif et fatigue supplémentaire des muscles), la pathophysiologie (décontraction impossible d'éléments divers (actifs et protéiniques, d'origine locale ou réfléchie), la phénoménologie (formation de contractures autour d'un centre douloureux appelé point gachette), le diagnostic (douleur lors de l'étirement des structures affectées et de la palpation des phénomènes locaux), la thérapie (injections aux PG, «Spray and Stretch», traitement manuel des PG) et la prophylaxie (entretien de la puissance et de l'élasticité des muscles). Ce modèle retient aussi pour plausible l'effet de facteurs psychiques et l'influence de la température dans l'origine de l'affection (augmentation du tonus musculaire). Il en va de même de l'attitude face à la douleur (irritation ou ménagement des PG de la musculature). La grande nouveauté réside dans la découverte de la douleur projetée, par voie réflexe. Après avoir traité cent patients souffrant d'une affection de l'appareil locomoteur et qui avaient ressenti la douleur autre part qu'à son lieu d'origine, on s'étonne de constater quelle for-

me de thérapie était appliquée jusqu'à présent.

3. Traitement manuel des points gachettes

Nous avons déjà décrit en une autre occasion ce traitement qui se divise en sept étapes. En fait, elle peuvent se résumer à deux: la compression d'un point gachette, avec mouvement actif, et l'étirement manuel des tissus conjonctifs.

La compression d'un PG provoque une ischémie et une hyperémie par réaction. Le métabolisme du PG s'en trouve modifié. Le principal effet s'opère par voie réflexe et le traitement thérapeutique produit une détonification de la contracture liée au PG. Les processus pathologiques de la musculature se traduisent par la formation d'œdèmes et, avec le temps, par la transformation conjonctive du PG, de la contracture et des tissus environnants, jusqu'aux fascias. L'étirement manuel de ces structures conjonctives est la condition première de la détonification d'une contracture. Le décollement de fascias, par exemple, améliore promptement la mobilité du patient.

Des injections ciblées, aux PG, et la méthode «Spray and Stretch»

sont de bonnes solutions contre les douleurs aiguës. Elles ne permettent toutefois pas de traiter les douleurs chroniques (selon une affirmation du professeur Simons). Le traitement manuel des PG et des tissus conjonctifs nous a par contre permis d'obtenir souvent de bons résultats, dans le traitement des problèmes chroniques de l'appareil locomoteur aussi.

4. Régions d'application

Pratiquement toutes les affections douloureuses de l'appareil locomoteur se traduisent par des contractures musculaires. Elles sont souvent une forme de réaction à un trouble primaire; hernie discale, rupture du manchon des muscles rotateurs, coxarthrose, syndrome du canal carpien. Notre application thérapeutique ne produit qu'une amélioration limitée. Très souvent cependant, le trouble musculaire est primaire. Dans ce cas, rien ne s'oppose en principe à une guérison complète. Au nombre des troubles musculaires primaires, on compte diverses affections du dos, du cou, des maux de tête, des douleurs à l'épaule, au coude et au bras, des déchirements herniaires chroniques, des douleurs

au genou, à la jambe, au pied, etc. Lorsque le trouble est d'origine récente, la guérison ne pose généralement pas de problème majeur. Lorsque la douleur existe depuis des années, il faudra traiter le tissu conjonctif de manière suivie, sans aucune garantie de réussite.

5. Expériences

Ces dernières années, divers thérapeutes originaires de régions diverses spécialisés dans le traitement des PG ont fourni une intense collaboration. Les mêmes types de problèmes sont apparus sous des formes similaires. Nous allons nous y attarder brièvement.

Il arrive régulièrement que l'on oublie le principe de la douleur projetée (par voie réflexe). Si l'on ne traite que la région où le patient ressent la douleur, on n'obtiendra pas de résultat très satisfaisant. A cet égard, il convient de rappeler que l'analyse d'un trouble musculaire au moyen de tests d'étirement et de la palpation du PG constitue une opération des plus exigeantes.

La traitement manuel des PG requiert une certaine force dans les doigts. Le thérapeute qui voudra obtenir très vite des résultats à tout prix, en exerçant une pression trop importante, aura de grandes chances d'avoir lui-même très rapidement des PG actifs dans les flexeurs et les extenseurs des doigts et de la main. La pression exercée doit s'accroître progressivement, afin d'accroître sa propre force et de «s'immuniser» ainsi contre ce type de désagréments.

Le débutant a tendance à croire que le principal dans le traitement consiste à comprimer le PG autant que possible. Le résultat ne se laisse pas attendre; l'apparition d'hématomes surdimensionnés. Un élément essentiel ne doit pas s'oublier: bien

plus que la force exercée, c'est la précision de la compression sur le PG qui donnera le résultat souhaité.

Nous tous commettons une autre erreur: nos étirements des tissus conjonctifs sont trop rapides. En fait, il faut procéder de telle sorte que l'on ne note pas le mouvement. De la sorte, les structures conjonctives pourront se détacher les unes des autres.

Lorsqu'après une séance, le patient se sent soulagé ou constate une meilleure mobilité, une chose est sûre: nous sommes sur la bonne voie. Or, en présence de douleurs chroniques, il faut souvent 10 à 15 séances de traitement pour que disparaisse totalement le tonus; un travail de fond en somme.

Comme beaucoup d'autres manipulations médicales, le traitement des TP est douloureux. Il faut en informer le patient. Celui-ci doit pouvoir être en mesure d'arrêter notre action à chaque instant, et nous devons apprendre à réagir en conséquence et à nous arrêter instantanément. Le traitement des PG ne peut se concevoir comme un simple procédé «technique». Le patient doit sentir l'intérêt que nous portons au problème souvent grave qui l'affecte. C'est à cette seule condition que nous établirons une relation de confiance avec le patient.

En outre, l'expérience montre que les patients sont heureux de voir que l'on s'attaque vraiment à leurs maux. Pour cela, ils ont disposés à souffrir un peu plus.

6. Traitement des PG et thérapie manuelle

Au fur et à mesure que le degré d'acceptation de la thérapie manuelle dans notre pays comme moyen kynésithérapeutique augmente, toujours plus de thérapeutes consacrent beaucoup de temps à l'apprentissage des ma-

nipulations requises, difficiles parfois. La thérapie manuelle produit deux effets: déblocage articulaire mécanique et détonification des muscles environnants par la voie réflexe. Les blocages mécaniques des articulations sont rares. On les trouve avant tout dans la région ilio-sacrée, dans la région des côtes et bien sûr dans le squelette carpien et tarsien. La plupart des troubles fonctionnels à proximité de la colonne vertébrale donnent naissance à des PG. La diminution de la mobilité articulaire n'est généralement qu'un effet secondaire. La détonification de la musculature au moyen de la thérapie manuelle par impulsion ne supprime pas le problème des PG; elle ne les réduit qu'à un état latent. Un problème de PG prononcé peut même se voir stimulé et renforcé. Cette méthode thérapeutique ne produit guère de résultats dans les cas de troubles chroniques centrés dans le tissu conjonctif. D'autre part, il est étonnant de constater les bons résultats que peut produire la thérapie par impulsions, lorsqu'elle traite suffisamment les PG environnants. Globalement, il est permis d'affirmer que le poids de la thérapie manuelle est aujourd'hui quelque peu surestimé.

7. Quelques considérations sur la résistance au traitement

Comme toutes les autres méthodes, la thérapie des PG enregistre aussi des échecs. Diverses réflexions s'imposent à cet égard.

Tout d'abord: le problème a-t-il été convenablement cerné? A-t-on trouvé les PG primaires (non pas seulement ceux des muscles antagonistes ou des PG satellites)? Le traitement a-t-il fait preuve de précision? A-t-on suffi-

PRATIQUE

samment étiré les tissus conjonctifs contractés?

Une question se pose en permanence: l'origine de la douleur est-elle organique (hernie discale, sténose du canal rachidien, instabilité ou sacroïléite pour une douleur dorsale, p. ex.)? L'origine de la douleur doit-elle se chercher dans l'affection d'un organe interne?

Très souvent, une résistance au traitement laissera supposer l'existence d'une dépression, qui accompagne souvent un tonus trop élevé de la musculature. De petites douleurs se développent démesurément sous l'effet d'une dépression. Certaines personnes ressentent même le besoin de se nuire et sabotent délibérément tout acquis de la thérapie.

Plus d'un thérapeute se posera la question suivante: existe-t-il des dommages cachés qui accroissent le tonus musculaire en permanence? Les rapports à ce sujet tendent trop souvent à généraliser et présentent des cas d'espèce comme panacée. Voici divers facteurs de perpétuation de la douleur potentiels: tension dans l'architecture du pied, position déficiente des jambes, cicatrices, troubles de l'occlusion maxillaire, tension crânienne, troubles de la motilité oculaire (faible convergence). Bien que les fondements scientifiques de ces exemples fassent encore défaut, ces derniers peuvent nous être d'un grand secours dans la recherche des raisons à la résistance.

N'oublions pas qu'il peut très bien exister en outre des maladies que nous ne connaissons pas encore génératrices de douleur, comme semblerait l'indiquer les exemples quelque peu