

Présentation de la méthode



Massage Neural[®]
et Techniques Normoceptives

déposé 75281HC Copyright France.com

Philippe DONZE

Les possibilités thérapeutiques du massage sont plutôt méconnues dans le cadre de la pathologie somatique. Le Massage Neural® a pour ambition de proposer de nouvelles options de thérapie manuelle principalement destinées au traitement des pathologies musculosquelettiques en phases aiguës ou chroniques quelles que soient leurs causes (traumatique, sportive, posturale...). Il apporte également une aide précieuse dans le traitement de certaines affections fonctionnelles viscérales.

Qu'est-ce que le Massage Neural ?

C'est une thérapie manuelle élaborée à partir d'une longue expérimentation de techniques réflexes telles que les techniques neuromusculaires et certaines thérapies manuelles traditionnelles. Cette expérimentation a consisté en une sélection de techniques en fonction de leur capacité à désensibiliser les tissus douloureux.

Ce que nous visons dans l'application de techniques de désensibilisation tissulaire, ce n'est pas seulement le traitement symptomatique de la douleur, ce qui équivaldrait à traiter les conséquences et non les causes de la pathologie.

Il s'agit plutôt de rechercher aux sources des pathologies douloureuses que présentent nos patients ce qui a pu les amener à enclencher un cercle vicieux dont ils n'arrivent plus à sortir spontanément. Ce cercle vicieux, souvent à l'origine d'une chronicisation des pathologies ou tout du moins d'une prolongation et d'une complication de celles-ci, trouve son explication dans un cortège de processus réflexes dont la nociception est le dénominateur commun. L'approche de la méthode consiste en premier lieu en une démarche diagnostique complémentaire du diagnostic médical classique : elle vise à mettre en évidence chez le patient un contexte de sensibilisation tissulaire sous-jacent à sa pathologie douloureuse. Ce contexte de sensibilisation peut mettre en jeu le système nerveux périphérique ou central créant un terrain favorable à une souffrance tissulaire, (articulaire, périarticulaire, musculaire, neuropathique, etc.) associant par exemple une diminution des seuils de transmission du message nociceptif avec une cascade de conséquences en termes de perte de mobilité (contractures et spasmes réflexes), d'inflammation, de troubles trophiques tissulaires (perturbation de l'équilibre neurovégétatif).

La nociception et ses conséquences réflexes :

La nociception se distingue de la douleur en ce sens que la douleur est consciente (elle implique une intégration corticale) tandis que la nociception peut s'élaborer à bas bruit hors du champ de la conscience du patient. Nous avons tous pu constater l'existence de points hypersensibles et totalement inconnus de nos patients. Ceux-ci s'étonnent alors de notre découverte par la palpation de ces points douloureux et dont ils n'avaient pas connaissance avant qu'on y touche. En réalité, la douleur consciente, celle qui pousse nos patients à nous consulter, n'est que la

partie émergente d'un iceberg dont la partie immergée est, le plus souvent, beaucoup plus vaste.

Pourquoi une thérapie réflexe globale ?

Les douleurs somatiques que ressentent nos patients ne sont que la partie émergée de l'iceberg car elles font partie d'un processus plus large, plus profond et souvent plus ancien que sa manifestation effective ne le laisse penser. Ainsi leur traitement, pour être vraiment efficace, impose une appréhension la plus globale et la plus proche des causes possibles. Il importe notamment, tant dans la démarche diagnostique que dans le traitement de comprendre les relations sensitivomotrices sous-jacentes qui relient fonctionnellement différentes parties du corps entre elles et qui agissent de manière coordonnées et complexes dans le processus pathologique.

Comprendre les pathologies musculosquelettiques pour mieux les soigner :

Pour comprendre l'intérêt des techniques de désensibilisation tissulaire, il importe de comprendre en premier lieu comment s'installent les pathologies douloureuses et quelle est la part du processus réflexe dans leur évolution.

Partir de ce qu'on observe cliniquement :

Lorsqu'un patient décrit et montre sa douleur, il peut montrer :

-soit l'origine et la cause, il s'agit alors de douleurs locales situées au lieu précis d'une souffrance ou lésion tissulaire, par exemple après un traumatisme ou un choc direct, une entorse, une fracture.

-soit une projection de celle-ci.

La majorité des douleurs cliniques sont des douleurs projetées plus ou moins loin de leur source. L'approche clinique classique nous enseigne d'investiguer en premier lieu la zone décrite par le patient, ce qui est logique, mais il importe de prendre en compte qu'un processus douloureux, même lorsqu'il comporte des lésions objectivables (par exemple une tendinopathie avec remaniements du tissu tendineux) est le plus souvent la conséquence d'une sensibilisation dont la source est à distance. Pour bien comprendre ce processus de sensibilisation, il importe de comprendre la physiologie des douleurs projetées.

Il existe deux modalités de douleur projetées :

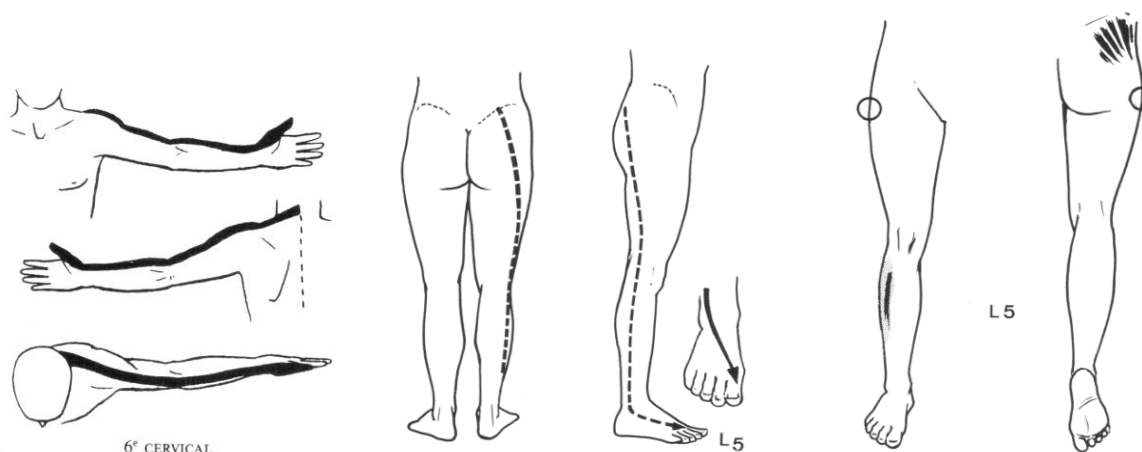
1) Les douleurs rapportées :

Elles impliquent une souffrance d'une structure nerveuse :

Un nerf ou une branche collatérale est comprimé ou lésé. La douleur se situe dans le territoire strict du nerf en souffrance. Elle a des caractéristiques de type neuropathique (douleur

fulgurante de type décharge électrique, ou de brûlure, accompagnée de paresthésies ou dysesthésies, fourmillements, perte de sensibilité, etc.)

Par exemple une sciatique, une névralgie cervico-brachiale, un syndrome du canal carpien, une compression d'un nerf post traumatique ou post chirurgicale, etc. **Ces douleurs projetées dites « rapportées » impliquent le système nerveux périphérique.**



Quelques exemples de douleurs rapportées : NCB C6, Sciatique L5...

Les douleurs référées :

Elles sont plus difficiles à cerner et à comprendre car elles n'obéissent pas à la logique d'un territoire anatomique d'un nerf ni à celui d'une lésion tissulaire ou organique sous-jacente. Ces douleurs référées sont très fréquentes. Elles s'expriment sur le territoire **d'un autre nerf** que celui correspondant à la zone douloureuse. Elles ont une typologie qu'on pourrait qualifier de douleurs fantômes car leur localisation ne nous renseigne pas directement sur l'origine de la douleur.

Elles n'ont pas les caractéristiques cliniques des douleurs rapportées et se présentent souvent sous la forme de douleurs sourdes mal localisées.

Elles sont liées à un processus central et non pas périphérique comme l'étaient les douleurs rapportées.

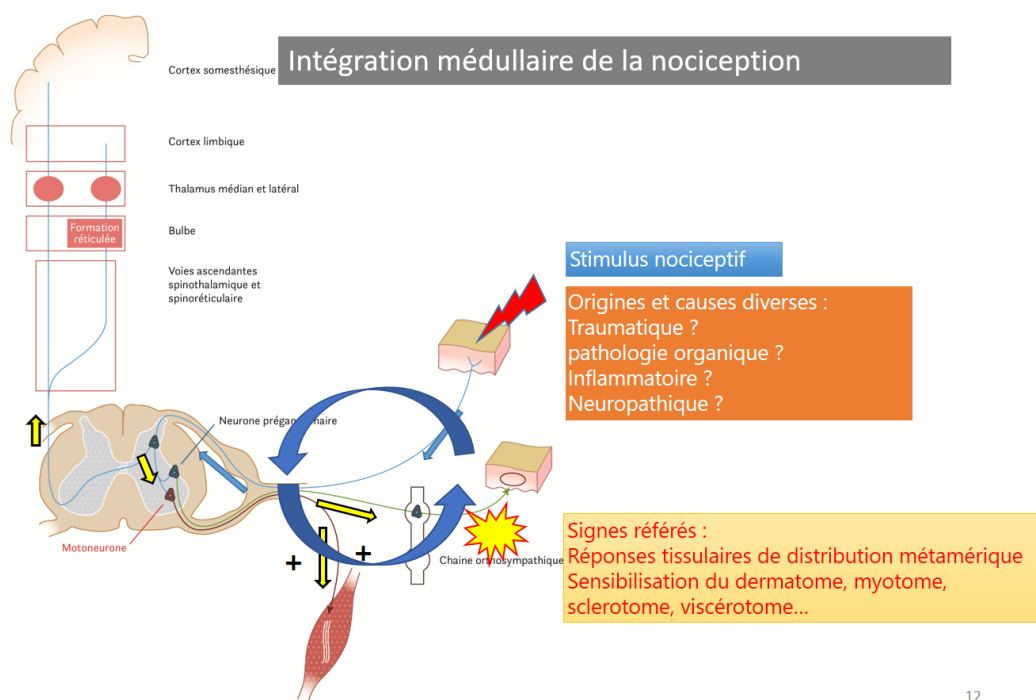
Hypothèses d'explication des douleurs et signes référés :

Le message nociceptif est intégré (transmis et modulé) dans trois zones distinctes :

- 1)Périphérique
- 2)Médullaire
- 3)Corticale.

Lorsque survient un stimulus nociceptif quelle qu'en soit la cause (par exemple un faux mouvement, une mauvaise posture, une affection viscérale passagère ou chronique) celui-ci converge par le biais du nerf périphérique vers la corne postérieure de la moelle épinière. Ce signal est alors transmis vers la corne antérieure, motrice et génère une réponse réflexe.

La plupart des pathologies du système locomoteur s'inscrivent en effet dans un mécanisme réflexe. Tout stress sensitif génère un réflexe qui se traduit par un spasme musculaire et des réactions neurotrophiques tissulaires, notamment dans la peau.



12

Deux modalités réflexes se conjuguent :

-Un réflexe de défense rapide se traduisant par un spasme musculaire visant à protéger les structures trop sollicitées afin d'éviter leur dégradation.

-Un réflexe plus lent, de nature neurovégétative, induisant une sensibilisation tissulaire parfois de type inflammatoire (inflammation neurogène). Ce deuxième réflexe se traduit par des modifications trophiques objectivables dans la peau notamment par l'apparition de dermalgies.

La distribution de ces réactions tissulaire diffuse dans le territoire métamérique.

Lorsqu'un patient montre sa douleur, s'il s'agit d'une douleur référée, c'est la sensibilité tissulaire secondaire au réflexe nociceptif qui est ressentie. Nous pouvons constater qu'à l'endroit douloureux, c'est la peau ou le tissu conjonctif qui sont le plus souvent hypersensibilisés. Par exemple la douleur référée du cœur ressentie dans le bras gauche sensibilise le territoire du nerf cutané médial du bras. La douleur référée d'origine dorso-

lombaire génère une douleur inguinale (syndrome de Maigne) par l'intermédiaire des nerfs cutanés issus de T12 ou L1, il en est de même pour les douleurs de colites néphrétiques. Le point de Mc Burnay typique de la douleur référée d'appendicite se situe à l'émergence de la perforante cutanée antérieure du nerf T11, etc.

Bien qu'elle soit la conséquence d'une réaction de défense, cette réaction réflexe peut s'inscrire paradoxalement dans une boucle d'auto-aggravation ou d'auto-entretien de la pathologie somatique : le spasme entraîne à son tour une douleur qui génère un spasme, etc. La pathologie s'inscrit alors dans un cercle vicieux qui la prolonge bien au-delà de son « intention positive » initiale de protection.

Il importe donc de comprendre l'importance que tient le système nerveux dans la pathologie de l'appareil musculosquelettique. Il n'y a en effet que la neurologie pour expliquer les manifestations tissulaires concomitantes de la plupart de ces pathologies : L'étude clinique des affections de l'appareil musculosquelettique montre qu'elles s'expriment à la fois localement et à distance de la lésion d'origine sous la forme soit d'une douleur spontanée, soit d'une douleur provoquée par le mouvement extrême ou la palpation.

Sensibilisation primaire périphérique, sensibilisation secondaire centrale.

Ce réflexe explique les réactions tissulaires immédiates ou sur le court terme mais peinent à expliquer leur propension à parfois se chroniciser.

Un deuxième processus peut dans de nombreux cas entrer en jeu : La sensibilisation centrale. Processus décrit par Woolf en 1992.

Toute structure tissulaire irritée, qu'elle soit superficielle ou profonde, somatique ou viscérale, peut constituer une source d'influx nociceptif convergent vers la moelle épinière au niveau segmentaire correspondant. Le bombardement sensitif généré par le stress tissulaire déverse massivement dans le tissu nerveux des neurotransmetteurs qui activent la sécrétion de facteurs de sensibilisation dans le tissu nerveux central

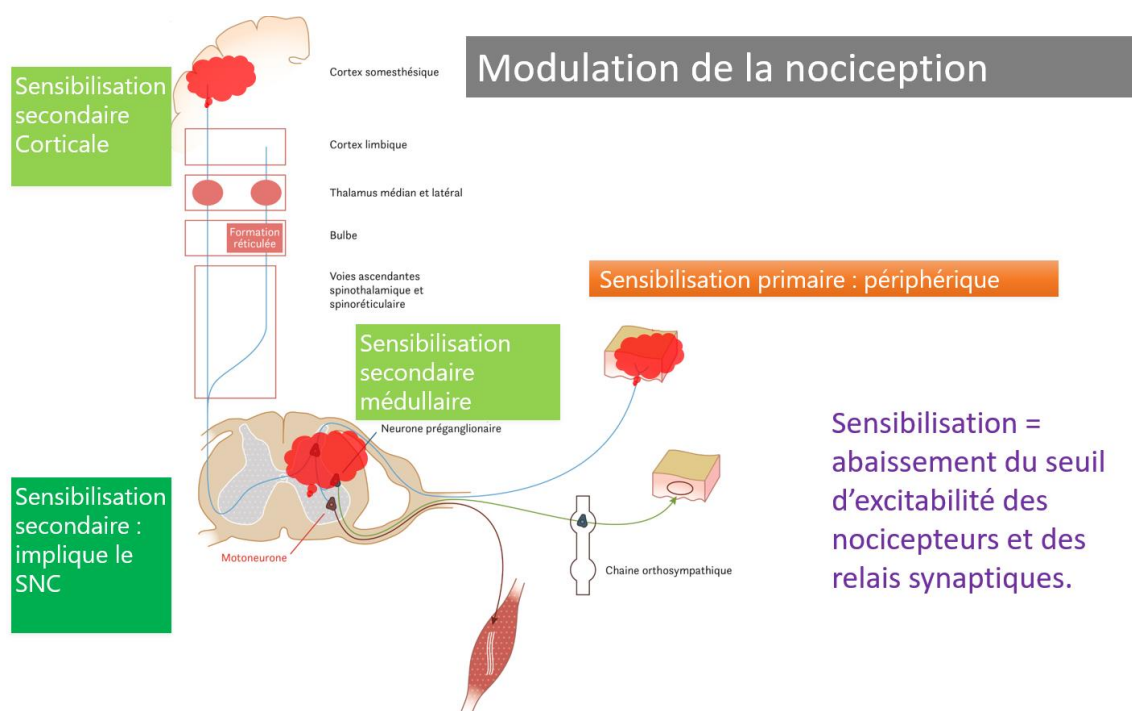
Il en résulte un abaissement le seuil d'excitabilité du segment médullaire. Autrement dit, le tissu nerveux devient plus excitable notamment au moindre message nociceptif. La boucle réflexe est facilitée à son tour, induisant un influx moteur en direction des tissus dépendant du même segment : ainsi, dermatome, myotome, sclérotome, viscérotome correspondants au segment facilité sont le siège de dysfonctions neurovégétatives, trophiques, inflammatoires cliniquement objectivables.

La sensibilisation centrale peut se produire à tous les étages du SNC, tant au niveau médullaire que sous cortical et cortical. Elle peut dans les cas extrêmes expliquer l'allodynie (sensation douloureuses provoquées par un stimulus normalement indolore comme par exemple un effleurement, certains patients ne supportant même plus le frottement de leurs habits sur la peau...)

La moelle épinière est le premier site d'intégration de la nociception. Elle est responsable des signes de sensibilisation des tissus (peau, muscles, périoste, etc.) dans le territoire métamérique.

L'approche clinique du Massage neural établit à la fois un diagnostic métamérique (expression de la sensibilisation secondaire médullaire) et recherche la sensibilisation primaire, qui n'est pas toujours spontanément symptomatique.

La sensibilisation secondaire corticale génère une clinique généralement plus diffuse. Certains auteurs posent l'hypothèse d'une sensibilisation centrale dans la fibromyalgie, dans l'algodystrophie réflexe.



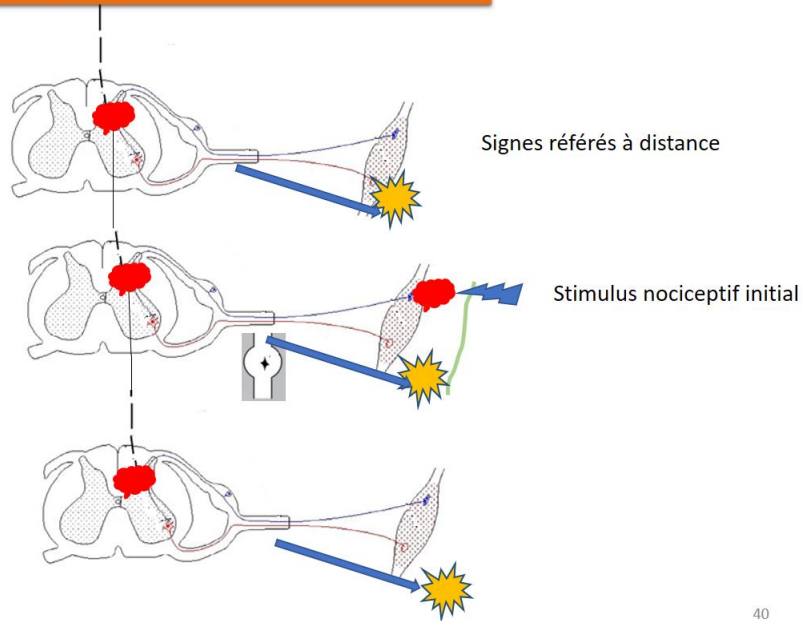
La dysfonction métamérique ainsi comprise nous amène à considérer la pathologie somatique dans un processus plus large et plus global :

Elle ne peut plus être simplement considérée comme un phénomène purement mécanique, mais plutôt comme une perturbation neurosensorielle et neuro-motrice globale, affectant de manière indissociable **le segment médullaire et l'ensemble des éléments anatomiques sous sa dépendance neurologique.**

Expression multi-segmentaire de la nociception.

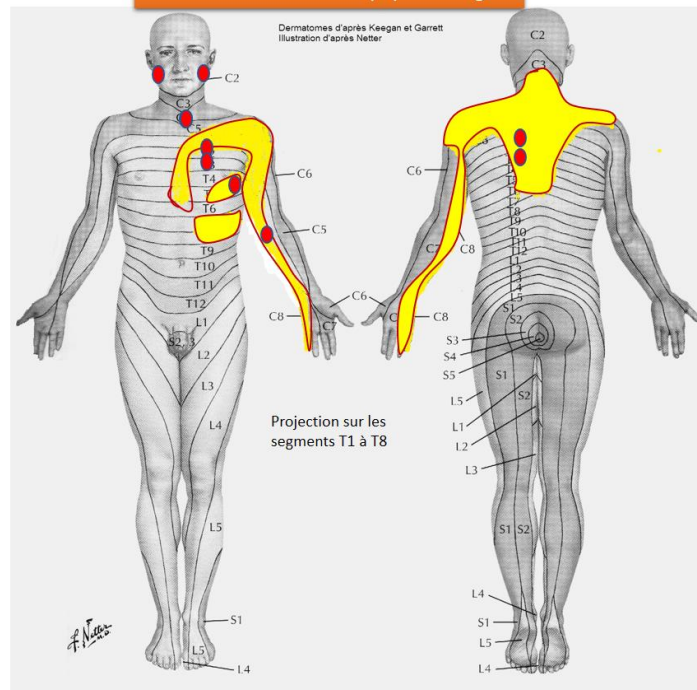
De nombreux auteurs tels que le Pr Bossy, le neurophysiologiste Irwin Korr, ont étudié l'expression multi-segmentaire du réflexe nociceptif. Le processus douloureux tend à diffuser et parfois même à se généraliser dans sa chronicisation. Cette diffusion pourrait être la conséquence du processus de sensibilisation centrale et de sa diffusion multi-étagée.

Réflexe multi segmentaire



40

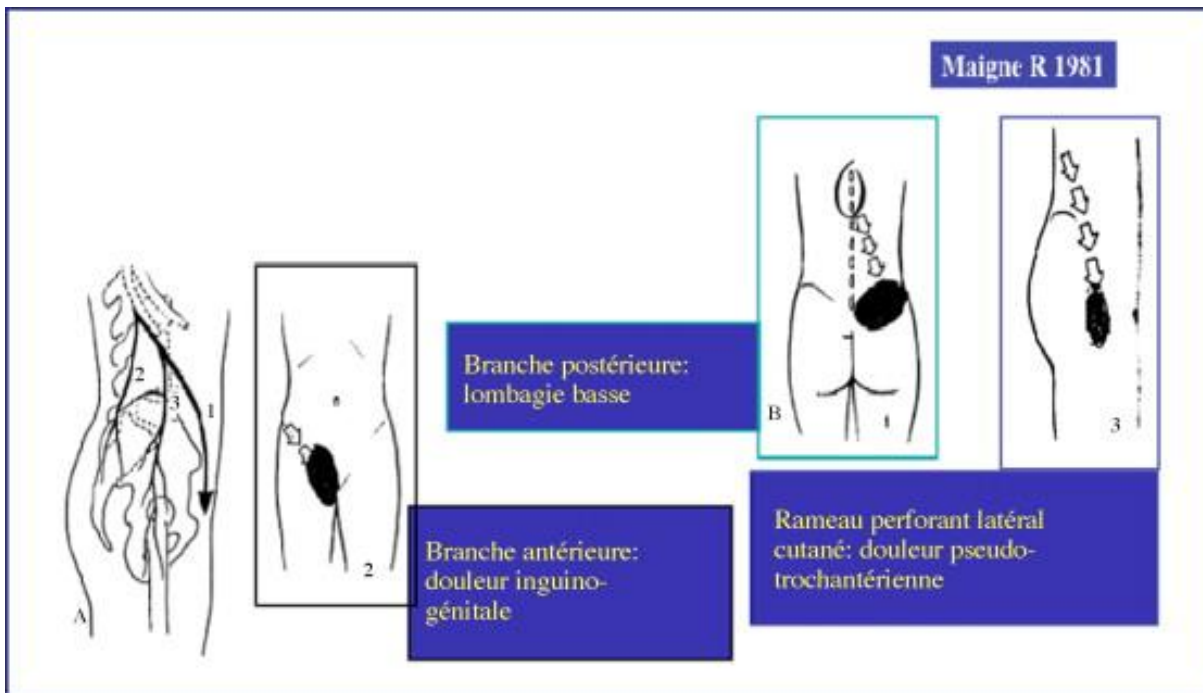
Douleur référée du cœur et symptomatologie



9



Expression multi-segmentaire des douleurs référées du cœur : Les étages sensibilisés ci-dessus sont : C2, C4, C8, T4, T8.



Exemples cliniques d'une expression multi segmentaire (points gâchette, douleurs référées du cœur, douleur référée inguinale dans le tableau d'une souffrance discale...

Signes cliniques de la sensibilisation centrale et diagnostic différentiel avec une douleur neuropathique (d'après Jo Nijs et col.)

Douleur neuropathique	Douleur de sensibilisation centrale non neuropathique
Histoire d'une lésion ou d'une maladie du système nerveux	Absence d'une lésion ou d'une maladie du système nerveux
Preuve d'investigations diagnostiques pour révéler une anomalie du système nerveux, ou des dommages post-traumatiques / post-chirurgicaux au système nerveux	Aucune preuve d'investigations diagnostiques, ou de dommages au système nerveux
Souvent lié à une cause médicale établie comme le cancer, l'accident vasculaire cérébral, diabète, herpès ou maladie neurodégénérative	Aucune cause médicale pour la douleur établie

La douleur est neuro-anatomiquement logique	La douleur est neuro-anatomiquement illogique, c'est-à-dire, localisée sur les sites de manière segmentaire sans rapport avec la source primaire de nociception
La douleur est souvent décrite comme une sensation de brûlure, de décharge électrique ou de piquêre.	La douleur n'est pas décrite comme une sensation de brûlure, de décharge électrique ou de picotement, mais le plus souvent douleur vague et sourde
La localisation du dysfonctionnement sensoriel est neuroanatomiquement logique	La localisation de la dysfonction sensorielle est neuro-anatomiquement illogique, c'est-à-dire, de nombreuses zones d'hyperalgésie sur des sites à l'extérieur et au site symptomatique - sur des sites sans lien segmentaire.

En résumé voici les 3 critères cliniques de l'existence d'une sensibilisation centrale :

1) Hypersensibilité :

- a) Douleur et incapacité en découplant, disproportionnées par rapport à la lésion potentielle;
- b) Présence d'allodynie, d'hyperalgésie, et d'une distribution douloureuse diffuse;
- c) Hypersensibilité sensorielle (non reliée au système musculo-squelettique, c'est-à-dire affectant d'autres systèmes sensoriels tels qu'une photophobie, hypersensibilité à des odeurs, à des facteurs chimiques, alimentaires, allergènes, etc.)

2) Diffusion spatiale :

La douleur a tendance à s'étendre, voire à se généraliser bien au-delà de la cause initiale.

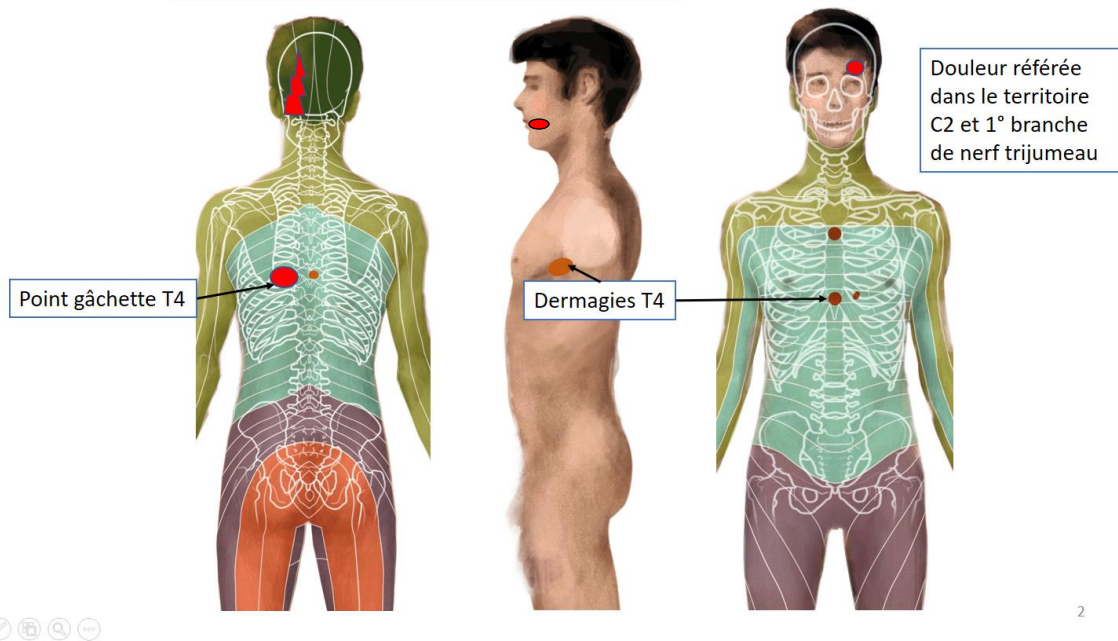
Nous pouvons fréquemment observer l'existence de points gâchettes multiples. Nous posons l'hypothèse qu'ils sont l'un des indices cliniques d'une sensibilisation centrale multisegmentaire.

Chaque thérapeute a pu faire l'expérience de ces fameux points gâchettes ou trigger points longuement décrits par Travell et Simons.

Nous avons une longue expérience de ces points qui génèrent une douleur référée parfois dans le territoire métamérique correspondant (par exemple le point gâchette du piriforme qui génère une irradiation de type sciatalgie S1, étage d'innervation majoritaire de ce muscle). Mais la

douleur référée s'exprime fréquemment dans un territoire distant, sans logique métamérique apparente avec le point de stimulation. Nous pensons que ces points gâchettes reflètent une sensibilisation centrale médullaire multi-segmentaire.

Exemple : sensibilisation étagée C2 T4 et trijumeau



Par exemple : un patient consulte pour des névralgies intercostales T4 G

La palpation de l'articulaire T4 induit une diffusion de la douleur dans le territoire C2 (existence chez ce patient d'un antécédant ancien de névralgie d'Arnold intermittent irradiant jusqu'à l'œil.)

L'examen palpatoire selon nos critères met en évidence trois étages métamériques sensibilisés :

- **Le territoire T4** : (hypersensibilité de l'articulaire et de l'espace interépineux, dermalgie sur la perforante latérale du 4^e nerf intercostal, dermalgie en regard de la perforante antéro-latérale T4.
- **Le territoire C2** : Hypersensibilité de l'articulaire C2 homolatérale, hypersensibilité du trajet du nerf d'Arnold, dermalgie en regard de l'angle mandibulaire.
- **Le territoire de la première branche de nerf trijumeau** : signe du sourcil (dermalgique également.)

Nous posons l'hypothèse que la douleur référée du point gâchette diffuse préférentiellement dans les territoires métamériques préalablement sensibilisés. La douleur référée du point gâchette témoigne de l'existence d'une sensibilisation multi-segmentaire de la moelle épinière qui induit une diffusion spatiale facilitée du signal douloureux.

3) Diffusion temporelle :

C'est le fameux effet rebond qui voit la symptomatologie augmenter le lendemain d'une séance pour diminuer ensuite. La thérapeutique sur-stimule les capteurs sensitifs tissulaire et attise la sensibilisation centrale, ce qui se traduit par une réaction douloureuse différée d'origine centrale.

La méthode :

Le Massage Neural est le fruit d'une expérimentation clinique de plus de deux décennies. La méthode consiste en une démarche diagnostique destinée à rechercher et localiser les tissus sensibilisés liés à la dysfonction segmentaire pour les désensibiliser systématiquement afin de déprogrammer la boucle réflexe pathogène. Nous explorons le territoire métamérique lié à la douleur clinique décrite par le patient, puis nous recherchons les étages métamériques sensibilisés à distance.

Il est né de ce constat clinique que nos techniques spécifiques très précisément centrées sur les structures hypersensibles d'une facilitation segmentaire, qu'elles soient locales ou à distance de la lésion d'origine, permettent d'inhiber les réflexes nociceptifs en présence et d'obtenir à la fois une sédation de la douleur et un relâchement du spasme tissulaire. L'approche globale est un gage de durabilité du traitement.

Modalités d'action de la méthode :

1^{ère} hypothèse : l'inhibition des capteurs tissulaires par fatigabilité synaptique.

Nous pensons qu'une hypothèse plausible de ce phénomène de sédation de la douleur tient à une propriété des capteurs sensitifs : leur fatigabilité ! Les manœuvres spécifiques du Massage Neural, la « **mise en tension-échappement** », les « **vibrations lentes** » permettent d'obtenir une sédation de la douleur et un relâchement du spasme tissulaire en quelques dizaines de secondes. Cette sédation n'est pas progressive mais se produit de manière abrupte après une phase en plateau, après un certain temps de stimulation ou après un temps de repos de quelques secondes. Elle est perçue pendant la séance par le patient et est objectivable cliniquement par une amélioration des paramètres de douleur, de mobilité et de sensibilité palpatoire.

Par ces modalités d'action spécifiques, le praticien sollicite les capteurs tissulaires de façon à induire leur inhibition. A partir de l'instant où les capteurs tissulaires cessent d'envoyer au système nerveux central l'information douloureuse, le réflexe nociceptif s'interrompt. Il en résulte une amélioration des douleurs et des paramètres fonctionnels.

2^{ème} hypothèse : l'inhibition centrale ou la théorie du Gate-control.

Tout se passe comme si le corps donnait naturellement la priorité aux informations sensibles proprioceptives au détriment des informations douloureuses (ou inversement) lorsque celles-ci dépassent un certain seuil d'efficience.

Toutes les stimulations proprioceptives ne sont pas d'un effet équivalent sur le gate control. Certaines sont beaucoup plus puissantes que d'autres. C'est le cas de ces techniques à impulsion ou points ressorts connues et utilisées traditionnellement dans le reboutage. Ces techniques empiriques connues et utilisées dans toute l'Europe et l'Asie probablement depuis le plus lointain passé, qui consistent à faire vibrer comme une corde de guitare un tendon, un nerf, un relief osseux ou un cordon myalgique, induisent un effet antalgique souvent immédiat et spectaculaire que la théorie du gate control semble pouvoir éclairer et expliquer remarquablement. Le puissant influx proprioceptif qu'elles induisent inhibe la douleur et le spasme qui l'accompagne.

Dans le Massage Neural, la technique de « **mise en tension-échappement** » adapte et intègre un procédé d'impulsion proprioceptive qui offre des réponses rapides, souvent spectaculaires en phase aigüe. Cette technique est spécifique de la méthode dans sa modalité d'application.

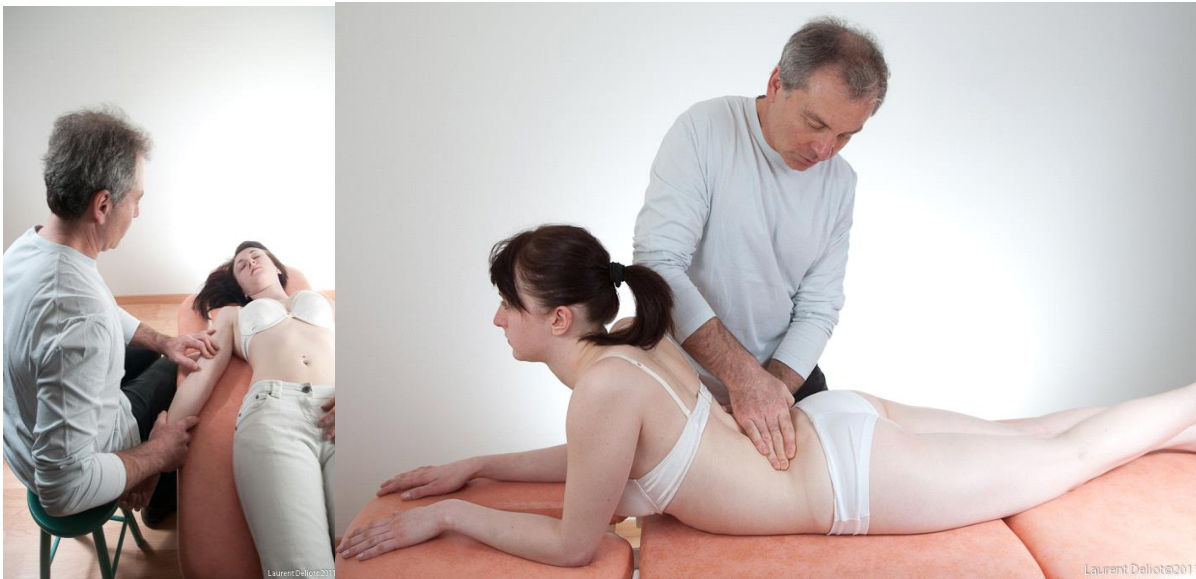
3° hypothèse : L'amélioration de la qualité trophique des tissus contribue à la déprogrammation de la sensibilisation segmentaire.

En fonction des cas, les améliorations constatées peuvent être plus ou moins rapides à se manifester, principalement en fonction de l'ancienneté du problème et de la profondeur de son ancrage, d'où la nécessité de travailler plus structurellement par des techniques défibrosantes, dans les pathologies plus anciennes ou chroniques.

Fréquemment, l'amélioration, déjà objectivable dans le temps de la séance, se confirme au bout de quelques jours parfois après une réaction de courbature ou un effet rebond qui dure plus ou moins 48 heures. Un nombre de séances plus important et un temps de latence de quelques semaines peut être nécessaire pour constater l'amélioration tissulaire en cas de fibrose ou de syndrome capsulaire (délai nécessaire pour l'amélioration trophique des tissus fibrosés par une compression du réseau micro-vasculaire?). Mais lorsque l'amélioration est obtenue, elle peut s'avérer très durable.

Les modalités techniques :

Le Massage Neural utilise des techniques relativement simples bien que très précises. Il dirige son action sur l'épicentre des tissus les plus sensibles et les plus pathogènes de la dysfonction somatique. Il met à l'œuvre des manœuvres spécifiques (mise en tension-échappement, vibrations lentes, pression glissées dirigées), techniques douces et fines, pratiquées au seuil de la douleur mais pas au-delà et qui permettent une sédation rapide de la douleur. Cette sédation qui survient après quelques passages de la main est ressentie par le praticien qui perçoit l'augmentation de la pénétrabilité tissulaire et conjointement par le patient qui sent la douleur s'atténuer.



Il s'adresse à tous les tissus lésés de la dysfonction segmentaire (peau, tendons, ligaments, muscles, aponévroses, périoste), mais donne une place privilégiée au tissu nerveux périphérique qui constitue de loin sa principale cible. En effet, tous les tissus du corps peuvent être le siège de réactions neurotrophiques consécutives à une dysfonction. Mais certains tissus sont privilégiés dans l'application de la technique du Massage Neural en raison de leur qualité réflexogène. C'est le cas du tissu nerveux.

Enfin le Massage Neural localise ses gestes sur les croisements de lignes de forces dans le corps, c'est-à-dire aux endroits où se concentrent en plus grand nombre les mécanorécepteurs, les nocicepteurs et les propriocepteurs. Ces zones sont perçues comme étant les plus sensibles à la palpation. Elles représentent les zones les plus stratégiques car les plus efficaces dans les traitements manuels normoceptifs. Une cartographie détaillée et un protocole d'examen permettent d'optimiser en un temps limité leur recherche.

La pathologie somatique est une pathologie complexe, multifocale qui ne se limite pas à la mise en jeu de réflexes segmentaires. C'est pourquoi il est important d'élaborer un bilan diagnostique capable de rassembler et de mettre en cohérence nombre de paramètres médicaux, historiques, posturaux, cinétiques, palpatoires etc.

Diagnostic et Massage Neural.



Analyse clinique de la mobilité segmentaire



Palpation

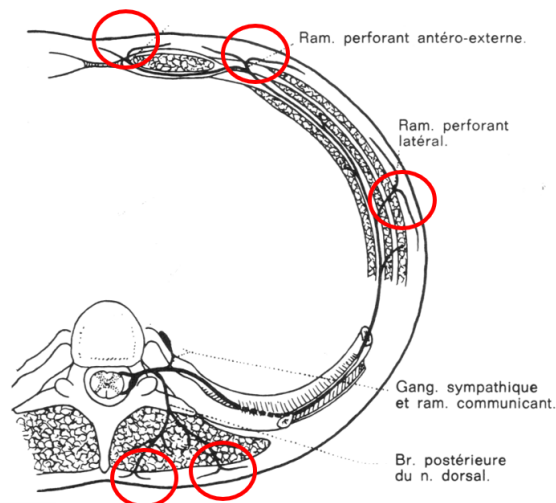
La démarche diagnostique spécifique du Massage Neural est un préalable nécessaire à la réussite de son action thérapeutique. Elle repose principalement sur l'anamnèse, l'observation visuelle de la posture, l'analyse du mouvement et la palpation. Elle tient compte de l'analyse posturale du patient, car la posture est un élément essentiel du processus pathologique : En effet, la posture, phénomène complexe, est entre autres le reflet de la répartition des tensions dans les différents étages somatiques.

L'accumulation des tensions d'origines posturales constitue le point de départ fréquent d'une sensibilisation. L'analyse posturale a donc une certaine valeur prédictive de nos affections. Elle permet au praticien de visualiser et de se diriger de façon plus pertinente vers la localisation préférentielle des dysfonctions musculosquelettiques de son patient.

L'analyse de la mobilité, la palpation à la recherche des variations de la densité tissulaire, la recherche des nœuds tissulaires et des zones hyperalgiques constituent les autres étapes essentielles du diagnostic.

La palpation de la peau est essentielle en Massage Neural. Nous recherchons les dermalgies (zones d'épaississement et d'hypersensibilité cutanée, reflets essentiels de la sensibilisation d'un méramère. Les dermagies se situent invariablement à l'endroit de l'émergence d'un nerf cutané.

Nerf spinal dorsal



Nerf spinal dorsal (d'après Lazorthes)

17



Localisation des dermalgies en regard de l'émergence des perforantes cutanées des nerfs.

Bien que pouvant être conçue comme une approche analytique, cette méthode repose sur une philosophie de globalité. Elle vise à rééquilibrer l'organisme entier de ses déséquilibres tensionnels, posturaux et neurovégétatifs. L'expérience pragmatique de la méthode tend à montrer une bien meilleure réussite des traitements globaux par rapport aux traitements analytiques pour un même type de pathologie. L'impact thérapeutique du Massage Neural est à la fois local et général, ce qui en fait une méthode thérapeutique de terrain, à la fois préventive et curative.

Indications :

Le Massage Neural s'adresse en premier lieu à toutes les pathologies douloureuses du système musculosquelettique, qu'elles soient d'origine traumatique (entorses, suites de fractures, traumatologie musculaire, tendineuse) microtraumatiques ou dégénératives, en phase aiguë ou chronique, (tendinites, périarthrites, discopathies, dysfonctions vertébrales articulaires postérieures, lumbago, torticolis, arthrose quelle que soit sa localisation, souffrances mécaniques du nerf périphérique telles que les névralgies d'origine discales ou canalaies, sciatiques, cruralgies, névralgies cervico-brachiales, névralgies intercostales, névralgies d'Arnold, etc.

Il s'adresse également aux problèmes liés à la posture à tous les âges de la vie et dans les circonstances qui perturbent la statique globale du corps (périodes de croissance, ménopause, grossesse.)

Enfin, le Massage Neural apporte une aide précieuse dans le traitement des pathologies fonctionnelles du systèmes respiratoire (par exemple sinusites, encombrement bronchique, bronchiolites, asthme...), du système digestif (hernie hiatale, troubles du transit, colopathies

fonctionnelles...) uro-génital (dysménorrhées, règles douloureuses, certaines incontinence...)
Circulatoire (jambes lourdes, œdèmes ...)

Mais aussi dans des pathologies aussi diverses que vertiges, acouphènes, oppressions, céphalées, algies faciales, certaines dépressions insomnies etc. Une séquence de la formation est consacrée à l'accompagnement de la femme enceinte, du nourrisson.

Certains auteurs tels que H. Head, H. Jarricot ont étudié les relations métamériques et les zones de projection pariétales des viscères. Une séquence de la formation est consacrée à leurs travaux.

Le Massage Neural apporte une alternative thérapeutique non manipulative qui est conforme au domaine de compétence du kinésithérapeute. Sa pratique est douce et progressive, peu ou pas douloureuse, d'une très grande innocuité.

Son apprentissage est simple bien que son application nécessite une grande précision.

Cette technique innovante efficace tant sur des pathologies aiguës que chroniques, ne nécessitant que peu de temps pour sa mise en œuvre (séances de 20 à 30 mn en moyenne), contribue à donner une place nouvelle au massage thérapeutique dans la pratique quotidienne du kinésithérapeute.

BIBLIOGRAPHIE

- J.P. Barral, A. Croibier Manipulations des nerfs périphériques éd. Elsevier 2004
- Baude C. Douleurs pelviennes pudendal site.
- Bonneau D. Approche des algies pelvi-périnéales de la femme en Médecine Manuelle, Congrès de la FEMMO, Menton, Juin 2006.
- Bonneau D. Rachis et algies pelvi-périnéales. 34e Congrès de la SIFUD-PP, 2011. 545-54.
- Bonneau D. Principe du traitement manuel des algies pelvi-périnéales. In: Algies pelvi-périnéales et thérapies manuelles. Montpellier : Éditions Sauramps Médical, 2011 : 125-60
- J. Bossy, Bases neurobiologiques des réflexothérapies Masson, 1975.
- Busquet L., Cours Chaînes physiologiques.
- L. Busquet Les Chaînes Musculaires tomes 1 à 4 éd. Frison Roche 2000 à 2009
- Butler D.S., Jones M.A. Mobilisation of the Nervous System Churchill Livingstone 1991
- de Gasquet B. Abdominaux : arrêtez le massacre ! Éd. France loisirs, 2011.
- Dickensen T, Serra J La douleur neuropathique persistante est-elle le résultat d'un trouble du SNC ou plutôt du SNP ? [NeuPSIG Nice 2015 - Débat]. Chronique de la Douleur 2015.
- Dicke E, Schliack H, Wolff A. Thérapie manuelle des zones réflexes du tissu conjonctif. Paris : Éditions Maloine, 1972.
- Donzé P. Le massage neural, Profession kiné, 2011-12, n° 33-34.
- Donzé P. Massage Neural® et douleurs pelvi-périnéales (1ère partie). Profession Kiné 2014 Sept;44.
- Donzé P Profession Kiné 45 Déc.2014 Massage Neural® et douleurs pelvi-périnéales (2e partie)

- Donzé P. "Massage Neural et thérapie manuelle réflexe : une approche à découvrir" Kiné Actualité numéro 1351 du 20 février 2014.
- Donzé P., Marie-Alice Ottmann, Nicolas Donzé Intérêt du massage neural® dans le traitement des algies pelvi-périnéales Kinésithér Scient 2017,0583:15-23 - 10/01/2017
- Guérineau M, Robert R, Labat JJ, Bensignor M. Les douleurs périnéales : traitement kinésithérapique. Kinésithér Scient 2003;434: 33-42.
- HEAD Henry, the brain a journal of neurology 1893, 1902
- Jarricot H. Sémiologie viscéro-cutanée : les dermalgies réflexes viscérales thoracoabdominales "Cahiers de Biothérapie" 1971 sept n°31.
- Pr Irvin M. Korr Bases physiologiques de l'osteopathie Ed Frison-Roche 1976,1982
- Labat JJ. Approche clinique des algies périnéales. Kinésithér Scient 2003,434:7-20.
- Labat J.J. Riant T. Delavierre D. Sibert L. Watier A. Rigaud J. Approche globale des douleurs pelvi-périnéales chroniques : du concept de douleur d'organe à celui de dysfonctionnement des systèmes de régulation de la douleur viscérale. Prog Urol, 2010
- P. Laduron, L'inflammation neurogénique in "L'inflammation", Eurotext, 1998.
- Le Bars D. Douleurs de l'homme, douleurs des animaux. Mémoire présenté le 7 octobre 2010.
- R.Maigne Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne Expansion Scientifique Française 1989
- Maigne R. Le syndrome de la charnière dorso-lombaire. Lombalgies basses, douleurs pseudo-viscérales, pseudo-douleurs de hanche, pseudo-tendinite des adducteurs. Sem Hôp Paris 1981;57:11-2,
- Maigne R. Pubalgies, pseudo-tendinite des adducteurs et charnière dorso-lombaire, Ann. Med. Phys., 1981.
- Robin McKenzie et Stephen May. The Lumbar Spine Mechanical Diagnosis & Therapy Orthopedic Physical Therapy Products (2006)
- Robin McKenzie et Stephen May The Cervical And Thoracic Spine: Mechanical Diagnosis And Therapy Orthopedic Physical Therapy Products 2006
- Pascal Pommerol Osteopathie et Thérapie Manuelle du tissu neuro-méningé Sauramps Médical2006
- Pommerol P, Pommerol Ch. Traitement manuel de la névralgie pudendale (1ère partie). Kinésithér Scient 2015;566:55-7.
- Pommerol P, Pommerol Ch, Bontoux A. Traitement manuel de la névralgie pudendale (2e partie). Kinésithér Scient 2015 ;568:47-54.
- Penz S. Prise en charge des vestibulites par injection de toxine botulinique [thèse].
- Travell et Simons Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux, Haug, Bruxelles,1993.
- Wardavoir H. Thérapies manuelles réflexes. EMC 2011 (Elsevier-Masson SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-130-A-10.
- Woolf Clifford J. Central sensitization : Implications for the diagnosis and treatment of pain PAIN 152 (2011) S2-S15