

# Le Massage Neural®

## 1<sup>ère</sup> partie

PHILIPPE DONZÉ  
M.K.D.E.  
THÉRAPEUTE MANUEL,  
AUTEUR DE LA MÉTHODE  
« MASSAGE NEURAL ET TECHNIQUES  
NORMOCEPTIVES »

*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 musculo-squelettiques 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 organiques et viscérales.*

### 1 INTRODUCTION

Il associe un corpus de techniques différentes permettant chacune de répondre à des situations pathologiques diversifiées :

- **des techniques de massage ou de manipulations tissulaires à visée fonctionnelle ou réflexe** pour traiter les problèmes récents en phase aiguë, ou aborder la part fonctionnelle des pathologies chroniques,
- **des techniques de mobilisation et de recentrage** visant à améliorer le rapport des surfaces articulaires dans un but d'harmonisation proprioceptive et de gain de mobilité,
- **des techniques de massage structurel et défibrosant** pour traiter les pathologies anciennes, chroniques ou ayant entraîné un profond remaniement tissulaire (ankylose, rétraction musculaire ou capsulaire, adhérences, fibrose cicatricielle, etc...).

**A la croisée des chemins entre tradition et modernité**, il allie des modalités techniques empiriques issues du plus lointain passé avec les connaissances scientifiques actuelles et s'enrichit de l'apport des thérapies manuelles plus récentes. Il repose sur une démarche diagnostique raisonnée.

### 2 HISTORIQUE

Le Massage Neural® est né d'une expérience des approches empiriques et traditionnelles telles que le massage chinois et certaines pratiques de reboutage non

manipulatif. Ces techniques ancestrales, dont l'origine est immémoriale, véhiculées au fil d'une transmission orale de maître à élève ou de lignée familiale, pratiquées le plus souvent par des non-médecins, se distinguaient par leur étonnante efficacité.

Ce véritable patrimoine opératif méritait d'entrer dans l'arsenal thérapeutique des professions de santé.

Il convenait cependant de sortir de l'empirisme et d'apporter à ces méthodes l'éclairage des connaissances anatomiques et physiologiques actuelles.

Il importait également de mettre au point une approche clinique et thérapeutique cohérente, qui tienne compte de critères essentiels tels que la posture, la perte de mobilité segmentaire, l'influence des sphères viscérales thoraciques et abdominales et qui donne à la neurologie la place qui lui revient : celle de chef d'orchestre de l'organisme.

### 3 POURQUOI « NEURAL » ?

- Parce qu'en tant que technique réflexe, il vise les capteurs sensitifs de tous les tissus en dysfonction mais donne une place privilégiée au tissu nerveux périphérique qui constitue sa principale cible en raison de ses hautes propriétés réflexogènes.

- Parce qu'il permet la normalisation du tissu nerveux périphérique lorsque celui-ci est impliqué dans diverses pathologies douloureuses.



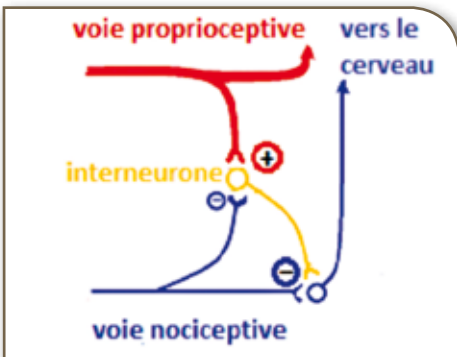


Figure 1

- ➔ - Parce que son action se fonde en partie sur la **structure métamérique** du système nerveux.
- Parce qu'il utilise en les stimulant les propriétés physiologiques d'autorégulation du système nerveux.

Il permet un traitement efficace et durable des pathologies somatiques en déprogrammant la triade douleur-contraction-réaction neuro-végétative.

#### 4 DEUX THÉORIES NEUROPHYSIOLOGIQUES

Émises dans les années 65 à 70, elles ont attiré notre attention pour leur pertinence et l'éclairage qu'elles permettent d'apporter à nos techniques.

##### → Le Gate Control :

La **théorie du Gate Control** a été émise en 1965 par deux chercheurs Québécois Ronald Melzack et Patrick Wall. Pour expliquer le fait que certaines douleurs peuvent être atténuées par le simple massage, ils ont émis l'hypothèse qu'il existe au niveau médullaire un équilibre permanent entre les signaux nociceptifs et les signaux proprioceptifs, chacun d'eux pouvant inhiber l'autre par le jeu d'un inter-neurone inhibiteur situé au niveau de la corne postérieure. L'inter-neurone médullaire excité par l'influx proprioceptif inhiberait le neurone qui véhicule l'information douloureuse vers le cerveau (figure 1).

Cette théorie neurophysiologique donne une explication très plausible aux résultats constatés dans la pratique du Massage

Neural® en terme de relâchement du spasme tissulaire et d'inhibition de la douleur. Il faut noter cependant que ce n'est pas seulement l'information douloureuse en direction du cerveau qui est inhibée par « le contrôle de la porte », mais également le réflexe médullaire qui induit les réactions de défenses (spasme musculaire, réactions neuro-trophiques...).

Les trois techniques spécifiques du Massage Neural® (vibrations lentes, mise en tension-échappement et pressions glissées dirigées) provoquent un intense message proprioceptif qui induit un puissant effet d'inhibition du réflexe nociceptif. Il s'ensuit un effet de relâchement et de soulagement.

C'est la qualité du message proprioceptif induit par nos techniques qui est déterminante sur le résultat obtenu.

##### → La facilitation segmentaire :

Le Massage Neural trouve également un fondement plausible en s'appuyant sur les théories du neurophysiologiste américain **Irvin M. Korr** selon lesquelles les pathologies somatiques sont caractérisées par l'existence sous-jacente de réflexes segmentaires auto-entretenus et auto-aggravants. Ces réflexes expliquent notamment les fréquentes manifestations segmentaires (dermalgies, contractures...), qui s'expriment localement et à distance d'une affection musculo-squelettique.

#### 5 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 sensitivo-motrices sous-jacentes qui relient fonctionnellement différentes parties du corps entre elles et qui agissent de manière coordonnées et complexes dans le processus pathogénique.

#### 6 INSTALLATION D'UNE BOUCLE RÉFLEXE PATHOGÈNE

La plupart des pathologies du système locomoteur s'inscrivent en effet dans un mécanisme réflexe. Tout stress sensitif lié par exemple à un faux mouvement, une mauvaise posture, une affection viscérale

passagère ou chronique génère un réflexe qui se traduit par un spasme musculaire et tissulaire. Ce spasme a probablement pour fonctions premières d'une part de protéger les structures trop sollicitées afin d'éviter leur dégradation et d'autre part, de limiter ou contenir la douleur du traumatisme par le jeu d'une compensation posturale d'évitement.

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.**

**Il importe donc de comprendre l'importance que tient le système nerveux dans la pathologie de l'appareil musculo-squelettique.** Il n'y a en effet que la neurologie pour expliquer les manifestations tissulaires concomitantes de la plupart des dysfonctions rachidiennes ou somatiques. L'étude clinique des affections de l'appareil musculo-squelettique 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.

Ainsi, une dysfonction rachidienne peut se manifester par une hypersensibilité de l'apophyse épineuse correspondante, des ligaments inter-épineux, inter-transversaires, d'une ou des deux articulaires postérieures, des muscles para-vertébraux adjacents, mais aussi par des modifications tissulaires à distance sous la forme de troubles trophiques affectant la peau (dermalgies), les muscles (spasmes et contractures), les tendons, les nerfs périphériques (hyperesthésies, œdème intraneural, etc.)... dont la distribution est le plus souvent métamérique (Korr, Maigne).

Ces manifestations, qu'un examen attentif permet de retrouver parfois très à distance de la lésion initiale, ne se localisent pas au hasard. **Elles correspondent le plus souvent à un territoire métamérique précis.** La douleur est projetée à distance de son origine ; on la qualifie alors de **douleur référée**.

Ces dysfonctions peuvent quelque fois revêtir une distribution tronculaire ou radiculaire correspondante au territoire d'un nerf périphérique, lorsque celui-ci subit une compression sur son trajet. Ce type de **douleur dite rapportée** s'accompagne volontiers de signes neurologiques (déficit sensitif, quelquefois moteur dans les cas sérieux), tableau clinique qui ne contredit pas forcément la relation méta-



mérique, le nerf périphérique faisant lui-même partie du territoire métamérique.

J. d'Ornano définit **l'Unité Fonctionnelle Vertébrale (UFV)** comme un système biomécanique en équilibre fonctionnel dont les éléments constitutifs situés entre deux vertèbres contigües - segment articulaire disque articulaires postérieures, leurs moyens d'union musculo-tendineux, ligamentaire et capsulaire, ainsi que les éléments vasculo-nerveux adjacents - sont reliés entre eux par une **solidarité fonctionnelle**.

D'après l'auteur, **une atteinte anatomique de l'un de ces éléments entraîne la perturbation de tous les autres éléments.** C'est l'existence de boucles proprioceptives fermées qui assure la relation fonctionnelle à l'intérieur de l'U.F.V.

Le nerf spinal qui se rattache à l'U.F.V. assure son innervation ainsi que celle du métamère qui s'y rattache, ce qui explique l'existence de douleurs rapportées ou référées de distribution métamérique, se rapportant à une dysfonction segmentaire vertébrale.

#### ▣ SYNTHÈSE

Il convient donc maintenant de mettre en relation les théories de J. d'Ornano, d'Irvin M. Korr, de Ronald Melzack et Patrick Wall.

Comme l'a démontré le neurophysiologiste Irvin M. Korr, ces troubles associés à une dysfonction vertébrale sont la conséquence de l'apparition d'une hyperactivité ➡➡

*“ 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...” ”*





2016 Laurent Debu

➔ de la boucle sensitive et motrice (appelée facilitation segmentaire) consécutive à l'excitation aigüe ou chronique des récepteurs proprioceptifs tissulaires.

Une mauvaise posture, la répétition d'un geste traumatisant, un traumatisme, ou toute autre cause de stress tissulaire génère une source d'influx à partir des capteurs proprioceptifs situés dans les muscles, les tendons, les ligaments, les structures articulaires. Ces influx afférents nociceptifs rejoignent le segment de moelle épinière par la corne postérieure. Il s'ensuit par le jeu des interneurons un influx moteur réflexe en direction de tous les tissus innervés par le même segment médullaire. Cet influx efférent, moteur et neuro-végétatif, se traduit par un spasme tissulaire et par des troubles neurotrophiques collatéraux décrits plus haut.

Toute structure tissulaire irritée, qu'elle soit superficielle ou profonde, somatique ou viscérale, peut constituer une source d'influx convergent vers la moelle épinière au niveau segmentaire correspondant.

Le bombardement sensitif généré par le stress tissulaire abaisse le seuil d'excitabilité du segment médullaire et induit 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.

Nous pouvons penser que ces relations de « solidarité » fonctionnelle ne se limitent

pas aux éléments anatomiques du **segment vertébral** comme le suggère J. d'Ornano, mais **incluent également les éléments anatomique (ligaments, muscles tendons) du métamère correspondant.**

Ainsi, nous pouvons penser que les relations neuro-trophiques qui sont classiquement considérées comme descendantes (segment vertébral vers périphérie), **peuvent également être ascendantes** ; une pathologie périphérique « viscérale » au sens large – c'est à dire en provenance d'un viscère, d'un ligament, d'un tendon, etc - pouvant également entraîner une **dysfonction vertébrale**, l'ensemble des éléments anatomiques reliés par une innervation segmentaire commune étant en **interaction permanente par le jeu d'une facilitation segmentaire.**

### 3 LA DYSFONCTION ARTICULAIRE

Ainsi comprise, cette dysfonction articulaire est 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 vertébral et l'ensemble des éléments anatomiques sous sa dépendance neurologique.**

Le tableau clinique relie alors des tissus entre eux localement et à distance, mais relie également des pathologies entre elle, mêmes lorsqu'elles sont distantes anatomiquement et temporellement :

Par exemple, nous avons pu observer qu'une sciatologie peut être la conséquence tardive d'une fibrose cicatricielle ligamentaire d'une ancienne entorse de cheville (métamère L5). Dans ce cas, seul le traitement de la fibrose cicatricielle ligamentaire permettait le traitement durable de la sciatologie.

Nous avons fréquemment observé des cas d'entorses du membre inférieur qui génèrent une dysfonction métamérique palpable et objectivable au niveau du segment vertébral, correspondant avec une sensibilité de l'épineuse, de l'articulaire, du ligament inter-transversaire homolatéral etc. La relation centripète est ici la plus probable, étant donné le caractère primaire de la lésion traumatique du membre inférieur.

Nous pensons que ces relations, mises en évidence par l'expérience clinique, sont de nature réflexe plutôt que mécanique. ➔

*« Une mauvaise posture, la répétition d'un geste traumatisant, un traumatisme, ou tout autre cause de stress tissulaire génère une source d'influx à partir des capteurs proprioceptifs situés dans les muscles... »*



CONCEPTION

FABRICATION

D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX



ZONE INDUSTRIELLE - RN7 - 58320 POUQUES-LES-EAUX

TÉL : 03 86 68 83 22 - FAX : 03 86 68 55 95 - E-MAIL : INFO@FRANCOFILS.COM

SITE : WWW.FRANCOFILS.COM





### ➔ 9 UNE BOUCLE RÉFLEXE AUTO-AGGRAVANTE

Le problème peut fréquemment s'auto-entretenir du fait que ces réponses tissulaires sont à leur tour source d'influx nociceptifs, réactivant le même réflexe de défense source de nouvelles réactions de tensions et d'inflammations.

Cette facilitation segmentaire peut expliquer l'apparition de pathologies aiguës hyperalgiques telles qu'un lumbago ou un torticolis, suite à un mouvement anodin. Le segment facilité devenu hypersensible génère, par une réaction en chaîne « explosive », une pathologie aiguë impressionnante qui semble sans commune mesure avec le « traumatisme » minime qui l'a induite.

Une facilitation peut être latente et inactive pendant une phase de latence plus ou moins longue, puis devenir soudainement active en répondant à un effet de seuil (suite à un faux mouvement, une mauvaise posture, un stress...), comme la goutte d'eau fait déborder le vase. Mais elle peut aussi être la source de pathologies plus insidieuses, évoluant à bas bruit ou sous une forme intermittente caractéristique des affections chroniques.

### 10 LA FIBROSE TISSULAIRE

Elle peut être source de chronicisation et d'approfondissement de la pathologie.

Ce mécanisme régresse le plus souvent spontanément en un temps variable. Mais il peut également laisser **une marque tissulaire** sous la forme d'une rétraction, d'une cicatrice, d'une fibrose agissant à leur tour comme des épines irritatives, sources d'activation permanente et durable de la boucle nociceptive et

donc, d'une chronicisation de la pathologie. Une facilitation réflexe persistante entraîne des lésions chroniques (Michaël Patterson).

L'explication la plus probable de cette chronicisation est réflexe mais également vasculaire et mécanique. Une inflammation durable est source de fibrose. Une contracture durable entraîne également une fibrose musculaire parce qu'elle comprime le réseau micro-vasculaire, entraînant une carence trophique des tissus. De plus, cette tension tissulaire limite l'amplitude de l'articulation sous-jacente dont les structures périphériques (capsule et ligaments) se rétractent à leur tour. Un schéma capsulaire peut à la longue s'installer, entraînant une augmentation des contraintes sur les cartilages et l'os qui se mettent en souffrance et deviennent à leur tour sources de nouvelles afférences nociceptives.

La boucle d'auto aggravation est bouclée !

### ➔ CONCLUSION

Dans ce premier des deux articles consacrés au Massage Neural®, on constate l'adaptation de la méthode en fonction du degré d'ancrage tissulaire de la pathologie et de la présence ou non d'une fibrose ou d'un schéma capsulaire.

**Certaines techniques sont fonctionnelles, d'autres sont structurelles et défibrosantes.** Nous développerons dans le prochain numéro de Profession Kiné, toutes ces modalités d'actions et techniques.

*“ Le Massage Neural® est né d'une expérience des approches empiriques et traditionnelles telles que le massage chinois et certaines pratiques de reboutage non manipulatif...” ”*