

Table des matières

Préface	9
Abréviations utilisées dans ce livre	10
Introduction	11
Chapitre 1	
Se soigner grâce aux techniques d'autothérapie	15
Histoire vraie	15
Quelques mots avant de vous lancer	16
Autothérapie	18
Quel est mon objectif	21
Techniques de relâchement myofascial en autothérapie	24
Chapitre 2	
Muscles squelettiques, mécanique musculaire, et souplesse	27
Muscles squelettiques	27
La physiologie de la contraction musculaire	29
Mécanique musculaire	30
Souplesse	33
Embryologie des fascias	34
Chapitre 3	
Les trigger points et leur formation	37
Trigger points: définition	37
Acupuncture ou points d'acupressure et trigger points	39
Fibromyalgie	39
Les points de Chapman comparés aux trigger points	40
Facteurs nutritionnels et biochimiques	40
Rôle du système nerveux autonome (SNA)	41
Diagnostic différentiel	41
Les trigger points et les types de fibres musculaires	41
Formation des trigger points et posture	42
Les trigger points posturaux et « syndromes croisés »	42
Les trigger points dans les sarcomères	43
Pathophysiologie des trigger points	43
Sensibilisation périphérique et centrale	46
Classification des trigger points	47
Symptômes des trigger points	47
Manifestations physiques	48
Conseils aux patients	49
Chapitre 4	
Protocoles techniques thérapeutiques	51
Palpation	51
Injections et stimulation intramusculaire (aiguilles sèches)	52
Stimulation intramusculaire (aiguilles sèches)	53
Pulvérisation et étirements (Spray and Stretch)	57
Protocoles de relâchement myofascial	58
Applications pratiques en détail	59
Méthodes d'étirement et de relâchement (Stretch and Release)	61
Foire aux questions (FAQ)	65
Chapitre 5	
Étirements et exercices	69
Forme physique et souplesse	69
Étirements	70
Renforcement musculaire	72
Chapitre 6	
Allons plus loin	75
Résumons	75
Complexité	77
Étranges attracteurs	78
Les Super trigger points (STP)	79
Méridiens myofasciaux	80
La méthode de Niel-Asher (TNA)	83
Relâchement tri-dimensionnel (3D)	84
Chapitre 7	
Muscles du visage, de la tête et du cou	87
Aponévrose épicroânienne	88
Muscle orbiculaire de l'œil	90
Muscle masséter	92
Muscle temporal	94
Muscle ptérygoïdien latéral	96
Muscle ptérygoïdien médial	98
Muscle digastrique	100
Muscles scalènes	102
Muscle sterno-cléido-mastoïdien	104
Articulation temporo-mandibulaire	106
Syndromes des articulations temporo-mandibulaires	107
Céphalées	108
Douleurs cervicales	109

Chapitre 8

Muscles du tronc et de la colonne vertébrale 111

Muscles sacrospinaux	112
Muscles cervicaux postérieurs	114
Muscle multifide/rotateurs	116
Muscle splénius de la tête/du cou	118
Muscle oblique externe de l'abdomen ou grand oblique	120
Muscle transverse de l'abdomen	122
Muscle droit de l'abdomen ou grand droit	124
Muscle carré des lombes	126
Muscle ilio-psoas (grand psoas-iliaque)	128
Diaphragme	130
Douleurs lombaires	132

Chapitre 9

Muscles de l'épaule et du haut du bras . . . 133

Muscle trapèze	134
Muscle élévateur de la scapula ou muscle angulaire de l'omoplate	136
Muscle rhomboïde (petit et grand)	138
Muscle dentelé antérieur ou grand dentelé	140
Muscle grand pectoral	142
Muscle grand dorsal	144
Muscle deltoïde	146
Muscle supra-épineux	148
Muscle infra-épineux	150
Muscle petit rond	152
Muscle subscapulaire	154
Muscle grand rond	156
Muscle biceps brachial	158
Muscle triceps brachial	160
Douleur de l'épaule	162

Chapitre 10

Muscles de l'avant-bras et de la main 163

Muscle rond pronateur	164
Muscle long palmaire	166
Muscle fléchisseur du poignet	168
Muscle brachioradial	170
Muscle long extenseur du poignet	172
Muscle extenseur des doigts	174
Muscle supinateur ou court supinateur	176
Muscle opposant du pouce/ muscle adducteur du pouce	178
Petits muscles de la main	180
Douleur du poignet	182

Chapitre 11

Muscles de la hanche et de la cuisse 183

Muscle grand glutéal ou grand fessier	184
Muscle tenseur du fascia lata	186
Muscle moyen glutéal ou moyen fessier	188
Muscle petit glutéal ou petit fessier	190
Muscle piriforme ou pyramidal du bassin	192
Muscle ischio-jambier	194
Muscle adducteur	196
Muscle pectiné	198
Muscle sartorius	200
Muscle quadriceps fémoral	202
Douleur pelvienne	203
Douleur du genou	204

Chapitre 12

Muscles de la jambe et du pied 207

Muscle tibial antérieur ou jambier antérieur	208
Muscle long extenseur des orteils/de l'hallux	210
Muscle long/court/troisième fibulaire	212
Muscle gastrocnémien	214
Muscle plantaire ou plantaire grêle	216
Muscle soléaire	218
Muscle poplité	220
Muscle long fléchisseur des orteils/de l'hallux	222
Muscle tibial postérieur	224
Muscles superficiels du pied	226
Muscles profonds du pied	228
Douleur à la cheville	230
Douleur du pied	232

Glossaire anatomique	229
Bibliographie	231

Préface

Nombre d'entre vous qui lisez ce livre souffrez inutilement de maux et de douleurs incapacitantes. La plupart de ces affections peuvent être soulagées rapidement et efficacement avec un simple relâchement myofascial comme vous le verrez dans les pages qui suivent. J'espère que vous trouverez de quoi soulager ces douleurs dans ce livre.

Je me réjouis de voir que depuis sa publication en 2005, le livre *Anatomie des Trigger Points* a été traduit en vingt langues, preuve de son succès mondial. Aujourd'hui, près de dix ans plus tard, j'ai décidé de le revisiter et de le réorganiser entièrement et c'est avec bonheur que je partage dans cette nouvelle édition les dernières avancées, recherches et techniques à destination des praticiens de thérapie manuelle, ainsi que les protocoles à réaliser à la maison pour un public moins averti.

Bienvenue donc à bord de ce merveilleux voyage et merci pour la confiance que vous m'accordez en ouvrant ce livre.

Simeon Niel-Asher, 2014
www.nielasher.com

Abréviations

ACh	Acétylcholine	MT	Myothérapie
ACG	Artérite à cellules géantes (maladie de Horton)	MTC	Médecine traditionnelle chinoise
AMI	Asymétrie des membres inférieurs	NMDA	N-méthyl-D-aspartate
ATM	Articulation temporo-mandibulaire	OPCT	Objets piquants coupants tranchants
ATP	Adénosine triphosphate	ORL	Otorhinolaryngologie
ATR	Acidose tubulaire rénale	OTG	Organes tendineux de Golgi
AVC	Accident vasculaire cérébral	PIR	Principe de l'inhibition réciproque
AVP	Accident sur la voie publique	PM	Plaque motrice
BK	Bradykinine	PNL	Programmation neurolinguistique
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive	PNSC	Programmation neuro-somatique corticale
CAP	Canal antérieur profond	RE	Réticulum endoplasmique
CAS	Canal sagittal antérieur	RPI	Relaxation post-isométrique
CL	Canal latéral	RPM	Récepteurs polymodaux
CRAC	Contracter-Relâcher/Contracter l'antagoniste	RPMS	Récepteurs polymodaux silencieux
CRTR	Contracter-Relâcher/Tenir-Relâcher	RTP	Relâchement des trigger points
CSP	Canal sagittal postérieur	SBIT	Syndrome de la bandelette ilio-tibiale
DLM	Drainage lymphatique manuel	SCM	Muscle sterno-cléido-mastoïdien
EIAI	Épine iliaque antéro-inférieure	SCS	Méthode Jones (Strain – Counterstrain)
ETAS	Épine iliaque antéro-supérieure	SDATM	Syndrome dysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire
EMG	Électromyographie	SDRC	Syndrome douloureux régional complexe
ESIM	Électrostimulation intramusculaire	SGI	Système gastro-intestinal
FNP	Facilitation neuromusculaire proprioceptive	SIM	Stimulation intramusculaire
HLA	Antigènes des leucocytes humains	SML	Secousse musculaire locale
IR	Inhibition réciproque	SNA	Système nerveux autonome/neuro-végétatif/viscéral
IT	Ilio-tibiale	SNC	Système nerveux central
THI	Théorie de l'hypothèse intégrée	SNP	Système nerveux périphérique
LED	Lupus érythémateux disséminé	SNS	Système nerveux sympathique/orthosympathique
LOP	Lien oblique postérieur	SO	Salpingo-ovarite
MCI	Méthode de compression ischémique	STP	Super trigger point
MEM	Méthode d'énergie musculaire	TMS	Troubles musculosquelettiques
MLPF	Méthode de libération positionnelle facilitée	TPM	Trigger point myofascial
MMP	Méthode de massage profond	TNA	Technique Niel-Asher
MNA	Méthode Niel-Asher		
MNM	Méthode neuromusculaire		
MPI	Méthode post-isométrique		
MRP	Méthode de relâchement positionnel		

Introduction

À propos de l'auteur

Il a découvert l'ostéopathie à l'âge de quatorze ans grâce à son grand-oncle Sydney Roseneil qui était ostéopathe, acupuncteur et naturopathe dans les années soixante, années qui furent un tournant pour la médecine moderne. L'idée d'encourager le corps à se soigner de lui-même fit tout de suite écho en lui. L'ostéopathie souligne l'habileté innée du corps humain à se soigner de lui-même et enseigne des techniques qui favorisent cette réaction « semi-automatique ». Le corps possède des mécanismes d'autorégulation et d'autoguérison qui dépassent et outrepassent la médecine moderne. À travers son métier d'ostéopathe il a appris à sentir et à comprendre le pouvoir puissant et préverbal du « langage du toucher ». Quand il a découvert les trigger points pour la première fois lors de sa deuxième année d'université, il a tout de suite compris qu'il s'agissait là d'une découverte importante. Il a passé les deux ans et demi suivants, avec quelques amis, tous les week-ends, à passer en revue, apprendre, et observer le travail du « maître » en action, David Warren.

Depuis son diplôme en 1992, il a officié en tant qu'ostéopathe, chercheur, étudiant et enseignant. Pendant plus de vingt-deux ans, il a eu le privilège de rencontrer et d'aider des milliers de patients. Il a eu la chance de recevoir de nombreux cadeaux, et d'avoir une famille et des amis formidables, et une incroyable carrière internationale. Il a rencontré des gens formidables et participé à leur guérison. On l'a fait voyager partout dans le monde et travailler avec des pop stars, des acteurs et des actrices hollywoodiens, des gourous, des hommes politiques, et des champions olympiques. En 1999, il a créé et développé une technique avancée appelée la technique Niel-Asher (TNA). Tout cela grâce au fait qu'il a appris et compris l'un des secrets les mieux gardés de la médecine de la douleur - la thérapie myofasciale.

À propos de vous

Les douleurs, qu'elles soient passagères ou chroniques, peuvent être très motivantes pour opérer un changement. La douleur nous rend vulnérables et nous sommes prêts à suivre tout ce qui nous est proposé pour y mettre un terme. Quand on souffre, la première chose qui nous vient à l'esprit est de consulter un médecin. Médecin qui nous enverra passer une IRM, faire des analyses sanguines, et nous renverra chez nous avec une ordonnance conséquente... ou nous dira que tout va bien, que c'est dans notre tête ou que c'est l'âge! Vous essayerez alors peut-être la kinésithérapie, vous modifierez votre alimentation en suivant les règles de la nutrition ou de régimes spécifiques, vous irez voir un acupuncteur ou un chiropracteur, tenterez l'ostéopathie, les massages, la technique Bowen, le Pilates, et tout ce qui vous sera conseillé... sans aucun résultat. À l'ère de l'information à outrance, nous sommes sans cesse bombardés par une promotion vantant les mérites de nouveaux médicaments, de régimes à la mode, de thérapies et de thérapeutes qui veulent tous fourguer leur « recette miracle ».

La thérapie myofasciale est, à mon sens, « la recette miracle ». C'est la meilleure des thérapies manuelles car elle demande peu de temps, donne des résultats rapidement, coûte peu cher, est facilement assimilable et, de fait, reproductible par vous-même ou votre partenaire... et elle est scientifiquement prouvée. Alors, vous vous demandez sans doute pourquoi si peu de médecins et de thérapeutes pratiquent cette « recette miracle »? La réponse est qu'ils finiront tous par s'y mettre mais qu'il faut du temps pour faire changer les habitudes de ces honorables praticiens. Parmi eux, bon nombre utilisent les trigger points au quotidien sans même le savoir. Apprendre comment les utiliser correctement augmenterait l'efficacité, la vitesse et l'effectivité de leur traitement.

À propos de la douleur

Les douleurs et dysfonctionnements musculaires (aussi appelés myogéniques) sont dus à plusieurs facteurs tels que les traumatismes, une mauvaise posture, les blessures du sport, et les maladies systémiques. La douleur musculaire est un élément essentiel de notre mécanisme de défense et de protection. Cette douleur est très précieuse dans le sens où elle tire la sonnette d'alarme et nous prévient que quelque chose ne fonctionne pas correctement.

De plus, ces fameux trigger points sont bien souvent la cause de toute une palette de maladies et ils sembleraient même capables de prendre l'apparence de certaines affections. Les maux de tête, d'oreilles, de dents ainsi que les douleurs dorsales, les épicondylites (tennis elbow), voire les vertiges ont souvent un trigger point comme origine.

Dans cet ouvrage, vous apprendrez comment identifier la source de votre mal et le traiter facilement et efficacement à la maison. Pour les thérapeutes qui travaillent déjà avec les trigger points, ce guide se veut concis, utile et facile à intégrer dans votre pratique. J'ai incorporé des techniques avancées, dans les chapitres 4 et 5, telles que la facilitation neuro-musculaire proprioceptive (FNP), les techniques de libération positionnelle facilitée (TLPF), et les protocoles de base de la TNA.

Le système nerveux englobe :

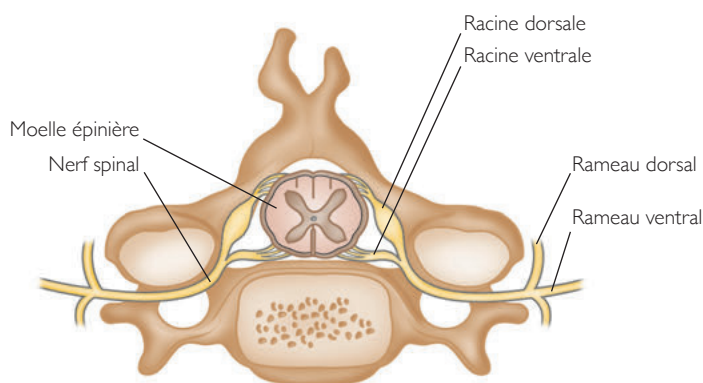
- Le système nerveux central (SNC) c'est-à-dire le cerveau et la moelle épinière.
- Le système nerveux périphérique, qui comprend le système nerveux autonome c'est-à-dire toutes les structures neurales en dehors du cerveau et de la moelle épinière.

Le système nerveux périphérique est composé de douze paires de nerfs crâniens et de trente et une paires de nerfs spinaux (ainsi que leurs rameaux).

Les nerfs spinaux sont numérotés en fonction d'où ils émergent par rapport à la moelle épinière (on appelle ce niveau le segment rachidien). L'innervation périphérique correspondante est répertoriée pour chaque muscle présenté dans ce livre, pour ceux qui souhaitent les connaître. Cependant, les sources ne s'accordent pas toujours sur quel segment rachidien ² (figure 2) est l'origine de telle fibre nerveuse. Ceci est dû au fait qu'il est extrêmement difficile pour les anatomistes d'isoler la route d'une seule fibre nerveuse au milieu du labyrinthe des autres fibres entrelacées dès lors que celle-ci passe à travers le plexus (plexus = un rassemblement de nerfs; du mot latin signifiant « tresse »). Par conséquent, ce type d'information est principalement le fruit d'observations cliniques empiriques, plutôt que le résultat obtenu suite à des dissections.

Afin d'offrir les informations les plus précises possibles, j'ai reproduit la méthode imaginée par Florence Peterson Kendall et Elisabeth Kendall McCreary. Kendall et McCreary (1983) ont réuni les données fournies par six célèbres ouvrages références en matière d'anatomie, à savoir ceux écrits par Cunningham, DeJong, Foerster & Bumke, Gray, Haymaker & Woodhall, et Spalteholz. En appliquant la même démarche, et en recoupant nos résultats avec ceux de Kendall et McCreary, nous avons adopté le système suivant dans le livre.

Le but étant de mettre l'accent sur les racines nerveuses principales pour chaque muscle. Si on prend l'exemple du muscle supinateur, qui dépend de la branche postérieure du nerf radial, C5, **6**, (7). Le segment rachidien correspondant est indiqué par la lettre [C] et les chiffres [5, **6**, (7)]. Les chiffres en gras [par ex. **6**] indiquent que la plupart (au moins cinq) des sources concordent. Les chiffres qui ne sont pas en gras [par ex. 5] indiquent que trois sources sur quatre s'accordent sur l'information présentée. Les chiffres qui ne sont pas en gras mais entre parenthèses [par ex. (7)] indiquent des informations validées par seulement deux sources, ou que deux des sources l'ont jugée comme une innervation minimale. Si un segment rachidien n'est mentionné que par une seule de ces sources, nous ne l'avons pas utilisé. Donc, l'écriture en gras indique l'innervation principale; l'écriture normale indique une innervation d'importance secondaire; et les chiffres entre parenthèses suggèrent des innervations probables ou occasionnelles.



2. Un segment rachidien, montrant les racines nerveuses qui se joignent pour former un nerf spinal, qui se divise ensuite en rameaux ventraux et dorsaux.

² Un segment rachidien est une partie de la moelle épinière qui débouche sur chaque paire de nerfs spinaux (une paire consiste en un nerf pour le côté gauche et un autre pour le côté droit du corps). Chaque nerf spinal contient des fibres sensibles ou motrices. Peu après que le nerf spinal est sorti du foramen intervertébral (l'ouverture entre les vertèbres adjacentes), il se divise en deux rameaux : le rameau dorsal (qui part vers le dos) et le rameau ventral (qui part sur les côtés et l'avant). Les fibres du rameau dorsal innervent la peau et les muscles extenseurs du cou et du tronc. Le rameau ventral alimente les membres, ainsi que les côtés et l'avant du tronc.