

# Mal de cou, cervicalgie

## approche par l'ostéopathie

Le **mal de cou** est un trouble très intéressant ostéopathiquement parlant, bien que peu agréable pour le patient. En fait nous devrions remercier les décrets de 2007 règlementant l'ostéopathie (interdisant notamment les Manipulation Cervicales, MC sans autorisation médicale ) pour nous avoir offert l'opportunité d'approfondir d'autant plus notre compréhension ostéopathique de la **cervicalgie**.

Les plus puristes d'entre nous diront qu'il n'était pas nécessaire d'interdire les MC pour améliorer notre **ostéopathie**, il n'empêche que pour nombre d'entre nous cela nous a forcé à approfondir notre approche thérapeutique afin d'essayer de soulager une **cervicalgie** sans avoir recours à une MC.

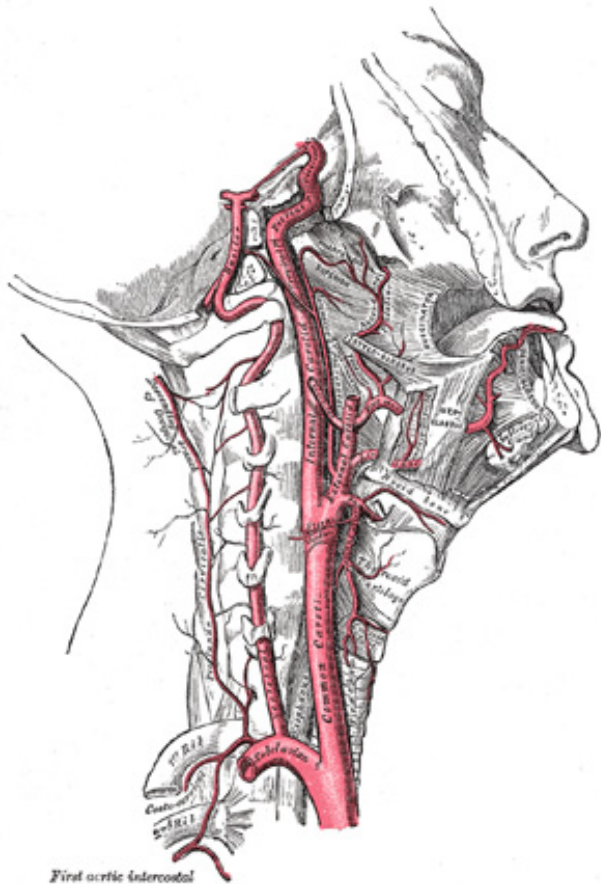
Tout comme l'article sur le mal de dos nous allons d'abord faire un rappel anatomique puis différencier le diagnostic orthopédique/neurologique du **diagnostic ostéopathique**.

L'accent sera bien évidemment porté sur le **diagnostic ostéopathique** aussi si vous voulez en savoir plus sur l'anatomie ou le pathologique référez-vous à des sites d'anatomie ou de pathologie.

Afin de ne pas se perdre dans la multitude de symptômes qui peuvent être liés avec les **cervicalgies** seront ignorés maux de tête, brachialgie, symptômes neurologiques...

Cette liste des différents **diagnostics ostéopathiques de cervicalgie** est bien évidemment une liste non-exhaustive. Il serait improbable que l'auteur puisse avoir une compréhension complète et véridique du mal de cou. Cette appréciation est rappelons le principalement subjective, interprétez-la avec précaution, si vous pensez que certains points ont été omis n'hésitez pas à laisser un commentaire.

## Rappel Anatomique (rapide) du cou



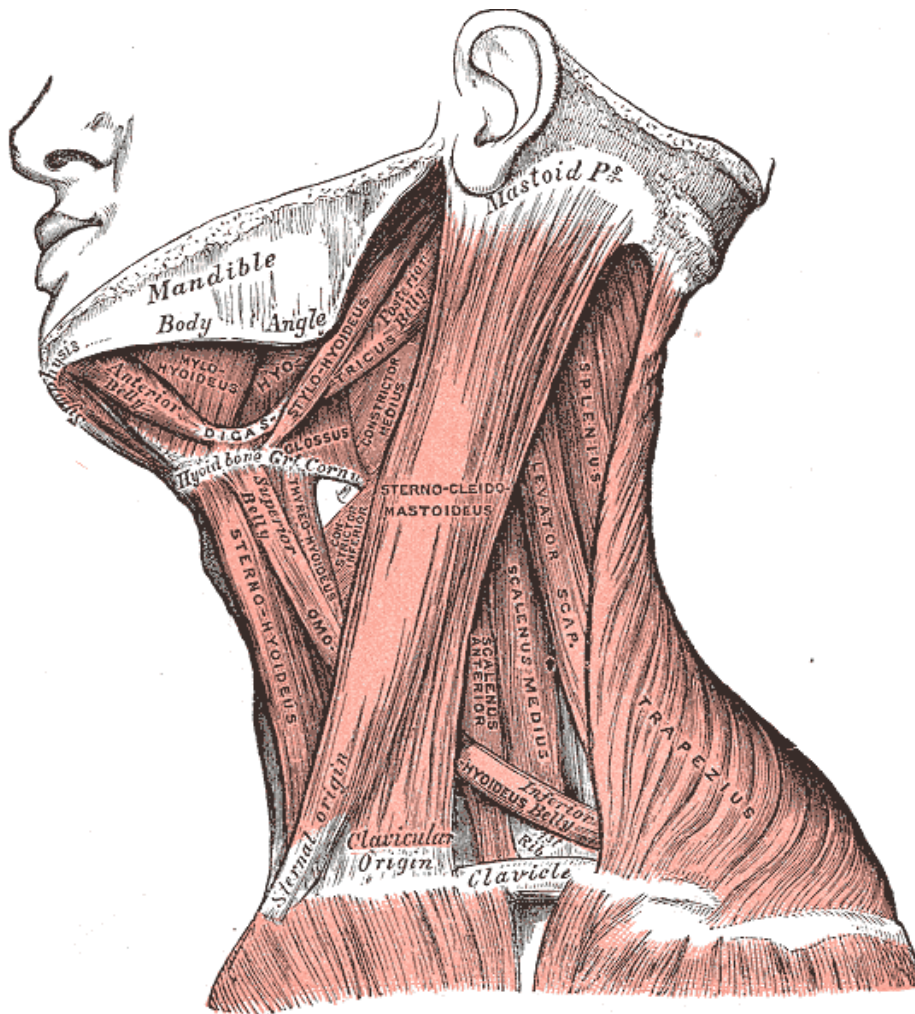
Le **cou** est composé de 7 **cervicales**. En haut nous avons l'occiput (l'arrière du crâne) qui repose sur l'atlas (première **cervicale** C1). Cette articulation appelée aussi C0-C1 est très important dans la flexion-extension.

Plus bas l'atlas s'articule avec l'axis (C2). C1-C2 est principalement responsable dans la rotation. C2-C3 dans la flexion latérale. ...

La 7ème **cervicale** s'articule avec la première thoracique.

Le cou anatomique n'est composé que de 7 **cervicales**, mais en **ostéopathie** il faut rajouter le crâne, les hautes thoraciques et les premières côtes. En effet la mécanique du **cou** implique directement ces structures osseuses. entre chacune de ces vertèbres se trouvent des disques intervertébraux.

Les muscles importants sont les muscles sous-occipitaux, sterno-cléïdo-Mastoïdiens, trapèzes, élévateur de la scapula, splenius capitis, les scalènes (ant, moy et post), sterno-hyoïdien, omo-hyoïdien et les différents muscles sous-mandibulaire.



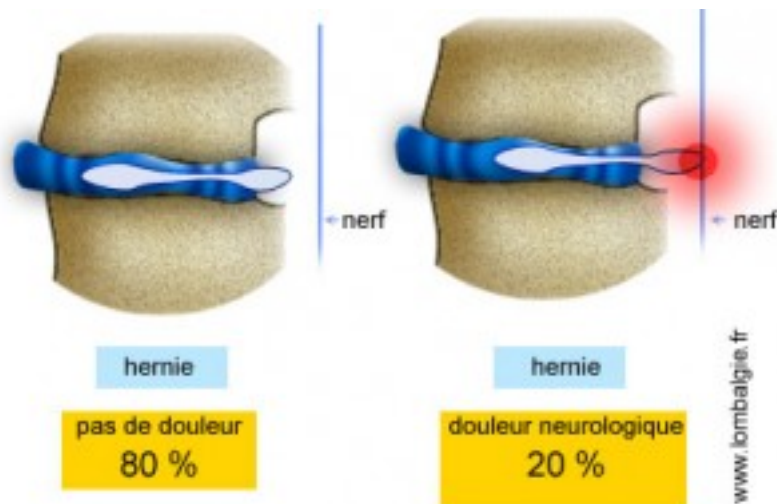
## Exemple de différents diagnostics médicaux du mal de cou

Le **diagnostic** orthopédique, ou médical va être l'explication symptomatique de votre douleur. Ce **diagnostic** répond à la question:

“Quels sont les tissus qui font mal ou provoquent les symptômes ?”

Ce **diagnostic** est essentiel à faire car il permet de savoir si notre **cervicalgie** a une origine pathologique ou une origine mécanique musculo-squelettique dysfonctionnelle.

Dans le cas où nous sommes en présence d'une pathologie y a-t-il contre ou indication à une approche par l'**ostéopathie** ? L'arthrose ou une hernie discale modérée sont des “pathologies”, mais améliorer la fonction mécanique peut véritablement améliorer la “pathologie”, et l'**ostéopathie** peut alors être vivement indiquée (avec certaines précautions évidemment).



**Hernie discale:** Entre chaque vertèbre nous allons trouver un disque fibreux dans lequel se trouve un noyau aqueux. Ce disque peut se fissurer et ce noyau s'échapper postérieurement. Le pourtour du disque fibreux est innervé ce qui peut être douloureux lorsqu'il se fissure et en arrière se trouve le ligament longitudinal postérieur. Sa présence favorise une protrusion latérale. Cette protrusion et l'inflammation qu'elle crée peuvent compresser alors une racine nerveuse et donner des symptômes d'irritation nerveuse.

Entorse **cervicale**/whiplash: Une entorse **cervicale** va être une atteinte ligamentaire et capsulaire plus ou moins importante de différents étages **cervicaux**. Le whiplash est "le coup du lapin" lors d'une forte décélération ou accélération, le cou va partir brusquement en flexion, extension ou flexion latéral (typiquement en accident de voiture). Un whiplash provoque souvent une entorse cervicale qui sera accompagnée de la contraction réflexe de nombreux muscles du cou.



**Fractures:** Besoin d'expliquer ? élégamment appelées "solution de continuité".

**Arthrose:** L'arthrose en elle-même n'est pas forcément douloureuse mais peut prédisposer à la douleur. Le premier stage est généralement la destruction progressive des cartilages, puis l'élargissement des surfaces articulaires (ostéophytes). Au niveau des facettes articulaires la présence des ostéophytes peuvent limiter la mobilité **cervicale** (extension) et provoquer des symptômes neurologiques (radiculopathies)

**fissuration de l'artère vertébrale:** l'artère vertébrale passe à travers les apophyses transverses des 6 premières **cervicales**. Si cette artère se fissure cela peut provoquer des douleurs **cervicales**, migraines ...

Bien sûr il ne faudrait pas oublier les pathologies rhumatismales, les tumeurs, métastases, douleurs référées (thymus, thyroïde, oesophage, coeur...) et ...

Encore une fois si vous voulez en savoir plus sur les **diagnostics** médicaux de mal de cou référez vous à des sites médicaux.

### **Différents diagnostics ostéopathiques du mal de cou**

En **ostéopathie** nous recherchons les hypomobilités et leurs raisons existentielles. Ce sont ces hypomobilités (que l'on appelle **dysfonctions somatiques**) qui vont perturber l'équilibre mécanique du corps et engendrer des tensions musculo-squelettiques. Ces tensions ne sont pas forcément douloureuses, mais chacune d'elle va compromettre un peu plus la capacité du corps à pouvoir compenser d'un stress mécanique X ou Y.

Le **diagnostic ostéopathique** cherche à identifier ces différentes restrictions de mobilité tissulaire et d'en comprendre la cause. Ce **diagnostic** cherche à expliquer la causalité du trouble, il répond à la question: "Pourquoi ?". On pourrait même dire qu'il cherche le "Pourquoi du pourquoi du pourquoi..."

Il n'est pas évident d'organiser les différentes causes d'un **mal de cou** car de nombreux facteurs vont participer de près ou de loin à ces tensions **cervicales**. Vous verrez aussi qu'un **mal de cou** est loin de la simple explication "vertèbre bloquée" car de nombreux facteurs vont influencer pour prédisposer et maintenir ce blocage. Aussi il serait illusoire de croire que de faire une simple manipulation de "cracking" local résoudra tous les problèmes. Ce serait aussi l'explication pourquoi certaines recherches étudiant l'efficacité de la manipulation vertébrale seule n'y prouveraient qu'une faible efficacité thérapeutique (voir ici ).

Les descriptions suivantes sont une appréciation personnelle d'une pratique à tendance maximaliste même si un intérêt certain est porté sur la recherche d'une lésion dite "primaire".

## Quelques préceptes à garder en tête:

1. Un problème a rarement une seule origine, il est par expérience très souvent multifactoriel. À moins qu'il soit directement lié à un trauma (ex douleur de cheville/ancienne fracture)
2. Le temps qu'il faut à une tension pour influencer le corps est inversement proportionnel à son importance, à moins que la lésion par son endroit stratégique influence grandement la mécanique.
- 2bis.** Le temps qu'il faut à une tension pour avoir une influence à distance est inversement proportionnel à son importance, à moins que la lésion par son endroit stratégique influence grandement la mécanique.
3. Un petit stress répété longtemps peut être aussi nocif qu'un trauma violent spontané.
4. À problème central ou bilatéral, origine centrale ou bilatérale; à problème asymétrique, origine asymétrique.
5. La notion de chaîne ouverte vs chaîne fermée est très importante: un même muscle peut avoir une action complètement opposée. Imaginez que vous tiriez sur une corde qui n'est pas accrochée (chaîne ouverte), elle vient vers vous. Si elle est accrochée (chaîne fermée) et que vous tirez dessus c'est vous qui allez bouger... C'est la même chose pour un muscle qui tire sur une insertion mobile ou peu mobile.

### Are you local ?

Bien évidemment nous ne faisons pas le diagnostic médical local. On notera que souvent la douleur sera associée à une fixation **cervicale**. Ces vertèbres sont immobilisées par des muscles spasmés et douloureux localement. Souvent il y a eu un étirement ou une compression excessif(ve) sur une facette articulaire créant des micro lésions ligamentaires, capsulaires, articulaire et s'en suit une contraction réflexe des muscles protégeant l'articulation. Au bout de traumatismes répétés ou d'un certain temps une fibrose se crée autour de la zone fixée chroniquement, les tissus perdent de leur élasticité et compromettent d'autant plus leur capacité de compensation.

Exemple de diagnostic ostéopathique local:

**dysfonction somatique** aiguë/chronique de Occiput/C1/C2...C7/ T1/T2/1<sup>ère</sup>/2<sup>ème</sup> côte associée à une hypertonicité/hypertrophie/fibrose/atrophie des muscles trapezius, scalènes (ant,moy,post), SCM, levator scapulae, longissimus coli, sous-occipitaux...

Le cas de l'hypermobilité: Parfois l'excessive mobilité est cause de douleur. Cette hypermobilité articulaire peut-être associée à une irritation facettaire et à une hypertonicité musculaire. Souvent le patient lui-même entretient cette irritation en se faisant lui-même craquer le **cou** à l'endroit qui fait mal. Cela procure un soulagement sur du court terme, mais augmente l'hypermobilité... Bref, petit cercle vicieux. L'une des clefs est de trouver pourquoi cet endroit est hypermobile, souvent il a hypomobilité au-dessus ou en-dessous.

Pourquoi ces hypomobilités ? Pourquoi ces hypermobilités ?

## More or less local

### Problèmes d'épaule

Les problèmes d'épaule sont intimement liés avec ceux du **cou**. De gros muscles sont attachés directement de l'omoplate au cou (levator scapulae, trapezius par ex). un changement dans la biomécanique de l'épaule affectera la biomécanique du **cou** de manière asymétrique (précepte 4).

- La sterno-claviculaire (S/C) est très proche de l'insertion de la première côte sur le manubrium. Une fixation chronique de la S/C peut affecter la mécanique de la première côte (par le subclavius et inversement) sur laquelle s'attache le scalène antérieur et moyen. Sur cette clavicule s'insère aussi le trapèze et le SCM par exemple qui sont des muscles qui s'insèrent au niveau **cervical** et du crâne. Si une de leurs insertions perd de la plasticité mécanique (fermeture d'une chaîne précepte 5) alors leur contraction induit une plus forte contrainte sur l'autre insertion qui elle est plus malléable. Ainsi si la première côte est fixée, la contraction d'un scalène va augmenter sa tension sur ses insertions **cervicales**, ce qui augmente les contraintes mécaniques sur votre **cou**. Dormir constamment sur un côté ou une chute sur une épaule peut impacter cette S/C et peut donc compromettre la mécanique générale de l'épaule.
- Imaginez l'effet qu'à une séquelle d'une fracture sur un coude, humérus ou même avant-bras si la mobilité n'est pas récupérée pleinement. Des chaînes musculaires d'adaptation vont se créer mettant l'épaule et par conséquent le **cou** sous contrainte. Bien évidemment l'effet final n'est pas immédiat, attendez quelques années...(précepte 2bis)
- Que penser aussi de petits traumatismes répétés ? comme celui du syndrome de la souris ? L'utilisation quotidienne et non traumatique d'une souris qui au bout de plusieurs années d'utilisation vous donne une chaîne lésionnelle ascendante... (précepte 2, 2bis, 3 et 4)
- Et les vaccins ? Peuvent-ils avoir une influence sur l'épaule ? En injectant un produit qui a pour but de créer une réaction inflammatoire et immune notamment sur le lieu de l'injection intramusculaire (deltoïde) cela pourrait favoriser une fibrose locale, d'autant plus importante que le nombre de vaccins injectés localement est répétée à travers notre vie. Ce muscle fonctionne moins bien, le trapèze compense en faisant bouger précocement la scapulo-thoracique pour toute abduction de l'épaule =>...(précepte 2, 2bis, 3)

### Problèmes de mâchoire

(cette partie ne m'est pas un domaine de prédilection, aussi je reste réservé quant à l'évaluation de son influence)

**-La position de la mandibule:** influence la position de la tête. Avancez votre mandibule exagérément (prognathe) et vous verrez que cela induit une légère extension au niveau des hautes **cervicales**, à l'inverse si vous reculez votre mâchoire (rétrognathe) cela va forcer une légère flexion des hautes **cervicales**. Bien sûr nous sommes dans l'exagération de mouvement et dans l'influence instantanée. Mais une moindre exagération de ces mouvement pourrait avec plus de temps chercher à induire le même effet au niveau des cervicales (précepte 2 et 3). De même une déviation latérale de la mandibule influe sur la mobilité en rotation de votre tête. Si vous déviez latéralement vers la droite votre mandibule cela diminuera la rotation droite de la tête. Cet effet sera encore plus marqué si vous y associez un recul de la mâchoire (rétrognathe). La raison serait l'importance des tensions musculaires et fasciales de la "gorge"(oesophage, larynx, platysma, répartitions des tensions sur l'os hyoïde, et autres chaînes lésionnelles viscérales ascendantes...).

-La position de la langue aurait aussi une influence importante sur la mécanique du **cou** et de la posture du corps en général. Un affaissement de la position de repos de la langue créerait une ptôse des structures de la gorge favorisant ainsi une flexion des **cervicales** hautes et un effondrement de la posture générale.

-Une bonne occlusion: Depuis quelques années l'occluso-dontie est à la mode.

L'occlusion c'est l'état d'imbrication de vos mâchoire supérieure et inférieure. Si il y a bon imbrication alors lorsque vous fermez la bouche vos molaires reposent les unes sur les autres de manière uniforme. Cela semble important notamment dans la fermeture de chaîne lors d'un effort intense pour stabiliser votre **cou**, pour faire en sorte que votre tête, cou et épaules ne fassent qu'un seul bloc. Si vous avez une mauvaise occlusion vous perdez alors une importante stabilité musculaire. Vous pouvez en faire l'expérience: Poussez à l'aide de votre main votre tête qui doit résister (en avant en arrière, ou sur le côté) d'abord en gardant la bouche ouverte, puis en serrant la mâchoire. Il devrait être plus confortable de résister en "serrant les dents". Une bonne occlusion serait-elle importante pour les sportifs de haut niveau pour maintenir un geste précis, et efficace notamment au niveau du **cou** et des membre supérieurs ? (joueur de tennis, pilote formule 1...)

-Corrélation entre les muscles de la mastication et les muscles sous-occipitaux: En pratique nous trouvons souvent une corrélation entre le tonus musculaire des muscles de la mastication et les muscles sous-occipitaux. Les muscles de la mastication (masseter, temporalis, ptérisoïde) sont innervés par la branche V3 du nerf trigéminal. Une hypertonicité de ces muscles exprimerait une augmentation des influx nerveux en provenance du ganglion trigéminal et le feedback de cette contraction augmenterait les afférences nerveuse vers ce ganglion. Ce ganglion est saturé, facilité (réagit à la moindre stimulation), facilitant donc les sensations de ses branches V1 sinus frontal, V2 sensation venant des sinus maxillaires et dents supérieures et V3 sensations venant des dents inférieures et de la mâchoire. Ce ganglion a aussi des anastomoses avec les hautes cervicales de quoi potentiellement augmenter le tonus musculaire inhérent des muscles sous-occipitaux et à la longue favoriser leur fibrose ? Peut-être. En tout cas l'effet idéomoteur(que nous verrons plus loin) de la colère et de l'énervement est souvent associé à un bruxisme et à la contraction des muscles sous-occipitaux et par conséquent à une dysfonction somatique des hautes cervicales.



-Intervention buccale: les interventions buccales, dents pivots, amygdales, appareils dentaires peuvent provoquer des dysfonctions le l'ATM et par conséquent influencer sur les muscles sous-occipitaux et créer des **dysfonctions somatiques** des hautes **cervicales**.

## Problèmes d'yeux

(De même cette partie ne m'est pas un domaine de prédilection, aussi je reste réservé quant à l'évaluation de son influence)

La perte d'un oeil: pour compenser la perte d'un oeil le patient va légèrement tourner la tête dans le sens de son oeil invalide afin de couvrir un champs de vision le plus droit possible. Cela sur le long terme peut provoquer tout une attitude scoliotique de compensation. Cet rotation constante au niveau **cervical** peut être source de maux de tête et **cervicalgie**.

Que se passe-t-il en cas de divergence ou convergence d'un oeil ? Ce devrait être l'oeil directeur qui orienterait la tête pouvant éventuellement induire une rotation **cervicale** plus ou moins importante. Même schéma lésionnel que ci-dessus.

Le syndrome du bras trop court ou la presbytie: Vous avez 47 ans et vous trouvez que vos bras raccourcissent ? vous lisez vos papiers les bras tendus en exerçant une translation postérieure de la tête en arrière et une hyperflexion au niveau occiput-atlas => douleurs **cervicales** en perspective ! Vous devriez aller chez votre opticien...

Le varilux "old school" et l'ordinateur: Les personnes portant ce genre de verre et faisant de l'ordinateur se voient forcées de regarder leur écran par la partie inférieure de leur verre car elles sont presbytes. Pour ce faire elles exagèrent l'extension **cervicale**, et à cet âge l'arthrose guette. L'hyperextension **cervicale** sur des facettes articulaires usées est tout sauf agréable et recommandable... Une paire de lunette spéciale bureau SVP !!!

Le myope: qui se refuse à porter des lunettes rapprochera sa tête de manière réflexe pour pouvoir voir nettement les chose. Cela aura tendance à exercer une translation antérieur du crâne avec hyperextension au niveau de l'occiput-atlas.

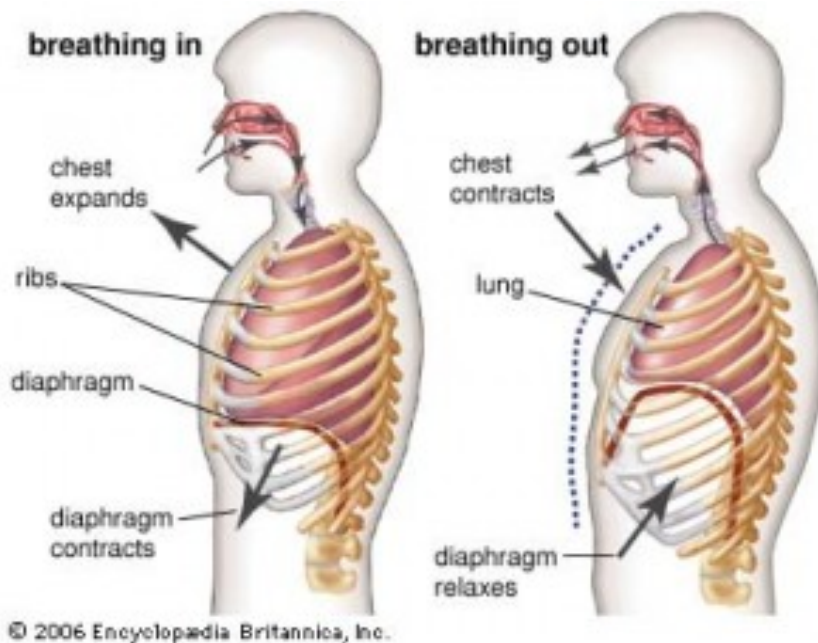
Les yeux qui fatiguent: Les yeux qui fatiguent en fin de journée vont faire que vous allez forcer pour pouvoir voir correctement. Différents muscles de la face et des cervicales vont se contracter favorisant l'apparition de maux de tête et de **cervicalgie**.

## Problèmes d'oreilles

La surdité unilatérale: De même il ne serait pas illogique qu'un patient souffrant d'une surdité unilatérale compense en tournant légèrement sa tête vers son interlocuteur, à la longue cela pourrait aussi induire des chaînes lésionnelles et des **maux de cou**.

Problèmes de vertiges: Le gens qui ont des problèmes importants de vertige ont tendance à t taniser leur **cou** pour "essayer" de stabiliser leur tête alors qu'en fait elle ne bouge pas. Lorsque ces problèmes sont chroniques le muscles se fibrosent et la **cervicalgie** chronique est assurée.

## The bigger picture



Respiration: Nous avons décrit dans un article précédent l'influence d'une respiration thoracique sur les douleurs de **cou**. En rapide, une respiration thoracique (favorisée par le stress, l'assise au bureau... voir article) va avoir recours à l'utilisation de muscles accessoires de la respiration (scalènes/SCM) qui s'insèrent sur les **cervicales**. Leurs contractions répétées (+ de 15000 fois par jours) vont augmenter les contraintes sur les **cervicales** et favoriser ou maintenir des tensions/**douleurs cervicales**. Une respiration plus abdominale est essentielle ! à tort nous parlons souvent de relâcher le diaphragme au niveau thérapeutique mais si il n'y a pas de respiration abdominale c'est que le (ou l'hémi) diaphragme ne peut pas se contracter et que ce sont en fait les muscles expiratoires qui limitent l'expansion de la partie inférieure du poumon qui sont contractés incitant ainsi l'inspiration thoracique.

Stress: Le stress a différents effets sur le corps humain. Au niveau musculo-squelettique il va augmenter le tonus musculaire inhérents des muscles notamment au niveau cervical (notamment par effet idéomoteur). Le stress prédispose à une respiration thoracique (voir ci-dessus) et augmente les sécrétions gastriques (=> ulcères de l'estomac et duodénum). Voir plus bas sur "problèmes viscéraux".

Cicatrice de césarienne et autres cicatrices importantes:

Ce type de cicatrice peut sur du long terme maintenir et même être à la source de troubles du **cou** notamment en affectant la posture général du patient qui cherche à protéger le bas du ventre en se pliant au niveau du bassin. En découle un excès d'extension **cervicale** et une respiration thoracique excessive... (voir article sur césarienne). De nombreux ouvrages ostéopathiques émettent un lien utérus-C2 pourquoi ???

Problèmes viscéraux: Un patient souffrant d'une gastrite aiguë/chronique ou d'un ulcère gastrique cherchera à protéger cet organe en le sollicitant un minimum mécaniquement.

Toute la partie inférieure de l'hémi-thorax gauche évitera de s'expandre. Les muscles expirateurs de la partie inférieure du thorax gauche sont contractés et l'hémi-diaphragme gauche ne contractera que peu. La respiration sera donc plutôt thoracique du côté gauche induisant des tensions sur les scalènes... Le corps cherchera une position antalgique en se recroquevillant autour de l'estomac. Le même principe peut rentrer en jeu avec une fixation du foie, duodénum notamment. De manière plus indirecte le problème peut venir d'une restriction mécanique du colon, rein, utérus, vessie, rate, médiastin...

L'explication nerveuse viscérale: Les viscères réfèreraient aussi par leur innervation notamment sympathique. Si l'estomac est irrité alors le retour nerveux sympathiques sera saturé neurologiquement créant ainsi un segment de facilité au niveau vertébral de T5 à T10 (étage de l'innervation sympathique de l'estomac). La capsule de glisson qui entoure le foie est innervé par le nerf phrénique qui provient des cervicales (C3-C5), si cette capsule est irrité, cela pourrait participer à des cervicalgies.

A propos de l'estomac et du duodénum ce sont des organes très sensibles au stress. Café, alcool, anti-inflammatoires augmentent les chances de développer une gastrite/ulcère. Donc si l'estomac est l'une des causes du **mal de cou** du patient, l'utilisation d'anti-inflammatoires et de certaines boissons ou nourritures ne ferait que maintenir voire même exacerber le problème !

poitrine et soutien gorges: la poitrine voluptueuse est souvent source d'inconfort. Imaginez 2kg ou plus pesant sur votre thorax avec un bras de levier assez important. Le tout maintenu par un élastique compressant la cage thoracique inférieure. Donc d'une part le poids de la poitrine force le patient à contracter de manière excessive les érecteurs des hautes thoraciques et du **cou**, d'autre part les bretelles pèsent sur les épaules obligeant une contraction trapèzes, et en plus le soutien-gorge rend plus difficile la respiration abdominale favorisant ainsi la respiration thoracique que l'on sait prédisposer à des troubles des **cervicales** (voir ici une video en anglais pour avoir un soutien-gorge bien ajusté). Nous pourrions aussi parler des prothèses et de leur implantation sous pectorale qui limite très fortement la mobilité des côtes supérieures, où encore des opérations suites à un cancer qui vont créer des adhérences cicatricielles et affecter la mobilité de l'épaule et donc du **cou**... Aussi à la puberté la poitrine peut-être ressentie comme une protubérance honteuse favorisant l'introversion. L'effet idéomoteur de l'introversion est le repli sur soi-même qui induit une plus forte cyphose thoracique et par conséquent une compression facettaire au niveau des **cervicales**.

L'effet idéomoteur: L'effet idéomoteur pourrait bien avoir un rôle important dans les tensions et douleurs cervicales.

L'effet idéomoteur du stress va favoriser une respiration thoracique. L'effet idéomoteur de l'introversion va comme nous l'avons vu ci-dessus provoquer un repli sur soi-même et par conséquent augmenter l'extension cervicale. L'effet idéomoteur du jugement est cette flexion des hautes cervicales (le professeur vous regardant par dessus ses lunettes). Ce trait de caractère excessif et chronique pourrait bien donner une **dysfonction somatique** chronique en flexion des hautes **cervicales**.

Le travail: le travail est souvent un facteur qui participe directement ou indirectement au **mal de cou**. Une mauvaise posture au bureau va favoriser les tensions au niveau des trapèzes, scalènes, ..., et exagération de la courbure **cervicale** (Flexion, extension, rotation flexion latérale) et peut aussi influencer sur le stress et encourager une respiration thoracique. Mais d'autres travaux peuvent aussi apporter leurs lots de tensions **cervicales**, un plombier, un maçon ou un peintre vont souvent avoir leur **cou** en hyper-extension compressant ainsi les facettes articulaires. De même que la standardiste qui n'a pas de kit main libre bloque de manière répétée son téléphone entre son oreille et son épaule infligeant une forte flexion latérale à ses **cervicales**.

## **hobbie et sports**

Vous l'imaginez certains sports ou hobbies vont prédisposer, causer ou maintenir des problèmes de **cou**. Leur posture est envisagée comme élément important dans leur trouble. Du DJ qui plaque son écouteur contre son épaule en passant par le batteur qui se crée des mini whiplashes en rythmant frénétiquement sa musique, au surfeur allongé sur sa planche le **cou** en extension, au plongeur qui se trouve dans la même position, au base-jumper se prenant des **whiplashes** à chaque ouverture fortuite de son parachute et une onde de choc verticale à l'atterrissage...

Ipad Iphone et autres tablettes électroniques: (Voir article Aiphone ou iphone)  
L'utilisation excessive de ces tablettes électroniques (au même titre que la lecture intensive) oblige une flexion excessive de la jonction cervico-thoracique. La fonction influant sur la structure, au repos cette jonction tendra vers une plus grande flexion et lorsque le patient tiendra sa tête droite cela impliquera une exacerbation de la lordose **cervicale** augmentant la compression des facettes **cervicales**.

Dormir: Dans quelle position dormez-vous ? combien d'oreillers utilisez-vous ? Dormir sur le ventre souvent impose une rotation extrême au niveau **cervical**. Ça passe lorsque vous avez 10 ans mais à 40 bonjour les problèmes. Il n'est pas rare d'entendre des patients qui disent dormir sur le ventre avec un coussin sous la tête ! rotation plus extension = Jackpot !!! Dormir de manière excessive sur une épaule peut compresser votre sterno-claviculaire (voir plus haut) et si le coussin n'est pas de la bonne épaisseur alors vos cervicales subiront une flexion latérale prolongée. En étant sur le dos prévoyez un coussin de la bonne épaisseur. Si votre dos est un peu cyphosé vous devrez opter pour un coussin plus épais que si votre dos manque de cyphose. Bien évidemment dormir dans son canapé, dans l'avion, ou dans le train est souvent synonyme de douleur **cervicale** le lendemain...

Problèmes vertébraux: Bien sûr des restrictions thoraciques ou lombaires et même sacro-coccygienne peuvent influencer sur le **cou**. N'oublions tout de même pas que ces tensions peuvent être de nature viscéro-somatique ou psycho-somatique...

Problèmes posturaux: Une attitude scoliotique, cyphosique peuvent influencer sur la mécanique **cervicale**. Ainsi une jambe courte, un ilium haut, une héli-vertèbre peuvent influencer sur les **cervicales**.

D'autres tensions: Certains collègues rapportent des problèmes de chevilles ou de membres inférieurs liés avec des problèmes de **cou**. Pourquoi pas, est-ce qu'un défaut

proprioceptif périphérique demande une correction excessive aux muscles sous-occipitaux ?

## Once upon the time/ il était une fois

Vieux traumas: N'oublions pas les traumas passés !!! Un vieux **whiplash** à la suite d'un accident de voiture traumatique il y a 10, 20 ou 30 ans peut avoir une forte influence sur les tensions **cervicales** ressenties aujourd'hui.

De même une naissance traumatique ou enfile de manière répétée des T-shirts au col trop petits voir article sur comment porter bébé) pourrait laisser des restriction **cervicales** chroniques et pourquoi pas une certaine appréhension de la vie en général.

Est-ce qu'un enfant qui pleure beaucoup les premières années de naissances est plus susceptible de développer des problèmes de cou étant plus âgé ? Si il pleure beaucoup , il y a de forte chance qu'il hyper-ventile avec une respiration thoracique favorisant les tension sur les **cervicales**. De même cette panique chronique pourrait avoir un effet sur sa psychologie étant adulte le rendant de nature plus stressé...  
(stress=>estomac/respiration => tension **cervicale**)

Il est de ma croyance que les traumas nous atteignant avant la puberté sont très bien compensé mais ont une influence mécanique d'autant plus importante sur notre corps car ils ont un effet sur notre développement corporel. Un exemple pourrait être celui d'une fracture du fémur pendant la croissance. L'enfant s'en remettra rapidement mais il est fort probable qu'il s'en suive une différence de longueur de jambe qui affectera globalement ce patient toute sa vie.

### Un exemple caricatural

Par exemple le patient souffre du **cou**. Pourquoi ?

- car il a une irritation facettaire (dysfonction somatique) aigüe de C5-C6 avec une hypertonicité des muscles scalènes, trapèze et élévateur de la scapula. Pourquoi ?
- On observe une respiration thoracique plus importante à droite avec une élévation des premières côtes et une fixation de la sterno-claviculaire. Pourquoi ?
- le patient rapporte dormir sur le côté droit ( problème de compression de S/C et compromet la mécanique de l'épaule), et de travailler sur ordinateur (mauvaise posture très certaine => tension épaule **cou + respiration thoracique** =>hypertonicité des scalènes, muscles accessoires de la respiration, possible syndrome de la souris). De plus dernièrement des difficultés de digestions en fin de repas. Pourquoi ?
- stress au boulot + café => possible gastrite/duodenite

Pourquoi, pourquoi, pourquoi ???

## Conclusion

Comme vous pouvez l'apercevoir un **cou** douloureux n'est pas synonyme de **cou** à manipuler. Les causes potentielles sont nombreuses et parfois il est difficile de savoir ce qui est influant de ce qui ne l'est pas.

Si votre seul outil est un marteau vous ne verrez que des clous. Il est souvent difficile d'ouvrir son approche car cela implique souvent reconnaître que l'on avait tort (même si cela n'est que par omission).

Avoir une vision ostéopathique est différent que d'utiliser des techniques ostéopathiques de manière symptomatique. Malheureusement lorsqu'un professionnel de santé étudie l'**ostéopathie** avec un DU de seulement 300hrs sur 2 ans il ne verra à une **cervicale** douloureuse qu'une solution: la manipulation **cervicale** (qui au final n'est pas particulièrement efficace voir ici).

Il faut rappeler que la **manipulation cervicale** est l'acte le plus dangereux en ostéopathie ou en thérapie manuelle (voir ici). Éviter un maximum de les manipuler est alors impératif. Travailler de manière ostéopathique sur l'ensemble des chaînes pouvant provoquer ou maintenir un **mal de cou** permet d'éviter grandement l'utilisation de ces manipulations diminuant alors nécessairement la sinistralité.