

LES TECHNIQUES DE JONES APPLIQUEES AU RACHIS CERVICAL

« STRAIN & COUNTERSTRAIN »



Dr. Lawrence H. Jones

JUMMOB 2015

Dr Ivan RADUSZYNSKI

24 janvier 2015

Faculté de Médecine de Bobigny

« strain & counterstrain »
c'est une méthode d'ostéopathie fonctionnelle

DEFINITIONS – MOTS CLES

- ⊙ mise au point empiriquement aux U.S.A., par **Lawrence Jones** (1940-1950)
- ⊙ technique ostéopathique
 - non manipulative
 - sans mise en tension
 - sans mouvement forcé
- ⊙ fondée sur diagnostic original : recherche de points douloureux particuliers
 - **POINTS de TENSION = « TENDER POINTS »**
 - dans la couche myo-fasciale
 - au sein des muscles péri-articulaires de la dysfonction



connaître une cartographie, une nomenclature précise

« strain & counterstrain »

CARACTERISTIQUES DU TENDER POINT

LE TENDER POINT

- indolore à l'état normal
- mesure de l'ordre de **1 cm** de diamètre
- devient **douloureux à la palpation** seulement s'il existe une dysfonction
- sa consistance devient alors **indurée** et **congestive**
- il est le **TEMOIN** d'une dysfonction mécanique locale
- **il reflète la présence d'un spasme** myo-fascial responsable d'une contrainte mécanique anormale et permanente (strain) , d'où la restriction de mobilité
- le TP étant indolore quand on ne le palpe pas, le patient n'a pas conscience de cette douleur, qui est **différente de sa douleur spontanée**

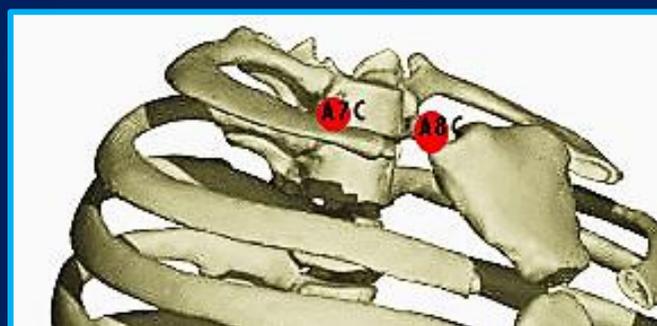
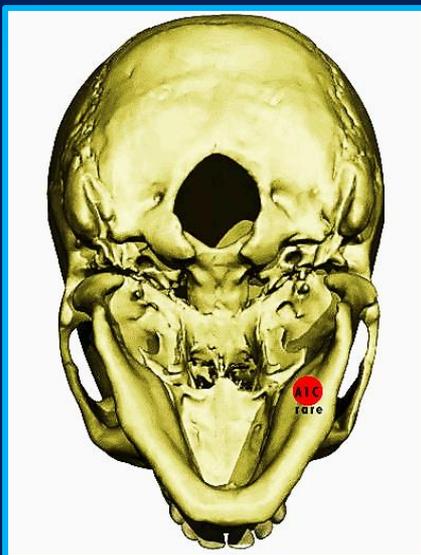
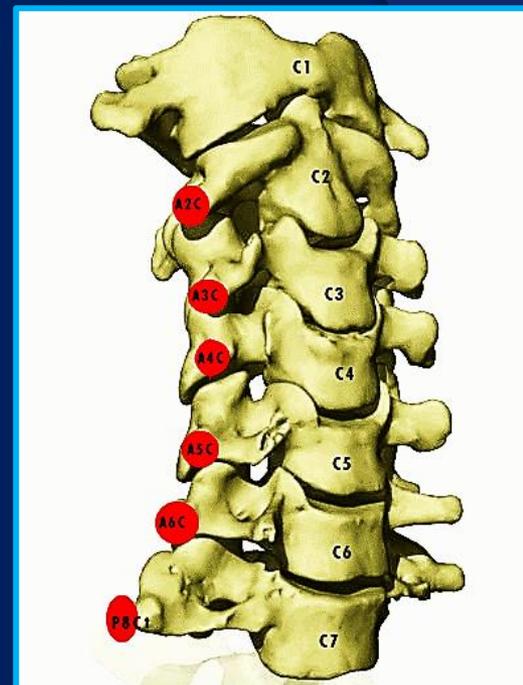
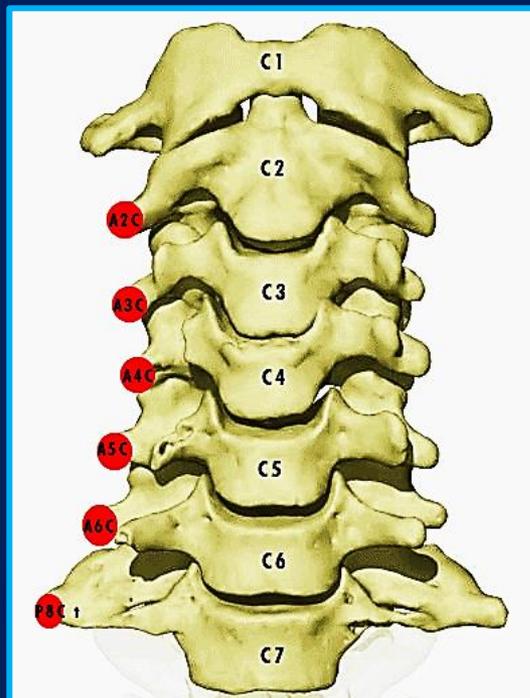
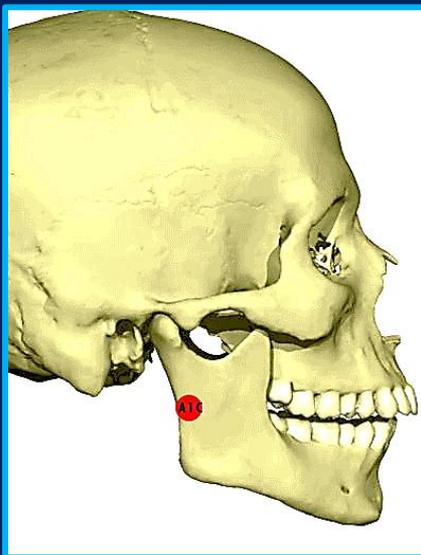
« strain & counterstrain »
MODE OPERATOIRE

LA CORRECTION EST EFFECTUEE GRACE A

- palpation permanente du TENDER POINT : « MONITORING »
- POSITIONNEMENT passif du patient dans une position de correction spécifique
- MAINTIEN STATIQUE pendant 90 secondes
- positionnement caractérisé par TENSION MYOFASCIALE MINIMALE +++

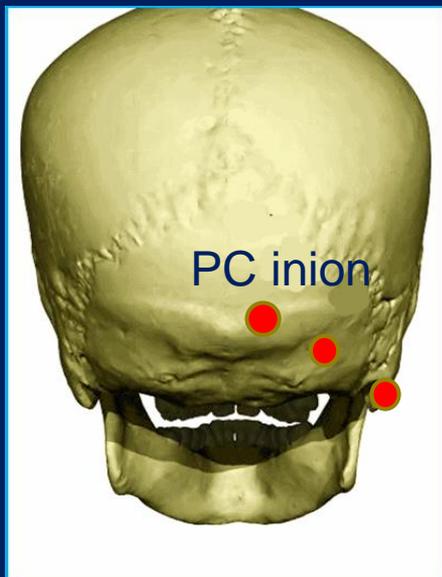
CETTE ACTION ENTRAINE
DES MODIFICATIONS NEURO-MUSCULAIRES LOCALES

points de tension ANTERIEURS RACHIS CERVICAL

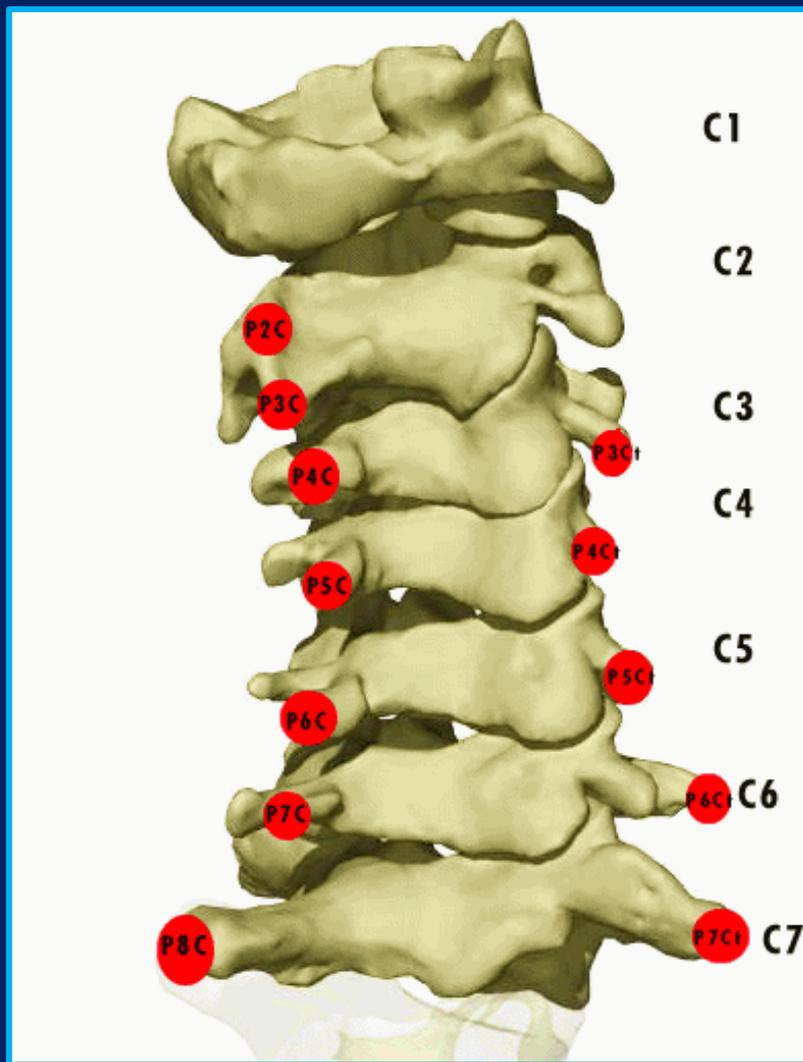


CORRESPONDANCE METAMERIQUE

points de tension POSTERIEURS RACHIS CERVICAL



P2C crâne
P1C



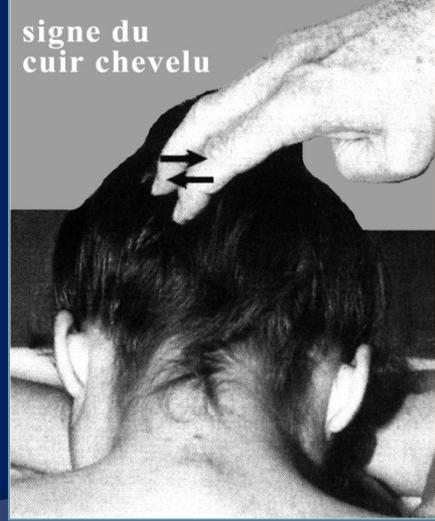
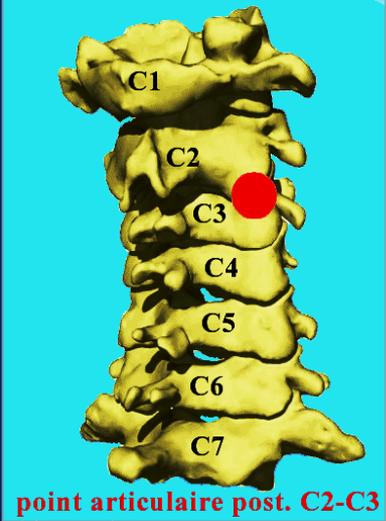
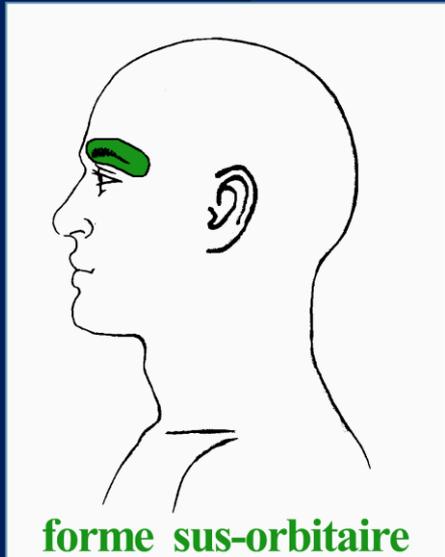
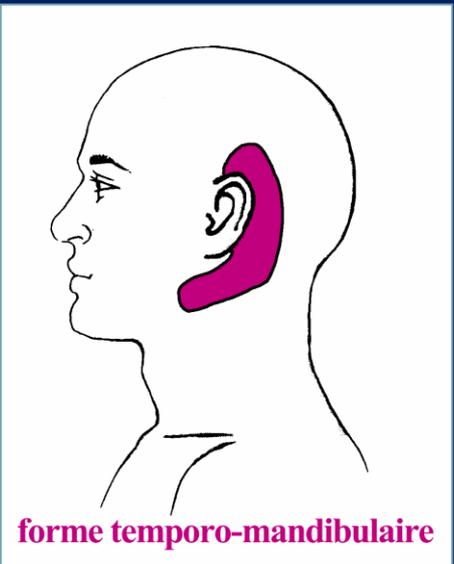
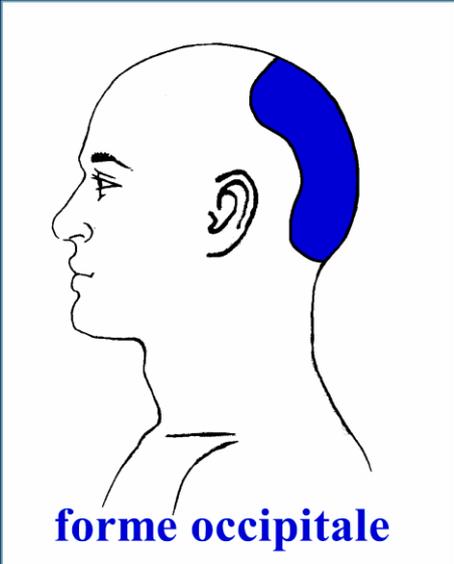
CORRESPONDANCE METAMERIQUE

« strain & counterstrain » et RACHIS CERVICAL

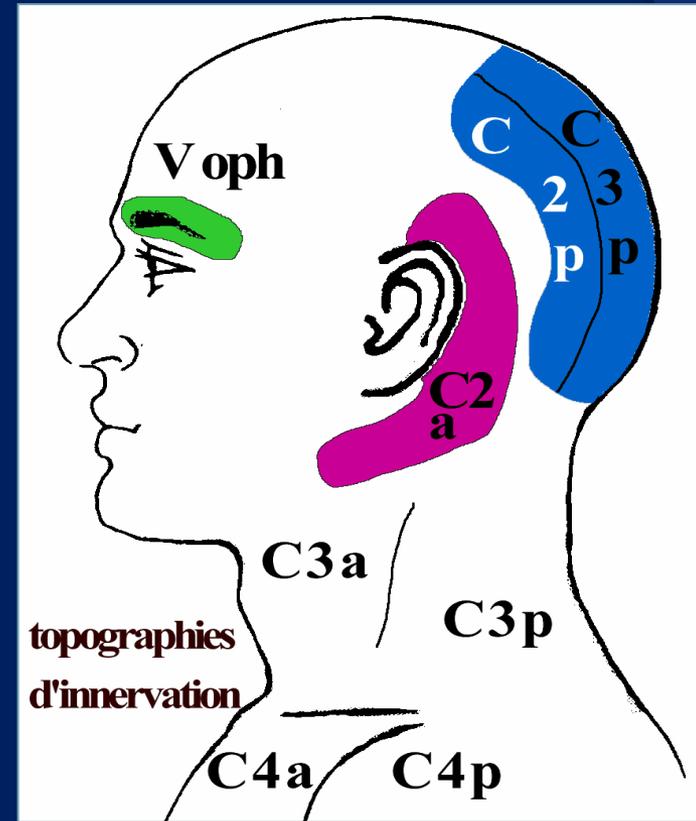
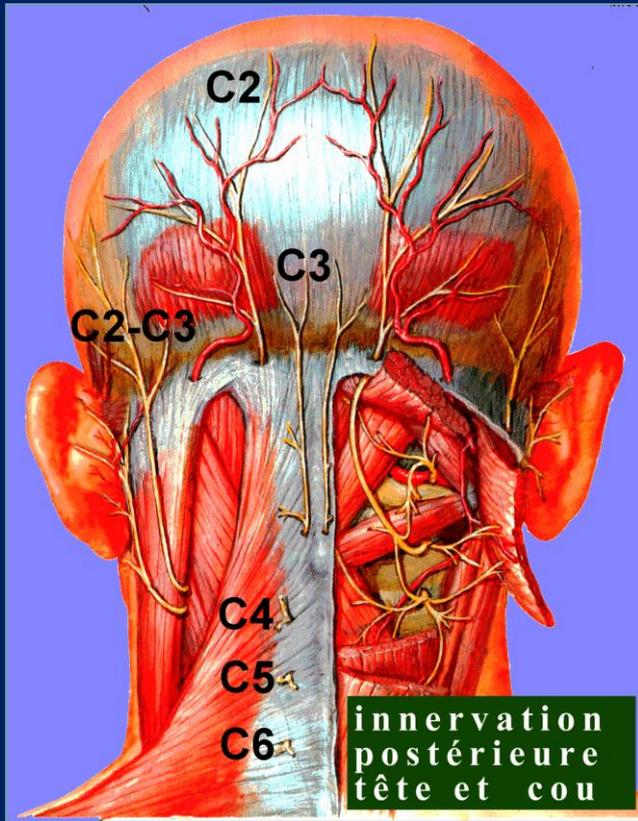
INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- ◎ CEPHALEES CERVICALES
- ◎ CERVICALGIES MECANIKES COMMUNES

CEPHALEES CERVICALES : topographie et principaux signes physiques



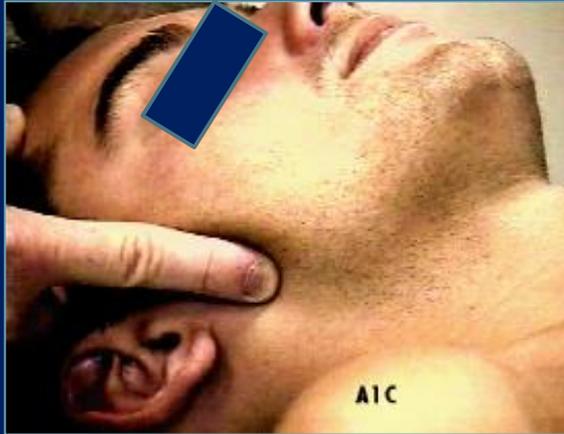
CEPHALEES CERVICALES: innervation sensitive



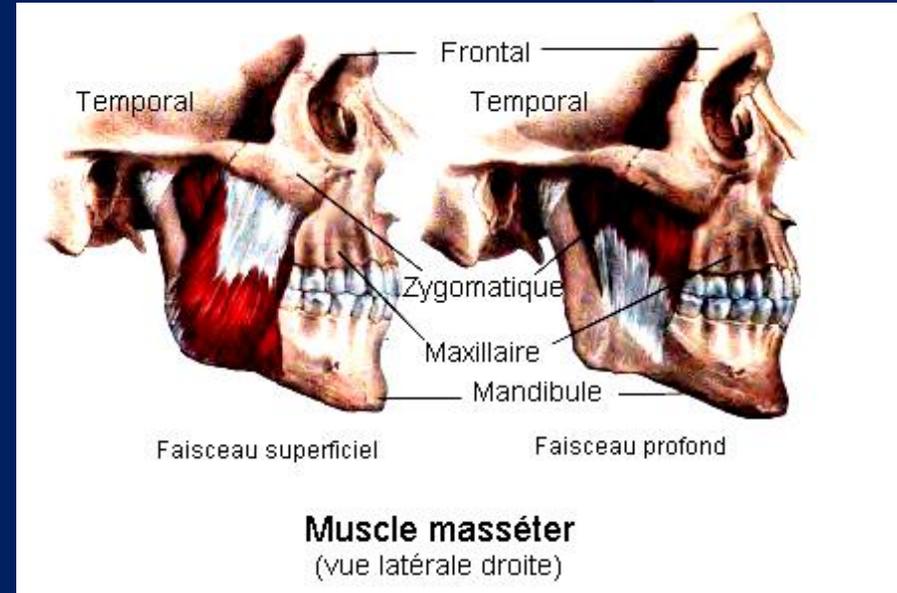
SCREENING DES POINTS DE TENSION de JONES:
SERA FOCALISE SUR LES ETAGES CERVICAUX SUPERIEURS

TRAITEMENT LOCAL: NORMALISATION DES POINTS DE TENSION RETROUVES

CEPHALEES CERVICALES TRAITEMENT « JONES »



A1C
branche montante maxillaire inférieur



N Sa Ra

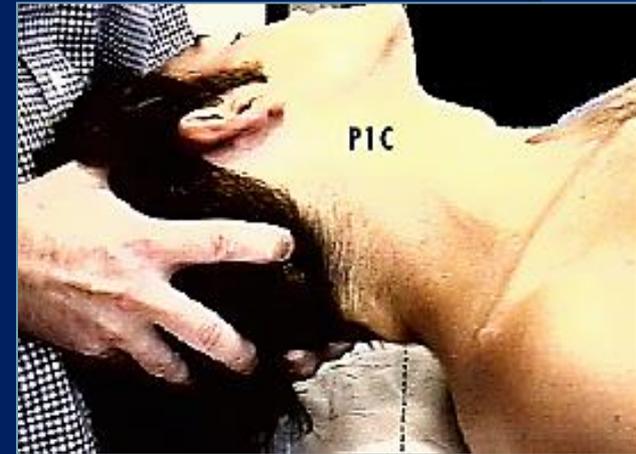
Technique de correction de Jones

- neutre pour la flexion-extension
- inclinaison controlatérale au point
- rotation controlatérale au point

CEPHALEES CERVICALES TRAITEMENT « JONES »



P1C suture temporo-occipitale



ESaRa



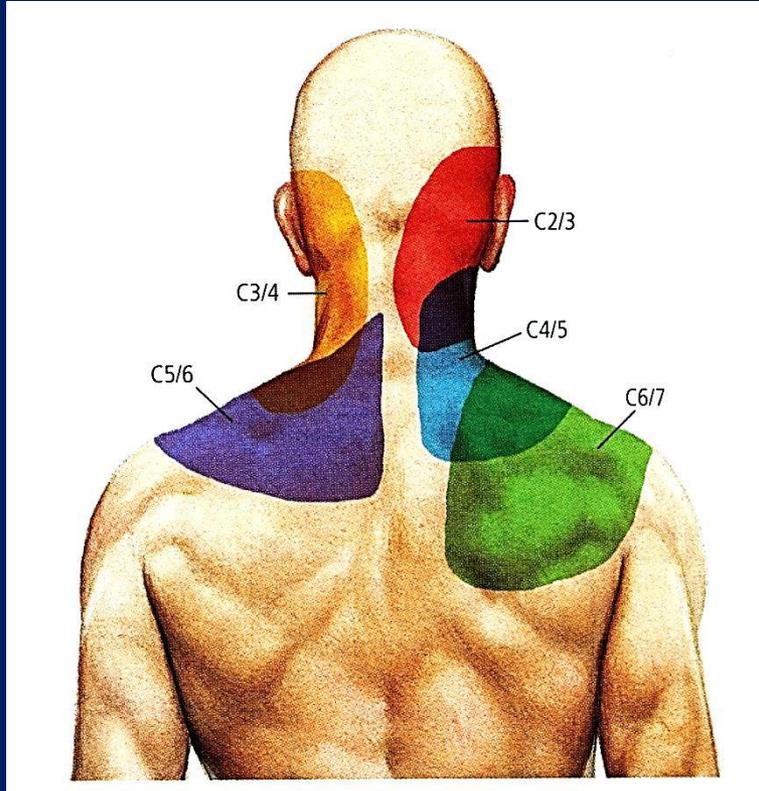
A2C face ant. apophyse transverse C2



Fig. 10. Anterior 2nd cervical. Trigger is at surface tip of transverse process of 2nd cervical vertebra. Release follows rotation away from trigger side, with little bending motion.

NSaRa

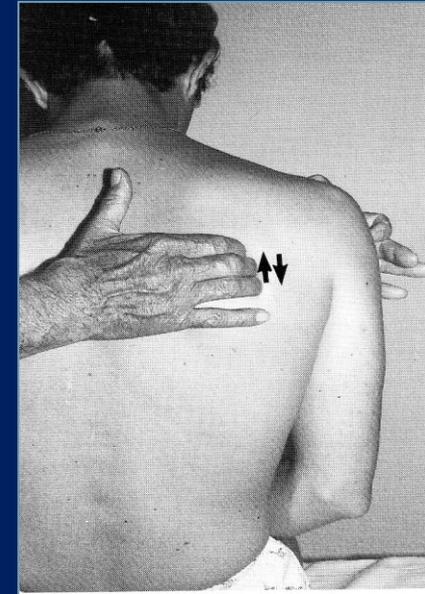
CERVICALGIES MECANIQUES « C5 » topographie et principaux signes physiques



douleur spontanée
zone cervico-scapulaire
fosse sus-épineuse



cellulalgie



cordon myalgique



pseudo-tendinite

CERVICALGIE COMMUNE C5

TRAITEMENT « JONES »



A5C face antérieure transverse de C5



FSaRa

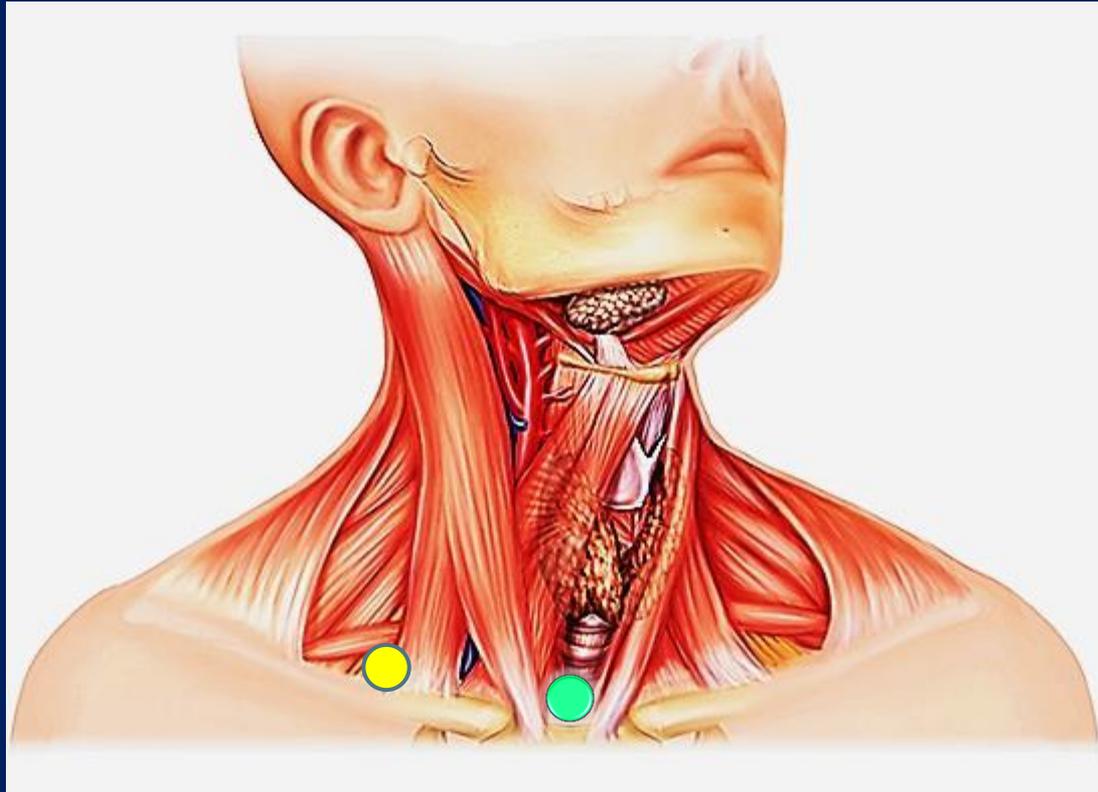


P5C angle inférieur épineuse de C4



ESaRa

SYNDROME DE LA CHARNIERE CERVICO-DORSALE TENDER POINTS de « JONES »



A7C ●

A8C ●

rapports avec le sterno-cléido-mastoïdien

CHARNIERE CERVICO-DORSALE TRAITEMENT « JONES »



A8C fourchette sternale, tendon du S.C.M.

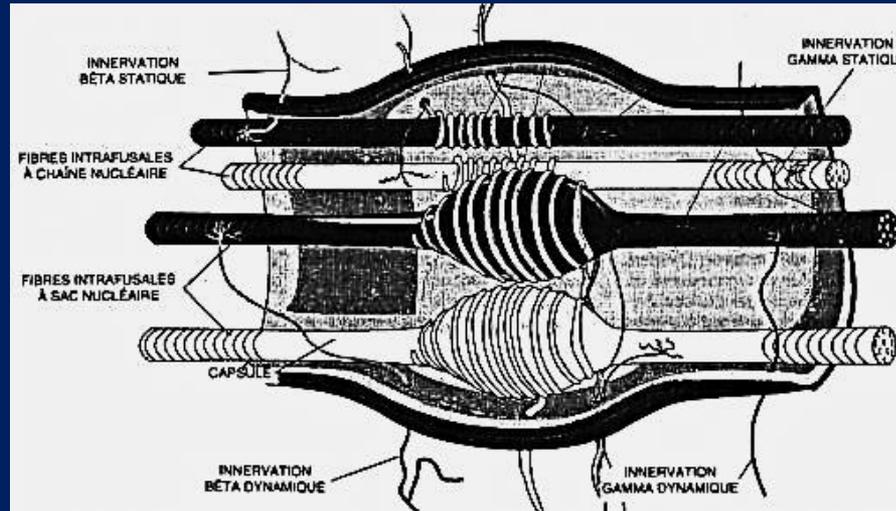


FSaRa

« strain & counterstrain »

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DYSFONCTION

F.N.M.



SPASME MUSCULAIRE LIE A UNE PERTURBATION DE LA BOUCLE GAMMA

- le spasme (strain) résulte d'une **hyperactivité gamma localisée** au sein d'un muscle
- les fuseaux neuro-musculaires deviennent hyper-réactifs à tout étirement
- d'où exagération du réflexe myotatique
- le strain détermine un déséquilibre tensionnel entre agonistes et antagonistes
 - d'où la restriction de mobilité

« strain & counterstrain »
CAUSES DE L'HYPERACTIVITE GAMMA

L'HYPER-ACTIVITE GAMMA PEUT RESULTER DE

- ⊙ mauvaise position prolongée
 - comportant un relâchement musculaire important +++
 - régulation du SNC: l'hyperactivité gamma succède à une période d'hypo-activité gamma initiale
- ⊙ dysfonction somatique d'origine traumatique ou posturale
 - ACTIVITE INAPPROPRIEE LOCALISEE des F. N. M.
 - Ils deviennent hypersensibles à tout allongement musculaire
- ⊙ état douloureux chronique
 - ACTIVITE INAPPROPRIEE GENERALISEE des F. N. M.
- ⊙ état de « stress chronique » avec hyperfonctionnement du SNV
 - ACTIVITE INAPPROPRIEE GENERALISEE des F. N. M.

MODE D'ACTION DE LA CORRECTION

- ⦿ le **positionnement** et son maintien pendant 90 secondes suppriment le spasme myo-fascial responsable de la dysfonction
- ⦿ la position de correction
 - comporte un raccourcissement musculaire prolongé
 - qui déclenche une régulation progressive de l'activité des **propriocepteurs**
 - **les fuseaux neuro-musculaires se réinitialisent au bout de 90 secondes par diminution de l'activité gamma**
- ⦿ corollaire: restauration d'une activité musculaire coordonnée dans la zone dysfonctionnelle
 - **cette technique passe par une régulation de l'activité neuro-musculaire**
 - **normalisation secondaire de la mobilité articulaire**

CONCLUSION

- approche ostéopathique **fonctionnelle** au traitement des céphalées cervicales et des cervicalgies mécaniques communes
- positionnement statique prolongé en position de confort
- elle vise à supprimer le spasme myo-fascial responsable de la dysfonction grâce à la régulation de l'activité des **propriocepteurs**
- l'absence de thrust permet une action ostéopathique alternative
- intérêt chez des patients présentant une **contre-indication aux manipulations avec impulsion**