



Douleurs de l'Épaule & Brachy-Myothérapie

JAN POLAK

Médecin généraliste, Président de la Société Internationale de Myothérapie

Mots-clés: épaule, myothérapie, contracture musculaire, colonne cervicale

Key words: shoulder, myotherapy, muscle spasm, cervical spine

— RÉSUMÉ —

De très nombreux muscles gèrent les mouvements de l'épaule. Il faut distinguer les muscles qui créent les mouvements (dynamiques) et ceux qui maintiennent les positions ainsi obtenues (toniques). Ce sont ces derniers qui maintiennent la coaptation de l'articulation scapulo-humérale, et qui plaquent l'omoplate contre le thorax.

Cet article démontre que seules les contractures des muscles toniques sont responsables des douleurs et limitations de mouvement au niveau de l'épaule, comme au niveau de toutes les autres articulations du corps.

La médecine classique se plaît pourtant à distinguer un certain nombre de pathologies différentes de l'épaule. Lors de la revue de ces pathologies nous verrons qu'il ne s'agit que de variantes de manifestations de contractures musculaires, qui compensent celles du cou. La médecine officielle n'aborde jamais le sujet de la cause première des douleurs de l'épaule, qu'elle ne connaît pas. Il s'ensuit que les traitements proposés sont purement symptomatiques, donc décevants car peu efficaces.

La Myothérapie offre quatre particularités qui la distinguent clairement des diverses pratiques ostéopathiques :

- seul le système musculaire est traité, car l'expérience montre que seul le dysfonctionnement de celui-ci peut être cause de douleurs, même en cas d'arthrose;
- les muscles sont traités en position de raccourcissement passif, et non d'étirement;
- le traitement de fond de l'endroit douloureux implique aussi celui de la contracture primaire distante, dont le motif de consultation n'est que compensation;
- la distinction entre muscles de mouvement (dynamiques) et muscles de maintien de positions et de posture (toniques) est fondamentale.

Le mécanisme le plus vraisemblable des douleurs de l'épaule est donc la contracture musculaire, qui en l'occurrence n'est pas primaire mais compense généralement des contractures des muscles du cou. Un traitement local de l'épaule n'est donc même pas toujours nécessaire : traiter les contractures primaires du cou suffit bien souvent, rendant inutiles les compensations au niveau de l'épaule.

— 1. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE —

Les mouvements du bras au niveau de l'épaule sont effectués au niveau de 2 articulations :

- l'ensemble omoplate-clavicule bascule vers le haut et l'avant et dans le sens opposé en pivotant au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, qui est l'axe autour duquel bouge l'omoplate.
- L'articulation acromio-claviculaire est négligeable, car de très faible amplitude, celle-ci étant limitée par les ligaments coraco-claviculaires. C'est plutôt un lieu d'amortissement, qui limite la fréquence des fractures en cas de chute sur l'épaule. (A noter que seuls les bi-

pèdes et les oiseaux ont une clavicule: chez les quadrupèdes elle casserait lors des réceptions sur les membres antérieurs, et elle n'y est pas nécessaire, car les mouvements de l'omoplate sont différents.)

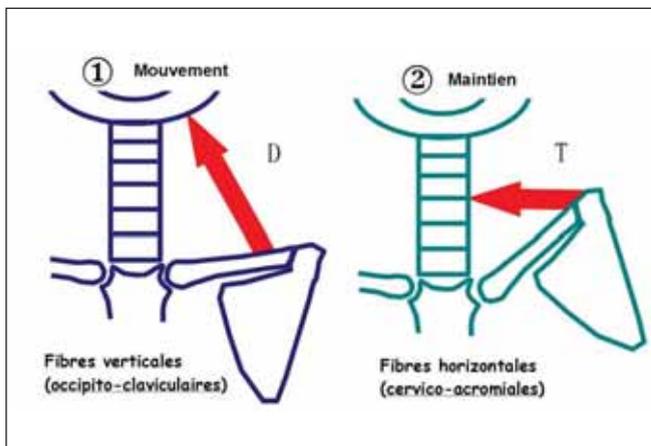
- dans un 2^e temps le mouvement est amplifié et affiné au niveau de l'articulation scapulo-humérale. Cette articulation possède beaucoup de possibilités directionnelles: flexion/extension (antépulsion et rétropulsion), abduction/adduction, rotation interne ou externe (médiale/latérale). En règle générale plusieurs de ces mouvements sont combinés.

Il y a donc de très nombreux muscles qui gèrent les mouvements de l'épaule à ces deux niveaux. De plus il faudra, comme d'habitude, distinguer les muscles qui créent les mouvements (dynamiques) et ceux qui maintiennent les positions ainsi obtenues (toniques).

Ce sont ces derniers qui maintiennent également la coaptation de l'articulation scapulo-humérale, et qui plaquent l'omoplate contre le thorax.

Et le plus important est que seules les contractures des muscles toniques sont responsables des douleurs et limitations de mouvement au niveau de l'épaule, comme au niveau de toutes les autres articulations du corps.

Nous pouvons citer quelques exemples: la sonnette externe de l'omoplate est créée par deux muscles dynamiques agissant en synergie, la partie verticale claviculaire du Trapèze Supérieur d'une part, qui soulève la partie distale de la clavicule, et la partie inférieure du Grand Dentelé (Dentelé Antérieur) d'autre part, qui fait basculer l'omoplate. La position obtenue sera maintenue par des muscles toniques, en l'occurrence la partie horizontale, acromiale, du Trapèze Supérieur, et la partie supérieure, courte, du muscle Grand Dentelé.



› Figure 1: action des 2 parties du m. Trapèze Supérieur sur la bascule externe de l'omoplate

Au niveau de l'articulation Scapulo-Humérale, l'abduction est créée par le m. Deltoïde, et maintenue par le Sus-épineux (Supra-épineux).

Il en va ainsi pour tous les mouvements: un muscle la crée, un autre la maintient. Et il n'y a que ces derniers qui provoquent des douleurs.

Le cartilage n'étant pas innervé, et l'os sous-chondral guère plus, il n'y a pas d'autre cause aux douleurs et limitations de mouvement au niveau de l'épaule.

— 2. DIAGNOSTICS CLASSIQUES, MAIS DISCUTABLES —

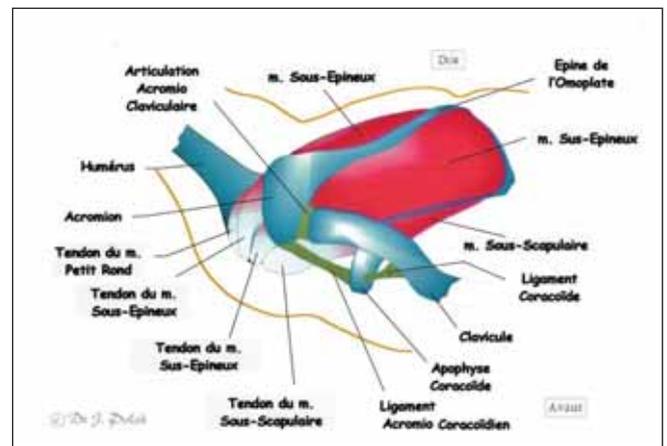
La médecine classique se plaît pourtant à distinguer un certain nombre de pathologies différentes de l'épaule. Nous verrons qu'il ne s'agit que de variantes de manifestations de contractures musculaires, qui compensent celles du cou. La médecine officielle n'aborde jamais quant à elle le sujet de la cause première des douleurs de l'épaule, qu'elle ne connaît pas. Il s'ensuit que les traitements proposés sont purement symptomatiques, donc décevants car peu efficaces.

Périarthrite Scapulo-humérale (PSH)

Terme imprécis datant de 1872 et adopté suite à l'autopsie d'un seul cas ... pour qualifier toutes les douleurs de l'épaule.

Rupture de la coiffe des rotateurs

La «coiffe des rotateurs» est un ensemble de muscles toniques qui en quelque sorte suspendent le bras (en pratique c'est surtout le cas du sus-épineux) et maintiennent des positions de rotation (interne pour le m. Sous-scapulaire, externe pour le Sous-épineux).



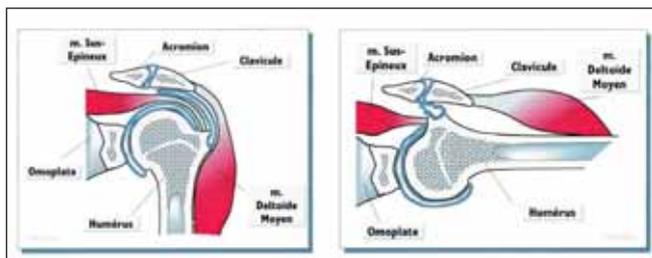
› Figure 2: coiffe des rotateurs, vue supérieure, épaule droite

Si la rupture est complète, plus aucun mouvement n'est possible. Ce qui est heureusement assez rare, et suit en général un traumatisme important. Les ruptures partielles et progressives sont beaucoup plus fréquentes. On parle alors de dégénérescence du tendon, ce qui en fait n'explique rien...

Elles se manifestent par des douleurs qui sont typiques de contractures musculaires: ce sont donc celle-ci qu'il convient de traiter, ce qui est suffisant pour que les douleurs cessent et que le muscle et son tendon cicatrisent.

Syndrome du défilé sous-acromial

Egalement appelé conflit sous-acromial. Il s'agirait de l'irritation des tendons des muscles dits de la coiffe des rotateurs, en pratique celui du seul Supra-épineux (Sus-épineux), dans l'espace entre l'acromion et la tête humérale qu'il coiffe.



➤ Figure 3: l'espace sous-acromial bras le long du corps et bras écarté

Les causes « officielles » en seraient les gestes répétitifs (au travail, lors du sport, ou du bricolage). Cependant l'épaule étant par définition faite pour bouger, et une bourse séreuse de protection séparant le muscle de l'os, on peut douter que ce genre de mouvements pose des problèmes en soi. Sauf en cas d'ascension de la tête humérale, laquelle ne peut être que le fait de la contracture du muscle Sus-épineux lui-même... Et c'est cette contracture seule qui est source de douleur et de limitations de mouvement. Ce muscle intervient dans l'abduction et dans l'antépulsion, mouvements et positions qui déclencheront les symptômes.



➤ Figure 4: radiographie en enfila de la fosse supra-épineuse – loge du muscle de même nom (à gauche) & épaule de face avec vue de l'espace sous-acromial (à droite)

Le traitement classique consiste à éviter les mouvements douloureux (le patient y avait probablement déjà pensé...), en une rééducation qui peut durer des mois, plus 1 à 3 infiltrations, et sinon on passe à la chirurgie, dont les effets ne se font sentir qu'après 3 à 6 mois, ou jamais (les douleurs peuvent même être pires). Sans parler des complications de type algodystrophique, infectieux, neurologique ou autre. Si on ne s'adresse pas à la cause d'une maladie, il est évidemment difficile de la traiter.

Et n'oublions pas que les contractures des muscles de l'épaule, seules causes des douleurs, ne font que compenser des contractures primaires de muscles du cou: traiter celles-ci est donc indispensable, et même souvent suffisant.

Capsulite rétractile

Il s'agit d'une forme d'Algodystrophie, une fibrose de la capsule articulaire, de ligaments, et parfois de la bourse séreuse. Elle complique un traumatisme de l'épaule, une immobilisation plâtrée, une intervention chirurgicale, ou une rééducation un peu trop brusque, dans la moitié des cas. Dans l'autre moitié elle vient simplement compliquer une tendinite du sus-épineux (voir plus loin). Prognostic: guérison spontanée en ... quelques années, avec séquelles de limitations de mouvement.

Au début il y a des douleurs de l'épaule, qui sont progressivement remplacées par un enraidissement. La scintigraphie osseuse est normale dans 1/3 des cas, positive dans les autres. Le diagnostic est donc avant tout clinique, ce qui ne permet d'ailleurs absolument pas de savoir si la capsule est vraiment rétractée ou pas: seule une arthrographie peut le montrer. Ce qui est sans importance, car cela ne montrerait que la conséquence et non la cause.

En effet on sait depuis les années 1960 (ou du moins on devrait savoir...) que si l'on immobilise et comprime une articulation chez l'animal le cartilage se détruit rapidement (nous y reviendrons plus loin). A ceci s'associe une modification de la structure des ligaments et de la capsule, qui se rigidifie. En cas de douleurs de l'épaule, le sujet bouge moins, et les contractures qui en sont la cause compriment aussi l'articulation. Les mêmes causes produisant à la longue les mêmes effets, la capsule finit par se rétracter. Ce qui ne modifie aucunement les symptômes, et n'empêche pas non plus le traitement des contractures causales par Myothérapie: une fois celles-ci traitées, tout rentre dans l'ordre, et la capsule reprend sa structure normale.

En résumé la rétraction éventuelle de la capsule n'est que la conséquence de la restriction de mobilité et non sa cause: la fonction entretient l'organe, et si l'épaule bouge peu suite à des contractures musculaires, la capsule, peu sollicitée, se rétracte.



Nous en revenons donc à une simple complication des contractures de muscles de l'épaule, elles-mêmes seules causes des douleurs et des limitations de mouvement, et éventuellement de douleurs ressenties au niveau du tendon, qu'on appelle tendinite. («Tendinite» et «Capsulite» sont en général des diagnostics de complaisance, sans fondement clinique rigoureux.)

Le traitement classique, long et laborieux, consiste en antalgiques et infiltrations de corticoïdes, et éventuellement en dilacération de la capsule au cours d'une arthrographie. Là encore, la question est: s'adresse-t-on alors à la cause ou à la conséquence?

Epaule gelée

Souvent assimilée à la capsulite rétractile, il s'agit en fait d'une limitation des mouvements actifs et passifs d'origine officiellement indéterminée (idiopathique... comme les autres douleurs de l'épaule), survenant en l'absence de pathologie locale bien précise (c'est-à-dire bien cataloguée). Ceci a été précédé d'une phase de douleurs de l'épaule, douleurs qui se sont progressivement atténuées au fur et à mesure que la raideur s'installait. On retrouve les symptômes de l'algodystrophie décrite plus haut.

A l'arthroscopie on constate en général que du tissu fibreux obstrue l'articulation, dont le volume est diminué.

Classiquement cette pathologie dure entre 6 mois et 2 ans ½, mais à long terme les séquelles sont fréquentes: douleurs dans 30% des cas, limitations de mobilité dans 70% des cas.

Le traitement proposé est la distension articulaire sous arthrographie ou arthroscopie.

De notre point de vue il ne s'agit toujours que de contractures musculaires, a priori réversibles par Myothérapie: tant que l'épaule bouge celles-ci sont douloureuses, le malade limite donc ses mouvements de façon réflexe. Les structures de l'articulation n'étant plus sollicitées par l'absence de mouvement ont tendance à se fibroser: processus semblable à celui de la capsulite. La distension chirurgicale n'agit que sur la conséquence, pas sur la cause.

Inversement la Myothérapie, qui traite les contractures musculaires, agit sur la cause, donc aussi sur les conséquences, la normalisation du fonctionnement musculaire permettant le rétablissement de la mobilité.

Tendinite (du biceps ou autre)

Le terme «tendinite», comme celui de «capsulite rétractile» est souvent utilisé un peu à tort et à travers. Il devrait être réservé pour qualifier une douleur par souffrance

d'un tendon, en spécifiant à quel muscle appartient ce tendon. Car celui-ci n'est que la courroie de transmission entre le muscle et l'os sur lequel il agit.

Si le tendon souffre, c'est que le chef musculaire contracturé tire en permanence trop fort dessus.

Officiellement, cependant, la tendinite est attribuée au surmenage de l'articulation. Notion étrange, l'épaule étant faite pour bouger, et il n'y a pas de limite à cela. Sauf si au préalable il y avait des contractures: dans ce cas les mouvements finissent par faire passer l'hypertonie musculaire au-dessus d'un certain seuil, stade où cela va se manifester par des douleurs. Qui peuvent être ressenties au niveau chef musculaire, ou du tendon, ou de l'insertion de celui-ci.

Quant à la tendinite du Biceps, elle renvoie officiellement au conflit sous-acromial. Sauf que ce tendon n'est pas vraiment sous-acromial...

D'après notre expérience, la douleur au niveau de la gouttière bicipitale est une douleur du muscle Petit Pectoral, ressentie au niveau de l'insertion humérale de son aponévrose. Ce qui nous permet d'affirmer ceci, est que le traitement spécifique par Myothérapie de ce muscle fait cesser cette douleur officiellement étiquetée «tendinite du Biceps». Or la manœuvre thérapeutique utilisée ne pourrait en aucun cas traiter le Biceps.

Signalons au passage que le Petit Pectoral, trop négligé, est souvent une des clés des pathologies de l'épaule de par ses nombreuses fonctions: il est entre autres antagoniste du Trapèze supérieur pour limiter l'ascension de la partie distale de la Clavicule lors de la bascule externe de l'Omoplate.

Calcification

Encore un des mystères de la médecine moderne: un patient à mal à l'épaule, on trouve une minuscule calcification à la radiographie, et on dit: «voilà la cause de la douleur!». Sans savoir très bien par quel moyen cette calcification pourrait faire mal, ni se demander ce qui l'a provoquée?

Et en oubliant que de nombreuses calcifications sont découvertes par hasard sur une épaule non douloureuse (par exemple si on fait une radiographie des 2 épaules quand une seule est douloureuse).

Il nous semble plus intéressant d'aborder le problème autrement. La fonction entretient l'organe: si un tendon ou une bourse séreuse sont insuffisamment sollicités, parce que la contraction du muscle en rapport est douloureuse et provoque la douleur lors des mouvements de l'épaule, le tendon tend à se calcifier, la bourse séreuse également. Ce qui en soi ne provoque a priori pas la moindre douleur.

Les tendons calcifiés sont encore ceux de la coiffe des rotateurs (seuls muscles dont la médecine s'occupe). Il s'agit d'hydroxyapatite (cristaux de phosphate de calcium), dont on dit qu'ils produiraient une inflammation douloureuse par irritation chimique et mécanique. La médecine classique reconnaît ne pas savoir pourquoi ces dépôts calciques, mous (!), se créent.



➤ Figure 5 : calcification du tendon du Sus-Epineux

Alors, calcification, cause ou conséquence? Quoi qu'il en soit, elle se résorbe spontanément quand le muscle a retrouvé son fonctionnement normal par Myothérapie. D'ailleurs, dans 90 % des cas cette calcification, qui a la consistance d'une pâte dentifrice, se résorbe même spontanément en 1 an ou deux.

Le traitement médical classique, quant à lui, est lourd: antalgiques, anti-inflammatoires, corticoïdes, infiltrations, kinésithérapie, voire ablation chirurgicale, qui (bien sûr) n'empêche pas les récurrences éventuelles, rien de tout cela n'agissant sur la cause (contractures locales compensant des contractures primaires cervicales).

Arthrose

L'arthrose est relativement rare au niveau de l'épaule, où les douleurs sont au contraire fréquentes. Ce qui montre bien que toute douleur articulaire n'est pas forcément en rapport avec l'arthrose, ni ne lui est due, comme on le croit encore trop souvent. Car l'arthrose n'est qu'un simple signe radiologique, qui traduit la destruction du cartilage articulaire et la réaction de l'os sous-chondral (géodes ou ostéophytes). Or ni le cartilage ni l'os sous-chondral n'étant innervés, l'arthrose ne peut en aucun cas être cause de douleur, pas plus à l'épaule qu'ailleurs.

Comme nous l'avons dit plus haut, de nombreuses expériences effectuées sur l'animal dans les années 1960 par différents auteurs ont montré que si l'on immobilise et comprime une articulation chez un animal, le cartilage se détruit rapidement, et l'os sous-chondral réagit, exac-

tement comme dans l'arthrose. En cas de douleurs de l'épaule, le sujet bouge moins, et les contractures qui en sont la cause compriment aussi l'articulation. Les mêmes causes produisant à la longue les mêmes effets, le cartilage se détruit, et l'os sous-chondral mis à nu se condense et se modifie. Ce qui ne modifie pas les symptômes et n'empêche pas le traitement des contractures par Myothérapie. Une fois celles-ci traitées, tout rentre dans l'ordre, la douleur disparaît et une mobilité normale est restaurée; cependant l'arthrose est toujours là: elle n'était donc nullement la cause des symptômes.

L'arthrose semble n'être qu'une simple conséquence des contractures musculaires, qui, seules, sont responsable des symptômes qui habituellement, mais sans le moindre fondement scientifique, sont attribués à l'arthrose, qui, quant à elle, est cause de ... rien.

Rhumatismes inflammatoires

La douleur de l'épaule peut faire partie d'un ensemble de douleurs multiples, comme c'est le cas dans la Polyarthrite Rhumatoïde ou la Spondylarthrite Ankylosante.

De notre point de vue il ne s'agit absolument pas d'une maladie auto-immune, comme on se plaît à le répéter. Il ne s'agit que de compensations multiples de contractures post-traumatiques primaires, lesquelles sont en pratique toujours situées au cou ou aux chevilles. Un terrain particulier HLA fait qu'ici le corps réagit aux contraintes mécaniques des contractures par des inflammations locales importantes et persistantes. D'où des douleurs de type inflammatoire, à aggravation nocturne et matinale. Le mécanisme est le même que pour l'arthrose: la seule différence est que dans celle-ci il n'y a pas de réaction inflammatoire, ou alors celle-ci est brève.

Il convient de rappeler que l'inflammation n'est pas la maladie, mais la réaction du corps à la maladie, ici le stress mécanique dû à la contracture persistante. Le processus biochimique normal de l'inflammation finit par impliquer le système immunitaire: ceci n'en fait donc nullement une maladie auto-immune, concept peu scientifique qui ne fait que masquer l'ignorance de la véritable cause de la maladie (et qui aboutit à des traitements médicamenteux véritablement dangereux).

Le principe thérapeutique par Myothérapie reste le même, et les résultats sont excellents, aboutissant en général à la guérison (absence de tout symptôme en l'absence de tout traitement).

TMS

Les douleurs de l'épaule forment une grande part des maladies professionnelles appelées Troubles Musculo-



Squelettiques (TMS) liés au travail. Cliniquement elles ne diffèrent en rien des descriptions ci-dessus. Si leur déclenchement se fait par définition en milieu professionnel, il ne s'agit que du facteur déclenchant: leur cause première, cervicale, est a priori extra-professionnelle.

Prendre le facteur déclenchant pour la cause, comme cela est fait habituellement, ne fait qu'entretenir la confusion quant aux mécanismes de ces maladies, et donc l'inefficacité de la prévention classique aussi bien que celle du traitement classique.

Il suffit bien sûr de traiter les contractures par Brachy-Myothérapie pour que tout rentre dans l'ordre.

— 3. EFFETS DE LA BRACHY-MYOTHÉRAPIE SUR LES DOULEURS DE L'ÉPAULE —

Le mécanisme le plus vraisemblable des douleurs de l'épaule est donc la contracture musculaire, qui en l'occurrence n'est pas primaire mais compense des contractures de muscles du cou. Un traitement local de l'épaule n'est donc même pas toujours nécessaire: traiter les contractures du cou suffit bien souvent, rendant inutiles les compensations au niveau de l'épaule.

Bien que la médecine officielle aime faire de nombreux diagnostics différents concernant les douleurs de l'épaule – nous les avons passées en revue – il n'y a donc en pratique qu'une seule cause à toutes ces variantes possibles: la contracture musculaire de compensation. De plus la médecine classique se focalise sur les seuls muscles de la « coiffe des rotateurs », et plus particulièrement sur le Sus-Epineux (Supra-Epineux). Si le muscle Sus-épineux est effectivement souvent contracturé, il est cependant loin d'être le seul: en fait tous les muscles qui maintiennent des postures au niveau de l'épaule peuvent se retrouver contracturés, et ils sont nombreux.

Puisque ces contractures compensent des contractures du cou, elles sont en général restées latentes pendant un certain temps après le choc souvent beaucoup plus ancien qui a provoqué les contractures de muscles cervicaux. Mais un jour, un facteur déclenchant va faire que ces contractures se manifestent au niveau de l'épaule par des douleurs et des limitations de mouvement: il peut s'agir d'un choc au niveau de l'épaule, d'un faux mouvement, de gestes répétitifs, etc. Ces événements ne sont donc nullement des causes, mais de simples facteurs aggravants, qui augmentent encore le tonus de muscles déjà contracturés de façon latente, asymptomatique, qui vont alors se manifester de façon douloureuse et/ou limiter les mouvements. Souvent le facteur déclenchant n'est même pas identifiable: la douleur apparaît sans raison évidente et s'installe. Cependant, si l'interrogatoire est bien mené, on retrouvera un trauma plus ancien du cou.

Le traitement d'une douleur d'épaule se fera donc toujours par celui des muscles à l'origine de la réaction de compensation, situés au cou, avec éventuellement un traitement local. Sachant que parfois les contractures du cou compensent celles des chevilles dues à une vieille entorse: dans ce cas c'est là que débutera le traitement par Myothérapie. (De nombreux exemples de cas concrets sont donnés dans le livre « Myothérapie, douleurs articulaires », du même auteur).

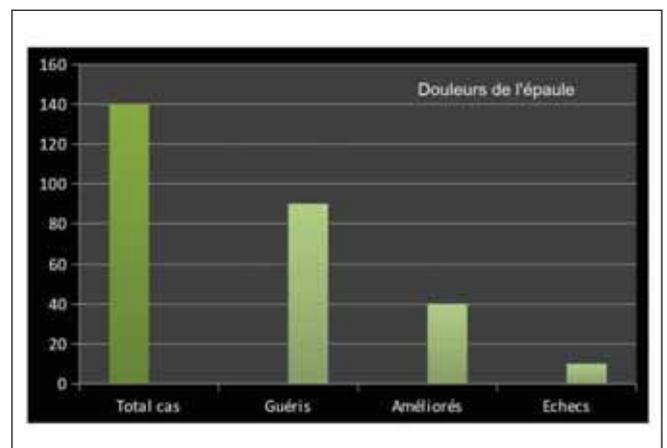
A noter aussi que l'aggravation des douleurs par la rééducation par kinésithérapie classique n'est pas rare, si elle se fait par une musculation ou simplement en faisant travailler les muscles. En les faisant forcer on aggrave la contracture, alors que la normalisation par Myothérapie s'apparente plutôt en quelque sorte à une mise au repos du système musculaire, ou plus exactement à un retour à son tonus et son fonctionnement normaux.

L'utilisation de la Brachy-Myothérapie en cas de douleur d'épaule permet d'excellents résultats, elle aboutit à la guérison des 2/3 des malades (qui n'ont donc plus aucune douleur sans prendre aucun médicament), et la majorité des autres cas est nettement améliorée.

Une étude a été faite au début des années 1990 par 13 médecins (dont un rhumatologue et un spécialiste en rééducation fonctionnelle) sur 140 cas de douleurs de l'épaule rencontrées en cabinet de ville ou de campagne. Les patients étaient âgés de 16 à 82 ans, il s'agissait de 84 femmes et de 56 hommes. Le nombre de séances nécessaire a varié de 1 à 7.

La cause primaire était au cou dans 108 cas, aux chevilles & cou 16 cas, et aux chevilles seules dans 16 cas.

L'étude a porté sur tous les patients se présentant pour des douleurs de l'épaule, quel que soit le diagnostic officiellement porté (PSH, épaule gelée, coiffe des rotateurs, capsulite rétractile, entorse acromio-claviculaire, syndrome du défilé sous-acromial, épaule mixte, etc...)



➤ Figure 6: traitement des douleurs de l'épaule par Brachy-Myothérapie seule



Résultats:

- Guérison: 90 (64 %);
- Amélioration: 40 (29 %);
- Echec: 10 (7 %)

(N'ont pas été inclus bien sûr des douleurs de l'épaule ne relevant pas de la Myothérapie, comme les luxations – bien que la Myothérapie limite leurs récives – ou les métastases osseuses.)

— 4. CONCLUSION —

Il y a tout avantage à considérer les douleurs et limitations de mouvement de l'épaule comme des manifestations de contractures musculaires, et à les traiter comme telles par Brachy-Myothérapie. A condition de traiter surtout les contractures primaires, situées au cou, que les muscles de l'épaule ne font que compenser.

— POUR EN SAVOIR PLUS —

Site Internet: www.brachy-myotherapie.com
Livre: Myothérapie, douleurs articulaires & névralgies
Disponible sur le site internet en PDF ou sur Amazon.fr en version papier

Conflit d'intérêt: L'auteur présente un lien d'intérêt en tant que Président de la Société Internationale de Myothérapie

— CONTACT —

Polak Formations & Recherche
90 Rue des 36 Ponts
31400 Toulouse

dr.j.polak@gmail.com

Ginphys

Le logiciel confirmé des physios ostéos, ...



physioTec
bioTEC



Pour gérer votre cabinet en souplesse

Plus de 250 cabinets

Ginphys vous accompagne et continue de s'adapter à vos besoins.

Plus de 90 cabinets facturent déjà électroniquement.

JLE informatique

www.jle.ch

info@jle.ch

021 903 55 02

Services et développements professionnels depuis 1989