

LES SUBTILITÉS PHYSIOLOGIQUES ET PHYSIOPATHOLOGIQUES DU MUSCLE TRANSVERSE DE L'ABDOMEN

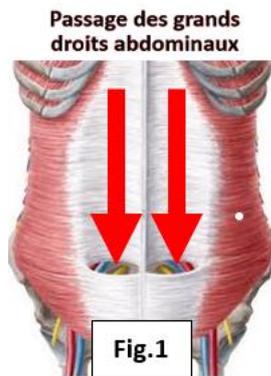
Ph. E. SOUCHARD

Novembre 2023

ANATOMIE

Issu des vertèbres lombaires, de la crête iliaque et du cartilage des six dernières côtes et d'orientation globalement horizontale, il se termine sur la ligne blanche.

SPÉCIFICITÉS



L'aponévrose terminale permettant la jonction des deux portions latérales du transverse se termine **en arrière** des muscles grands droits de l'abdomen, au niveau sus-ombilical. En revanche, il se termine **en avant** des grands droits au niveau sous-ombilical (Fig. 1).

Cela entraîne qu'il est possible d'observer, même chez des personnes menses et athlétiques, un très léger ballonnet sous-ombilical. Celui-ci est,

bien entendu, accentué lorsqu'il y a une bascule antérieure excessive du bassin (Fig. 2).



PHYSIOLOGIE

Il est fondamentalement contentif des viscères abdominaux. Sa contraction intervient lors de la miction et défécation et lors des expirations de grande amplitude, puisque la pression qu'il exerce sur les viscères abdominaux font remonter le centre phrénique. Comme tous les abdominaux, c'est donc un muscle expirateur.

En dynamique, il peut être synergique des muscles lombaires dans les mouvements de grande ou de forte amplitude, comme le lever de poids, par exemple. Mais il ne peut, en aucun cas, être qualifié, comme on l'entend parfois, de lombostat lombaire, dans la mesure où il est de caractère dynamique et non pas statique, comme muscle lombaire, et que ses insertions viennent des vertèbres lombaires.

PREMIÈRE SPÉCIFICITÉ PHYSIOLOGIQUE

Dans son action expiratoire, lorsque le muscle transverse comprime la masse viscérale, il fait remonter le centre phrénique, comme cela vient d'être dit. Mais, en même temps, d'une façon qui peut paraître paradoxale, la pression qu'il exerce sur la masse viscérale écarte les basses côtes et augmente le diamètre du thorax inférieur dans toutes les directions et, en particulier, sur le plan transversal (Fig.3).



Pour que son action expiratoire s'exerce spécifiquement au niveau du centre phrénique, il faut donc une action synergique légèrement contractile, en particulier des obliques internes (petits obliques)*.

DEUXIÈME SPÉCIFICITÉ PHYSIOLOGIQUE

L'aponévrose des muscles transverse passant en avant des muscles grands droits abdominaux au niveau sous-ombilical, leur action compressive de la masse viscérale est moindre. En particulier en position debout ou jambes allongées en décubitus dorsal.

PHYSIOPATHOLOGIE

L'hypotonie du muscle transverse (ou sa flaccidité non-neurologique) est extrêmement fréquente. Si elle peut être considérée parfaitement normale en cas de grossesse, l'augmentation préoccupante des cas d'obésité peut l'amener à un stade non seulement de dilatation mais aussi d'incapacité de contraction au niveau sous-ombilical.

TRAITEMENT

Tout ce qui vient d'être exposé confirme la logique de la chronologie expiratoire en RPG : premièrement, expiration thoracique haute ; deuxièmement expiration thoracique basse ; troisièmement expiration abdominale, en maintenant les deux précédentes ; quatrièmement, en cas de nécessité, contraction du périnée, considéré comme le diaphragme inférieur (Fig.4 et 5).

Les zones d'insistance expiratoire

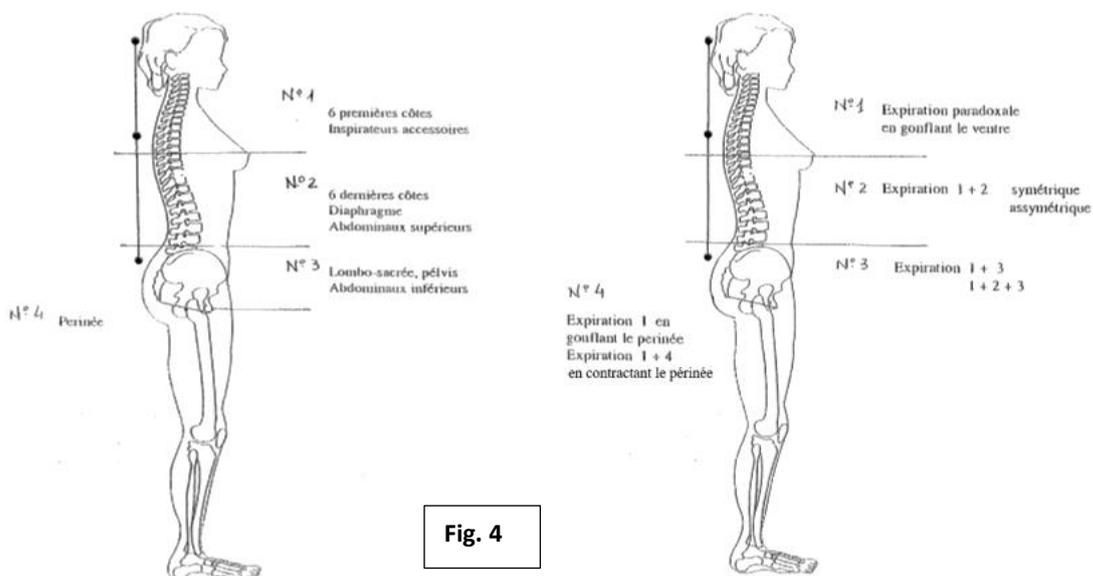
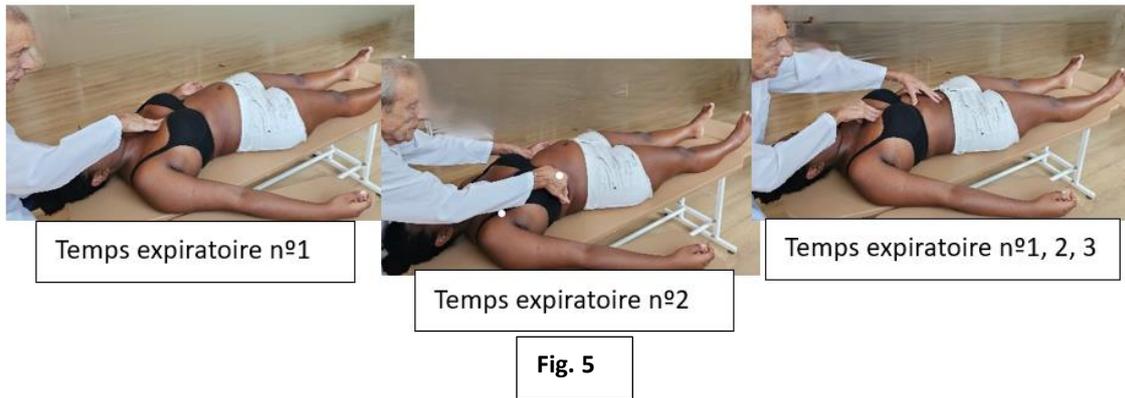


Fig. 4

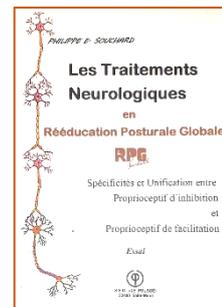
*(Muriel André avait déjà remarqué qu'un maintien des grands droits de l'abdomen était nécessaire dans ce cas).



Il convient de souligner que cette chronologie corrective, qui permet une expiration « totale », reste dans le cadre physiologique. Elle démontre la correction des raideurs des muscles inspireurs et la récupération de leur flexibilité optimale. Mais, l'air résiduel (ou air de réserve) est garanti sur le plan musculosquelettique, fondamentalement, par la suspension que les scalènes exercent sur les deux premières côtes.

SPÉCIFICITÉ

Dans les cas d'inhibition complète, sans aucune possibilité de contraction, principalement au niveau sous-ombilical, des stimulations manuelles du thérapeute au niveau des récepteurs cutanés peuvent être nécessaires en fin d'expiration des trois premiers temps et maintien de l'apnée pendant quelques secondes (Fig.6). (Voir livre *Les Traitements Neurologiques en RPG*, paru en 2019).



Remerciements à Cassia pour sa collaboration.

