



L'approche du nourrisson et du petit enfant peut se diviser en trois parties :

- ✘ L'anamnèse
- ✘ L'observation et la palpation
- ✘ L'écoute et le traitement

Lors de notre pratique l'anamnèse, l'observation ne sont jamais formels et se font parallèlement à toute autre approche (jeux par exemple), visant à mettre l'enfant en confiance.

A. L'ANAMNÈSE

Le praticien doit retracer les étapes importantes de la vie de l'enfant en recherchant les détails essentiels à la compréhension du déséquilibre en clair faire une véritable enquête.

1. Les antécédents familiaux

Évoquer la santé des parents, éventuellement les grossesses et accouchements précédents, les problèmes possibles des frères et des sœurs. La statique maternelle est importante. Observer la mère et sa lordose lombaire.

Une position peut entraîner des modifications de la position fœtale. Les douleurs vertébrales chroniques, la raideur évoquée par la mère peuvent être autant de facteurs expliquant des tensions pelviennes et utérines se répercutant sur le fœtus. Le système orthosympathique intéressant les organes du petit bassin est en rapport direct avec la charnière lombo-sacrée. *Toutes femmes qui souffrent de problèmes du bas du dos, présentent un déséquilibre lombo-pelvien.*

Le sacrum doit être complètement libre de ses mouvements au moment de l'accouchement. Ce qui suppose des rapports harmonieux avec la colonne lombaire et les iliaques. Dans le cas contraire, les phases d'engagement, puis d'expulsion peuvent être plus délicates.

La flexion du sacrum est souvent exagérée en fin de grossesse, accompagnant la lordose lombaire. Le bassin doit pouvoir s'adapter, sollicitant les coxo-fémorales et tous les muscles pelviens ceci expliquant, certaines douleurs décrites en fin de grossesse, au niveau du muscle pyramidal en particulier.

La tendance au déséquilibre, présente chez tout le monde, est exagérée chez la femme enceinte par le stress supplémentaire du fœtus se plaçant dans une position asymétrique. Tous les accidents, chutes, en particulier sur le coccyx, peuvent avoir une incidence sur le déroulement de l'accouchement.

2. Le déroulement de la grossesse

S'est-elle bien passée ?

Les contractions ont-elles commencé tôt entraînant des compressions fœtales ?

A-t-on dû faire un cerclage ?

La mère a-t-elle senti bouger son enfant (normalement à partir du troisième ou quatrième mois) ?

L'engagement a-t-il été précoce ?

La mère a-t-elle eu des accidents, traumatismes physiques ou psychiques ?

3. L'accouchement

A-t-il été normal (eutocique), à problèmes (dystocique) ?

L'enfant est-il né à terme, prématuré (incidence sur l'ossification), avec une ventouse, un forceps, par césarienne ?

Tous les détails sur la naissance, pourront être discutés : présentation de l'enfant, périmètres pelviens, durée de l'accouchement, etc.

Le praticien doit visualiser non seulement les possibilités de compression crânienne, mais aussi les conséquences sur les éléments situés à distance. Ainsi une présentation par la face signifie éventuellement :

- Lésion intra-osseuses au niveau des frontaux, maxillaires, ethmoïde.
- Lésion de compression de la S.S.B.
- Lésion de la sous-occipitale, cervicale ou dorsale.
- Lésion cervico-dorsale en raison de la post flexion extrême de la tête.
- Lésions pelviennes par les déséquilibres de tension membraneuse.

Les renseignements concernant l'enfant après l'expulsion

- Était-il cyanosé ?
- Le crâne était-il en « pain de sucre », particulièrement marqué, asymétrique ?
- Les os de la voûte se chevauchaient-ils exagérément ?
- Présentait-il des œdèmes, des ecchymoses ?

Les réponses fournies nous renseignent sur l'impact des contraintes et donc sur les forces à l'origine d'éventuelles lésions intra-osseuses.

4. Le développement de l'enfant

Le développement normal déjà décrit. Nous nous intéressons aux détails ayant un rapport particulier avec les lésions crânio-sacrées et donc les normalisations possibles.

- A-t-il conservé longtemps l'asymétrie du crâne due à la naissance ?
- Les yeux étaient-ils bien équilibrés ou légèrement strabiques ?
- Si oui, de façon permanente ou seulement en période de fatigue ?
- L'enfant a-t-il une position préférée, indiquant son déséquilibre crânio-sacré ?
- Le sommeil est-il régulier ?

Très souvent les nourrissons ne veulent dormir que dans une position, refusant les autres. Il n'existe aucune position « idéale ». L'aspect sécurisant de la position procubitus après le repas est concevable, mais il est souhaitable que l'enfant puisse prendre toutes les positions. Un nourrisson ou un enfant qui pleure beaucoup, a du mal à s'endormir, peut manifester une gêne, une irritation du système nerveux.

- Présente-t-il des trémulations, des périodes de plus grande spasticité accompagnée d'hyperextension du corps ?
- La succion, la déglutition sont-elles normales ?
- Existe-t-il des problèmes de régurgitation ?
- L'enfant a-t-il des « tics » particuliers ?

Certains nourrissons se frottent ainsi très fortement parfois, une partie du visage, le pilier externe du frontal par exemple. D'autres au dire de leurs mères, tirent sur une oreille, ne supportent ni chapeau ni contact sur le crâne. Ou alors se tapent la tête dans un des coins du berceau. Tous ces détails manifestent un déséquilibre de tension, un inconfort que le petit enfant cherche à soulager.

- Les fontanelles se sont-elles soudées en temps normal ?
- Le périmètre crânien a-t-il évolué de façon régulière ?
- L'enfant éprouve-t-il le besoin de sucer son pouce ?
 - ↳ Si oui, de quelle manière :
 - Un enfant qui pousse en avant du palais produit une flexion du sphénoïde.
 - Un enfant qui pousse en arrière produit une extension du sphénoïde.
- L'apparition des dents se fit-elle régulièrement ?
- Les rapports entre les deux maxillaires sont-ils harmonieux ?
- Dans son développement psychomoteur, a-t-il présenté des retards ou des difficultés ?
- A-t-il utilisé de la même façon les deux bras, les deux jambes ?
- Comment s'est déroulé l'apprentissage de la marche ?

Ne pas négliger la période de « la marche à quatre pattes ». Tout enfant ayant un problème pelvien refuse cette étape. Les probabilités de désordres vertébraux, de problèmes de la statique sont alors importantes.

La marche doit se produire au rythme de l'enfant et non pas satisfaire des concours de précocité. Certaines mamans signalent ainsi une gêne de l'enfant parce que les pieds se croisent, une jambe traîne, l'enfant trébuche, tombe beaucoup, etc.

- Si l'enfant est plus grand, nous nous intéressons au langage, au développement de l'audition et de la vision, à l'apprentissage scolaire.
- Les défenses immunitaires sont-elles satisfaisantes ?
- Existe-t-il des problèmes :
 - D'otite ?
 - De troubles de la sphère O.R.L. ?
 - Des problèmes d'allergie ?
 - D'asthme ?
 - D'eczéma ?
- L'enfant est-il énurétique ?
- Se plaint-il de douleurs abdominales ?
- La croissance est-elle régulière ?

MISE EN CONDITION : CONSEILS ET TRUCS UTILES

Cette partie de l'examen se déroule tout en écoutant la maman évoquer les différents éléments constituant l'anamnèse.

Les premiers contacts avec un nourrisson et un petit enfant sont de la plus grande importance. Dès l'arrivée nous proposons un panier de jouets pour rapidement mettre en confiance. Très souvent, les petits enfants ont eu des contacts médicaux ou paramédicaux

(Vaccins, etc.), leur ayant laissé des souvenirs susceptibles de les rendre méfiants.

Nous profitons de cette phase de découverte pour observer les mouvements. Nous utilisons les positions volontiers acceptées pour continuer la palpation. S'il s'agit d'un nourrisson, nous lui parlons tout en caressant tranquillement les pieds, les jambes, l'abdomen pour établir un contact.

En aucune façon, on ne commence d'emblée par un examen crânien, même si l'enfant présente un problème à ce niveau. Toute pression sur une zone en lésion peut être mal vécue, entraînant irritations et pleurs.

Dans tous les cas l'observation est très importante. La position spontanée de l'enfant nous renseigne sur son déséquilibre :

- Rotation de tête plus facile d'un côté ;
- Convexité vertébrale, associée à l'inclinaison du bassin du même côté ;
- Asymétrie de la flexion-extension des hanches et des épaules ;
- Position des jambes et des pieds ;
- Position spontanée de l'enfant.

Les nouveau-nés se placent le plus souvent en « spirale » lorsqu'on les installe sur une table. Ils recréent ainsi la rotation de la naissance. L'ambiance est très importante, le plus grand calme est nécessaire.

Les enfants réagissent fortement à l'excitation environnante et leur traitement devient alors impossible. Il est parfois préférable de laisser une maman particulièrement nerveuse ou angoissée dans la salle d'attente. Le praticien veille à avoir les mains chaudes et installe toujours le nouveau-né ou l'enfant dans la position acceptée. L'examen doit être global quel que soit la pathologie décrite.

Il ne peut exister de problèmes crânien ou pelvien sans déséquilibre des membranes crânio-sacrées, des fascias et donc à distance des membres et des extrémités.

B. OBSERVATIONS ET PALPATIONS

1. Mobilité de la région cervico-dorsale

Le praticien place la pulpe des doigts sur le cou et examine cette région. Il peut mobiliser en avant, en arrière, sur le côté et latéralement, la colonne du bébé.

L'abord de la colonne cervicale : manœuvres douces, analytiques, méthodiquement exécutées par flexion-extension. On recherche toutes les anomalies congénitales, les pertes de mobilité segmentaire ou globale, une éventuelle raideur cervicale.

SIGNE DE LA NUQUE DE BRUDZINSKI

En fléchissant le cou, par l'intermédiaire du point d'appui sternal de la main caudale, en avant, on note une raideur ou de la douleur, s'accompagnant souvent d'une flexion des hanches et des genoux qui peuvent signer une inflammation méningée.

2. Recherche des rotations cervicales droite et gauche

Un pseudo-réflexe tonique profond du cou peut se manifester. Ce réflexe peut être présent à la naissance, mais surtout à 2 mois pour disparaître à 6 mois :

En tournant la tête d'un côté et en maintenant la mâchoire inférieure sur l'épaule, le bras et la jambe du côté du test s'étendent, alors que le bras et la jambe controlatéraux se fléchissent. Ce réflexe n'est pas constant. S'il persiste après 6 mois, **il signe une lésion cérébrale grave.**

La région cervicale est un carrefour important de tensions qui gênent, perturbent et peuvent faire souffrir le bébé. Ces tensions sollicitent la région occipito-atloïdienne qui reste souvent douloureuse à la palpation et qui déclenche les pleurs du nourrisson.

Il faut donc tester les mobilités et effectuer un travail crânien après avoir préalablement normalisé les structures OAA et libérer les tensions musculo-faciales.

3. Examen dorsal

Placer un coussin sous la nuque du bébé afin d'éviter des tensions désagréables et préserver son confort. Le praticien examine la colonne dorsale dans son ensemble :

- Aspect cutané ;
- Alignement d'ensemble ;
- Courbures dominantes, inclinaisons préférentielles ;
- Recherche d'anomalie congénitale ;
- Recherche de zone de raideur ;
- Test de la mobilité segmentaire.

La pulpe des doigts se trouve de chaque côté des épineuses, le reste de la main entoure le corps du bébé. Diriger doucement, non agressivement, le test de mobilité. En cas de raideur, harmoniser ces structures. Ces manœuvres de corrections dorsale et lombaire seront effectuées dans le même temps par techniques Sutherland, directes ou myotensives, selon le cas. (*Manœuvres suivantes*)

Recherche des latéralités droite et gauche

L'ostéopathe est assis devant bébé et il observe le positionnement des membres supérieurs. Ce test se fait dans l'unité rythmique des structures du nourrisson. Technique non agressive, non brutale, et sans risque pour le bébé. On balance doucement le bébé sur les côtés, on note son acceptation des divers tests sans cri et sans pleur, les bras s'écartent sur les inclinaisons latérales.

4. Les membres supérieurs

Symétrie ou asymétrie de leurs positions dans l'espace.

Liberté des épaules.

Étude des clavicules, important en cas de fracture.

Observation des doigts

5. Le bassin

Taches, ecchymoses ou zones œdémateuses au niveau de la zone lombo-sacrée, peut être le reflet de traumatismes.

Position des plis sous fessiers, reflets des iliaques.

Inclinaison, alignement par rapport au reste de la colonne du pli interfessier, reflet du sacrum. L'irrégularité de ce pli est souvent le signe d'une lésion osseuse.

Espace séparant les deux fossettes de Michaëlis suffisamment grand ou au contraire paraissant trop resserré évoquant un déséquilibre pelvien.

6. Le thorax

Harmonie d'ensemble.

Aspect du sternum, équilibre par rapport au reste de la cage thoracique.

Présence d'entonnoir xiphoïdien, de thorax en carène, etc.

7. Examen des hanches

Remarque :

La mobilité de toutes les articulations est plus grande chez le nourrisson. Elle diminue ensuite, au cours de l'enfance.

Test des coxo-fémorales et des hanches : recherche de la luxation.

MANŒUVRE ET SIGNE D'ORTOLANI

Placer le bébé en décubitus dorsal, hanches et genoux fléchis à 90°, porter les jambes en abduction jusqu'à ce que la face latérale des genoux touche la table d'examen.

S'il existe un ressaut visible, palpable, audible, parfois ce signe traduit une luxation de la hanche. La tête fémorale siègeant en arrière de l'acétabulum. On indiquera alors un coussin d'abduction.

LE SIGNE DE BARLOW

La hanche est placée en abduction, le pouce du praticien est placé sur le petit trochanter et exerce une pression en arrière et en dehors.

Si on palpe un ressaut marquant le passage de la tête fémorale sur la partie postérieure du sourcil cotyloïdien et lorsque l'on relâche la pression, le ressaut marque le retour de la tête fémorale à sa position normale, ce signe traduit une hanche instable.

Après la période postnatale, ces signes deviennent plus discrets. Cependant, si on note la diminution de l'abduction de hanche, cela signe une luxation congénitale de hanche.

8. Test des genoux

Le genu valgum est présent de l'âge de 2 ans jusqu'à l'âge de 6 à 10 ans. Puis, *en principe*, les jambes redeviennent normales.

Les torsions du tibia de dehors en dedans se corrigent vers 2 ans.

L'incurvation des os des membres inférieurs disparaît à l'âge de 18 mois.

9. Examen des pieds

On examine les pieds du bébé pour rechercher toute raideur, toute anomalie congénitale.

Aspect d'ensemble harmonieux ou au contraire en valgus, varus, etc.

Asymétrie possible dans le déséquilibre : un côté placé plus volontiers en rotation externe, l'autre en rotation interne.

Aspect des orteils : noter le chevauchement.

LE PIED BOT VARUS ÉQUIN

Il se traite le plus précocement possible.

Le pied bot varus se caractérisant par une adduction de l'avant-pied. Tout le pied tourne en dedans, sur son axe longitudinal.

De même, un avant-pied tourné en dedans sur son axe longitudinal et porté en adduction, signe la présence d'un métatarsus varus.

- Traitement ostéopathique.
- Stimulation des réflexes plantaires.
- Postures.
- Semelles et chaussures de corrections orthopédiques.

Cet ensemble de traitement évite souvent de multiples opérations. L'action de l'ostéopathe se portera sur la recherche et le bon positionnement du pilon tibial et des couples talo-calcanéen en particulier (*Traitement à prévoir sur une longue période*).

Un pied sain peut se manipuler doucement, sans contrainte et dans toutes les directions.

Dans les deux premières années de la vie, le réflexe plantaire en grattant le pied avec une allumette, on provoque une abduction de l'avant-pied par rapport à la ligne métatarsotarsienne et une bonne flexion du pied.



10. Le crâne

Recherche d'œdèmes, d'ecchymoses, points d'impact en cas de traumatisme.

Appréciation des bosses frontales, pariétales, occipitales : sont-elles très marquées ?

Observation des dépressions éventuelles.

Étude de la région occipitale, très fréquemment lésée chez le petit enfant.

Palpation de l'écaïlle pouvant être aplatie ou au contraire trop « tassée »

Symétrie de l'écaïlle entre le côté droit et le côté gauche, etc.

Étude des temporaux : sont-ils en accord avec l'occiput ?

Aspect des sutures : Les chevauchements sont surtout présents au niveau des sutures coronale, lambdoïde et sagittale. Les proéminences au niveau des sutures métopique et sagittale. Possibilité de faire les « cadrans ».



A. L'anamnèse

1. Motif de consultation

2. Informations sur le déroulement de la grossesse

- Première grossesse
- Multiparité
- Déroulement de la grossesse : accident, chute, douleurs lombaires, contractions précoces, fatigue, tout autre incident.
- Mobilité de l'enfant in utero
- Engagement prématuré
- Présentation
- Dépassement terme, prématurité, hydramnios ou oligoamnios

3. Informations sur l'accouchement

- Normal (eutocique)
- Déclenché
- Durée
- Souffrance fœtale
- Autre problème (dystocique)
- Forceps, ventouse
- Cyanose du nouveau-né

4. Informations sur l'enfant

- Qualité du réflexe de succion
- Qualité du sommeil
- Présence de régurgitation
- Qualité de l'amplitude respiratoire
- Qualité des mouvements des membres (amplitude, fréquence, tonicité)
- Position préférée
- Positions refusées par le nouveau-né
- Réaction au bruit, à la voix (à partir de 1 mois)
- Angle poplité < 90° à la naissance hypertonie en flexion, 160° à 3 mois avec extension des membres supérieurs.
- Tenue de la tête (droite si le tronc est maintenu à 1 mois)
- En procubitus tête relevée à 2 mois
- Suit du regard une personne, un objet qui bouge à 3 mois
- À 4 mois redresse tête et thorax en procubitus
- À partir de 5 mois passe du procubitus au décubitus et vice versa en tournant à droite et à gauche
- Se tient assis entre 6 et 9 mois
- Rampe entre 6 et 7 mois
- « 4 pattes » à 9 mois
- Tient debout à 12 mois et marche vers 14 mois

B. Observation et examen ostéopathiques

1. Observation globale

Le nourrisson s'installe spontanément dans sa position de bien-être, ce qui informe sur les possibles schémas de dysfonction. **Le nourrisson présentera une position dans sa dysfonction.**

Le mouvement est plus libre dans le sens de la dysfonction.

- Quelle position de la tête ? Quelle inclinaison ? Quelle rotation ?
- Où semble s'amorcer le mouvement ? à l'étage occipital, cervical, dorsal ?
- Le bassin présente-t-il une position asymétrique en inclinaison ?
- Les membres supérieurs sont-ils libres dans leurs mouvements ?

Il faut aussi repérer les angiomes et s'interroger sur les relations embryologiques des tissus pouvant entraîner des malformations sous-jacentes.

2. Observation du crâne.

La première observation crânienne doit se faire en regardant le dessus de la tête pour détecter la présence d'une plagiocéphalie.

Nous notons les possibles déformations du crâne :

- Aplatissement occipital unilatéral ;
- Aplatissement pariétal associé ;
- Aplatissement temporal associé ;
- Proéminence frontale ipsilatérale au méplat occipital ;
- Proéminence pariétale opposée au méplat occipital ;
- Proéminence occipitale opposée.



Nous notons aussi :

- La position des oreilles dans les 3 plans de l'espace ;
- Les autres bosses ou dépressions,
- Les zones sans cheveux (zones de frottement), l'implantation des cheveux.



3. L'observation de la face apprécie :

- L'asymétrie du frontal (des sourcils),
- L'asymétrie des yeux,
- L'asymétrie du nez,
- L'inclinaison de la tête,
- La rotation de la tête.
- La déviation mandibulaire éventuelle

4. Observation du dos

Pli fessier, signe éventuel de lésion intra-osseuse du sacrum.

Présence d'une fossette sacro-coccygienne large, haute excentrée, et ou associée à d'autres signes : possible problème de moelle épinière.

5. Observation des pieds

Présence de pied bot varus équin, de pes adductus ou metatarsus varus.

L'EXAMEN ET LA PALPATION OSTÉOPATHIQUE



Lors de la palpation au cours de l'examen ostéopathique les dysfonctions repérées seront aussitôt traitées. La position de traitement respectera impérativement la position physiologique du nouveau-né c'est-à-dire une flexion cervicale et dorsales supérieure.

Les corrections se font dans le sens opposé à la dysfonction en respectant la mise en tension des tissus que l'on veut corriger.

Palpation et examen ostéopathiques

- Mobilité du sacrum entre les iliaques ;
- Les iliaques ;
- Les coxofémorales test de Barlow ou test Ortolani ;
 - ✘ Le signe d'Ortolani :
 - Placer le bébé en décubitus dorsal, hanches et genoux fléchis à 90°, porter les jambes en abduction jusqu'à ce que la face latérale des genoux touche la table d'examen.
 - S'il existe un ressaut visible, palpable, audible, parfois ce signe traduit une luxation de la hanche. La tête fémorale siégeant en arrière de l'acétabulum. On indiquera alors un coussin d'abduction.
 - ✘ Le signe de Barlow :
 - La hanche est placée en abduction, le pouce du praticien est placé sur le petit trochanter et exerce une pression en arrière et en dehors.
 - Si on palpe un ressaut marquant le passage de la tête fémorale sur la partie postérieure du sourcil cotyloïdien et lorsque l'on relâche la pression, le ressaut marque le retour de la tête fémorale à sa position normale, ce signe traduit une hanche instable.
- ↳ Ces 2 signes sont des signes recherchés par les médecins il faut éviter de les reproduire car la première est très douloureuse et les deux sont des manœuvres luxantes.

Après la période postnatale, ces signes deviennent plus discrets. Cependant, si on note la diminution de l'abduction de hanche, cela signe une luxation congénitale de hanche.
- Test mobilité sacro-occipitale et occipito-sacrée ;
- Test mobilité des vertèbres lombaires, dorsales ;
- Cervicales : toujours en flexion ;
- Tests clavicules ;
- Test sphéno-basilaire ;
- Les sutures :
 - Les chevauchements sont surtout présents au niveau des sutures coronale, lambdoïdale et sagittale. Les proéminences au niveau des sutures métopique et sagittale. Possibilité de faire les « cadrans ».