

Préambule

Lors de l'accouchement, durant sa migration à travers le passage utérin, le crâne du bébé est soumis à des contraintes d'espace qui auront pour effet de lui imprimer un moulage. Le minutage intervient également comme une donnée essentielle puisque la forme du crâne et l'intégrité des structures (nerf crâniens, artères, etc.), qui y sont contenues est fonction du temps de transit à chaque étape de la spirale de naissance.

Ainsi, une attente prolongée au niveau du col n'aura pas le même impact sur le crâne qu'un arrêt de poussée au voisinage du coccyx de la mère. Par conséquent, en ostéopathie, on peut mettre en rapport certains types de lésions observées chez le nourrisson, en fonction du moment où le travail de l'accouchement s'est arrêté ou a été perturbé.

Pour cette raison, il sera important pour l'ostéopathe d'obtenir de la mère des renseignements relativement au moment où le travail s'est compliqué ou, par exemple, si l'usage de forceps a été nécessaire.

En fait, il s'agit de faire le bilan le plus précis possible des forces qui ont été appliquées sur le crâne encore déformable du nourrisson.

Parmi les symptômes que l'on observe chez le nourrisson ayant subi une compression de naissance, on retrouve les régurgitations, certaines manifestations respiratoires (asthme, rhinite à répétition), le strabisme, les otites récidivantes, sans compter les conséquences plus sévères observées chez le nourrisson atteint d'un torticolis congénital ou souffrant d'atonie musculaire.

Un autre symptôme que l'on observe chez le nourrisson ayant subi une compression de naissance, se retrouve dans la plagiocéphalie, symptôme fréquent apparaissant souvent 15 jours après la naissance.

Sa fréquence est certainement due en partie à la position de sommeil recommandée par les maternités, position ayant diminué considérablement le risque de mort subite du nourrisson.

La torsion de la dure-mère étant en grande partie responsable de cette pathologie, il sera important de procéder à une normalisation de cette dernière que l'on soit en présence d'une simple préférence rotatoire de la tête, d'un torticolis ou d'une véritable plagiocéphalie.

41 – LE TORTICOLIS CONGÉNITAL SÉVÈRE

TECHNIQUE EN BOUT DE TABLE ★★★★★

1. Préambule

Volontairement nous ne reprenons pas l'ensemble de la théorie et de la clinique sur le torticolis isolé, mais nous présentons cette méthode dite en bout de table que vous utiliserez lorsque votre jeune patient présentera un torticolis plus sévère ou encore lorsque vous commencerez votre traitement sur un sujet plus âgé, un bébé de deux trois ou quatre mois et jusqu'à 10 mois par exemple.

Parmi les symptômes que l'on observe chez le nourrisson ayant subi une compression de naissance, on retrouve les régurgitations, certaines manifestations respiratoires (asthme, rhinite à répétition), le strabisme, les otites récidivantes, sans compter les conséquences plus sévères observées chez le nourrisson atteint d'un torticolis congénital ou souffrant d'atonie musculaire.

Cette technique personnelle est simple à réaliser quoique parfois impressionnante. Prévenez la maman que même si le bébé se met à pleurer pendant la normalisation, ce n'est pas par douleur mais simplement par inconfort, cependant à la fin de la séance vous serez fier de votre travail et le résultat sera spectaculaire. La maman verra une nette différence entre le "avant" et le "après" même sur un torticolis ancien de quelques mois.

Il sera important de renouveler la technique 3 fois à raison d'une séance par jour pendant 3 jours. Vous serez efficace jusqu'à ce que l'enfant n'ai pas commencé à marcher (10 mois maximum environ), mais la technique sera plus difficile à réaliser sur un sujet de 6 ou 7 mois par exemple que sur un nouveau-né.

2. Observation et principe

Dans le cas d'un torticolis droit la tête est inclinée à droite, en rotation droite et regarde à gauche. Pour un torticolis gauche, c'est le contraire.

N'hésitez pas à vous faire aider par la maman par exemple si le bébé est déjà grand ou tonique (entre 6 et 8 mois), il sera important que les épaules de l'enfant restent verrouillées sur la table d'ostéopathie.

Le principe de la technique : détordre le manchon de la dure-mère en se positionnant du côté opposé au spasme du SCOM, en prenant soin de verrouiller la tête et les épaules du sujet sur la table d'ostéopathie et en assurant par la main caudale une traction et décoaptation ainsi qu'une détorsion.



PRISE DE MAIN OBLIGATOIRE A DEUX OPERATEURS

3. Position du sujet

Le nouveau-né est en position physiologique, flexion cervicale (« cocoon a baby »)

Le sujet est en décubitus, en bout de table, l'opérateur va tenir le nourrisson confortablement et fermement par sa main céphalique en pont posée sur le bassin et sa main postérieure et caudale sous le sacrum, les doigts en direction céphalique.

Le praticien est ici du côté gauche afin de traiter un torticolis droit.

L'ostéopathe va amener le bébé en bout de table, afin que les jambes et le bassin de l'enfant puissent se retrouver dans le vide comme montré ici.

4. Premier temps

Demander à la maman de verrouiller fortement les deux épaules de son enfant sur la table, sa tête restant en position neutre.

L'ostéopathe positionne sa main causale sous le sacrum du nourrisson les doigts en direction céphalique et sa main céphalique en pont sur le bassin.

Le praticien commence à réaliser une traction caudale soutenue grâce à sa double prise de main. Durant toute la manœuvre, il ne faut pas relâcher cette traction. L'opérateur doit ressentir une sensation de "dur" lors de sa décoaptation.

5. Deuxième temps

C'est celui de la détorsion, il faudra amener le sacrum de l'enfant par un torsion sur son axe vertical de 0 près de 160°.

Cette détorsion se fera lentement en maintenant une ferme traction caudale et les deux mains de l'opérateur vont doucement et fermement positionner les membres inférieurs et les genoux du bébé jusqu'à ce qu'ils descendent sous le plan de la table d'ostéopathie.

Quelques ressauts et décoaptations sont parfois perçus, et la maman a aussi la sensation de maintenir quelque chose de dur au travers de sa pression sur les épaules du sujet.

Le praticien dans ce cas précis maintiendra sa posture durant une minute environ en prenant soin de bien positionner le sacrum de l'enfant jusqu'à une dérotation de près de 160°, la technique est exceptionnellement efficace en traitement d'un torticolis sévère et tardif. Manœuvre impressionnante et sans dangers et indolore pour le bébé.



TEMPS DE LA DÉTORSION DE 0 à 160°