

L'ostéo4pattes De La Torsion Physiologique



La notion de Torsion Physiologique exprimée dans le N°13 par Yves Guillard est ici reprise (pardon pour les redites...) et poussée jusqu'à la notion de scoliose et jusqu'au traitement de cette dernière.

Un second article apportera mes réflexions personnelles par rapport à ces notions-là.

Enfin un troisième nous apportera les réactions de Bernard Rosa à nos deux articles.

Un dossier, une discussion... à poursuivre car les hélices ou lemniscates ou spirales ou torsion ne sont pas sorties que de nos têtes...

J'ai ouïe dire qu'au Québec on parle de Spirale de Naissance.... A suivre donc.

Il est facile d'admettre qu'une malformation structurelle, une asymétrie osseuse puissent provoquer une déformation vertébrale à type de scoliose.

Mais le problème se complique lorsque l'on envisage le cas de la scoliose idiopathique.

► La Scoliose Idiopathique

Comme son nom l'indique cette pathologie reste sans origine connue. Aussi un des grands spécialistes de son traitement orthopédique et chirurgical, le docteur Yves Cotrel, a-t-il lancé un appel sur son site de la Fondation de France pour que l'on mette à jour cette origine mystérieuse, ceci afin de mieux pouvoir la prévenir (<http://www.fondationcotrel.org/francais/cotrel/investigations.htm>).

Le hasard a voulu que, dans les années 80, j'aie eu à soigner une scoliose grave qui avait nécessité deux greffes vertébrales et que l'amélioration ait été très nette suite à mon intervention. En effet, rentrant chez elle, cette patiente a fait rire ses enfants en leur expliquant que, pour la première fois de sa vie, elle pouvait s'asseoir sur ses deux fesses !

Qu'avais-je donc trouvé et qu'avais-je donc fait de si extraordinaire ?

Examinant cette personne, sans a priori, j'avais rencontré un crâne et un périnée très bloqués. J'avais donc libéré le crâne par les approches classiques initiées par Sutherland et, pour le périnée, j'avais utilisée une "petite technique" apprise lors d'un stage de perfectionnement en ostéopathie crânienne.

Le principe était simple : il suffisait de se mettre en bout de table, aux pieds du patient, de soulever ses membres inférieurs en rotation interne (position "fonctionnelle" en cas de blocage du périnée) et de "suivre les mouvements des fascias" jusqu'à l'équilibre. Me laissant guider par mon intuition, j'avais poursuivi ce travail en remontant progressivement le long de la colonne vertébrale jusqu'à la faux du cerveau et, en avant de celle-ci, jusqu'à l'apophyse crista galli. Cela m'avait pris fort longtemps, j'en étais épuisé, mais heureux de ce résultat tout à fait inattendu.

Pendant des années, à chaque fois que j'ai rencontré une scoliose, j'ai retrouvé les mêmes dysfonctions et appliqué le même traitement, avec un résultat constant. En effet, après mon intervention, ces patients ne supportaient plus talonnettes ou semelles orthopédiques, ils se sentaient redressés et, bien souvent, les radios montraient une diminution de l'amplitude scolio-tique.

J'ai continué à travailler ainsi pendant longtemps, jusqu'à ce que j'ai l'idée de mettre par écrit ces expériences. J'ai alors pris du recul par rapport à cette pratique, ce qui m'a amené, tout à la fois, à découvrir de nouveaux éléments concernant la physiologie de l'ostéopathie et à affiner considérablement mon traitement des scolioses.

► Mécanisme Respiratoire Primaire et Torsion Physiologique

Découverte fondamentale, le Mécanisme

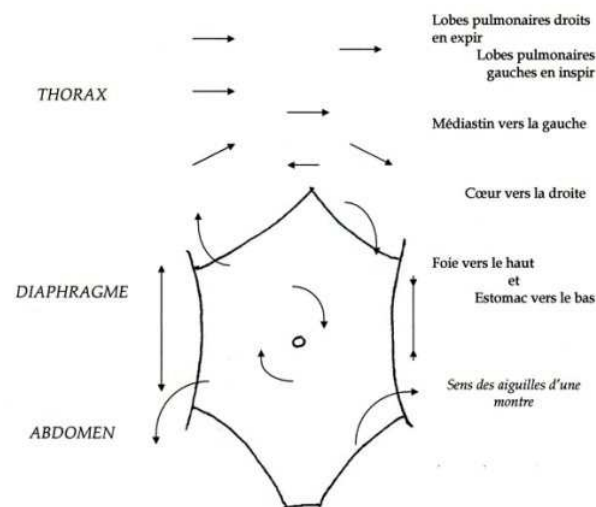
Respiratoire Primaire (MRP) a fourni son "moteur" à la physiologie de l'ostéopathie.

- Au cours de la Flexion de la Symphyse Sphéno-Basilaire (SSB) les fascias montent en rotation externe.
- Au cours de l'Extension les fascias redescendent en rotation interne.

Le MRP fonctionne autour de deux axes transversaux (occipital et sphénoïdal) qui permettent la Flexion de la SSB ainsi que l'ascension et la rotation externe des fascias. Or mes recherches m'ont permis de découvrir qu'il existait un autre temps au sein du Mécanisme Respiratoire Primaire et que celui-ci n'avait jamais été décrit. Il s'agit de ce que j'ai appelé la Torsion Physiologique.

Cette Torsion fonctionne, quant à elle, autour d'un axe antéropostérieur passant par l'ombilic (ou par le cordon ombilical chez le fœtus). Elle permet une légère rotation de tout le tronc (dans le sens des aiguilles d'une montre), avec une adaptation des mouvements de la tête et des membres. Elle se situe à la fin de la Flexion et s'annule au début de l'Extension (Détorsion).

La Torsion Physiologique Au Niveau Du Tronc
N.B. : l'amplitude des mouvements a été considérablement augmentée.



Lors de la Flexion de la Symphyse Sphéno-Basilaire, le sacrum se redresse et il est accompagné par la motilité du gros intestin dans le sens des aiguilles d'une montre. Cette motilité est au centre de



I est facile d'admettre qu'une malformation structurelle, une asymétrie osseuse puissent provoquer une déformation vertébrale à type de scoliose.

Mais le problème se complique lorsque l'on envisage le cas de la scoliose idiopathique.

► La Scoliose Idiopathique

Comme son nom l'indique cette pathologie reste sans origine connue. Aussi un des grands spécialistes de son traitement orthopédique et chirurgical, le docteur Yves Cotrel, a-t-il lancé un appel sur son site de la Fondation de France pour que l'on mette à jour cette origine mystérieuse, ceci afin de mieux pouvoir la prévenir (<http://www.fondationcotrel.org/francais/cotrel/investigations.htm>).

Le hasard a voulu que, dans les années 80, j'aie eu à soigner une scoliose grave qui avait nécessité deux greffes vertébrales et que l'amélioration ait été très nette suite à mon intervention. En effet, rentrant chez elle, cette patiente a fait rire ses enfants en leur expliquant que, pour la première fois de sa vie, elle pouvait s'asseoir sur ses deux fesses !

Qu'avais-je donc trouvé et qu'avais-je donc fait de si extraordinaire ?

Examinant cette personne, sans a priori, j'avais rencontré un crâne et un périnée très bloqués. J'avais donc libéré le crâne par les approches classiques initiées par Sutherland et, pour le périnée, j'avais utilisé une "petite technique" apprise lors d'un stage de perfectionnement en ostéopathie crânienne.

Le principe était simple : il suffisait de se mettre en bout de table, aux pieds du patient, de soulever ses membres inférieurs en rotation interne (position "fonctionnelle" en cas de blocage du périnée) et

de "suivre les mouvements des fascias" jusqu'à l'équilibre. Me laissant guider par mon intuition, j'avais poursuivi ce travail en remontant progressivement le long de la colonne vertébrale jusqu'à la faux du cerveau et, en avant de celle-ci, jusqu'à l'apophyse crista galli. Cela m'avait pris fort longtemps, j'en étais épuisé, mais heureux de ce résultat tout à fait inattendu.

Pendant des années, à chaque fois que j'ai rencontré une scoliose, j'ai retrouvé les mêmes dysfonctions et appliqué le même traitement, avec un résultat constant. En effet, après mon intervention, ces patients ne supportaient plus talonnettes ou semelles orthopédiques, ils se sentaient redressés et, bien souvent, les radios montraient une diminution de l'amplitude scoliotique.

J'ai continué à travailler ainsi pendant longtemps, jusqu'à ce que j'ai l'idée de mettre par écrit ces expériences. J'ai alors pris du recul par rapport à cette pratique, ce qui m'a amené, tout à la fois, à découvrir de nouveaux éléments concernant la physiologie de l'ostéopathie et à affiner considérablement mon traitement des scolioses.

► Mécanisme Respiratoire Primaire et Torsion Physiologique

Découverte fondamentale, le Mécanisme Respiratoire Primaire (MRP) a fourni son "moteur" à la physiologie de l'ostéopathie.

- Au cours de la Flexion de la Symphyse Sphéno-Basilaire (SSB) les fascias montent en rotation externe.
- Au cours de l'Extension les fascias descendent en rotation interne.

Le MRP fonctionne autour de deux axes transversaux (occipital et sphénoïdal) qui permettent la Flexion de la SSB ainsi que l'ascension et la rotation externe des fascias. Or mes recherches m'ont permis de découvrir qu'il existait un autre temps au sein du Mécanisme Respiratoire Primaire et que celui-ci n'avait jamais été décrit. Il s'agit de ce que j'ai appelé la Torsion Physiologique.

Cette Torsion fonctionne, quant à elle,

autour d'un axe antéropostérieur passant par l'ombilic (ou par le cordon ombilical chez le fœtus). Elle permet une légère rotation de tout le tronc (dans le sens des aiguilles d'une montre), avec une adaptation des mouvements de la tête et des membres. Elle se situe à la fin de la Flexion et s'annule au début de l'Extension (Détorsion).

Lors de la Flexion de la Symphyse Sphéno-Basilaire, le sacrum se redresse et il est accompagné par la motilité du gros intestin dans le sens des aiguilles d'une montre. Cette motilité est au centre de la Torsion Physiologique. À la manière d'une roue dentée elle va entraîner tous les éléments avoisinants :

- Le foie en dehors et en haut,
- L'estomac en dedans et en bas,
- L'iliaque gauche en postériorité,
- L'iliaque droit en antériorité,
- Le cœur vers la droite,
- Le médiastin vers la gauche et en inspir (après la naissance), etc.

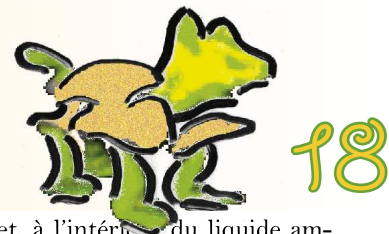
Tout le tronc bascule donc légèrement vers la gauche autour de l'ombilic, pendant que la tête adapte vers la droite en se déformant légèrement (l'occiput glisse vers la gauche et tourne dans le sens inverse des aiguilles d'une montre).

Si tout est normal, le mouvement s'inverse au début de l'Extension (Détorsion). Mais s'il existe des tensions soit au niveau du thorax, soit au niveau de l'abdomen, la Torsion Physiologique se bloque, installant tout le corps dans une torsion qui devient alors pathologique. Le diagnostic de ce blocage se fait au niveau de l'occiput.

► Le Strain Postérieur Gauche

La présence d'un strain postérieur gauche révèle l'existence d'un blocage de la Torsion Physiologique. Lésion non étiquetée jusqu'ici en ostéopathie, elle est cependant extrêmement fréquente. On peut la tester selon deux de ses paramètres :

- Soit le glissement latéral vers la gauche de l'occiput,
- Soit la rotation de l'écaille occipitale dans le sens inverse des aiguilles d'une montre (schéma cf. ostéo4pattes N°13)



On constate également un bombement de l'écaïlle occipitale vers la gauche et une adaptation de la face vers la droite.

► Les Causes de la Scoliose Idiopathique

Pendant la grossesse

Le Précis d'obstétrique de Merger, Levy et Melchior (la "bible" des gynécologues) explique que, chez 76 % des femmes, l'utérus effectue une "dextra-rotation physiologique" pendant la grossesse, c'est-à-dire "un mouvement de rotation sur son axe vertical de gauche à droite, ce qui oriente sa face antérieurement en avant et à droite. Sur le plan frontal, le grand axe utérin s'incline du côté droit" (Masson, Paris, 6e éd., 2001, p. 40). En effet il est facile de constater que la grande majorité des bébés sont ainsi mal positionnés dans le ventre de leur mère : au lieu d'être bien centrés, ils sont généralement refoulés vers le bas et à droite.

Car il s'agit en fait d'une position lésionnelle provoquée par un blocage de la Torsion Physiologique. En effet, si on libère celle-ci au niveau crânien en supprimant le strain postérieur gauche, l'utérus se redresse instantanément et le "bébé" (c'est-à-dire l'utérus et tout ce qu'il contient : le bébé, le placenta et le liquide amniotique) se retrouve au milieu et au centre du ventre, pour le plus grand confort de la mère et de l'enfant.

Cette malposition du fœtus peut être la cause de nombreux troubles. Accentuant une position lésionnelle du bassin en torsion, elle peut provoquer sciatiques ou troubles vasculaires. Appuyant excessivement sur le col de l'utérus, elle est souvent la cause de contractions. Enfin, limitant la mobilité du fœtus, elle peut empêcher celui-ci de se retourner en fin de grossesse ce qui conduira à un accouchement par le siège ou à une césarienne. Bien souvent le bébé réagit d'ailleurs vigoureusement en "donnant des coups" afin de se faire plus de place (à l'inverse un bébé qui bouge est un bébé qui est à l'aise).

À la naissance

Si la Torsion Physiologique de la maman n'est pas libérée au cours de la grossesse, le bébé va donc subir un stress continu plus ou moins accentué. Cela aura pour résultat de bloquer sa propre Torsion Physiologique et il naîtra en déséquilibre, ce qui est le cas de la plupart des bébés. Il se présentera alors avec un strain postérieur gauche et une concavité de l'ensemble du corps vers la gauche. Le crâne étant la partie la plus "osseuse" des tissus impliqués par la Torsion Physiologique, il fixera fréquemment le strain postérieur gauche sous la forme d'une plagiocéphalie.

D'autres déformations crâniennes sont également possibles, mais elles sont alors liées à des causes différentes : compressions in utero ou, beaucoup plus rarement, l'accouchement. En effet, contrairement à ce qui est trop souvent admis, ces déformations ne sont généralement pas dues au "traumatisme de la naissance", mais au stress consécutif à la malposition du fœtus. Il est ainsi possible de constater des blocages crâniens importants chez des bébés pourtant nés grâce à une césarienne pratiquée avant même le déclenchement des contractions.

Outre le strain postérieur gauche on trouvera souvent chez le bébé naissant un blocage, voire une inversion de la motilité du gros intestin.

En effet au cours de la grossesse cette motilité était réduite et symétrique. Il suffit pour s'en rendre compte de tester la motilité normale en posant sa main droite sur son propre ventre : il est alors facile d'induire un mouvement dans le sens des aiguilles d'une montre et retour. Par contre, si l'on refait ce test en restant en apnée (ce qui est évidemment le cas du bébé au cours de la vie intra utérine) les résultats sont sensiblement différents : la motilité du gros intestin ne se fait plus dans le sens des aiguilles d'une montre à partir de l'axe médian du corps et retour, mais elle se réduit à un petit balancement symétrique de part et d'autre de cet axe.

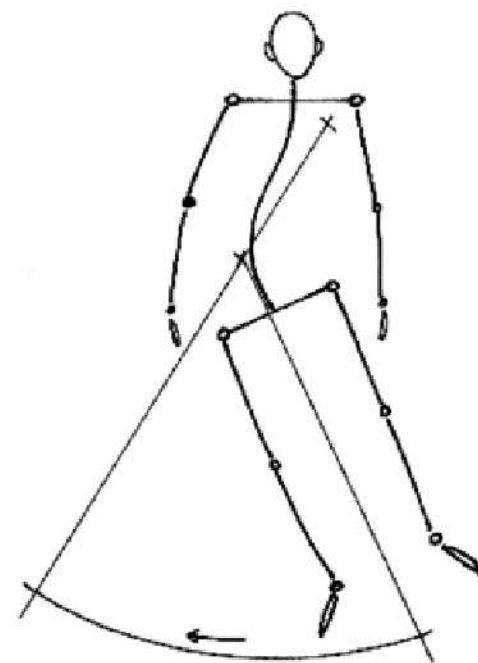
Il s'agit, bien entendu, d'empêcher ainsi les quelques déchets qui s'accumulent dans sa partie terminale (le sigmoïde) d'être rejetés dans le liquide amniotique. Rappelons que, pendant la vie fœtale, les déchets sont évacués par le cordon

ombilical et, à l'intérieur du liquide amniotique, par la vessie, les poumons et la peau.

Mais, avec la naissance, tout change : le bébé se déplie, il remplit ses poumons, ce qui le fait se redresser et installer, pour la première fois, la cambrure lombaire (antéversion du bassin). Lors de l'expiration, il y a relâchement de cette tension, rétroversion du bassin et relâchement des sphincters rectaux (d'où la possibilité de déféquer). Le fait que le bébé se redresse et commence à respirer entraîne le déclenchement de la grande motilité intestinale et l'expulsion des premières selles (méconium). Mais ce système peut mettre un certain temps à se mettre en route, d'où la présence fréquente des coliques du nourrisson.

Enfin il existe, chez certains nouveau-nés, un blocage plus ou moins complet du bassin.

Les seuls bébés chez qui je ne trouve



aucune lésion ostéopathique à la naissance sont ceux dont j'ai accompagné la grossesse de la maman ou ceux dont la mère a vécu cette période dans une absence de stress assez exceptionnelle.

L'apprentissage de la verticalité



Si le bébé est rapidement pris en charge en ostéopathie après la naissance, ces blocages disparaîtront le plus souvent. Mais, si rien n'est fait, vers trois ou quatre mois le bébé va être obligé de "tricher" pour réussir à s'asseoir et, plus tard, pour se mettre debout et apprendre à marcher.

Tout son corps présentant une concavité vers la gauche, il sera contraint de tordre son bassin pour atteindre la verticale, ce qui amènera l'aile iliaque droite en antériorité, l'aile iliaque gauche en postériorité et provoquera une lordose lombaire exagérée, ainsi qu'une déviation latérale de la colonne vertébrale. Les membres inférieurs réagiront en se mettant soit en rotation externe (marche sur les talons), soit en rotation interne (marche sur l'avant des pieds), soit un combiné des deux.

Les pieds, les genoux, les hanches compenseront également. Si le bassin est très bloqué, cette compensation se fera plus spécifiquement au niveau de la colonne vertébrale, créant un terrain prédisposé à la scoliose. C'est donc un déséquilibre global de l'ensemble du corps que le petit enfant va être obligé de mettre en place pour atteindre la verticalité.

► De la parascoliose à la scoliose

À l'examen clinique, en décubitus, on constatera alors que :

- La crête iliaque gauche est toujours plus haute que la droite,
 - Les membres inférieurs sont de longueur inégale (mesurer au niveau des malléoles)
 - Et l'écaïlle occipitale est plus facile à mobiliser en rotation vers la gauche, alors que sa mobilité vers la droite est limitée (strain postérieur gauche).
- C'est ce tableau clinique que j'ai appelé "parascoliose". Il concerne la quasi-totalité de nos patients et persistera toute la vie, sauf si on lui applique un traitement spécifique.

Mais si, au moment de la poussée de croissance de l'adolescence (parfois avant), le bassin est resté très bloqué, la compensation va se faire principalement au niveau de la colonne vertébrale par dérotation des corps vertébraux et on verra l'apparition d'une scoliose reconnue comme telle

(mais dont les éléments du diagnostic ostéopathique resteront identiques à ceux de la parascoliose). Les traitements successifs appliqués classiquement (semelles, rééducation, corset, greffes vertébrales) ne pourront qu'être longs et décevants, car ils sont tous basés sur le postulat selon lequel l'acquisition de la verticalité se serait faite à partir du sol.

Nous venons de voir, au contraire, comment celle-ci était le résultat d'un compromis que le bébé a mis environ une année à installer et cela au prix de nombreux efforts.

Pourquoi une telle erreur d'appréciation est-elle si communément admise, au point de passer pour une évidence ?

Tout simplement parce que nous avons appris à marcher avant de savoir parler et que, comme nous n'avons aucun souvenir de ce qui a précédé la parole, nous avons tendance à croire que nous avons toujours su nous déplacer sur nos jambes !

► Le Traitement de la Scoliose

La problématique ainsi que le traitement de la scoliose et de la parascoliose sont globalement les mêmes. Tout n'est affaire que de gradation.

Supprimer le strain.

Le premier temps de ce traitement consiste à supprimer le strain postérieur gauche (ce qui, avec un peu d'entraînement, ne demande qu'une fraction de seconde).

Libérer la torsion du bassin

Il convient ensuite de libérer la torsion du bassin par une manœuvre qui s'effectue tout en douceur : partant de la position de confort du patient (jambes vers sa gauche), l'ostéopathe amène les membres inférieurs à la position symétrique par une série de petits balancements.

Cette technique, certainement l'une des plus simples qui existe en ostéopathie, est paradoxalement celle dont les résultats sont les plus spectaculaires et les plus durables.

Suite à cette manœuvre deux changements importants vont déjà apparaître :

- Les ailes iliaques sont au même niveau,

- Les membres inférieurs sont de la même longueur.

Dégager l'axe vertébro-méningé (core-link)

Il reste maintenant à libérer l'axe vertébro-méningé (depuis le sacrum jusqu'à l'apophyse crista-galli à l'avant du crâne) par un travail de fascias minutieux.

La principale différence de traitement entre la parascoliose et la scoliose vient du fait que, dans le second cas, on trouvera généralement des tensions très importantes, à type de torsions, au niveau de la colonne dorsale. En conséquence, au cours de cette approche, il faudra aider le patient à ouvrir sa cage thoracique par la respiration afin de lui permettre de repousser ses gibbosités vers l'extérieur (au lieu de les contraindre par un mécanisme rigide).

Ce travail peut être long (jusqu'à dix à quinze minutes) et épuisant (surtout pour le patient). Mais il permettra d'éliminer la majeure partie de ses tensions thoraciques et vertébrales.

La détorsion du bassin lui avait donné son axe vertical, le travail d'ouverture thoracique sur cet axe dégage maintenant sa capacité respiratoire.

Les résultats:

Des changements spectaculaires apparaissent alors dans l'équilibre du corps en position verticale :

- Diminution des courbures vertébrales (scoliose, lordose, cyphose),
- Harmonisation de l'équilibre sur les pieds, sur les jambes,
- Épaules dégagées en arrière et en bas,
- Marche harmonieuse,
- Position debout équilibrée, sans aucun effort.

Les patients qui avaient des semelles orthopédiques ne les supportent plus et ceux à qui on faisait porter un corset le ressentent maintenant comme tout à fait inadapté : soit ils "flottent" dedans, soit ils s'y retrouvent tordus dans des positions tout à fait inconfortables. Ce bien-être immédiat suite au traitement est perceptible même chez des patients porteurs d'arthrodèses vertébrales.

Bien souvent l'examen radiologique permettra de constater une stabilisation,



voire une diminution de l'amplitude de la scoliose.

Evidemment le traitement ostéopathique ne changera pas la forme des vertèbres (cunéiformes) si la scoliose est ancienne, mais il en supprimera la cause et pourra réduire l'amplitude de cette scoliose de manière significative. De plus le patient bénéficiera d'un confort tout à fait nouveau, aussi bien à l'arrêt qu'à la marche.

Accepter le changement

Si ce traitement de la scoliose est d'une grande douceur, les changements qui en résultent sont par contre spectaculaires et peuvent être vécus par le patient de deux façons tout à fait contrastées :

- Soit celui-ci va se sentir (enfin !) libéré de ses contraintes corporelles et le bien-être sera immédiat. C'est, fort heureusement, le cas le plus fréquent.

- Soit celui-ci peut se sentir déstabilisé. Le plus grand obstacle que j'ai rencontré dans ce traitement est donc, paradoxalement, d'ordre psychologique et relationnel. En effet ces patients (ou leur proches) ont parfois du mal à accepter un changement aussi rapide et radical.

Certes ils constatent que la mobilité et l'équilibre se sont considérablement améliorés, mais cette modification peut sembler trop brutale pour eux : le patient ne reconnaît plus son corps, il a perdu ses vieux repères familiaux. L'ostéopathe a réussi, en une seule séance, à résoudre un important problème de scoliose, mais il risque de perdre le bénéfice de ce travail s'il ne parvient pas à rassurer suffisamment son patient.

Il peut s'en suivre des angoisses et une déstabilisation psychologique passagère. La personne connaissait ses tensions, son déséquilibre, elle était habituée à faire avec, à les compenser continuellement. Mais, n'ayant plus à vivre en faisant ces réajustements, elle se retrouve maintenant un peu perdue... Niant la réalité du résultat, elle peut alors avoir la tentation de se glisser à nouveau dans le moule médical classique, plus sécurisant. C'est pour cela que je fais maintenant réessayer immédiatement le corset afin de permettre au patient et aux personnes présentes d'objectiver les changements intervenus.

Pourquoi de telles modifications ?

J'ai été le premier surpris de l'ampleur inattendue de ces résultats et du fait que, passé les premières minutes de surprise, le patient vive généralement cette nouvelle manière d'être debout et de marcher comme beaucoup plus confortable et naturelle qu'auparavant.

Cependant l'explication en est finalement assez simple.

Le fait de supprimer la torsion du bassin provoque, à son niveau, un relâchement

PHYSIOLOGIE	
Mécanisme Respiratoire Primaire	<p>Flexion de la SSB</p> <p>+ ascension et rotation externe des fascias</p> <p>+ Torsion Physiologique</p> <p>Extension de la SSB</p> <p>+ Détorsion</p> <p>+ descente et rotation interne des fascias</p>
Torsion Physiologique	<p>À la fin de la Flexion</p> <p>- Tous les tissus tournent autour de l'ombilic dans le sens des aiguilles d'une montre</p> <p>- Tandis que l'occiput tourne dans le sens inverse des aiguilles d'une montre et effectue une légère translation vers la gauche</p> <p>Cette Torsion s'annule au début de l'Extension (Détorsion)</p>

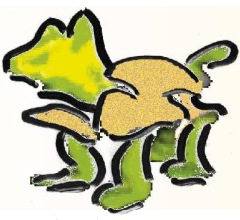
de toutes ces tensions que le bébé avait été obligé de mettre en œuvre pour atteindre la verticale malgré une Torsion Physiologique bloquée.

Puisque le bassin est libre, le poids de la tête appuyant sur la colonne vertébrale prolongée par le sacrum, le fait basculer vers l'arrière (rétroversion), ce qui entraîne également les épaules en arrière de l'axe des hanches, verrouillant ainsi cette position. Il suffit, à ce stade, d'effectuer une légère poussée latérale pour pouvoir constater la grande stabilité du tronc. En effet, grâce à cette rétroversion naturelle du bassin, la colonne vertébrale repose maintenant sur sa partie arrière (constituée par l'empilement des apophyses articulaires) alors que, précédemment, la scoliose pivotait en avant sur les disques intervertébraux.

En outre il n'y a plus aucune tension musculaire, ni dans la chaîne postérieure, ni dans les abdominaux, ni dans les fessiers...

Les Séances Suivantes

				PATHOLOGIES	
Strain postérieur gauche	L'occiput peut être mobilisé seulement dans le sens inverse des aiguilles d'une montre	*	*	*	*
Blocage de la Torsion Physiologique	Présence d'un strain postérieur gauche	*	*	*	*
Parascoliose	Idem	+ Torsion du bassin iliaque gauche plus haut, inégalité des membres inférieurs	*	*	*
Fausse scoliose	Idem	Idem	Diagnostiquée en tant que "scoliose"	*	*
Scoliose	Idem	Idem	Idem	+ Fixation thoracique	*



Traitement d'un éventuel blocage de la Torsion Physiologique

Une fois la scoliose (ou la parascoliose) traitée, la réapparition éventuelle d'un strain postérieur gauche, constatée lors de séances ultérieures, signalera simplement la présence d'un nouveau blocage de la Torsion Physiologique lié aux stress de la vie.

La réharmonisation des diverses motilités viscérales par rapport au MRP perçu au niveau du sacrum suffira à la libérer.

On constatera alors que le strain postérieur gauche a disparu.

Traitement d'un éventuel blocage thoracique

Si le strain postérieur gauche a disparu mais que l'occiput est quand même resté bombé à gauche, cela indiquera la présence d'un blocage thoracique. Il conviendra alors d'affiner le diagnostic pour déterminer si cette limitation de mobilité intervient au niveau du diaphragme thoraco-abdominal, du corps du thorax ou du diaphragme cervico-thoracique. Suite au traitement de la zone concernée, le bombement de l'occiput deviendra central.

Retour à la physiologie

Une fois l'occiput libéré d'un strain postérieur gauche (blocage de la Torsion Physiologique) ou d'un bombement vers la gauche (blocage du thorax) la personne se retrouvera dans sa physiologie et dans son confort...

Ce test à partir de l'occiput est extrêmement pratique et fiable. Il permet un diagnostic précis et rapide, ainsi qu'une bonne évaluation de l'efficacité du traitement.

Travail des gibbosités

Il peut également être utile, lors d'une seconde séance, de dégager les différents niveaux de la cage thoracique et les gibbosités par un travail fluïdique.

Apprentissage d'une position assise confortable

À ce stade il me semble important d'apprendre au patient à utiliser correctement sa cambrure lombaire dans la position assise. Ce qui lui servira notamment au cours de ses études ou devant son ordinateur...

La Prévention

Mais la meilleure manière de traiter une scoliose, c'est de prévenir son apparition. L'idéal serait donc de pouvoir libérer la parascoliose de la maman avant même

qu'elle ne soit enceinte puis de l'aider, pendant la grossesse, à garder son bébé en position harmonieuse dans son ventre. Si l'on suit cette démarche, l'examen ostéopathique du nouveau-né sera fort simple, car le bébé ne présentera que peu (ou pas) de lésions ostéopathiques.

Évidemment il est toujours possible de ne soigner un enfant qu'après la naissance, mais on aura déjà perdu neuf mois. De même le fait de libérer une parascoliose avant l'adolescence peut l'empêcher de se transformer en scoliose. Enfin libérer une scoliose avant que la croissance ne soit terminée permettra d'obtenir de meilleurs résultats.

► En Conclusion

Le traitement d'une scoliose par cette approche ostéopathique ne demande généralement qu'un nombre très limité de séances (deux ou trois) avec un résultat probant et durable.

Malheureusement, travaillant en cabinet libéral, je n'ai jamais eu la possibilité de faire contrôler systématiquement l'ampleur des résultats par des examens orthopédiques et radiologiques classiques avant et après chaque séance. Ce protocole appliqué systématiquement à un certain nombre de cas permettrait, en effet, de pouvoir juger objectivement du degré d'efficacité de ce traitement ainsi que de ses limites.

Cependant le simple fait de faire réessayer le corset immédiatement après le

traitement suffit déjà à objectiver l'efficacité de celui-ci.

Pendant de nombreux siècles les savants de l'Antiquité, puis du Moyen Âge, se sont disputés pour démontrer, grâce à des calculs très compliqués, comment l'univers tournait autour de la terre. Mais un jour Copernic a eu la drôle d'idée d'envisager une hypothèse complètement différente : et si, en fait, l'univers tournait autour du soleil ? Aussitôt ses calculs sont devenus beaucoup plus faciles. Einstein ne disait-il pas, en effet, que toute découverte fondamentale ne peut être que très simple (après coup bien sûr !)

De la même manière, tous les traitements de scoliose pratiqués jusqu'ici (y compris en ostéopathie) se basaient sur le postulat selon lequel le bébé aurait appris à marcher à partir du sol. Ils oubliaient ainsi combien il lui avait fallu d'efforts pour tordre son bassin (et tout son corps) afin de trouver un compromis acceptable permettant de tenir debout. La médecine orthopédique a donc développé des protocoles très complexes de rééducation, de corsets ou d'interventions chirurgicales. Alors que le simple fait d'équilibrer le crâne, de détordre le bassin et de faire respirer sur l'axe vertébral suffit à supprimer une scoliose.

Soigner une scoliose en ostéopathie est donc devenu un traitement facile, rapide et définitif.

Yves Guillard

y-guillard@orange.fr

<http://www.torsion-physiologique.fr/>

Revue Trimestrielle, L'Ostéo4pattes s'articule sur 3 volets : généralités-actualités, sciences-techniques ostéopathiques, philosophie-histoire... mêlés.

Le prix est fixé à 11 euros le numéro, 38 euros les 4 numéros annuels, elle est gratuite pour les abonnés aux sites. (abonnement en me contactant). Vous pouvez aussi faire un abonnement de soutien à 160 euros (4 N°, un an, agendas, fiches de l'année, liste de discussion, etc...)

Bon d'abonnement à compléter et à retourner accompagné du règlement à :

Vétostéo SARL, Ferme de Saint Ygnan 09200 Montjoie

Je, soussigné(e) :

Nom et prénom :

Adresse complète :

Courriel :

Ré-abonnement Désire recevoir une facture

► Désire recevoir L'Ostéo4pattes, revue européenne d'ostéopathie Comparée:

pour le prix de 80 € TTC, les huit numéros sur deux ans

ou 42 € TTC les quatre numéros

ou 160 € abonnement de soutien (4 N°)