

Les torticolis...

Voici venir l'été et les tenues légères, qui sans doute rendent moins discrètes certaines petites anomalies de nos enfants. Le moment est donc venu d'aborder « ouvertement » certains défauts qui inquiètent ou passent parfois inaperçus.

Avec

L'Ostéopathe **Daniel RONSMANS DO MSBO**, l'un de nos collaborateurs réguliers, donne son avis sur les torticolis et les déformations crâniennes associées.



© Jacadi

Parents : Chez le bébé les torticolis ne sont pas toujours visibles immédiatement, pourquoi ?

Daniel RONSMANS DO : Médicalement on parle de torticollis congénital lorsque la cause est une malposition durant la grossesse. L'enfant s'est donc développé dans une situation inconfortable et de contraintes. Les tissus vont donc occuper la place disponible et parfois croître asymétriquement. A la naissance le bébé sera plus ou moins difforme, surtout au niveau de la tête et du cou. Parfois même le thorax est atteint.

Dans ce cas-ci on parle de torticollis primaire par rapport aux torticolis qui n'apparaissent qu'après 4 ou 6 semaines et qui seront secondaires à une position préférentielle en dormant.

Parents : Mise à part la malposition intra-utérine, l'expulsion lors de l'accouchement peut-elle être une cause de torticollis ?

D.R. : Oui bien sûr, surtout si le bébé est gros et le détroit inférieur du bassin un peu juste pour permettre la sortie de la tête et des épaules. Tous les obstétriciens connaissent les risques de la délivrance assistée par traction manuelle, forceps ou ventouse. Mais là aussi il faut rappeler qu'on agit dans l'urgence et que l'oxygénation prime !

Parents : Les séquelles sont donc osseuses et musculaires. Que fera l'Ostéopathe ?

D.R. : Le traitement devra débuter le plus vite possible, car les tissus s'adaptent très rapidement au schéma lésionnel. Parfois certains muscles ont été allongés ou déchirés et peu-

vent présenter une tuméfaction due à un hématome. Il faut éviter la fibrose, le raccourcissement réflexe et la perte d'élasticité. En même temps on libère la base du crâne et on rééquilibre les trois premières vertèbres cervicales.

Parents : Quelle est la position typique du torticollis ?

D.R. : L'enfant incline la tête d'un côté (par exemple à gauche) et tourne le menton du côté opposé (ici à droite).

Le muscle principalement en cause est le sterno-cléido-mastoidien qui est raccourci (sterno = sternum; cléido = clavicule et mastoidien = base du crâne). Il est important de savoir que ce muscle ne sera pas douloureux à la palpation. Par contre d'autres muscles com-



“Veiller surtout à compenser la largeur de l'épaule avec un petit essuie plié, pour garder la tête dans le prolongement de la colonne vertébrale.”

me les scalènes reliant les côtes et le cou peuvent aussi en être coupables et ceux-là sont très douloureux à l'examen !

Parents : C'est donc suite à ces tensions musculaires que la tête se déforme ?

D.R : Oui puisque l'enfant sera obligatoirement sur la même surface d'appui imposée par la rotation. Dans le cas de l'inclinaison gauche et rotation droite, c'est la base droite de l'occiput qui va s'aplatir. On parle dès lors de plagiocéphalie, mais sans soudure des sutures !

Parents : C'est troublant cette déformation, la tête est donc vraiment molle ?

D.R : A la naissance, la tête est constituée de plaques cartilagineuses reliées entre elles par un système membranaire. Ces pièces vont s'ossifier, grandir et se rapprocher pour former les sutures et les fontanelles qui ne se combleront que plus tardivement. Ici plus que jamais il faut perdre les préjugés que les sutures vont se souder. Si c'est le cas, c'est pathologique et anormal.

La suture restera une zone « articulaire » permettant une adaptation, donc une déformation. Elle est d'ailleurs innervée, vascularisée et lubrifiée comme une articulation. Seule sa fonction diffère puisque nous ne parlerons pas de mouvement mais de « plasticité ».

Parents : Donc si le bébé présente un méplat crânien, c'est une déformation et il va toujours se poser dessus !

D.R : Absolument et c'est cela qu'il faut éviter. Les parents devront être très vigilants. Très logiquement il faudra changer les habitudes diurnes et nocturnes. Si l'enfant voit toujours arriver sa maman (et son repas) par la droite, il gardera cette position rassurante et entamera ou aggravera sa déformation. Idem s'il dort dans la chambre de la mère... Donc inversion indispensable !

Autre truc: mettre le bébé sur le ventre sur un petit coussin pour déclencher l'extension de la nuque. Attention ceci ne se fait qu'en présence des parents, donc ne jamais le laisser seul dans cette position (risque de mort subite !)

On peut aussi utiliser des gadgets en tissu et velcro pour stabiliser le petit en couché latéral du côté sain, pour inverser la déformation. Veiller surtout à compenser la largeur de l'épaule avec un petit essuie plié, pour garder la tête dans le prolongement de la colonne vertébrale.

Un adulte n'appréciera pas de dormir en couché latéral sans support de sa tête, bébé non plus !

Parents : Faut-il plusieurs séances d'ostéopathie pour obtenir un bon résultat ?

Liste des Ostéopathes reconnus

Attention tous ne font pas du « Crânien ».
www.osteopathie.be
www.gnrpo.be

“Un adulte n’appréciera pas de dormir en couché latéral sans support de sa tête, bébé non plus !”

D.R : Difficile à dire, car chaque cas peut être spécifique. Cela va de 2 à 5.

Parents : Est-il vrai qu’un torticolis peut engendrer un strabisme ?

D.R : Malheureusement oui. Soyons logiques: dans la croissance des tissus, tout s’adapte. Si un enfant regarde souvent ou toujours avec la tête penchée à gauche et en rotation droite, son œil droit va regarder vers l’intérieur. Les muscles oculomoteurs -qui commandent les mouvements- vont se mettre en lésion et on aura un strabisme de l’œil droit.

Raison de plus pour traiter le torticolis.

Parents : On parle de vrais et faux torticolis, pourquoi ?

D.R : Répondons par une question...

Un enfant peut avoir un torticolis le jour et pas la nuit, c’est quoi d’après vous ?

Parents : C’est une colle ou quoi ?

D.R : Non ,non c’est tout simplement un strabisme vrai sans torticolis. C’est une adaptation de la tête qui se malpositionne le jour à cause d’un muscle d’un œil qui est trop court, et pas pendant la nuit puisqu’en dormant on ne regarde rien...

Dans ce cas-là c’est le Chirurgien qui fait le miracle ! A ne pas oublier.

Dernière petite remarque à propos du strabisme, parfois l’utilisation des forceps comprime un os appelé SPHENOÏDE et qui forme les parois des orbites. On change dès lors la longueur d’un ou deux muscles oculomoteurs, ce qui va causer le strabisme. Là une correction de l’os peut donner d’excellents résultats, mais après trois traitements sans résultat il faut renoncer.

Parents : En conclusion de ce cours d’anatomie ?

D.R : L’approche Ostéopathique peut faire beaucoup dans les troubles mécaniques et fonctionnels. De plus en plus de Pédiatres et de Spécialistes nous adressent les « vrais » cas à traiter.

Et les parents d’être rassurés par cette franche collaboration. Pour ceux qui restent sceptiques, nous ne pouvons que recommander la lecture de l’excellent ouvrage de notre Consoeur Jane CARREIRO DO qui a publié aux USA : « An osteopathic approach to Children » chez Livingstone. C’est vraiment plus que convaincant.

