

**UNIVERSITE LOUIS PASTEUR  
STRASBOURG**

No 16

**DE L'INFLUENCE  
DE LA RECONSTRUCTION POSTURALE  
SUR LES DYSFONCTIONS CRANIO-MANDIBULAIRES.**

Mémoire présenté par  
Gilberte PUTALLAZ  
Physiothérapeute  
En vue de l'obtention du Diplôme  
Universitaire  
de Reconstruction Posturale  
Année 1998

## RÉSUMÉ

Avant toutes choses, il nous a paru important de relever que le contenu des ouvrages de références utilisés pour cette étude, ainsi qu'une approche de l'individu dans son intégralité, ne sont communément pas admis en odontologie\*.

Les médecins-dentistes, orthodontistes ou chirurgiens maxillo-faciaux reçoivent souvent des patients souffrant de céphalées\*, névralgies, sinusites rebelles, otalgies\*, acouphènes\* qu'ils associent fréquemment aux dysfonctions des Articulations Temporo-Mandibulaires (A.T.M) et aux troubles de l'occlusion\*. Par ailleurs, dans la plupart des cas, ces mêmes patients se plaignent de rachialgies et/ou autres troubles fonctionnels locomoteurs et/ou organiques.

De notre côté, en Reconstruction posturale, il n'est pas rare de constater que l'augmentation du tonus obtenue à distance par le travail du bloc inférieur se manifeste sur la colonne cervicale haute et sur la région temporo-mandibulaire, par des déviations de la mâchoire, ou des dysmorphismes cervicaux gênant la déglutition.

Cette région est soumise à des contraintes importantes qu'elle subit antérieurement et postérieurement par l'augmentation du tonus des chaînes musculaires : en avant par la chaîne antérieure du cou et en arrière par la chaîne postérieure, muscles propres au bloc supérieur. (annexe I)

Les études cliniques qui vont suivre ont été effectuées sur 4 patients ayant consulté un spécialiste en odontologie pour des problèmes maxillo-faciaux. Ces patients n'ont pas subi de traumatisme récent de la face, ils ne souffrent pas de maladie systémique génétique, pas de myopathie, pas de neuropathie centrale ou périphérique, pas d'hypocalcémie ou d'hyperparathyroïdie, pas de troubles psychiatriques.

Les traitements antérieurs ont été d'ordre dentaire " conventionnels ", sans intervention chirurgicale.

Chaque patient a bénéficié de 18 à 23 séances de Reconstruction Posturale, sur une période de 6 mois, au rythme d'une séance hebdomadaire avec, pour certains d'entre eux, des interruptions en fonction des disponibilités de chacun.

#### Méthode d'évaluation

- morphologie par la comparaison des photographies prises au début et à la fin des traitements ;
- comparaison des bilans établis par le spécialiste selon ses propres critères ;
- comparaison de l'état douloureux subjectif du patient.

#### Objectifs du traitement

- a) amélioration morphologique ;
- b) réduction de la symptomatologie douloureuse ;
- c) amélioration fonctionnelle au niveau des plaintes.

#### Proposition thérapeutique

Nous nous proposons, grâce au traitement de Reconstruction Posturale, de tendre vers la restauration du corps humain, de sa forme normale, et ce afin de récupérer une fonction altérée. Ceci nous permettra :

- d'objectiver l'amélioration morphologique ;
- d'établir quelle influence notre travail a eu sur les dysfonctions crano-mandibulaires et/ou sur les autres troubles associés présents lors du début du traitement.

---

\* Tous les mots suivis d'un astérisque font l'objet d'une explication dans le lexique annexé.

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier vivement Madame Eliane Klaus, chirurgien maxillo-facial à Lausanne et Monsieur Jean-Maurice Marti, médecin-dentiste à Genève qui, forts de leur expérience, se sont forgés une vision thérapeutique plus intégrale. Ils ont accepté de nous adresser leurs patients et nous ont permis de réaliser cette étude clinique.

Nous remercions également :

- Monsieur le Docteur Claude Linker pour la confiance qu'il nous témoigne chaque jour.

- Monsieur Luc Balmer, médecin-dentiste à Montreux qui le premier nous a sensibilisé à une approche orthodontique pluridisciplinaire.

- Tous les patients qui ont accepté de collaborer pour cette étude sans garantie de résultats.

- Monsieur Michael Nisand, qui par la qualité de son enseignement, ses encouragements et sa ténacité nous fait découvrir un outil thérapeutique exceptionnel, à la fois rigoureux et créatif.

- Monsieur le Professeur Michel Jesel et Monsieur Christian Callens, pour leur confiance et la rigueur scientifique qu'ils amènent au travail des Reconstructeurs.

- enfin Jean Romain pour les nombreux coups de main moraux et informatiques.

*L'esprit ne peut créer que des erreurs.  
Les vérités, il ne les crée pas, elles existent,  
il ne fait que les voir , les démêler,  
les découvrir et les exposer.*

Joubert (moraliste français 1754-1824)

## SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Quelques rappels anatomiques</b>	<b>1</b>
1.1.1. L'os hyoïde	1
1.1.2. L'Articulation Temporo-Mandibulaire	2
1.1.3. Muscles de la région masticatrice	3
1.1.4. La mastication - la déglutition	4
1.1.5. L'occlusion	4
1.1.6. Traitements classiques	6
<b>2. LA RECONSTRUCTION POSTURALE</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Définition - implications</b>	<b>7</b>
2.1.1. Les chaînes musculaires	7
<b>2.2. La technique proprement dite</b>	<b>9</b>
2.2.1. But, Critère, Pathogénie, Principe, Outil	9
2.2.2. Sollicitation des chaînes par les clés et les manœuvres	11
<b>2.3. Considérations communes aux cas observés</b>	<b>12</b>
2.3.1. Le recul de tête	13
2.3.2. La manœuvre d'extension résistée des orteils	14
<b>2.4. Protocole</b>	<b>14</b>
<b>3. PRÉSENTATION DU PREMIER CAS OBSERVE</b>	<b>16</b>
<b>3.1. Madame T. Anamnèse</b>	<b>16</b>
<b>3.2. Bilan morphologique</b>	<b>18</b>
3.2.1. Bilan statique	18
3.2.2. Bilan dynamique	21
3.2.3. Synthèse de l'examen morphologique statique et dynamique	23
<b>3.3. Le traitement</b>	<b>24</b>
3.3.1. Les manœuvres	24
3.3.2. Stratégie de traitement	25
<b>3.4. Les résultats</b>	<b>27</b>
3.4.1. Comparaison morphologique	27
3.4.2. Comparaison du spécialiste	28
3.4.3. Comparaison de l'état douloureux subjectif du patient	29
<b>3.5. Synthèse des résultats pour Madame T.</b>	<b>29</b>
<b>4. PRÉSENTATION DU DEUXIÈME CAS OBSERVE</b>	<b>30</b>
<b>4.1. Madame P. Anamnèse</b>	<b>30</b>

<b>4.2. Bilan morphologique</b>	31
4.2.1. Bilan statique	31
4.2.2. Bilan dynamique	33
4.2.3. Synthèse de l'examen morphologique statique et dynamique	35
<b>4.3. Le traitement</b>	36
4.3.1. Les manœuvres	36
4.3.2. Stratégie de traitement	37
<b>4.4. Les résultats</b>	39
4.4.1. Comparaison morphologique	39
4.4.2. Comparaison du spécialiste	40
4.4.3. Comparaison de l'état douloureux subjectif du patient	41
<b>4.5. Synthèse des résultats pour Mme P.</b>	41
<b>5. PRÉSENTATION DU TROISIÈME CAS OBSERVE</b>	42
<b>5.1. Madame M. Anamnèse</b>	42
<b>5.2. Bilan morphologique</b>	43
5.2.1. Bilan statique	43
5.2.2. Bilan dynamique	45
5.2.3. Synthèse de l'examen morphologique statique et dynamique	47
<b>5.3. Le traitement</b>	48
5.3.1. Les manœuvres	48
5.3.2. Stratégie de traitement	49
<b>5.4. Les résultats</b>	51
5.4.1. Comparaison morphologique	51
5.4.2. Comparaison du spécialiste	52
5.4.3. Comparaison de l'état douloureux subjectif du patient	52
<b>5.5. Synthèse des résultats pour Madame M.</b>	53
<b>6. PRÉSENTATION DU QUATRIÈME CAS OBSERVE</b>	54
<b>6.1. Madame B. Anamnèse</b>	54
<b>6.2. Bilan morphologique</b>	55
6.2.1. Bilan statique	55
6.2.2. Bilan dynamique	58
6.2.3. Synthèse de l'examen morphologique statique et dynamique	60
<b>6.3. Le traitement</b>	61
6.3.1. Les manœuvres	61
6.3.2. Stratégie de traitement	62
<b>6.4. Les résultats</b>	64
6.4.1. Comparaison morphologique	64
6.4.2. Comparaison du spécialiste	65
6.4.3. Comparaison de l'état douloureux subjectif du patient	66

6.5. <i>Synthèse des résultats pour Madame B.</i>	66
7. DISCUSSION	67
8. CONCLUSION	70



## 1. INTRODUCTION

### 1.1. QUELQUES RAPPELS ANATOMIQUES

Les descriptions anatomiques ainsi que les interprétations biomécaniques qui vont suivre sont essentiellement tirés des ouvrages de M.A. Clauzade, B. Darailans, L. Nahmani (réf.1 et 2). Ce regard nouveau et global porté sur le patient n'est, rappelons-le, pas communément admis par l'ensemble de la profession.

#### 1.1.1. L'os Hyoïde. (annexes II et X)

L'os Hyoïde présente une forme en U et ressemble au maxillaire inférieur sur la plan de sa structure. Il a un aspect " flottant " et constitue un point d'équilibre de toutes les tensions aponévrotiques et musculaires. Il est relié à l'ensemble du crâne et du tronc. L'os hyoïde sera un régulateur des tensions antérieures par rapport aux tensions musculaires postérieures, représentées par les muscles splénius, longissimus de la tête et semi-épineux de la tête et également, dans le système crânien, par la tente du cervelet. Les occlusodontistes retrouvent des déplacements de l'os hyoïde dans des dysfonctions sévères de l'articulation temporo-mandibulaire, avec des pertes d'équilibre du patient et des déplacements des lignes de gravité du corps.

Pour notre part, relevons l'insertion sur l'os hyoïde de l'omohyoïdien (annexes III et IV) qui appartient à la chaîne postérieure, qui est abaisseur de l'os hyoïde qu'il attire en même temps en arrière et en dehors.

#### 1.1.2. L'Articulation Temporo-Mandibulaire. (A.T.M.) (Annexes V et VI)

Elle est décrite comme une élipsoïde à ménisque interposé. Les surfaces sont constituées par le condyle\* mandibulaire en bas, et l'éminence temporale et la partie pré-glasérienne de la cavité glénoïde en haut. Ce condyle est divisé en deux versants par une crête mousse. La stabilité des pièces osseuses convexes de l'A.T.M. est assurée par l'interposition du ménisque qui est une formation fibreuse, biconcave et qui présente des régions d'épaisseur variable. Il accompagne les déplacements du condyle mandibulaire, il permet sa rotation et sa translation lors des mouvements d'ouverture-fermeture, de propulsion\* ou de diduction\*. Dans les conditions normales, le ménisque ne présente ni vaisseaux ni fibres nerveuses. L'A.T.M. est entourée d'une capsule articulaire qui entoure le ménisque et qui divise ainsi l'articulation en

deux compartiments : la loge temporo-méniscale et la loge ménisco-mandibulaire. La capsule articulaire est renforcée par deux ligaments latéraux : le médial et le latéral.

L'A.T.M. peut exécuter trois ordres de mouvements : l'abaissement, l'élévation, la propulsion et la rétropulsion et le mouvement de diduction. (Annexe VII)

Sur le plan fonctionnel, Clauzade et Darailans (réf. 1) notent le rôle exceptionnel dans l'équilibre fonctionnel cranio-mandibulaire et de l'ensemble du corps. Son rôle serait adaptatif, local et postural. Ils ont conduit une enquête statistique qui montre que 51% de la population souffrant de pathologie de l'A.T.M. avait présenté un traumatisme et ils pensent avoir sous-estimé toutes les chutes de l'enfance et accidents obstétricaux. Il s'agirait certainement d'une des voies préférentielles initiatrices des pathologies neuro-musculaires de l'A.T.M. Ils lancent l'hypothèse de trois types de lésions des A.T.M (relevons ici que le terme " lésion " est utilisé dans son acception ostéopathique, à savoir comme une altération de la structure avec perte, même partielle, de ses qualités dynamiques) :

- Lésion à l'ouverture qui correspondrait à une hypertonie de la région cervicale en relation avec des déséquilibres posturaux.
- Lésion à la fermeture qui intéresserait les muscles masticateurs.
- Lésions mixtes qui constitueraient la majorité des cas. Ceci crée une dysfonction fonctionnelle que la malocclusion existante ou que les mauvaises conditions articulaires feront évoluer vers des stades de compensation ou malheureusement plus souvent vers des décompensations c'est-à-dire le SADAM\*.

### **1.1.3. Muscles de la région masticatrice.** (Annexes VIII et IX) (réf.3)

Les muscles masticateurs sont traversés par les nerfs.

Région masticatrice profonde :

- ✓ Le Ptérisgoïdien médial ;
- ✓ Le Ptérisgoïdien latéral ;

Région masticatrice superficielle :

- ✓ Le Masséter ;
- ✓ Le Temporal ;

Région masticatrice complémentaire :

- ✓ Les muscles sus-hyoïdiens ; ils sont élevateurs de l'os hyoïde (Mylo-hyoïdien ; Géno-hyoïdien ; Digastrique ; Stylo-hyoïdien) ;
- ✓ Les muscles sous-hyoïdiens ; ils sont abaisseurs de l'os hyoïde (Le Sterno-hyoïdien ; Le Thyro-hyoïdien ; Le Sterno-thyroïdien ; L'Omo-hyoïdien qui appartient à la grande chaîne postérieure).

Tous ces muscles participent à la déglutition.

#### **1.1.4. La mastication – la déglutition (réf. 1)**

La mastication comporte classiquement trois temps : l'incision, l'écrasement, la trituration. La commande de la mastication peut avoir une double origine nerveuse, centrale ou à partir de l'excitation des récepteurs périphériques. Les forces intervenant pendant la mastication sont énormes. La charge totale subie par une dent maxillaire au cours de la mastication-déglutition s'élève à 15 kg pour du biscuit, 14 kg pour de la carotte et 7 kg pour de la viande. Par rapport aux forces mises en jeu à la fin du cycle masticatoire, cette charge augmente de 25 à 30% lors de la déglutition.

Comme la mastication, la déglutition participe également à l'équilibre fonctionnel ou aux dysfonctions cranio-mandibulaires. La déglutition est le point de départ du transfert de la nourriture de la cavité buccale vers l'estomac. Elle est divisée en trois phases, buccale, pharyngienne et œsophagienne. La première phase est volontaire, les deux autres réflexes. La déglutition se produit en moyenne 500 à 1200 fois par 24 heures. La durée moyenne de la déglutition est estimée à une seconde environ.

#### **1.1.5. L'occlusion**

Il existe classiquement trois classes d'occlusion: (annexe X)

- classe 1 : la première molaire supérieure chevauche la première inférieure mais décalée sur l'arrière d'une cuspide\* ;
- classe 2 : la première molaire supérieure chevauche la première inférieure mais décalée en avant d'une cuspide ;
- classe 3 : qui est une classe 1 exagérée.

Pour M.A. Clauzade et B. Darailans (réf.1), au départ l'occlusion est statique. Elle est le résultat d'un équilibre et subit la loi du développement général du corps humain. Au cours de l'existence, elle pourra être le reflet d'un équilibre général, d'une dysharmonie dysfonctionnelle, mais elle pourra agir directement par sa propre pathologie sur les différents éléments du système et induire des désordres fonctionnels et ensuite structuraux. L'occlusion est le résultat d'un équilibre global crânien et neuro-musculaire général, idée, il faut le rappeler, non classiquement admise en occlusodontie.

L'équilibre occlusal se manifeste par l'orientation du plan occlusal qui est le résultat de l'équilibre sphéno-basilaire mais aussi du

système cranio-sacré et du système cervico-hyo-mandibulaires. Il sera le témoin de l'état postural du patient et obéit à deux lois posturales :

- son horizontalité (du plan d'occlusion),
- ses rapports avec C1 et C2.

L'occlusion est donc le rapport d'équilibre de deux grands systèmes :

- système cranio-sacré,
- système mandibulaire.

Toujours pour les auteurs cités ci-dessus (réf. 1 et 2), l'appareil manducateur joue un rôle capital dans d'autres fonctions vitales telles que : la posture - la protection du cerveau - l'absorption du stress - la digestion - la respiration - la phonation et l'audition.

Les caractéristiques de l'occlusion normale sont :

- une morphologie occlusale sans abrasion ni caries ou malpositions importantes ;
- un parodonte\* sain ;
- une absence de signes objectifs d'hyperactivité musculaire ;
- une bonne fonction ;
- un " confort " articulaire et musculaire.

#### **1.1.6. Traitements classiques (réf.1)**

Le but du traitement est de retourner à des conditions locales saines et physiologiques.

Les médecins-dentistes respectent une chronologie du traitement :

- Suppression des irritations locales, suppression des kystes, granulomes\*, traitement des paradontopathies, détartrages, hygiène stricte.
- Suppression de toutes les anomalies occlusales importantes : meulages, atténuation des cassures, extraction des dents de sagesse etc.. pour obtenir un plan d'orientation occlusal horizontal.
- En fin de traitement, intervention d'une gouttière\* pour la réorganisation fonctionnelle dents-A.T.M. Il existe des gouttières de décompression utilisées dans le cadre des lésions occiput-atlas-axis, des gouttières de propulsion favorisant la décompression de l'articulation et la recherche d'une nouvelle position fonctionnelle condylienne.
- Dans les cas rebelles, intervention chirurgicale (lavage - arthroscopie - arthrotomie\* douce).

## 2. LA RECONSTRUCTION POSTURALE

### 2.1. DEFINITION - IMPLICATIONS :

La Reconstruction Posturale est une physiothérapie normative de la forme issue des travaux de Françoise MEZIERES.

Chaque individu présente des dysmorphismes dus à l'hypertonie des chaînes musculaires\* qui provoque leur raccourcissement. Par le bilan, le praticien va mettre en évidence les déformations acquises de l'appareil locomoteur propres au patient examiné.

#### 2.1.1. Les chaînes musculaires :

Les chaînes musculaires sont au nombre de quatre :

1. *La grande chaîne corporéale postérieure* qui s'étend en arrière de l'occiput au talon et remonte sur la tubérosité tibiale antérieure ;
2. *La chaîne brachiale* qui s'étend de la face antérieure de l'épaule à la face palmaire des doigts ;
3. *La chaîne antérieure des lombes* composée du Diaphragme et du Psoas-Iliaque ;
4. *La chaîne antérieure du cou* (annexes III IV et XI) située sur la face antérieure des vertèbres cervicales, de l'occiput à la troisième vertèbre dorsale.

Ces chaînes musculaires sont recrutées en priorité lors de tous nos mouvements ; elles sont puissantes et ne cessent de se renforcer et de se raccourcir proportionnellement aux sollicitations auxquelles elles sont soumises. Elles ont tendance à l'hypertonie, c'est-à-dire à un excès du tonus basal non pathologique. Françoise Mézières a mis en évidence la primauté des lordoses sur les cyphoses, la cyphose dorsale n'étant la plupart du temps qu'une zone de transition nécessaire par le changement d'orientation des lordoses. Ces lordoses, généralement au nombre de deux, l'une dans le bloc supérieur\* et l'autre dans le bloc inférieur\*, sont orientées classiquement pour la première, vers l'arrière et le haut et, pour la deuxième, vers l'arrière et le bas. La localisation exacte et la profondeur de ces lordoses dépend de l'hypertonie existant dans les chaînes musculaires. La Reconstruction Posturale a mis en évidence le caractère paramédian de ces dépressions lordotiques, leur profondeur et leur orientation avec les conséquences mécaniques que cela entraîne.



L'appréciation morphologique d'un sujet se fait par référence au parangon. Les lignes du parangon sont idéalement symétriques, rectilignes et obliques. Le Reconstructeur va tendre vers ce parangon pendant toute la durée de son traitement.

Pathogénie :

Un mouvement de grande amplitude ne peut être réalisé qu'à la condition qu'il puisse être compensé à distance par un mouvement ou une activité musculaire involontaire. De ce fait, les mouvements de grande amplitude perdent l'une de leur utilité essentielle : l'entretien de la longueur musculaire. Dès lors le muscle ou la chaîne musculaire commence à se raccourcir car sa longueur s'adapte à l'amplitude utilisée.

Principe thérapeutique : le travail à distance.

Le Reconstructeur va faire réaliser au patient des contractions volontaires localisées par des mouvements de la plus grande amplitude possible (Mouvement de Grande Amplitude Relative, M.G.A.R), qui induisent à distance dans le bloc opposé si possible, une ou des réponses évoquées, c'est-à-dire des comportements anormaux transitoires induits par l'hypertonie des chaînes.

Outil de travail :

Le principe actif de la Reconstruction Posturale sera dénommé " Contraction à Effet Excentrant " (C.E.E). Il s'agit d'une contraction volontaire inductrice localisée, engendrée par un M.G.A.R dans le but d'obtenir une modification du tonus. Elle va être mise en œuvre par la réalisation ou tentative de réalisation d'un mouvement de grande amplitude relative. Au niveau de la cible thérapeutique l'effet se fera en deux temps :

1) augmentation du tonus entraînant une modification de la forme et l'apparition de contractions selon le trépied compensatoire suivant :

⇒ Contractions volontaires

⇒ Contractions involontaires induites (consciente ou inconsciente)

⇒ Hypertonie induite

2) retour à la normale avec disparition de la contraction involontaire et disparition du dysmorphisme.

**2.2.2. Sollicitation des chaînes par les clés et les manœuvres :**

La C.E.E. va être obtenue grâce à l'utilisation des " clés " et des " manœuvres " qui entraîneront à distance une activité automatique non volontaire et qui témoigne d'une augmentation du tonus musculaire dans un premier temps. Dans un deuxième temps, par la tenue de la posture\*

cette activité tonique finira par s'épuiser, d'autant plus rapidement que les réponses évoquées seront éloignées de la contraction inductrice ; nous assisterons alors à la réduction du dysmorphisme.

Face à une réponse évoquée objectivée, le Reconstructeur aura à distinguer s'il se trouve en face d'une contraction volontaire, une contraction involontaire consciente ou inconsciente induite ou alors à une hypertonie induite. Seule cette dernière intéresse le thérapeute et il va tenter de faire disparaître ou réduire les contractions musculaires pour n'avoir à faire qu'au tonus. L'hypertonie induite, toujours inconsciente, est reconnaissable par son installation différée lente, progressive, insidieuse et d'état stable. Il en ira de même de sa diminution. Ceci requiert donc de la part du Reconstructeur une attention soutenue de tous les instants et une rigueur dans l'installation de la C.E.E qui empêche toute standardisation du traitement. Le travail réalisé est un travail de fond, au long cours ; il demande également de la part du patient une grande motivation sans laquelle le traitement ne peut être poursuivi.

Du fait de la sollicitation des chaînes, nous assistons à un blocage respiratoire thoracique en inspiration, celui-ci favorisant, par l'intermédiaire du diaphragme, la lordose thoraco-lombaire. On demandera donc au patient des respirations régulières libres (sans frein lingual, labial ou glottique), et profondes dans l'expiration, expiration bouche ouverte. La profondeur de l'expiration est un moyen de moduler la sollicitation des chaînes ; plus elle est profonde plus elle est assimilable à un mouvement de grande amplitude, c'est à dire de provoquer à distance des réponses évoquées.

### 2.3. CONSIDERATIONS COMMUNES A PROPOS DES CAS CONSIDERES

Après avoir établi un bilan morphologique statique et dynamique en ayant recours aux critères des paragraphes 2.2.1 et 2.2.2, nous allons noter les différents dysmorphismes avec pour objectif de les réduire. Pour ce faire nous allons chercher par quel mouvement de grande amplitude (clés\* et/ou manoeuvres\*) dans le bloc opposé et le plus loin possible de la cible, nous pourrions obtenir dans un premier temps une aggravation de la déformation, pour rendre ensuite réversible cette aggravation par épuisement de l'activité tonique excessive de la région ciblée. Grâce à ces différentes manoeuvres et clés, nous pouvons noter les réponses évoquées prévisibles systématiques, mais également les réponses évoquées aléatoires présomptives ou inopinées qu'il faudra localiser et exploiter. Ces réponses évoquées sont involontaires, et sont induites par un mouvement de grande amplitude qui est un mouvement de grande amplitude relative, à savoir



réalisation ou tentative de réalisation d'un mouvement, ou tentative de correction ou correction d'un dysmorphisme.

Dans les cas qui nous intéressent, nous avons sélectionné de préférence des contractions inductrices dans le bloc inférieur pour atteindre plus particulièrement la région cranio-mandibulaire.

Le bilan statique et dynamique ayant mis en évidence d'autres localisations des dysmorphismes, nous ne les avons pas négligés non plus ; la forme conditionne la fonction et le travail du Reconstructeur est avant tout à vision intégrale; un dysmorphisme du pied ou du genou pourrait trouver son origine à l'étage cervical. Nous nous sommes donc attelée également aux manœuvres et aux clés du bloc supérieur dans la mesure où celles-ci permettraient d'exploiter une augmentation du tonus résiduel à distance dans le bloc opposé.

Le bilan morphologique des sujets observés nous ayant montré dans tous les cas une projection antérieure de la tête et une dépression lordotique lombaire, nous avons choisi d'utiliser pour tous ces patients, et donc de décrire ci-dessous la première des cinq clés à notre disposition (le recul de la tête) dans le but de réduire cette dépression lordotique, ainsi que la manœuvre d'extension résistée des orteils (ERO), dans le but de replacer la tête sur le scapulum.

Les autres clés et manœuvres seront décrites cas par cas.

### **2.3.1. La clé de recul de tête :**

Le recul de tête entraîne automatiquement le recul du sacrum. Nous n'allons exploiter cette clé que dans la position assise, pour éviter de donner en position de décubitus dorsal un point fixe à l'occiput, à partir duquel le patient peut s'arc-bouter. Dans ce cas, la contraction inductrice ne se situerait plus uniquement dans le bloc supérieur mais également dans le bloc inférieur par l'intermédiaire des muscles d'agrafage\* ; l'augmentation du dysmorphisme lombo-sacré ainsi obtenu serait entretenue par une contraction musculaire et non par une augmentation du tonus à distance. Ceci interdirait la réduction de cette déformation induite.

Le M.G.A.R demandé est le recul de la tête et de toute la portion du corps se situant au-dessous de la zone de transition, ce qui nécessite une contraction des muscles de la chaîne postérieure propres au bloc supérieur. Il est attendu une réponse évoquée à distance inéluctable et prévisible : le recul du sacrum ; ceci va augmenter la lordose du bloc inférieur par hypertonie induite.

### **2.3.2. La manœuvre d'extension des orteils contre résistance en position assise**

Nous l'avons exploitée parce qu'elle a la particularité de replacer la tête sur le scapulum.

Le patient est installé en position assise, mains aux omoplates, talon du membre fléchi en regard du creux poplité opposé, membre inférieur controlatéral posé sur la face postérieure du talon.

La réponse évoquée présomptive de cette manœuvre sera la propulsion induite de la tête par contraction inductrice des orteils.

Le membre fléchi respectera un alignement tête humérale-hanche-genou-milieu de la cheville-3<sup>ème</sup> orteil. L'atteinte du bloc supérieur sera signée par la propulsion différée et insidieuse de la tête. Son retour en arrière signera l'arrêt de la compensation présomptive distale.

### **2.4. PROTOCOLE :**

Les quatre sujets observés sont tous de sexe féminin, en dessous de 40 ans, et ont bénéficié de 6 mois de traitement, à raison d'environ une séance hebdomadaire.

Nous avons établi, en accord avec chaque patiente, une échelle de la douleur selon les critères suivants :

- 100% : douleur ressentie comme insupportable ;
- 50% : douleur importante mais supportable ;
- 0% : absence de douleur.

### **3. PRESENTATION DU PREMIER CAS OBSERVE**

#### **3.1. MADAME T. - 28 ANS - ANAMNESE :**

##### **3.1.1. Motif de la consultation :**

Madame T. nous a été adressée par son médecin-dentiste, chez laquelle il allait entreprendre un traitement de rallongement des incisives et des canines, abrasées par un bruxisme\* important. Il souhaitait abaisser préventivement le tonus global pour permettre un maintien à plus long terme de ce travail. Le bruxisme qu'elle manifeste, est un bruxisme nocturne dont elle n'est pas consciente. Elle porte une gouttière depuis quelques années qui n'a pas stoppé l'abrasion dentaire.

##### **3.1.2. Troubles associés présents lors du début du traitement en R.P. :**

Tension dans la région cervicale ;  
 Douleur en regard de la sterno-costo-claviculaire à droite ;  
 Douleur/Gêne rachidienne globale présente depuis environ 10 à 15 ans ;  
 Sciatalgie gauche constante, irradiant jusqu'au talon, présente depuis plus de deux ans, avec augmentation de la symptomatologie lors de la pratique de l'équitation et en position assise ;  
 Raideurs lombaires matinales ;  
 Gonalgies bilatérales plus importantes à gauche ;  
 Perte de l'acuité visuelle de l'œil gauche.

##### **3.1.3. Échelle de la douleur :**

Le bruxisme nocturne est indolore, mais la tension cervicale qu'elle associe à ce dernier, fluctue entre 60 et 100% sur l'échelle de la douleur.

La sciatalgie gauche est évaluée à 100% (douleur ressentie comme insupportable).

##### **3.1.4. Antécédents :**

Anorexie mentale de la jeune fille ; elle n'a pas souhaité en dire davantage en ce qui concernait la durée, les causes et le traitement de cette maladie.

Plusieurs chutes à cheval et à ski qui ont entraîné plusieurs commotions dont elle ne décrit aucune séquelle ; elle attribue cependant la

sciatalgie gauche à ces chutes. Un examen radiologique a été réalisé en 1995 qui conclut à une absence de pathologie osseuse.

Entorses récidivantes des genoux et des chevilles durant l'enfance, traitées par des moyens conservateurs et sans réapparition à l'âge adulte.

### **3.1.5. Contexte psycho-socio-professionnel :**

Madame T. est suppléante remplaçante dans diverses écoles supérieures de la ville. Ceci signifie que son poste est actuellement instable et peut être non renouvelable du jour au lendemain. Elle pratique à outrance le ski en hiver, l'équitation et le fitness, en portant un intérêt tout particulier à la musculation avec poids et haltères. Nous lui avons exposé largement les buts et les objectifs de notre approche thérapeutique pour la rendre attentive au fait que cette activité sportive intense et régulière allait inéluctablement favoriser la tendance à l'hypertonie dans les chaînes musculaires. Elle s'est dite très intéressée et convaincue par ce genre d'approche, mais qu'en aucun cas, elle ne modifierait son mode de vie, ce que nous devons respecter.

Il nous a fallu beaucoup de patience et de persévérance avec cette patiente, sympathique au demeurant, pour que la confiance s'installe et qu'elle accepte les " règles " essentielles à l'aboutissement des objectifs visés. Certaines postures ont dû être interrompues avant d'avoir pu observé la baisse du tonus, la barre psychologique étant dépassée. Dans ce contexte difficile et instable, il nous a tout de même été possible d'obtenir une collaboration de sa part, et elle a même souhaité reprendre des séances dans un proche avenir.

Il est à noter que la patiente a entrepris et entreprend encore toutes sortes de traitements de type somatique et psychique, de thérapies parallèles de médecines dites alternatives.

## **3.2. BILAN MORPHOLOGIQUE**

### **3.2.1. Bilan statique**

Ce bilan a été réalisé le 6 novembre 1996.

#### **Vue de face**

Le tendon du tibial antérieur droit est visible ; il n'existe pas de contact des mollets ; les genoux sont en récurvatum, le gauche semble cependant plus haut, et plus poussé en arrière ; L'EIAS droite, et peut-être tout l'hémi-bassin, semble poussé un peu en avant (+) ; la ligne latérale du thorax à droite est plus concave avec un espace thoraco-

brachial plus court et plus profond qu'à gauche ; le sein droit regarde vers le bas ; les clavicules sont proéminentes sur toute leur longueur en particulier à leur insertion sternale ; la clavicule gauche est plus oblique vers le haut et le dehors ; les deux épaules sont enroulées en avant mais la droite est abaissée et la gauche élevée ; le sterno-cléido-mastoïdien gauche est plus visible que le droit ; la tête est translatée à gauche.

#### **Vue de dos**

Les calcaneums sont en varus et les bords externes des pieds sont concaves en dehors dans leur partie sous-malléolaire ; les creux poplités sont obliques en haut et en dehors ; les deux fesses ont l'air aplaties, mais la gauche paraît plus " plate " que la droite dans sa partie supéro-latérale ; le bras gauche n'est pas en contact avec le thorax ; le bassin est plus translaté à droite, la lordose lombaire est profonde et on devine une petite dépression paramédiane droite tandis que les paravertébraux gauche sont plus visibles. La scapula droite est en sonnette interne, la scapula gauche est adductée et laisse apparaître une " grosse " pointe et tout son bord latéral tandis que seule la pointe de la scapula droite est visible. La dépression lordotique interscapulaire est importante (+++) délimitée en haut à la base du rachis cervical par une ligne horizontale épaisse. L'épaule gauche est plus haute que la droite et la tête est translatée à gauche avec une contracture du trapèze supérieur partie supérieure.

#### **Profil gauche**

Le mollet est poussé en arrière (++) ; la fesse est " tombante " ; la ligne antérieure sus-mamillaire est un peu verticale (+), la ligne antérieure sous-mamillaire est légèrement oblique en bas et en avant et présente un renflement dans la partie sous-ombilicale. L'acromio-claviculaire est saillante et la sterno-costoclaviculaire gauche est visible. La tête est projetée vers l'avant (++) . Les piliers de cette lordose thoraco-lombaire se situent en haut sur l'épine de la scapula et en bas sur la partie moyenne du mollet. L'alignement des masses n'est pas respecté : le mollet pousse en arrière, le bassin en avant, les épaules en arrière et la tête en avant.

#### **Profil droit**

La partie antérieure de la tala-crurale gauche est visible ; le creux poplité gauche est visible sur les 2/3 de sa longueur ; la lordose lombaire est plus courte et plus profonde qu'à gauche, ce qui donne une impression de cyphose thoracique plus marquée qu'à gauche. La ligne antérieure sus-mamillaire est verticale (+) et la ligne antérieure sous-mamillaire est verticale et irrégulière. L'EIAS droite est poussée en

avant. La tête est projetée vers l'avant (++) et l'on devine une dépression entre le sterno-cléido-mastoïdien contracturé et les paravertébraux cervicaux. Les piliers de cette lordose thoraco-lombaire se situent en haut sur la pointe de la scapula et en bas sur le sommet de la fesse.

#### **Palpation des cervicales**

Nous n'avons pas pu déterminer avec certitude la position de C1 dont les masses latérales nous ont semblé se situer à droite. La masse latérale de C2 est palpable à droite, puis de C3 à C5 ces masses sont nettement palpables à gauche ; les processus épineux de C6 et C7 se recentrent mais restent à gauche, le processus épineux de D1 est centré puis à partir de D2 les processus épineux sont palpables à droite. Ceci nous permet de déterminer une courbure cervico-thoracique à convexité gauche, provoquant une dépression lordotique droite de cette région.

#### **3.2.2. Bilan dynamique :**

##### **Position de flexion antérieure\* ou flexion plantigrade :**

Les genoux restent en récurvatum sans aggravation morphologique par rapport à la position debout. Cette position rend visible une dépression lombaire à droite et une dépression droite allant de la zone de transition jusqu'au rachis cervical. Elle démontre également une gibbosité thoracique droite modérée. Cette position de flexion antérieure est douloureuse et exacerbe la sciatalgie gauche.

#### **Les clés**

##### *- L'abduction du membre supérieur :*

La gauche provoque un élargissement frontal modéré de l'hémi-thorax homo-latéral. Elle augmente l'inclinaison capitale gauche, réponse évoquée proximale qui peut être un empêchement à l'objectivation de réponses évoquées distales, aléatoires, pouvant être intéressantes. Cette clé provoque immédiatement une douleur de l'élévateur de la scapula gauche. L'abduction du membre supérieur droit tire la tête à droite et provoque un élargissement frontal modéré du thorax juste en dessous du sein. Nous n'avons pas mis en évidence des réponses évoquées aléatoires.

##### *- L'inclinaison capitale :*

À gauche elle provoque un élargissement frontal de l'hémi-thorax controlatéral ; elle soulève le sein gauche et ce soulèvement s'étend jusqu'à l'angle de Sigaud. Elle n'est pas supportable car elle provoque des lombalgies. À droite elle provoque un élargissement frontal de l'hémi-thorax controlatéral ; de manière aléatoire, elle fait monter l'EIAS droite

vers le thorax et entraîne le membre inférieur droit en rotation latérale. Cette clé engendre des cervicalgies.

- *La rotation capitale :*

À gauche elle provoque le soulèvement de l'hémi-thorax droit, de manière aléatoire, elle soulève (+++) le sein gauche, soulève l'EIAS droite et entraîne le membre inférieur droit en rotation latérale.

- *L'antéimpulsion des membres supérieurs :*

Provoque le soulèvement de l'hémi-thorax homolatéral. Nous ne constatons aucune réponse évoquée aléatoire.

- *Le recul de la tête :*

Il provoque le recul du sacrum. Nous le testons en position assise mais nous le différons en raison des lombalgies immédiates que cette position provoque.

**Montée des membres inférieurs à l'aplomb de la lordose thoraco-lombaire :**

- *Membre inférieur droit :*

La montée du membre inférieur droit fait ressortir le sein gauche et l'épaule droite s'enroule en avant.

- *Membre inférieur gauche :*

N'est pas testable, puisque cette montée du membre inférieur gauche provoque déjà une sciatalgie à partir de 45° environ.

- *Deux membres inférieurs :*

L'élévation des deux membres inférieurs font ressortir le sein gauche et la sterno-claviculaire gauche. La patiente cherche à rentrer son menton. Notons que l'élévation des deux membres inférieurs ne provoque pas la sciatalgie gauche.

**3.2.3. Synthèse de l'examen morphologique statique et dynamique :**

Le bilan statique, l'exploration des clés, la palpation cervicale et la position de flexion plantigrade nous confirment la présence d'une courbure cervico-thoracique à convexité gauche et une courbure thoraco-lombaire à convexité gauche, courbures entre lesquelles se trouve une courte zone de transition thoracique à convexité droite. La dépression lordotique thoraco-lombaire s'est latéralisée à droite poussant l'EIAS droite et probablement également le pli de l'aîne en avant. Il nous est difficile de déterminer exactement l'impact de la flèche\*, la fesse droite étant tout de même arrondie ; Cependant, cet impact paraît se faire à droite dans le quart inférieur de la ceinture pelvienne, ce qui expliquerait la poussée antérieure de tout l'hémi-bassin droit la translation droite du bassin ainsi que l'aplatissement bilatéral mais

asymétrique (fesse gauche plus plate) du modelé fessier. En se dirigeant ensuite obliquement en haut en dehors et à gauche, cette flèche va déprimer la région lombaire droite et provoquer à gauche une convexité sur le bord latéral du thorax sous le sein gauche.

La dépression lordotique cervicale s'est latéralisée à droite ; l'impact de cette flèche semble se situer sous l'occiput, puis se diriger en bas et à gauche entraînant la tête à gauche, creusant la lordose interscapulaire, abaissant l'épaule droite et enroulant l'épaule gauche.

A la jonction de ces deux lordoses se trouve une courte zone de transition.

### **3. 3. LE TRAITEMENT :**

#### **3.3.1. Les manœuvres :**

- La manœuvre des membres inférieurs à l'aplomb de la lordose fait ressortir le sein gauche et la patiente cherche constamment à rentrer son menton pour mieux soulever le sein gauche. Cette manœuvre n'est pas supportée par la douleur fessière qu'elle provoque.

- La manœuvre des mouvements alternés des chevilles membres inférieurs à l'aplomb de la lordose n'a pu être réalisée que tardivement, d'abord en raison de la douleur liée à la position puis dans un deuxième temps, aux crampes que la manœuvre engendre.

- La manœuvre de l'abduction du V<sup>ème</sup> orteil provoque une translation droite de la mâchoire et gauche de la tête. Cette manœuvre exaspère rapidement la patiente.

- La manœuvre de balancement gauche et droite des membres inférieurs à l'équerre fait ressortir le sein gauche et augmente la translation gauche de la tête.

- La manœuvre de sollicitation des chaînes brachiales (faces antérieures alignées) a une réponse évoquée sur le membre inférieur gauche qui se positionne en rotation latérale et du pied gauche qui se met en pronation.

- La manœuvre de circumduction des poignets s'avère plus intéressante en position debout ; la patiente cherche constamment à monter son EIAS droite vers l'épaule droite en soulevant son talon droit.

- La manœuvre des mouvements alternés des épaules provoque des réponses évoquées des membres inférieurs homolatérales à l'épaule soulevée.



Elle provoque également l'exaspération de la patiente par la difficulté de la posture, surtout la difficulté de concentration.

- La manœuvre d'extension résistée des orteils un membre inférieur fléchi en position assise provoque une augmentation de la translation antérieure de la tête, mais n'a pu être que peu utilisée, d'abord, en raison des douleurs qu'elle provoque par la position assise et ensuite, en raison de l'attitude négative de la patiente face à la difficulté de la posture.

### **3.3.2. Stratégie de traitement :**

La difficulté essentielle avec cette patiente est d'induire une augmentation du tonus à distance, sans la mettre dans une situation d'agacement ou de stress qui rend la séance laborieuse. Il est à noter qu'en fonction de ce qu'elle a vécu le jour même ou les jours précédents, si la séance a lieu tôt le matin quand elle n'est pas réveillée ou en fin de journée quand elle est fatiguée, le travail peut être soit irréprochable, soit ardu. Il est donc essentiel, pour qu'il puisse tout de même se faire dans les meilleures conditions possibles, d'opposer à ces réactions disproportionnées, tranquillité et calme.

En prenant en compte cette situation particulière, nous tentons d'abord de cibler en priorité le bloc supérieur par une contraction volontaire localisée dans le bloc inférieur, mais nous sommes immédiatement entravée par la douleur fessière due à l'aplomb des membres inférieurs, et par les crampes des orteils lors des mouvements alternés des chevilles. Il nous a été possible, bien plus tard, d'aborder ces postures, au moment où la sciatalgie était réduite. Les crampes des orteils restent cependant tout au long des séances un obstacle sérieux. La manœuvre de balancement gauche droite des membres inférieurs se révèle être la plus facile à utiliser, dès que l'équerre est possible.

L'abduction du 5ème orteil par la translation de la tête et de la mâchoire qu'elle provoque est utilisée mais passablement modulée. En effet, en raison de l'exaspération que cette sollicitation des chaînes suscite, la patiente se met à serrer les dents et la demande d'ouverture de la bouche à l'expiration devient par là encore plus difficile.

Dans ces conditions, nous sommes contrainte de travailler plus à partir du bloc supérieur, d'abord plutôt les mouvements alternés, épaules et mains ces dernières en décubitus dorsal et debout, puis un peu plus tard seulement les clés capitales, rotation gauche et les inclinaisons dès le moment où celles-ci n'entraînent plus de cervicalgies.

Le travail en position assise ne peut pratiquement pas être exploité, d'abord à cause des douleurs liées à la position assise, puis ensuite, en raison de la difficulté inhérente à la posture elle-même.

Notons que la respiration bouche ouverte offre une réelle difficulté, et nous avons pu observer que cette ouverture buccale amène des clonies de la langue et de la mâchoire.

Le passage assis en fin de séance représente à chaque fois un problème important. La patiente ne tolère pas la prise sur l'avant-bras (" je n'aime pas qu'on me tire la peau, ça me fait mal "). Nous avons alors tenté l'assolement par les mains du thérapeute en berceau sur la nuque qu'elle n'accepte pas non plus. Nous nous résignons à utiliser une serviette éponge que nous plaçons en manchon autour de ses avant-bras repliés, mains sur les coudes, ce qui permet d'effectuer ce passage dans les meilleures conditions possibles. Relevons cependant que ce passage a pu se faire normalement au bout de quelques séances.

A la veille de la dernière séance, Mme T a fait une chute sur le genou ; elle décharge ce dernier par une augmentation de la déformation thoracique frontale, et nous avons l'impression d'un retour en arrière décourageant.

### **3.4. LES RÉSULTATS :**

#### **3.4.1. comparaison morphologique :**

Les photographies :

##### *1. Après 12 séances (du 6.11.1996 au 12.2.1997)*

Vue de face : le tendon du tibial antérieur droit est moins visible. Les bords latéraux du thorax sont plus longs et la hauteur du cou a augmenté. Nous constatons une très nette augmentation de la taille. La région scapulaire reste cependant dysmorphique et les sterno-cléido-mastoïdiens toujours visibles.

Vue de dos : là également l'augmentation de la taille est très visible; l'espace entre les cuisses a augmenté, le modelé fessier est plus régulier et plus symétrique, le bassin s'est horizontalisé et les deux membres supérieurs tombent sur le bassin. Les scapulae ne sont plus adductées et la pointe de la gauche n'est pratiquement plus visible; la pointe de la scapula droite se devine encore un peu . La hauteur des épaules reste asymétrique mais la droite est beaucoup moins tirée vers le bas.

Profils droit et gauche : l'alignement des masses est meilleur. Les lignes antérieures en particulier la ligne sous-mamillaire est moins verticale et plus rectiligne. A droite l'EIAS est moins poussée en avant et la lordose lombaire nettement moins profonde. La tête s'est manifestement postériorisée même si elle n'est pas encore totalement alignée sur le scapulum. S'il est moins apparent, le sterno-cléido-mastoïdien droit reste tout de même visible.

## 2. Après 24 séances (du 6.11.1996 au 20.5.1997)

Vue de face : les épaules se sont maintenant symétrisées mais les clavicules restent apparentes sur toute leur longueur.

Vue de dos : l'épaule droite reste sur cette vue, contrairement à la vue de face, une peu plus basse. Le bord latéral du thorax gauche est moins régulier que sur la photo du 12.2.96 et le bras gauche est à nouveau plus en contact avec le bassin.

Profils droit et gauche : il semble que sur le profil droit, le bassin soit un peu plus poussé en avant que sur la vue au 12.2.96. (Nous pensons que cette situation régressive est peut-être liée à la récente chute sur son genou, dont nous avons parlé à la fin du chapitre 3.3.2 ci-dessus).

**3.4.2. comparaison du spécialiste :** (selon ses propres termes et critères)

Le spécialiste a été contacté par la patiente préoccupée par l'esthétique de ses incisives et canines supérieures très abrasées. A son examen, elle ne présentait pas de problèmes A.T.M. mais les pterygoïdiens externes étaient spasmés et très douloureux à la palpation. La patiente présentait en plus de grosses interférences occlusales et un bruxisme très important. Il l'a traitée par un rallongement progressif des incisives et des canines, jusqu'à l'obtention d'une esthétique correcte et d'une fonction rendant le bruxisme plus difficile.

A la suite du traitement de Reconstruction Posturale, il n'a pas constaté de changement de l'état des ptérygoïdiens externes. Par contre l'A.T.M. droite, qui présentait un léger bruit (clic) à l'ouverture, ne le présentait plus après le traitement.

### **3.4.3. comparaison de l'état douloureux subjectif du patient**

- Les sensations de gêne rachidienne, les raideurs matinales ont disparu.

- La sciatalgie gauche a beaucoup diminué, avec des périodes de rémissions totales. Il existe toutefois des réapparitions sporadiques, mais d'intensité moindre, en particulier en position assise prolongée. La pratique de l'équitation se fait maintenant sans douleur. Lorsque cette sciatalgie réapparaît, elle est évaluée maintenant à 40 % sur l'échelle de la douleur.

- Les gonalgies ont disparu.

- Demeurent les douleurs en regard de la sterno-costoclaviculaire à droite.

- La tension cervicale n'est plus constante ; elle est ressentie parfois encore le matin, et évaluée à 20% sur l'échelle de la douleur.

- Aux dernières séances de Reconstruction elle nous a confié qu'elle venait d'entamer un " travail sur les émotions " auprès d'un psychothérapeute.

### **3.5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS POUR MADAME T :**

Les résultats nous ont permis de constater que l'état morphologique et l'état douloureux subjectif du patient ont été améliorés par le traitement, en particulier pour ce qui concerne les troubles associés présents lors du début du traitement.

En ce qui concerne les problèmes A.T.M. si la situation est plus favorable, elle reste cependant encore non résolue.

Il est à relever dans les antécédents de la patiente, diverses chutes et des conditions psychologiques antérieures et présentes complexes.

## 4. PRESENTATION DU DEUXIÈME CAS OBSERVE

### 4.1. MADAME P. - 33 ANS - ANAMNÈSE :

#### 4.1.1. Motif de la consultation

Douleurs et craquements de la mâchoire à gauche ;  
Sensibilité des dents et des gencives à la température ;

#### 4.1.2. Troubles associés présents lors du début de traitement en R.P.

Vertiges, sans mise en évidence d'éléments déclenchants ;  
Troubles mnésiques ;  
Epicondylite droite avec paresthésies sur le territoire du nerf ulnaire à droite ;  
Diminution de l'amplitude de hanche à droite, en flexion rotation latérale à droite, limitée par la douleur ; est apparu à la suite d'une hystérectomie ;  
Cervicalgies bilatérales avec blocages fréquents ;  
Lombalgies bilatérales sans irradiations, sans blocages ;  
Sinusites fréquentes, enrrouement permanent, toux irritative ;  
Troubles digestifs (nausées, ballonnements).

#### 4.1.3. Echelle de la douleur pour le motif de la consultation

60 % pour le motif de la consultation.  
Ne sait pas s'exprimer pour les autres douleurs, celles-ci n'étant pas insupportables mais constantes et envahissantes.

#### 4.1.4. Antécédents :

Fracture du nez à l'âge de 19 ans ;  
Kyste ovarien bénin traité en deux fois, en raison de sa grosse taille, par hystérectomie en janvier et février 1996 ;  
Fracture du coccyx à l'âge de 24 ans. Il n'y a pas eu de traitement particulier.  
Edentation des molaires inférieures à droite et partielle à gauche. Elle a suivi un traitement dentaire au Portugal.

#### 4.1.5. Contexte psycho-socio-professionnel :

Mme P. est d'origine portugaise, mariée, mère de deux enfants installée à Genève depuis 5 ans seulement. Elle a fait, et continue de faire des efforts d'intégration en particulier en ce qui concerne l'apprentissage du français, qu'elle parle bien, avec un vocabulaire et une syntaxe de qualité. Cependant, à plusieurs reprises, diverses circonstances nous ont fait soupçonner un rapport difficile à l'écrit, voire même de l'illettrisme, ceci malgré le fait qu'elle ne nous paraît pas manquer de possibilités intellectuelles. Dans la journée, elle assume la garde de jeunes enfants à son domicile, situation professionnelle peu rémunérée qui la laisse insatisfaite et déprimée. Notre collaboration en Reconstruction Posturale a été très bonne.

## **4.2. BILAN MORPHOLOGIQUE**

### **4.2.1. Bilan statique :**

Ce bilan a été effectué le 3 juin 1996.

#### **Vue de face**

Les malléoles sont télescopées l'une contre l'autre. Il n'existe pas de contact des mollets. Le tibial antérieur droit est visible sur toute sa longueur. Nous devinons un jour dans la partie sus-condylienne. Les bords latéraux du thorax sont asymétriques, plus concave à gauche. L'hémibassin gauche est en élévation. Le triangle thoraco-brachial droit est plus long et moins profond que le gauche, et le membre supérieur droit n'est pas en contact avec le tronc. L'angle de Sigaud est un peu plus marqué à gauche. L'épaule droite est enroulée en avant. La deuxième côte est visible au centre légèrement décalé vers la gauche. Les clavicules sont obliques en haut et en dehors et la partie médiale de la clavicule gauche est plus proéminente. La tête est en légère rotation et translation droite.

#### **Vue de dos**

Les bords latéraux des pieds sont concaves en dehors, les plis poplités sont obliques en haut et en dehors (+). Les plis fessiers sont profonds et le gauche est plus court. La ligne latérale de la fesse droite est concave en dehors dans le ¼ inférieur de la ceinture pelvienne. Il y a une dépression lordotique lombaire paramédiane droite. Tout le bord spinal de la scapula gauche est visible et abductée. La pointe de la scapula droite est visible et un peu en sonnette médiale. La région interscapulaire est enfoncée. Il existe un pli transversal au-dessus de C7.

### **Profil gauche**

L'alignement des masses n'est pas respecté : le mollet est poussé en arrière, le bassin en avant, les épaules en arrière et la tête en avant. La partie tibiale droite est visible dans son 1/3 inférieur. La scapula droite est visible. La ligne antérieure sous-mamillaire est oblique en bas et en avant. La ligne antérieure sus-mamillaire n'est pas rectiligne et est verticale. La tête est antériorisée et la lordose cervicale courte et profonde ; le cou semble plus court qu'à droite. Les piliers de cette lordose thoraco-lombaire vont de l'épine de la scapula au mollet.

### **Profil droit**

La cuisse gauche et le mollet gauche sont un peu visibles en arrière. L'aile iliaque est antéversée. La ligne antérieure sous-mamillaire est oblique en bas et en avant. La ligne antérieure sus-mamillaire n'est pas rectiligne, verticalisée dans sa partie distale et le sein gauche est visible. La tête est propulsée vers l'avant (+) et les S.C.M. sont visibles. Les piliers vont de la pointe de la scapula à la fesse.

### **Palpation des cervicales :**

Les masses latérales vertébrales sont palpables à gauche, le processus épineux de C6 et de C7. A partir de T1 les processus épineux se palpent à droite. Les processus épineux se projetant dans la concavité, ceci nous permet d'évaluer une courbure cervico-thoracique à convexité gauche.

### **4.2.2. Bilan dynamique :**

#### **Position de flexion antérieure ou flexion plantigrade :**

Cette position met en évidence une petite gibbosité dorsale droite et lombaire gauche. Les vertèbres restent enfoncées dans la zone lombaire et dorsale haute. Les genoux se mettent en rotation médiale et les talons se soulèvent, ceci de manière plus marquée à droite.

### **Les clés**

L'analyse des clés ne nous a pas été facile, les dysmorphismes mis en évidence à partir du bloc supérieur sont discrets et n'offrent pas une lecture aisée du modelé antérieur.

– *L'abduction du membre supérieur :*

A gauche elle provoque un élargissement frontal de l'hémi-thorax bas homolatéral et soulève l'EIAS droite. A droite elle provoque l'élargissement de l'hémi-thorax moyen. Nous n'avons pas constaté de réponses évoquées distales aléatoires.

– *L'inclinaison capitale :*

A gauche et à droite, elle provoque un élargissement frontal de l'hémi-thorax controlatéral. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de réponses évoquées aléatoires.

– *La rotation capitale :*

La rotation gauche soulève le sein droit ainsi que modérément l'EIAS droite ; nous pouvons observer un discret enfoncement du mollet gauche. La rotation droite soulève tout l'hémi-thorax gauche, ainsi que modérément l'EIAS droite et nous constatons un discret enfoncement du talon gauche.

– *L'antéimpulsion des membres supérieurs :*

Elle ne soulève que modérément l'hémi-thorax homolatéral.

**Montée des membres inférieurs à l'aplomb de la lordose thoraco-lombaire :**

– *Membre inférieur droit :*

La montée du membre inférieur droit soulève la région rétro-claviculaire gauche et pousse la tête en légère translation droite.

– *Membre inférieur gauche :*

La montée du membre inférieur gauche élargit le thorax controlatéral à la hauteur du sein et pousse la tête en translation droite.

– *Deux membres inférieurs :*

L'élévation des deux membres inférieurs ne donne qu'une image discrète de réponse évoquée, mais la tête part légère translation droite.

**4.2.3. Synthèse de l'examen morphologique statique et dynamique :**

Le bilan statique et dynamique, l'exploration des clés, la palpation cervicale et la position de flexion plantigrade nous confirment la présence d'une courbure cervico-thoracique à convexité gauche et une courbure thoraco-lombaire à convexité gauche. La dépression lordotique thoraco-lombaire s'est déplacée latéralement à droite avec une flèche dont l'impact se situe dans le ¼ inférieur de la ceinture pelvienne droite entraînant l'hémi-bassin gauche en élévation.



Cette flèche se dirige obliquement en haut et à gauche, pousse sur son passage l'hémi-bassin droit en antéversion, creuse la lordose lombaire et fait sortir en avant et à gauche l'aileron de Sigaud. Ceci contribue à désaligner les masses et pousse les genoux en hyperextension.

La dépression lordotique cervicale s'est déplacée latéralement à droite, entraînant une petite rotation droite de la tête. La flèche s'est dirigée vers la gauche faisant saillir sur son passage la deuxième côte en avant, la partie médiale de la clavicule gauche et le sein gauche.

À la jonction de ces deux lordoses se trouve une très courte zone de transition.

#### **4.3. LE TRAITEMENT :**

##### **4.3.1. Les manœuvres :**

- La manœuvre des membres inférieurs à l'aplomb de la lordose propulse les clavicules (+) et entraîne le membre supérieur droit en rotation latérale, avant bras en supination, coude en valgus. Elle pousse également la tête en translation droite.

- La manœuvre des mouvements alternés des chevilles membres inférieurs à l'aplomb de la lordose augmente l'inclinaison droite de la tête et la translation antérieure droite de la mâchoire.

- La manœuvre de l'abduction du V<sup>ème</sup> orteil provoque des réponses évoquées sur le membre supérieur droit essentiellement, en particulier la main.

- La manœuvre de balancement gauche et droite des membres inférieurs en flexion provoque une inclinaison droite de la tête.

- La manœuvre de sollicitation des chaînes brachiales (alignement des faces antérieures), provoque des réponses évoquées sur le pied gauche dont les orteils cherchent à se mettre en griffe, alors que les orteils du pied droit ont tendance eux à s'écarter.

- La manœuvre de circumduction des poignets en décubitus dorsal n'apporte pas de réponses évoquées visibles. Nous utilisons cette même manœuvre debout et nous observons que tout l'hémi-thorax droit cherche à se pincer dans le plan frontal.

- La manœuvre des mouvements alternés des épaules provoque une translation droite de la tête et la patiente cherche constamment à rentrer le menton et à enfoncer la tête dans le sol. A partir du moment où ces réponses évoquées sont contrariées, nous voyons apparaître une rotation médiale du membre inférieur droit.

- La manœuvre d'extension résistée des orteils, un membre inférieur fléchi, en position assise fait augmenter l'avancée de la tête.

#### 4.3.2. Stratégie de traitement :

Dans le cas de Mme P. nous n'avons utilisé aucune clé capitale puisque par leur intermédiaire nous ne sommes pas parvenue à provoquer une réponse évoquée manifeste à distance. Afin d'équilibrer la séance et de travailler également dans le bloc supérieur pour atteindre le bloc inférieur, nous avons essentiellement choisi l'abduction du membre supérieur gauche qui soulève l'EIAS droite et par là, augmente la dépression lordotique lombaire droite.

Par contre le travail à partir du bloc inférieur, membres inférieurs à l'aplomb de la lordose, la manœuvre des mouvements alternés des chevilles a été largement exploitée, car la réponse évoquée est dans cette situation très marquée sur la mâchoire et la colonne cervicale. Nous sommes attentive au rentré du menton, la patiente cherchant constamment à le faire. Nous nous assurons que la position des membres à l'équerre ne provoque pas de lombalgies ni pendant, ni dans les jours qui suivent la séance.

Cette réponse évoquée craniale-mandibulaire est également accentuée par la position assise ; plus l'alignement scapulum-sacrum est correct plus la mâchoire et la tête s'antériorisent ; Dans le but de replacer la tête sur le scapulum nous utilisons la manœuvre d'extension résistée des orteils, position extrêmement difficile pour la patiente en particulier le maintien de l'alignement scapulum-sacrum.

La manœuvre de circumduction des poignets en position debout par le pincement de l'hémi-thorax droit nous a paru intéressante. Ce mouvement est difficile à réaliser, le mouvement de grande amplitude est réduit et difficile à percevoir. L'épicondylite droite n'est pas exacerbée par cette manœuvre.

Les autres manœuvres susceptibles d'engendrer des réponses évoquées à distance sont également utilisées, mais en seconde priorité seulement. Si au cours de la séance la baisse du tonus peut être observée par une diminution du dysmorphisme induit, le gain morphologique, lors de l'observation debout en fin de séance, nous apparaît relativement modeste. Nous augmentons donc encore notre attention sur une respiration correcte, sur le meilleur alignement possible, tentons de repérer toutes les contractions volontaires et involontaires parasites, de placer la contraction inductrice par un M.G.A.R géographiquement le plus éloigné possible de la cible, pour bénéficier d'un grand bras de levier . Malgré

cela, nous avons le sentiment qu'un élément nous échappe, difficile à définir et à localiser. Il faut rappeler que sa collaboration est irréprochable et sa perception corporelle satisfaisante.

#### **4.4. LES RÉSULTATS :**

##### **4.4.1 Comparaison morphologique :**

Les photographies :

##### *1. Après 12 séances (du 3.6.96 au 3.10.96) :*

Vue de face : les bords latéraux du thorax sont maintenant symétriques et les membres supérieurs reposent harmonieusement sur le bassin.

Vue de dos : dans le plan frontal le bassin s'est harmonisé.

Malgré le fait que nous avons essentiellement travaillé à partir du bloc inférieur pour viser le bloc supérieur, nous n'observons pas frontalement ni horizontalement d'amélioration notable de la situation morphologique du bloc supérieur.

Profil droit : l'alignement tête scapulum semble meilleur, et la lordose cervicale moins profonde; cependant ces modifications restent discrètes et le modelé de ses lignes antérieures encore loin du parangon.

Profil gauche : la ligne antérieure sous-mamillaire semble s'être un peu mieux verticalisée mais l'ensemble reste désaligné.

##### *2. Après 24 séances (du 3.6.96 au 19.12.96) :*

Vue de face , vue de dos et profil droit : il semble que la situation morphologique n'ait pas beaucoup évolué depuis le mois d'octobre.

Profil gauche : globalement la situation ne paraît pas être fondamentalement différente, par contre nous pouvons nettement constater une augmentation de la taille de la patiente, le regard s'est horizontalisé, le menton et le nez se trouvent en dessus de la ligne dessinée au mur.

**4.4.2. Comparaison du spécialiste :** (selon ses propres critères et termes)

Le spécialiste a posé le diagnostic suivant :

- distension ligamentaire postérieure bilatérale ;
- dysbalance musculaire posturale sur surcharge de l'axe occipito-cervico-facial ;

- subluxation condylienne bilatérale.

Il propose, en plus du traitement par Reconstruction Posturale, une restauration dentaire inférieure avec rehaussement de la dimension verticale.

Pour des raisons pratiques, la patiente n'a pas été en mesure d'entreprendre pendant le traitement de Reconstruction, le traitement dentaire préconisé.

Au terme du traitement de Reconstruction, à la consultation, le spécialiste constate à l'anamnèse que la patiente se sent mieux, mais que les plaintes concernant l'enrouement permanent et la toux irritative demeurent et l'angoissent.

Il constate, toujours selon ses propres critères, une amélioration significative au niveau de la balance musculaire posturale, par contre, dysfonction au niveau des arythénoïdiens dont le gauche est plus hypertonique et crée une mauvaise compliance des deux cordes vocales. Stase salivaire au niveau du sinus piriforme gauche avec hyperémie pharyngée et au niveau des cordes vocales plus marquée à gauche. Il propose une prise en charge ORL et phoniatrique.

#### **4.4.3. Comparaison de l'état douloureux subjectif du patient**

Pour les motifs de la consultation, à savoir les douleurs mandibulaires, elles ont diminué : elle les évalue à 30% par rapport au 60% du début; les craquements à gauche restent de la même intensité, mais il lui semble que la fréquence de ces craquements a diminué. Quant à la sensibilité thermique des dents et des gencives, celle-ci ne s'est pas modifiée. Pour ce qui est des troubles associés, ils se sont beaucoup atténués : les vertiges ont quasiment disparu, il n'y a plus de douleur épicondylienne à droite, plus d'irradiation sur le territoire du nerf ulnaire. L'amplitude des hanches est symétrique et indolore, les cervicalgies ont disparu, et les lombalgies ont régressé. Les troubles mnésiques ne se sont plus manifestés, ils semblaient être surtout liés aux récentes anesthésies préopératoires. Les troubles digestifs restent présents.

#### **4.5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS POUR MADAME P. :**

L'amélioration morphologique acquise par le traitement reste discrète, mais l'état douloureux subjectif, pour ce qui concerne les troubles associés, s'est beaucoup amélioré.

En ce qui concerne les dysfonctions cranio-mandibulaires et ORL, le traitement ne les a pas modifiées, d'autant plus que la patiente, n'ayant pas été en mesure de suivre parallèlement le traitement dentaire préconisé, reste avec ses édentations molaires.

Notons dans les antécédents les fractures du nez et du coccyx, et la situation sociale particulière et insatisfaisante de la patiente.

## **5. PRESENTATION DU TROISIÈME CAS OBSERVE**

### **5.1. MADAME M. - 25 ANS - ANAMNÈSE :**

#### **5.1.1. Motif de la consultation :**

La patiente nous a été adressée par son médecin-dentiste pour des douleurs craquements et blocages de l'A.T.M. droite. Elle constate également un bruxisme nocturne traité par le port d'une gouttière nocturne durant 7 à 8 mois, ce qui n'a pas modifié la symptomatologie sur l'A.T.M. Des travaux d'orthodontie ont été pratiqués à l'adolescence.

#### **5.1.2. Autres troubles associés présents lors du début de traitement en R.P. :**

Aucun.

#### **5.1.3. Échelle de la douleur pour le motif de la consultation :**

50%. Elle note cependant que la douleur n'est pas constante, mais apparaît à certaines périodes, et durant ces périodes lors d'effort de mastication intense (par ex. mordre dans un gros sandwich). Rappelons ici la charge importante subie par une dent maxillaire lors de la mastication-déglutition (cf §1.1.4 " la mastication-la déglutition ").

#### **5.1.4. Antécédents :**

Déchirure partielle du Ligament Croisé Antérieur (LCA) du genou droit et du ménisque interne en 1995. Les franges méniscales ont été aspirées par arthroscopie et le LCA est resté en l'état. Elle ne décrit aucune séquelle de cet accident, si ce n'est parfois de légères douleurs. Angines à répétition, environ deux par an.

#### **5.1.5. Contexte psycho-socio-professionnel :**

Madame M. est étudiante en ergothérapie dans une autre ville située à une soixantaine de kilomètres de son lieu de domicile. Elle a une petite chambre d'étudiante non loin de son école qu'elle utilise en dehors

des périodes de stages, ces derniers s'effectuant dans le lieu au choix de l'étudiant en fonction des places disponibles.

Il s'agit d'une jeune femme très vive et dynamique au contact agréable. Elle pratique beaucoup de sports divers. Son emploi du temps est de ce fait très chargé entre ses nombreuses activités et ses déplacements, ce qui ne lui laisse, selon ses dires, que peu de disponibilité pour manger. Ses repas sont, pour la plupart du temps, composés de sandwichs qu'elle avale à la hâte, entre deux activités.

## **5.2. BILAN MORPHOLOGIQUE :**

### **5.2.1. Bilan statique :**

Ce bilan a été réalisé le 26 septembre 1996.

#### **Vue de face :**

Le pied gauche présente un " coup de hache " à la partie moyenne du bord latéral. Les malléoles se touchent, il n'y a pas de contact des mollets et pas de contact des genoux. L'EIAS droite est un peu plus haute que la gauche. Les bords latéraux du thorax sont légèrement asymétriques le gauche est un peu plus court et le droit plus concave en dehors. La deuxième côte est très visible des deux côtés mais son relief est plus long à gauche. La partie médiale des clavicules est visible et montre une concavité dirigée vers le haut ; elles se dirigent ensuite en haut et en arrière. L'espace fourchette sternale moignon de l'épaule est plus court à gauche. Les deux épaules semblent enroulées avec une prédominance à gauche et l'épaule droite est tirée vers le bas. La tête est translatée vers la gauche avec un SCM gauche plus visible. A noter que les pouces des deux mains présentent un récurvatum de P2.

#### **Vue de dos :**

Le calcanéum gauche est un peu plus varisé et la ligne des deux pieds est concave en dehors dans son 1/3 postérieur. Les fesses sont très " rebondies " et la colonne lombaire est creuse (+++) sur une courte portion avec des paravertébraux très visibles en particulier à gauche. Le bord latéral du thorax droit est plus court et plus concave en dehors. Le bord spinal de la scapula est visible des deux côtés, et le bord gauche est en adduction. Les adducteurs de la scapula sont visibles des deux côtés mais de façon plus marquée à gauche. Entre ces masses musculaires interscapulaires, la lordose s'enfonce. Les deux épaules sont enroulées, mais la droite tire également en bas ce qui donne une épaule droite plus basse. Les paravertébraux cervicaux droits sont plus visibles.

#### **Profil gauche :**

Le bord latéral du pied est concave, l'alignement des masses n'est pas respecté : le genou est poussé en arrière, le bassin en avant, le scapulum en arrière et la tête en avant (+) avec toutefois l'ensemble du corps qui se projette en avant (++)). La lordose lombaire est courte, basse et profonde. Le sterno-cléïdo-mastoïdien est visible. La pomme d'Adam fait saillie vers l'avant. La ligne antérieure sus-mamillaire est oblique en avant et en bas, mais sa partie supérieure est masquée par l'enroulement du moignon de l'épaule. La ligne antérieure sous-mamillaire est oblique en bas et en avant avec un " renflement " sous-ombilical plus marqué (+). La position du bras est correcte jusqu'au coude, qui est en flexion et pousse l'avant-bras en avant. Les piliers de cette lordose thoraco-lombaire vont de l'épine de la scapula au mollet gauche.

**Profil droit :**

Comme sur le profil gauche l'alignement des masses n'est pas respecté avec une projection antérieure du corps un peu moins marquée (+). Le sterno-cléïdo-mastoïdien est visible, la pomme d'Adam fait saillie en avant, la tête a l'air moins projetée en avant, mais le regard n'est pas horizontal. La ligne antérieure sus-mamillaire est plus verticale qu'à gauche et la ligne antérieure sous-mamillaire est plus oblique en bas et en avant faisant penser que l'aile iliaque droite est plus basculée en avant. Cette dernière est masquée par l'avant-bras droit. La main gauche est visible. Les piliers de cette lordose thoraco-lombaire vont de la pointe de la scapula à l'ischion droit.

**Palpation des cervicales :**

C1 se situe à droite, puis de C2 à C5 les masses latérales sont palpables à gauche. A partir de ce niveau les processus épineux sont tournés à droite. En regard de C2 à C6 le rachis cervical est lordosé et les vertèbres enfoncées.

**5.2.2. Bilan dynamique :**

**Position de flexion antérieure ou flexion plantigrade :**

Le talon droit de soulève, les genoux se mettent en rotation médiale (+). Cette position met en évidence une gibbosité dorsale droite courte et lombaire gauche longue. Une dépression lordotique apparaît dans la région lombaire et cervico-thoracique à droite qui contribue à confirmer l'impact droit des flèches. Le modelé de la zone scapulaire est chaotique (++)).

**Les clés :**

– *L'abduction des membres supérieurs :*

L'élargissement de l'hémi-thorax homolatéral donne la réponse évoquée inéluctable pour chacune des abductions. Les réponses évoquées aléatoires ne sont elles cependant pas symétriques ; l'abduction du membre supérieur gauche entraîne un soulèvement de l'EIAS droite et un pincement important (++) de la taille à droite dans le plan frontal. Lors de l'abduction du membre supérieur droit, la patiente vrille tout son côté gauche sur la droite en prenant appui sur la fesse droite.

– *L'inclinaison capitale :*

L'inclinaison capitale gauche provoque un élargissement frontal de l'hémi-thorax controlatéral et de manière aléatoire un soulèvement de tout l'hémi-thorax gauche en prenant appui sur la fesse droite. L'inclinaison capitale droite provoque un élargissement frontal de l'hémi-thorax gauche et augmente (+++) la lordose thoraco-lombaire.

– *La rotation capitale :*

La rotation capitale gauche soulève l'hémi-thorax droit ; elle tend à soulever l'EIAS droite, à translater le bassin à gauche et la patiente cherche à abduquer son membre inférieur droit. La rotation capitale droite soulève tout l'hémi-thorax gauche de manière similaire à l'inclinaison capitale gauche et l'abduction du membre supérieur droit. Cependant l'enfoncement ne se fait pas uniquement sur la fesse droite mais également sur le talon droit.

– *L'antépulsion des membres supérieurs :*

L'antépulsion du membre supérieur gauche provoque de manière très importante (++++) le soulèvement de l'hémi-thorax homolatéral. L'antépulsion du membre supérieur droit le fait également (+++) mais en plus le thorax gauche a tendance à s'élargir dans sa partie la plus inférieure.

– *Le recul de la tête :*

Il provoque le recul du sacrum. Il est extrêmement difficile à réaliser pour la patiente.

**Montée des membres inférieures à l'aplomb de la lordose thoraco-lombaire :**

– *Membre inférieur droit :*

La montée du membre inférieur droit fait ressortir le sein gauche. Nous constatons également une adduction de la scapula droite et un soulèvement (++) du menton.

– *Membre inférieur gauche :*

La montée du membre inférieur gauche fait essentiellement ressortir (+++) la trachée.

– *Deux membres inférieurs :*



La montée des deux membres inférieurs nous montre un soulèvement de tout le thorax et des clavicules ; la colonne cervicale se met en lordose et soulève la gorge de manière plus prononcée à gauche.

### **5.2.3. Synthèse de l'examen morphologique statique et dynamique :**

Le bilan statique et dynamique confirment la présence d'une courbure cervico-thoracique à convexité gauche et une courbure thoraco-lombaire à convexité gauche. A la jonction de ces deux lordoses se trouve une zone de transition à convexité droite sur deux ou trois vertèbres, zone plus facilement mise en évidence par l'enfoncement des lordoses sus et en particulier sous-jacente.

Les membres inférieurs présentent une déformation en varus. La dépression lordotique lombaire est profonde (+++), légèrement décentrée à droite. L'impact de la flèche semble se situer en regard de L5 ; elle se dirige très en avant, creusant (+++) la lordose lombaire et un peu obliquement en haut et en dehors donnant l'image de la convexité sous-mamillaire de la ligne thoracique gauche.

L'entrée de la flèche cervicale nous paraît se situer relativement haut sur la colonne cervicale et relativement verticalement pour entraîner la translation gauche de la tête, la saillance des clavicules et des deuxièmes côtes, l'abaissement de l'épaule droite et l'enroulement de l'épaule gauche.

## **5.3. LE TRAITEMENT :**

### **5.3.1. Les manœuvres :**

- La manœuvre des membres inférieurs à l'aplomb de la lordose soulève le sein et la clavicule gauches. La patiente cherche à adducter les scapulae , à augmenter la lordose cervicale et à dévier la mâchoire à droite.

- La manœuvre des mouvements alternés des chevilles membres inférieurs à l'aplomb de la lordose provoque instantanément des crampes insupportables des orteils.

- La manœuvre de l'abduction du V<sup>ème</sup> orteil provoque des compensations dans le membre inférieur opposé et dans les membres supérieurs en particulier en abduction des deux pouces.

- La manœuvre de balancement gauche et droite des membres inférieurs à l'équerre provoque une augmentation de la translation gauche de la tête.

- La manœuvre de sollicitation des chaînes brachiales (alignement des faces antérieures) soulève l'EIAS droite.

- La manœuvre des mouvements de circumduction des poignets soulève également l'EIAS droite.

- La manœuvre des mouvements alternés des épaules altère la respiration, le relâchement abdominal devient difficile et le rythme perd de sa régularité.

- La manœuvre d'extension résistée des orteils un membre inférieur fléchi en position assise augmente la translation antérieure de la tête.

### **5.3.2. Stratégie de traitement :**

Dès le début de la prise en charge, le problème premier est la respiration. Celle-ci est rapidement altérée, dès que la sollicitation des chaînes est mise en place. La ligne entre les EIAS devient immédiatement bombée, le transverse supérieur se contracte et le rythme se modifie. Avec toute la concentration que la patiente met à la réalisation d'une respiration correcte, le rythme se normalise, le transverse supérieur se relâche mais la ligne entre les EIAS demeure irrégulière et dure. Sur toutes les clés et les manœuvres cette image demeure. De plus la patiente cherche à expirer la bouche la moins ouverte possible et l'ouverture de la bouche rend la respiration encore plus difficile et la réponse évoquée à distance encore plus marquée.

Comme pour les autres cas considérés, nous avons favorisé le travail à partir du bloc inférieur pour atteindre le bloc supérieur.

La manœuvre des mouvements alternés des chevilles membres inférieurs à l'aplomb des chevilles provoque lors des premières séances des crampes importantes des orteils, ce qui ne fait qu'altérer encore plus la respiration. Il faut donc trouver un moyen terme entre la grande amplitude des chevilles et une respiration la plus correcte possible. Au cours de l'avancée du traitement, les crampes ont totalement disparu.

La manœuvre de balancement gauche et droite des membres inférieurs provoquant une réponse évoquée sur la tête, nous l'exploitons souvent, également en tant que préparation des mouvements alternés des chevilles.

Le recul de tête en position assise se révèle d'une grande difficulté la patiente est incapable de déplier tout le bloc inférieur vers l'arrière autour de sa zone de transition : l'alignement scapulum sacrum représente pour elle un effort gigantesque. Nous l'aidons à maintenir cet alignement en gardant constamment les doigts sur la zone de transition que nous l'encourageons à garder en avant tandis que la gorge recule. A partir du moment où elle parvient à maintenir un peu la position les membres inférieurs se fléchissent et se tournent vers le dedans, ce que nous lui demandons d'éviter. Cette clé nous paraît intéressante à exploiter pour

provoquer, par le recul de tête, le recul du sacrum et, augmenter dans un premier temps, puis réduire la lordose thoraco-lombaire par épuisement tonique.

Nous n'utilisons, pour ces raisons, que peu cette posture et préférons pour cibler la lordose du bloc inférieur, les nombreuses manœuvres et clés à partir du bloc supérieur.

La manœuvre d'extension résistée des orteils est également extrêmement difficile pour cette patiente.

#### **5.4. LES RÉSULTATS :**

##### **5.4.1. Comparaison morphologique :**

Les photographies :

##### *1. Après 9 séances (du 26.9. au 2.12.1996) :*

Vue de face : les bords latéraux du thorax sont devenu symétriques. Les clavicules et la deuxième côte sont moins saillantes, l'épaule droite est moins tirée vers le bas et la tête moins translatée à gauche. Le récurvatum des pouces est moins marqué. Nous constatons chez cette patiente une augmentation de la taille, le sommet du crâne atteint maintenant la ligne du mur alors qu'il se situait légèrement en dessous.

Vue de dos : nous constatons la même augmentation de la taille. Les paravertébraux lombaires sont moins apparents et la lordose lombaire moins profonde (++) . Les bords latéraux du thorax se sont allongés et les adducteurs des scapulae ne sont plus visibles.

Profils droit et gauche : nous constatons toujours cette augmentation de taille; la lordose thoraco-lombaire est moins prononcée et la ligne antérieure sous-mamillaire s'est verticalisée. La tête reste translatée vers l'avant mais les sterno-cléido-mastoïdiens sont moins visibles.

##### *2. Après 21 séances (26.3.1997) :*

Vue de face : nous voyons apparaître un jour dans le 1/3 supérieur des cuisses; la deuxième côte et les clavicules sont encore moins visibles

et les sterno-cléido-mastoïdiens ne sont plus apparents. L'épaule droite reste cependant toujours légèrement plus abaissée.

Vue de dos : toutes les contractures musculaires sont encore moins apparentes, y compris maintenant les paravertébraux cervicaux droits et les bords médiaux des scapulae sont moins proéminents.

Profils droit et gauche : la tête reste translattée vers l'avant, mais nous pouvons constater avec le repère des lignes sur le mur qu'elle s'est un peu postériorisée.

**5.4.2. Comparaison du spécialiste :** (selon ses propres termes et critères)

A la première consultation le spécialiste relève une A.T.M. droite très sensible à la pression et sensibilité légère de la gauche. Musculature manducatrice souple et non douloureuse. La patiente porte une gouttière la nuit, mais pense que celle-ci ne l'aide pas. Les douleurs à la mastication ont commencé vers l'âge de 16 ans. Elle a terminé un traitement orthodontique vers l'âge de 13 ans.

A la réévaluation en avril 97, au terme des 21 séances de Reconstruction Posturale, la patiente pense avoir été améliorée, mais elle reste cependant très dérangée par ses douleurs, au point d'envisager une chirurgie des A.T.M. Le spécialiste confectionne et pose une gouttière réalisée avec une protrusion de 2mm. En juillet la patiente téléphone au spécialiste; elle dit se sentir nettement mieux. Il va réévaluer la situation en septembre et si l'amélioration continue, procéder à des collages occlusaux en composite de façon à supprimer les gouttières.

**5.4.3 Comparaison de l'état douloureux subjectif du patient :**

La patiente vit des états de rémissions quasiment complètes des douleurs A.T.M. avec des réapparitions sporadiques comme ceci était déjà le cas auparavant. La seule chose qui semble s'être modifiée, c'est l'intensité de la douleur, qu'elle évalue au terme du traitement de Reconstruction Posturale à 25 %, donc une diminution subjective de moitié. Ayant été rendue par le traitement plus attentive à son mode de vie, elle a pu observer que la réapparition des symptômes (deux fois en 6 mois) coïncidait exactement à des périodes de stress (examens).

**5.5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS POUR MADAME M.**

Du point de vue morphologique l'amélioration s'est concrétisée par le traitement. En ce qui concerne les troubles A.T.M. ils sont encore

présents, mais elle décrit une réduction subjective de ses douleurs de moitié.

A noter que la patiente n'a subi aucune chute conséquente dans ses antécédents, mais qu'elle a suivi un traitement orthodontique important pendant son adolescence. Relevons également que la période de traitement de Reconstruction Posturale coïncidait avec une période de stress dont elle était consciente.

## 6. PRESENTATION DU QUATRIÈME CAS OBSERVE

### 6.1. MADAME B. - 40 ANS - ANAMNÈSE :

#### 6.1.1. Motif de la consultation :

Douleurs derrière l'oreille droite en regard de l'insertion du Sterno-cléido-mastoïdien. Cette douleur est augmentée lors de situations de stress ou de serrement des mâchoires.

Ressaut de l'articulation temporo-mandibulaire droite lors de la fermeture et ouverture de la bouche, avec douleurs et craquements de ladite articulation, traité en 1983 par le port d'une gouttière pendant environ 8 mois. La patiente s'est trouvée mieux grâce à ce traitement.

#### 6.1.2. Autres troubles associés présents lors du début de traitement en R.P. :

Douleurs cervicales avec irradiation sur le territoire du nerf ulnaire à droite ;

Migraines fréquentes à droite ; prise régulière d'antidouleurs ;

Sensation de tension sur les trapèzes des deux côtés ;

Lombalgies droite sans irradiations ;

Sensation "d'étau" bilatéral des segments jambiers, avec difficulté à mettre les pieds à plat le matin ;

#### 6.1.3. Échelle de la douleur :

Pour le motif de la consultation : parle de gêne plus que de douleurs, qu'elle évalue à 10%. Pour les autres douleurs : même remarque que ci-dessus.

#### 6.1.4. Antécédents :

Chute sur le menton à l'âge de 8 ou 9 ans.

Pyélonéphrite\* traitée par homéopathie uniquement ;

Adénofibrome\* bénin du sein gauche, surveillé mais ne nécessitant pas de traitement particulier.

Les rachialgies citées plus haut se manifestent depuis environ 8 à 10 ans. Elles ont été traitées par de la physiothérapie *classique* et par des manipulations qui l'ont améliorée.

#### 6.1.5. Situation personnelle :

Mme B. est hygiéniste dentaire et connaît parfaitement les problèmes liés aux A.T.M. et à l'occlusion. Il s'agit d'une personne célibataire avec des pôles d'intérêts très divers, puisqu'en plus de son

activité professionnelle elle pratique de la danse et du théâtre semi-professionnel. Elle suit actuellement une formation de 4 ans en médecines douces sanctionnée par des épreuves qu'elle prépare au moment du traitement. A cette même période Mme B. vit une situation de rupture affective. La collaboration lors du traitement en R.P. est excellente.

## **6.2. BILAN MORPHOLOGIQUE :**

### **6.2.1. Bilan statique :**

Bilan réalisé le 13 juin 1996.

#### **Vue de face :**

Tout le premier métatarsien du pied droit semble soulevé du sol provoquant un coup de hache sur le bord médial de ce pied. Le pied gauche offre une image similaire avec un angle cependant moins aigu. Les bords latéraux des deux pieds présentent également un coup de hache en regard de la partie proximale du cinquième métatarsien. Il n'y a pas de contact des mollets et seul un petit jour est visible entre les cuisses. Le bassin est poussé à droite et l'ÉIAS droite semble plus antérieure. Le ventre semble pris dans un étau longitudinal qui va des ailerons de Sigaud au pubis. Le bord latéral du thorax droit est plus court mais plus rectiligne qu'à gauche. Le sein droit est légèrement plus affaissé et plus à l'extérieur (+) que le sein gauche. L'épaule droite est plus basse et plus antérieure. La clavicule droite est visible sur toute sa longueur, avec une saillie médiale plus marquée. La clavicule gauche est également visible sur toute sa longueur mais semble plus longue et plus oblique en haut et en arrière. Les sterno-cléido-mastoïdiens sont visibles des deux côtés. La tête est légèrement inclinée à gauche (+) .

#### **Vue de dos :**

Les deux tendons d'Achille présentent une hyperkératose plus haute et plus large à gauche. La partie rétromalléolaire semble œdématiée des deux côtés, avec un prédominance droite. Il n'y a pas de contact des mollets. Les creux poplités sont poussés en arrière et un léger jour se devine entre les cuisses. Le pli fessier droit est plus bas et plus profond que le gauche. La fesse gauche semble plus déprimée dans sa partie supéro-latérale. Le déjettement droit du bassin est moins manifeste que sur la vue de face. L'espace thoraco-brachial droit est plus court, plus profond et plus rectiligne que le gauche. La dépression lordotique lombaire est courte légèrement excentrée à droite et les paravertébraux gauches sont visibles. Le bord médial de la scapula gauche est vertical et très saillant (++) sur toute sa longueur. Le bord médial de la scapula droite est à peine apparent, plus " épais " dans la région de la pointe, en légère sonnette

interne et tiré vers le bas. La dépression lordotique interscapulaire est importante (+++). La tête est légèrement inclinée à gauche.

**Profil gauche :**

Le mollet est poussé en arrière (+) ; la tête est propulsée vers l'avant (+) et le sterno-cléido-mastoïdien est visible, mais de manière moins marquée qu'à droite. La ligne antérieure sus-mamillaire est oblique mais plus verticale qu'à droite, La ligne antérieure sous-mamillaire est légèrement oblique en bas et en arrière mais pas rectiligne. Les piliers de cette lordose thoraco-lombaire modérée se situent sur l'épine de la scapula et sur le mollet.

**Profil droit :**

Le mollet est poussé en arrière, l'EIAS est légèrement antéversée (+), l'index de la main gauche est visible, il existe une dépression en avant de l'aile de Sigaud, la tête est propulsée vers l'avant (+), le sterno-cléido-mastoïdien est visible. La ligne antérieure sus-mamillaire est oblique en bas et en avant mais un peu verticale ; la ligne antérieure sous-mamillaire est verticale et non rectiligne et les parties supérieures et inférieures de cette ligne sont convexes vers l'avant (++) ceci de manière plus prononcée que sur le profil gauche. Les piliers de la lordose thoraco-lombaire se situent en haut sur la pointe de la scapula et en bas sur la fesse en regard de l'ischion.

**Palpation des cervicales :**

De C1 à C5 les masses latérales sont palpables à gauche mais leur translation est très modérée. Les processus épineux de C6 et C7 sont centrés et ceux de D1 D2 et D3 se projettent là aussi très modérément sur la droite.

**6.2.2. Bilan dynamique :**

**Position de flexion antérieure :**

Les talons décollent (+) les genoux se télescopent (++) , une dépression lordotique lombaire à droite apparaît, et nous pouvons mettre en évidence une modeste gibbosité dorsale droite (+). L'image interscapulaire est chaotique.

**Les clés :**

Étant donné la " liberté " articulaire de Mme B., la lecture des dysmorphismes demande une attention particulière et l'augmentation du tonus



à distance par l'utilisation d'une manœuvre ne s'impose pas d'emblée. Relevons que la patiente a une certaine crainte, dès le moment où l'on pose les mains sur sa colonne cervicale.

– *L'abduction du membre supérieur :*

C'est l'abduction du membre supérieur gauche qui, si elle n'élargit que très discrètement le thorax homolatéral, produit à distance un pincement important de la taille à droite et raccourcissement du membre inférieur droit. Nous n'avons pas pu observer d'autres réponses évoquées aléatoires plus à distance. L'abduction du membre supérieur droit provoque un élargissement frontal du thorax droit une translation gauche du bassin, comme si la zone de transition à convexité droite se prolongeait plus bas sur le bassin, par dessus la courbure thoraco-lombaire.

– *L'inclinaison capitale :*

L'inclinaison gauche provoque un élargissement frontal modéré de l'hémi-thorax droit ; elle fait saillir l'aileron de Sigaud gauche et l'EIAS droite. La patiente cherche constamment à rentrer son menton. Nous n'avons pas observé d'autres réponses évoquées aléatoires plus à distance. L'inclinaison droite, à part la déformation inéluctable, n'engendre pas de réponse évoquée à distance susceptibles d'être exploitées.

– *La rotation capitale :*

La rotation gauche soulève la sterno-claviculaire droite et fait ressortir l'EIAS droite. La patiente cherche à enfoncer le mollet gauche. La rotation droite soulève le sein gauche et élargi le thorax droit à la hauteur du sein, l'EIAS droite cherche à se soulever et le mollet gauche à s'enfoncer.

– *L'antépulsion des membres supérieurs :*

Les réponses évoquées inéluctables sont modestes mais la patiente cherche à rentrer le plus possible son menton.

– *Le recul de la tête :*

Il provoque le recul du sacrum et nous l'avons exploité en position assise.

#### **Montée des membres inférieurs à l'aplomb de la lordose thoraco-lombaire :**

– *Membre inférieur droit :*

La montée du membre inférieur droit élargit le thorax gauche jusqu'à la hauteur du sein.

– *Membre inférieur gauche :*

La montée du membre inférieur gauche pince le thorax gauche dans le plan frontal et fait ressortir le menton.

– *Deux membres inférieurs :*

La montée des deux membres inférieurs fait soulever le thorax avec peut-être une prédominance en dessus du sein droit.

### **6.2.3. Synthèse de l'examen morphologique statique et dynamique :**

Comme pour les cas précédents, le bilan statique et dynamique ainsi que la palpation cervicale met en évidence la présence d'une courbure cervico-thoracique modérée à convexité gauche et une courbure thoracolumbaire modérée à convexité gauche. A la jonction de ces deux courbures se trouve une courte zone de transition.

La dépression lordotique lombaire s'est un peu latéralisée à droite avec une flèche qui semble s'impacter en regard de L5 S1, poussant l'EIAS droite en avant, et se diriger en haut et en dehors avec une obliquité peu marquée, entraînant plus une déformation frontale que sagittale de l'aileton de Sigaud à gauche. Ceci pourrait nous donner cette image de bassin déjeté vers la droite.

La dépression lordotique cervicale semble être également paramédiane droite avec une flèche dont l'impact se situe en arrière du sterno-cléido-mastoïdien droit, se dirige obliquement en bas et à gauche entraînant cette légère translation droite inclinaison gauche de la tête poussant sur son passage la sterno-claviculaire droite, attirant l'épaule droite vers le bas et en avant. La sortie de cette flèche n'est pas manifeste mais semble rejoindre dans la région de l'aileton de Sigaud gauche la flèche inférieure, accentuant ainsi l'image de déjetement gauche du thorax. Les membres inférieurs présentent un dysmorphisme modéré de genu varum. Globalement, la translation antérieure de la tête mise à part, la déformation est plus importante dans le plan frontal que dans les autres plans.

## **6.3. LE TRAITEMENT :**

### **6.3.1. Les manœuvres :**

- La manœuvre des membres inférieurs à l'aplomb de la lordose provoque immédiatement des clonies dans le bloc inférieur et supérieur, également sur la mâchoire qui se translate à droite.

- La manœuvre des mouvements alternés des chevilles membres inférieurs à l'aplomb de la lordose augmente l'image précédente et nous observons également l'épaule droite qui cherche à descendre vers le bassin, l'avant-bras se met en supination, le coude en valgus et le pouce s'abducte.

- La manœuvre de l'abduction du V<sup>ème</sup> orteil n'offre pas d'augmentation de tonus à distance qui puisse être exploitable.

- La manœuvre de balancement gauche et droite des membres inférieurs à l'équerre provoque des clonies du bloc supérieur et une réponse évoquée de la mâchoire en translation droite .et inclinaison cervicale gauche, en particulier lorsque les deux membres inférieurs sont amenés vers la gauche.

- La manœuvre de sollicitation des chaînes brachiales (alignement des faces antérieures), provoque des clonies dans les membres inférieurs.

- La manœuvre des mouvements de circumduction des poignets s'avère surtout intéressante en position debout , la patiente cherche à serrer les chevilles, à placer son genou droit en récurvatum et le bassin en particulier l'hémi-bassin droit quitte constamment l'appui mural.

- La manœuvre de mouvements alternés des épaules en décubitus dorsal ne donne pas d'augmentation évidente de tonus dans le bloc inférieur, mais la difficulté " mentale " qu'a la patiente à réaliser ce mouvement simple nous fait penser que nous sommes en présence d'un comportement anormal, comme le ralentissement de la vitesse de compréhension d'ordres simples, inhibition partielle ou totale de mouvements habituellement réalisables, qui peuvent être considérés également comme une réponse évoquée.

- La manœuvre d'extension résistée des orteils un membre inférieur fléchi en position assise, provoque une augmentation importante de la translation antérieure de la tête.

### **6.3.2. Stratégie de traitement :**

Le travail a été en priorité mené à partir du bloc inférieur, pour que la contraction inductrice de ce bloc provoque à distance une augmentation du tonus dans le bloc supérieur jusqu'à épuisement de ce tonus.

Dans le cas de Mme B. le travail à partir du bloc inférieur a toujours dû rester infraliminaire aux clonies provoquées par la sollicitation des chaînes, en particulier lors du travail des membres inférieurs à l'aplomb de la lordose. Au cours de l'avancée du travail ces clonies se sont atténuées pour disparaître presque complètement. Il faut cependant noter que parfois ces clonies réapparaissent dans des périodes de vie difficile de la patiente et nous nous posons la question de savoir si ceci est dû à une fragilité affective passagère où à une sollicitation des chaînes plus précise et rigoureuse de notre part.

En tenant compte des éléments du bilan statique et dynamique, nous avons privilégié les manœuvres des membres inférieurs à l'aplomb de la lordose avec le travail des chevilles, et les manœuvres de balancement

gauche-droite. Dès que ce travail est introduit, le dysmorphisme provoqué uniquement par l'élévation des membres inférieurs est aggravé, mais en plus nous voyons apparaître d'autres dysmorphismes dans le bloc supérieur. Le plus difficile, dès le moment où les clonies ont diminués, est de doser les exigences de manière que la patiente puisse lâcher toutes les contractions involontaires conscientes ou inconscientes en évitant les verrouillages, pour n'avoir à faire qu'à l'hypertonie induite. Il faut veiller également à empêcher le rentré continu du menton.

Les postures en position assise à savoir le recul de tête et surtout l'extension résistée des orteils sont exploitées plus tardivement en raison des lombalgies dont la patiente s'est plainte à l'anamnèse.

Nous introduisons également, à chaque séance, dans la mesure du possible, une sollicitation des chaînes à partir d'une contraction inductrice dans le bloc supérieur. Dans le cas de Mme B., toutes les clés capitales ne sont utilisées que tardivement et modérément en raison des cervicalgies, céphalées et tensions musculaires dont se plaint la patiente à l'anamnèse, mais également pour le peu d'intérêt que ces clés représentent. Lors de la disparition complète de ces symptômes, c'est-à-dire pas avant la 14<sup>ème</sup> séance, nous utilisons l'inclinaison capitale gauche pour aggraver le soulèvement de l'EIAS droite. Les rotations capitales ne donnent à ce moment plus suffisamment de réponses évoquées à distance susceptibles d'être exploitées.

Dans le travail à partir du bloc supérieur, nous exploitons l'abduction du membre supérieur gauche et la manœuvre de circumduction des poignets en position debout. Cette manœuvre est exécutée avec les deux poignets, en veillant à ne pas réactiver l'algie sur le territoire du nerf ulnaire.

#### **6.4. LES RÉSULTATS :**

##### **6.4.1. comparaison morphologique :**

Les photographies :

1. *Après 12 séances (du 13.6. au 1.10.1996) :*

Vue de face : l'espace entre les cuisses a augmenté et le tronc semble s'être allongé, mais le dysmorphisme en varus des membres inférieurs demeure.

Vue de dos : nous retrouvons un espace entre les cuisses et l'épaule droite tire moins vers le bas mais ceci de manière discrète.

Profil droit et gauche : l'ensemble semble s'être rallongé et la ligne antérieure sous-mamillaire est plus rectiligne en particulier sur le profil gauche. Les sterno-cléido-mastoïdiens restent visibles.

2. Après 24 séances (photos au 21.1.1997) :

Vue de face : nous constatons la même modification qu'en octobre.

Vue de dos : l'épaule droite est très nettement remontée et les bords médiaux des scapulae sont parallèles. La dépression sur la fesse gauche n'est plus visible et les paravertébraux moins apparents. La saillance de C7 / T1 est moins marquée. L'œdème en regard des tendons d'Achille est moins marqué.

Profils droit et gauche : nous ne constatons pas de changement par rapport au mois d'octobre mis à part le sterno-cléido-mastoïdien gauche qui n'est maintenant plus visible et la tête qui est mieux centrée.

**6.4.2. Comparaison du spécialiste :** (selon ses propres termes et critères)

Le spécialiste a diagnostiqué une ancienne fracture impactée condylienne gauche et intra-articulaire droite associée à une fracture incomplète symphysaire, à la luxation antéro-médiane du ménisque réductible, bloquée par quelques adhérences dans les deux compartiments. Au niveau des muscles propres de la face il relève une induration de ces derniers, ainsi que de l'omo-hyoïdien et sterno-cléido-mastoïdien à droite.

Au terme des 24 séances de Reconstruction Posturale il constate que toutes les plaintes concernant la région cranio-mandibulaire ont disparu. Il constate cependant qu'il reste une douleur élective de la mastoïde à droite en regard de l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien, douleur augmentée par une latéralité cervicale gauche.

A la suite du traitement de Reconstruction Posturale le spécialiste propose : " une physiothérapie d'ouverture buccale et myotensive enseignée au fauteuil. Eventuellement une gouttière de désimpaction musculaire au niveau mandibulaire d'une surélévation de 4 à 5 mm, sans guidage canin, lisse et meulage sélectif de la 41\* qui est un frein important dans les différents mouvements de la mâchoire. Dans les postures de compensation de l'axe occipito-cervico-facial, il y a butée sur

la 41 qui entraîne une latéralisation mandibulaire gauche, créant une surcharge au niveau du muscle correspondant dans l'équilibre de latéralité, soit le sterno-cléido-mastoïdien. " .

#### **6.4.3. comparaison de l'état douloureux subjectif du patient :**

Les cervicalgies ont disparu ; il n'y a plus d'irradiations dans le membre supérieur droit ;

Les migraines ont diminué dans leur fréquence et leur intensité ;

Il n'y a plus de sensation de tension sur les trapèzes ;

Les lombalgies ont pratiquement disparu ; il existe cependant quelques petites rémanences à la fatigue ;

La consommation d'antidouleurs a cessé ;

Les douleurs dans les jambes ont disparu et elle ne ressent plus aucune difficulté à poser son pied à plat le matin ;

Par contre, demeurent les craquements et douleurs de l'A.T.M. droit qu'elle évalue maintenant sur l'échelle de la douleur à 7%.

#### **6.5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS POUR MADAME B.**

Du point de vue des résultats, la patiente décrit une amélioration conséquente de son état douloureux.

En ce qui concerne les troubles A.T.M. douleurs et craquements persistent, même si leur intensité lui semble moindre.

Du point de vue morphologique, nous avons constaté une discrète amélioration.

Notons la présence d'une chute dans l'enfance et une situation passagère de stress dans sa vie personnelle qui coïncide avec la période de traitement.

## **7. DISCUSSION**

Les quatre cas choisis pour cette étude offrent certaines similitudes :

- Nous sommes en présence dans les quatre cas, d'une courbure cervico-thoracique à convexité gauche et une courbure thoraco-lombaire à convexité gauche ; entre ces deux courbures nous avons pu observer une zone de transition thoracique, courte, à convexité droite. Les dépressions lordotiques cervico-thoracique et thoraco-lombaire se sont décentrées vers la droite et la flexion plantigrade montre des gibbosités thoracique droite et lombaire gauche.

- Dans les 4 cas, la tête est propulsée vers l'avant et les sterno-cléido-mastoïdiens visibles.

- Lors de la sollicitation des chaînes musculaires à partir du bloc inférieur, il est possible dans tous les cas d'aggraver un dysmorphisme de la mâchoire. Le rentrer du menton en guise de compensation s'est plus souvent présenté que le sorti du menton, ceci de manière très marquée chez trois d'entre eux.

- Trois patientes sur quatre ont subi dans leur existence un épisode traumatique bénin de la face ; la quatrième a subi des travaux importants d'orthodontie.

- Pour les 4 patientes, l'ouverture de la bouche à l'expiration augmente la difficulté de la posture. (peut être considéré comme un mouvement de grande amplitude ).

- Dans l'ensemble des cas, les troubles associés, présents lors du début du traitement, ont disparu ou ont été améliorés ceci quelle qu'ait été l'amélioration morphologique.

- Dans l'ensemble des cas, les troubles subjectifs cranio-mandibulaires ont été atténués, mais les problèmes restent largement présents.

- Dans l'ensemble des cas, la patiente vit une situation de fragilité psychologique provisoire ou plus profonde, semblant être un facteur déterminant sur l'altération des autres systèmes.

La déglutition-mastication, la phonation, la respiration et le système locomoteur semblent intimement liés et agir en interaction sur l'ensemble de la posture ; tout déséquilibre occlusal et toute dysfonction linguale, en modifiant l'état des muscles de la face et de la tête influence la musculature cervicale antérieure et postérieure et par là l'ensemble de la statique.

Dans cette étude nous avons tenté, par la Reconstruction Posturale, d'avoir pour cible essentielle, dans la mesure du possible, la région cranio-mandibulaire par une contraction inductrice dans le bloc inférieur, et privilégier le travail dans le sens caudo-cranial. Malgré cela, force est de constater que les améliorations subjectives se sont produites essentiellement ailleurs. Ceci nous permettrait-il de penser qu'une dysfonction localisée dans la zone cervicale puisse agir sur un

dysmorphisme d'un pied, d'un membre inférieur ou sur une courbure scoliotique ? Et l'inverse ?

Nous avons délibérément choisi au départ de travailler dans les deux blocs pour viser également les déformations mises en évidence lors des bilans statique et dynamique, puisque nous envisageons le corps humain dans son intégralité. Il nous est donc impossible d'imaginer quels auraient pu être les résultats sur les A.T.M. si nous n'avions ciblé que la région cranio-mandibulaire. De plus, il nous a paru peu souhaitable de procéder de cette façon ; en effet, comme 3 des 4 patientes présentaient de nombreux troubles associés à la pathologie à laquelle nous nous sommes intéressée, il nous a semblé fondamental d'y porter également toute notre attention ; nous avons préféré dans un premier temps, faire passer l'acte thérapeutique et sa stratégie avant la recherche. Dans un deuxième temps, si nous admettons que la situation morphologique d'un bloc inférieur est essentielle pour l'équilibre morphologique d'un bloc supérieur, et l'inverse, il devenait incontournable de cibler également le bloc inférieur.

Nous nous attendions à observer dans ce contexte, outre les réponses évoquées sur la mâchoire, des difficultés à la déglutition dans tous les cas, ce qui ne s'est pas confirmé. Nous voyons par contre fréquemment dans notre pratique quotidienne des patients ayant des difficultés à déglutir lorsque la sollicitation des chaînes devient par trop importante, patients ne se plaignant d'aucun trouble de la région cervico-cranio-mandibulaire. Ceci se vérifie également pour les réponses évoquées sur la mâchoire. En présence de ce type de dysmorphisme, nous avons systématiquement interrogé les patients sur l'existence d'anciens traumatismes de la face, ou corrections orthodontiques importantes. Nous nous sommes rendu compte que si la majorité d'entre eux répondaient par l'affirmative, ceci ne constituait pas la totalité des cas.



## 8. CONCLUSION

Lorsque nous nous sommes intéressée aux troubles cranio-mandibulaires, nous ne soupçonnions pas encore quelles difficultés nous allions rencontrer.

La première de ces difficultés fut de trouver des patients correspondant à l'étude que nous voulions mener, patients que nous n'avions jamais traités dans notre pratique quotidienne. Il ne nous a d'ailleurs pas été facile de trouver des spécialistes convaincus de l'influence morphologique sur les atteintes cranio-mandibulaires et la plupart de ces spécialistes doutaient du bien-fondé même d'un tel projet.

À chaque contact établi avec des praticiens en médecine dentaire et chirurgie maxillo-faciale, ceux-ci nous ont fait part de leur intérêt mais surtout de leur étonnement face à une approche intégrale du corps humain pouvant entrer en résonance avec leur spécialité. Ceci d'autant plus qu'ils disent n'avoir à leur disposition aucune thérapie vraiment satisfaisante pour traiter ce genre de pathologie, qui représente pour eux un problème très épineux. Ils méconnaissent en général l'existence d'une technique agissant sur une baisse du tonus musculaire plutôt que sur son augmentation. Le " muscler " pour guérir reste encore et toujours une conviction bien ancrée. De plus, s'ils ont entendu parler de chaînes, c'est plutôt en relation avec des notions ostéopathiques. Cependant, il est probable que, si nous avons eu le temps de contacter un très grand nombre de spécialistes, nous serions peut-être allée au devant d'une attente.

Dans ce contexte et pour éclairer ce qui précède, il nous a paru intéressant de relever dans l'ouvrage de M.A. Clauzade et B. Darailans (réf.1), la remarque suivante : *" il est capital de savoir que les scolioses, hyperlordoses et hypercyphoses ne sont pas des attitudes comportementales mais constituent des processus adaptatifs qui peuvent être fonctionnels. Ce serait une erreur de croire que l'on puisse corriger ces déformations "*. Puisse, à long terme, le travail des Reconstructeurs Posturaux apporter un démenti à cette assertion.

Une fois les patients trouvés, il restait à les convaincre de l'opportunité du travail à distance et que, malgré les apparences, si nous travaillions leurs pieds c'est que nous nous intéressions à leur mâchoire. Il nous a paru très important qu'ils saisissent l'esprit de la

Reconstruction Posturale pour que la collaboration puisse s'établir et qu'ils acceptent notre rôle de " guide " .

Cette étude ne porte que sur un nombre réduit de cas dans un temps volontairement limité, et ne peut en aucune manière en donner une image exhaustive. Elle demanderait une recherche plus approfondie en posant des critères plus serrés et plus étroits. Par exemple, il aurait été souhaitable que les spécialistes aient collaboré quelques années avec des Reconstructeurs pour partir sur la base d'une expérience déjà acquise. Puis, à partir de là, n'aborder peut-être qu'un seul problème précis comme l'occlusion en relation avec la mastication-déglutition (rappelons ici ce que nous avons relevé dans les ouvrages de M.A. Clauzade et B. Darailans au sujet de l'occlusion (page 4 § 1.1.5.), à savoir qu'elle dépend également d'un équilibre global) , ou les conséquences d'une correction orthodontique lourde, ou les malpositions de l'os hyoïde dont la palpation ne nous est pas familière et qui donne des informations importantes sur la position cervicale, ou alors les troubles de la phonation, tout ceci en constant " dialogue ", en menant de front les traitements dans les deux disciplines et sur une vision à long terme.

Au terme de cette étude, nous ne sommes pas en mesure de prétendre qu'il existe un rapport de causalité à cent pour cent entre le travail de Reconstruction Posturale et les améliorations observées sur la région cranio-mandibulaire, mais nous sommes fondée à dire qu'il y a une forte probabilité de lien de causalité puisque des critères subjectifs, mais non arbitraires, tels que la diminution de la douleur, et des critères objectifs, tels que l'amélioration morphologique, par un meilleur placement de la tête sur le tronc par exemple, concourent à apporter une preuve d'une part d'efficacité de la Reconstruction Posturale sur les troubles cranio-mandibulaires. De plus, la Reconstruction Posturale a permis à ces patientes d'améliorer les symptômes associés aux troubles cranio-mandibulaires et ceci sera peut-être susceptible d'augmenter leurs probabilités de succès pour les autres types de traitements locaux.

Dès que nous nous lançons dans cette aventure qu'est la Reconstruction Posturale, nous savons qu'il n'existe aucune recette toute faite et que chaque jour, pas à pas, il est essentiel d'accepter de prendre le temps de " regarder pour voir ", patiemment, d'essayer de comprendre sans projeter. A chaque séminaire, nous constatons aussi que nous nous étions étriqués, que nous perdons en précision, en rigueur, mais chacune de ces rencontres collégiales permet de franchir une petite étape supplémentaire sur laquelle nous construisons notre édifice.

Ceci nous amène à constater que les résultats obtenus sur les quatre cas observés sont des résultats à un moment donné du cursus de

formation, moment que l'on pourrait nommer base d'un apprentissage et qu'ils sont à prendre comme tels. Il serait prématuré d'en tirer des conclusions générales.

## BIBLIOGRAPHIE

1. CLAUZADE M.A, DARRAILLANS B., Concept Ostéopathique de l'Occlusion . S.E.O.O., édit., Perpignan, 1990.
2. NAHMANI L., Kinésiologie tome 1 - Fonctions et dysfonctions dentaires, occlusales crano-mandibulaires et vertébrales . Comedent, édit., 1990.
3. JOUVIN B., Kinésithérapie mandibulo/faciale. Maloine, édit. Paris, 1985.
4. JESEL M, CALLENS C, NISAND M. -" Reconstruction Posturale. Concept. Traitement des dysmorphismes et des algies du tronc et des membres ". À paraître dans Kinésithérapie Scientifique SPEK, Paris.
5. NETTER F.H., Atlas d'Anatomie Humaine. Maloine, édit. Paris, 1989.
6. CALLENS C., Cours ULP. Strasbourg.

## **ANNEXES**

## LEXIQUE

<b>Acouphènes</b>	Bruits perçus par le sujet, mais qui ne correspond à aucun son extérieur à lui.
<b>Adénofibrome</b>	Tumeur bénigne contenant un abondant tissu conjonctif fibreux.
<b>Arthrotomie</b>	Incision chirurgicale d'une articulation.
<b>Bloc inférieur</b>	Zone anatomique de l'appareil locomoteur allant du T7 à la plante du pied. A l'intérieur d'un bloc tous les éléments sont interdépendants, donc solidaires.
<b>Bloc supérieur</b>	Zone anatomique de l'appareil locomoteur allant de l'occiput à T7. À l'intérieur d'un bloc tous les éléments sont interdépendants, donc solidaires.
<b>Bruxisme</b>	Grincement de dents.
<b>Céphalées</b>	Maux de tête.
<b>Chaîne musculaire</b>	Ensemble de muscles polyarticulaires, de même direction, qui se succèdent en s'enjambant comme les tuiles sur un toit.
<b>Clé</b>	Manoeuvre spécifique qui induit instantanément à distance des réponses évoquées inéluctables, stéréotypées et prévisibles, mais encore d'éventuelles réponses évoquées non prévisibles, aléatoires.
<b>Condyles</b>	Surfaces articulaires convexes, arrondies ou ovoïdes.
<b>Cuspide</b>	Pointe aiguë et allongée.
<b>Diduction</b>	Il s'agit d'un mouvement de latéralité qui porte la pointe du menton d'un côté ou de l'autre.
<b>Flèche</b>	Perpendiculaire abaissée du milieu de la dépression lordotique, dépression délimitée par les piliers de la lordose.
<b>Flexion antérieure</b>	Position de quadrupédie dans laquelle tout le corps se projette dans le polygone de sustentation.
<b>Gouttière</b>	Appareillage orthopédique inter-occlusaux en résine acrylique destiné à modifier les rapports dentaires et l'équilibre neuro-musculaire des patients.
<b>Granulome</b>	Petite tumeur de forme arrondie quelle qu'en soit

	la nature.
<b>Manœuvre</b>	Mouvement physiologique de grande amplitude actif ou passif induisant à distance dans un, deux ou trois plans de l'espace des déformations aléatoires (non prévisibles).
<b>M.G.A.R</b>	Mouvement de grande amplitude relative qui, du fait de l'hypertonie des chaînes, induit de façon transitoire une ou des réponses évoquées à distance.
<b>Occlusion</b>	Contact de la dentition inférieure et supérieure par le jeu des muscles de la mâchoire.
<b>Odontologie</b>	Etude du système dentaire.
<b>Otalgies</b>	Douleurs de l'oreilles.
<b>Parodonte</b>	Appareil de soutien de la dent (gencives , os alvéolaire, cément, ligament alvéolo-dentaire).
<b>Piliers</b>	Imite supérieure et inférieure de chaque lordose, visible sur les profils.
<b>Posture</b>	Maintien ou application d'une ou de plusieurs manoeuvres de sollicitation des chaînes musculaires.
<b>Propulsion</b>	Action de pousser en avant.
<b>Quarante et un (41)</b>	Incisive centrale inférieure droite.
<b>Réponse évoquée</b>	Comportement anormal, transitoire, liée à une hypertonie induite des chaînes et engendrée par un mouvement de grande amplitude relative (MGAR).
<b>SADAM</b>	Syndrome Algo Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur.
<b>Pyélonéphrite</b>	Infection des voies urinaires supérieures et du rein.