

ALAIN BEDOUET OSTÉOPATHE D.O. MAÎTRISE EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION "MENTION INGÉNIERIE DE FORMATION" DIRECTEUR DE LA FCOP
DR RODRIGUE PIGNEL OSTÉOPATHE D.O. MÉDECIN DU SPORT DIRECTEUR DE LA FCOP

Les urgences ostéopathiques de l'enfant

En matière de santé, nous observons différents degrés d'urgence : les urgences absolues (urgence vitale ou fonctionnelle), les urgences relatives (pathologies affectant le pronostic vital ou fonctionnel à moyen ou long terme) et les urgences ressenties qui ne reflètent souvent que l'émotivité du patient ou de ses proches.

Le plus délicat de toute consultation est d'éliminer les urgences absolues et de suspecter le plus rapidement possible les urgences relatives afin d'orienter le patient, au mieux, pour une prise en charge médicale adéquate. Une anamnèse bien menée et un examen clinique précis doit nous permettre de faire un diagnostic différentiel, ou du moins suspecter un diagnostic d'élimination.

La consultation d'ostéopathie en urgence est motivée par des pathologies et/ou une symptomatologie différente selon l'âge. Nous verrons les motivations de consultation d'urgence des nouveau-nés (moins de six mois), des petits (six mois à cinq ans) et des grands enfants.

LES URGENCES OSTÉOPATHIQUES DU NOURRISSON

D'après la législation en vigueur depuis 2007 (Décret n° 2007-435 du 25 mars), "les manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois" ne peut être effectué que par un praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe "qu'après le diagnostic établi par un mé-

decin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie".

Malgré tout, l'ostéopathe consultant un nouveau-né doit rester vigilant. Il devra avoir un interrogatoire et un examen clinique lui permettant de déceler ou de suspecter toute contre-indication sa pratique.

Les motifs de consultations urgentes pour les nourrissons sont de deux ordres : l'enfant présente

un « malaise » (il ne dort pas ; a des coliques, régurgite...)

une « asymétrie » (dysmorphisme cranio-faciale, l'enfant ne tourne pas la tête...).

LES COLIQUES DU NOURRISSON

c'est une symptomatologie physiologique jusqu'à 3 ou 4 semaines de vie. La colique du nourrisson est composée de douleurs violentes survenant chez un enfant de moins de trois mois, due vraisemblablement à une immaturité des intestins. La plupart du temps le problème se résout spontanément et sans séquelle. Cette pathologie présente une définition imprécise qui se compose de crises douloureuses paroxystiques avec des

pleurs prolongés, des phases d'agitation inexpliquée. Malgré tout c'est un enfant en bonne santé. La crise débute brutalement par des cris perçants, des pleurs violents ; il est difficile de le calmer, parfois il s'y associe un météorisme. La crise s'arrête le plus souvent par l'émission de gaz ou de selle.

Plusieurs étiologies sont évoquées : des perturbations dans la relations parents/enfant, des mères anxieuses, une alimentation maternelle inadéquate et enfin l'hyper-péristaltisme par hyper tonicité rectale ou par immaturité intestinale. Le traitement est peu spécifique avec une prise en charge psychologique de la relation parents/enfants, une modification de l'alimentation et une médication par modificateur de la motricité digestive. Le traitement ostéopathique doit être global. On observe souvent que ces colopathies congénitales du nourrisson persistantes sont liées à un torticolis congénital. Il est donc impératif de traiter le torticolis congénital pour avoir un espoir de soulager ses enfants.

Les pièges de cette consultation sont la perte de poids de l'enfant qui nécessitera

obligatoirement la prise en charge médicale spécialisée ainsi que les tableaux d'occlusion haute ou basse la sténose du pylore.

LA STÉNOSE DU PYLORE

Principale cause d'occlusion du nourrisson. Elle survient dans les toutes premières semaines de vie, appelée également sténose hypertrophique du pylore. C'est une hypertrophie des fibres musculaires du muscle ou sphincter pylorique qui peut entraîner une obstruction complète du tube digestif. Son étiologie est inconnue. Cela intervient après un espace libre de trois semaines à un mois ; puis apparaissent des vomissements alimentaires non fébriles postprandiaux, abondants, mais jamais bilieux. L'appétit est conservé. L'arrêt des selles et des matières est progressif. Inconstamment on peut retrouver une olive pylorique à la palpation, avec des ondulations péristaltiques. C'est l'abdomen sans préparation qui affirmera le diagnostic en montrant des niveaux hydro-aériques gastriques. Le traitement est chirurgical.

LES RÉGURGITATIONS

L'une des causes de consultations urgentes du nourrisson. C'est un reflux d'aliments depuis l'estomac vers l'œsophage puis la bouche en dehors de tout effort de vomissement. C'est un phénomène normal chez le nourrisson. C'est un reflux de lait non caillé, sinon, il s'agit d'une régurgitation acide parfois douloureuse entraînant des pleurs : c'est alors, un reflux gastro-œsophagien. La régurgitation simple est un retour vers la bouche d'un peu de lait non caillé, sans vomissement, indolore et quelquefois accompagnées d'une éructation. C'est un phénomène normal chez des enfants qui ont des tétées souvent trop rapide. Le diagnostic différentiel avec le reflux gastro-œsophagien se pose sur une régurgitation douloureuse intermittente d'une partie du contenu de l'estomac dans l'œsophage. La symptomatologie est alors digestive avec

des brûlures, des régurgitations acides et des pleurs accompagnée de signes respiratoires (toux, dyspnée...) et de signes O.R.L. (otite, rhinopharyngite...). Ce serait une cause de mort subite du nourrisson. C'est une urgence relative puisque ces régurgitations acides sur RGO vont entraîner une hyper-acidité du cavum et des inhalations acides entraînant une atteinte de l'arbre broncho-alvéolaire. Les traitements classiques sont composés d'un repositionnement de l'enfant dans son berceau (positions à 30°) de médicaments antiacides et de pansements gastriques ainsi que d'épaississants alimentaires. Le traitement ostéopathique prend toute sa valeur dans la prise en charge générale de cet enfant mais ne doit en aucun cas entraîner l'arrêt des traitements médicaux. Les reflux gastro-œsophagiens sont souvent concomitants à un torticolis congénital et ou, à une plagiocéphalie positionnelle. L'axe cranio-cervico-abdominal sera très souvent en restriction de motilité.

LE TORTICOLIS

Le torticolis congénital a plusieurs définitions : une torsion s'accompagnant d'une contraction des tissus mous la région cervicale, une position anormale ou vicieuse de la tête, une brièveté du SCOM qui s'accompagne d'une rotation du côté opposé et d'une inclinaison latérale du côté du muscle raccourci... En bref, le torticolis congénital entraîne une tête penchée sur le côté avec un enfant qui aura des difficultés de rotation unilatérale. Les étiologies seront diverses. Elles peuvent être obstétricales, de positionnement dans l'utérus ou dans le berceau et enfin elles peuvent être dues à des tumeurs bénignes ou malignes du SCOM. Le diagnostic se fait sur une asymétrie de rotation de la tête. La rotation normale de la tête d'un nouveau né est supérieure ou égal à 110° par rapport à l'axe médian. Ces asymétries de rotation entraînent souvent une élévation de l'épaule du côté opposé à la rotation et une tête inclinée. Notons que

les médecins ne relèvent la notion de torticolis que pour des restrictions de rotation franches et majeures. Le professeur Amyel-Tison note que le torticolis congénital infra-clinique commence dès la plus petite variation dans la symétrie rotatoire (pour quelques degrés de différence). C'est sur cette dernière constatation que l'ostéopathe devra poser son diagnostic de torticolis congénital et entamer un diagnostic étiologique et un traitement. Bien entendu il faut faire le diagnostic différentiel avec des torticolis spastiques ou d'apparition tardive ou des torticolis fluctuants et enfin des torticolis avec une origine infectieuse. Notons que le torticolis est décrit congénital s'il est apparu dès le premier jour de vie et que la symptomatologie est fixée. Ce torticolis congénital peut entraîner rapidement la mise en place d'une plagiocéphalie positionnelle qui constitue une déformation du crâne avec un aplatissement unilatéral du crâne sans préjuger de son étiologie.

LA PLAGIOCÉPHALIE

Devant toute plagiocéphalie positionnelle, l'ostéopathe doit absolument faire le diagnostic différentiel avec une atteinte organique qui constitue une urgence absolue de prise en charge neurochirurgicale puisque cette pathologie organique évolue vers une craniosténose ou craniosynostose par fermeture prématurée d'une des sutures coronales. La différence clinique entre plagiocéphalie positionnelle et organique réside dans l'asymétrie faciale rencontré dans la plagiocéphalie organique (asymétrie faciale marquée par une dissymétrie des orbites, des pommettes éventuellement une déviation de l'axe longitudinal du nez et une déviation de la mandibule). Il sera préconisé une radiographie du crâne de face afin de visualiser l'asymétrie des orbites et des grandes ailes du sphénoïde. Dans la plagiocéphalie positionnelle, la face reste symétrique. Il s'agit uniquement d'un aplatissement secondaire à une contrainte mécanique sur le crâne membranaire, pré ou postnatal.

→

Le plus souvent l'aplatissement se situe en partie postérieure du crâne. On notera que cette plagiocéphalie positionnelle doit être prise en charge rapidement par l'ostéopathe. En effet, on estime qu'à partir de 12 mois le dysmorphisme sera fixé et conservé comme séquelle par l'enfant. À ce jour, aucune étude ne permet d'affirmer qu'un patient porteur d'une plagiocéphalie positionnelle non corrigée, développera tel ou tel trouble dans l'avenir.

Après s'être assuré que le nourrisson est normalement suivi par un pédiatre ou par un médecin généraliste à un rythme mensuel et qu'il n'y a aucune contre-indication à l'ostéopathie (comme le certificat de son médecin traitant l'atteste); après avoir éliminé tout problème de régurgitation, de sténose du pylore, de plagiocephalie organique ou encore d'hypertension intracrânienne ; après s'être assuré que cet enfant n'est pas fébrile... la prise en charge ostéopathique se fera de façon globale toujours grâce à un protocole ostéopathie spécifique (ou une démarche ostéopathie spécifique) à la recherche de la lésion primaire du jour.

Notre propos ne prend pas en considération les traumatismes. En effet, tous traumatismes survenant chez un enfant doit motiver une consultation urgente chez un médecin. Il s'accompagnera éventuellement d'un bilan radiologique et d'une surveillance hospitalière. L'ostéopathie est toujours contre-indiquée chez un enfant ayant présenté un traumatisme et n'ayant reçu aucun soin d'urgence, n'ayant eu aucun bilan médical préalablement. On devra toujours suspecter une luxation, la fracture d'un membre, un traumatisme crânien avec un hématome sous dural, une compression intracrânienne ou une atteinte viscérale.

LES URGENCES OSTÉOPATHIQUES DES PETITS.

Nous pouvons considérer qu'il n'y a pas de consultation ostéopathique urgente pour les petits. Les motivations de ce type de consultations sont : l'enfant ne dort plus ou dort mal, l'enfant pleure tout le temps, l'enfant présente de la fièvre, se plaint du ventre, a mal à la tête... Tous ces motifs doivent faire suspecter un diagnostic différentiel médical et devront être systématiquement vu par un médecin.

Nous aurons toujours à éliminer des diagnostics d'infection, des pathologies neurologiques (épilepsie, hypertension intracrânienne, ou digestive (invagination intestinales aiguës...)

Comme pour le nourrisson, toute notion de traumatismes devra motiver une consultation urgente en milieu spécialisé pédiatrique.

LES CONSULTATIONS OSTÉOPATHIQUES DES GRANDS.

Le plus souvent les grands enfants nous sont adressés en urgence pour des torticolis, des problèmes de mal-occlusion dentaire, des problèmes de prise en charge de dysmorphisme rachidien (attitudes scoliotiques...), des douleurs articulaires, surtout des membres inférieurs. Il faut noter que tout torticolis chez un enfant, quel que soit son âge doit motiver un examen neurologique complet. Jusqu'à preuve du contraire, un torticolis chez un enfant est toujours un diagnostic différentiel : il n'y a pas de torticolis bénin avant une investigation complète. C'est un diagnostic d'élimination. Le médecin devra éliminer une origine neurologique ou infectieuse. En aucun cas, nous ne prendrons en charge en ostéopathie ce type de patient sans un avis médical.

Les problèmes de dysocclusion dentaire pourront être eux pris en charge par l'ostéopathe avisé, en collaboration directe avec le dentiste et/ou l'orthodontiste...

C'est à partir de 10 - 11 ans que nous

voyons apparaître, chez nos jeunes patients, les douleurs articulaires diffuses (surtout des membres inférieurs), et rachidiennes... Nous devons toujours penser en premier lieu aux épiphysites de croissance : maladie d'Osgood-Schlatter du genou, maladie de Sever au niveau du talon et maladie de Scheuermann au niveau de la colonne vertébrale. Ces pathologies motiveront toujours l'arrêt strict des activités physiques, ainsi qu'un bilan radiologique. Le traitement ostéopathique sera toujours secondaire au bilan orthopédique. Ces troubles régressent rapidement après l'arrêt du sport. La prise en charge ostéopathique prendra tout son sens dans cette seconde phase.

A RETENIR

Comme souvent disent les urgentistes, « il n'y a pas d'urgence il n'y a que des gens pressés ». Il n'y a pas, à notre connaissance, de raison ostéopathique pour prendre en charge de façon urgente un enfant quel que soit son âge il faudra toujours faire un diagnostic différentiel médical neurologique, orthopédique ou radiologique afin d'éliminer une réelle urgence médico-chirurgicale. La consultation ostéopathique d'urgence ne devrait pas exister en pédiatrie. Cela ne sous-entend pas que devant une plainte d'un enfant, l'ostéopathe ne soit pas à même de le soulager. Cela veut dire, uniquement que la consultation d'ostéopathie ne pourra se faire qu'après avoir éliminé un diagnostic différentiel.

Bibliographie
séminaire pluridisciplinaire « pathologies du nourrisson et ostéopathie », FCOP, Fort de France déc. 2008, Paris oct. 2010, www.fcop-formation-osteopathe.fr
séminaire « Les Urgences ostéopathique de Cabinet » FCOP Fort de France et Paris juin 2009, Annecy avril 2010, www.fcop-formation-osteopathe.fr
urgences pédiatrique, JL Chabernaud, Maloigne 2008