

Réunion FEMMO, Marc BAILLARGEAT * 1

Intérêt du dépistage d'une perturbation posturale face à une lombalgie rebelle ou récidivante * 2

Au cours de notre exercice de Médecine manuelle, d'algologie ou de rééducation, nous avons tous rencontré des patients chez qui, après avoir éliminé une pathologie "lésionnelle", nos techniques manipulatives, myotensives ou proprioceptives n'aboutissent pas à l'efficacité souhaitée ou tout au moins n'obtiennent parfois qu'une amélioration temporaire.

La régulation posturale de l'Homme lui permet, au prix d'un long apprentissage, de maîtriser la contrainte gravitaire et d'exploiter ses performances de gestes et de déplacements sans se déséquilibrer* 3

Les désordres posturaux peuvent être de différentes origines : musculo-squelettiques, cutanées et notamment plantaires, oculomotrices ou occlusales ou plus rarement * 4 neurologiques, immunitaires, métaboliques etc... . L'étiologie ORL avec ses composantes de vertiges ou de déséquilibres passe rarement inaperçue.

Notre programme bipède, même si on le partage avec quelques espèces terrestres est de loin le plus complexe, il est apparu probablement il y a environ 10 millions d'années alors que les premiers vertébrés terrestres sortaient de la mer 400 millions d'années plus tôt au Dévonien. * 5

Cette bipédie si longue à naître reste encore aujourd'hui très longue à acquérir puisque le petit humain a besoin d'une année pour se tenir debout et ne maîtrisera son orthostatisme qu'à partir de 6 à 7 ans. Le référentiel de la bipédie est la constante gravitaire G. * 6

Tenir debout, au final, c'est avant tout lire le sol avec ses pieds en analysant les contraintes d'appui et de cisaillement intervenant sur la sole plantaire. * 7 Ces informations peu conscientes sont intégrées dans le SNC. Au niveau des aires pré-motrices va se constituer progressivement, par apprentissage, un catalogue de mouvements acquis, affinés, enregistrés puis semi-automatisés nous permettant gestuelle et déplacements sans chute...

Tout notre équilibre bipède repose sur un contrôle permanent du tonus musculaire* 8, grâce à la boucle myotatique) * 9. L'équilibre stable s'organise autour de deux mécanismes qui autorisent notre mobilité : l'anticipation (fruit de l'apprentissage) et la compensation, on

se prépare à lever une lourde valise ou on se rattrape après s'être pris les pieds dans le tapis.

*** 10**

Ce sont ces phénomènes de compensation destinés à maintenir notre bipédie à tout prix qui vont induire ces douleurs posturales d'abord musculo-squelettiques puis dégénératives.

Les muscles de la station debout érigée bipède sont globalement des muscles peu fatigables *** 11** et le randonneur, le coureur ou même le planton dans sa guérite peuvent maintenir ces actions plusieurs heures *** 12**

En cas de désordre de la gestion posturale érigée on va exploiter d'autres muscles moins adaptés à une activité prolongée et surtout fatigables. Surtout, ces stratégies musculaires n'entrant pas dans les programmes acquis initialement vont entraîner une mobilité en porte-à-faux fatigante, douloureuse puis source de lésions dégénératives. Ces adaptations imposées pour pouvoir rester debout et mobile avec leur cortège de contractions et de déviations auto-entretenu peuvent aboutir à des douleurs chroniques des orteils jusqu'à C0-C1 sans oublier la région lombaire qui nous réunit aujourd'hui.

Face à une lombalgie rebelle ou surtout récidivante et après avoir éliminé bien sûr une étiologie traumatique, tumorale, infectieuse, dégénérative ou viscérale voire une origine mécanique liée à la profession ou aux loisirs, il est judicieux d'envisager une cause posturale. C'est typiquement le syndrome de la charnière thoraco-lombaire récidivant malgré des tentatives thérapeutiques bien menées, myotensif, manipulations, amphothérapie, Marsman ou autre. *** 13**

Avec l'expérience, et en pensant à nos confrères de Haarlem (NL), on peut prédire que la plupart du temps une stratégie posturale qui va dans le sens du mouvement préférentiel du patient est toujours mieux tolérée.

Le plus souvent une lombalgie posturale est liée à un problème né sur les membres inférieurs, orthopédique parfois qui désorganise l'orthostatisme et la marche, mais surtout podal plantaire.

En effet le pied n'est un simple appui sur le sol mais un fabuleux capteur hautement adaptatif grâce à son squelette en mosaïque complexe, ses tendons et muscles multidirectionnels et surtout sa peau fourmillant de mécanorécepteurs, véritable "chaussette capteuse" pour aimablement parodier notre maître Pierre Rabischong ... cf. Le programme Homme.

L'étiologie podale d'un problème postural peut être primaire par dysfonction proprioceptive et alors souvent corrigée par une "réinformation" plantaire, ou secondaire à une perturbation orthopédique qui déstructure l'appui au sol. *** 14**

A ce propos, signalons la mode des semelles réalisées dans une enseigne sportive ou trouvées toute-faites dans le commerce totalement inadaptées à leur porteur, aussi dangereuse pour la posture qu'une paire de lunettes ou un dentier d'occasion achetés au marché aux puces ...

A propos de la peau, il faut savoir qu'une cicatrice profonde, étendue ou douloureuse peut induire un désordre postural en perturbant la congruence des informations cutanées par rapport aux déformations corporelles provoquées par la contraction des muscles sous-jacents (J.P. Roll, CNRS Marseille). Il faut souligner ici le rôle parfois très pathologique d'une cicatrice lombaire (néphrectomie par exemple) ou abdominale et notamment sus-pubienne dans la genèse d'une pathologie posturale.

Un grand nombre de voies neurologiques agissent sur le tonus. * 15

Au niveau thoraco-lombaire les étiologies posturales "hautes" ORL, occlusales ou oculomotrices sont moins fréquentes mais :

- un trouble oculomoteur peut imposer un réalignement du regard retentissant sur le cou et le tronc, à rapprocher d'un positionnement inadapté prolongé devant l'écran d'ordinateur avec ses douleurs amplifiées en fin de journée, * 16 ou

- un trouble occlusal ou une pathologie dento-desmodontale peut induire des douleurs sous-jacentes ou basses, homolatérales à la lésion et survenant le plus souvent en fin de nuit. * 17

Il faut s'arrêter un instant sur le rôle du Trijumeau qui, dans son extrémité caudale (vers C2 ou C3 prolonge les faisceaux proprioceptifs médullaires et plus haut se connecte avec les colliculus, les noyaux oculomoteurs et vestibulaires, le cervelet et les formations réticulaires etc... Les noyaux du V doivent donc être regardés comme des centres de régulation posturale de la tête au-dessus du tronc et non plus comme de simples zones dédiées à la mastication ou à la sensibilité oro-faciale. Avant de quitter le SNC n'oublions pas les informations descendantes de ces régions bulbo-protubérantielles qui vont modifier le contrôle myotatique des muscles striés et perturber parfois douloureusement le tonus musculaire.

Nous verrons dès demain qu'il est possible par un examen clinique simple * 18 et fiable de retrouver un trouble postural provoqué expérimentalement par une perturbation appliqué à un capteur : semelles perturbantes, lunettes inadaptées ou dysocclusion par cale dentaire. * 19

Ensuite, nous tenterons de dépister parmi nous quelques petits désordres posturaux ... podaux, optiques ou dentaires car petit problème peut devenir grand ...pourvu qu'on le néglige.

Eventuellement www.posture.fr *20

A demain donc !

Propositions pour les ateliers pratiques :

- Les capteurs posturaux et les voies neurologiques de la régulation posturale
- Déclenchement d'un trouble postural par perturbation podale, occlusale ou oculomotrice
- Seméiologie clinique d'un syndrome postural
- Le TIM test de dépistage clinique
- Quelques outils simples pour le diagnostic
- Etc... ou tout ce qui pourra vous faire plaisir