**L’INTÉGRATION OSTÉOPATHIQUE. DU SYMPTÔME À LA LÉSION PRIMAIRE.**

 **Dr STEINMETZ Michel**

 **SIOPOS**

**A Définition**

Intégration : fait d’[assembler](https://fr.wiktionary.org/wiki/assembler) des [parties](https://fr.wiktionary.org/wiki/partie) pour [former](https://fr.wiktionary.org/wiki/former) un [tout](https://fr.wiktionary.org/wiki/tout). (Larousse)

En [pédagogie](https://fr.wikipedia.org/wiki/P%C3%A9dagogie), l'[intégration](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Int%C3%A9gration_(p%C3%A9dagogie)&action=edit&redlink=1) est une démarche selon laquelle les apprenants mobilisent des ressources pour résoudre une situation-problème complexe.

En neurologie c’est la coordination de l'activité de plusieurs organes ou fonctions, réalisée par les centres nerveux.

En biologie : fonctionnement en harmonie des organes.

En informatique : Le terme intégration désigne la conception et la réalisation d'un [système d'information](https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_d%27information) intégré par la mise en relation (interfaçage) de différents logiciels ou matériels existants.

En programmation informatique : Rassemblement de plusieurs applications, et vérification de leurs cohérences avec le pool applicatif afin de s'assurer du fonctionnement de l'ensemble.

En Ostéopathie nous proposons donc la définition suivante :

**Action d’assembler toutes les données de l’examen clinique et vérification de leur** **concordance et de leur cohérence avec la physiologie humaine ostéopathique afin de s’assurer du traitement intégral et complet du patient.**

Nous appelons donc Intégration Ostéopathique le fait de prendre en compte le patient dans son intégralité : Intégralité physique, fonctionnelle, psychique, posturologique, ostéopathique, de tenir compte de **tous** les signes cliniques, de **toutes** les plaintes et symptômes, ainsi que de l’historique complète, si possible, les antécédents, et, impérativement, la **chronologie.**

En fait comme tout médecin devrait le faire systématiquement et automatiquement pour tout patient.

**B Les 4 Principes**

4 principes nous animent.

* 1 : le hasard n’existe pas. Ce n’est pas par hasard que nous avons mal au coude droit, au genou gauche, à la tête ….Et les excuses communément acceptées, avancées par le patient (faux pas, mal soulevé, baissé trop vite…) et surtout admises par le médecin, sont en général de fausses excuses. Par exemple l’idée absurde des « tendinites » de la main liées à la souris de l’ordinateur !!!! L’être humain serait particulièrement fragile alors qu’il a construit les pyramides, les cathédrales …. Non la cause est ailleurs. Suivez mon regard.
* 2 : Il y a une hiérarchisation des pathologies que nous avons empruntée à l’acupuncture. En effet les Chinois classent les pathologies en brindilles, branches et tronc. Les brindilles sont le symptôme d’appel, celui pour lequel le patient consulte. Les branches sont des symptômes ou pathologies plus graves, adaptatives, parfois iatrogènes. Enfin le tronc est la lésion primitive, celle qui précède toutes les autres. A partir d’elle vont se développer des lésions secondaires pour s’adapter à cette première affection. Il est évident que c’est elle qu’il faut découvrir pour avoir un effet thérapeutique optimal et arriver à guérir le patient, et non pas seulement le soulager temporairement.

Plutôt que de garder cette dénomination chinoise, nous appellerons lésion primaire, le tronc ; lésion secondaire les branches ; lésion tertiaire, les brindilles.

Le symptôme n’est qu’un signe d’appel négligeable pour le praticien (mais pas pour le patient bien sûr. Il ne faut pas négliger l’aspect psychologique), le bout de la pelote qu’il faut dévider pour remonter à la lésion primaire en passant par les lésions secondaires.

* 3 : Le développement ontologique de l’être humain se fait du haut, crâne (cerveau) vers le bas, les extrémités, et non pas l’inverse. La première partie du corps que le bébé contrôle est la tête, la succion, les yeux, et non pas les pieds. Donc en général les dysfonctions ou pathologies ont tendance à faire de même, à se projeter vers le bas, à descendre. Ainsi, le plus souvent, la lésion primaire se situera dans les capteurs posturaux céphaliques : œil, oreille interne (temporal) ou charnière cervico-céphalique.
* 4 : Les déplacements de pathologie. Lorsque nous nous contentons de ne traiter que le symptôme, il peut néanmoins disparaître. Mais tant que les lésions secondaires et primaire n’auront pas été éradiquées, il réapparaitra rapidement, ou, apparaitra un autre symptôme, dans une autre partie du corps. Il appartient au médecin de faire la relation. Nous connaissons tous ces exemples de gonalgie traitée, suivie de lombalgie dont le traitement est suivi de sciatalgie, de cervicalgie etc… certainement très rentables pour le médecin mais pénibles pour le patient.

**C Exemple clinique**

Il s’agit d’une jeune femme de 45 ans qui vient pour « se faire remettre le dos en état » après des mammectomies bilatérales pour cancer du sein, avec reconstruction mammaire, chimiothérapie, hormonothérapie, l’une en 2014, l’autre en 2016.

Les symptômes sont, bien sûr des dorsalgies et des lombalgies.

Dans les autres antécédents elle me signale avoir présenté, durant l’adolescence, une scoliose, traitée par corset de Milwaukee.

A l’examen clinique complet du rachis, nous trouvons, outre de nombreux et significatifs dérangements intervertébraux dorsaux et lombaires, une importante raideur cervicale douloureuse, surtout en extension, inclinaison latérale gauche et rotation droite. Là également, nombreux dérangements intervertébraux étagés, surtout au niveau de la charnière cervico-crânienne, plus importants que de simples dysfonctions adaptatives.

A ce moment, la patiente réagit : « ah ! oui. J’ai aussi mal à la nuque et souvent à la tête », ce qu’elle avait oublié de signaler dès l’abord.

Au niveau dorso-lombaire nous ne notons qu’une légère scoliose lombaire, mais surtout un dos plat complet avec effacement total de la cyphose dorsale, séquelle connue des corsets de type Milwaukee. La palpation trouve de beaux segments cellulalgiques bilatéraux, complets, allant de D4 et D5 jusqu’aux seins.

L’examen Ostéo-Posturologique remonte jusqu’au niveau du crâne où il existe une compression sphéno-basillaire.

Le médecin : « Qu’est ce qui vous est arrivé à la tête ? »

La patiente : « Ben rien, euh…Ah ! Oui ! A l’âge de 4 ans j’ai fait une grave chute de balançoire en cognant fortement la tête avec perte de connaissance. Je me rappelle que pendant 4 jours je n’ai pas pu marcher et après encore il fallait que mes parents me soutiennent ou que je me tienne aux murs. »

Donc il y a eu un gros traumatisme crânien dans la petite enfance.

La séquence pathologique, chez cette patiente est donc : Important traumatisme crânien dans la petite enfance, trouble posturologique consécutif se matérialisant par une scoliose adaptative à l’adolescence, corset de Milwaukee avec dos plat et dysfonctions intervertébrales et irritations métamériques D4 et D5 bilatérales. Notons que ces métamères D4 et D5 sont ceux des glandes mammaires. Ces irritations métamériques ne peuvent pas ne pas participer à la genèse des cancers mammaires bilatéraux. (Cf  les travaux de A. Arlen avec le Professeur C.M.Gros de Strasbourg, pionnier de la sénologie moderne, pluridisciplinaire).

En résumé donc : Traumatisme crânien = Lésion Primaire

 Dysfonction cervico-crânienne = Lésion Secondaire Adaptative

 ou Primaire Traumatique

 Scoliose = Lésion Secondaire Adaptative

 Dos plat avec dysfonctions métamériques = Lésions Secondaires

 Iatrogènes

 Pathologie Mammaire = Conséquence de la Lésion Secondaire

 Iatrogène

 Séquelles Opératoires = Lésions Secondaires Iatrogènes

 Dorsalgies = Lésion Tertiaire, Brindille, simple signe d’appel.

Chez cette patiente se rajoutent les séquelles de ses interventions chirurgicales mais, en plus, un problème de l’appareil manducateur qui s’explique aisément par le fait qu’elle serre énormément les dents, surtout la nuit. Ceci est tout à fait compréhensible vu le ou les stress successifs qu’elle encaisse depuis la petite enfance.

**D Traitement**

Il y a plusieurs façons de s’occuper de cette patiente.

- Lorsqu’on ne considère que sa demande de « remettre les dorsales en état », un traitement ostéopathique local, symptomatique, va la soulager immédiatement et elle sera contente. Mais ce soulagement ne durera que 8 jours au maximum.

- Une étape supplémentaire est de s’occuper du dos, des lombaires et surtout des cervicales. Il y aura une efficacité supérieure, bien sûr, mais l’effet thérapeutique ne durera que 15 jours.

- S’occuper également de la charnière cervico-crânienne améliorera la patiente pendant peut être 1 mois.

- Mais pour avoir un effet maximal et un résultat thérapeutique de longue durée il faudra absolument traiter la lésion primaire qui est au niveau du crâne.

- Enfin il ne faudra pas oublier de détendre l’ATM, de traiter les cicatrices, et les séquelles opératoires : rétractions musculo-cutanées, raideurs intercostales.

Ce n’est qu’à ces conditions, vu le lourd passé pathologique de cette patiente, que nous pourrons espérer espacer les consultations jusqu’à une fois par an.

**E Discussion et Conclusion**

Ce cas clinique démonstratif n’est pas, malheureusement, exceptionnel. En cherchant et creusant nous trouvons chez certainement 95% de nos patients des parcours pathologiques de ce style.

Plusieurs faits sont à noter :

 1 – La patiente vient pour un symptôme et ne soupçonne pas un instant sa suite pathologique

 2 – Elle ne nous signalera pas spontanément toutes ses douleurs, cervicales, crâniennes ... C’est à nous, par l’examen clinique, la palpation, en réveillant la mémoire sensitive, de faire surgir les souvenirs.

 3 – Elle ne se rappelait pas du tout son traumatisme crânien ou, en tout cas, ne faisait pas, bien évidemment, la relation pathologique. Très souvent nous entendons : « Mais je ne viens pas pour ça ; Mais ça n’a aucun rapport… ». Il faut dire que le cerveau a cette merveilleuse faculté d’enfouir dans l’inconscient les mauvais souvenirs. Heureusement pour nous.

 4 – Au préalable de tout traitement ostéopathique, l’ouverture de la charnière cervico-crânienne est indispensable pour équilibrer la fonction Ortho/Para-Sympathique, libérer le passage de l’information entre le crâne (cerveau) et le reste du corps …

 5 – Les dysfonctions de L’ATM ne sont pas liées à un trouble de l’articulé car, normalement, les dents ne se touchent que 30 min par jour, au moment de la déglutition et lors des repas. Elles sont dues au fait que les patients serrent les dents en continu ou la nuit à cause d’un stress sans qu’il y ait forcément bruxisme.

Ne faisons jamais de traitement orthodontique inutile.