

Plagiocéphalie Posturale (sans synostose)

Résultats scanner avant et après traitement ostéopathique, six consultations entre 3 mois et 26 mois.

A 9 semaines, le nourrisson présente une luxation rotatoire, l'odontoïde se projette en avant du foramen magnum et une compression majeure de la SSB. L'angle formé entre la partie antérieure et postérieure de la base du crâne est trop fermé pour cet âge. Le latéral strain est marqué.

A 26 mois, la luxation rotatoire a disparu, l'odontoïde se projette au bord antérieur du foramen magnum et la SSB ne présente plus de compression. L'angle formé entre la partie antérieure et postérieure de la base du crâne est revenu à des valeurs physiologiques pour cet âge.

Protocole de traitement ostéopathique de la Plagiocéphalie Posturale d'Origine Positionnelle [1],[2],[3] (PPOP) avec asymétrie faciale, accompagnée (ou non) d'une perturbation des arcades dentaires.

Tout traitement ostéopathique pédiatrique requiert un interrogatoire précis et exhaustif sur le déroulé de la grossesse et la naissance (échographie(s), carnet de santé, compte-rendu d'accouchement)

Préalablement quand la plagiocéphalie posturale est marquée ou atypique, il convient de vérifier par radio, voire par cone beam CT (ou à défaut par scanner), s'il n'existe pas de craniosténose.

Plagiocéphalie posturale unilatérale du nouveau-né*, nourrisson, enfant

Etape 1 : Rachis cervical supérieur (RCS)

- Contrôle du RCS
- Inhibition des muscles sous-occipitaux
- Retrouver la flexion physiologique (attitude fœtale)
- Correction de l'antériorité de C0-C1-C2 côté opposé à la plagiocéphalie (rarement la postériorité du côté homolatéral). Corriger la sub-luxation, voire la luxation, s'il elle existe.
- Acquérir une rotation correcte côté opposé à la plagiocéphalie, pour récupérer une rotation symétrique (de 90° à 110°)
- **Les corrections sont faites par des mobilisations respectant la physiologie articulaire.**

Etape 2 : Bassin

- Le bassin de l'enfant doit être systématiquement vérifié et corrigé si besoin est (sacro-iliaque, antériorité de la base sacrée)
- si il y a un bassin congénital asymétrique, il faudra aussi vérifier les hanches.

Etape 3 : Base crânienne

- Corriger le strain latéral (le plus souvent homolatéral à la plagiocéphalie) et les contraintes intéressant la sphéno-basilaire (SB)
- Vérifier les occipito-pétreuses et les occipito-mastoïdes

Etape 4 : Voûte crânienne

- Corriger les sous-croisements des sutures lambdoïdes, coronale, ptériens, ect...

Etape 5 : Face*

- Corriger l'ethmoïdo-sphénoïdale si besoin
- Equilibrer la position des temporaux
- S'intéresser à l'éversion ou l'inversion des malaïres si elles existent

Etape 6 : Etage manducatoire*

- **Cette étape est primordiale, le travail endocavitaire est essentiel pour acquérir et/ou retrouver de bonnes fonctions manducatoires et langagières.**
- Définir quel est le type de classes osseuses et dentaires
- Vérifier toutes les tensions musculaires (ptérygoïdes, digastriques, mylo-hoïdiens...) et le fonctionnement lingual
- Avancer la branche verticale mandibulaire du côté opposé à la plagiocéphalie (oreille postérieure)
- Vérifier et équilibrer l'os hyoïde
- Reculer la branche verticale mandibulaire du côté de la plagiocéphalie (oreille antérieure)
- ATTENTION, parfois la mise en place des fonctions (linguales, présentation du biberon toujours du même côté, manducation consciente, succion du pouce, etc.), peuvent inverser la position des branches verticales
- Vérifier les sutures pré/post maxillaires
- Equilibrer l'éversion ou l'inversion des branches horizontales mandibulaires

Etape 7 : 9 mois

Pour les plagiocéphalies marquées et dépistées tardivement, il est nécessaire de demander une consultation en ophtalmologie pédiatrique.

- Ces enfants développent parfois un trouble visuel (amblyopie, hypermétropie, etc), trouble plus fréquent que chez les autres enfants exempts de plagiocéphalie.
- La vision binoculaire a débutée et peut commencer à être testée

***Chez le nouveau-né, en raison du peu de développement de la face et de l'étroitesse de la bouche, les étapes 5 et 6 seront différenciées (après 2 mois) sauf pour l'éthmoïdo-sphénoïdale et les temporaux.**

Chez les prématurés, ce travail doit être modulé en fonction de l'âge corrigé (AC)

Ce protocole doit être modulé en fonction des contraintes subies en période périnatale, du côté du glissement de la sphéno-occipitale, du torticolis, latérocolis, etc.

Roselyne Lalauze-Pol DO © 2006, R Lalauze-Pol, S Lambert, P Fellus, Bennaceur S © modifié février 2010

Protocole a été validé dans le service de Chirurgie Maxillo-Faciale de l'Hôpital R. Debré 2006, 2010 Chef de Service : Dr Selim Bennaceur , avec le Comité Scientifique de la SEROPP

Bibliographie

1. Lalauze-Pol R. : Le crâne du nouveau-né. Montpellier, Sauramps-médical 2003:693-719
2. Lalauze-Pol R. : La plagiocéphalie, le point de vue de l'ostéopathe. Dossiers Obstétriques 2005
3. Lalauze-Pol R., Lambert S., Bennaceur S., Elmahed M. Importance of early treatment of postural plagiocephly, a prevention of maxillo-facial dysmorphism. Rev Orthop Dento Facial 2007 juin 125-139
4. Vital-Durand F, Giovannone V, Bongrand m, Bernardm, Mottolese C. Visual disorders in cranial dysmorphic infants. Child Vision Research Society Paris 2001.