

Cas clinique n°4 : Corto, Terrier, boiterie des deux antérieurs

Introduction

Corto est un chien de 11 ans de type terrier qui vit seul avec sa propriétaire. Il est présenté le 21 mars 2018 à la consultation pour une boiterie intermittente et alternative des deux membres antérieurs apparue subitement il y a trois jours.

Un an auparavant, au mois de mars 2017, suite à la découverte lors d'un examen clinique de routine de la présence d'un testicule atrophié, il est décidé de procéder à une castration. La chirurgie réalisée en ambulatoire se passe sans aucune complication. En revanche Corto vit très mal cet événement et sa propriétaire, qui explique avoir une relation fusionnelle avec son chien, avoue avoir aussi mal vécu cette situation à laquelle elle n'avait pas pu se préparer.

Depuis, Corto qui semble avoir beaucoup de mal à s'en remettre, présente plusieurs épisodes de gastrite ainsi qu'une gêne locomotrice intéressant le train postérieur. Sa maîtresse le trouve triste et explique que depuis cette intervention, il ne joue plus. Elle entame alors d'elle-même un traitement à base de Fleurs de Bach qui semble lui faire du bien jusqu'à l'apparition il y a trois jours de boiteries intermittentes des deux membres antérieurs. Ces boiteries apparues subitement, sans qu'il soit fait état d'un traumatisme, affectent les deux membres alternativement.

Première consultation ostéopathique

Examen clinique

A l'examen clinique, Corto ne présente pas de signes cliniques particuliers. Il n'est pas en surpoids et l'examen des deux membres antérieurs ne révèle aucune lésion traumatique récente ou ancienne, ni douleur à la palpation ou à la mobilisation. A l'examen dynamique, aucune boiterie n'est observée.

Examen ostéopathique

L'examen des ceintures* révèle une rotation gauche* des ceintures* C0C1, entrée de poitrine et diaphragmatique, une rotation droite* des ceintures* ombilicales et pelviennes et un blocage de la ceinture péricardique.

L'examen du crâne met en évidence une SSB en torsion gauche*, une mandibule en diduction gauche* et un hyoïde caudal, en rotation gauche et en translation gauche*.

L'examen du rachis met en évidence un condyle occipital droit dorsal*, les 7^{ème} cervicale et 13^{ème} dorsale en ERS* gauche et la 4^{ème} lombaire en ERS* droite.

L'examen des viscères met en évidence une densité* au niveau de l'estomac, du foie, du rein gauche et du colon ascendant.

L'examen du bassin révèle un ilium gauche dorsal* et des tensions fasciales sur le sacrum.

L'examen des membres révèle un carpe gauche en rotation externe, flexion et abduction*, une articulation scapulo-humérale droite en rotation externe, flexion et abduction*, un grasset gauche en rotation externe, flexion et abduction* et une tête de péroné gauche crâniale*.

Il est à noter que le sens des dysfonctions vertébrales est cohérent avec le sens de rotation des ceintures* correspondantes : entrée de poitrine, diaphragmatique en rotation gauche comme les vertèbres C7 et T13 et ombilicale et pelvienne en rotation droite comme L4.

l'hypothèse que l'estomac constituait la dysfonction primordiale* à l'origine de la chaîne dysfonctionnelle*.

D'autre part, la mise en place de dysfonctions ostéopathiques résultant de la castration est aussi à considérer et les tensions fasciales du bassin ainsi que les épisodes de difficultés locomotrices au niveau du train postérieur évoquées par la propriétaire pourraient en avoir été la traduction clinique.

Le signe clinique ayant motivé la consultation est une boiterie intermittente et alternative des deux antérieurs. Le caractère intermittent de cette boiterie est en faveur d'une origine post diaphragmatique cohérente avec les dysfonctions stomacales et hépatiques observées. Ainsi, les dysfonctions relevées sur les deux membres ne sont pas à l'origine des boiteries mais sont secondaires aux tensions générées par les organes post-diaphragmatiques via les fascias axillaires ou encore via le plexus brachial, notamment pour l'antérieur gauche. En effet la présence d'une dysfonction de la vertèbre C7 est en faveur d'une chaîne lésionnelle mettant en jeu le plexus brachial, complexe formé par la convergence des rameaux ventraux des derniers nerfs cervicaux (du 6^{ème} au 8^{ème}) et des deux premiers nerfs thoraciques (1). Ainsi, une perturbation de l'influx nerveux véhiculé par les nerfs issus du plexus innervant les membres antérieurs pourrait tout à fait être la source des boiteries.

Les dysfonctions observées au niveau du bassin peuvent avoir différentes origines, soit être la résultante à distance des dysfonctions des organes post-diaphragmatiques soit la résultante de tensions fasciales ayant pour origine la cicatrice de castration soit plus probablement la combinaison des deux.

Traitement ostéopathique

Considérant que la dysfonction primordiale étaient d'origine stomacale, le traitement a débuté par la prise en charge de cet organe selon les techniques tissulaires développées par Pierre Tricot*, dont la technique de dialogue tissulaire qui a permis de mettre en évidence l'origine émotionnelle de la dysfonction de l'estomac (2). Après avoir vérifié la disparition de la densité* au niveau de l'estomac, le contrôle du foie ayant mis en évidence une persistance de la densité*, sa prise en charge ostéopathique a été réalisée selon la même technique. En revanche, un contrôle du colon et du rein a démontré la disparition de leur dysfonction.

Suite à ce traitement, un traitement des tensions fasciales de l'entrée de poitrine est réalisé par une mise en tension des fascias cervicaux profonds. Cette mise en tension est réalisée à partir de la base du crâne, les doigts du thérapeute se positionnant en dessous des condyles occipitaux, au plus proche des zones d'insertion des fascia cervicaux profonds. Travail complété par une mise en compression*, par une technique fasciale, de la ceinture* entrée de poitrine, lieu de convergence des tensions fasciales. Le traitement de l'hyoïde est effectué par une traction ventrale maintenue jusqu'au déclenchement de la déglutition. Un déroulé fascial* des deux antérieurs est réalisé afin de compléter la correction des dysfonctions des deux membres. A l'issue de ces traitements, un contrôle de la vertèbre C7 montre un accès à la dysfonction plus aisé. L'évolution de la dysfonction de C7 confirmant son lien avec celle de l'estomac, sa correction n'a pas été jugée comme nécessaire.

Conformément à l'hypothèse émise quant à l'origine des dysfonctions vertébrales (système nerveux autonome), la correction des vertèbres T13 et L4 ne s'est pas avérée nécessaire, le traitement des viscères ayant suffi pour corriger les dysfonctions vertébrales associées.

Le traitement du bassin est abordé de façon globale selon les techniques tissulaires (2) et le traitement du grasset et de la tête du péroné selon des techniques musculo-squelettiques*.

A la fin de la consultation, un contrôle des ceintures* et de la SSB est réalisé afin de s'assurer de leur normalisation effective.

Consignes

Compte tenu de l'ancienneté des lésions et de l'important travail fait sur les viscères, la propriétaire est informée de l'éventuelle fatigue pouvant faire suite à la consultation, ainsi que de l'apparition possible de perturbation de l'appétit, de vomissements, de selles molles colorées ou encore d'augmentation de la diurèse dans les 2 à 3 jours suivant la consultation.

Deuxième consultation

Une consultation de contrôle est effectuée 4 semaines plus tard. La propriétaire explique que dès l'après midi de la première consultation, le comportement de Corto a changé. Très dynamique depuis, il demande même à jouer et recommence à interagir avec sa propriétaire comme il le faisait auparavant. Aucune fatigue n'est enregistrée le jour même de la consultation, en revanche dans les jours qui suivent, le chien a présenté des vomissements et de la diarrhée, signes cliniques résultant probablement de la correction des dysfonctions viscérales. Plus aucune boiterie des membres antérieurs n'a été observée depuis.

A l'examen clinique, aucune anomalie n'est relevée.

A l'examen ostéopathique, la persistance de dysfonctions au niveau du bassin confirme qu'elles avaient bien pour origine, au moins en partie, la cicatrice de castration. En conséquence, même si ces dysfonctions sont à ce stade relativement bien supportées par l'organisme, il est décidé de les traiter en focalisant le traitement sur les tensions fasciales induites par la cicatrice de castration.

Discussion- Conclusion

Ce cas est intéressant pour deux raisons.

Tout d'abord, il permet d'illustrer les conséquences ostéopathiques de chocs émotionnels plus particulièrement au niveau viscéral et la rapidité d'effet qu'un traitement ciblé peut avoir sur la disparition des symptômes lorsque ceux-ci sont d'origine émotionnelle. L'implication des émotions dans le déclenchement des pathologies et dans leur traduction clinique n'est pas nouvelle. En médecine chinoise, chaque organe correspond à un type d'émotion en rapport avec sa fonction. Par exemple, pour l'estomac, dont la fonction est de fractionner les aliments et de les préparer à la digestion, le niveau émotionnel qui s'en rapproche est le rapport avec ce que l'on ne peut pas digérer et donc la facilité ou non d'accepter une personne ou bien de digérer une situation. Ne dit-on pas des gens qu'ils « ruminent » lorsqu'ils ressassent sans cesse les mêmes idées ? Dans le cas des pathologies dites en excès, on est face à des idées qui tournent en rond (3). Dans le cas de Corto, il semblerait que l'événement qui ait déclenché cette émotion soit la séparation d'avec sa maîtresse au moment de son intervention chirurgicale.

D'autre part, ce cas illustre la possibilité de coexistence de plusieurs chaînes dysfonctionnelles* sur un même animal. Dans ce cas précis, ces deux chaînes avaient pour origine l'intervention chirurgicale que l'animal a subie il y a un an :

- une chaîne émotionnelle d'origine viscérale,
- une chaîne biomécanique d'origine cicatricielle avec la mise en place de tensions post chirurgicales qui auraient pu être facilement compensées si l'organisme ne s'était pas trouvé fragilisé.

La coexistence de deux chaînes chez un animal n'est pas rare, et bien souvent c'est la chaîne ayant le plus d'impact clinique qui sera traitée car plus évidente. Néanmoins il n'est pas rare que des dysfonctions subsistent lors de la consultation de contrôle, ces dysfonctions n'étant pas alors due à un traitement insuffisant de la chaîne lésionnelle lors de la première consultation mais à l'émergence plus évidente de la seconde chaîne lésionnelle, plus silencieuse au moment de la première consultation. Il est donc essentiel lors d'une consultation de contrôle de ne pas se contenter de vérifier la disparition des dysfonctions observées lors de la première consultation mais de réaliser un examen ostéopathique complet et d'en comparer les résultats avec celui fait lors de la consultation précédente. Il est alors important de ne pas se contenter de traiter les dysfonctions persistantes comme des dysfonctions résiduelles mais de faire un diagnostic ostéopathique complet afin de s'assurer que, si ces dysfonctions font partie d'une nouvelle chaîne, la dysfonction primaire à leur origine sera bien détectée et traitée.

Bibliographie

- (1) BARONE R. (2010). Neurologie II- Système nerveux périphérique, Glandes endocrines, Esthésiologie. Tome 7, Editions Vigot. Paris. p. 169-173, 375.
- (2) TRICOT P. (2002). Approche tissulaire de l'ostéopathie. Tome 1. Editions Sully. p 123-126, 267-286.
- (3) MEALLIER. E. (2015). Docteur vétérinaire, enseignante à l'IMAOV, communication personnelle.