

Détermination de la pathogénie

Notion de chaîne dysfonctionnelle

Une dysfonction mécanique ne reste pratiquement jamais isolée. Le corps s'adapte toujours aux déséquilibres. De proche en proche, par les compensations successives, la dysfonction se propage parfois très à distance de son lieu d'origine. Par l'émergence de dysfonctions secondaires, à partir d'une dysfonction primaire, une dysfonction mécanique crée ce que l'on appelle une chaîne dysfonctionnelle.

Schéma dysfonctionnel

Une même dysfonction de départ ne crée pas nécessairement, chez tout le monde, la même cascade de dysfonctions. Les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets.

Le schéma dysfonctionnel se définit comme un enchaînement particulier de déséquilibres.

On pense généralement aux chaînes musculaires et fasciales pour expliquer ces suites de déséquilibres mécaniques. Nous pensons que la création d'une chaîne dysfonctionnelle peut se faire de bien des manières, en suivant quatre grands supports :
- fascial ;
- neuromusculaire ;
- barométrique ;
- physiologique.

Tension fasciale
C'est la propagation d'une chaîne dysfonctionnelle par la tension d'une membrane, d'un élément tendino-musculaire ou d'un fascia. Il en existe théoriquement une infinité.

On constate en pratique l'existence d'axes privilégiés. Certains éléments anatomiques sont des vecteurs mécaniques privilégiés. Ils sont caractérisés par une distorsion de la chaîne myofasciale, le cheminement du déséquilibre peut être plus ou moins long et sa propagation peut suivre une voie ascendante ou descendante.

Quelques exemples

- Une entorse de cheville peut entraîner une tension fasciale ascendante le long des muscles fibulaires et tibial postérieur. Cette tension déstabilise le péroné, puis le genou et, enfin, déséquilibre bassin et colonne lombaire.
- Une ptose de l'intestin grêle tire sur le mésentère. Les insertions de la racine du mésentère se font contre la paroi lombaire, mesentère se font contre la paroi lombaire, mesentère se font contre la paroi lombaire, mesentère se font contre la paroi lombaire, mesentère se font contre la paroi lombaire.

Réaction neuro-musculo-squelettique

C'est une réponse posturale à un stimulus nociceptif ou proprioceptif créé par la dysfonction, par l'intermédiaire d'une hyperactivité de type neuromusculaire.

Quelques exemples

- La tension, l'irritation ou l'inflammation d'une méninge peuvent entraîner une très forte réponse des muscles paravertébraux. La mobilité du dos est perturbée globalement ou sur un segment rachidien localisé.
- La raideur méningée constatée en cas de méningite correspond à ce type de réponse, tout comme les conséquences sur la dure-mère rachidienne, d'un traumatisme ou d'une anesthésie péridurale.

les nerfs splanchniques. Ces nerfs délivrent leurs influx dans le secteur rachidien correspondant à l'organe en cause. Ces influx nociceptifs sont à l'origine d'une réponse musculaire pariétale, à type de spasme ou d'hypertonie. Par ce procédé, une adaptation posturale se met en place dans le but de protéger l'organe qui souffre.

Ce genre de phénomène crée de très nombreuses dysfonctions somatiques secondaires au niveau du rachis. Là encore, la dysfonction somatique est une conséquence de la dysfonction viscérale.

Un pointis lors d'une crise d'appendicite, une défense abdominale lors d'une péritonite relèvent de ce mécanisme.

Déséquilibre de pressions

Bien qu'invisible, la pression est une force mécanique considérable, toujours omniprésente.

La dysfonction primaire peut avoir des répercussions par le biais des régimes de pression de différents compartiments du tronc. Le corps humain est compartimenté en chambres manométriques, étroitement liées aux différents diaphragmes anatomiques et fonctionnels. Certaines sont en régime de pression positive, d'autres en régime de pression négative. Par le jeu des pressions et par la synergie de l'ensemble des diaphragmes, un déséquilibre peut se propager à n'importe quel autre secteur du corps.

Quelques exemples

Suite à un stress, une hypertonie globale du diaphragme peut entraîner une hyperpression abdominale. Celle-ci perturbe préférentiellement les organes qui sont déjà affectés d'une perte de mobilité ou de motilité. Ainsi vont apparaître des symptômes viscéraux aussi variés que reflux gastro-œsophagien ou incontinence urinaire d'effort.

La cavité pleurale et l'espace épidual sont des espaces virtuels où règne une pression négative. Ils sont situés entre une paroi ostéoarticulaire et un élément viscéral, pour

l'un, neutre, pour l'autre. Toute modification du gradient de pression, au sein de ces espaces, a des conséquences sur la statique et la dynamique du contenant pariétal, comme du contenu viscéral ou neural.

Répercussion physiologique

Une dysfonction mécanique perturbe évidemment le fonctionnement propre de l'élément touché. À son tour, l'affaiblissement ou la disparition de cette fonction entraîne une surcharge ou une entrave à une autre fonction complémentaire ou connexe.

Quelques exemples

Une dysfonction hépatique occasionne souvent un travail accru du rein pour éliminer, malgré tout, les déchets métaboliques. On assiste alors à une fragilisation du rein, due à une fonction hépatique déficiente.

Une dysfonction somatique de l'arrière-pied crée inmanquablement une perte d'élasticité de l'arche plantaire. Celle-ci induit une diminution des capacités d'amortissement non seulement au niveau du pied, mais aussi au niveau de tout le membre inférieur. Les articulations sus-jacentes sont mises à rude épreuve, sans qu'il y ait nécessairement de tension fasciale. Cette hypersollicitation peut être à l'origine de douleur ou d'inconfort, et précipiter la détérioration d'une articulation. Ainsi, certaines décompensations arthrosiques de la hanche ou du genou surviennent subitement après un petit traumatisme.

La répercussion peut aussi se faire en sens inverse. On trouve souvent une dysfonction somatique du sacrum, dans les cas de talalgie, d'épine calcanéenne ou de maladie de Sever (nécrose aseptique du calcaneum). Le plus souvent, cette dysfonction est homolatérale, avec tendance générale à la verticalisation sacrale.

D'un point de vue biomécanique, dans cette position, le sacrum est hyperstable et perd donc beaucoup de ses capacités d'amortissement. Toutes les structures d'amortissement du membre inférieur sont trop sollici-

tées et le talon souffre à chaque impactation. Le calcaneum est alors le siège de douleurs, de processus inflammatoires, de remaniements tissulaires.

Une dysfonction vertébrale complexe peut affecter l'équilibre des nerfs rachidiens et des ganglions sympathiques, voire de la moelle épinière. Elle crée ce qu'Ervin Korr nomme un segment en état de facilitation. Cette facilitation correspond à une perturbation de l'équilibre neurovégétatif dans le territoire en question. Les viscères qui dépendent de ce segment peuvent voir leurs fonctions bouleversées, leurs défenses immunitaires affaiblies et leurs systèmes régulateurs dérangés. La dysfonction viscérale est la conséquence de la dysfonction somatique.

Une dysfonction somatique peut concerner un axe vasculaire. Le territoire de vascularisation en est affecté et les tissus ont une perfusion diminuée. Les fonctions dans le territoire concerné s'en trouvent perturbées.

Hierarchisation

Le patient vient généralement consulter pour une symptomatologie située au bout d'une chaîne dysfonctionnelle dont il ignore tout. En général, il n'a de cesse de vous ramener à son symptôme.

Au cours du diagnostic différentiel, il faut momentanément faire la sourde oreille à la plainte et ne pas se laisser influencer par le symptôme.

Le diagnostic général inventorie l'ensemble des dysfonctions mécaniques du patient. L'ostéopathe relève les constituants d'une ou de plusieurs chaînes dysfonctionnelles mais n'établit aucune responsabilité, aucune causalité, ni aucune hiérarchie dans les dysfonctions observées. À l'issue de cette enquête diagnostique, beaucoup de pistes sont éliminables. Il faut alors sérier les différentes possibilités, avant de se lancer dans toutes les investigations spécifiques possibles.