



Figure 5.14. Normalisation de la synchondrose sphéno-basilaire : variante chez l'enfant.

Les trois procédures décrites ci-dessus visent à normaliser une dysfonction de la SSB. Rappelez-vous toutefois que les points de contact palpatoires sur le crâne sont à distance de la SSB, et qu'il est facile de palper le mouvement superficiel des membranes crâniennes et de commettre l'erreur de penser que ce qui est perçu est le mouvement de la SSB. Une connaissance approfondie de l'anatomie est nécessaire pour visualiser et concentrer son attention sur la SSB.

La SSB est fusionnée chez la majorité des individus vers le milieu de la troisième décennie de la vie, et nous ne percevons pas alors de réels mouvements articulaires, mais plutôt l'état de compliance des tissus formant la SSB.

Normalisations de la base crânienne

Décompression des condyles occipitaux

Indications

Dysfonction des rapports entre les condyles occipitaux et l'atlas (C1) ; compression condyloire fréquente chez le nourrisson après une naissance difficile ; dysfonction du nerf hypoglosse ; chez l'enfant, traitement des asymétries crâniennes telles les plagiocéphalies.

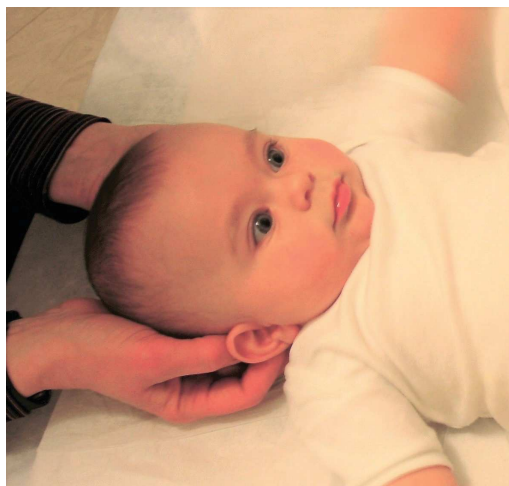


Figure 5.15. Normalisation des compressions condyloires.

Procédure

Prise suboccipitale :

- patient en décubitus dorsal (figure 5.15) ;
- vous êtes assis à la tête du sujet ;
- les mains sont sous l'occiput, paumes tournées vers le haut, de telle sorte que la pulpe des index, médus et annulaires soit en contact avec la partie squameuse de l'occiput, le plus caudalement possible, et l'extrémité des pouces soit sur les masses latérales de C1.

Recommandations :

- visualisez les deux condyles occipitaux et faites une écoute pour définir leur mouvement sur C1. Une restriction totale du mouvement signale une compression condyloire ;
- définir s'il existe une compression unilatérale ou bilatérale ;
- employez la motilité inhérente du MRP pour procéder au pompage de la compression jusqu'à ce qu'un relâchement se produise.

Conseils pratiques

- Vos doigts doivent impérativement rester sur l'occiput, médialement aux sutures occipito-mastoïdiennes. Aucune force compressive ne doit s'exercer sur ces sutures.

- Définir si la compression est associée à une dysfonction occipitocervicale de flexion ou d'extension, d'inclinaison latérale et de rotation. Dans ce cas, placez les tissus dans leur position d'aisance pour faciliter la décompression condylienne.

Normalisation occipitoatloïdienne

Indications

Dysfonction occipitoatlantale ; dysfonction vertébrale ; dysfonction posturale ; dysfonction proprioceptive cervicale supérieure ; maux de tête suboccipitaux ; névralgie du nerf grand occipital (nerf d'Arnold) ; dysfonction myofasciale antérieure et pharyngienne, comme dans l'apnée du sommeil, les ronflements et les troubles de la déglutition ; dysfonction vagale ; réflexes somatoviscéraux vagal et trigéminal ; chez l'enfant, traitement des asymétries crâniennes telles les plagiocéphalies.

Procédure

Prise suboccipitale :

- patient en décubitus dorsal (figure 5.16) ;
- vous êtes assis à la tête du sujet avec un contact de votre sternum sur le sommet du crâne du patient ;
- placez les deux mains sous la partie squameuse de l'occiput avec la pulpe des index,

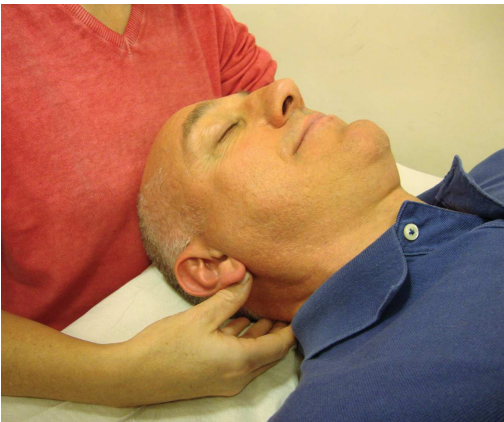


Figure 5.16. Normalisation occipitoatloïdienne.

médus, et annulaires aussi bas que possible, médialement aux sutures occipitomastoïdiennes ;

- évitez impérativement toute compression de la suture occipitomastoïdienne. L'extrémité de vos pouces contrôle bilatéralement la masse latérale de C1.

Recommandations :

- visualisez les condyles occipitaux et l'articulation entre C0 et C1 ;
- faites une écoute et identifiez toute restriction de flexion–extension, rotation droite–gauche, inclinaison latérale droite–gauche, translation antérieure–postérieure, translation droite–gauche ;
- accompagnez les mouvements identifiés dans le sens de la facilité jusqu'au point de tension ligamentaire et myofasciale équilibré.

Conseils pratiques

- Utilisez un appui de votre sternum pour induire une inclinaison latérale de l'occiput.
- Un pompage respectant la motilité inhérente du MRP peut faciliter la normalisation en cas de dysfonction chronique.
- Les condyles occipitaux ne pouvant être palpés, la visualisation de leur relation avec C1 est essentielle. Dans cette procédure, ils sont antérieurs et légèrement supérieurs à l'extrémité de vos doigts (voir figure 5.4). Les mouvements induits doivent être limités à l'étage C0-C1 sans déborder sur les interlignes subjacents. La présence d'une inclinaison latérale du côté de la rotation peut signaler la présence d'une dysfonction cervicale inférieure.

Expansion de la base

Indications

Dysfonction entre C0 et C1 ; dysfonction entre C0 et les os temporaux ; dysfonction posturale ; dysfonction du foramen magnum ; dysfonction des foramens jugulaires ; dysfonction des échanges fluidiques au niveau des foramens de la base ; dystonie autonome ; reflux gastro-œsophagien ; dysfonction membraneuse ; dysfonction du pharynx ; trouble de la déglutition.

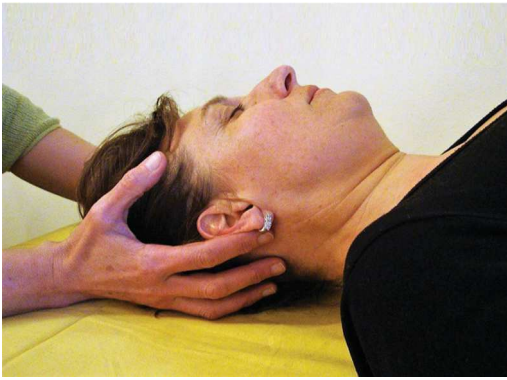


Figure 5.17. Expansion de la base.

Procédure

Prise suboccipitale :

- patient en décubitus dorsal (figure 5.17) ;
- vous êtes assis à la tête de la table, les mains sous l'occiput, avec :
 - les annulaires et auriculaires sous l'écaille occipitale,
 - l'extrémité des médius au niveau de la deuxième vertèbre cervicale (C2),
 - l'extrémité des index au niveau des masses latérales de C1,
 - les pouces de chaque côté de la tête.

Recommandations :

- commencez par visualiser les rapports entre C0 et C1 ;
- faites une écoute et identifiez toute restriction de flexion-extension, rotation droite-gauche, inclinaison latérale droite-gauche, translation antérieure-postérieure, translation droite-gauche ;
- accompagnez les mouvements identifiés dans le sens de la facilité ;
- déplacez ensuite les index sur les processus mastoïdes des os temporaux et faites une écoute des os temporaux ;
- accompagnez les mouvements perçus au niveau des temporaux toujours dans le sens de l'aisance. Cela facilite le relâchement des tissus entre C0 et C1 ;
- employez la motilité inhérente du MRP pour faciliter et renforcer cette normalisation jusqu'au point de tension ligamentaire et myofasciale équilibré ;

- un pompage respectant la motilité inhérente du MRP peut être indiqué en cas de dysfonction chronique.

Conseils pratiques

- Veillez à respecter la position de la colonne cervicale du patient, sans augmenter l'antéflexion de la tête en la surélevant avec les mains. De nombreux patients présentent une dysfonction de postflexion, avec déplacement antérieur de l'un ou des deux condyles occipitaux sur C1 (en particulier après un *whiplash*). Placer ces patients en position d'antéflexion de la tête peut entraîner une sensation d'inconfort avec nausées, vomissements et maux de tête.
- Le fait d'encourager les tissus crâniens à se déplacer vers leur position d'aisance tenségritale facilite la libération des dysfonctions des régions adjacentes, ainsi que de celles situées à distance.
- Cette région peut aussi être traitée pour améliorer les échanges fluidiques dans le crâne et au niveau des foramens de la base crânienne. Dans la RE, les foramens jugulaires se ferment ; dans la RI, ils s'ouvrent.
- Cette procédure peut être modifiée pour inclure l'évaluation et le traitement de la SSB ; pour cela, placez le bord latéral des pouces sur les parties supérieures des grandes ailes de l'os sphénoïde dans un placement de main similaire à ce qui est décrit ci-dessus dans la procédure « prise en berceau » (figure 5.13).

Normalisation de la suture occipitomastoïdienne

Indications

Douleur craniocervicale ; torticolis ; céphalée ; vertige ; difficulté à bailler ; dysfonction de la suture occipitomastoïdienne ; dysfonction du foramen jugulaire et de son contenu (IX, X, XI, sinus sigmoïde) ; dysautonomie ; reflux gastro-œsophagien.

Les dysfonctions de la suture occipitomastoïdienne sont souvent la conséquence d'une chute sur l'arrière de la tête.

Procédure

Prise temporo-occipitale :

- patient en décubitus dorsal (figures 5.18 et 5.19) ;
- vous êtes assis à la tête de la table ;
- placez la main opposée au côté de la dysfonction transversalement sous l'occiput, avec la pulpe des index, médus et annulaire sous l'écaille occipitale, médialement à la suture occipitomastoïdienne ;
- l'autre main est placée sur l'os temporal avec une prise à cinq doigts : pouce et index respectivement au-dessus et au-dessous du processus zygomatique ; médus au niveau

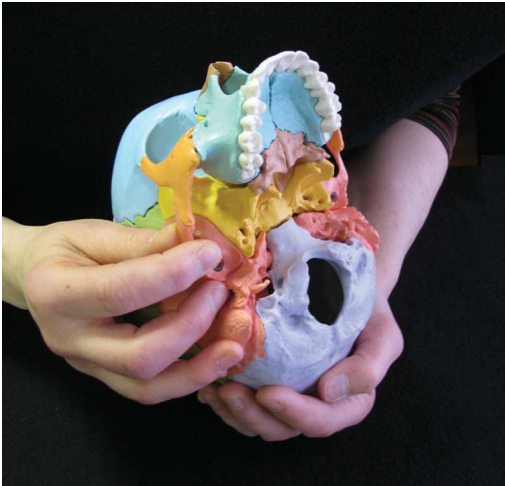


Figure 5.18. Normalisation de la suture occipitomastoïdienne.



Figure 5.19. Normalisation de la suture occipitomastoïdienne sur le patient.

du pore acoustique externe ; annulaire sur la pointe du processus mastoïde ; auriculaire sur la portion mastoïde.

Recommandations :

- visualisez la suture occipitomastoïdienne et ses deux portions ;
- faites une écoute des mouvements de l'occiput et de l'os temporal, puis accompagnez les mouvements dysfonctionnels jusqu'au point de tension membraneuse et myofasciale équilibré ;
- la coopération respiratoire peut être employée pour faciliter le relâchement, avec une inspiration pour une dysfonction de RE et une expiration pour une dysfonction de RI ;
- pour les dysfonctions chroniques, faites un pompage de la suture jusqu'à la normalisation.

Conseils pratiques

- Veillez à respecter la position de la colonne cervicale du patient.
- Soyez très respectueux des tissus du patient. En raison des rapports de la suture, du foramen jugulaire et du contenu intrapétreux, toute exagération de la dysfonction peut résulter en sensation d'inconfort avec nausées, vomissements, vertiges et maux de tête.
- Une dysfonction de l'os temporal peut être associée à une dysfonction du diaphragme thoracoabdominal. La dysfonction de l'os temporal en RE est combinée à la dysfonction inspiratoire du diaphragme avec difficulté à expirer et, inversement, un os temporal en dysfonction de RI accompagne la dysfonction expiratoire du diaphragme avec difficulté à inspirer. Ainsi, la normalisation des os temporaux peut améliorer la fonction diaphragmatique et *vice versa*.

Normalisation de la suture pétro-occipitale

Indications

Dysfonction crânienne et cervicale ; névralgie trigéminal ; dysfonction de la suture pétro-occipitale affectant le foramen jugulaire et son contenu ; drainage du sinus caverneux ;

dysfonction auriculaire ; catarrhe tubaire ; trouble de la déglutition ; surdité de transmission associée à l'âge ; sensation de gorge serrée ; dysfonction des voies aériennes supérieures ; dysfonction du pharynx et du palais mou ; syndrome d'apnées obstructives du sommeil ; malocclusion.

Procédure

Prise temporo-occipitale :

- patient en décubitus dorsal ;
- vous êtes assis à la tête de la table ;
- placez vos mains comme décrit ci-dessus pour la normalisation de la suture occipitomastoïdienne (figure 5.18) ;
- rappelez-vous que la suture pétro-occipitale ne peut être palpée et doit donc être visualisée. Le bord latéral de la partie basilaire occipitale forme le bord médial de la suture, le bord postérieur du rocher temporal représente le bord latéral. En l'absence de dysfonction, le bord postérieur du rocher monte et se déplace latéralement pendant la flexion-RE crânienne et descend médialement au cours de l'extension-RI.

Recommandations :

- normalisez les dysfonctions perçues en accompagnant les mouvements dysfonctionnels jusqu'au point de tension membraneuse et myofasciale équilibré ;
- si nécessaire, employez les forces inhérentes du MRP pour faire un pompage de la suture jusqu'à la normalisation.

Conseils pratiques

- Une connaissance de l'anatomie de cette suture est indispensable pour cette normalisation.
- Normalement, cette suture ne s'ossifie pas. Une ossification survient parfois chez les hommes d'âge mûr ayant eu une activité musculaire intense des structures cervicothoraciques. Pour cette raison, les procédures myofasciales de cette région peuvent être indiquées.
- Le nerf abducens (VI) passe sous le ligament pétrosphénoïdal, reliant l'extrémité antérieure du rocher au corps de l'os sphénoïde. La

dysfonction du VI peut être associée au strabisme (voir figure 6.33).

- Le médus de la main temporale doit être continuellement réorienté pour accompagner la partie pétreuse de l'os temporal et faciliter la normalisation des structures en rapport. Ici encore, la visualisation de l'anatomie est essentielle.

Normalisation de la suture pétrosphénoïdale

Indications

Céphalée ; vertige ; dysfonction tubaire ; convergence oculaire ; déséquilibre de tension des membranes intracrâniennes.

Procédure

- Procédez comme indiqué précédemment pour la normalisation de la suture pétro-occipitale.
- Là encore, la suture pétrosphénoïdale ne peut être palpée et doit donc être visualisée.

Normalisations de la voûte crânienne

Parietal lift

Indications

Dysfonction des os pariétaux ; dysfonction de la faux du cerveau ; drainage du sinus sagittal supérieur ; diminution de la réabsorption du LCS ; céphalée de tension.

Procédure

Prise par la voûte :

- patient en décubitus (figure 5.20) ;
- vous êtes assis à la tête de la table, avec les avant-bras sur la table ;
- placez la pulpe des doigts sur les os pariétaux juste au-dessus des sutures squameuses ;
- croisez vos pouces au-dessus de la suture sagittale sans la toucher.