



Recommandations de bonnes pratiques & d'Ethique ©

Ostéopathie pédiatrique

Interrogatoire, examen clinique

En début de la consultation, l'ostéopathe fait un interrogatoire médical classique (antécédents, motif(s) de consultation, etc.) puis va examiner cliniquement l'enfant avec un examen neurologique exhaustif qui se poursuivra examen ostéopathique palpatoire (cf pratiques et technicité).

Respecter au cours de la consultation:

- Les règles d'hygiène
 - Utilisation de drap (tissu, papier) et en changer pour chaque nouveau - consultant
 - User d'essuie-mains jetables uniquement
 - Nettoyages fréquents de la table de consultation et des jouets
- Les rythmes et les besoins physiologiques des nouveau-nés, nourrissons, enfants, (biberons, repas, changes, etc.) en cours de consultation
- Les étapes du développement, la physiologie neuro-musculaire et biomécanique de l'enfant ; connaître la vulnérabilité des structures (nouveau-né, nourrisson, enfant) cf « pratiques et technicité »
- L'état fébrile et algique (notamment en post-traumatique), etc devra mener à reporter la consultation voire à réorienter vers le pédiatre, les urgences, etc...
- L'interaction psycho-affective parent-enfant et ne pas engager ou pérenniser la culpabilité parentale

Pratiques et technicité :

- Respecter la physiologie du nouveau-né, du nourrisson, de l'enfant, et adapter les techniques, toujours à type de mobilisation, en fonction de l'immaturation des structures sous-jacentes
 - Absence de compression suturale
 - Pas de technique en hyper-extension ou en flexion forcée ^[1]. La « détente musculaire » pouvant être obtenue pendant ou après ces techniques serait proches des signes cliniques d'une hypotonie : donc incompatible avec une approche sécuritaire du nouveau-né et du nourrisson.
 - Pas de suivis des tissus (processus de myélinisation non terminé)

- Pas de manipulation (voir article 3 des décrets d'application) de type « trust » (synchondroses largement ouvertes et articulations en période de croissance vulnérables : mécanobiologie)
- Respecter l'intégrité des cartilages de croissance de l'enfant (os longs et courts), les synchondroses vertébrales et basi-crâniennes ainsi que les sutures de la voûte crânienne
- Respecter les contre-indications éditées par la SEROPP (voir annexe A)
- Utiliser l'échelle de quantification (de 1 à 3) validée SEROPP ^[1]

Connaître et reconnaître

- Les signes cliniques d'urgence pédiatrique en cours de consultation et référer en urgence.
- Les pathologies à risque manipulatif, voire lors de mobilisations, telles la trisomie 21, Arnold Chiari, angiome cérébral, moelle bifide, neurofibromatose de Recklinghausen, etc...
- Les troubles du développement
- Les limites de notre pratique: à quels moments s'arrêter dans notre prise en charge ostéopathique.

Savoir utiliser

- Echelles de la douleur : hétéro-évaluation, auto-évaluation (NFCS, EDIN, EVENDOL, voir site Pédiadol, etc.)
Si les signes cliniques en rapport avec la douleur persistent ou apparaissent en cours de consultation, il est impératif de modifier la technique ostéopathique utilisée voire de stopper la consultation, et de référer l'enfant si besoin.
- Avoir connaissance de l'échelle de Brazelton (évaluation du comportement du nouveau-né avec 28 items et les compétences du nouveau-né)

Eviter les pertes de chance

- Repérer, en cours de consultation, les troubles du développement et les signaler au pédiatre ou médecin traitant
- Sans résultat au-delà de la 2^e consultation, demander l'avis d'un ostéopathe-senior en OPP, et/ou référer l'enfant à un autre ostéopathe, au pédiatre, au généraliste et/ou demander un avis pédiatrique spécialisé (de préférence par l'intermédiaire du médecin traitant)

Ostéopathie Périnatale

Interrogatoire, examen clinique

Au début de la consultation, l'ostéopathe fait un interrogatoire médical classique (antécédents, motif(s) de consultation, etc.) puis va examiner cliniquement la patiente avec un examen neurologique exhaustif qui se poursuivra examen ostéopathique palpatoire adapté (cf pratiques et technicité)

Prise en charge de la femme enceinte et en post-partum:

- Les règles d'hygiène
- Utilisation de drap (tissu, papier) et en changer pour chaque nouveau consultant
- User d'essuie-mains jetables uniquement
- Nettoyage fréquent de la table de consultation
- Adapter les positions de traitement en fonction des modifications morphologiques dues à l'avancée de la grossesse.
- L'état fébrile et algique, etc... devra amener l'ostéopathe à reporter la consultation et à référer la patiente vers le gynéco-obstétricien, la sage-femme, les urgences maternité
- Grossesse gémellaire : la prise en charge pluri disciplinaire est conseillée (contre indications pour les grossesses mono amniotiques monozygotes).

Pratiques et technicités :

- Les techniques obstétricales de version par manœuvre externe sont interdites. Elles sont de la seule compétence du gynécologue-obstétricien sous une surveillance échographique.
- Les techniques seront respectueuses de l'état physiologique particulier à la femme enceinte et à la femme en post-partum, notamment au niveau cardio-vasculaire (grossesse gémellaire +++) et au niveau des techniques de hanches (voir annexe 2)
- Connaître et respecter les contre-indications éditées par la SEROPP (voir annexe B)
- Utiliser l'échelle de quantification (de 1 à 3) validée SEROPP ^[1]

Savoir utiliser

- Echelles de la douleur (auto-évaluation, QDSA, ALGOPLUS, etc.)
- Des coussins de positionnement (demi-lune, dit d'allaitement) pour améliorer le confort de la patiente lors des consultations ostéopathiques

Eviter les pertes de chance

- Connaître les signes d'urgence gravidique : MAP (menace d'accouchement prématuré), pré-éclampsie, cholestase, hématome rétro-placentaire...et orienter en urgence la patiente vers le service de gynéco-obstétrique.
- Connaître les troubles psychiques de la femme en périnatalité : dénis de grossesse, dépression post-partum, lien mère-enfant non amorcé, rejet du bébé, maltraitance ; réorienter la patiente vers un professionnel spécialisé (PMI, psychologue familial. ...)
- Sans résultat au-delà de la 2^e consultation, demander l'avis d'un ostéopathe-senior.
- Savoir et accepter de référer la patiente à un autre ostéopathe, au médecin traitant, au gynécologue.
- La femme en post-partum est en « apprentissage » pour être « mère », l'ostéopathe se doit de l'accompagner dans ses choix sans prendre de parti pris (allaitements maternel et artificiel, vaccination, etc .)

ANNEXE A

Enfants, contre-indications absolues ou relatives

L'Ostéopathe compétent en ostéopathie pédiatrique respecte les cartilages de croissance de l'enfant (os longs et courts), mais aussi les synchondroses vertébrales et basi-crâniennes ainsi que les sutures de la voûte crânienne qui sont toutes les "cartilages de croissance" du rachis et du crâne. Avec un toucher fin et précis, l'ostéopathe travaille en décompression les zones trop contraintes in utero ou per partum, sans toutefois appliquer trop de distraction. Comme chez l'adulte, les mobilisations du rachis cervical supérieur sont faites en légère flexion, puisque le nouveau-né garde une position semi-fœtale ^[3], (rachis avec une unique courbure en flexion -position physiologique de repos). Le rachis cervical sera redressé à un an, la lordose physiologique arrivera plus tard. L'ostéopathe est d'autant plus vigilant qu'il connaît ^{[4],[5]} les troubles du rachis supérieur. Ils sont, certes, plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte (subluxation, luxation rotatoire) mais l'ostéopathe peut les corriger facilement par une mobilisation fine et précise - ^[5]. Si les indications sont nombreuses, il existe cependant quelques contre-indications ^{[3],[4]}. L'ostéopathe orientera son petit patient vers son Pédiatre ou le Médecin généraliste, ou un service d'urgence si cela lui semble nécessaire.

Chocs, chutes sur la tête ou le rachis

- Si *vomissements, perte de connaissance* ou *troubles de la conscience* dans les heures qui suivent demander une consultation préalable aux urgences pédiatriques ou chez le pédiatre (médecin généraliste), et un examen radiologique.
- Pour un choc sur la face ou le menton : radiographie conseillée, risque de fractures++.

Troubles de l'adaptation néonatale

- Cyanose présente dès le début de consultation et persistante : à adresser au pédiatre.

Anomalie crânio-faciale

- Asymétrie faciale marquée (hyper ou hypotélorisme marqué, épicanthus prononcé) à orienter vers le pédiatre pour avis du Généticien ou du Chirurgien maxillo-facial.
- Craniosténose (suspicion de) orientation vers le chirurgien maxillo-facial ou le neurochirurgien.
- Hématome du scalp (prévalence 2/100 000 naissances après extraction par ventouse) avec un pronostic vital compromis ; en maternité à ne pas confondre avec un céphalhématome : demander en urgence l'avis du pédiatre de maternité.

Trouble digestifs

- Diarrhée : risque de déshydratation, à adresser en urgence vers le pédiatre ou aux urgences pédiatriques, surtout si la fontanelle bregmatique est déprimée en position assise
- Sténose du pylore (fin du 1er mois)
- Appui profond au niveau de l'abdomen ^[2], les techniques viscérales ne doivent pas être appliquées avec des "doigts pointés" (fragilité des tissus entériques)

Fièvre

- En cas de fièvre, la consultation sera reportée en orientant vers le pédiatre

Génétiques (pathologies)

Il convient d'être extrêmement prudent lorsqu'on mobilise les enfants porteurs de pathologies génétiques.

- Maladie du collagène (Marfan), ne jamais mettre les enfants à plat ventre (luxation cardiaque à travers le péricarde) entraînant un arrêt cardiaque, risque d'anévrisme..., ainsi que les hyperlaxités surtout des extrémités (Hellers-Danlos) etc.
- Trisomie 21: anomalie de la charnière cranio-cervicale (dislocation), risque d'absence de synostose odontoïde : corps de C après C7 voire absence d'apophyse odontoïde, laxité musculo-ligamentaire. Aucune manipulation même chez l'enfant plus grand et l'adulte.
- Neurofibromatose de Recklinghausen, Arnold Chiari, etc.

Neurologiques

- Hypotonie marquée, qui est le plus souvent liée à une maladie génétique, une myopathie, etc...
- Malaise vagal du nourrisson (à renvoyer en urgence vers le pédiatre, les urgences pédiatriques ou le SAMU). Mettre en position de sécurité.
- Nystagmus marqué et récidivant (latéral ou vertical) en cours de consultation (à renvoyer vers le pédiatre et le neurologue ou ophtalmologiste pédiatrique)
- Raideur de la nuque (avec ou sans vomissements, sans signe fébrile): Méningite virale possible, à renvoyer vers le pédiatre, les urgences pédiatriques ou le SAMU.
- Signe de la fosse postérieure chez l'enfant plus grand : vertiges, trouble de la statique, douleurs, etc. (à renvoyer en urgence vers le pédiatre et le neurologue ou ophtalmologiste pédiatrique)
- Tension marquée de la fontanelle bregmatique (bombée), peut être le signe une hydrocéphalie. Regarder s'il n'existe pas de signe du coucher de soleil (hernie du diencephale) dysmorphie cranio-faciale
- Syndrome d'alcoolisme fœtal (dysmorphie cranio-faciale, volume cérébral réduit, retard de croissance, atteinte des organes sensoriels (vue, ouïe), malformations cardiaques et urogénitales, défenses immunitaires réduites...

Orthopédiques

- Arrachement épiphysaire (suite un accouchement dystocique)
- Ostéochondrite disséquante, Rhume de hanche
- Paralysie obstétricale du plexus brachial complète - signe de Claude-Bernard-Horner (avulsion des racelles, rupture des racines)
- Scoliose ou Torticolis douloureux (pathologie sous-jacente possible : syringomyélie, tumeur osseuse ou des tissus mous menaçant la moelle-, ostéome-ostéoïde).

ORL

- Otites purulentes (à renvoyer vers le pédiatre et ORL)
- Torticolis de Grisel (à renvoyer vers le pédiatre et ORL)

ANNEXE B

Femmes enceintes, Contre-indications absolues ou relatives

Il existe des contre-indications, pendant la grossesse, la Version par Manœuvre Externe ou VME est une contre-indication majeure, les mobilisations des hanches en périnatalité demande des précautions palpatoires particulières et des examens complémentaires, etc. Cette suite de contre-indications n'est pas exhaustive.

MAP Menace d'accouchement prématuré, épisode contractile +++ récent, perte du bouchon muqueux, fissure de la poche des eaux. A réorienter vers le gynécologue ou la maternité

Cholestase gravidique [3] : Prurits récents: Pas de contre-indications aux mobilisations mais il est impératif de demander une consultation pour bilan auprès de l'équipe obstétricale.

Grossesse gémellaire Contre-indication ABSOLUE pour la monoamniotique-monochoriale: ne pas s'intéresser aux muscles proches de la poche utérine (risque de tricotage des cordons, jumeaux transfuseur-transfusé, MFIU mort fœtale in utero, pathologie fœtale cardiaque, rénale,...) **Contre-indication ABSOLUE** pour la biamniotique- monochoriale (jumeaux transfuseur-transfusé, MFIU mort fœtale in utero, pathologie fœtale cardiaque, rénale, ...)**Contre-indications relatives** pour les autres grossesses gémellaires (risques : MAP, accouchement prématuré, maladie des membranes hyalines, détresse respiratoire à la naissance, ...).Les consultations doivent se faire en accord, et avec un suivi et une collaboration avec l'équipe obstétricale.

Hématome rétro-placentaire : conséquence d'une HTA; si le tableau est complet : métrorragies, douleurs abdominales (coup de poignard) dans le fond utérin, abdomen dur (Ventre de bois) et très douloureux à la palpation... adresser en urgence à l'équipe obstétricale

Articulation coxo-fémorale douloureuse [5] avant toute mobilisation d'une hanche avoir au préalable une radiographie du bassin voire un arthroscanner pour vérifier qu'il n'existe pas d'algodystrophie de la hanche ou de micro fractures...

Pré-éclampsie [3] **ou toxémie gravidique**: Œdème des membres inférieurs avec dyspnée et/ou maux de tête, bourdonnements d'oreilles, douleurs abdominales, nausées, vomissements, myodésopsies (mouches volantes) : demander une consultation en urgence auprès de l'équipe obstétricale.

Toucher vaginal (TV) du col utérus [3] (risque d'accouchement prématuré, chorioamniotite, infection, etc.).

VME (Version par Manoeuvre Externe) doit être effectuée par un obstétricien [6] (avec vérification échographique et un monitoring de contrôle pour apprécier l'état fœtal).

Si Syndrome de compression de la veine cave : ne pas coucher la femme enceinte sur le côté droit de la femme enceinte au cours d'une séance d'ostéopathie.

Femmes en post-partum et les mois suivants, Contre-indications

Articulation coxo-fémorale douloureuse [5] avant toute mobilisation d'une hanche, il faut avoir au préalable une radiographie du bassin voire un arthroscanner pour vérifier qu'il n'existe pas d'algodystrophie ou de microfractures....

Bibliographie

1. Lalauze-Pol R. D.O., Mendizabal H.M.D., Delarozière J.C. M.D. Is there any relationship between impactions, overlapping, dysmorphisms of skull seams and some neurovegetative troubles or anomalies locomotion system. Unconventional medicine at beginning of third millennium. European Commission; Pavia 1998 Jun; 44.
2. Lalauze-Pol R. le crâne du nouveau-né, Sauramps-Médical Montpellier 2003:248-256
3. Le "cocon (brevet Salducci D.)" Service de Néonatalogie -Hôpital Nord Marseille
4. Lalauze-Pol R. Le crâne du nouveau-né. Montpellier, Sauramps-médical 2003: 6e partie
5. Lalauze-Pol R, Lambert S, Fellus P, Bennaceur S, Elmahed M. Importance of early treatment of postural plagiocephaly, a prevention of maxilla-facial dysmorphism. Rev Orthop Dento Facial 2007; 41:159-174.
6. Gonet C. La hanche de la femme en perinatalité. In Lalauze-Pol R Le crâne du nouveau-né Montpellier Sauramps médical 2003 Tome 2 6è partie 976-978
7. Puch C. Doit-on faire une VME en ostéopathie. Lalauze-Pol R. Le crâne du nouveau-né. Montpellier, Sauramps-médical 2003: Tome 2, 6e partie:972-974.