

Palpation Perceptive = Diagnostic



Par Viola Frymann, D.O., F.A.O

" C'est le principe de poser légèrement les mains sur la voûte... ou sur toute autre partie et d'établir le contact pour percevoir le mouvement inhérent, et sentir ainsi ce qui s'y passe. Le mouvement de la vie est perceptible si vos mains touchent doucement, et si votre attention est centrée sur ce qui peut être senti... Si vous n'interférez pas, le mouvement inhérent entraîne suffisamment vos mains pour en informer vos perceptions proprioceptives. Vous connaissez le mouvement parce que vous l'avez senti. " W.G. Sutherland D.O.

Je me rappelle clairement le Dr Sutherland en train d'examiner un patient. Il s'asseyait et prenait la tête du patient dans ses mains pendant 3, 5 ou 10 minutes, tout à fait indifférent à toute forme d'activité autour de lui. Il était tout à fait concentré sur ce qu'il avait entre ses mains. Pendant ce temps, nous, les étudiants, étions invités à palper d'autres parties du corps, présumément pour vérifier que des fonctions inhérentes semblables existaient dans les extrémités ou au sacrum. Dans les premiers moments de mon expérience avec le concept crânien, je ne pouvais pas imaginer ce qui se passait durant ce qui me semblait une période de temps interminable dans une attitude tout à fait passive. Mais maintenant, quelque 40 ans plus tard, c'est le moment de discuter cette technique de diagnostic. Le principe s'applique à toutes les parties du corps. Le positionnement des mains variera selon la région anatomique.

La première question à se poser est : " Combien de pression dois-je appliquer ? " La réponse est : " Cela dépend de l'état des tissus entre vos mains au moment présent. Ce peut être différent pour ce patient aujourd'hui, de ce que c'était pour le même patient la semaine passée ou de ce que ce sera la semaine prochaine. Ou même le même patient après le traitement. " Une telle affirmation peut être exaspérante pour l'étudiant à l'esprit scientifique à qui on a enseigné combien de grammes de pression seraient appropriés dans d'autres contextes. Il y a une bonne technique que l'instructeur peut utiliser pour éveiller la compréhension de l'étudiant :

A) Demander à l'étudiant de placer la paume de sa main en contact avec la paume de la main de l'instructeur, cette dernière étant en position de pronation. Les coudes de l'étudiant et de l'instructeur doivent être en contact avec la table. Le contact est extrêmement léger, le toucher d'une plume, un contact indifférent. Il y a très peu, à peine, de communication perceptible entre les deux paumes.

B) Les paumes étant toujours en contact, l'étudiant est invité à appliquer une pression forte sur le dos de la main de l'instructeur avec son autre main pour exercer une compression entre les deux paumes. Le contact des deux mains l'une contre l'autre devient si fort qu'il bloque toutes communications perceptibles entre les deux paumes.

C) Sans changer la position des trois mains, l'étudiant est alors invité à modifier la quantité de pression sur le dos de la main jusqu'à ce qu'il ou elle commence à percevoir un mouvement dans la paume de la main de l'instructeur. Ce dernier peut conseiller l'étudiant en déterminant exactement combien de pression est nécessaire pour lui permettre de sentir la mobilité inhérente dans la paume. Quand la valeur précise de la pression est déterminée, l'étudiant sera alors capable de décrire :

- la direction du mouvement,
- le rythme d'aller-retour de ce mouvement,

-sa force et son amplitude.

L'instructeur, pendant ce temps, peut sentir ce qui se passe dans sa main relativement à celle de l'étudiant et peut alors s'apercevoir si l'étudiant sent effectivement ce qu'il ou elle décrit et ce qui se passe exactement. Il est essentiel de s'initier à l'expérience palpatoire sans idées préconçues. Venez-y avec les yeux de la palpation ouverts pour voir ce qu'il y a à voir. ("Rappelez-vous, les doigts qui pensent, qui sentent, qui volent et qui savent"... Sutherland.)

C'est en répétant cet exercice plusieurs fois avec différents partenaires que l'étudiant développera rapidement un contact approprié et une palpation perceptive.

DIAGNOSTIC PAR CONTACT AVEC LA VOUTE

La disposition exacte des mains n'est pas critique et dépendra de la dimension relative de la tête du patient et des mains du thérapeute. La paume des mains reposera sur les proéminences pariétales. Les index s'approcheront des grandes ailes du sphénoïde. Les petits doigts seront dirigés vers les angles latéraux de l'occiput. L'étudiant sera alors invité à penser d'abord en terme de structure et à noter :

- A) La Forme
- 1) La perception des mains est-elle symétrique ?
 - 2) La tête est-elle plus présente dans une main que dans l'autre ?
 - 3) Est-ce que cette plénitude est plus importante dans la paume de la main et est-ce qu'elle semble caudale à l'autre côté de la tête (suggestif de mouvement de "sidebending") ?
 - 4) Est-ce que cette plénitude latérale est antérieure sous l'index ou postérieure sous le petit doigt (suggestif de "latéral strain") ?
 - 5) Est-ce que la partie antérieure de la tête semble plus large que la partie postérieure ou vice-versa (suggestif d'un "vertical strain") ?
 - 6) Est-ce que l'index d'une de vos mains semble plus céphalique que l'autre (suggestif d'une torsion) ?
 - 7) Y a-t-il une proéminence de la fontanelle ?

8) Y a-t-il d'autres particularités inhabituelles quant à la forme de la tête ?

B) La Texture

- 1) Est-ce que la tête offre une certaine résilience ?
- 2) Est-ce que la tête semble dure ?
- 3) Est-ce qu'elle manque de tonus ?
- 4) Est-ce que vous avez la sensation d'une pression venant de l'intérieur ?
- 5) Semble-t-il y avoir une perception oedémateuse du cuir chevelu ?

Après avoir observé les différentes caractéristiques structurelles, et sans déplacer les mains, l'étudiant est alors invité à centrer son attention sur la mobilité inhérente qui se produit dans ses mains. Les caractéristiques de cette mobilité peuvent être comparées à celles qui ont été perçues dans l'expérience de la palpation de la main de l'instructeur.

C) La Mobilité - Notez en ordre :

- 1) Amplitude
- 2) Vitalité : est-elle vigoureuse ou faible ? Percevez la force qui l'anime.
- 3) Rythme : y a-t-il un mouvement d'aller-retour d'égale amplitude ?
- 4) Direction : est-elle consistante ou change-t-elle lentement d'une direction à une autre ?
- 5) Quelles tendances tensionnelles (strain patterns) détectez-vous ? Notez les séquences des changements jusqu'à ce qu'il y ait retour au "pattern" initial de mouvement. Consistance et persistance dans un "strain pattern" particulier se retrouve habituellement après un traumatisme à la tête ou dans le cas de poussée dentaire précoce.
- 6) Est-ce que la mobilité se manifeste spontanément en flexion et extension, ou est-ce qu'elle alterne d'un vertical strain supérieur à un vertical strain inférieur ? (Ce qui est une évidence importante de compression de la symphyse sphéno-basilaire) ?
- 7) Centrez votre attention sur le rythme crânien. Notez le nombre de cycles à la minute (ne vous contentez pas de moins d'une minute).
- 8) Détectez-vous dans la tête une ligne de force dans une direction particulière (suggestif d'un impact de haute vélocité, ou d'un choc brutal

à la tête) ?

9) Y a-t-il une région de restriction du mécanisme de mobilité où s'appliquerait la question 5 ?

Vous devez vous allouer une période de temps suffisante pour répondre à toutes ces questions.

Alors, les réponses devraient être soigneusement notées. Votre attention sera nécessairement plus appliquée si vous vous imposez de noter ce que vous trouvez.

DIAGNOSTIC DE LA RÉGION TEMPORALE

L'étudiant est invité à prendre l'occiput dans ses mains, en forme de berceau, en entrelaçant les doigts d'une main avec ceux de l'autre main. Les pouces s'appuient sur les mastoïdes de telle façon que le bout des pouces soit en contact avec l'extrémité inférieure des apophyses mastoïdes. Procédez à l'évaluation de l'occiput et des temporaux selon :

- A) La Forme
- B) La Texture
- C) Le mouvement, selon l'énumération de la section précédente : les questions 1 à 5 et 7 à 9 devraient être étudiées. La question 8 consistera à s'interroger sur le mouvement symétrique des temporaux en rotation externe et interne. Notez bien les observations des 9 catégories de mouvements.

DIAGNOSTIC DU SACRUM

Afin de bien positionner la main du thérapeute sous le sacrum, procédez comme suit. Évitez de faire rouler le patient.

L'étudiant se tiendra sur le côté droit du patient. Le patient fléchit le genou et la hanche gauche. Le praticien place sa main droite entre les cuisses du patient, prête à glisser sous le sacrum, tout en se préparant à disposer la main gauche au niveau de l'iliaque droite pour guider le patient à lever légèrement le pelvis. La main droite glisse sous le sacrum, le bout des doigts au niveau de

la base sacrée, puis le patient se laisse aller doucement sur la main du praticien. Le sacrum est alors évalué quant à :

- A) La Forme
- B) La Texture
- C) La Mobilité

Les principes sont les mêmes que pour le crâne, mais les questions à se poser sont différentes.

- A) La Forme

1) Est-ce que le sacrum présente une convexité régulière dans la main, ou y a-t-il une angulation qui presse dans la paume de la main ?

2) Est-ce que le coccyx fait suite au sacrum dans une courbure régulière ou est-ce qu'il se projette, quelques fois un peu douloureusement, dans la main du thérapeute ?

3) Est-ce que la base est dans un plan horizontal, ou est-elle en rotation céphalique sur un côté (rotation autour d'un axe antéro-postérieur) ?

4) Est-ce que le bord latéral est postérieur sur un côté par rapport à l'autre donnant une sensation de pression sur l'éminence thénar ou sur l'éminence hypothénar (rotation autour d'un axe vertical) ?

- B) La Texture

Les questions 1-2-3 et 5, posées au sujet du crâne, s'appliquent au sacrum.

Après avoir noté les différentes variations structurelles caractéristiques, l'étudiant est alors invité à concentrer son attention sur :

- C) La Mobilité

La main palpatrice reste dans la même position que ci-dessus. Les questions 1 à 4, 8 et 9 s'appliquent au sacrum de la même façon qu'à la tête.

Revoyez la question 5 selon les caractéristiques de la mobilité du crâne. Déterminez l'axe autour duquel le sacrum se meut. Le mouvement physiologique de flexion et extension se produit autour d'un axe transverse.

Si la base fait rotation en direction céphalique sur un côté ou caudale sur l'autre côté, le mouvement se produit autour d'un axe antéro-postérieur.

Si le rebord latéral du sacrum est en rotation antérieure sur un côté, ou postérieure sur l'autre côté, le mouvement se produit autour d'un axe vertical.

Le mouvement peut se produire autour d'une combinaison d'axes produisant ainsi une torsion du sacrum entre les iliaques.

Deux changements non physiologiques dans les mouvements du sacrum peuvent passer facilement inaperçus s'ils ne sont pas recherchés spécifiquement. Ils sont cependant d'une grande signification clinique.

Compression lombo-sacrée, ou compression intra-osseuse sacrée avant l'âge de la fusion (20-25 ans). Elle peut résulter d'une force de compression imposée par l'utérus au bébé dont l'accouchement a été obstrué, ou d'une chute brutale sur les fesses. La main palpatrice reste sous le sacrum tel que décrit ci-haut. La dureté donnera un aperçu de sa texture. Le mouvement peut se faire autour des axes physiologiques de flexion et d'extension. Le pouce, les deuxième et troisième doigts de la main gauche du praticien prennent alors contact avec les apophyses transverses de la 5e vertèbre lombaire. Une douce traction sur le sacrum vers les pieds, c.-à-d., entre les deux mains, fera percevoir une restriction de mouvement par rapport à la 5e lombaire ; il y a alors un manque d'élasticité ou de mobilité articulaire à la jonction lombo-sacrée.

Restriction du mouvement du sacrum autour d'un axe transverse respiratoire par rapport aux iliaques, résultat d'un impact de haute vitesse. Le mouvement autour de l'axe transverse, en flexion et extension, semble être adéquat. L'opérateur fait alors un pont entre les iliaques au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure avec son bras gauche. Le coude fait fonction d'une troisième main en contactant le versant latéral de l'épine iliaque antéro-supérieure droite; le bout des doigts contactera le versant externe de l'épine iliaque

antéro-supérieure gauche. Si la mobilité inhérente est favorisée par une inspiration profonde, on percevra alors quelles ailes iliaques bougent en bloc avec le sacrum. Le sacrum est incapable de bouger postérieurement en flexion sans amener avec lui les iliaques ou antérieurement en extension sans faire rouler les iliaques en direction antérieure.

CONCLUSION : Cet exercice de palpation de la main de l'instructeur est destiné à évaluer l'aptitude de l'étudiant à percevoir avec précision la mobilité inhérente du corps. La perception qu'il décrit dans son propre rapport sera comparée à la qualité du mouvement que l'instructeur peut percevoir lui-même.

On enseigne ainsi à l'étudiant en le guidant, dans une approche systématique de la palpation de la tête ou du sacrum, de la structure, c.-à-d., à la mobilité inhérente. Une telle approche systématique de la palpation des fonctions inhérentes du corps peut être alors adaptée à l'étude palpatoire de n'importe quelle partie du corps. La " palpation perceptive " est l'essence même du diagnostic et pose les fondations d'une palpation compréhensive qui est en soit le traitement.

Déjà publié en anglais dans le "Cranial Letter", November 1994, Vol. 47, No4, et en français dans le "Core-Link", No3, 24 décembre 1994.

Traduit de l'anglais par Jean Guy Sicotte M.D.,D.O.(Q)