

---

# Avis Physiothérapie en cas de torticolis

d'expert :

**Bruno Maggi**

---

J'ai été mandaté par l'association Physiotherapia Paediatrica pour rendre un avis d'expert sur la question de savoir dans quelle mesure la physiothérapie est indiquée dans le traitement du torticolis chez l'enfant.

Je commencerai par définir le mot « torticolis », j'en exposerai la physiopathologie et présenterai un concept de traitement. Ce concept éprouvé s'appuie sur la physiopathologie et fait appel à une filière de soins « pédiatre – physiothérapeute en pédiatrie – spécialiste en thérapie manuelle ».

## 1. Qu'est-ce qu'un torticolis ?

Le torticolis chez le nourrisson se définit en premier lieu par une inclinaison plus ou moins fixée de la tête d'un côté avec une composante de rotation controlatérale. Cette position est l'expression d'un désordre fonctionnel de cette région. Ce trouble prend des formes cliniques différentes, relève d'étiologies différentes et peut avoir des conséquences considérables sur le développement.

### Concept physiopathologique

#### Bases anatomiques

La région cervico-occipitale est d'une importance primordiale tant au niveau moteur qu'au niveau sensoriel.

En s'appuyant sur le développement embryonnaire, le Professeur B. Christ (institut d'anatomie II de l'université de Freiburg i.B.)<sup>1</sup> a démontré en 1993 l'importance de cette structure. « La colonne cervicale supérieure se développe de telle sorte que la tête dispose d'une mobilité particulière (...). La répartition complexe de la musculature garantit cette amplitude de mouvement. Les nombreux mécanorécepteurs informent le système nerveux central de la position des différents segments. L'importance majeure du développement physiologique de cette région fait toute la particularité de la colonne cervicale supérieure. Elle influence également le développement du tronc. Elle répond simultanément à deux impératifs : conserver une grande mobilité et assurer le passage des voies de conduction entre la tête et le tronc. »



D'autres anatomistes (Voss et. Al. ) ont pu démontrer que les muscles de la région cervico-occipitale comptent de 29 à 42 fuseaux neuro-musculaires (capteurs de tension disposés dans la musculature) par gramme de tissu musculaire. A titre de comparaison, la musculature de la cuisse n'en comporte que 0,9 par gramme de tissu musculaire.

Les afférences de la région cervicale aboutissent directement (sans relais au niveau médullaire) aux noyaux des nerfs crâniens dans le système nerveux central (Jansen, Göttingen )<sup>2</sup>. Cette liaison directe fait de cette zone « un organe d'équilibre supplémentaire ». ( Dr K. Lewit, médecin spécialisé en thérapie manuelle, Prague )<sup>3</sup>.

La région cervico-occipitale a un rôle à jouer dans la communication. Sa symétrie est très importante pour le développement moteur qui précède la verticalisation ( c'est-à-dire avant que l'enfant ne se tienne debout et ne commence à marcher). Ultérieurement, cette région constitue également un lieu de rééquilibration des asymétries périphériques. ( Prof. J. Buchmann, Clinique universitaire orthopédique Rostock)<sup>4</sup>.

### **Etiologies du torticolis**

Une position de contrainte intra-utérine prolongée, une délivrance très lente débouchant fréquemment sur une césarienne, un accouchement très rapide et naturellement un traumatisme ultérieur de la colonne cervicale et de la tête peuvent entraîner une lésion de la région cervico-occipitale.

La blessure concerne fréquemment la musculature du cou (elle est plus facile à mettre en évidence au niveau du sternocleidomastoïdien). Secondairement l'atteinte entraîne souvent une dysfonction des articulations cervicales supérieures (articulations occipito-atloïdienne, C1-C2 et C2-C3).

Il ressort des réalités anatomiques et physiologiques démontrées plus haut que les conséquences du torticolis sont graves et dépassent le simple problème « esthétique ».

### **Conséquences d'une dysfonction précoce de la colonne cervicale supérieure**

La position normale de la tête dans la ligne médiane est désagréable, voire douloureuse. C'est pourquoi le nourrisson adopte une position confortable et indolore. Il s'agit le plus souvent d'une rotation de la tête d'un côté combinée à une inclinaison controlatérale. Cette position antalgique peut s'accompagner d'une extension exagérée. Bien qu'elle soit le plus souvent visible dès la naissance, il arrive également que cette position antalgique s'installe dans les 3 à 6 premières semaines.

La position asymétrique de la tête est au premier plan. Mais la dysfonction a des conséquences graves sur la motricité globale (tonus musculaire asymétrique, contrôle de tête insuffisant), sur le comportement (troubles du sommeil, problème lors de l'allaitement, difficultés de déglutition, coliques des trois mois) et sur la morphologie (plagiocéphalie, hypoplasie hémifaciale et scoliose du visage).

Des auteurs reconnus ont décrit ce tableau sous différentes dénominations : torticolis congénital ou de la petite enfance, syndrome de blocage de l'atlas (G.Gutmann), scoliose du nouveau-né, syndrome de KISS (H.Biedermann), torticolis arthrogène , *vertebragener Torticolis*, *Schräglagekinder*.

Cette énumération n'est pas exhaustive. La variété de termes utilisés démontre que chaque spécialité (pédiatrie, orthopédie, neurologie, médecine manuelle, chiropraxie) considère et décrit le problème selon son propre point de vue.



## 2. Comment le traiter ?

Un traitement en plusieurs étapes est devenu l'usage habituel et cette approche est tout à fait raisonnable. Elle repose sur la tendance à la guérison spontanée rencontrée dans le torticolis (selon une publication du Prof. J. Buchmann à Rostock, sur 100 enfants atteints, 80 ont vu leur état s'améliorer de lui-même après trois mois ). Par conséquent, la thérapie se doit d'être progressive. Au départ, il est essentiel d'encourager la guérison spontanée.

### Introduction du handling

La physiothérapeute en pédiatrie est la mieux à même pour enseigner aux parents comment stimuler leur enfant et comment le coucher. Elle peut contrôler les gestes des parents, constater une amélioration ou une péjoration et préconiser si nécessaire d'autres façons de faire.

Cette mesure est à mettre en place le plus tôt possible.

Si elle s'avère insuffisante pour obtenir le résultat souhaité, il convient d'introduire un traitement de physiothérapie à proprement parler.

### Physiothérapie

Selon sa formation, la physiothérapeute en pédiatrie utilisera l'une des diverses méthodes existantes.

Toutes visent à étirer la musculature du côté où elle est raccourcie et à la tonifier du côté opposé. Dans un deuxième temps, le renforcement musculaire s'adresse plus globalement à toute la région.

Comme il n'est pas possible de donner des instructions verbales aux petits patients, il faut choisir une thérapie qui exploite les capacités motrices présentes. Les séances de physiothérapie demandent un grand investissement et prennent beaucoup de temps. Un des parents ( en général il s'agit de la mère) doit y assister.

Il se peut que la thérapeute remarque après quelques consultations la présence d'un blocage articulaire, problème qui nécessite une thérapie manuelle. En règle générale, l'enfant sera alors pris en charge par un spécialiste en thérapie manuelle.

### Thérapie manuelle

La manipulation articulaire n'est effectuée qu'après un examen clinique et radiologique.

L'amélioration de la mobilité se remarque souvent aussitôt après la manipulation. Il est indiqué d'observer ensuite une pause de trois semaines, puis la physiothérapie est reprise. Dans de rares cas (20 % environ), une seconde manipulation est nécessaire. Ce geste technique ne devrait intervenir que 6 semaines après le premier.

### Traitement et contrôles ultérieurs en physiothérapie

L'enfant a besoin maintenant d'un traitement pour apprendre à utiliser la mobilité nouvellement acquise. Les séances seront de plus en plus espacées puis la thérapie pourra prendre fin. Toutefois, il est important de procéder au minimum à un contrôle après la verticalisation.

## 3. Place de la physiothérapie

Comme j'ai tenté de le démontrer ci-dessus, la physiothérapie pédiatrique a sa place dans un concept de traitement global qui a fait ses preuves dans ma pratique depuis 1993. La



collaboration entre physiothérapeutes en pédiatrie, pédiatres et spécialistes en thérapie manuelle permet un traitement réussi, efficace et économique.

**Zurich, le 16.10.2012**

Bruno Maggi

Facharzt für Allgemeinmedizin

Manuelle Medizin SAMM

Dennlerstr. 25

8047 Zürich

### Sources:

---

<sup>1</sup> Christ B. (1993) *Anatomische Besonderheiten des Halses.*

Manuelle Medizin, 31: S. 67- 68

<sup>2</sup> Jansen J. (1993) *Symptomatik nach Verletzung der oberen Halswirbelsäule.*

*Eine neuroanatomische Studie zur Pathogenese.*

Nervenheilkunde 12: S. 230-232

<sup>3</sup> Lewit K (1988) *Disturbed Balance due to Lesions of the Cranio-Cervical Junction*

J Orthoped Med,: S. 58-61

<sup>4</sup> Buchmann J., Bülow B. (1983) *Funktionelle Kopfgelenksstörungen bei Neugeborenen im Zusammenhang mit Lagereaktionsverhalten und Tonusasymmetrie.*

Manuelle Medizin, 21 S. .59-62

