

LA LÉSION OSTÉOPATHIQUE OU DYSFUNCTION SOMATIQUE



EN BREF...

Qu'est ce qu'une "lésion ostéopathique"?

"C'est ce que l'ostéopathe traite!" dira un élève.

La **lésion ostéopathique** a été remplacée récemment par le terme "**dysfonction somatique**". Le terme lésion n'ayant pas le même sens en **ostéopathie** et en médecine, et par soucis de communication avec d'autres thérapeutes il serait mal venu de garder le nom de "**lésion ostéopathique**".

D'après la définition du GOsC (registre des ostéopathes en GB) une dysfonction somatique est "une mauvaise fonction ou une fonction altérée d'éléments reliés au systèmes musculo-squelettique (squelette, articulation, muscle et fascia) et reliés aux systèmes vasculaires, lymphatiques et nerveux."

En cabinet nous avons tendance à appeler ces dysfonctions des "**restrictions**", des "**hypomobilités**" ou encore des "**densités**" car à travers nos tests ce sont ces restrictions de mobilité que nous recherchons et que nous pouvons traiter.

UN PEU PLUS DE DÉTAILS

Après un choc, un trauma, ou par phénomène de compensation des muscles vont se contracter pour protéger l'endroit qui souffre. Si cette contraction a été violentes ou longue (plusieurs semaines) il va y a avoir une modification tissulaire. Une certaine fibrosité va s'installer et cela va limiter la mobilité. Va s'en suivre une mauvaise

vascularisation, un mauvais drainage, et une “contamination” de cette mauvaise mécanique locale à d’autres parties du corps par le fait d’attaches musculaires ou faciales.

Il peut aussi y avoir des lésions dites “**viscéro-somatiques**”: Si un organe souffre, il va bombarder d’informations neurologiques les segments médullaires qui l’innervent par les voies sympathiques (par exemple l’innervation ortho-sympathique de l’estomac provient des niveaux vertébraux de T5 à T9). Ces segments médullaires bombardés vont être “facilités” ou plus réactifs. Du coup les muscles innervés par les mêmes segments médullaires vont avoir tendance à toujours être plus facilement contractable. Le tonus musculaire au repos sera plus élevée. Si nous prenons l’exemple de l’estomac, quelqu’un qui souffre d’une gastrite chronique ou d’un ulcère va constamment augmenter le tonus musculaire des muscles para-vertébraux des niveaux T5 à T9. Ces muscles vont se fibroser et entraîner avec eux une perte de mobilité de ces étages vertébraux et éventuellement des douleurs.

Certaines restrictions vont être plus importantes que d’autres, et certaines **dysfonctions somatiques** vont entraîner d’autres **dysfonctions**. De là va naître les termes de **lésions primaires** et de **lésions secondaires**.

- **La lésion primaire:**

Elle survient généralement après un choc, ou un trauma violent. Typiquement une entorse, une fracture ou une entorse cervicale due à un whiplash.

Une intoxication ou une pathologie peuvent aussi être des causes de **lésions primaires**. Ces **lésions primaires** vont entraîner une série d’adaptation et de compensation qui elles seront appelées **lésions secondaires**. Il est essentiel de trouver et de traiter ces **lésions primaires** sinon aucune amélioration ne sera notable sur le long terme.

- **La lésion secondaire:**

Une **lésion secondaire** est une dysfonction qui apparaît comme compensation d’une **lésion primaire**. Une amélioration de la **lésion primaire** entraînera un changement de compensation qui se traduira généralement par une dissipation des lésions secondaires. Mais si une **lésion secondaire** devient trop chronique celle-ci peut à son tour devenir primaire.

Il existe aussi des “**hypermobilités**”; ces **hypermobilités** répondent à la définition de la **dysfonction somatique** et peuvent aussi être identifiées à la palpation. Ces hypermobilités ne peuvent être traitées en ostéopathie, du moins de manière directe. Généralement l’approche kinésithérapeutique, en renforçant la stabilité musculaire semble souhaitable.

Ces **dysfonctions somatiques** peuvent être responsables pour des douleurs de cou (cervicalgie) et des douleurs de dos (lombalgie)