

LE TORTICOLIS CONGENITAL ET LA PLAGIOCEPHALIE



Cédric BASTELICA
Masseur kinésithérapeute

DEMARCHE E.B.P



1) Cas clinique

Prescription médicale:

«traitement d'un torticolis congénital gauche»

1er examen clinique:

- Enfant de 6 mois
- Hypertonie du SCOM gauche + rétraction du trapèze droit
- Limitation amplitude cervicale
- Importante placiocéphalie fronto-occipitale + dysmorphie de l'hémiface

DEMARCHE E.B.P



2) Questionnement:

Quels sont:

- les liens entre le torticolis congénital et la plagiocéphalie?
- les répercussions de ces 2 pathologies sur le modelage facial, crânien et rachidien de l'enfant?
- les différents éléments (myologiques, ostéologiques et fasciaux) intervenant dans la croissance du crâne? Augmentent-ils les phénomènes dysmorphiques?
- les traitements existants? Leurs pertinences?

Question centrale:

- La compréhension du mécanisme d'imbrication de ses 2 symptômes est-il l'élément déterminant pour proposer 1 traitement cohérent?

DEMARCHE E.B.P



3) Recueil de données et synthèse de la littérature

4) Mise en place du traitement

5) Bilan de fin de traitement et évaluation des résultats de la prise en charge

6) Communication

- Élaboration d'un écrit
- Présentation aux différents thérapeutes
- Articles en cours d'élaboration

1. CAS CLINIQUE



Décalage : nez et menton
Côté opposé à
l'aplatissement

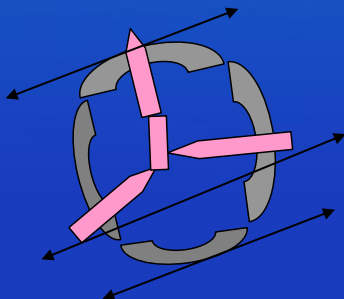
Saillie fronto-
Mallaire(Grosse joue)



Crâne homolatéral
antépropulsé / au
côté postérieur aplati

Avancée de
l'oreille

4 lignes Parallèles :
Zygomas
Bosses frontales
Oreilles
Arrière du crâne



2. Question centrale



La compréhension du mécanisme d'imbrication de ces 2 symptômes est-il l'élément déterminant pour proposer 1 traitement cohérent?

3. Synthèse de la recherche bibliographique



- Etiologie et description du torticolis congénital, de la plagiocephalie et de leurs liens
- Mécanisme Dysmorphie
- Mécanisme et effets de la croissance du crâne sur le mécanisme dysmorphique

Étiologie et description du torticolis congénital, de la plagiocéphalie et de leurs liens



Torticolis congénital:

- Attitude vicieuse de la tête et du cou

Étiologie:

- Malformation vertébrale
- **80 %** :Torticolis musculaire
- **20 %** : Torticolis postural: «posture préférentielle»



Étiologie et description du torticolis congénital, de la plagiocéphalie et de leurs liens



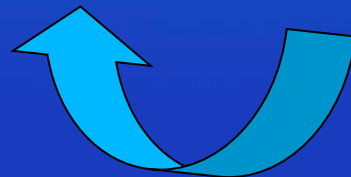
- **Lien statistique:**
TMC associé dans 68,5% des cas à une plagiocéphalie fronto-occipitale
- **Plagiocéphalie:**
plagios: oblique et Képhalé: la tête
Aplatissement unilatéral de la voûte crânienne.
- **2 formes, aux natures différentes:**
 - ➔ Craniosténose
 - ➔ Positionnelle

Mécanisme Dysmorphie



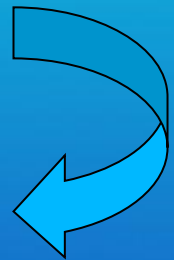
Plagiocéphalie

- **Mécanisme Dysmorphie**
nombre + topographie des sutures atteintes
- **Moteur = croissance encéphalique**
- **Compression mécanique** empêche la distension des sutures
- **Dysmorphie compensatrice** parallèle
- Caractérisée par:
 - Diminution de la taille du crâne: sutures atteintes
 - Augmentation parallèle: sutures normales



Torticolis congénital

- **Traction unilatérale**
Os Mastoïde + temporal + occipital
- **sutures homolatérales** : croissance
- **sur sollicitation des fontanelles cotées controlatérales**
- **Position préférentielle**
- 1 pression continue:
Aplatissement + Déficit de croissance localisé
+
- **Décubitus dorsal** = 1 facteur positionnel surajouté



Mécanisme Dysmorphie



Mécanisme et effets de la croissance du crâne sur le mécanisme dysmorphique



- **Croissance primaire + croissance secondaire**
- **Les contraintes extérieures:**
attribuent une mobilité aux pièces osseuses + ou -
différente à la maquette génétiquement programmée
- **Moteur** = croissance encéphalique - maxi 0-3 ans

La base: Croissance primaire



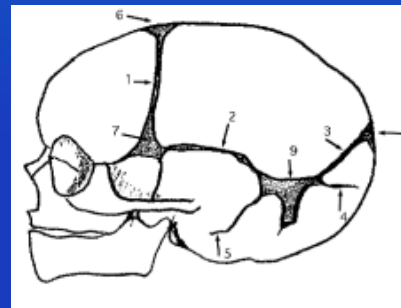
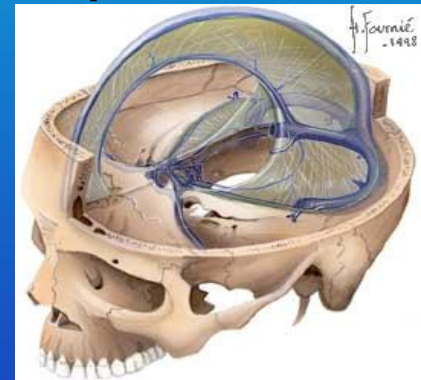
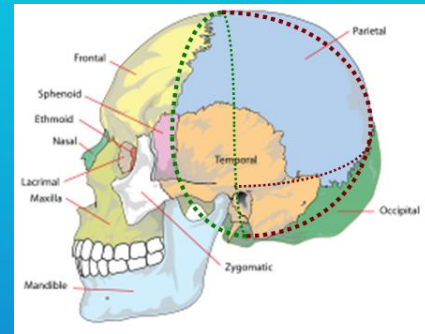
- **La base:** **maquette cartilagineuse**
sollicitations hormonales



La voûte: Croissance secondaire



- Cintres suturaux
- Phénomène d'apposition et résorption périostée
- Dure-mère
- Fontanelles



Modification des contraintes



La base:

- La mastication
- L'équilibration: F rostrale / F caudale

La voûte:

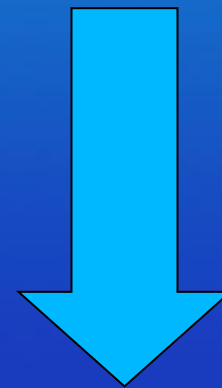
- Forces externes
- F de tractions musculaires
- Croissance de l'encéphale

1 **déséquilibre** de l'une ces composantes =

- **zones de hyper sollicitation**= croissance
- **Hypo sollicitation** =synostose précoce

La modification de l'équilibre statique de la tête:

- Répercussion sur les contraintes osseuses
- Capsulo-ligamentaire des 7 étages cervicales + Rachis
- Os sphénoïde = clés de voûte du crâne et de la face



Mise en place du traitement



- **Temps:** 6 mois de prise en charge
2 séances / semaines
Séance de 30 min
- **Début de prise en charge:**
 - retour de gain d'amplitude
 - stimulation des muscles antagonistes
 - traitement de la déformation crânienne
 - + 1 temps stimulation motrice (NEM)
 - Traitement de l'attitude scoliotique: mobilisation, étirement + équilibration des tensions musculaires
- **Implication des parents:**
 - posture cervicale bi journalière
 - stimulation fonctionnelle au quotidien (intégration)
 - entretien du gain d'amplitude.



PHOTO A 6 MOIS

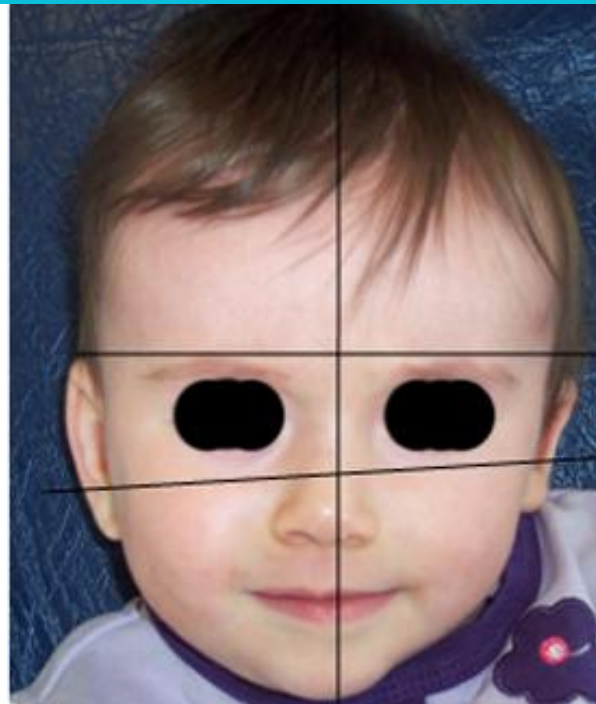
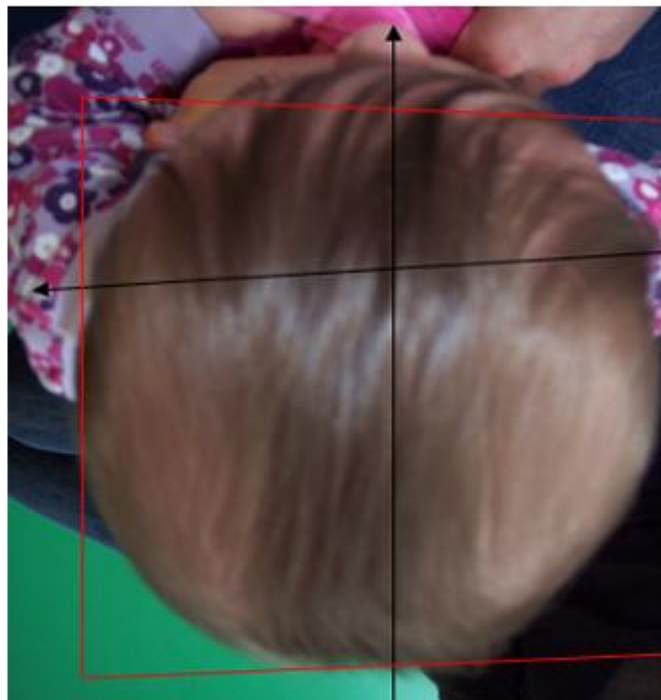


PHOTO A 9 MOIS



Bilan de fin de traitement et évaluation des résultats de la prise en charge



1 Observation:

- Attitudes de la tête spontanée: légère inclinaison en cervical haut
- Exploration visuelle et rotation de la tête à gauche spontanée sans limitation
- Motricité: Utilisation spontanée du bras gauche. Quadrupédie, genou redressé + retournement gauche et droite réalisé sans difficulté

2. Palpation:

- Trophicité symétrique trapèzes + SCOM

3. Tests des mobilités actives et passives:

- pas de limitation des amplitudes
- conserve 1 déficit de 5° d'inclinaison droit en cervical haut.

4. Tests myotensif ou activo-passif:

- pas de réflexe d'étirement retrouvé, signant une hypertonicité

5. Déformation du crâne:

- Diminution du méplat occipital droit
- Conservation d'un crâne homolatéral antépropulsé + 1 engagement fronto-mallaire + de l'oreille droite. Le décalage de l'hémiface est moins marqué
- peu d'action = synostose physiologique précoce (f. lambdoïdes + sphénoïdales)

6. Lésions associées:

- Attitude scoliotique: diminution de la gibbosité gauche, conserve une légère limitation

CONCLUSION



DEMARCHE EBP:

- Recul sur sa pratique
- Enrichissement de ses connaissances
- Prise en charge cohérente

Point clés: comprendre l'**imbrication** des différents mécanismes:

les **mécanismes de croissance** du crâne + des contraintes+chronologie des **synostoses programmées**

- syndrome du **torticolis congénital**
- **Mécanisme de la plagiocéphalie fronto-occipitale**

LIMITES:

- Recherche biblio centrée sur la littérature francophone
- Exclusion de mécanisme propre à la croissance de la face

OUVERTURE:

- Efficacité du traitement: **précocité du diagnostic** + investissement des **parents**
- **Nécessité d'information auprès des familles et des services de maternité**

PERSONNELLEMENT:

Pour évoluer dans nos pratiques: essayer de comprendre construction statique + motrice du patient.

Pathologie comme 1 déséquilibre au sein de différents systèmes et structures qui interagissent



MERCI DE VOTRE ECOUTE!