

Formation Continue Médicale “La lombalgie cataméniale : incidences articulaires et viscérales sur un syndrome douloureux mécanique”

Conférence ECM - Bologne 11 Février 2006 - SOLÈRE R., JOLLY A., VACCARO R., CASALI D.

Les syndromes douloureux viscéraux d'origine non organique sont très souvent plurifactoriels. Cela incite le patient qui souffre de ces troubles à consulter des médecins et même très souvent, plusieurs spécialistes. Souvent, rien n'y fait. De nombreuses patientes l'ont remarqué, par exemple celles qui souffrent au moment des règles d'une lombalgie dite “cataméniale”. Nous traitons dans cet exposé ce qui pourrait justifier un traitement en Ostéopathie dans de pareils cas. L'objet de notre propos est de présenter en qualité d'Ostéopathes, et au vu de notre expérience en ce domaine, les éléments qui déterminent les phénomènes mécaniques conduisant à des tableaux cliniques de ce genre. Parce que des solutions hors du contexte médicamenteux sont envisageables, nous pourrions détailler dans cet exposé le contenu d'un traitement par la Méthode de Rééquilibration fonctionnelle®.

Que ce soit sous l'appellation SPID (syndrome polyalgique idiopathique diffus), TMS (troubles musculo squelettiques), DAC (douleurs abdominales chroniques), SII (syndrome des intestins irritables) ou SPM (syndrome prémenstruel), tous ces syndromes sont difficiles à traiter. La littérature médicale est abondante sur tous ces sujets, mais ne propose pas beaucoup de solutions. Pourtant, lorsqu'il est possible de trouver des dysfonctions de type “ostéopathique”, il est possible de comprendre les effets de ces dysfonctionnements sur le système d'organisation viscéral et pariétal. La cohérence de ce raisonnement peut alors dicter des techniques normalisatrices capables d'apporter à ce problème fonctionnel le soulagement des souffrances viscérales et de leurs multiples manifestations. Dans la relation entre la colonne vertébrale lombaire et la masse viscérale, la mécanique de la posture viscéro-pariétale ne doit pas être négligée, elle nécessite une constante adaptation. Ce phénomène postural impose un schéma compensatoire au niveau du segment vertébral lombaire.

C'est sur un tel schéma que la physiologie du mouvement lombaire peut être prise en défaut et installer de ce fait, une restriction lombaire de type ostéopathique et d'un genre particulier : la NSR. Cette dysfonction mécanique vertébrale installe une inversion du Side et de la Rotation dans le jeu articulaire du segment lombaire en position Neutre. Il est possible de vérifier l'existence puis la disparition de ce dysfonctionnement mécanique, avant et après une manipulation.

La normalisation du blocage lombaire en NSR engendrera la bonne dynamique circulatoire sous-diaphragmatique, ce qui améliorera de façon considérable le fonctionnement viscéral.

Il est possible de développer le bien fondé d'une méthode dont le but est de normaliser ce genre de problèmes avec pour seul moyen thérapeutique des manipulations articulaires lombaires et des manœuvres viscérales. Cette **méthode d'application de l'Ostéopathie** permet d'apporter à la physiothérapie, une alternative de soin concernant les nombreux syndromes douloureux mécaniques d'origine non organique. Parler de «méthode» signifie que les moyens d'application d'une technique s'appuient sur des supports structurés et méthodologiques aussi bien dans la partie théorique que pratique. La méthode, principalement fondée sur l'Ostéopathie, offre aux professionnels de la santé 155 modèles de Rééquilibration fonctionnelle®.

Vingt-cinq de ces modèles thérapeutiques non médicamenteux concernent de tels syndromes que nous appellerons syndromes douloureux mécaniques (SDM). À chaque fois qu'il s'agit d'un SDM d'origine non organique nous retrouvons dans le tableau clinique, **les mêmes composantes d'une même suite mécanique**. Ces composantes ont sur les sujets atteints de ces syndromes, **plusieurs formes de manifestations**, par exemple une lombalgie manifestée sous forme de lombalgie cataméniale !

Pour illustrer ce propos, nous prenons l'exemple d'une patiente, âgée de 36 ans, mère de deux enfants, sans antécédents médicaux ni chirurgicaux, souffrant d'une lombalgie qui se déclenchait au moment des menstrues et qui s'accompagnait de constipation, de spasmes intestinaux et d'une douleur dans la fesse droite. Dès la deuxième manifestation, son médecin généraliste avait prescrit des radiographies à la suite desquelles le radiologue avait signalé une structure conforme, sans aucune déformation ou atypie. Lors de la troisième crise, elle consulta son gynécologue. Suite à cette consultation, des examens complémentaires seront effectués et écarteront tout problème organique. Cependant, le problème restant le même, un rhumatologue lui prescrira 15 séances de rééducation pour « lombalgie commune récidivante ». L'absence de résultat décidera la « plaignante » à recourir à l'Ostéopathie. Elle exposera son problème et précisera qu'elle en souffre depuis 6 mois. Nous faisons le compte rendu de notre traitement.

INFO : www.ref-italia.org

Objectifs du traitement et effets thérapeutiques constatés

Le jour de la consultation, Madame MX avait mal à droite dans la fosse iliaque. Elle appréhendait la venue des prochaines règles qui déclenchaient les douleurs au bas du dos. Elle précisa : « je suis contente de savoir que je n'ai rien aux ovaires, rien au dos, mais je n'y comprends plus rien... J'ai régulièrement mal au dos, je suis souvent constipée et j'ai de plus en plus de spasmes intestinaux, j'ai même dû arrêter la rééducation, je ne pouvais absolument pas faire les exercices de musculation ».



Nous avons, dès la première consultation, effectué quelques tests et avons reconnu le tableau clinique d'un Syndrome Dououreux Mécanique (SDM).

Nous avons proposé à cette dame d'effectuer 3 séances pour enrayer ce phénomène de « lombalgie cataméniale » en lui assurant qu'une amélioration nette, dès la première séance, serait visible si nous traitions les composantes mécaniques de son problème circulatoire.

La première séance a eu les effets attendus (dans le cas contraire, nous lui aurions conseillé de continuer des investigations auprès des médecins spécialistes). Deux autres séances ont été programmées.

Le bilan effectué au début de la deuxième séance montrait déjà la disparition quasi totale des signes du SDM. Suite à la troisième séance, Madame MX n'a plus été tracassée par ce syndrome.

Deux ans plus tard, cette même personne accompagnait sa fille qui souffrait d'un syndrome pré-menstruel exacerbé. « *Nous sortons de chez le gynécologue, il aimerait bien que vous interveniez. Il a apprécié les soins que vous m'avez donnés. Vous savez, depuis « vos manipulations », mon problème ne s'est plus jamais manifesté ».*

Quelques réflexions à ce propos

Comme nous le verrons dans la suite de l'exposé, la méthode d'application de l'Ostéopathie revêt toute son importance. Elle permet de comprendre les composantes du problème. Mme X n'était pas une malade imaginaire qui n'avait rien... Même, si elle n'avait rien sur le plan organique ! L'absence de lésions organiques ne veut absolument pas dire qu'il y a absence de causes aux souffrances... Cette patiente n'était pas récalcitrante, elle ne cherchait pas à garder ses problèmes, elle ne refusait pas de faire les exercices de musculation qui lui étaient conseillés par le médecin généraliste, le rhumatologue, le kiné... **Cette dame n'avait tout simplement pas reçu une réponse juste à son vrai problème.**

Par respect pour la personne, nous devons toujours envisager d'autres possibilités de dysfonctions, notamment, celles pour lesquelles nous avons une parfaite maîtrise et pour lesquelles nous savons reconnaître dès le départ les indications. **L'Ostéopathie n'est pas une mode, c'est un mode de soins !**

De plus, l'état psychologique ne représente pas toujours le soi-disant frein à la récupération. Dans le cas cité en exemple, **aucun psychologue ou psychiatre ne serait capable de régler en aussi peu de séances, le problème évoqué !**

Devant de telles évidences, les troubles fonctionnels devraient être **pris en compte** par tous les intervenants dans le système de Santé, jusqu'à pouvoir indiquer la solution thérapeutique adéquate. Les souffrances dans les mécanismes d'organisation des systèmes fonctionnels sont **la plupart du temps réversibles, par des traitements simples et non iatrogènes** qui nécessitent l'intervention d'un thérapeute sachant assurer cette **prise en charge**.

La spécificité de l'ostéopathie est de pratiquer des techniques de normalisation sur des dysfonctionnements mécaniques de la structure fonctionnelle. Cette **étiologie encore sous-estimée en médecine classique** (car non intégrée à la sémiologie apprise dans les Facultés de Médecine) rend la plupart des spécialistes de la médecine organique perplexes et sceptiques. Certains autres regrettent de ne jamais avoir eu durant leur formation de telles explications rationnelles. Il serait temps que des programmes d'évaluation se mettent en place pour que la communauté médicale puisse tirer bénéfice de nos observations et de nos résultats, et ce, dans le plus grand intérêt des patients. Notre savoir-faire et les heureux effets qui en résultent sont les **preuves qu'il existe des composantes objectivables et réversibles dans la plupart des syndromes liés à des troubles fonctionnels**.

Ce mode de soin doit être appliqué dans son contexte, en présence d'un tableau clinique mettant en évidence le SDM sur des patients n'ayant aucune lésion organique sous jacente. Nous avons pu observer chez Mme X, l'existence des composantes du SDM d'origine non organique, et c'est effectivement dans ce genre de cas qu'il est possible de mettre en œuvre des normalisations articulaires et des normalisations viscérales pour pouvoir apporter par des moyens adéquats, la solution rapide et efficace à ce genre de souffrances.

Les cinq composantes de la suite mécanique d'un SDM

- 1- La **dysfonction ostéopathique** :
 Cette perte de mobilité au niveau des lombaires peut s'organiser de trois façons et des tests effectués en dynamique peuvent les différencier :
 - la NSR "haute" T12-L1-L2 (dix observations permettent cette déduction)
 - la NSR "basse" L3-L4-L5 (dix observations permettent cette déduction)
 - la NSR "totale" T12 à L5 (onze observations permettent cette déduction)
- 2- La dysfonction du massage diaphragmatique sur les **organes de l'étage sous diaphragmatique** :
 Ce dysfonctionnement peut être révélé par des manœuvres de mobilisation ou d'étirement qui serviront de tests pour apprécier la souplesse des tissus (la douleur provoquée à la mobilisation ou à l'étirement signe la perte de mobilité liée à ce dysfonctionnement)
 - la MPSH "mobilisation pyloro-sous-hépatique" (zone froide et douloureuse = positif)
 - l' EFPR "étirement des fascias peri-rénaux" (douleur en fin de course = positif)
- 3- La perturbation de la **dynamique circulatoire des muscles striés** :
 Plusieurs signes peuvent révéler ce problème :
 - les pieds froids
 - sensibilité à la palpation rétro-trochantérienne (insertion des muscles pyramidaux)
 - des douleurs dans le bas ventre (muscles obturateurs internes)
 - des douleurs lombaires (muscles para vertébraux).
- 4- La **stase de sang abdomino pelvienne** :
 Cette stase met en défaut l'action des muscles lisses sur toute ou partie du système viscéral. La perturbation des fonctions mécaniques qui en résulte entraîne des épisodes douloureux suite à des spasmes et dyskinésies qui s'expriment dans la **symptomatologie du syndrome** :
 - dysfonctionnement ou irrégularité du transit
 - dysfonctionnement ou irrégularité des cycles
 - varices, hémorroïdes (premiers signes de leur apparition ou de leur évolution)
 - souffrance périnéale
- 5- La souffrance des viscères (organes creux ne contenant pas de sang mais pourvus de muscles lisses):
 Le lieu de la manifestation de la **résultante des composantes du syndrome** est viscéral. Il peut s'agir d'un ou de plusieurs viscères dont la souffrance mécanique s'exprime dans la **symptomatologie du syndrome** :
 - Intestin grêle, Gros Intestin, Vessie, Estomac, Vésicule biliaire.

Compte-rendu des soins

*Des normalisations articulaires et des normalisations viscérales programmées sur plusieurs séances (trois au total) pouvaient alors répondre à ce cas clinique pour lequel il devenait possible de proposer un modèle thérapeutique parfaitement adapté. Nous détaillons la **première séance** qui à elle seule a pu apporter plus de 50% d'amélioration.*

- ☒ 1- L'évidence de la **dysfonction ostéopathique lombaire**
 A- Un premier test a révélé une entorse fonctionnelle de L3 dans un schéma en NSR lombaire totale. Ce genre de dysfonction perturbe la totalité du segment lombaire. Le dysfonctionnement de ce secteur a une incidence sur l'insertion des piliers du diaphragme *crus diaphragmatis* droit et gauche dont l'insertion sur les corps vertébraux lombaires et les disques va de L2 à L4.
 ☞ Suite au *Test du blocage de L3 dans une NSR totale* [Photo 1](#), nous avons effectué une *Normalisation articulaire de L3 en entorse fonctionnelle dans un groupe lombaire en N.Sg.Rd.* [Photo 2](#)
 B- Un deuxième test a permis de localiser la NSR haute (T12-L1-L2).
 ☞ Suite au *Test de la NSR haute* [Photo 3](#), nous avons effectué une *Normalisation articulaire de T12-L1-L2 en N.Sg.Rd.* [Photo 4](#)
- ☒ 2- L'évidence du **dysfonctionnement sous diaphragmatique** a été retenue du fait de la zone froide et de la sensibilité particulière déclenchée lors de la manœuvre pyloro-sous-hépatique (MPSH)
 ☞ Suite au *Test MPSH* [Photo 5](#) nous avons redynamisé (mobilisation, pressions, succussions, vibrations) la masse sous diaphragmatique pour réguler le point d'appui du centre phrénique :
Mobilisation de la zone pyloro sous hépatique [Photo 6](#)
Pompage thoracique hépatique (avec pressions et succussions sur le foie) [Photo 7](#)
Pompage thoracique splénique (avec pressions et succussions sur la rate) [Photo 8](#)
Vibrations sur le sphincter d'Oddi [Photo 9](#)
Pression et succussion au niveau de l'angle hépatique du colon [Photo 10](#)
Pression et succussion au niveau de l'angle splénique du colon [Photo 11](#)
Pression sur l'estomac et succussions sur le pylore [Photo 12](#)

☒ 3- À l'évidence, cette dysfonction en NSR (restriction de mobilité) provoquait une **perturbation de certains muscles striés dans leur fonction circulatoire lombo pelvienne**. Nous avons noté les **signes** révélateurs de cette adynamie : les pieds froids (problème du moment, et non acquis familial !) douleur rétro-trochantérienne (insertion du muscle pyramidal et non souffrance du nerf sciatique !), douleur dans le bas ventre (muscle obturateur interne spasmé et non douleur de l'ovaire !) douleurs lombaires (muscles para vertébraux contracturés, et non problème douloureux dû à un hypothétique conflit discal !).

☞ Suite à ces *constatations* et dans le but de provoquer une meilleure circulation pelvienne, nous avons effectué une *Manœuvre viscérale générale* **Photo 13** ayant un effet artériel, veineux et lymphatique. Puis, nous avons montré à la patiente, un *Exercice* à effectuer une fois par jour, pendant un mois, jusqu'à la prochaine séance. Cet exercice est capable de solliciter des muscles pyramidaux, obturateurs internes et para vertébraux lombaires et de les accommoder à leur fonction circulatoire. L'alternance de *contractions statiques* **Photo 14** et de *phases de repos* **Photo 15** solliciteront le décongestionnement. Cette manœuvre et cet exercice ont été décrits par Thure Brandt, et préconisés par le médecin gynécologue français Henri Stapfer, qui dès 1891 s'intéressait aux remarquables effets de la méthode de ce thérapeute suédois).

☒ 4- En conséquence de cette dysfonction mécanique circulatoire, **une stase de sang au petit bassin** pouvait expliquer l'hyper congestion par rapport à la congestion génitale physiologique. Cette souffrance vasculaire, **évoquée par la patiente** (douleurs lombo pelviennes, constipation, spasmes intestinaux), et **manifestée sur la patiente** sous forme de lombalgie (mal au dos et douleur dans la fesse droite) avait la particularité de répondre aux **composantes mécaniques du SDM** particulièrement mises en souffrance au moment des menstrues... D'où, la lombalgie cataméniale. Le traitement programmé en première séance a **corrigé à leur origine, les deux principales causes de ce dysfonctionnement** : la **NSR**, ainsi que le problème de **la perte de dynamique circulatoire sous diaphragmatique**.

☒ 5- Nous étions dès lors en mesure de comprendre que cette stase mettait en défaut **l'action des muscles lisses** sur toute ou partie du système viscéral. Le problème de dos associé à des douleurs de viscères principalement les **intestins** (chez cette patiente) et ce, particulièrement au moment de la phase la plus congestive d'un cycle, n'était pas un mystère... mais un vrai problème pour lequel nous allions pouvoir mettre en œuvre des solutions. Ce que d'ailleurs nous avons fait lorsque, grâce aux effets de la première séance et de l'exercice décongestionnant, nous pouvions par des techniques appropriées, stimuler la musculature lisse des viscères. Ces normalisations complémentaires (10 au total) ont fait l'objet (un mois après), de la deuxième séance. Pour consolidation, nous avons réitéré ce même programme, à 15 jours d'intervalle. Suite à ce traitement en trois séances, la normalisation était effective.

Conclusion

Le problème de la souffrance viscérale (atonie, spasmes, dyskinésie, douleurs), lorsqu'il est d'origine non organique, semblerait être celui d'une souffrance tissulaire circulatoire principalement liée à la perte de la dynamique des lombaires. Il se trouve qu'un tableau clinique apporte une certaine objectivité sur cette suite logique et qu'un traitement adéquat peut résoudre ce genre de problème. Un modèle thérapeutique non médicamenteux, basé sur des normalisations articulaires et des normalisations viscérales appropriées, a des effets bénéfiques : de toute évidence, **la manifestation du syndrome douloureux mécanique disparaît par le simple fait de corriger chacune des composantes du problème**.

Le champ d'application des Normalisations viscérales® est vaste. Ce mode de réflexion sur les interrelations biodynamiques des différents systèmes oriente le choix judicieux d'une action basée sur un raisonnement cohérent et des techniques adéquates pouvant s'intégrer en Rhumatologie, Gynécologie, Gastro-entérologie, Phlébologie, Urologie. Lorsqu'un apprentissage sérieux permet de cerner les indications de ces subtiles techniques manuelles, celui qui les possède est en mesure d'apporter une réponse adéquate aux nombreux patients qui souffrent de troubles fonctionnels réversibles.

Nous retiendrons que le segment lombaire, dont la physiologie articulaire permet une mobilité dans le « N » est un « amortisseur » des contraintes en provenance du système viscéral. S'il y a souffrance dans le système fonctionnel viscéral, l'adaptation des lombaires imposera de multiples informations aux autres systèmes (système neurologique, articulaire, musculaire, ligamentaire). L'entité viscéro-pariétale s'adapte et impose que la structure fasse de même ! S'il existe des difficultés pour assurer cette adaptation, les souffrances fonctionnelles multifactorielles entraîneront des syndromes polyalgiques diffus et des troubles musculo-squelettiques. La biomécanique des lombaires permet de comprendre qu'une dysfonction articulaire sur cette partie de la colonne vertébrale gêne la répartition des contraintes, perturbe la tension des piliers du diaphragme, et diminue l'appui de son centre phrénique, ce qui contribue à diminuer la dynamique diaphragmatique sur la circulation abdominale.

Pour cette raison, l'intervention au niveau vertébral lombaire a une place de choix dans une première séance de soin d'une série de trois interventions visant le rétablissement de la dynamique circulatoire.

L'application de l'Ostéopathie selon le concept de la Rééquilibration fonctionnelle® permet un emploi judicieux de normalisations articulaires et viscérales, efficaces et sans aucun effet iatrogène. Cette argumentation peut s'avérer très intéressante lorsqu'il s'agit de considérer les capacités à exercer l'Ostéopathie dans un contexte sérieux, scientifique, moderne et adapté à la non dangerosité des actes.

Exemple de manipulations correspondant à cette première séance (photographies, collection H.Solère, Dr. en Ostéopathie)

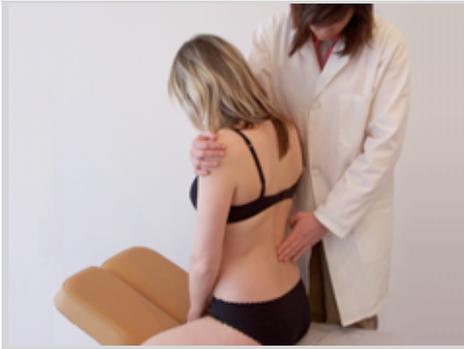


photo 1 Test NSR lombaire totale



photo 2 Normalisation L3 dans N.Sg.Rd



photo 3 Test NSR lombaire haute

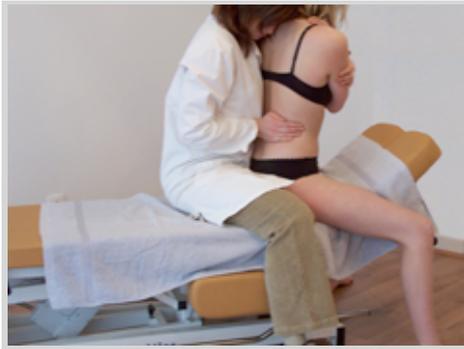


photo 4 Normalisation N.Sg.Rd. haute



photo 5 Test de Mobilité PSH



photo 6 Mobilisation PSH

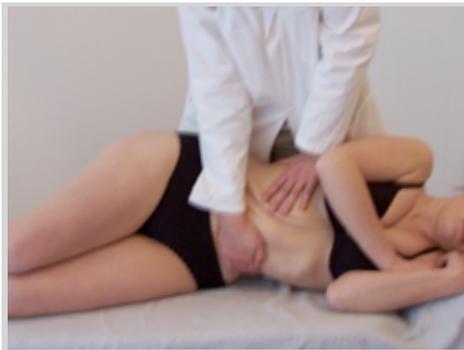


photo 7 Pompage thoracique hépatique

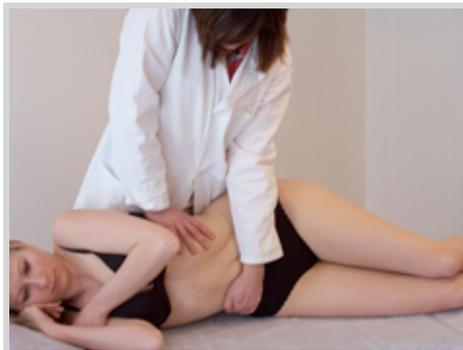


photo 8 Pompage thoracique splénique



photo 9 Vibrations sur le sphincter d'Oddi

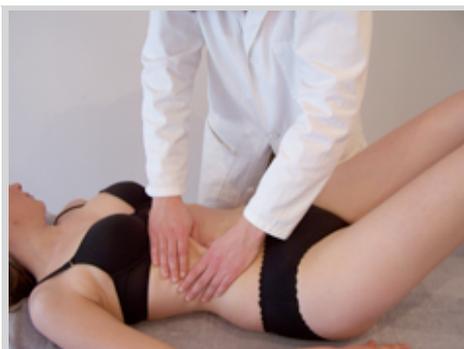


photo 10 Succussion angle hépatique du colon



photo 11 Succussion angle splénique du colon



photo 12 Succussions sur le pylore



photo 13 Manœuvre viscérale générale



photo 14 Exercice décongestion (1^{er} temps)



photo 15 Exercice décongestion (2^{ème} temps)

Tableau générique des indications et du cadre médical dans lequel peuvent s'appliquer les Normalisations viscérales®
(Ref : Solère R. Normalisations Viscérales, Polycopié 2004;1:97-98.)

		Signes de la manifestation	Etiologie	+ Conséquences du S.D.M.
A	1	LOMBALGIE	↑ COMPOSANTES DU SYNDROME DOULOUREUX MÉCANIQUE (NSR + DVP + DMC + DVS) ET ABSENCE DE CAUSES ORGANIQUES RELATIVES A CETTE MANIFESTATION ↓	+ douleurs sur une zone ceinturant les lombes avec forte restriction de la mobilité lombaire
	2	SCIATALGIE CRURALGIE		+ douleurs sur le trajet du nerf sciatique ou crural, parfois les deux sur des portions tronquées, n'induisant pas d'altération significative des réflexes
	3	DOULEUR THORACIQUE		+ douleurs thoraciques manifestées particulièrement en avant du thorax et latéralement, la partie correspond à une zone dorsale de T4 à T10
	4	COXALGIE		+ douleurs sur une ou deux articulations coxo-fémorales, particulièrement ressenties aux insertions musculaires sur le grand trochanter
	5	GONALGIE		+ douleurs principalement sur l'un des deux genoux, toujours déclenchées à l'occasion d'un léger surmenage physique impliquant les articulations des membres inf.
B	6	NÉVRALGIES HYPOGASTRIQUES		+ douleurs hypogastriques provoquées par la venue des règles, la marche ou différentes pressions sur l'abdomen, irradiant dans les lombes ou les cuisses
	7	TROUBLES PÉRIODE MÉNOPAUSE		+ bouffées de chaleur qui augmentent en nombre et en intensité en prenant le visage, le haut de la poitrine et parfois le corps tout entier
	8	SYNDROME PRÉMENSTRUEL		+ exagération des signes évocateurs du syndrome prémenstruel
	9	AMENORRHÉES DYSMÉNORRHÉES		+ absence des menstrues ou présence de douleurs plus ou moins importantes au moment des règles
	10	HYPOFERTILITÉ		+ règles irrégulières et ovulation de mauvaise qualité chez une femme désirant un enfant et n'arrivant pas à être enceinte
	11	CEPHALÉE CATAMÉNALE		+ migraine qui se déclenche au moment des menstrues et s'accompagne d'un état nauséux
	12	LOMBALGIE CATAMÉNALE		+ lombalgie qui se déclenche au moment des menstrues et s'accompagne d'un épisode de constipation
C	13	COLITE SPASMODIQUE		+ douleurs assez vives à type de torsion, soit au niveau du côlon ascendant ou cæcum, soit sur le trajet du côlon descendant, parfois au niveau des angulations du gros intestin et dans ce cas, plus souvent l'angle hépatique
	14	BALLONNEMENTS INTESTINAUX		+ gonflements sous ombilicaux et douleurs principalement à droite au niveau de l'iléon
	15	DYSPHAGIE		+ douleurs à la déglutition souvent liées à des dyspepsies et reflux gastro-œsophagiens
	16	DYSPEPSIE		+ douleurs à la digestion souvent liées à des dysphagies et reflux gastro-œsophagiens
	17	CONFLIT DE LA JONCTION ŒSOPHAGOGASTRIQUE		+ sensations de brûlures rétro sternales basses remontant le long de l'œsophage, douleurs à la digestion, besoin d'éruption et occasionnellement reflux gastro-œsophagiens
	18	CONSTIPATION - TROUBLES DU TRANSIT INTESTINAL		+ ralentissement du transit intestinal avec constipation non douloureuse
D	19	JAMBES LOURDES		+ sensation de jambes lourdes sans douleurs articulaires dans les membres inférieurs, sans œdème et sans varices
	20	EXTRÉMITÉS FROIDES		+ sensation de froid ressentie aux extrémités des membres, particulièrement au niveau des deux pieds
	21	PERTURBATIONS VASO-MOTRICES		+ sensation de pesanteur ressentie dans le petit bassin, particulièrement en position assise
E	22	INCONTINENCES		+ incontinences déclenchées à l'effort physique
	23	ÉNURÉSIES		+ énurésie nocturne chez les enfants
	24	CYSTALGIES		+ douleurs au niveau de la vessie, souvent au moment de la miction
	25	CONGESTION PROSTATIQUE		+ diminution de la pression lors de la miction

A = Rhumatologie **B** = Gynécologie **C** = Gastro-entérologie **D** = Phlébologie **E** = Urologie
modèles 1 à 5 modèles 6 à 12 modèles 13 à 18 modèles 19 à 21 modèles 22 à 25

Le Référentiel de la Rééquilibration fonctionnelle détaille chaque modèle thérapeutique

Argumentation

- ☞ L'origine des composantes du syndrome douloureux mécanique (S.D.M) est très souvent négligée sur le plan diagnostique.
 - ☐ La symptomatologie de ce S.D.M n'a **aucun substrat organique lésionnel causal**. Seules des composantes mécaniques en dysfonction causent ces différents problèmes « atypiques » et « multifactoriels ».
- ☞ Un bilan précis permet d'établir des tableaux cliniques sur des données objectives et vérifiables.
 - ☐ Une telle approche est élaborée à partir de tests spécifiques. Le résultat de ce bilan fonctionnel donne les justes indications d'un traitement fiable et performant qui prend en compte la réversibilité de la dysfonction lombaire de type N.S.R et de la dysfonction mécanique circulatoire qu'elle engendre.
 - ☐ Il y a cohérence du propos lorsqu'il est possible de cibler les **quatre paramètres de la contrainte** : son **support**, son **vecteur**, sa **période**, son **terrain du moment**. Dans le cas cité en exemple nous avons déterminé que le déséquilibre postural viscéro-pariétal était le support, que son vecteur était la NSR et sa suite mécanique, que la période était celle des menstrues et que le terrain du moment était celui des réactions neuro-végétatives et réflexes, réactions (et non dysfonctions) qui entraînaient les manifestations secondaires à cette lombalgie. Il y a cohérence entre ce qu'exprime la patiente et ce qui s'imprime sur son corps, il y a également cohérence entre ce que nous savons et ce que nous trouvons.
- ☞ Ces perturbations fonctionnelles sont vraiment différentes des pathologies fonctionnelles connues et traitées en médecine allopathique avec d'autres techniques et d'autres moyens.
 - ☐ La méthode de Rééquilibration fonctionnelle consiste à agir sur les interrelations du système musculo-squelettique et viscéral dans le complexe thoraco-lombo-pelvien. Il s'agit de reconnaître certains dysfonctionnements mécaniques pour y apporter la solution thérapeutique car, ils constituent les composantes des nombreuses conséquences manifestées sous de multiples formes.
- ☞ Dans ce contexte où il n'existait que trop peu de traitements performants, la pratique des modèles thérapeutiques de la Rééquilibration fonctionnelle® montre que la plupart des troubles fonctionnels d'origine mécanique peuvent disparaître.
 - ☐ Les Normalisations viscérales® sont particulièrement bien adaptées pour supprimer les contraintes mécaniques sur l'entité viscérale. Cette originalité a nécessité le développement d'une méthodologie et d'un référentiel pour que le modèle théorique puisse être compris et enseigné afin d'appliquer de nouveaux modèles thérapeutiques dans le contexte des perturbations fonctionnelles viscérales.
- ☞ Cette forme de soin, adaptée à la compétence des non médecins, Kinésithérapeutes ou Ostéopathes, est une alternative aux traitements habituels proposés pour ce genre de troubles fonctionnels dans le cadre de la rhumatologie, gynécologie, gastrologie, phlébologie, urologie.
 - ☐ Vingt-cinq modèles thérapeutiques non médicamenteux sont basés sur des techniques parfaitement en adéquation avec les compétences professionnelles des Ostéopathes ou Kinésithérapeutes.
- ☞ La méthodologie de la Rééquilibration fonctionnelle® permet une application judicieuse de l'Ostéopathie dans plusieurs domaines, elle propose 155 modèles thérapeutiques non médicamenteux.
 - ☐ Normalisations viscérales® : 25 modèles thérapeutiques
 - ☐ Normalisations articulaires® : 54 modèles thérapeutiques
 - ☐ Normalisations énergétiques® : 76 modèles thérapeutiques
 - ☐ Son champ d'application est de ce fait très large, il concerne de multiples autres problèmes fonctionnels pour lesquels les thérapeutes habilités à faire usage de cette Méthode s'engagent au respect du concept moderne de la médecine et à celui de l'intérêt des patients.



Indications de quelques articles à propos de la Rééquilibration fonctionnelle®

- SOLERE R. Approche thérapeutique des pathologies fonctionnelles. Revue La vie naturelle 1987;19:18.
- SOLERE R. La naissance en médecine. Colloque international naissance et société, sous l'égide de l'O.M.S. Université de Perpignan, 1991.
- SOLERE R. Normalisations viscérales, puissante médecine douce. Revue Médecine Douce 1992;101:38-41,78.
- THEUNINCK Y. Physiothérapie-Ostéopathie. Revue Romande de Physiothérapie 1996;6:201-4.
- SOLERE R. De l'incidence du petit bassin sur les céphalées. 5ème Symposium du Musée Olympique. Lausanne 1998.
- TOURNE C-E. Le concept de rééquilibration fonctionnelle® dans une pratique gynécologique. Revue Romande de Physiothérapie 1998;5:167-71.
- DAHAN P. Kinésithérapie et Rééquilibration fonctionnelle® : Arthrose de hanche. Sud Médecine 1998;4-23.
- SOLERE R. Rééquilibration fonctionnelle® In Trattato di Flebologia e Linfologia. Mancini S, UTET 2001;2:767-72.
- SOLERE R. PEYTRAL P. Tendinite du tenseur du fascia lata. Point de vue de l'Ostéopathe. Fédération Française d'Athlétisme, communication / congrès Paris, 19/20 septembre 2002.
- SOLERE R. La méthode de rééquilibration fonctionnelle : une alternative peu connue. Revue Romande de Physiothérapie 2002;7:116-21.
- SOLERE R., SOYER-GOBILLARD M-O. Vers de nouveaux modèles théoriques et thérapeutiques non médicamenteux par l'élargissement du champ des connaissances des sciences motrices, de la réhabilitation et de la santé. Revue Internationale de Recherche en Kinésithérapie, ReK 2004;2:31,37.
- SOLERE R., SOYER-GOBILLARD M-O. La Recherche en Ostéopathie. Colloque Recherches en Kinésithérapie. Faculté des Sciences Humaines. Nice - Kiné-actualité, 2004;959:35.
- CASALI D. Rééquilibration fonctionnelle - Méthode Solère®: Un'alternativa terapeutica alla kinesiterapia per la crescita professionale del fisioterapista, AIFI Emilia Romagna Inchiostro blu, 2005;III-1:18-19.
- JOLLY A. Kinésithérapie / Ostéopathie : Rééquilibration fonctionnelle®. Revue de la société de Formation continue en Kinésithérapie, SoFCok Belgique 2005;2:2,4-6.
- SOLERE R., VACCARO R., CASALI D. "La pubalgia di origine capsulare coxo-femorale". Conferenza ECM - Genova, 3 dicembre 2005 ; Bologna 10 dicembre 2005. ReF-Italia dicembre 2005.
- SOLERE R., JOLLY A., CASALI D., VACCARO R. "Lombalgie catameniali: incidenze viscerali nelle sindromi dolorose meccaniche". Conferenza ECM - Bologna 11 febbraio 2006. ReF-Italia marzo 2006.