

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

Le syndrome KISS chez le nouveau-né



Perturbations de la symétrie induites par les articulations de la jonction crânio-cervicale

[Heiner Biedermann](#)

Résumé

Le concept de « perturbations de la symétrie induites par les articulations de la jonction crânio-cervicale » veut attirer l'attention sur des perturbations fonctionnelles de la colonne cervicale supérieure, dont l'importance dans la pathogenèse est encore souvent sous-estimée. De telles perturbations peuvent être cliniquement définies et présentent un exemple typique des facteurs de risque. Si, dans un cas isolé, leur corrélation peut être démontrée, un traitement manuel médical simple et sans trop de risque s'impose.

Les différents groupes de symptômes du syndrome KISS seront présentés. Pour une

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

réflexion plus approfondie sur le sujet, notamment sur la pathogenèse et pour des rapports d'expériences neuro-pédiatriques, on renvoie à la vue d'ensemble déjà parue.[5]

Introduction

Perturbations de la symétrie induites par les articulations de la jonction crânio-cervicale. (PSIACC) - encore un nouveau terme, pourquoi ? Limitons-nous d'abord au substantif : Perturbations de la symétrie, écartement de la position médiane. Tout ce qui s'écarte vers la gauche ou la droite est très facilement reconnaissable comme une fausse position; il en est de même d'une position arquée vers l'arrière.

Ces déviations de la posture normale sont connues depuis longtemps. La littérature orthopédique traite de ces dernières depuis plusieurs générations, d'autant que l' "orthopédie" (le terme provient du chirurgien parisien N. Andry de 1728 [[1](#)]) s'engage, de par son nom à "l'éducation de la jeunesse pour une posture droite". Andry attirait également l'attention sur l'origine traumatisante de la naissance et en excluait explicitement les assistants : " *Un enfant peut mal se présenter à l'accoucheur ou à la sage-femme, et sans que quiconque puisse en être tenu pour responsable, il arrive souvent que la tête et le cou de l'enfant subissent alors des violences et des déformations provoquant cette mauvaise position du cou chez l'enfant .*"

En ce qui concerne l'accent sur le "fonctionnel" dans la pathologie et le traitement, on peut, pour l'essentiel, se référer à ce premier auteur. Cependant, chaque fois à nouveau, l'appréciation de la déviation posturale balançait entre minimisation et prise au sérieux. Soit on parlait de "scoliose physiologique du nourrisson" [[11](#)], c'est-à-dire une situation normale ne nécessitant pas de traitement, soit on mettait les bébés dans des appareils correcteurs [[17](#)] .

Pour cette raison, nous décrivons non seulement les signes cliniques et leur traitement effectif, mais aussi les éventuelles conséquences tardives des postures déformées non traitées. C'est seulement quand on a conscience de l'importance de ces conséquences, que l'on cherche des formes précoces dans l'espoir de pouvoir les traiter plus facilement que les problèmes apparaissant chez les sujets plus âgés.

L'importance de la symétrie pour le développement est devenue de plus en plus claire ces dernières années (cf. la monographie à ce sujet [[18](#)]). Surtout, la relation entre la mauvaise posture chez le nourrisson et les problèmes ultérieurs d'adaptation à l'âge scolaire, montre pourquoi un diagnostic précis des symptômes précoces devient urgente.

Clinique

En recherchant les causes, nous avons déterminés que la jonction crânio-cervicale jouait le rôle de déclencheur chez la plupart des enfants. Le terme " la jonction crânio-cervicale " désigne le passage entre la base du crâne et le rachis cervical, c'est à dire au niveau supérieur de la nuque. Cette zone joue un rôle important dans la coordination des mouvements et la posture corporelle. Chez le nouveau-né cette zone joue donc un rôle dans l'apprentissage des stéréotypes de mouvements (cf. [[10](#)]). Des perturbations dans cette zone, qui peuvent, dans les années qui suivent, entraîner un torticolis,

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

peuvent avoir pour conséquence, au début du développement de l'enfant, c'est à dire dans sa première année de vie, une évolution négative grave de l'ensemble de la motricité sensorielle.

L'accouchement chez l'être humain est extrêmement complexe en raison de la construction singulière du bassin due à la station verticale. Il est affecté de risques supplémentaires du fait que le périmètre crânien a augmenté depuis peu (c'est-à-dire depuis environ 2 millions d'années) [19, 21] <. Le rachis cervical supérieur est ainsi soumis à un potentiel élevé de blessures ou de lésions. La considération simultanée de l'importance de la motricité sensorielle* et de la vulnérabilité particulière lors de l'accouchement est à l'origine du syndrome KISS.

Les connaissances sur le syndrome se sont précisées au fur et à mesure. Au début, on constatait les plaintes et les particularités presque exclusivement provoquées par un dysfonctionnement de la colonne vertébrale supérieure. Dans ces cas, la relation de cause à effet était la plus étroite et la plus évidente.

Il existe par ailleurs un deuxième groupe de symptômes qui provenaient souvent, mais pas toujours, de la colonne vertébrale. Enfin, au cours du temps, des observations isolées ont été relatées, que l'on ne pouvaient généraliser, mais qui donnaient des indices intéressants.

Ces trois groupes se reflètent dans l'acceptation du terme KISS. Il est en effet relativement bien accepté qu'une posture fixée en inclinaison latérale de la tête chez le nouveau-né peut être rapidement prise en charge par un traitement médical manuel de la colonne vertébrale. Il est déjà plus controversé de recourir à cette possibilité quand il s'agit de problèmes d'allaitement ou de cris persistants d'origine inconnue. Mais l'idée que beaucoup de jeunes qui attirent l'attention à l'école par des perturbations de la coordination et des problèmes de perception pourraient souffrir des suites d'une problématique KISS induite par un traumatisme néonatal (cf. la contribution de Kühnen [14]) provoque encore aujourd'hui de fortes oppositions dans la majorité

Les connaissances épidémiologiques sont rassemblées ailleurs [4]

Quelques exemples

Exemple 1: Je ne donnerai pas de pseudonyme à Kevin dans ce court communiqué, j'ai 131 enfants porteurs de ce nom dans ma statistique personnelle (septembre 1995), l'anonymat n'est donc pas nécessaire. C'est à l'âge de six mois qu'il est venu consulter chez nous, avec un tableau tout à fait typique d'un enfant affecté d'un KISS. Voici l'histoire de son développement avant sa première consultation : accouchement normal, extraction par ventouse pour non-progression, ce qui signifie qu'il a été exposé pendant un temps relativement long aux contractions d'une part et d'autre part qu'il a subi une forte traction sur la tête afin de voir la lumière du jour. Sa mère raconte " Au début, je n'ai rien remarqué ". Dans le cahier jaune des soins, on ne trouve la première inscription que lors du troisième examen : " Asymétrie de posture, à observer ". Ce n'est que quatre semaines plus tard qu'on a présenté Kevin à un collègue orthopédiste qui me l'a ensuite adressé.

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

Au status, on trouve une colonne fixée en inclinaison latérale, décrite comme une scoliose en C. Il tient sa tête penchée vers la droite et tournée vers la gauche, ce que nous décrivons comme une posture sinistro-convexe. Lors des tests de réflexe (20) comme on les pratique lors d'une vérification minutieuse du diagnostic, il dévoile un comportement typique avec les différences correspondantes dans l'inclinaison gauche et l'inclinaison droite, lors de l'acquiescement et de l'élévation de la tête.

L'examen précis de la colonne cervicale décèle une sensibilité à la pression du côté gauche et la provocation d'une vive protestation lors de l'inclinaison de la tête à gauche. Comme chez tous nos petits patients, nous confrontons les trouvailles cliniques avec un cliché radiologique, il "colle" et montre une asymétrie entre la colonne cervicale supérieure et la base du crâne, dans son cas l'atlas et l'axis se trouvent déplacés à gauche par rapport à la base du crâne.

Le traitement s'applique dans ce cas aux deux vertèbres cervicales supérieures. Des collègues ont contrôlé Kevin trois semaines plus tard, sa posture est symétrique, il persiste une sensibilité dans la région cervicale gauche. J'ai reçu deux mois plus tard son carnet de contrôle (nous le remettons à tous les parents, mais seulement un tiers nous est retourné), il nous a aussi confirmé la normalité de l'examen.

Exemple 2: Lina est venue un peu plus vite en traitement, sans traîner, car ses plaintes étaient plus spectaculaires que chez Kevin. "Cela m'a déjà frappé juste après sa naissance, que Lina était tordue.", dit la maman, ". Surtout à l'allaitement, je n'arrivais à la mettre à un sein que si je m'asseyais complètement penchée au-dessus d'elle et encore sa tête était complètement tordue, ce que mon mari a lui-même remarqué quand elle avait sept ou huit semaines ". De l'examen complet, il ressort que Lina est d'extro-convexe c'est-à-dire qu'elle est penchée vers la gauche et par-dessus le marché vers l'arrière. En outre, pendant les semaines qui ont précédé sa première visite, elle était âgée de quatre mois et demi, il s'est formé une zone glabre, sans cheveux dans la région de l'occiput sous l'effet de la friction et son occiput droit s'est aplati. Chez ces enfants, c'est très souvent la partie gauche c'est-à-dire l'hémiface du côté concave qui se développe moins bien, ce qui était bien le cas de Lina.

Cela ne pose pas de difficulté particulière pour le traitement. On modifie discrètement la technique et en principe cela se déroule comme chez les autres bébés. Lors du contrôle effectué dans ce cas par une physiothérapeute à domicile, la posture s'était passablement améliorée, bien que pas encore tout à fait symétrique.

Deux jours après sa visite chez nous, l'allaitement n'était déjà plus un problème. Après trois semaines, on a poursuivi avec la gymnastique médicale et, six mois plus tard elle est revenue en contrôle. La tête était encore asymétrique (il n'y a modification qu'après quelques mois), la tache glabre n'existait plus, sur la radiographie de contrôle que nous répétons dans des cas aussi frappants, la situation était clairement normalisée.

Elle est suivie par sa monitrice de gymnastique et je suis convaincu que nous n'aurons plus besoin de beaucoup de traitements chez Lina.

Exemple 3: L'enfant ne s'appelait pas Gereon, bien qu'il porta également un vieux nom respectable, mais nous l'appellerons ainsi. Il avait cinq mois lorsque je l'ai vu pour la première fois. Il était à notre sens classiquement d'extro-convexe (cf. Lina) mais sans inclinaison fixée en arrière. Il n'y avait rien eu de particulier ni à l'examen ni lors du traitement, les parents n'avaient pas non plus fourni d'indication qui sortait du cadre habituel. Une semaine après le traitement, la mère m'appelle au téléphone "C'est seulement maintenant que nous savons ce que c'est qu'un enfant qui dort

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

paisiblement " clame-t-elle vivement, " le soir même du traitement, il s'est simplement endormi! ".

C'est quelque chose qu'elle ne connaissait pas, Gereon était son premier enfant, elle n'avait aucun point de comparaison et son comportement avait été considéré comme normal, même pendant l'anamnèse elle n'avait rien signalé (je questionne toujours très explicitement sur les comportements du sommeil). Seule la comparaison avant et après traitement lui en avait fait prendre conscience. On rencontre chaque jour des cas semblables, ils se fondent ainsi dans la normalité, ce n'est que la discussion dans les congrès qui m'a éclairé, combien de fois présume-t-on déjà connue quelque chose parce qu'elle fait partie de la routine quotidienne

Ce que nous avons trouvé chez les enfants

Nous étions partis du petit nombre de petits enfants que nous pouvions traiter. Les observations faites par Gutmann dans les années 50 et 60 [8_] ont été peu prises en compte et faisaient l'objet d'un certain rejet, pour leurs exposés , de la part des neurologues ou des orthopédistes pour enfants. Quand, il y a plus de 15 ans, j'ai commencé à traiter les premiers enfants en bas âge, ce fut pour moi un monde tout nouveau. Moi-même je n'avais pas d'enfant à l'époque et on me confiait alors ces petites « choses ». J'avais tout simplement peur. Peur d'être trop brusque, peur de manquer quelque chose. Ces deux craintes m'accompagnent encore aujourd'hui, et je suis à la fois content et reconnaissant que rien de grave ne se soit produit jusqu'à aujourd'hui, et plus encore, que je ne sois pas passé à côté de choses plus graves.

Ces peurs ne sont pas des garanties, et il serait bon de prendre au sérieux la devise du chirurgien Sauerbruch qui disait à son assistant : "Le jour où vous entrez au bloc sans avoir peur de faire une erreur, il vaudra mieux poser le scalpel". Cette peur nous accompagne d'autant plus que nous avançons sur un terrain nouveau. Un ensemble de souffrances se manifestaient dont nous essayions de comprendre la logique sous-jacente.

L'examen des anomalies de posture et des maux de tête chez les adolescents et les écoliers nous mettait de plus en plus en face du fait que les causes de tels symptômes se trouvaient bien en amont de ce que laissait supposer le début des plaintes chez les enfants. Nous demandions systématiquement à voir les photos de ces enfants comme bébés et nous pouvions ainsi remarquer chez beaucoup d'entre eux qu'ils avaient pris une mauvaise posture fixée dans les premiers mois de leur vie. Des questions plus approfondies donnaient souvent des indices pour d'autres symptômes d'une problématique KISS. C'est en grande partie pour cela que des enfants de plus en plus jeunes ont été examinés et traités. Ces travaux préliminaires sur des patients de plus en plus jeunes faisaient apparaître un "schéma de souffrances et de troubles", que l'on peut en gros diviser en trois groupes.

Le symptôme principal : l'asymétrie

Le point de départ du problème apparaissait être une "posture de compensation" (afin de compenser la douleur) différente selon le point d'irritation.

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

Inclinaison

Chez presque tous les enfants que nous voyions il y avait une inclinaison plus ou moins prononcée. Elle pouvait ne concerner qu'une partie du corps – par exemple une inclinaison fixe de la tête – ou tout l'organisme. On appelle un tel aspect « scoliose en C » parce que les bébés sont couchés comme un "C" en position couchée.

Chez ces enfants il est également frappant de voir qu'ils ont un "côté chocolat". Ils utilisaient une main plus que l'autre, se tournaient plus volontiers d'un côté que de l'autre, dormait sur un côté précis, etc. Au début il est difficile de définir un modèle. Quand on a à peine vu une douzaine de bébés asymétriques, on ne peut pas dire grand chose sur les relations de cause à effet. Au cours du temps, il devint de plus en plus évident que certaines combinaisons de particularités allaient ensemble :

Un enfant qui avait la tête inclinée vers la gauche, la tournait presque toujours vers la droite. Si cette inclinaison était advenue une asymétrie du crâne, on observait alors que le côté gauche du visage était moins développé et que la joue droite l'était davantage. Un aplatissement à l'arrière du crâne était souvent observé du côté droit, et nous nous attendions alors à trouver la « plaque chauve », c'est-à-dire une pousse de cheveux unilatérale due au frottement de la tête sur le support, à droite. Les bras et les jambes bougeaient la plupart du temps moins à l'intérieur du "C", mais cette relation était moins marquée. Les problèmes de hanche se trouvaient aussi plutôt dans le "C", c'est-à-dire dans la concavité de la mauvaise posture. Ces troubles peuvent aller jusqu'aux pieds, où on trouve alors un pied en croissant unilatéral.

Beaucoup d'enfants ont été examinés de façon plus approfondie après un diagnostic concernant les pieds ou après la constatation d'asymétries au niveau des plis des fesses. A partir de là, on a trouvé les limites du mouvement de la tête et, en fin de compte, défini l'anomalie de la colonne vertébrale supérieure comme facteur déclenchant du tout. C'est ainsi que l'asymétrie, au sens large, se trouva au début de la connaissance. Comme toujours, quand on se penche intensément sur un problème, on trouve, avec une connaissance approfondie, de plus en plus d'exceptions qui confirment la règle : nous connaissons aujourd'hui des cas qui ne présentent aucune asymétrie latérale et qui sont néanmoins des cas KISS.

Hyperextension fixée

La déviation ne se fait pas vers le côté mais vers l'arrière. Ces bébés ont pratiquement une « scoliose en C » vers l'arrière ; par définition, on parle d'une "hyperlordose" ou d'"opisthotonos", c'est à dire une flexion extrême du tronc vers l'arrière. Pour ces enfants, les mères racontent parfois spontanément qu'elles ne peuvent allaiter que d'un côté. On peut souvent reconnaître ces enfants par un aplatissement plus prononcé du crâne du fait qu'ils s'appuient avec force contre le support. Il n'est pas rare cependant que le diagnostic soit moins facile à poser sur la base de nos radiographies standards (faites systématiquement) car l'inclinaison vers l'arrière est plus difficile à déceler que celle sur le côté. Ici, c'est la posture elle-même qui laisse présager au premier coup d'œil le diagnostic. Mais l'on ne doit pas oublier – à force de voir la colonne vertébrale - les autres causes éventuelles : il y a par exemple des infections cérébrales et des méninges

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

qui provoquent des positions similaires. Souvent c'est l'évolution qui permet alors de faire le diagnostic des différentes causes.

Ces deux types de base, que nous classifions de KISS I (inclinaison fixe vers le côté) et KISS II (position fixe par hyperextension) existent rarement à l'état pur. Ils sont souvent plus ou moins combinés mais c'est l'anomalie principale – fixation vers le côté ou vers l'arrière – qui donne la base du diagnostic clinique principal. Les détails pour ce modèle sont décrits en [5]. Dans ce qui suit seront décrits les principaux symptômes secondaires.

Au delà de l'asymétrie

Problèmes de maturation des articulations de la hanche (souvent unilatéral)

Une asymétrie observée au niveau des plis des fesses et/ou des cuisses est souvent le point de départ pour un diagnostic de malposition. Ici se regroupent plusieurs ensembles de symptômes allant d'un retard unilatéral du développement de la hanche jusqu'à de vrais défauts de la cavité cotyloïde. Pour un traitement par la colonne vertébrale, il ne faut pas minimiser les causes ni les perdre de vue. Aussi dans les familles où se trouvent plus de problèmes de la hanche que la normale, un examen et un éventuel traitement des problèmes de la colonne vertébrale est profitable comme traitement annexe. Selon le degré de gravité et l'âge au moment du diagnostic, un traitement fonctionnel des problèmes de la colonne vertébrale peut compléter ou remplacer le maillot d'écartement des jambes ou l'attelle d'abduction.

Positions erronées du petit pied jusqu'au " pied en forme de croissant " (Pes adductus congenitus)

Ce sont au tout début des signes assez particuliers. Ici, le traitement de la colonne vertébrale n'est pas non plus l'alternative, mais le complément à d'autres traitements. Bien sûr, un traitement manuel est toujours préférable à une thérapie passive : c'est plus "joli" et plus efficace d'optimiser une fonction dérégulée et d'améliorer une position du pied que de la rectifier par un bandage ou un plâtre, même si cela s'avère parfois indispensable. Ceci sera également valable pour les semelles.

Perturbation du sommeil, cris pendant le sommeil

Ceci englobe une multitude de difficultés dont les parents ne sont souvent pas conscients, notamment pour les cas légers. Au siècle des enfants uniques, le moyen de comparaison fait souvent défaut, et un certain nombre de parents indiquent seulement sur le questionnaire de contrôle que leur enfant dort mieux après le traitement. Ce sont surtout les problèmes d'endormissement qui sont typiques chez les "enfants KISS" (atteints du syndrome KISS): "Elle ne trouve pas le calme dans son lit, "Il se tourne et bouge sans cesse et ne s'endort que quand il est complètement k.o." De telles descriptions sont fréquemment données par les parents.

Enfants qui crient

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

Ce groupe – très hétérogène – est à nouveau explicitement mentionné ici. Plus on est éloigné de la problématique, plus on peut attendre et avoir confiance que cela s'arrête au bout du troisième ou quatrième mois. Mais pour le responsable averti, la maxime de Lucassen est valable : "Je suis trop impressionné par les sentiments de détresse et de désespoir des parents, par leur colère et leur peur, par le sentiment qu'ils éprouvent que quelque chose ne va pas avec leur enfant pour pouvoir les laisser seuls avec ce problème naturellement autolimitant [16] . Avec un diagnostic préalable correct, le pourcentage de réussite du traitement par la médecine manuelle chez ces enfants est de 60% dans les trois jours qui suivent le traitement ; une étude prospective, en collaboration avec la clinique Hagen pour enfants, est en préparation.

S'arracher les cheveux, haute sensibilité au toucher de la nuque

Comme pour certains autres symptômes décrits ici, la question de la sensibilité au toucher de la nuque doit être posée explicitement aux parents. Souvent les parents ne racontent qu'après, en comparant avec la situation d'avant. Après ils remarquent plus facilement quelque chose. Surtout la mention du "se défendre contre un contact physique" donne un bon indice pour repérer de nouveaux malaises, c'est-à-dire pour la nécessité d'un nouvel examen de contrôle.

Toutes les difficultés décrites précédemment ne proviennent pas forcément de KISS, mais c'est souvent le cas. Traiter KISS est en règle générale la méthode la plus simple ; tellement simple que souvent un essai vaut la peine, même si au départ on n'est pas tout à fait sûr d'avoir trouvé la bonne voie.

Ce qu'il y avait aussi de particulier

Des enfants qui ne présentent pas (encore) de symptômes d'asymétrie, se distinguent par d'autres malaises, souvent difficilement reconnaissable en tant que problèmes de la colonne vertébrale. Parmi celles-ci on compte par exemple des poussées de fièvre inexpliquées, une perturbation éveil – sommeil, une agitation motrice généralisée.

Il est à nouveau souligné ici que ces malaises peuvent avoir beaucoup d'autres origines. On ne devrait envisager un problème de la colonne vertébrale que lorsque d'autres causes probables ont été exclues et/ou quand on a trouvé des symptômes indiquant un problème d'asymétrie ou quand un traitement "test" a apporté de nettes améliorations. C'est généralement ce dernier point qui se révèle être la base la plus sûre d'un diagnostic ; c'est ce qu'indiquait déjà, il y a quelques années, un des pionniers de la thérapie manuelle, le neurologue tchèque Lewit [15], Mais on ne peut quand même pas tout à fait compter là-dessus. Nous connaissons des cas où des malaises se sont améliorés après une thérapie manuelle, alors qu'il y avait, par exemple, une tumeur sous-jacente [6, 9] . Ce n'est presque jamais aussi simple qu'il y paraît au premier regard ...

Ici nous arrivons alors dans des domaines limites . Il est, comme toujours, difficile de les circonscrire et il faut veiller à ce qu'une telle description ne dégénère pas, surtout quand on a la "bonne parole" plein la tête. Il convient alors de prendre les indications suivantes, relatives aux symptômes, comme des pistes de réflexion et non pas comme des

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

"preuves" en rapport avec KISS pour chaque cas similaire.

Fièvre :

Des poussées de fièvre chez les enfants constituent toujours un défi pédiatrique. On examinera toujours d'abord en fonction des causes classiques que l'on exclue l'une après l'autre. Cela va des infections des voies respiratoires jusqu'aux infections rénales et de la vessie, aux allergies, etc. C'est seulement quand on a éliminé ces causes classiques que l'on peut, la conscience tranquille, envisager d'autres causes pour expliquer une température élevée.

Des changements manquants dans les analyses médicales sont un indice, mais, par principe, on demandera d'exclure le mieux possible d'autres causes. Alors, et seulement à ce moment là , on peut essayer de progresser à l'aide d'éléments fonctionnels. L'indice pour la colonne vertébrale est l'asymétrie qui l'accompagne ou d'autres signes révélateurs de KISS.

Baver :

Beaucoup d'enfants qui bavent ont l'éternel bavoir autour du cou pour éviter aux parents de devoir changer leur enfant x-fois par jour parce qu'il est encore une fois trempé. Le fait de ne pas fermer la bouche peut être provoqué et maintenu par des problèmes de contrôle musculaire à cet endroit, et donc aussi de la région du cou et de la nuque. Souvent s'y ajoute alors une tête penchée vers l'arrière de manière maladive. Chez les bébés, cela se traduit par une position "fléchie comme un arc" comme le disait une mère. Chez les petits enfants plus âgés, qui commencent déjà à se mettre debout, le rachis thoraco-dorsal se relâche pour permettre à l'enfant de regarder droit. Ces enfants ont alors une soi-disant "posture molle".

Difficultés de déglutition :

Pour ce symptôme, c'est le même problème que pour les enfants qui bavent. Quand la coordination dans la région du gosier est perturbée, la contracture de la colonne vertébrale peut en être la cause. Dans ce cas c'est le succès du traitement qui donne un indice sur la relation de cause à effet. Ces enfants ne viennent presque jamais en consultation pour ça. Une amélioration de ces difficultés, évaluées par les parents comme étant des problèmes secondaires, ne nous est souvent rapportée que plus tard.

Emettre des sons et acquérir la parole :

L'apprentissage de la parole est impossible sans un contrôle exact des muscles de la gorge. Rien que pour cette raison, on peut établir une relation entre les problèmes de contrôle de la musculature du cou et les difficultés à émettre des sons et à acquérir la parole. Si les signes accompagnateurs faisant penser à une asymétrie, on peut alors envisager d'intégrer dans la réflexion thérapeutique la colonne vertébrale supérieure. Surtout en cas de combinaison avec une mauvaise fermeture de la bouche et d'enfants qui bavent beaucoup, on pensera plutôt à une origine au niveau du cou et de la base du

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

crâne.

C'est un peu comme avec les enfants qui louchent : nous disposons d'un certain nombre de rapports faisant état d'enfants (ils n'ont pour la plupart pas plus de deux ans) chez lesquels, dans le cadre d'un traitement KISS, la parole devenait plus coordonnée, et leur strabisme diminuait. Ceci est particulièrement visible pendant un traitement complémentaire chez les enfants handicapés en âge scolaire. Cependant ces cas sont trop rares pour constituer une "preuve". Il est difficile de distinguer l'influence directe sur la motricité de la parole de l'amélioration générale de la perception et alors de la réaction sur ce qui est perçu.

Diagnostic différentiel

À la recherche de critères de délimitation, les résultats statistiques [4] montrent quatre points anamnestiques :

- présentations transverses
- naissances retardées et prolongées
- utilisation d'instruments à la naissance (ventouse, forceps)
- grossesses multiples (jumeaux, triplets...)

Les nouveau-nés appartenant à un de ces quatre groupes étaient trois à quatre fois sur-représentés chez les enfants ayant une problématique KISS avéré. Ces dernières années il est devenu de plus en plus clair, qu'il existerait une prédisposition familiale : nous observons de plus en plus souvent que le risque d'une problématique KISS chez des frères et sœurs du même sexe s'élève à plus de 50% pour chaque grossesse supplémentaire. Il faut sûrement replacer cela dans le contexte d'une certaine sensibilisation et d'une expectative. D'un autre côté l'amélioration rapide et durable des malaises, surtout pendant la période précoce (cris persistants, "coliques du nourrisson") qui est un grand soulagement pour les parents, est difficilement explicable par de simples "mécanismes de suggestions" comme cela est souvent insinué. Chez les nouveau-nés présentant une position inclinée intra-utérine (cela correspond au "syndrome de position transverse" bien connu), on remarque souvent l'asymétrie directement après la naissance. Chez les enfants où la genèse d'un traumatisme natal se situe au premier plan, on ne voit apparaître les symptômes typiques qu'après trois à six semaines. D'ailleurs, ils ne sont, en règle générale, observés qu'aux examens de 4 à 6 semaines et du 3^{ème} - 4^{ème} mois.

La méthode la plus simple pour le profane est sans doute l'examen de la capacité du mouvement de la tête et de l'hyper-sensibilité de la nuque. Ainsi, on peut rapidement avoir une première impression et décider s'il est opportun de continuer dans le sens d'une perturbation fonctionnelle d'origine vertébrale. La manière dont on procède dans ces cas, dépend des possibilités offertes au niveau local : l'un va prendre conseil auprès d'un physiothérapeute ayant une formation appropriée, l'autre va pouvoir présenter son bébé directement à un thérapeute manuel. On dispose également de plusieurs possibilités thérapeutiques pour atteindre le but : dans les cas non spectaculaires on peut

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

se limiter à un traitement comportemental ("Handling"), déplacer le lit du bébé, stimuler le côté faible pendant l'allaitement, etc. Si cela ne suffit pas on peut conseiller des méthodes physiothérapeutiques telles que la méthode Bobath ou Vojta (ou encore d'autres méthodes similaires). Enfin, et surtout dans le cas de cris persistants et d'autres manifestations de malaises aigus, la méthode de choix est le traitement manuel, car elle agit le plus rapidement et le plus efficacement.

L'image clinique du syndrome KISS non-traité passe en général par quatre stades :

- 1) Stade préalable non spécifique avec des symptômes d'une irritation végétative et de dysphorie ("mauvaise humeur") : enfants qui crient, coliques du nourrisson et similaires (post-partum jusqu'à environ 3 mois)
- 2) Le symptôme d'asymétrie domine depuis le contrôle de la tête jusqu'à la verticalisation (se mettre debout) (3-12 mois)
- 3) Intervalle pauvre ou dépourvu de symptômes entre la verticalisation et le 4^{ème} et 5^{ème} anniversaire
- 4) Signes de dysgnosie (dérèglement de la perception) et de dyspraxie (perturbations motrices sensorielles) dans le sens du syndrome KIDD (Kopfgelenk- induzierte Dysgnosie und Dysphorie = Dysgnosie et dysphorie induites par les articulations crânio-cervicales [3]).

La connaissance des stades précoces des perturbations motrices sensorielles à l'âge scolaire, qui nous mettent en face de si grands problèmes thérapeutiques et qui sont désignés par de nombreux termes (MCD - minimal cerebral damage), POS - syndrome psycho-organique, ADS - attention déficit syndrome ...), ouvrent la voie à un diagnostic précoce ainsi qu'à une thérapie autrement plus efficace et simple. Les personnes qui assistent le début de vie des enfants en tant que sages-femmes, peuvent attirer l'attention sur des signes d'un développement asymétrique, ne nécessitant pas un traitement immédiat mais qui devraient être contrôlés ultérieurement.

Traitement

Le traitement manuel médical est préparé en établissant l'anamnèse, une radiographie obligatoire de la colonne vertébrale supérieure (cervicale) ainsi qu'un diagnostic fonctionnel avec un examen des segments vertébraux. La technique consiste, en général, en une impulsion latérale modérée dans la région des trois premiers segments cervicaux. [13] Pendant les traitements des petits enfants supervisés par notre groupe de travail (plus de 10 000 enfants de moins de deux ans dans les 20 dernières années), il n'est arrivé aucune complication sérieuse, sauf quelques vomissements ou une chute de tension brève et spontanément réversible [12] . En ce qui concerne les complications décrites dans la littérature médicale (p.ex. [7]) il s'agissait de « prises rotatoires » et/ou de la multiplicité des traitements dans un laps de temps (trop) court. Nous conseillons vivement une utilisation parcimonieuse de la thérapie manuelle chez les petits enfants. Un seul traitement est presque toujours suffisant (dans 85% des cas [4]). Un écart minimum de six semaines entre deux traitements, si toutefois celui-ci est indiqué,

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

devrait être respecté. On peut évaluer l'effet de la thérapie trois semaines après. Chez à peu près un tiers des enfants, on doit accompagner la thérapie manuelle par d'autres traitements, en général par la physiothérapie.

Perspective

Le traitement des enfants atteints du syndrome KISS montre que l'on ne travaille pas en solitaire mais que l'on est dépendant de la coopération des collègues, qu'il s'agisse d'auxiliaires d'obstétrique et de sages-femmes, de pédiatres et d'orthopédistes pour enfants ou encore de kinésithérapeutes, maîtresses d'écoles (maternelle) ou d'instituteurs (école primaire). Ceux-ci doivent déjà avoir l'idée qu'un problème préoccupant pourrait avoir une relation avec une perturbation fonctionnelle de la colonne vertébrale. C'est justement chez les petits enfants que cela n'est pas si trivial à déterminer que pourrait le croire, « autour de la grande table verte !, les experts autoproclamés et sans expériences pratiques.

- Combien de bébés crient pendant des heures, voire des jours, sans que l'on puisse les aider ?

- Combien de parents désespèrent face à un petit dans cet état sans savoir comment l'aider ?

- Combien d'enfants souffrent de ces fameuses "coliques du nourrisson des 3 premiers mois" sans que de réels moyens de leur venir en aide soient donnés aux parents.

Tous ces enfants devraient être examinés au moins une fois à la recherche d'un problème provenant de la colonne vertébrale.

La palpation du cou et l'examen de la capacité rotatoire de la tête vers la gauche ou la droite ne constituent pas une science secrète. Quand on remarque quelque chose d'inhabituel à ce niveau, on va voir un spécialiste. A partir de là, les gens qui travaillent avec des bébés et des petits enfants ont progressé. On devrait plutôt dire qu'ils ont "reculé", car ils ont été rendus attentifs au symptôme d'asymétrie par les précurseurs. En anglais on appelle cela "Reverse Engineering" : on regarde une machine ou une situation et on essaie de reconstituer d'où vient l'ensemble, la manière dont la machine est conçue. Une grande partie de notre connaissance médicale a été rassemblée ainsi. C'est aussi le cas pour le syndrome KISS : depuis qu'on a établi que les enfants qui crient anormalement beaucoup étaient également "inclinés", on examine ces enfants, qui, au premier coup d'œil ne présentent pas d'inclinaison, de plus près afin de déterminer s'il n'y en a pas une.

Notre curiosité grandit avec chacun des enfants que nous voyons. Je me souviens d'enfants chez lesquels un eczéma atopique s'améliorait rapidement ou chez lesquels un strabisme diminuait remarquablement. On se porte probablement mieux, si on classe cela dans la catégorie du "hasard". Les cas similaires, où des signes cliniques non dépendants de la colonne vertébrale ont pu être améliorés, ne devraient pas donner lieu à des suppositions abusives, mais donner à réfléchir. Est-ce que c'est la relaxation de la position de réaction végétative ou l'influence des paramètres de base de la coordination

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

qui jouent un rôle ici ?

Pour l'instant on ne peut que spéculer. Quand on arrivera au moment où l'examen et le traitement des problèmes de la colonne vertébrale supérieure feront partie du répertoire standard des pédiatres, on sera plus au point pour l'indication d'un traitement et on pourra alors avoir une meilleure vue d'ensemble des conséquences de tels cas.

Bibliographie

1. Andry, N. (1987): L'orthopédie ou l'art de prévenir et de corriger dans les enfants les difformités du corps. (Paris 1741) dtsch: Orthopädie oder die Kunst bei Kindern die Ungestalttheit des Leibes zu verhüten und zu verbessern , (Hrsg: D. Wessinghage), Stuttgart, Schattauer. [zurück](#)
2. Biedermann, H. (1996): KISS-Kinder 1; , Stuttgart, Enke. 124. [zurück](#)
3. Biedermann, H. (1999): Biomechanische Besonderheiten des occipito- vertivalen Überganges, in [5] 19 - 26 [zurück](#)
4. Biedermann, H. (1999): KISS- Kinder: eine katamnestische Untersuchung, in : [5] S. 27 - 42. [zurück](#)
5. Biedermann, H., (1999). Manualtherapie bei Kindern. . Suttgart, Enke. [zurück](#)
6. Biedermann, H., L. Koch (1996): Zur Differentialdiagnose des KISS-Syndroms. Manuelle Medizin, 34: S. 73-81. [zurück](#)
7. Casey, A.T., O.B. M, V. Kumar, R.D. Hayward, et al. (1994): Don't twist my child's head off: iatrogenic cervical dislocation. Brit med J, 311(7014): S. 1212-3. [zurück](#)
8. Gutmann, G. (1968): Das cervical- diencephal- statische Syndrom des Kleinkindes. Man Med, 6: S. 112 - 119. [zurück](#)
9. Gutmann, G. (1987): Hirntumor Atlasverschiebung und Liquordynamik. Man Med, 25: S. 60 - 63. [zurück](#)
10. Hülse, M., W.L. Neuhuber & H.D. Wolff, (1998). Der Kranio- zervikale Übergang. . Berlin, Springer. 176. [zurück](#)
11. Kamieth, H. (1988): Die chiropraktische Kopfgelenksdiagnostik `unter funktionellen Gesichtspunkten' nach Palmer- Sandberg- Gutmann aus schulmedizinisch- radiologischer Sicht. Z orthop, 126: S. 108 - 116. [zurück](#)
12. Koch, L.E., H. Biedermann & K.-S. Saturnus (1998): High cervical stress and apoea. Forensic Science Int., 97: S. 1 - 9. [zurück](#)
13. Koch, L.E., U. Girnus (1998): Kraftmessung bei Anwendung der Impulstechnik in der Chirotherapie. Man Med, 36(1): S. 21 - 26. [zurück](#)
14. Kühnen, H. (1999): Erfahrungen mit der Manualmedizin in der neuropädiatrischen Landpraxis, in: [5] S. 187 - 198. [zurück](#)
15. Lewit, K. (1970): Klinisch-röntgenologische Untersuchung zur Statik der Wirbelsäule, in: Manuelle Medizin und ihre wissenschaftlichen Grundlagen, (Hrsg: H.D. Wolff). Heidelberg, Verl. f. physikalische Medizin. S. 149 - 155. [zurück](#)
16. Lucassen, P. (1999): Infantile Colic in Primary Care, Amsterdam, (Ph.D.), Faculteit Geneeskunde , (135 S.) [zurück](#)

Dr. Biedermann, Köln, www.manmed.de

17. Mau, H. (1973): Prognose und Therapie der sogenannten Säuglingskoliose. Z Orthop, 111: S. 210 - 214. [zurück](#)
18. Møller, A.P., J.P. Swaddle (1997): Asymmetry, Developmental Stability and Evolution, Oxford, Oxford University Press. 290. [zurück](#)
19. Preuschoft, H. (1999): Zur Evolution der menschlichen Becken- und Rumpfform, in: [5] S. 77 - 88. [zurück](#)
20. Vojta, V., A. Peters (1992): Das Vojta-Prinzip, Berlin, Springer. [zurück](#)
21. Wiltshcke- Schrotta, K. (1999): Zur Evolution der Geburt, in: [5] S. 89 - 98. [zurück](#)