

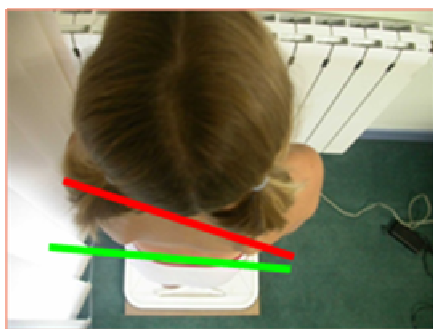
EXEMPLES DE TROUBLES PROPRIOCEPTIFS

Les exemples montrés dans ce document ne sont qu'un vague reflet de la complexité clinique des troubles proprioceptifs qui peuvent donner des dysfonctions partout où existent des muscles. Les cas choisis sont caricaturaux alors que dans la majorité des cas les déséquilibres posturaux engendrés par la dysproprioception sont, chez l'enfant, discrets et subtils et peuvent échapper à l'œil non averti (ils deviennent beaucoup plus évidents avec la croissance et à l'âge adulte). C'est leur association à des anomalies de perception sensorielle et à des troubles de localisation spatiale qui permettra de poser le diagnostic avec certitude et d'adapter le traitement au cas particulier de chacun.

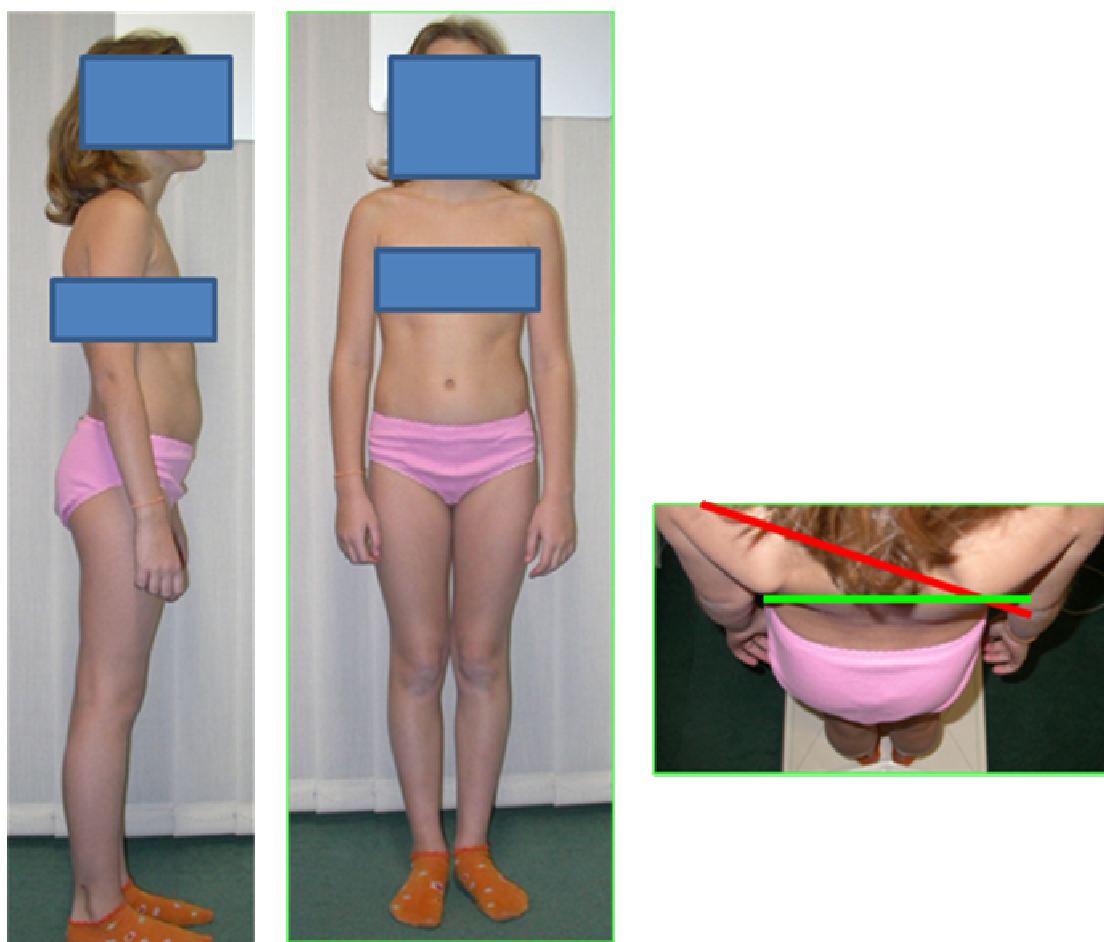
Cas N°1 : Trouble proprioceptif responsable d'une déficience posturale dite de type « prédominant » selon la classification de Lisbonne.



L'enfant est en forte rotation gauche de toute la moitié supérieure du corps (25° à 30°) alors même qu'elle se sent « droite ». On note une discrète ascension de l'épaule gauche associée à un latérocolis sur la même épaule avec une rotation interne du bras gauche qui lui aussi est ascensionné. Elle essaie de compenser son déséquilibre antéro-postérieur par un appui des pieds « en valgus ». Cet appui la rend très instable et elle est considérée comme « pseudo-hyperactive », car elle a choisi un équilibre dynamique plutôt qu'un équilibre statique beaucoup plus difficile à atteindre. Elle est constamment fatiguée et se plaint de douleurs musculaires. Les troubles attentionnels sont marqués. A 9 ans, le bilan orthophonique relève un niveau de lecture identique à ce qu'on attend en fin de CP.

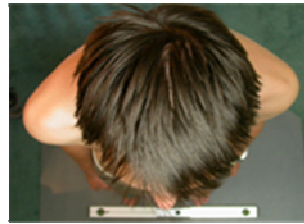


Après 6 mois de traitement, l'équilibre postural s'est déjà bien modifié et la rotation de l'hémicorps n'est plus que de 10° (en rouge la ligne initiale joignant les omoplates). Fatigue, douleurs musculaires, troubles de concentration ont disparu.



Après 14 mois de traitement, la rotation a complètement disparu ainsi que les signes cliniques qui l'accompagnaient. Il persiste une asymétrie de face qui nécessite de poursuivre très sérieusement le traitement. Le retard de lecture n'est plus que de 16 mois par rapport aux enfants de son âge.

Cas N°2 : Trouble proprioceptif responsable d'une déficience posturale dite de type « mixte pur » selon la classification de Lisbonne - forme **hypertonique**.



Ici le déséquilibre antéro-postérieur est compensé par une projection de la tête en avant avec une forte cyphose et une hyperlordose marquée. De face, l'attitude scoliotique est évidente ainsi que le latérocolis sur l'épaule gauche. La rotation de l'épaule est moins marquée que dans le cas précédent.

Cas N°3 : Trouble proprioceptif responsable d'une déficience posturale dite de type « mixte pur » selon la classification de Lisbonne – forme **très hypertonique**.



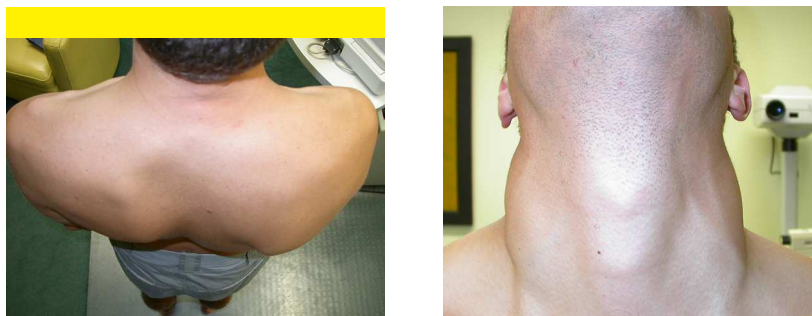
Pour compenser le déséquilibre antéro-postérieur, l'enfant s'est mis complètement « en ville » avec apparition de contractures lombaires très importantes aggravant le déséquilibre. Les douleurs musculaires et la fatigues sont très marqués.

Cas N°4 : Trouble proprioceptif responsable d'une déficience posturale dite de type « mixte pur » selon la classification de Lisbonne – forme hypotonique.



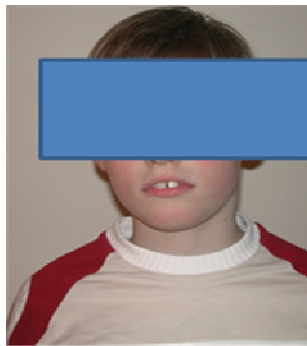
Il s'agit ici du jeune frère d'une enfant dyslexique traité. Il est en CE1 et présente des troubles d'apprentissage similaires à ce que ses parents ont connu au même âge chez le frère. Ils souhaitent une prise en charge avant qu'il n'ait atteint l'âge permettant de poser le diagnostic de dyslexie (18 mois de retard). L'attitude scoliotique est évidente de face. La perception proprioceptive des ses pieds est perturbée (il simule avec ses mains la position ressentie de ses pieds quand il a les yeux fermés). Il essaie de compenser son déséquilibre par un appui des pieds en valgus, très prononcé à gauche avec un aspect de pseudo pied creux au podoscope.

Cas N°5 : Exemple d'un trouble proprioceptif chez un adulte ayant essentiellement la forme « posturale » avec peu de signes cognitifs ou spatiaux. Notez la rotation inverse du bassin et des épaules source de lombagos à répétition et la forte asymétrie du tonus des muscles du cou, source de torticolis et de douleurs nucales.



Quelques points remarquables :

1. Près de 70% des enfants dyslexiques ayant un déséquilibre antéro-postérieur présentent une malposition de la langue avec dysperception linguale. L'évolution se fait vers une classe 2 orthodontique (mâchoire supérieure trop étroite avec protrusion des incisives vers l'avant, respiration buccale, déglutition dite « atypique » (ils doivent d'aider du muscle orbiculaire qui entoure la bouche pour avaler leur salive) et souvent bruxisme (grincement des dents la nuit) et ronflement. Les troubles du sommeil (faussement appelés « apnées nocturnes de l'enfant ») sont très fréquents en fin de nuit, entre 4 et 6 heures du matin avec des micro-réveils non conscients, ce qui provoque des troubles de mémorisation des leçons apprises le soir et des difficultés de concentration à l'école chez cet enfant déjà fatigué quand il se lève.



Le traitement orthodontique « classique » peut améliorer la situation mais aussi la détériorer en interférant avec le traitement proprioceptif.

2. L'insuffisance de convergence est constante chez le dyslexique. Elle s'améliore avec le port des prismes posturaux et résiste au long cours à une rééducation orthoptique « classique » fondée sur un surentraînement musculaire.

