

Animaux de compagnie

>> Ostéopathie

L'AUTEUR

Stéphan CAYRE

vétérinaire pratiquant l'ostéopathie

Approche historique et clinique
du **mouvement respiratoire primaire**

>> Physiologie

Mouvement de fluctuation qui prendrait sa source dans les ventricules cérébraux et l'espace subarachnoïdien, le mouvement respiratoire primaire est d'approche délicate. L'étude des variations de son rythme renseigne l'ostéopathe sur les dysfonctions crâniennes mais pas seulement.

Après avoir regardé le mouvement respiratoire primaire (MRP) comme une conséquence de la tenségrité (lire *DV* n°980 page 13), le voici dans une vision mécaniste et historique* parfois contestée mais qui est pourtant une base essentielle en pratique ostéopathique. Son approche est cependant délicate, tant dans sa compréhension intellectuelle que dans sa perception clinique. Nous allons ici donner les éléments fondamentaux anatomiques y intervenant.

Le MRP est une fluctuation, ressentie par toute main entraînée, au rythme de 8 à 12 par minute, du liquide céphalo-rachidien. Cette fluctuation prendrait sa source dans les ventricules cérébraux et l'espace subarachnoïdien, de par la variation de volume issue de la motilité inhérente du système nerveux central.

Cette motilité est synchrone avec les mouvements de la symphyse sphéno-basilaire et des os crâniens impairs (en flexion et extension, c'est-à-dire un mouvement axial) et des os crâniens périphériques, comme les temporaux ou les frontaux par exemple, qui présentent quant à eux un mouvement de rotation externe, puis interne.

Équilibre dynamique

La structure permettant de maintenir l'équilibre dynamique de ce mouvement est formée par l'ensemble des méninges crâniennes et, notamment, par la faux du cerveau et la tente du cervelet, qui jouent le rôle de membranes de tensions réciproques.

Rappelons juste que la faux du cerveau s'insère crânialement sur la crête frontale, la *crista galli*, la crête ethmoïdale médiane et le processus ethmoïdal, et postérieurement sur la protubérance occipitale. La tente du cervelet s'insère crânialement sur les processus clinoides, postérieurement sur les crêtes latérales occipitales et, latéralement, sur le bord supérieur des zones pétreuses des temporaux. L'insertion de la faux sur la tente est une ligne d'équilibre fondamentale pour les ostéopathes, qui l'appellent Fulcrum de Sutherland, du nom du « découvreur » du MRP dans les années 1930.

Répercussion sur le sacrum

Ainsi, lors de la phase inspiratoire, l'insertion crâniale de la faux du cerveau se déplace vers l'arrière, tandis que la tente du cervelet va vers l'avant.

Par ailleurs, les méninges ne présentent pas d'insertion osseuse efficace au-delà de la troisième vertèbre cervicale, jusqu'à la deuxième vertèbre sacrée. De fait, les mouvements induits aux méninges au niveau crânien vont se répercuter sur le sacrum, qui reproduit donc le MRP sur un plan axial (flexion et extension) entre les iliaques.

De même, ce MRP est transmis à l'ensemble de l'organisme par le biais du tissu conjonctif qui prolonge les méninges et la dure-mère, ce qui ouvre des possibilités intéressantes en terme d'exploration fonctionnelle.

C'est l'étude des variations de ce rythme, dans sa vitesse, sa fréquence et son cycle, qui va renseigner l'ostéopathe sur les dysfonctions crâniennes, mais également autres, y compris viscérales. Et qui va lui permettre d'en entreprendre la résolution.

Mais c'est une autre histoire... ■

**The Cranial Bowl, Sutherland.*



Patrick Chéne

Mais que fait-il ? Difficile en effet pour un vétérinaire non ostéopathe de comprendre cette attitude d'écoute mais le toucher s'éduque et oui on peut tirer des informations d'un crâne... ; mais seul l'apprentissage volontariste permet d'affiner son toucher au point de sentir un frontal en restriction.