

L'EXAMEN DES EXOCAPTEURS

COURS 12

GÉNÉRALITÉS SUR LES CAPTEURS



Le bilan postural global définit l'attitude, l'allure générale du sujet.

Les différents capteurs sont dénommés **exocapteurs**.

Ils sont au nombre de 4 avec une particularité pour les capteurs Somesthésiques qui sont en fait 3.

Ces capteurs sont les suivants :

- 1) Le capteur oculaire,
- 2) Le capteur dento-manducateur,
- 3) Les capteurs Somesthésiques subdivisés en :
 - Capteur cutané podal
 - Rachis cervical
 - Capteur cicatriciel
- 4) Le capteur labyrinthique.

La posture peut paraître perturbée au premier examen avec des bascules des ceintures pelviennes et scapulaires et une position anormale de la tête et du cou vue de face par exemple, avec des anomalies rachidiennes statiques et dynamiques, vue de profil ou de dos, ou avec des anomalies des membres (désaxés), d'amyotrophie, d'impotence.

La posture peut paraître équilibrée au premier abord, en désaccord avec les plaintes du patient. Nous verrons comment mettre en évidence les problèmes inapparents sous-jacents et masqués.

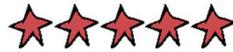
L'interrogatoire constitue un des temps forts de l'examen, il doit disséquer les douleurs axiales, céphaliques, appendiculaires. Il doit apprécier l'impact ou le retentissement psychique de ces algies.

Chaque capteur doit être étudié isolément puis replacé dans le cadre général postural.

Le recrutement spécifique d'un spécialiste ne pourra jamais lui faire oublier que l'organe, la zone ou la fonction qu'il soigne font partie d'un tout, et que les capteurs constituent un ensemble, qu'ils sont inter-adaptatifs et qu'ils sont adaptables à un désordre paraissant éloigné et sans rapport immédiat évident.

Les corrections des dysfonctionnements des entrées sensorielles ne peuvent être que globales. Le traitement préventif d'un capteur atteint isolément est essentiel.

Nous allons étudier ces différents capteurs. Cet ordre est lié à leur rôle postural et à la fréquence relative de leur atteinte.



A. Généralités

C'est le premier de tous les capteurs.

Il est très souvent causatif et en aucun cas, il ne peut se corriger spontanément.

Il est fragile et sensible aux traumatismes faciaux-crânio-cervicaux, aux traitements iatrogènes neuropsychiatriques, et enfin aux infections du système nerveux auquel il appartient.

Il peut être adaptatif, en particulier aux désordres dento-manducateur.

Son rôle est prépondérant sur l'adaptation des ceintures scapulaires et pelviennes quelque soient les atteintes des autres capteurs.

Il désorganise le système postural et il doit être systématiquement étudié.

B. Signes d'appels

5 signes forts évoquent son atteinte.

Une bascule homolatérale des ceintures pelvienne et scapulaire.

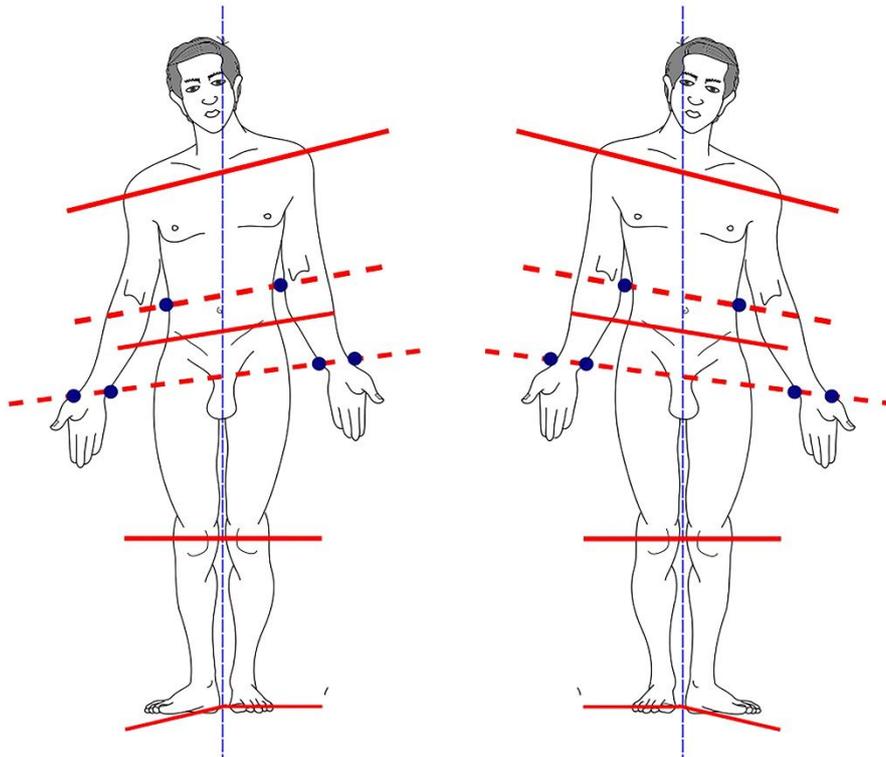
Une limitation de la rotation cervicale du côté de l'œil hypo-convergeant

Une rotation scapulaire.

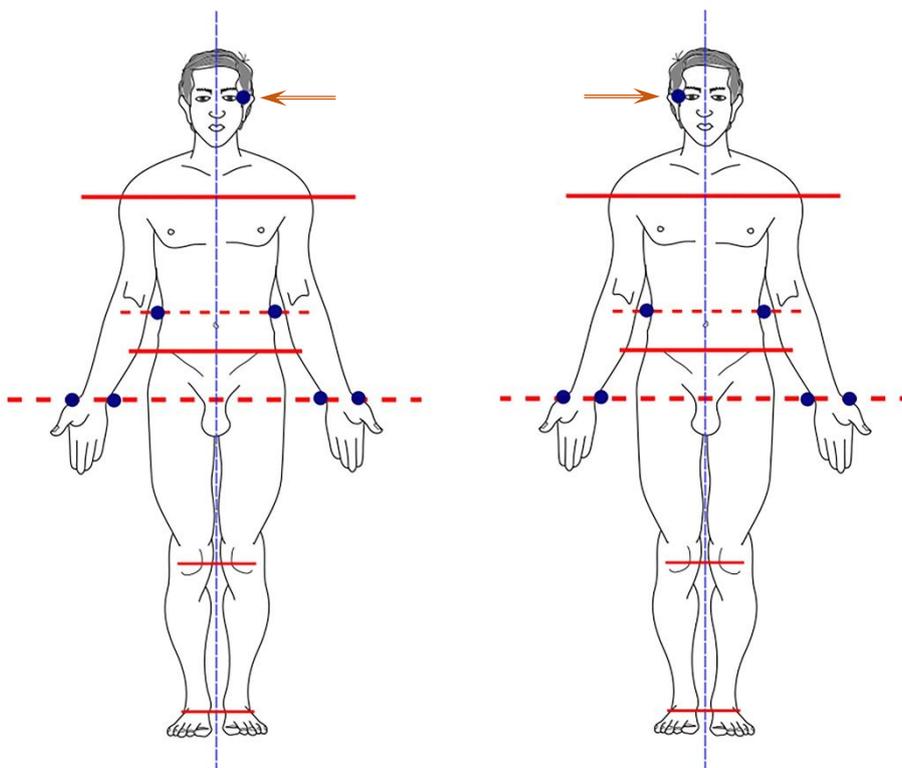
Une rotation externe d'un membre inférieur en décubitus.

Des plaintes concernant le rachis (rachialgies, radiculalgies) et les membres. Ces douleurs sont liées à des contractures, des blocages étagés, des tensions musculaires.

C. Déficit isolé du capteur oculaire



↪ CORRECTION DU CAPTEUR OCULAIRE PAR LA TECHNIQUE DE L'AIMANT :



D. Bilan clinique

1. L'interrogatoire

L'interrogatoire s'attache :

- Aux antécédents qu'ils soient : oculaires, traumatiques, thérapeutiques (prise de médicaments d'antidépresseurs), neurologiques, endocriniens ou généraux (hypertension artérielle)
- Aux signes fonctionnels : ils sont caractérisés par leur survenue à la fatigue visuelle c'est-à-dire l'après-midi ou le soir, ou accentués par l'angoisse et le stress. Ils sont parfois absents, parfois inconstants, parfois tardifs.

Les troubles visuels sont rarement au premier plan (vue flou, gêne à la lecture ou devant la télévision, fatigue visuelle ou diplopie intermittente).

Les douleurs axiales appendiculaires sont habituelles. Douleurs rachidiennes surtout hautes, type cervicalgie, névralgie d'Arnold, névralgie cervico-brachiale, ou étagée avec des dorso-lombalgies ou bien périphériques avec des pseudos tendinites rebelles du coude, des tendinites achilléennes et des mono arthralgies (douleurs de genoux).

On trouve aussi des céphalées qui sont évocatrices, parfois unilatérales ou à prédominance unilatérale, leur siège est plutôt rétro-orbitaire, orbitaire frontal ou occipito-frontal.

Il existe aussi des troubles de l'accommodation qui peuvent générer des céphalées. Chez l'adulte, certains signes sont à rechercher systématiquement. Par exemple une maladresse, le fait de buter sur une marche d'escalier, une agoraphobie, des vertiges de hauteur, la crainte de fréquenter les grands magasins par exemple.

2. L'inspection

a. Au niveau cervical

On peut retrouver une attitude vicieuse de la tête, il s'agit d'une position préférentielle spontanée, incorrigible au long court et aisément visualisée par le praticien.

Il peut y avoir un torticolis adaptatif d'origine oculaire par exemple une paralysie du VI qui vient innover le nerf moteur oculaire externe et qui peut entraîner une rotation de la tête du côté paralysé. Il peut y avoir aussi une paralysie du IV qui unilatéral provoque une inclinaison et une rotation de la tête du côté sain.

b. Au niveau facial

L'expression va rechercher une déviation des axes oculaires. On pourra trouver une hétérophorie, une hétérotopie ou bien une phorie-tropie (divers types de strabisme).

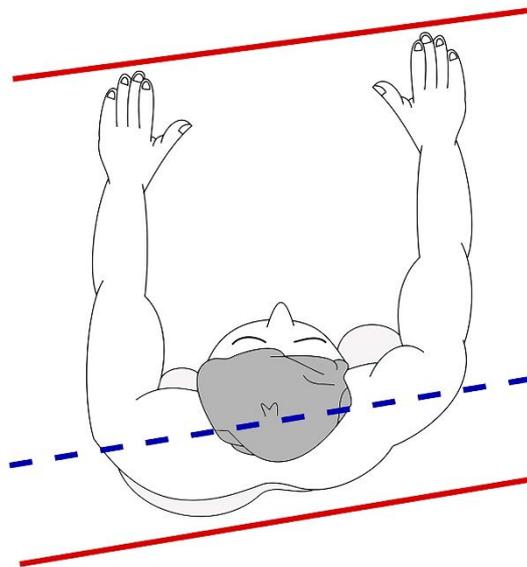


TEST DE L'AIMANT À L'ANGLE EXTERNE DE L'ŒIL HYPO CONVERGENT

Nous envisageons ici les troubles posturaux liés à l'atteinte isolée du capteur oculaire.

L'examen de base met en évidence :

- 1) Une bascule homolatérale des ceintures pelvienne et scapulaire,
- 2) Une limitation de la rotation cervicale du côté de l'œil hypo convergent,
- 3) Une rotation au niveau de la ceinture scapulaire,



- 4) Une ouverture d'un pied vers l'extérieur en position debout,
- 5) Une rotation asymétrique d'un membre inférieur en décubitus dorsal.



ROTATION ASYMETRIQUE D'UN MEMBRE INFERIEUR EN DECUBITUS DORSAL

LE TEST DE L'AIMANT EST PRIMORDIAL

1. Son but

Établir le diagnostic d'une atteinte isolée du capteur oculaire. Ce test est uniquement diagnostique.

2. Son principe

Neutraliser la contracture reflexe du muscle moteur oculaire externe.

3. Sa méthode

On utilise un aimant de 1500 gauss appliqué directement sur la peau par un sparadrap, en vue d'un effet myorelaxant (face nord au contact cutané), ce qui correspond à la face rouge des aimants Statipro, ou à la face pointée des aimants Eporec).

- On place l'aimant à l'angle externe de l'œil hypo-convergeant.
- On le place du côté du membre supérieur le plus court
- Du côté de l'épaule la plus haute
- Du côté de la hanche la plus haute.

4. Les résultats

En cas d'atteinte isolée du capteur, instantanément on observe :

- a. Une horizontalisation des ceintures pelvienne et scapulaire,
- b. Une normalisation de la rotation cervicale,
- c. Une normalisation des autres perturbations posturales.

Il ne faudra pas oublier non plus de réaliser l'examen de la **boucle oculo-posturale**, c'est-à-dire le reflexe moteur oculaire.

Il ne faudra pas non plus oublier de réaliser la **manœuvre de convergence oculaire** ainsi que la **manœuvre de rotation de tête**.

Un autre test intéressant à réaliser est le **test de ROMBERG**.

Ces 4 techniques étant décrites séparément.

Le cumul de tous ces examens nous amènera éventuellement à poser un certain nombre de questions au patient et à l'aiguiller vers un ophtalmo ou tout simplement vers un orthoptiste.

**12 - RÉCAPITULATIF DE L'ENSEMBLE DES TESTS CLINIQUES SIGNANT UNE ATTEINTE
DU CAPTEUR OCULAIRE ★★★★★**

- 1) *Le test de l'aimant*
- 2) *Observation des bascules homolatérales*
- 3) *Observation de la rotation scapulaire*
- 4) *Test de Romberg*
- 5) *Réflexe moteur oculaire*
- 6) *Manœuvre de convergence oculaire*
- 7) *Manœuvre de rotation de tête*
- 8) *Type B verticale de Barré*
- 9) *Type C verticale de Barré*
- 10) *Test des abducteurs du bras*
- 11) *Test des extenseurs du poignet*
- 12) *Test des parasites exogènes*