

Etude de cas:

Jack



Introduction

Dans ces quelques pages, je souhaite partager l'étude d'un cas particulier, celle de mon cheval Jack. Depuis sa castration il y a 6 ans, il rencontre de nombreux problèmes de santé. A travers ces lignes, je souhaite partager mon expérience et peut être aider d'autres personnes qui sont dans une situation similaire. La réflexion entreprise est aussi une aide pour moi. Elle me permet de faire la synthèse des évènements passés et de faire des liens ostéopathiques, m'aidant à progresser dans mon diagnostic et dans la santé de mon cheval.

Anamnèse/ Commémoratifs

Jack est un Irish cob croisé avec du cheval de trait. Il est né en Irlande au printemps 2008. J'ai fais son acquisition en novembre 2011 dans un élevage près de Troyes. A l'époque, il est entier. Il est d'un tempérament extrêmement calme, doux et gentil. Malgré son jeune âge et le fait qu'il soit entier, c'est un cheval très facilement manipulable qui vit désormais dans mon jardin, en compagnie des autres animaux de la famille (chien, chat, poules et lapin). J'ai pris la décision de le castré en Mars 2013. Décision que je regrette encore!

Jack est un animal domestique qui vit à domicile, et lorsque je m'absente pour congés, personne ne veut le garder. Un entier de 700kg cela fait peur! Je prend donc la décision, a contre cœur, de le castrer à l'âge de 5 ans. Pour un maximum de sécurité et sur recommandation vétérinaire, je choisis une méthode de castration inguinale bilatérale avec suture de plaies, réalisée en clinique. La chirurgie ainsi que la cicatrisation et la récupération se déroulent bien. Mais en septembre 2014, une fistule purulente apparaît au niveau de son fourreau accompagnée d'un état de grande fatigue et d'abattement. Jack repasse alors entre les mains des chirurgiens pour le parage d'un abcès en région inguinale profonde droite. La dissection de la masse révèle la présence de concrétions de pus au centre d'une coque fibreuse. Selon le compte rendu vétérinaire, l'étiologie de cet abcès reste inconnue. Le retour à la maison et la cicatrisation ne se déroulent pas bien car Jack casse ses fils à trois reprises et le nettoyage quotidien d'une telle plaie est fastidieux et douloureux pour lui. Après quelques mois de soins quotidien, la vie reprend son cours puis en Mars 2016 de forts bruits intestinaux apparaissent au niveau de son flanc droit. Son état de santé est pourtant stable, du moins il y paraît! En Septembre suivant, du jour au lendemain, mon cheval est à nouveau frappé d'une très grosse fatigue, d'une boiterie sur l'antérieur droit, une alopecie sur tout le corps, des variations de températures importantes (34.5 à 38.5 dans la même journée) et les bruits intestinaux s'intensifient et sont vraiment très impressionnants. Dès lors, le moindre effort physique, tel que marcher en main, déclenche une colique gazeuse qui le laisse couché durant plusieurs heures, le ventre doublant de volume et le regard en grande souffrance.

La poursuite au diagnostic vétérinaire est alors lancée! Tout d'abord Jack est traité pour une parasitose avec une cure de 5 jours de panacur. Un prélèvement sanguin révèle un seuil positif pour la borreliose, la piroplasmose et l'erlichiose. Un traitement de 5 jours d'oxytétracycline est mis en place. Aucune amélioration n'est à noter. En Janvier 2017, il est alors mis 40 jours sous Ronaxan. Jack supporte très mal le traitement, qui aggrave fortement ses symptômes. Son état de santé me préoccupe vraiment. Une nouvelle batterie d'exams révèle cette fois ci, la présence d'un staphylocoque. Une cure de 25 jours d'Avemix est mise en place. Nous sommes en Mars 2017, Jack est toujours malade malgré une légère amélioration des symptômes. Je décide alors de l'emmener en clinique vétérinaire et de faire tous les examens nécessaires pour identifier ce mal qui le ronge de jour en jour. Durant 4h, le vétérinaire réalise une gastroscopie, une échographie de tout l'abdomen, un bilan sanguin complet, une paracentèse abdominale, une palpation transrectale, des radiographies basses, une biopsie rectale et une biopsie musculaire. Le verdict est que mon cheval ne présente aucune anomalie! Le seule recommandation des vétérinaires est de diminuer les concentrés et de donner du foin. Ce qui est déjà évidemment le cas depuis plusieurs mois! Parallèlement, mon vétérinaire traitant effectue une recherche d'allergènes qui ne montrent aucun résultat significatif.

A cette époque, je pratique déjà l'ostéopathie animalière mais je me sens inexpérimentée et dépassée face à un tel cas. De plus mon affectif m'empêche d'être objective. Mais petit à petit mes expériences ostéopathiques se multiplient. Je réalise de nombreux stages et je prend alors confiance en moi. Je réalise que les manipulations manuelles fonctionnent très bien sur mes patients. Ma vision et ma philosophie de la maladie se modifient. Le modèle de vitalisme prend racine dans mon esprit.

Durant ces deux années, Jack passe par des épisodes de coliques et de fatigues régulières. Son ventre est douloureux à la palpation et dès qu'il mange du fourrage son abdomen double de volume. Il vit au pré et nous faisons quelques balades ensemble.

Et puis un jour, j'ai le déclic, il faut que je traite mon animal!

Examen ostéopathique

- Jack présente une **force de traction médullaire** (FTM) relativement forte et en apprécie beaucoup la manipulation.
- Une rétention tissulaire très importante est à noter au niveau du **caecum** et du pli caeco-colique, avec une adhérence en projection au niveau de la peau et du tissu conjonctif. La pression exercée par les gaz contenus à ce niveau donne une sensation d'extrême tension. Il ne manifeste pas de douleur à la palpation. Juste après la manipulation, une sensation de liquide se fait sentir sous la main, accompagnée de forts bruits gazeux mais différents de ceux habituels.
- **Le foie** est également en rétention. Il est lourd dans la main et est en position ventro-latéro-caudale.
- **Le duodénum** au niveau du flanc droit est également en rétention, dans une position dorso-latéro-caudale. **Le péritoine** et **le fascia transversalis** sont en inertie totale dans cette zone.
- Le rachis lombaire présente une très forte cyphose. La zone est très densifiée, le tissu sous cutané n'a aucune souplesse et adhère à la peau. La zone n'est pas particulièrement chaude mais le poil est piqué et terne. On trouve une pathologie de groupe sur **L2-L5** en NSgRd.
- **L'ilium gauche du bassin** est en position dorsale, crâniale et médiale. Le sacrum suit le mouvement de l'ilium et est position de torsion dorsale sur l'axe gauche avec une inclinaison droite. Les deux nerfs sciatiques sont sensibles aux techniques des traits tirés.
- **Le postérieur gauche** est verrouillé en adduction avec une coxo-fémorale en extension, rotation interne et adduction.
- **Le diaphragme** est également en rétention et paraît très tendu sous la main. Le cheval présente une respiration courte et rapide.
- **Le corps du sternum** est en position de translation droite crâniale et dorsale. **Le péricarde** est en rétention.
- **Le fascia axillaire droit** et **le fascia endothoracique** dans la zone axillaire droite sont en rétention. **La scapulo-humérale droite** est verrouillée en extension, rotation interne et adduction.
- Au niveau du garrot, **T5/T6** sont en ERS gauche
- **L'os hyoïde** est en translation droite, en dorsal et crânial avec de fortes tensions sur **le fascia cervical superficiel**. La loge viscérale de la gorge est inversée. La glande thyroïde est hypertrophiée (mais non pathologique selon le vétérinaire).
- **le condyle gauche de l'ATM** est verrouillé en caudal avec compression du menisque. Toute la sphère crânienne droite a une densité élevée.. **La SSB** (symphyse sphéno-

basilaire) semble être verrouillée en extension. La tente de l'hypophyse est également en rétention dans la selle turcique au niveau de l'os sphénoïde.

Traitement

L'ensemble des manipulations sont réalisées par des techniques de déroulement fascial et tissulaire. Seule la scapulo-humérale et la vertèbre thoracique sont ajustés par une technique structurelle. Le position de l'ilium et du sacrum sont traités en partie grâce aux techniques de traits tirés.

Suivi

Suite à cette première séance, Jack se sent beaucoup mieux. Son abdomen est moins gonflé, les bruits intestinaux sont moins forts et moins fréquents. Il gagne en énergie et reprend même un peu de masse musculaire. La mise à l'herbe au printemps est accompagnée de quelques douleurs abdominales mais plus discrètes que les années précédentes. Pour la première fois aucune dermatite ni aucune infection des pieds n'est à déclarer. Pour la première fois également depuis sa castration, il n'a pas été nécessaire de le tondre au printemps.

En Septembre suivant, Jack fait une rechute. Il perd en masse musculaire et à tendance à gonfler des deux flancs. Il s'avère que suite au passage du dentiste, l'ATM gauche s'est fortement bloquée provoquant une nouvelle chaîne lésionnelle. Une nouvelle séance d'ostéopathie calmera rapidement l'ensemble de ces symptômes.

A l'heure actuelle, Jack à une activité physique régulière mais modérée. Il consomme du foin mouillé en petite quantité mais régulièrement dans la journée. Il ne mange jamais de fourrage avant d'être monté. Il consomme également 4L de floconnés par jour en deux repas. Il est sous probiotiques. Depuis maintenant 6 mois il prend également de l'homéopathie; testostérone et plexus solaire. Tous les trois mois une séance d'ostéopathie est à prévoir. Les dysfonctions sont les mêmes mais avec moins de rétention. Jack se sent bien, il ne gonfle plus, à de l'énergie et à repris en masse musculaire. A noter que les vaccins ne sont plus à jour et qu'il ne prend plus aucun vermifuge chimique. L'ensemble de ce protocole de soin découle d'une réflexion et d'une expérience personnelle. Malheureusement, aucun professionnel de la santé que j'ai pu consulté durant ces années n'a su me conseiller sur une hygiène de vie satisfaisante à adopter au vu des symptômes de mon équidé.

Discussion

L'ensemble des symptômes que présente Jack découle de sa castration il y a 6 ans. Plusieurs étiologies peuvent être considérées pour comprendre son cas. Chacune d'elles peut expliquer la chaîne lésionnelle mise en place au cours de ces années. L'ensemble des symptômes présents peut être la résultante de plusieurs facteurs (alimentaire, environnementale, émotionnel, chimique...). La difficulté dans ce genre de situation est l'empilement des dysfonctions. Elles sont très nombreuses et présentent depuis plusieurs années. Il est tout à fait possible d'imaginer une multitude de causes les ayant fait apparaître.

Je choisis de présenter trois origines étiologiques différentes. Celles qui me paraissent les plus pertinentes et les plus évidentes. Quel que soit le scénario envisagé, il est évident que l'homéostasie de ce cheval a été complètement perturbée à la suite de sa castration.

Hypothèse étiologique N°1: l'ablation mécanique des testicules (Cf schéma)

Lors de la castration, les différentes couches tissulaires entourant les testicules sont coupées et suturées. Durant le processus de cicatrisation des adhérences se sont créées dans la zone. À la suite de la seconde chirurgie, un an après, pour extraire l'abcès formé, une seconde cicatrisation s'est faite et cette fois-ci de façon très anarchique avec de grosses adhérences.

- La perte de mobilité des différents fascias explique:

- Le dartos est en lien avec le tendon prépubien, lui-même en lien avec les coxo-fémorales. Ceci explique la position en adduction du postérieur gauche.

- La tunique vaginale est le prolongement du péritoine et le fascia spermatique interne est le prolongement du fascia transversalis. Une atteinte de ces deux tissus peut expliquer à lui seul les diverses dysfonctions viscérales. Le péritoine et le fascia transversalis étant plaqués, en partie, sur la paroi lombaire, cela explique les restrictions de mobilité au niveau de la chaîne lombaire.

- L'irritation des nerfs lors de leur section explique:

- L'innervation sympathique des couches testiculaires se fait via les rameaux ventraux de L1, L2 et L3. L'irritation de ces nerfs inguinaux peut provoquer un verrouillage des lombaires en lien avec leur origine vertébrale. De plus, les testicules sont innervés par le ganglion mésentérique caudal dont l'origine nerveuse se fait entre L5/L6.

- L'innervation parasympathique de l'ensemble des organes génitaux et de leur enveloppes se fait au niveau du plexus sacré et explique la dysfonction du sacrum.

- A partir de là, la mise en place de haubans tissulaires explique la chaîne lésionnelle installée durant ces nombreuses années.

- Le fascia transversalis prend son origine sur le fascia dorsal du rein qui lui est en lien avec le fascia iliaca via le muscle petit psoas. Une altération de la tension de ce fascia peut être à l'origine d'une dysfonction de sacrum et d'ilium. Via le muscle sartorius il peut bloquer un membre postérieur en adduction.

- La pathologie de groupe de L2 à L5 provoque la rétention des viscères, notamment au niveau du duodénum et du caecum via le ganglion mésentérique crânial et au niveau du foie via le plexus hépatique. La restriction de mobilité du caecum et du duodénum est accentuée par le lien anatomique puissant qu'est le pli duodéno-colique.

- Le verrouillage de ces lombaires provoque une tension excessive au niveau des piliers du diaphragme. La restriction de mobilité du diaphragme est accentuée par la dysfonction du foie via l'aéra nuda (zone d'adhérence entre le foie et le diaphragme permettant la fixité de la veine cave caudale).

- La restriction de mobilité du diaphragme s'étend à toutes ses attaches musculaires, notamment sur le manubrium sternal, provoquant la translation transverse droite du sternum. Son centre tendineux provoque la perte de mobilité tissulaire au niveau du fascia endothoracique et du fascia axillaire droit, via le ligament pulmonaire.

- En synergie avec la rétention du fascia axillaire droit, les puissants muscles de la face médiale du bras droit (m.subscapulaire, m.grand rond, m.coraco-brachial, m.supra-épineux) se contractent provoquant le verrouillage de la scapulo-humérale droite en extension, rotation interne et adduction.

- Les tensions perçues au niveau du péricarde s'expliquent par leur lien avec le sternum via le ligament sterno-péricardique et avec le diaphragme via le ligament phrénico-péricardique.

- Alors une irritation du plexus cardiaque à ce niveau justifie le verrouillage articulaire au niveau de T6/T7.

- Le fascia endothoracique se prolonge dans la partie crâniale du corps, d'une part par le fascia cervical profond, qui prend attache au niveau de la partie basilaire de l'occiput provoquant la lésion de SSB en extension. D'autre part, il se poursuit par le fascia cervical superficiel, qui lui prend appui sur l'os hyoïde provoquant sa restriction de mobilité.

- L'augmentation importante de la FTM explique également la lésion de SSB via les membranes de tensions réciproques. A noter que la FTM à elle seule, peut expliquer l'ensemble des verrouillages articulaires le long du rachis par une force de compression trop élevée induisant un rétrécissement des méninges.

- L'articulation de la SSB est en lien avec l'os maxillaire via l'os sphénoïde et avec l'os mandibulaire via l'os temporal (donc occipital). Une lésion de SSB peut impacter directement le fonctionnement d'une ATM, comme c'est le cas ici avec la fermeture de l'ATM gauche.
- La théorie des 6 membres conforte ce schéma lésionnel en impliquant l'ATM gauche, la scapulo-humérale droite ainsi que le postérieur gauche en adduction.
- La restriction de mobilité au niveau de l'ATM et de l'os hyoïde entraîne une mauvaise occlusion dentaire avec une mastication insuffisante du bol alimentaire. Les fibres ne sont pas assez broyées et leur temps de digestion va être plus long et incomplet dans le reste du système digestif. Ainsi il peut apparaître la formation excessive de gaz au niveau du gros intestin (ballonnements) ainsi qu'une absorption imparfaite des nutriments dans tout le tube digestif. Ce ralentissement du métabolisme explique la fonte musculaire, le poil terne, l'amaigrissement et la baisse de forme générale. L'asymétrie d'occlusion renforce alors les dysfonctions de caecum et de duodenum trouvées en début de chaîne lésionnelle.

Hypothèse étiologique N°2: Une perturbation hormonale liée à l'absence de testostérone.(Cf schéma)

Pour rappel, la testostérone est sécrétée par les cellules de Leyding dans le testicule. Sa synthèse est stimulée par la LH qui est libérée par l'adénohypophyse. Cette glande sécrète également de la FSH qui en synergie avec la testostérone, déclenche la spermatogénèse. La FSH et la LH sont sous la dépendance de la GnRH libérée par l'hypothalamus. La testostérone exerce un rétro-contrôle sur l'hypothalamus et sur la sécrétion de LH. Le testicule sécrète une autre hormone l'inhibine, qui permet un rétro-contrôle sur la FSH.

L'ablation du testicule entraîne un arrêt de sécrétion de testostérone et d'inibine au sein de l'organisme. Comme énoncé plus haut, ces deux hormones ont une action de rétro-contrôle sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. Il n'y a donc plus de régulation de la GnRH, de la FH et de la FSH. On peut penser que la réponse de ces glandes va donc être une production massive et continue de ces trois hormones. Sur du long terme, une hypersécrétion hormonale va provoquer une hyperactivité et une hypertrophie des glandes et avoir un impact sur les autres hormones qu'elles sécrètent.

En effet, d'autres glandes indispensables au maintien de l'homéostasie vont être sous la dépendance de l'adénohypophyse.

Nous pouvons citer quelques exemples parmi ses nombreuses fonctions:

- **La thyroïde.** Son fonctionnement est régulée par la TSH. Elle sécrète notamment les hormones thyroïdiennes (T3 et T4) qui ont une action indispensable sur le

métabolisme de base et dans la différenciation et la croissance de nombreuses cellules. Elle sécrète également la calcitonine qui intervient dans le maintien du rapport phospho-calcique au sein de l'organisme (action hypocalcémiant et hypophosphorémiant via le rein et les cellules osseuses).

- **Les cortico-surrénales.** Leurs sécrétions est sous la dépendance de l'ACTH. En réponse à cette hormone, elles vont sécréter à leur tour des glucocorticoïdes (action anti-inflammatoire, anti-pyrétique, analgésique, anti-allergique, diminution des défenses immunitaires et augmentation du métabolisme de base), des minéralcorticoïdes (régulation de la pression artérielle en contrôlant le taux de potassium et d'azote) et des androgènes (développement et maintien des caractères sexuels mâle).
- **L'adénohypophyse** sécrète également la GH qui est l'hormone de croissance. Son rôle est de contrôler la croissance normale de nombreuses cellules de l'organisme.

Nous voyons donc que le bon fonctionnement d'une glande va dépendre du bon fonctionnement d'une autre glande et ainsi de suite. Un élément perturbateur va pouvoir semer des dysfonctionnements au sein de tout ce mécanisme inter-connecté. Dans notre cas, l'absence de testostérone et d'inhibine a un effet sur le fonctionnement de l'adénohypophyse. En réponse, des troubles hormonaux pourront apparaître au niveau de la thyroïde et des glandes surrénales. Ce schéma dysfonctionnel peut s'étendre à l'ensemble des glandes et des hormones de l'organisme.

Selon le deuxième principe de l'ostéopathie, la structure conduit à la fonction mais dépend également de sa fonction. Ainsi, si les fonctions de sécrétions sont altérées, accentuées ou diminuées, il est possible d'observer en réponse une modification de la structure des glandes qui les synthétisent. Dans le cas de Jack, il a été noté une augmentation de la taille de la glande thyroïde. L'augmentation de son volume va créer une compression et une tension excessive des tissus qui l'entourent, notamment au niveau du fascia cervical superficiel et profond. En partant d'une rétention de ces fascias, il est possible de recréer toute la chaîne dysfonctionnelle pensée dans l'hypothèse N°1. Ainsi les dysfonctions présentées par Jack peuvent s'expliquer initialement par un trouble hormonal lié à l'absence brutale de testostérone et d'inhibine dans son organisme.

Hypothèse étiologique N°3: Un choc émotionnel lié à une mutilation.

Actuellement de nombreux débats se font entendre en lien avec la stérilisation de nos animaux. Pour certains les arguments sont en faveur de cette pratique et pour d'autres la controversent. Quoi que l'on puisse en penser la castration d'un animal est une mutilation!

Selon la définition du Larousse:

"Mutilation: atteinte volontaire à l'intégrité physique d'une personne entraînant la perte d'un membre ou d'un organe."

Dans notre vision de l'ostéopathie animalière, il est bien évident que nous considérons chaque animal comme un être (ou une personne) douée de sensibilité et non comme un objet. La définition de la mutilation s'applique donc à chaque animal castré.

Pour tout être sensible, une mutilation est forcément accompagnée d'un choc émotionnel. La violence de ce choc dépend du caractère et du passif émotionnel de chaque individu. Le centre émotionnel du corps est le cœur et son enveloppe; le péricarde. En cas de traumatisme émotionnel violent, le péricarde est le premier tissu atteint. Une forte quantité d'énergie s'accumule dans ce tissu et se retrouve bloquée. L'énergie est trop importante pour être libérée naturellement et le tissu, pour se protéger, se met en rétention.

Jack est un cheval sensible. Deux interventions au bloc opératoire en moins d'un an, ainsi qu'une castration tardive sur un cheval de trait sont plus que suffisant pour créer un vrai traumatisme émotionnel. La réponse de son organisme est en premier lieu une rétention du péricarde qui va créer, avec le temps, la mise en place d'une chaîne dysfonctionnelle. En partant du péricarde comme dysfonction initiale, nous pouvons à nouveau retomber sur le schéma lésionnel présenté dans l'hypothèse N°1.

Conclusion

La cas de Jack ne présente aucune vérité. Ce sont des schémas lésionnels potentiels mis en place grâce à des liens anatomiques. Ici nous en avons identifiés trois. Mais il en existe une multitude. La complexité et l'uniformité de fonctionnement d'un organisme fait qu'aucun de ces schémas ne peut être vrai ou faux. Il y a un peu de vérité dans chacun d'entre eux. L'ensemble des dysfonctions ostéopathiques de Jack sont une corrélation, une addition de tous les schémas dysfonctionnels que l'on puisse imaginer.

En tant qu'ostéopathe nous éprouvons le besoin de comprendre d'où un problème est parti et de quelle façon il s'est étendu dans l'organisme. C'est une bonne chose car cela fait parti du chemin que nous devons emprunter pour être sur la voie de la guérison manuelle. Il faut ensuite voir le corps comme un tout. Le plus important est de redonner du mouvement là où il n'y en a plus. Le mouvement relance la vie. Il relance la vie à un ensemble, qui la distribuera à ses différentes parties.

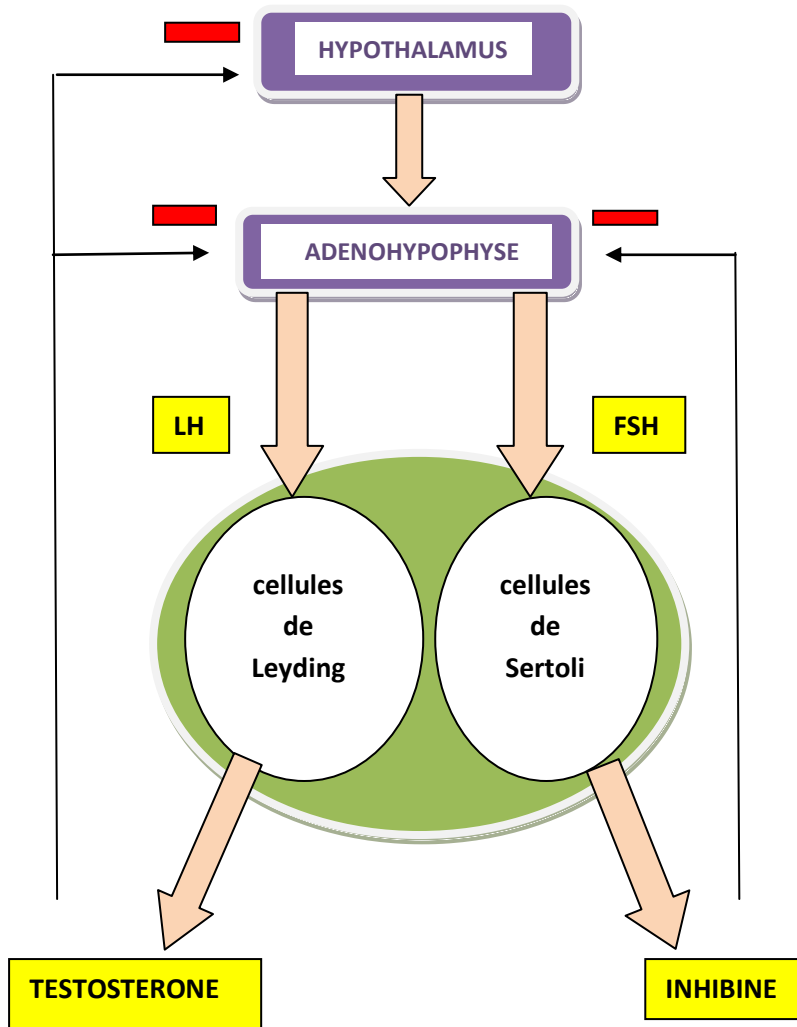


Figure 1: Régulation hormonale d'un testicule (schéma personnel)