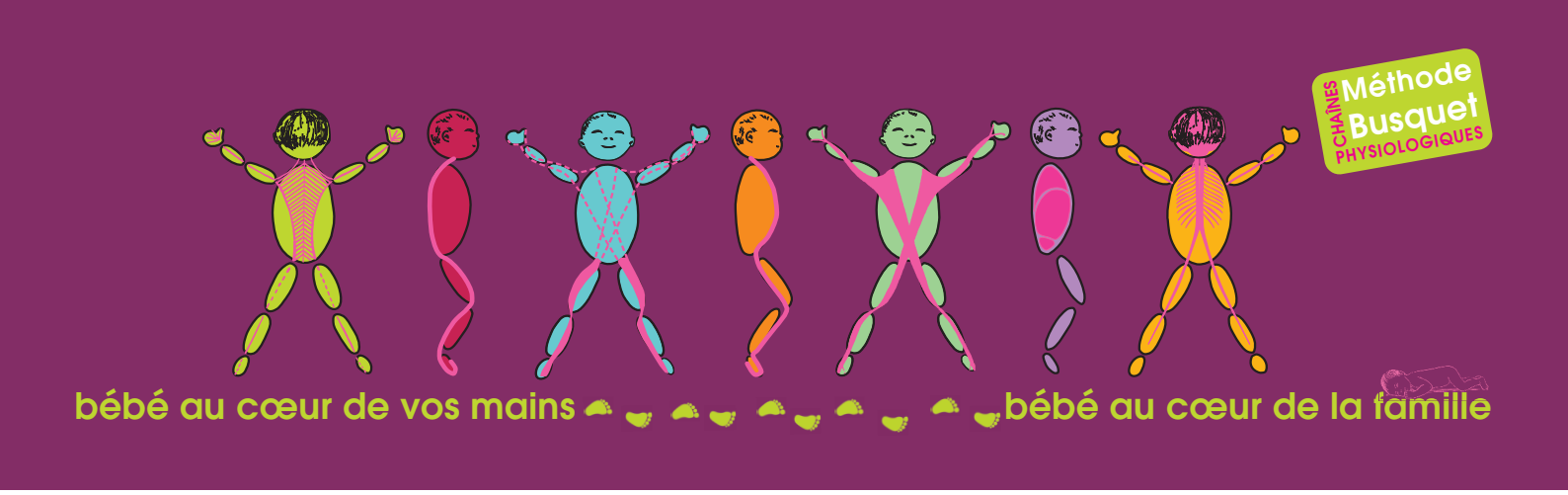


MÉTODO BUSQUET

RESULTADOS NA PLAGIOCEFALIA, TORCICOLO CONGÊNITO E BRAQUICEFALIA

Atualmente, falamos muito do torcicolo, da plagiocefalia e da braquicefalia. Este artigo tem por objetivo compartilhar com vocês os resultados obtidos através do Método Busquet nestas disfunções, acompanhadas ou não de uma deformação craniana.

POR MICHÈLE BUSQUET-VANDERHEYDEN

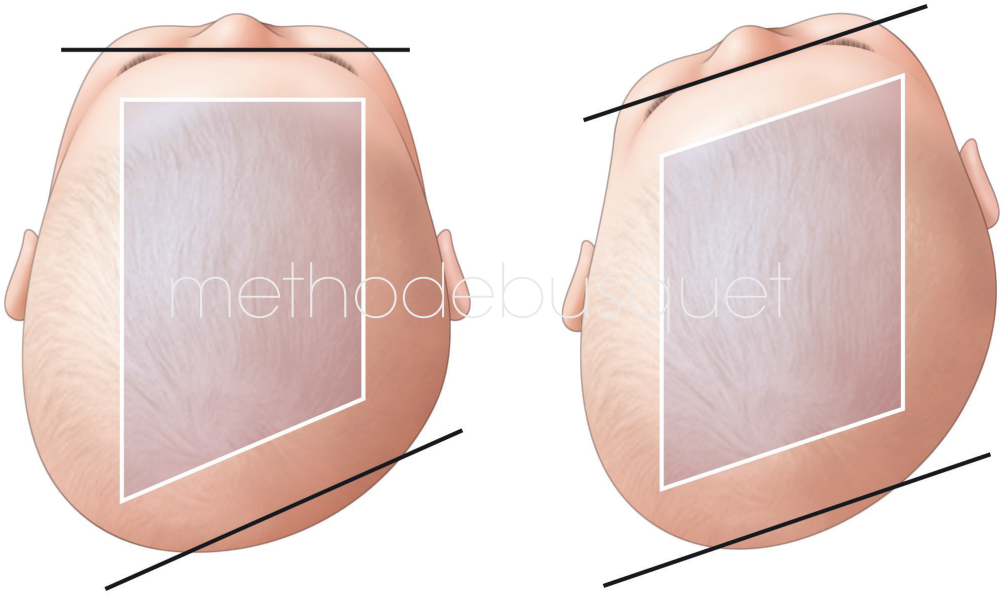


Fig 1 – A plagiocefalia

Introdução e revisão anatomofisiológica

O torcicolo é um problema muscular que gera a posição da cabeça em rotação e inclinação contralateral. O músculo responsável é principalmente o esternocleidomastoideo (ECOM).
Existem dois tipos de torcicolos congênitos:

- O torcicolo postural congênito, com hipertonia muscular (por contração reflexa) secundário a uma postura preferencial.

- O torcicolo congênito muscular devido a uma lesão muscular ou uma fibrose do ECOM.
Nos dois casos existe uma limitação da rotação do lado oposto a lesão muscular. A motricidade da cabeça é assimétrica. O torcicolo pode estar associado a plagiocefalia do lado da rotação favorecida. A plagiocefalia (Fig. 1) é o aplainamento unilateral do crânio, que apresenta uma forma assimétrica.

- Se esta assimetria craniana é devido ao torcicolo, dizemos que a plagiocefalia é posicional.

- Se a plagiocefalia é devido a uma cranioestenose (fusão prematura de uma sutura), a plagiocefalia é de origem patológica.

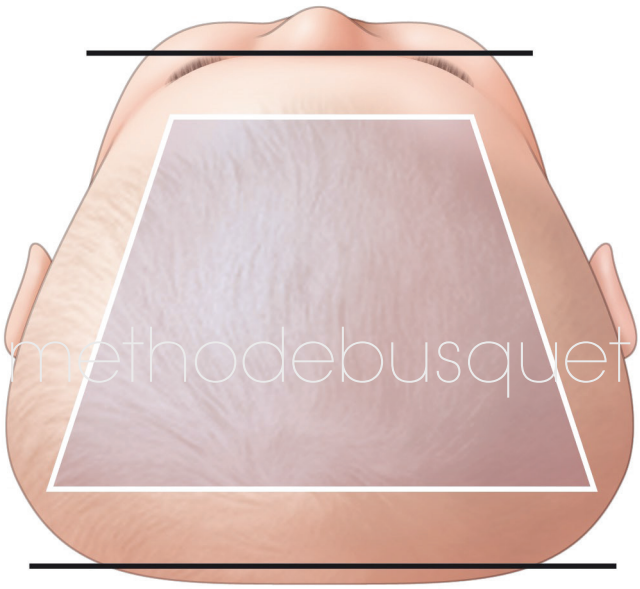


Fig 2 – A Braquicefalia

A braquicefalia (Fig.2) é uma deformação simétrica do crânio. A cabeça é plana em sua parte posterior. E.sta deformação é acompanhada de uma hipertonia dos músculos extensores da nuca. Existe uma limitação da rotação da cabeça dos dois lados.

Plagiocefalia, braquicefalia e torcicolo são palavras muito em voga em torno das quais existe uma certa confusão. Algumas teorias atribuem estas deformações craniana a posição de deitar em decúbito dorsal, durante o sono, que provocaria um aumento das pressões sobre a parte posterior do crânio. Se este fosse o único caso de deformações cranianas, todos os bebês teriam a cabeça achatada. Mas, este não é o caso. O recém-nascido necessita de 16 a 22hs de sono, mas, com a idade, o tempo acordado torna-se mais frequente e mais longo. Se ele se beneficia de um cuidado maternal adequado, onde ele é pego, embalado, trocado de posição, seu despertar sensório-motor é favorecido. O modo de deitar o recém-nascido foi objeto de estudos epidemiológicos e as autoridades de saúde emitiram, desde 1990, recomendações preventivas que reduziram em cerca de 75% a prevalência de mortes súbitas inexplicáveis do recém-nascido (MSIN)*. Não esqueçamos que durante a moda de deitar o bebê em decúbito ventral, a frequência das MSIN tinha triplicado.

*sigla em Francês

Apresentação do Método Busquet – As cadeias fisiológicas

As cadeias são circuitos anatômicos que gerenciam:
- A dinâmica (o movimento);
- A estática (do bebê que vai se erguer sobre seu eixo vertebral);
- As compensações (a relação contentor-conteúdo).

O funcionamento harmonioso desses esquemas neuromotores e da fisiologia é possível, pois, as cadeias fisiológicas estão em continuidade da cabeça aos pés, da cabeça às mãos e de dentro para fora.

As reações involuntárias do bebê, durante algumas solicitações reflexas, confirmam a existência de um "esboço" primitivo sensório-motor que está em perfeita concordância com as cadeias propostas por Léopold Busquet.

Existem dois tipos de cadeias:

1- As cadeias estáticas conjuntivas (Fig. 3):

- Cadeia musculoesquelética (plano posterior);
- Cadeia neurovascular (plano profundo);
- Cadeia visceral (plano anterior).

Estas cadeias são organizadoras da estática e da dinâmica do movimento. Chefes de orquestra deste último, elas vão dirigi-lo canalizá-lo. Elas são a "base" do aprendizado, as referências sobre as quais vão se apoiar os mecanismos de integração progressiva. Esta base deve ser estável para que o conjunto do edifício seja equilibrado. É, então, primordial que estas cadeias estejam livres de qualquer tensão parasita para que a organização das cadeias musculares se construa sobre um sistema confiável, para que o gesto seja harmonioso e simétrico.

2 -As cadeias dinâmicas musculares (Fig.4):

- Cadeias de flexão esquerda e direita (CFe – CFd): quando estas duas cadeias trabalham em simetria, elas fazem a flexão. Se apenas uma só trabalha, ela gera a inclinação lateral + rotação homolateral + flexão.

Fig 4 – As cadeias dinâmicas musculares

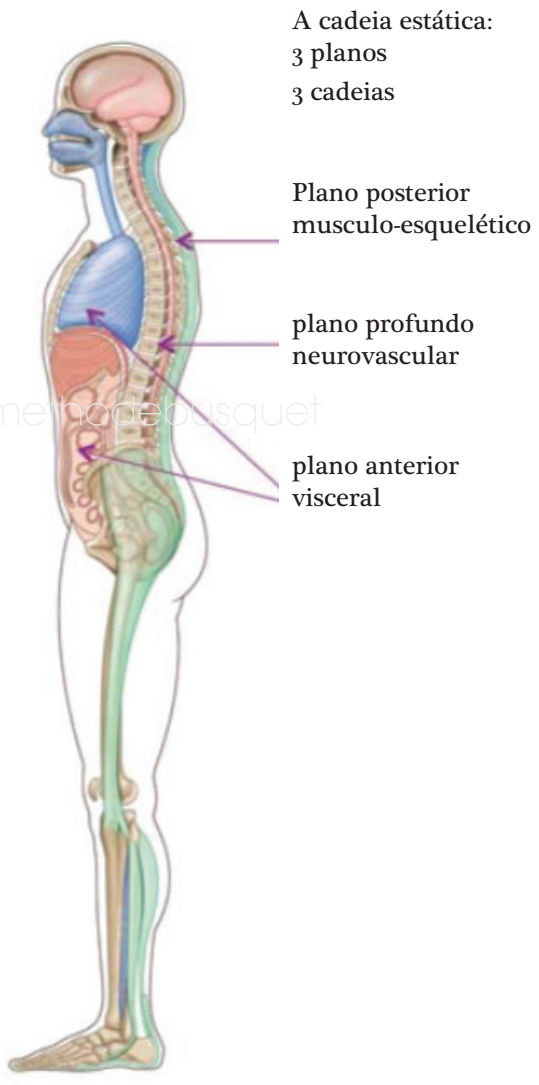
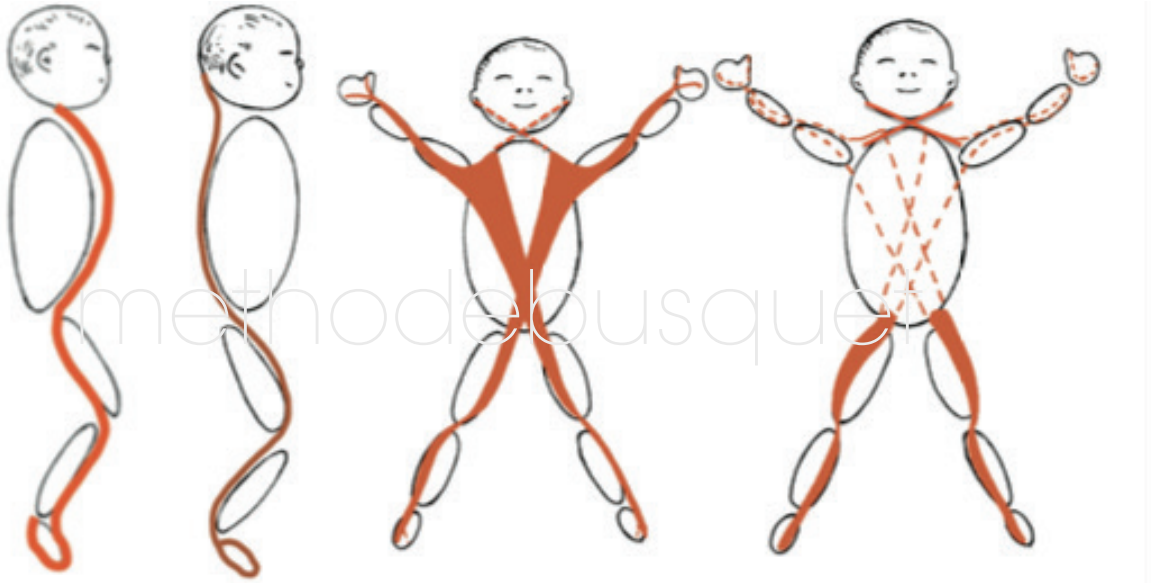


Fig 3 – As cadeias estáticas conjuntivas

Fig 4 - As cadeias dinâmicas musculares



As cadeias de flexão | As cadeias de extensão | As cadeias cruzadas de fechamento | As cadeias cruzadas de abertura

- Cadeias de extensão esquerda e direita (CEe – Ced): quando estas duas cadeias trabalham em simetria, elas fazem a extensão. Se apenas uma trabalha, ela gera a inclinação lateral + rotação contralateral + extensão.

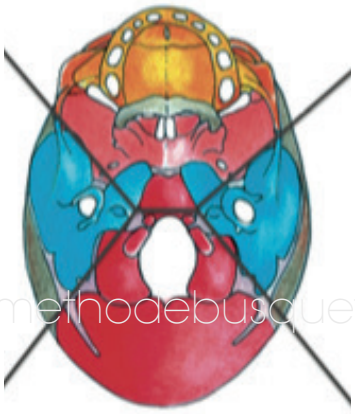
- Cadeias cruzadas de abertura esquerda e direita (CCABe – CCABd): quando estas duas cadeias trabalham em simetria, elas fazem a abertura. Se apenas uma trabalha, ela gera a torção posterior, abdução + supinação.

- Cadeias cruzadas de fechamento esquerda e direita (CCFe – CCFd): quando estas duas cadeias trabalham em simetria, elas fazem o fechamento. Se apenas uma trabalha, ela gera a torção anterior, adução + pronação.

Nos recém-nascidos, estas cadeias musculares não estão ainda instaladas em uma estratégia de movimento. Elas estão em desenvolvimento. Para que o movimento seja equilibrado, simétrico, am-

Quandrante anterior esfenóide
cadeia visceral e cadeia de flexão

Quadrante lateral temporal
cadeias cruzadas



Quadrante lateral temporal
cadeias cruzadas

Quadrante posterior occipital
cadeia estática musculo-esquelética
cadeia estática neurovascular
cadeias de extensão

Fig 5 – As cadeias e o crânio.

plo e harmonioso, é necessário que estes diferentes circuitos sejam livres de tensões parasitas.

É importante assinalar que todas as cadeias (conjuntivas e musculares) partem de diferentes quadrantes do crânio e se prolongam até os pés e as mãos do bebê, passando pelo eixo vertebral e o orifício superior do tórax (Fig.5).

A maturação neurológica ocorre de maneira progressiva e o equilíbrio entre os músculos flexores e extensores se faz, segundo uma lei bem definida, no sentido céfalo-caudal. A zona cefálica deve estar livre de qualquer tensão, para favorecer a evolução normal da neuromotricidade. Diversas causas podem gerar tensões nestas cadeias:

- Causas somáticas: compressões no útero, tensões no nascimento, compensações posturais consecutivas a determinadas patologias...
- Causas ambientais: pouco colo, impacto de certos objetos de puericultura inadaptados, problemas de interações precoces...

Uma deformação visível não pode ser ligada ou atribuída apenas a uma causa loco-regional. O bebê é um todo e a análise dos sintomas manifestados é incompleta e pouco lógica se ela considera unicamente as causas de proximidade.

Análise das deformações observadas e compreensão de sua gênese

Caso nº1: torcicolo combinado ou não à plagiocefalia

O bebê tem uma atitude da cabeça e do pescoço em inclinação e rotação contralateral. Seria unicamente devido à uma lesão muscular onde o único responsável seria o ECOM? Se sim, por que encontramos tanta dificuldade para relaxar esta contratura única em um ser tão jovem, onde os tecidos não tiveram tempo de se fixar? Uma coisa é certa: a origem do torcicolo não se situa neste

Fig 6 – Bebê de 1,5 meses. Postura em "vírgula" (concavidade esquerda) com torcicolo (inclinação esquerda e rotação contralateral). Um tratamento. a: antes da primeira sessão. b: depois da primeira sessão. c: 10 dias mais tarde, antes do segundo tratamento.

nível e tratar unicamente o ECOM não é suficiente. É somente a parte visível de um quadro clínico mais completo.

Seria o crânio a origem do torcicolo? Neste caso, nós observamos zonas de tensão, de compressão na base do crânio e em um dos quadrantes laterais. Mas, as tensões cranianas não podem ser analisadas isoladamente.
O torcicolo, com ou sem plagiocefalia, se inscreve em uma postura global assimétrica. Nós encontramos muito frequentemente problemas digestivos associados: regurgitações frequentes, problemas para mamar, refluxo gastroesofágico, o que mostra bem a implicação da cadeia visceral.
Nos casos de torcicolos, associados ou não à plagiocefalia, observamos:

- Tensões da cadeia estática do plano profundo. Verdadeira armadura conjuntiva, ela não pode exercer seu papel de função organizadora. Isso resulta em uma modificação do esquema neuromotor.
- As tensões deste esqueleto conjuntivo, podem estar associadas as tensões de uma ou várias cadeias musculares, parcialmente ou totalmente:

• CF unilateral (inclinação e rotação homolateral + flexão);
• CE unilateral (inclinação e rotação contralateral + extensão);
• CCF (torção anterior);
• CCAB (torção posterior);
• CCAB + CCF contralateral (rotação importante associada a flexão (se CCF dominante) ou extensão (se CCAB dominante).

A associação de uma cadeia cruzada de fechamento com uma cadeia cruzada de abertura contralateral gera a rotação. Em geral, uma das duas cadeias é dominante. Quando é a cadeia cruzada de abertura do pescoço, a rotação estará associada com a extensão. Quando é a cadeia cruzada de fechamento da garganta, a rotação será associada a uma flexão.

- Tensões de várias cadeias de maneira anárquica. Encontramos estes casos quando várias causas se superpõem:

• Tensões intrauterinas + tensões no nascimento + pouco colo (contato) + objetos de puericultura inadaptados (exemplo: bebê conforto com textura inadequada);

• Problemas de interações precoces + pouco colo (contato) + objetos de puericultura inadaptados + más instalações;

• Tensões intrauterinas e\ou perinatais associadas a uma patologia neurológica e\ou sensorial (visão, audição). A instalação dos esquemas motores é desarmoniosa.

- Tensões compressivas no nível dos quadrantes cranianos (posterior ou laterais).
A deformação craniana se instala tanto mais existam tensões no nível das cadeias

Caso nº2: Braquicefalia

O bebê tem uma postura em extensão. Seria devido unicamente a posição de deitar sobre as costas durante o sono? A braquicefalia é a consequência de uma postura global assimétrica no plano frontal (desequilíbrio entre os flexores e os extensores).

Nós observamos:
- Tensões da cadeia estática (plano profundo e plano posterior) associadas as tensões das duas

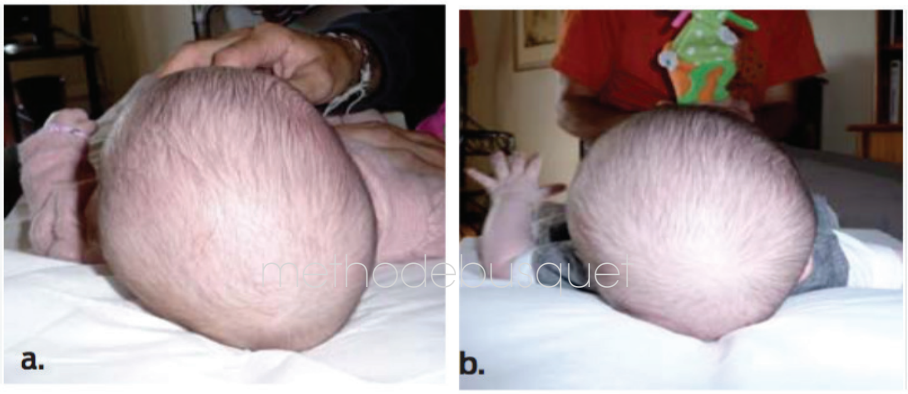


Fig 7 - Bebê de 3 meses. Torcicolo à direita e plagiocefalia associada. Um tratamento. a: Antes do tratamento. b: 3 semanas e 1 tratamento mais tarde.

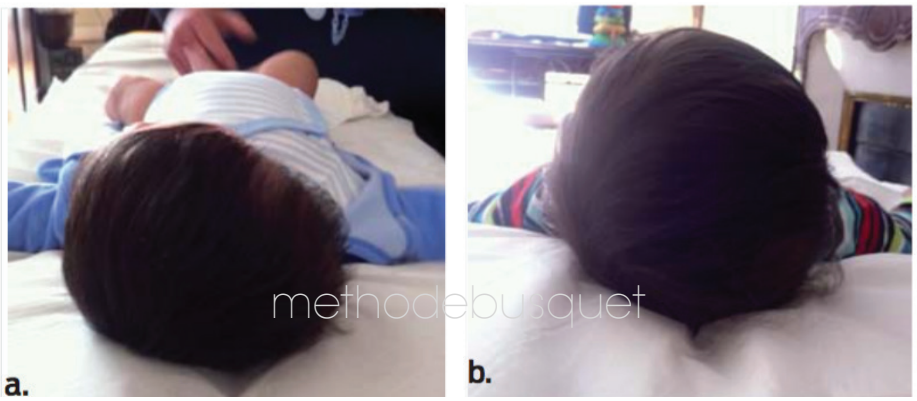


Fig 8 – Bebê de 3 meses. Torcicolo à direita com plagio e braquicefalia. Quatro tratamentos. a: antes do tratamento. b: 4,5 meses e quatro sessões mais tarde.

cadeias de extensão. A motricidade se instala em um esquema de extensão com o reflexo de Moro irritável.

- Tensões no quadrante posterior craniano. A deformação craniana se instala tanto mais existam tensões da cadeia estática e das duas cadeias de extensão.

Em resumo, para analisar os sintomas, devemos fazer os questionamentos adequados e observar o bebê. É necessário conhecer sua história durante sua vida intrauterina, o momento do nascimento, assim como as condições pré, peri e pós-natal. A anamnese, a carteira de saúde, a apreciação global do estado de saúde no seu nascimento (escala de Apgar), as três curvas de crescimento (tamanho, peso, perímetro craniano) e a palpação das suturas (sinostose prematura de uma sutura) fornecem também informações pertinentes.

Bases e lógica do tratamento

O objetivo do tratamento pelo método Busquet consiste em relaxar todas as zonas de tensão nas diferentes cadeias envolvidas, além de liberar as zonas de tensão e de compressão cranianas. Nosso método favorece a reexpansão anatômica e fisiológica após a liberação das tensões e das zonas de compressão.

As cadeias fisiológicas restabelecidas em sua coerência podem agora assegurar suas funções respectivas:

- Dentro da liberdade do movimento. O equilíbrio e a harmonização da motricidade, vão permitir que o desenvolvimento psicomotor se expresse em toda sua dimensão;

- No nível craniano, a liberação das zonas de compressão vai permitir que a plasticidade óssea do crânio evolua para a expansão, graças:

•Ao crescimento ósseo;

•Ao crescimento do encéfalo;

•As diversas ações mecânicas da sucção, aleitamento, deglutição, integridade dos canais sensoriais e a dinâmica das cadeias musculares.

Em um crânio deformado, nós não o endireitamos, nós não o comprimimos (diferentemente dos capacetes); nós liberamos as tensões para liberar a forma.

Resultados e metodologia do tratamento

Fora das patologias, o tratamento (ver Fig. 6 a 9) é benéfico, pois ele age sobre todas as tensões responsáveis pela deformação localizada. Além disso, o tratamento é sempre acompanhado de conselhos do sono (deitar em decúbito dorsal girando a cabeça de um lado ou de outro), de contato (carregar o bebê e não o transportar no bebê conforto), de instalação (não o fixar sobre um assento inadaptado), de estimulações sensório-motoras do bebê (brincar em decúbito ventral, mudanças de posição...), de ajustamento emocional (adaptar sua resposta aos choros do bebê).

A prática em domicílio destes conselhos permite manter os resultados.

Para um torcicolo simples: tensão da cadeia estática (sobre uma pequena zona) + cadeia de flexão e\ou cadeia cruzada, em um bebê de menos de quatro meses: uma à duas sessões são, em geral, suficientes.

Para um torcicolo mais complexo: tensão da cadeia estática (várias zonas ou zona mais estendida) + cadeia de extensão + CCAB associada a uma CCF, em um bebê de menos de quatro meses: três à quatro sessões serão necessárias.

Para os torcicolos de origem intrauterina com deformação craniana importante, quanto mais velho for o bebê, mais sessões serão necessárias.

Para os torcicolos associados a uma patologia neurológica e\ou sensorial, nós deveremos fazer um trabalho multidisciplinar adaptado ao caso do bebê (Bobath ou Le Métayer).

Para os torcicolos nos quais a origem encontra-se em problemas de interação, o trabalho multidisciplinar se fará com uma psicóloga e com auxílios em domicílio (puericultura, parteiras, cuidadora, enfermeira perinatal).
Se o bebê tem mais de cinco meses, será necessário associar nosso trabalho ao da neuromotricidade, pois esquemas motores assimétricos serão instalados.

As duas primeiras sessões são espaçadas em uma semana. Enquanto a rotação e a inclinação não estão totalmente liberadas, é necessário ver o bebê com oito dias de intervalo.

Em seguida, é preciso espaçar as sessões. Este tempo de repouso permite que as estruturas se ajustem, evoluam para uma forma harmoniosa, graças a dinâmica das cadeias fisiológicas e as competências do bebê. Para que o tratamento seja considerado como benéfico, ele deve ter, a partir do segundo atendimento, uma melhora entre cada sessão.

Nas Fig. 6 a 9, os bebês foram tratados unicamente pelo método Busquet.

Fig 9 – Bebê de 7,5 meses: braquicefalia. Este menino utilizou um capacete durante dois meses (3,5 meses à 5,5 meses).

a e b: Após o uso do capacete. Ele tem 5,5 meses.

c e d: Antes de meu tratamento. Ele tem 7,5 meses.

e (junho), f (junho): Duas sessões e dois meses mais tarde.

Observação: o uso do capacete não é sem repercussão sobre as interações mãe-filho. É o sentido do depoimento recebido por uma psiquiatra infantil, em relação a mesma criança, com 3 anos e meio, onde a mãe explica o quanto ver o bebê com o capacete tinha criado nela um sentimento de estranheza e uma perda do prazer de ser mãe.

Conclusão

Os casos clínicos acima foram selecionados por sua exemplaridade, mas, minha experiência, me permite afirmar ter tratado com sucesso um grande número de torcicolos, associados ou não a deformações cranianas, durante vinte e três anos, dentre os quais, treze de prática exclusiva com bebês. Além disso, os profissionais que fizeram a formação e que praticam regularmente o método Busquet, têm resultados igualmente positivos [1].

[1] Descubra seus depoimentos em www.chaines-physiologiques-bebe.com, link “Témoignages”.

Bibliografia

AMIEL-TISON C., Neurologie périnatale, Éd. Masson, 3e édition, 2005

AMIEL-TISON C. et GOSSELIN J., Développement neurologique de la naissance à 6 ans, Manuel et Grille d’évaluation, Éditions Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 1998

AMIEL- TISON C. et GOSSELIN J., Évaluation neurologique de la naissance à 6 ans, Éd. Masson et CHU Sainte-Justine, Montréal, 2e édition, 2007

BRAZELTON B. T. et NUGENT J., K. Échelle de Brazelton, Éd. Médecine et Hygiène, 2001

BULLINGER A., Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Editions Erès, 2010

BUSQUET L-VANDERHEYDEN M., Les chaînes Physiologiques, tome I, Éditions Busquet, 2015

BUSQUET L., Les chaînes physiologiques, tome II, Éditions Busquet, 2014

BUSQUET L., Les chaînes physiologiques, tome V, Éditions Busquet, 2014

BUSQUET L., L'Ostéopathie crânienne, Éditions Busquet, 7e édition, 2007

BUSQUET-VANDERHEYDEN M., Les chaînes Physiologiques, tome VI, Éditions Busquet, 2014

BUSQUET-VANDERHEYDEN M., Les chaînes Physiologiques, Bébé au coeur de vos mains, tome VIII, Éditions Busquet, 2015

CANDILIS-HUISMAN D., Rencontre avec Brazelton. Ce que nous apprennent les bébés, Ed. Eres, 2011

DE BROCA A., Le développement de l'enfant, Aspects neuro-psycho-sensoriels, 4e édition, Éd. Masson, 2009

DURAND K., Le développement psychologique du bébé (0 à 2 ans), Éd. Dunod, Paris, 2005

FORESTIER M., De la naissance aux premiers pas, Edition Erès,2011

GOLSE B. (sous la direction), Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Compléments sur l'émergence du langage. Éd. Masson, 4è édition, Issy-les-Moulineaux, 2008

GRENIER A., La motricité libérée du nouveau-né, Éd. Médecine et enfance, 2000

GUEDENEY A, GUEDENEY N., L'attachement, approche clinique : du bébé à la personne âgée, Éd. Masson, Paris, 2010

SAINT-ANNE DARGASSIES S, Développement neurologique du nouveau-né à terme et prématuré, Éditions Masson, 1979

VASSEUR R, DELION P, Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3ans , Edition Erès, 1001 BB , 2013

WINNICOTT D.W, De la pédiatrie à la psychanalyse, Éd. Payot, Paris, 1969

Articles du même auteur

- Les chaînes physiologiques Bébé N° 1265Kiné actualité N° 1265 Février 2012

- Article dans l'Express.fr , Vidéo « Baby yoga « Le bébé est bien plus que secoué par Emanuelle Defaud le 28-01-2011 http://www.lexpress.fr

- Méthode Busquet.Déroulement d'une séance en pédiatrie. Les chaînes physiologiques , ProfessionKiné N° 38 , Février 2013

Internet

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_39085/fr/recherche?portlet=c_39085&text=mort+subite+du+nourrisson&opSearch=&lang=fr

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_mort_inattendue_nourrisson.pdf

http://www.invs.sante.fr/publications/2011/morts_nourrissons/morts_inattendues_nourrissons.pdf

TRADUÇÃO: MURILO DE MARCO