

LES GASTRALGIES CHRONIQUES



Dr Hugues JAQUET,
PhD ((SWITZERLAND))

LES GASTRALGIES
CHRONIQUES
d'origine neuro-végétative
mécanique et fonctionnelle
Présentation au Congrès

Nous excluons les diverses formes de gastrites :

- Chroniques par bactéries, l'hélicobacter pilori essentiellement, classification OLGA (Operative Link on Gastritis Assessment) et OLGIM (Operative Link on Gastritic Intestinal Metaplasia assessment) selon la classification Sydney System qui est la plus communément utilisé en pratique courante permettant une graduation claire des lésions précancéreuses.

L'H. pylori est dans la pathogenèse de la gastrite, de l'ulcère peptique, du carcinome gastrique et du lymphome gastrique primaire.

- Les états inflammatoires (cytokines BAFF et PAF), persistants de la muqueuse gastrique diffus ou localisé,

étant associés à des altérations épithéliales.

- Les affections de la muqueuse gastrique et oesophagiennes (ulcères, varices...).
- La maladie coeliaque et les intolérances alimentaires,
- Les RGO et hernies hiatales,
- Ainsi que les hépatites, les calculs biliaires, les pancréatites et les néoplasies.

Exclusions faites par échographies et gastroscopies à l'appui, il faudra penser aux troubles neuro-végétatifs psycho-somatiques résultats de crises d'angoisse et d'états émotionnels, mais aussi aux problèmes mécaniques des voies neuro-végétatives.

C'est à ce propos que je vais vous exposer cette étiologie peu connue.

Ces rappels succincts de physiopathologie étant faits, j'aimerais attirer votre attention sur un point de vue différent.

Ne plus se focaliser sur les éléments qui se sont installés pour la mise en place de la maladie, mais sur l'état de l'organe qui a favorisé cette situation.

Je vous ferais donc dans un 1er temps quelques rappels :

1. Rappels anatomiques:

2. De l'estomac et de l'œsophage:

- Position de l'estomac sous diaphragmatique dans un environnement neurologique important.

- Insertion céphalique de l'œsophage sur le tubercule oesophagien occipital.

- Insertion distale dans les croisées diaphragmatiques.

- Les différents mésos de suspension de l'estomac

2.2 Les voies neuro-végétatives:

Le nerf sympathique :

° Passage dans le trou déchiré antérieur de la suture occipito-mastoïdienne.

° Cheminement par 2 voies latérales costo-somatiques para-vertébrales.

° Ganglion stellaire (1ère côte)

° Rôle du sympathique: freinateur de la sphère digestives.

L e s n e r f s splanchniques thoraciques.

° Issus des rameaux du sympathique (rameaux gris) ayant pour cible les viscères digestifs dont les splanchniques grand, petit et inférieur formant les plexus coeliaque, aortique et hypogastrique. Ils alimentent les viscères digestifs, dont l'estomac.

° Issus des sorties rachidiennes D6 à D10 (rameaux communicants blancs).

1. Analyse mécaniste des voies neuro-végétatives.

Les cheminements des nerfs dans les défilés articulaires, leurs proximités avec les capsules articulaires, et leur maintien par les ligaments, les fascias et les aponeuroses seront susceptibles d'être affectés. Des traumatismes, ou des postures déficientes, pourront être à l'origine d'informations neurologiques désordonnées, voire profondément perturbées.

L'information neurologique permet la régulation des échanges biologiques. Les muqueuses, les cellules et leur activité biologique fonctionnent par informations neurologiques, soit par le biais vasculaire, lymphatiques ou directement

par les échanges cellulaires intra muros, réactions acido-basiques, mucus et sécrétions gastriques, processus de scission des nutriments et de constitution du bol alimentaire.

L'état des muqueuses devient inflammatoire lors d'un désordre d'influx nerveux et de polarité. Par ce biais les bactéries peuvent y trouver un terrain favorisant (mais on n'y trouve pas toujours d'H. pylori).

Si une compression mécanique interfère sur la conductibilité nerveuse, l'organe cible sera dépourvu de certaines informations et fonctionnements. Cela sera dépendant des fibres nerveuses concernées.

Cette vision d'affection de l'organe est peu souvent envisagée, mais elle n'en est pas moins importante et donne la réponse à des incompréhensions pour lesquelles la médecine pourra conclure à un état psychologique affecté lors d'examen sans particularité.

Effectivement, il s'agit bien des voies neuro-végétatives sensibles aux états émotionnels, mais ce sera un trouble mécanique sur les voies neuro-végétatives qui sera responsable de la dysfonction.

III. Méthode

La plus appropriée est **L'Osséopraxie : médecine manuelle de régulation neuro-végétative :**

Elle utilise des techniques spécifiques à la libération des contraintes neurologiques sur le trajet des voies concernées.

Dans notre cas présent, il s'agira de libérer les compressions à partir des passages endocrâniens

(membrane dure-mérienne feuillet osseux) et des trous déchirés occipito-mastoïdiens, longer les chaînes sympathiques costo-vertébrales, agir sur les métamères de D6 à D10 afin de libérer les contraintes sympathiques essentiellement.

1. Cas clinique:

Mr Vincent D. musicien, présente des douleurs gastriques chroniques depuis 4 ans.

Taille 1m80, Poids 78 kg, 40 ans, BMI dans les normes, moyennement sportif consulte pour des douleurs d'estomac chroniques.

Pas de dyspepsies.

Mais gastrites chroniques diurnes et nocturnes.

Professionnellement : Multiples déplacements, en avion surtout.

Pas d'accident.

Ne se souvient pas d'avoir eu une origine à ses douleurs.

Antécédents traumatiques (anamnèse)

Sans particularité notoire, mais transporte souvent du matériel de musique.

Antécédents médicaux et examens

Multi-bilanté, gastroscopie ne présentant qu'une inflammation modérée, sans hélicobacter pilori, ni ulcère, sécrétions gastriques sp.

Bilan sanguin normal.

Conclusions médicales : stress émotionnel.

Diagnostic osséopraxique

Palpation de l'hypocondre gauche

douloureuse, région stomacale résistante à la pression, algique.

Palpation de la zone vertébrale en procubitus : Tension musculaire importante des zones D8-D9 gauche en regard de la coupole diaphragmatique.

Mobilité tissulaire réduite, densité musculaire importante, 9^{ème} dorsale en latéralité gauche.

Application du protocole

1^{ère} séance :

– Résiliation des tensions de la grande courbure de l'estomac par la technique de «Décompression Tissulaire par Étirement (DTE)», patient en décubitus.

– Réduction de la translation de D9 (9^{ème} dorsale) par technique de mobilisation franche en décubitus et micro-osséopraxie, patient en procubitus.

– Compression Tissulaire Relative (CTR) en regard de l'articulation costo-vertébrale de D9.

– Décompression Neuro-Vertébrale (DNV) de D8-D9-D10 et des articulations costo-transversaires correspondantes.

2^{ème} séance :

Le patient a noté une nette diminution des douleurs stomacales.

– Micro-osséopraxie de l'arrière cavité des épiploons et de la grande courbure de l'estomac.

– Technique du «suivi tissulaire» de l'ensemble de l'estomac, petite courbure, petit épiploon, zone pylorique et duodénum.

– Compression Tissulaire Relative (CTR) en regard de l'articulation costo-vertébrale de D9. Je ne rencontre que peu de résistance.

– Décompression Neuro-Vertébrale (DNV) de D8-D9-D10 et des articulations costo-transversaires correspondantes.

3^{ème} séance :

Le patient n'a plus eu de douleurs gastriques.

– La palpation de l'hypocondre gauche n'est plus algique et ne rencontre que peu de défense.

– La translation de D9 est résolue.

– La coupole diaphragmatique postérieure gauche est de densité modérée, pratiquement identique à l'opposée, présentant un rebond tissulaire correct.

– Compression Tissulaire Relative (CTR) en regard de l'articulation costo-vertébrale de D9.

– Décompression Neuro-Vertébrale (DNV) de D8-D9-D10 et des articulations costo-transversaires correspondantes.

Situation à J 30

N'a plus de douleurs. Digestion sp.

Explications:

Les ganglions sympathiques fixés sur l'articulation costo-transversaire de D9 subissaient un « stress ostéo-ligamentaire » par la translation de D9, et un spasme par rétraction des tissus fixant le ganglion,

conduisant à un état inflammatoire chronique. L'organe cible – l'estomac – subissait un trouble de conduction neurologique favorisant l'état inflammatoire de la muqueuse gastrique par compression constante du nerf splanchnique supérieur.

1. Statistiques sur 80 patients présentant une gastralgie chronique :

1 – Résultats concluants:	65
2 – Amélioration modérée:	8
3 – Echecs:	7
4 – Perdus de vue:	9
5 – Rechute à 3 ans:	8
6 – Nouveau traumatisme:	6