

Pourquoi la technique hépatique libère-t-elle l'axe crânio-sacré ?

FLORENCE BEAULIEU – PIERRE TRICOT

Rappelons-nous sans cesse les exigences de la Nature concernant les lymphatiques, le foie et les reins, rappelons-nous que les nerfs œuvrent en permanence, et que toute confusion dans leur fonctionnement entraînera une anomalie dans les fonctions de la vie auxquelles ils président.¹

Dans les stages d'approche tissulaire, nous présentons la technique hépatique comme un point clé du *modus-operandi*. Cette technique s'indique, lorsque la compression occipitale, dérivée de la compression du quatrième ventricule de l'approche crânienne classique et indiquée par la perception d'un système verrouillé, dense et impénétrable, ne produit pas les résultats escomptés, c'est-à-dire le relâchement et la libération du système crânio-sacré.

Le cheminement qui a conduit à cette manière de faire a été empirique : après bien des tâtonnements et des essais, c'est la manière de pratiquer qui a, le plus constamment, donné le résultat recherché : libérer le système pour le remettre en communication avec lui-même et avec son environnement (phase 1).

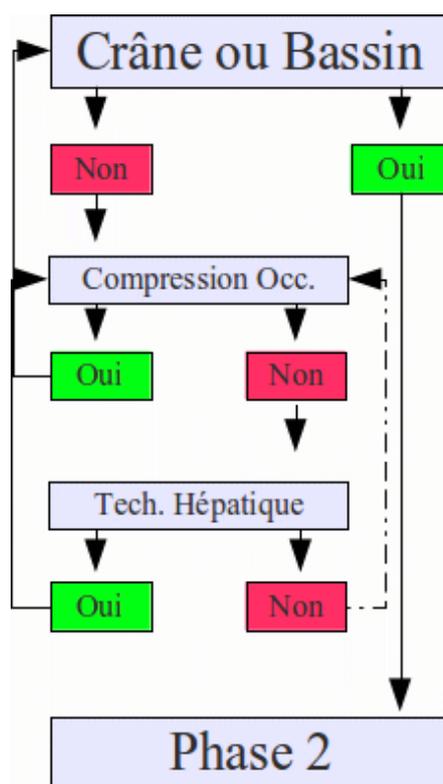


Schéma de la phase 1 du modus-operandi

En 1998, Claire Aymeric, une participante aux stages d'approche tissulaire, intriguée par la démarche et interpellée par le manque de réponses anatomo-physiologiques permettant d'expliquer pourquoi cela fonctionne ainsi, a décidé d'en faire son sujet de mé-

¹ Still, Andrew Taylor, *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie*, p. 174.

moire de fin d'études ostéopathiques : *Le foie influence-t-il l'axe crânio-sacré ?*

Le présent article, élaboré par Florence Beaulieu, elle aussi intéressée par cette question, reprend les points clés de ce mémoire.

But de l'étude

Dans son introduction, Claire Aymeric nous dit que ce protocole amenant à travailler la région hépatique lorsque le système est « verrouillé » lui a permis d'entrevoir plus précisément la qualité holistique de l'approche ostéopathique et d'intégrer l'approche viscérale dans la pratique ostéopathique, amenant dans sa pratique un « déroulé », une méthodologie cohérente : « *A partir de ce moment, le système viscéral ne fut plus pour moi un moyen d'établir des critères d'exclusion ou un diagnostic différentiel à travers une solide anamnèse, ni un moyen d'agir sur un segment de moelle épinière qui a créé un adhérence dure-mérienne (J-L Payrouse), ni un système permettant d'apporter un supplément d'harmonie ou de confort dans un équilibre postural. Il est devenu pour moi un des claviers de « l'orgue corporel, » voire une clé libératrice essentielle dans certains types de schémas posturaux, bien souvent liés à des difficultés d'ordre psycho-émotionnel.* »

Le but de l'étude est d'analyser le foie sur ses différents axes (mécanique, neurologique, circulatoire et embryologique) et d'établir les possibles influences de ces axes sur l'axe crânio-sacré.

La seconde partie du mémoire était constituée par un protocole d'étude sur l'influence libératrice du foie sur les axes crânio-sacrés denses. Cette partie n'est pas reprise ici.

L'étude

L'étude elle-même s'est proposée d'étudier les liaisons du foie avec le reste du système corporel au niveau anatomique/mécanique, au niveau circulatoire et hormonal, au niveau nerveux et enfin, au niveau embryologique.

L'axe mécanique

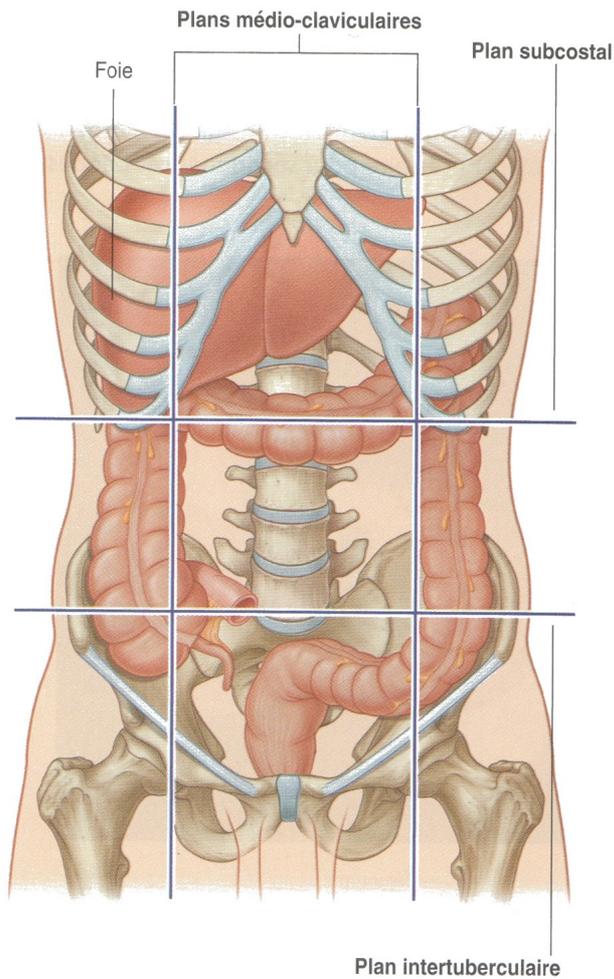
Le poids du foie est d'environ 1,5 kilo et sa masse sanguine est estimée à 500 grammes. 800 à 900 selon Kamina (tome 3 p. 291).

Selon le Docteur Frantz Glénard, 3 systèmes permettent de maintenir le foie dans sa situation normale :

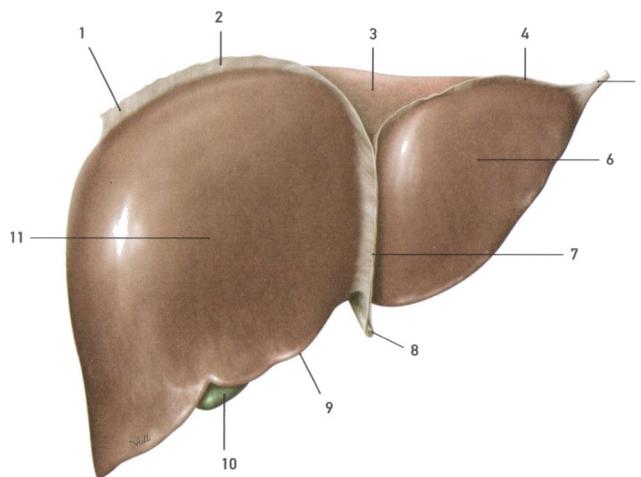
- les connexions ligamentaires,
- la tension abdominale
- la tension intra-hépatique.

Les connexions ligamentaires du foie

- En arrière avec la colonne vertébrale par la veine cave inférieure.
- En haut avec le diaphragme par le ligament coronaire et les ligaments triangulaires.
- En avant avec la paroi abdominale antérieure par le ligament falciforme.

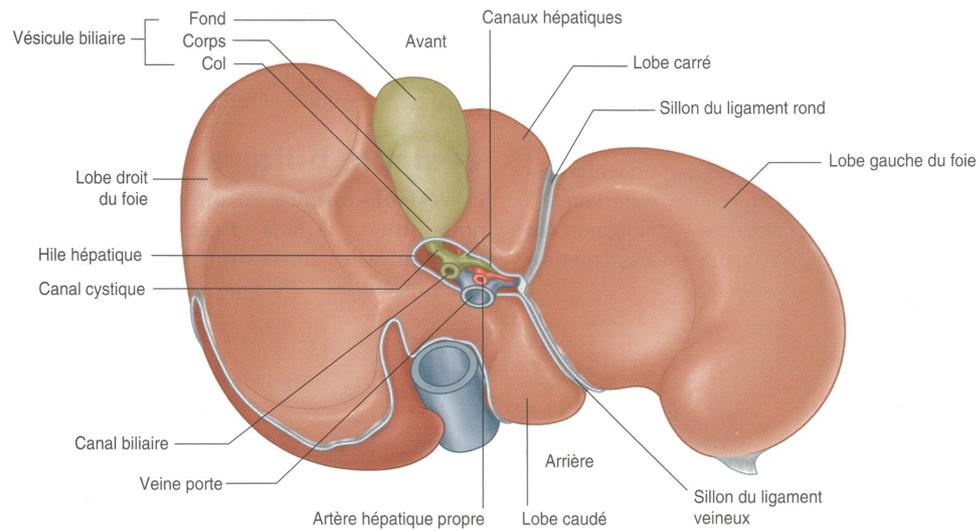


Situation du foie dans l'abdomen

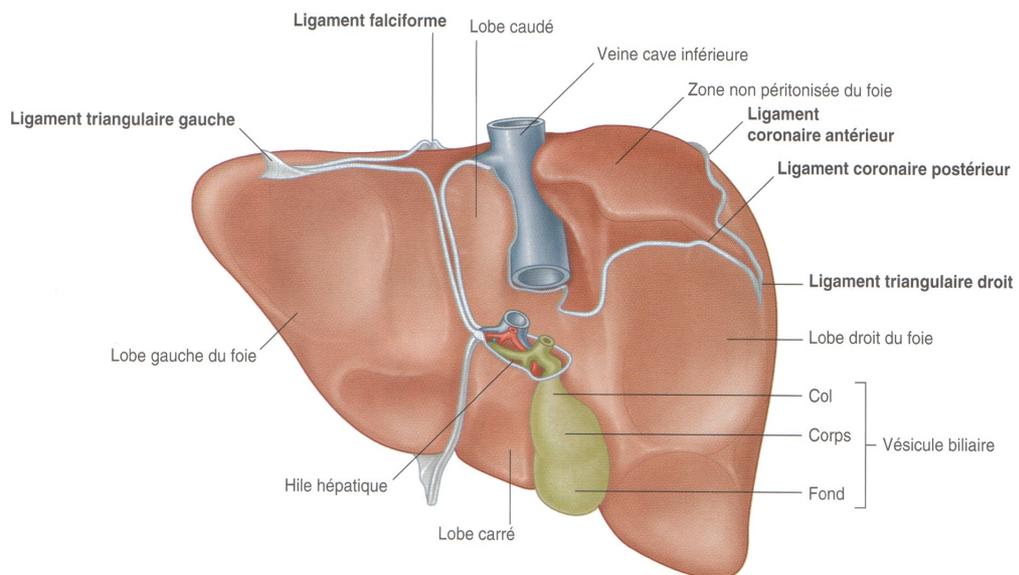


- | | |
|--|--|
| 1. Ligament triangulaire droit | 7. Ligament falciforme du foie |
| 2. Ligament coronaire du foie | 8. Ligament rond du foie |
| 3. <i>Area nuda</i> | 9. Bord inférieur du foie |
| 4. Ligament triangulaire gauche | 10. Vésicule biliaire (fond) |
| 5. Appendice fibreux du foie | 11. Lobe hépatique droit, face diaphragmatique |
| 6. Lobe hépatique gauche, face diaphragmatique | |

Vue ventrale du foie sur la face diaphragmatique (d'après Hebgen)



Face viscérale du foie (d'après Hebgen)



Vue postérieure de la zone non péritonisée du foie et ligaments associés (d'après Hebgen)

La masse abdominale

La masse abdominale exerce une pression de bas en haut, d'arrière en avant et de gauche à droite, la paroi antérieure servant de point d'appui à l'intestin et cela crée la tension abdominale.

La tension intra-hépatique exercée par les vaisseaux intra-hépatiques est suffisante pour maintenir et relever le bord du foie.

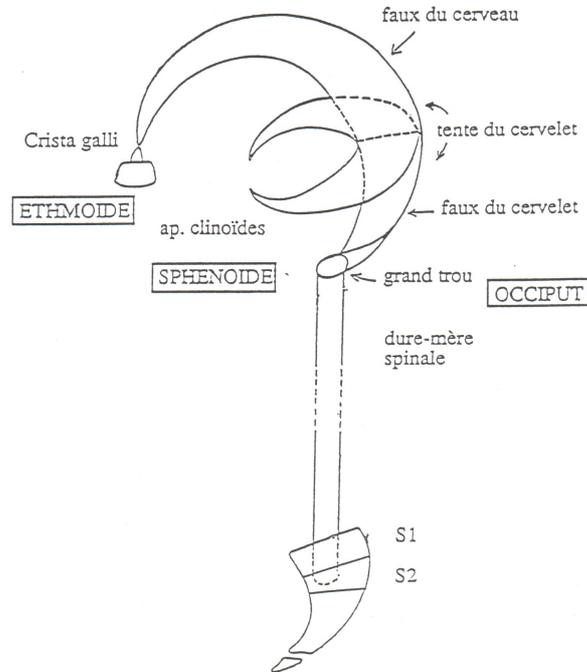
Relations avec la dure-mère

Les inter-relations du foie avec la dure-mère se font via la veine cave inférieure et les chaînes antéro-postérieures.

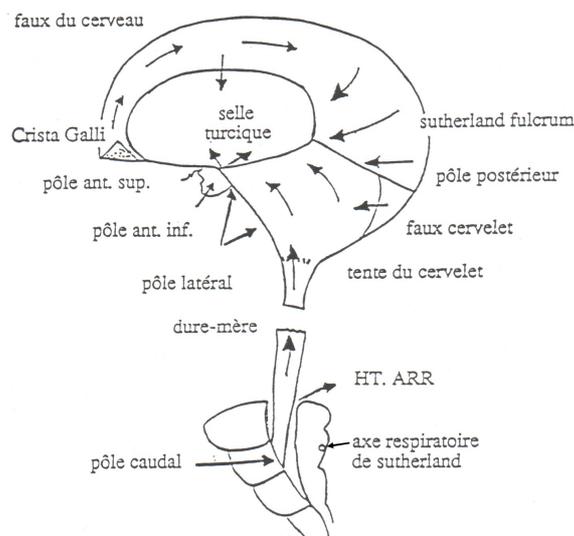
- Le foie est appendu à la veine cave inférieure car cette veine est enchâssée dans

ses lobes. Elle est en contact cellulaire dense non seulement avec l'aorte mais surtout avec les disques inter-vertébraux car elle monte de L4-L5 jusqu'à D9 en se fixant solidement à la colonne vertébrale.

- Les membranes de tensions réciproques formées par des replis dure-mériens sur les os, ont un rôle de contrôle du mouvement osseux et sont constamment sous tension. La dure-mère s'étend du 1/3 antérieur de l'occiput à la 2^e vertèbre sacrée, avec des points d'appui au niveau de D4, D11-D12 et L4-L5.



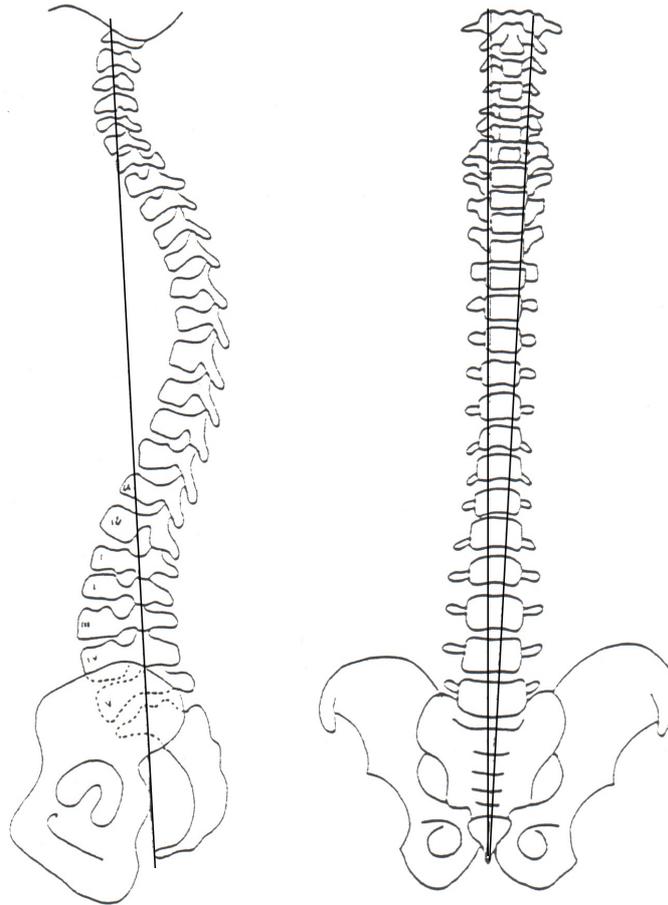
Membranes de tension réciproque



Les membranes de tension réciproque dans flexion SSB

- Ces points d'appui forment les chaînes antéro-postérieures, qui conditionnent la bonne position de L5 entre L4 et le sacrum. Les points de passage de la ligne antéro-postérieure correspondent aux points d'attache de la veine cave infé-

rieure.



Les lignes antéro-postérieures, dites AP

En conclusion, la veine cave inférieure, enchâssée dans le foie et solidement adhérente à la colonne vertébrale établit donc une relation mécanique directe entre le foie, la colonne vertébrale et l'axe cranio-sacré via la dure-mère.

L'axe neuro-végétatif

Le foie peut tripler de volume sous l'influence de la stase sanguine, ce qui entraîne des changements de situation et de forme. Or, le système nerveux influence considérablement la circulation hépatique, que ce soit par l'intermédiaire du système sympathique vertébral ou du parasymphatique sacré et crânien (pneumogastrique).

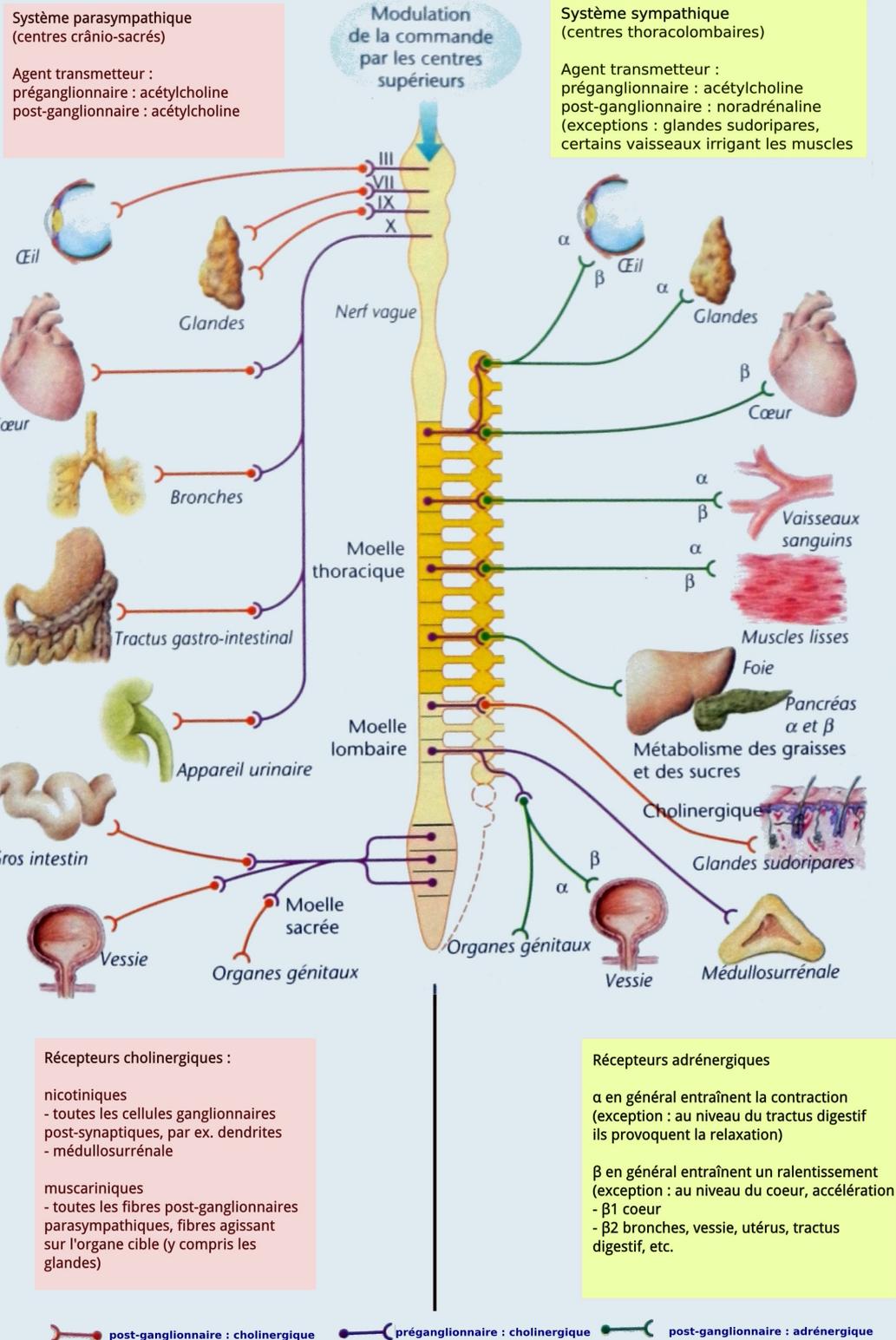
- Le système nerveux autonome contrôle les fonctions viscérales.
- Le système sympathique contrôle la vasomotricité : il modifie le débit sanguin et le débit de la masse sanguine selon la nécessité de chaque partie du corps. Le système sympathique est le système de l'action : il commande et ajuste la fonction du foie.
- Le système para-symphatique, essentiellement présent au niveau des centres cranio-sacrés, vient « tempérer » l'activité du système sympathique.

En travaillant la cellule hépatique, on réutilise le concept d'Irvin Korr sur la lésion ostéopathique : on stimule le système sympathique qui influence directement la fonction hépatique et cette action étant par ailleurs libératrice sur le système crânio-sacré, permet également de rééquilibrer par l'action para-symphatique.

Ainsi, le travail mécanique sur la région hépatique agit par son axe neurologique sur

l'axe crânio-sacré qui lui-même, en retour, agit sur la fonction hépatique.

Système nerveux végétatif (autonome) - vue schématique

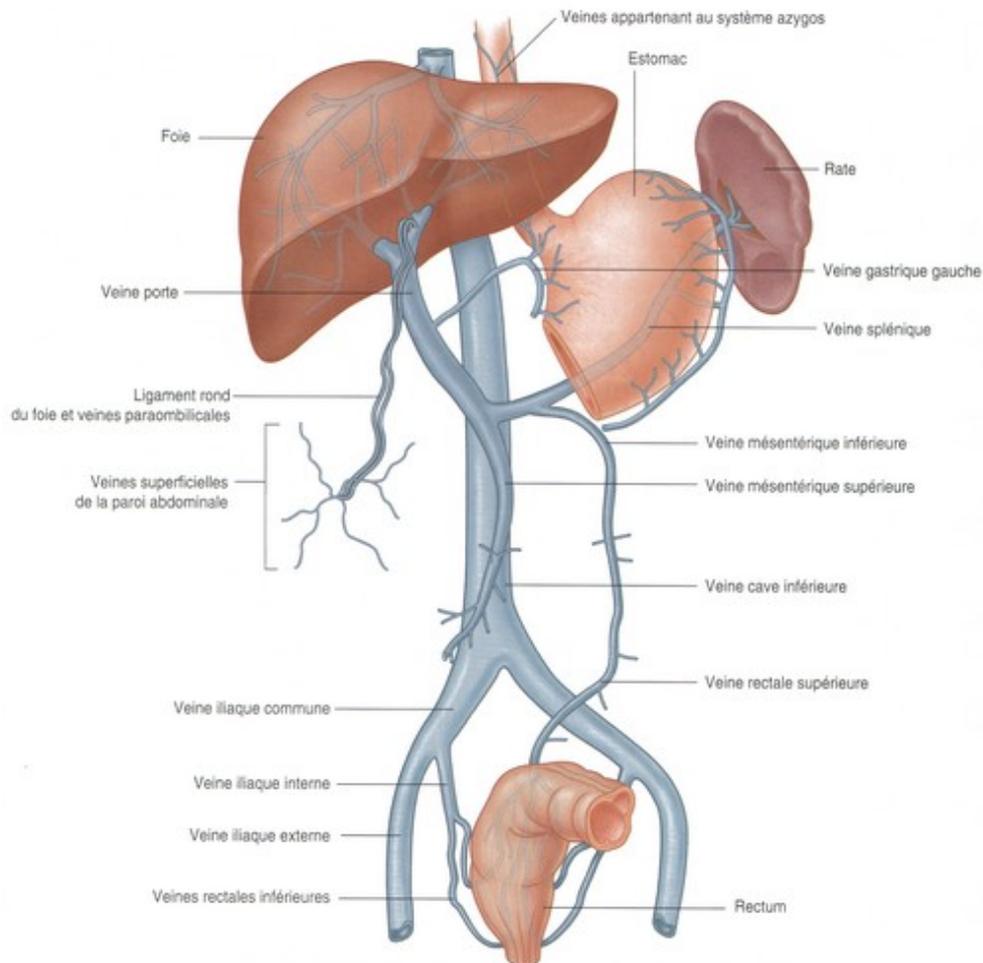


Système nerveux autonome, vue schématique (d'après Kamina)

L'axe circulatoire et hormonal

Le foie subit 36000 expirations/inspirations par 24 heures et gère 30% du débit cardiaque. 60% du sang hépatique est d'origine veineuse portale, 35% du sang hépatique est d'origine artérielle.

Le passage veineux sous-diaphragmatique obligatoire par le foie, avant de rejoindre l'oreillette droite, montre son importance.

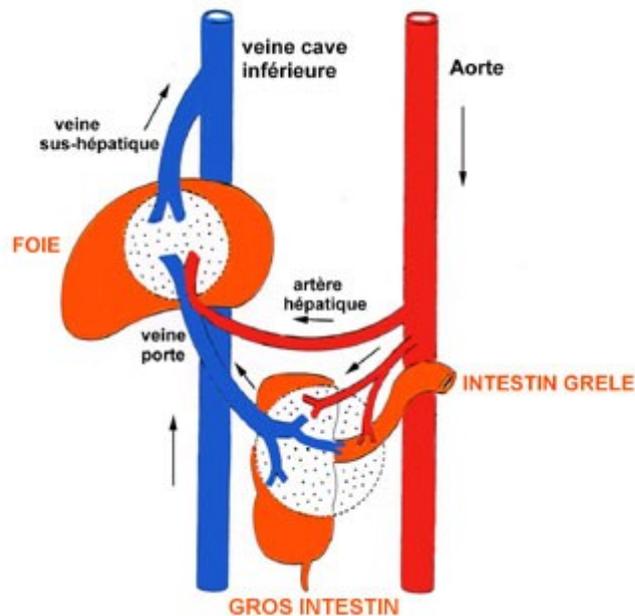


Relations veine cave/veine porte (d'après Gray's)

Le sang portal

- Le sang portal provient des veines mésentériques (supérieure et inférieure) et de la veine splénique. Il traverse le foie, gagne les veines sus-hépatiques puis la veine cave inférieure. Le sang portal drainant le système digestif, un état congestif du foie dû à une mauvaise circulation intra-hépatique, donnera à la palpation une diminution de **motilité**.
- Le sang de la veine cave inférieure rassemble le sang provenant des veines de la paroi abdominale postérieure, des reins, des ovaires ou des testicules, des surrénales et des membres inférieurs. La veine cave inférieure étant incluse dans le bord postéro-supérieur du foie, elle est donc influencée par sa position. Une malposition hépatique perturbe la circulation ce qui donnera à la palpation une baisse de **mobilité**.
- **Le foie filtre 64 % de la volémie**, c'est-à-dire du volume total du sang dans le

corps. La régulation de la volémie se fait par l'ANF, facteur atrial natriurétique. L'ANF provoque une dilatation des coronaires et augmente l'amplitude des contractions cardiaques, améliorant donc la fonction ventriculaire.



Circulation sanguine hépatique

La circulation générale étant améliorée par la production d'ANF, existe alors une meilleure circulation au niveau de l'artère vertébrale et de l'artère carotide interne. L'aboutissement de ces 2 artères se fait au niveau des plexus choroïdes, producteurs de LCR. Cette action permettrait d'établir une relation entre le bon fonctionnement hépatique et l'amélioration de la fluctuation du LCR, manifestant une amélioration du fonctionnement de l'axe cranio-sacré.

L'axe embryologique

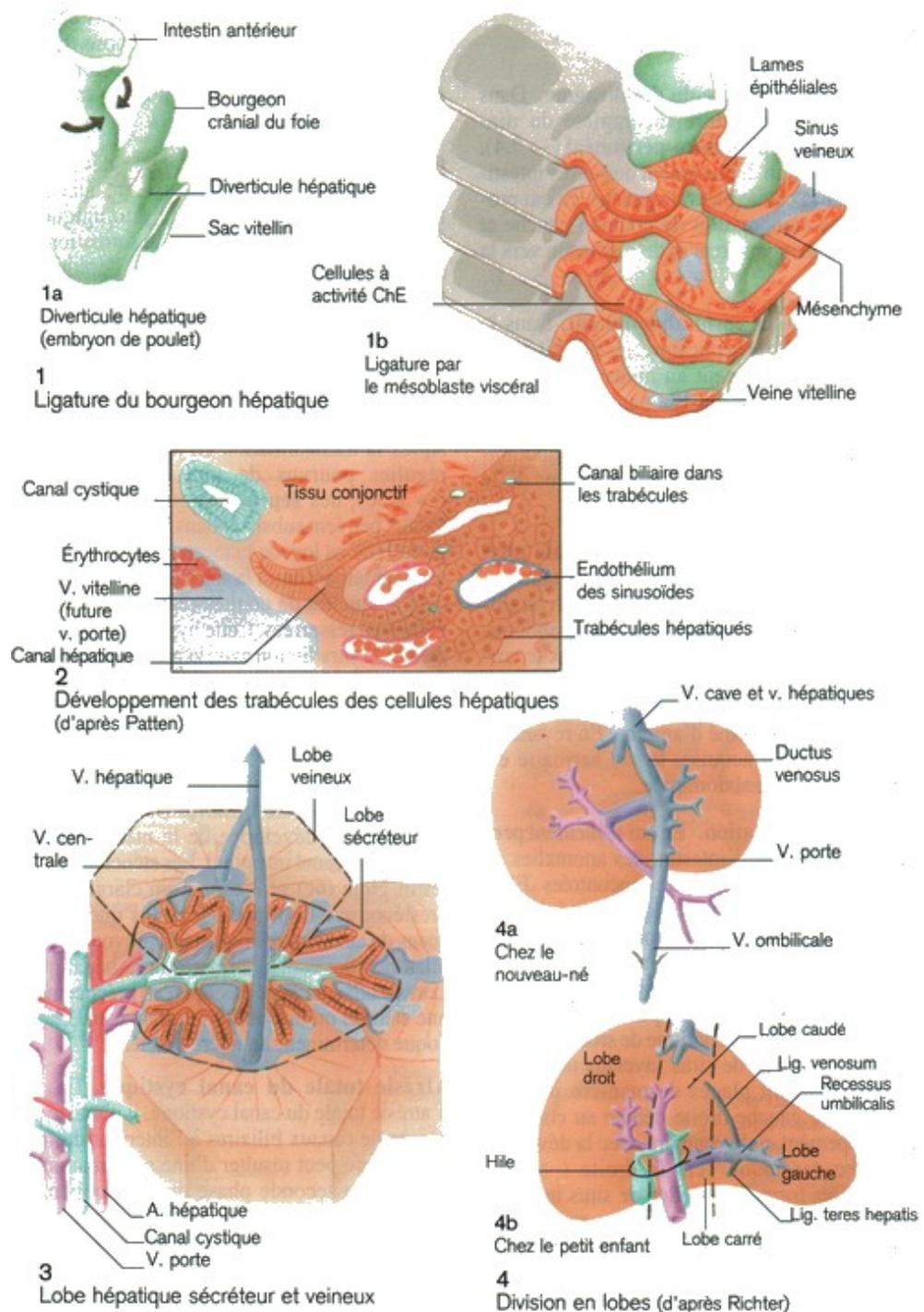
Au cours de la 4^e semaine se forme le diverticule hépatique qui se divisera pour donner le parenchyme hépatique et le septum transversum (celles de Kuppfer, cellules hématopoïétiques, les vaisseaux sanguins et le tissu conjonctif). Le foie grossissant très vite, il fait saillie dans la cavité abdominale.

Le mésoblaste du septum transversum va donner :

- Dans sa partie craniale, c'est-à-dire extra-péritonéale, le ligament triangulaire qui entre dans la formation du diaphragme.
- Dans sa partie caudale, le petit épiploon entre le foie et l'intestin antérieur (estomac + duodénum) et le ligament falciforme entre le foie et la paroi antérieure abdominale.

Le septum transversum étant la première plicature de l'embryon, c'est le premier mouvement dans son développement.

Le MRP s'établit au cours du quatrième mois, de par leurs origines embryologiques communes, ce qui permet d'entrevoir que la technique hépatique agit sur la synergie foie/diaphragme mais surtout renforce le premier mouvement qu'elle relance.



Différenciation hépatique (D'après Drews)

Conclusion

Des liens cohérents semblent exister entre la mobilité hépatique et l'axe crânio-sacré par l'intermédiaire des différents axes du foie :

- L'axe mécanique : le foie est appendu à la veine cave inférieure qui est accolée à la colonne vertébrale et qui influence la chaîne antéro-postérieure.
- L'axe neuro-végétatif : en améliorant la circulation intra-hépatique, on modifie la forme et la situation du foie.
- L'axe circulatoire et hormonal : via l'ANF.

- L'axe embryologique : la technique hépatique relance le premier mouvement du corps grâce à la synergie foie/diaphragme.

Bibliographie

- Bienfait, Marcel**, 1982. *Les Fascias*. Société d'Editions Le Pousoé, Bordeaux, , ISBN : -.
- Korr, Irvin M.**, 1982. *Bases physiologiques de l'ostéopathie*. Frison-Roche, pour SBO & RTM, Paris, , ISBN : -
- Buttet-Miquel, Bénédicte**, 2010. *Ostéopathie viscérale recueil des techniques palpatoires et diagnostiques selon Frantz Glénard*. Sully, Vannes, 176 p., ISBN : 978-2-35432-041-6.
- Drews, Ulrich**, 1994. *Atlas de poche d'embryologie*. Flammarion, Paris, 386 p., ISBN : 2-257-10115-4.
- Richard L. Drake, Wayne Vogl, Adam W.M. Mitchell**, 2006. *Gray's Anatomie pour les étudiants*. Elsevier, Paris, 1112 p., ISBN : 2-84299-774-3
- Hebgen, Erich**, 2011, Checklistes – Ostéopathie viscérale. Maloine, Paris, 350 p., ISBN : 978-2-224-03005-6.
- Kamina, Pierre et Gouazé, André**, 2009. *Anatomie clinique tome 3 - Thorax et abdomen*. Maloine, Paris, 342, ISBN : 978-2224031817.
- Glénard, Frantz**, 1902. *Insuffisance hépatique et maladies de la nutrition*. Privat, Toulouse, 16, ISBN : -.
- Glénard, Frantz**, 1899. *Les ptôses viscérales*. Felix Alkan, Paris, 1012, ISBN : -.
- Netter, Franck H., Kamina, Pierre**, 2009. *Atlas d'anatomie humaine*. Masson & Cie, Paris, 547 p., ISBN : 978-2294094736.
- Still, Andrew Taylor**, 2009. *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie*. Sully, Vannes, 370 p., ISBN : 978-235432-037-9.
- Sutherland, William Garner**, 2002. *Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien*. Sully, Vannes, 336 p., ISBN : 2-911074-42-4.
- Tricot, Pierre**, 2002. *Approche tissulaire de l'ostéopathie - Livre 1*. Sully, Vannes, 320 p., ISBN : 2-911074-40-8.
- Tricot, Pierre**, 2005. *Approche tissulaire de l'ostéopathie - Livre 2*. Sully, Vannes, 280 p., ISBN : 2-911074-80-7.
- Upledger, John**, 1983. *Thérapie crânio-sacrée*. IPCO, Paris, , ISBN : 2-9500285-01-7.