

OSTÉOPATHIE ET GROSSESSE

Dominique Jacquin
Osthéopathe D.O., 32 Condom

Cet article a pour but d'apporter un éclairage ostéopathique à votre pratique et de tirer une passerelle entre nos deux mondes : "Avoir des mains de sage-femme" fait écho à "Avoir une bonne main" compliment adressé à un ostéopathe.

Il est le fruit de rencontres et de partages avec des sages-femmes au sein de la formation que j'anime : "Techniques Manuelles Tissulaires". Cet article est le fil théorique de cette formation. Elle vise à transmettre le toucher ostéopathique pour redécouvrir et renforcer une pratique manuelle. Pratique qui fonde la sage-femme comme la spécialiste de la physiologie de la grossesse.

Cet article se veut une force en marche. "Dans la vie, il n'y a pas de solutions. Il y a des forces en marche. Il faut les créer et les solutions suivent" (Vol de Nuit d'Antoine de Saint Exupéry). Car rares sont encore les maternités ayant ouvert leurs portes aux ostéopathes.

La grille de lecture du corps humain pour un ostéopathe se fait à travers trois systèmes

Le système ostéo-articulaire

Reflet extérieur de la posture de la femme au cours de la grossesse (figure 1).

Le système viscéral

Mobilisé par le diaphragme thoracique, la vessie et l'utérus réalisent un mouvement de balançoire de bas en haut et d'avant en arrière (figure 2).

Le système crânio-sacré

Le crâne est relié au sacrum par le lien anatomique des méninges, d'où le nom de système crânio-sacré.

Le crâne présente des sutures entre ses pièces osseuses permettant une perméabilité de mouvement à l'image des rails de chemin de fer qui se dilatent ou se rétractent en fonction des saisons.

Ce mécanisme crânio-sacré est une voie d'accès pour la régulation du système neurovégétatif, lors de la grossesse. Il favorise l'adaptation du crâne du fœtus à la filière pelvienne.

La physio-mobilité tubo-ovarienne et la fertilité

"Quand l'ovulation se déclare, les franges tubaires sont animées de mouvements rythmiques. Les fibres contractiles des ligaments suspenseurs de l'ovaire (lombo-ovarien) et les ligaments utéro-ovariens vont mobiliser l'ovaire de manière à le faire tourner autour de son axe longitudinal, l'abaisser ou l'élever selon le cas dans la cavité pelvienne. Au cours de ces mouvements, la frange ova-

rienne atteint l'endroit où le follicule mûr va éclater. L'ovule commence alors sa migration par l'effet des franges ovariennes, la contraction de la trompe et le courant liquidien produit par des cils vibratiles. L'ostium abdominal doit aspirer du liquide péritonéal pour constituer le courant liquidien. Imaginez les conséquences d'une perte de mobilité, d'une adhérence ou d'une cicatrisation et vous comprendrez aisément le rôle de la mobilité dans la fertilité féminine.

Le traitement a pour but d'augmenter ou de restaurer la mobilité locale.

Admettons que nos mains soient intervenues au moment où il fallait qu'elles interviennent. Nous avons eu plusieurs cas d'infertilité vaincue après un traitement manipulatif, quoique ce genre de résultats ne puisse jamais être inscrit strictement dans des statistiques" (*Manipulations viscérales* de J.P. Barral et P. Mercier).

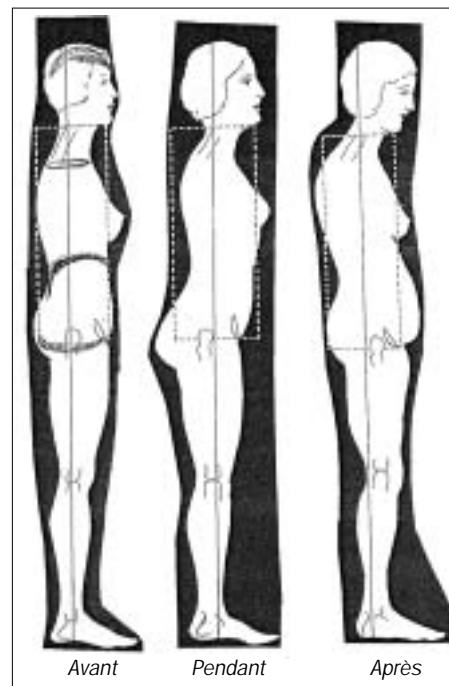


Figure 1.

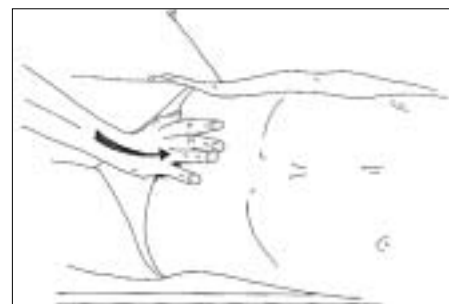


Figure 2. Test de mobilité de la vessie et de l'utérus en décubitus dorsal (J.P. Barral et P. Mercier "Manipulations viscérales" Ed. Maloine)

Le tendon central

Je vous propose à présent une grille de lecture anatomique du corps humain à travers un modèle biomécanique : le tendon central.

(Tendon musculo-aponévrotique unissant les systèmes ostéo-articulaire, viscéral et crânio-sacré).

Origine : Le périnée fermant le bassin, structure ostéo-ligamentaire sur laquelle s'attachent la vessie et l'utérus.

Terminaison : la base du crâne.

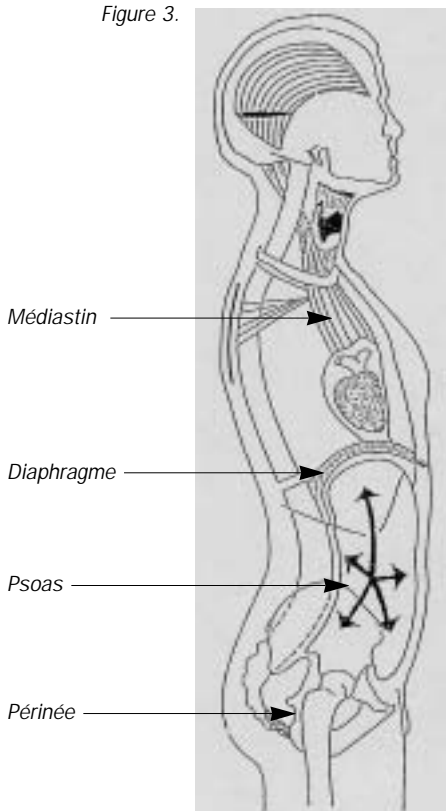
Trajet :

- Les muscles psoas-iliaque
- Le diaphragme thoracique et ses piliers
- Le médiastin et la cage thoracique
- La gaine viscérale du cou et ses expansions terminales en avant et en arrière de la base du crâne (figure 3).

Pendant la grossesse, le travail de l'ostéopathe consiste à aider le corps à s'adapter aux différentes contraintes qu'il rencontre :

- contrainte sur le plan postérieur

Figure 3.



induisant des tensions mécaniques : lombalgie, dorsalgie, sciatalgie, douleurs coccygiennes,

- contrainte sur le plan antérieur induisant congestion pelvienne, pubalgie et syndrome ligamentaire.

Si l'ostéopathe est l'horloger du corps humain, il en est aussi plus particulièrement l'architecte chez la femme enceinte. L'état de grossesse agit sur le système ostéo-articulaire.

Sur le bassin s'exercent différentes lignes de forces :

- forces descendantes de la pesanteur, via la charnière lombo-sacrée et les articulations sacro-iliaques,
- forces ascendantes de la réaction du sol passant à travers les hanches et les articulations sacro-iliaques.

La résultante de ces lignes de forces s'inhibe sur la symphyse pubienne.

Le travail de l'ostéopathe consiste à :

- Harmoniser les lignes de forces en ajustant les structures du bassin : par exemple, tout déséquilibre des lignes de forces d'une branche ischio-pubienne vis à vis de l'autre peut induire une pubalgie.

- Maintenir la bonne mobilité des articulations sacro-iliaques, et assurer la bonne élasticité du système ligamentaire postérieur (figure 4).

Tout déséquilibre dans une de ces structures au delà des permisivités d'adaptation de l'organisme induit un syndrome douloureux.

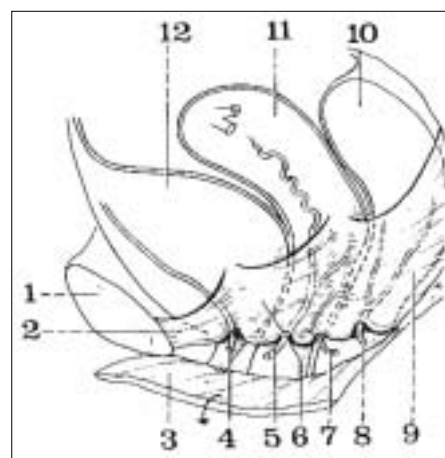


Figure 4. Schéma des lames sacro-recto-génito-pubiennes chez la femme 1. Symphyse pubienne 2. Ligaments pubo-vésicaux 3. Plancher pelvien 4. Artère vésicale inférieure 5. Artère utérine 6. Lame utéro-vésicale 7. Artère vaginale longue 8. Artère hémoroidale moyenne 9. Ligament utéro-sacré 10. Ampoule rectale 11. Utérus 12. Vessie (Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle, Tome 4, A.P. Bouchet et J. Cuillerot, Ed. Simep)

- Assurer une bonne élasticité du périnée.

L'état de grossesse entraîne aussi des contraintes au niveau viscéral et des tensions sur le système d'attache de l'utérus : les lames sacro-recto-génito-vésico-pubiennes (LSRGVP), les ligaments larges et ronds de l'utérus.

Les tensions subies par les LSRGVP (figure 4) se transmettent au sacrum et perturbent l'état de tension du système ostéo-articulaire et l'équilibre des lignes de forces du bassin.

A l'inverse, tout déséquilibre des systèmes mécaniques du bassin peut induire des tensions sur le système d'attache de l'utérus, de la vessie ou sur le périnée.

Le travail de l'ostéopathe consiste alors à réajuster le système du bassin et relâcher les tensions ostéo-ligamentaires induisant des tensions de compensation s'exerçant sur le système viscéral.

Comment s'y prend-t-on ?

La biomécanique viscérale

L'utérus et la vessie présentent des plans de glissement possible en inclinaison latérale, rotation, ante et post flexion. L'ostéopathe apprécie avec sa main la qualité et la quantité de ces mouvements et localise ainsi les tensions.

Exemple : Pour un utérus en inflexion latérale gauche et rétroversé, l'ostéopathe va trouver une tension sur les ligaments utéro-sacrés induisant la rétroversion, le ligament large gauche de l'utérus étant responsable de l'inclinaison gauche. Il y est fréquemment associé une tension sur le périnée gauche.

Le traitement consiste à contacter le tissu en tension, puis à le relâcher comme un doigt posé sur une motte de beurre un peu molle. Puis de suivre les mouvements en laissant fondre les tissus sous le doigt (Technique de la Motte de Beurre®).

Les tensions d'origine viscérale entraînent une tension sur le sacrum et déséquilibrent les lignes de forces du bassin. Si ces tensions ne peuvent être adaptées par la réaction de l'ensemble de l'organisme, elles sont sources de lombalgie voire de sciatalgie localisée à gauche.

Le travail de l'ostéopathe consiste à rendre sa souplesse au périnée gauche, rééquilibrer la charpente osseuse du

QUE RESTE-T-IL DE LA PHYSIOLOGIE ?

bassin et relâcher les tensions sur les ligaments utéro-sacrés et le ligament large.

L'ostéopathe favorise, par ce travail, le système d'autorégulation du corps en fonction des trois lois de la nature : Non douleur, Economie, Confort.

En pratique, une à deux consultations sont nécessaire pour atténuer, puis faire disparaître les symptômes douloureux. Après, c'est une course contre la montre pour adapter les courbures et les tensions tissulaires de l'organisme à la grossesse qui avance.

Les possibilités de compensations du corps à travers le tendon central

Il faut assurer les possibilités de compensation dans les étages supérieurs du tendon central :

Le psoas iliaque

Il régule la mécanique entre les lombaires et le bassin avec les articulations sacro-iliaques comme vis de réglage.

Il sert de guide à l'utérus gravide durant son élévation dans l'abdomen et de rail pour le mobile fœtal lors de l'engagement.

Son manque d'élasticité est incriminé lors de :

- Cruralgie = le nerf crural passe entre les muscles psoas et iliaque, il s'y trouve irrité. C'est le syndrome du "hot-dog"

- Accouchement "par les reins" : les psoas iliaques sont deux rails pour la descente du mobile fœtal. Le dos du bébé glisse sur son corps musculaire. Le manque d'élasticité du muscle psoas-iliaque induit une traction douloureuse sur les lombaires où il s'attache, et par synergie musculaire sur le diaphragme thoracique.

Le diaphragme, les rouleaux thoraciques et le médiastin

Structure ô combien importante pour une bonne adaptation du corps à la grossesse en cours.

Technique des rouleaux thoraciques :

Transformez un instant les deux hémithorax en deux rouleaux de lavage pour automobiles. Placez les verticaux, accrochés de part et d'autre de la colonne vertébrale. En les mobilisant en rotation et en flexion-extension, vous assurerez une bonne disponibilité de la zone dorsale et thoracique aux adaptations de la zone abdomino-pelvienne.

Enfin, un travail électif sur la zone cervicale et la base du crâne finalise l'adaptation posturale et la régulation du système neuro-végétatif.

L'adaptation posturale de la femme enceinte au cours de sa grossesse est une des clés de son épanouissement.

Le 3ème trimestre est souvent le lieu d'une course contre la montre pour adapter les courbures et les tensions tissulaires de l'organisme à la grossesse qui avance.

Prévention des malpositions fœtales

Pour prévenir les malpositions fœtales ou lésions posturales in-utero, il est tout aussi important d'assurer un bon "coefficient de dilatation" à la zone abdomino-pelvienne au sein du tendon central. En assurant la souplesse des éléments le composant : le périnée en

bas, les psoas en arrière, le diaphragme et le caisson thoracique en haut.

Témoignage

Une maman vient consulter pour un nouveau-né de 21 jours.

Motif de consultation : pleurs fréquents, enfant nerveux, reflux gastro-oesophagien, allaitement difficile.

Historique de la grossesse : arrêt de travail au 5ème mois pour des contractions.

Après une consultation chez un confrère au 6ème mois, les contractions s'arrêtent.

La fin de la grossesse se passe bien ainsi que la naissance à terme sous péridurale légère.

Traitement : 1ère couche tissulaire. Déroulement des tensions liées à l'accouchement

2ème couche tissulaire. Lésion posturale in utero avec dos à gauche marqué sans plus.



TEMOIGNAGE

Je suis allée consulter Dominique Jacquin, ostéopathe, un mois avant le terme de ma grossesse. Pendant cette visite, il m'a parlé de l'initiative nouvelle d'une sage-femme ostéopathe (Madame Anne Macquet), qui propose un accompagnement plus personnalisé de l'accouchement. Très intéressée, j'ai aussitôt pris contact avec elle. Lors de notre rendez-vous, elle m'a demandé mes attentes. Je lui ai répondu que je souhaitais vivre pleinement mon accouchement, car j'en avais été privée lors de la naissance de mon premier enfant. Cela signifiait, pour moi, tenter d'accoucher sans le recours systématique au "tout médicalisé". Je me sentais en bonne santé et préférais garder cette solution qu'en cas de problème.

Mon accouchement s'est déroulé comme je l'avais rêvé, sereinement et en douceur. Pour moi qui suis plutôt angoissée et nerveuse, la présence rassurante de la sage-femme dès mon arrivée à l'hôpital m'a accompagnée et m'a permise de bien supporter la douleur, n'ayant pas eu besoin de péridurale. J'ai donc pu sentir mon bébé naître.

Vivre son accouchement comme on le souhaite est une réelle chance, car je me suis sentie libre de mes choix, sans passer pour une marginale. Je pense qu'il faut encourager les futures mamans à avoir confiance en elles, et en leur capacité à gérer l'événement. Mais cela ne peut être possible que si la maman et la sage-femme ont pu, au préalable, discuter pour se connaître et faciliter ainsi la relation de confiance.

Valérie E.

3ème couche tissulaire. Lésions posturales in utero marquées +++, datant du 5ème mois de la grossesse.

Cette expérience m'a permis de vivre entre mes mains l'importance d'une prise en charge manuelle tout au long de la grossesse, tant pour la maman que pour le nourrisson.

Ce travail de prévention peut être réalisé par des ostéopathes mais aussi et surtout par des sages-femmes formées à des techniques manuelles spécifiques pour les femmes enceintes qu'elles accompagnent quotidiennement.

Eclairage ostéopathique et pratique de la biomécanique de l'accouchement

Le détroit supérieur est contrôlé par les ligaments ilio-lombaires.

Le détroit moyen, la descente et la rotation, sont contrôlés par les ligaments sacro-sciatiques et les lames sacro-recto-génito-vésico-pubiennes.

Le détroit inférieur est contrôlé par le coccyx, pièce maîtresse du périnée.

En pratique :

Début d'engagement

- Vérifier la disponibilité du tendon central dont les psoas iliaques et le diaphragme thoracique pour prévenir un accouchement par les reins

- Mobilisation de l'utérus dans ses différents plans de glissement étirant ses moyens d'attaches, dont lames +++.

- Vérifier la bonne souplesse du périnée et la mobilité de l'articulation sacro-coccygienne.

- Lors d'un toucher vaginal, étirer les lames sacro-recto-génito-vésico-pubiennes en mobilisant les parois vaginales.

Au détroit moyen

- Surveillance +++ des ligaments sacro-sciatiques

- Mobilisation du sacrum comme un berceau avec une main sous le bassin. Cette manœuvre mobilise les articulations sacro-iliaques (figure 5).

- Mobilisation combiné de l'utérus et du sacrum : elle améliore la dynamique de l'accouchement, elle prévient une non-dilatation du col de l'utérus

- Préparation +++ du périnée et du coccyx.

Au détroit inférieur et expulsion

- Surveillance + du périnée et du coccyx car déjà préparés +++

- Dégagement en prenant le temps quand c'est possible en respectant l'inertie des tissus.

Le temps d'inertie des tissus

Mouvement et inertie

Du temps est nécessaire pour vaincre l'inertie ou pour modifier la trajectoire d'un corps en mouvement. Imaginez un bateau sur l'eau, immobile. Vous disposez d'une certaine quantité d'énergie pour le faire avancer. Vous pouvez la transmettre de deux manières :

La brute : vous transmettez cette quantité d'énergie dans un temps très court, ce qui donnera une force intense mais brève. Le bateau avancera peu car son temps d'inertie dans l'eau n'est pas respecté.

La douce : elle consiste à diluer l'énergie dans un temps long. La force ainsi créée sera peu intense mais persistante. Le bateau avancera cette fois docilement.

Le temps nécessaire pour mobiliser un corps dépend de la masse de ce corps et du milieu dans lequel il évolue. Le temps nécessaire pour vaincre l'inertie du corps dans l'eau est beaucoup plus important que si le même corps se trouve dans l'air.

Premiers gestes tissulaires à la parturiente en 4 minutes chrono

- Réharmoniser les lignes de forces du bassin par une mobilisation du sacrum en berceau et du coccyx.

- Décongestionner le système viscéral en mobilisant l'utérus dans ses 3 plans de glissement

- Geste de coaptation sur la symphyse pubienne et les articulations sacro-iliaques permettant de "resserrer" le bassin. Ce geste simple apporte une solution efficace aux femmes disant "avoir élargi" du bassin après leur accouchement.

En post partum

Le traitement consiste à rééquilibrer les lignes de force du bassin. Ainsi le périnée trouvera une charpente solide pour construire sa rééducation. Les plans de glissement de l'utérus et de la vessie sont relancés pour qu'ils retrouvent une nouvelle bonne dynamique dans la cavité abdomino-pelvienne.

La posture de la parturiente est réadaptée à son nouvel état physiologique pour optimiser sa récupération physique et jouir de la vie qui continue car *être mère est une fonction, elle traverse la Femme.*


Comme l'utérus multipare garde en mémoire la grossesse précédente, l'organisme dans sa posture s'en souvient aussi. Il est fréquent de rencontrer au deuxième mois de grossesse, une multipare lombalgique avec une posture inadaptée : celle d'une femme dans son septième mois.

L'art ostéopathique consiste alors à actualiser sa posture au terme de cette nouvelle grossesse.

Conclusion

L'ostéopathe D.O est l'horloger du corps humain avec une éducation spécifique de sa main à la palpation.

Sa grille de lecture du corps humain se fait à travers une connaissance approfondie de l'anatomie et de la physiologie.

L'ostéopathie est une technique manuelle douce qui n'entraîne aucun danger, ni pour la maman, ni pour le fœtus, mais constitue une réponse alternative aux différents problèmes fonctionnels créés par l'état de grossesse. Elle ne dispense en aucun cas d'un suivi obstétrique conventionnel. 

Où trouver un ostéopathe D.O. : UFOF : 04 75 25 79 04. SFDO : www.osteoFrance.org. Dominique Jacquin : 05 62 28 39 94

Figure 5

