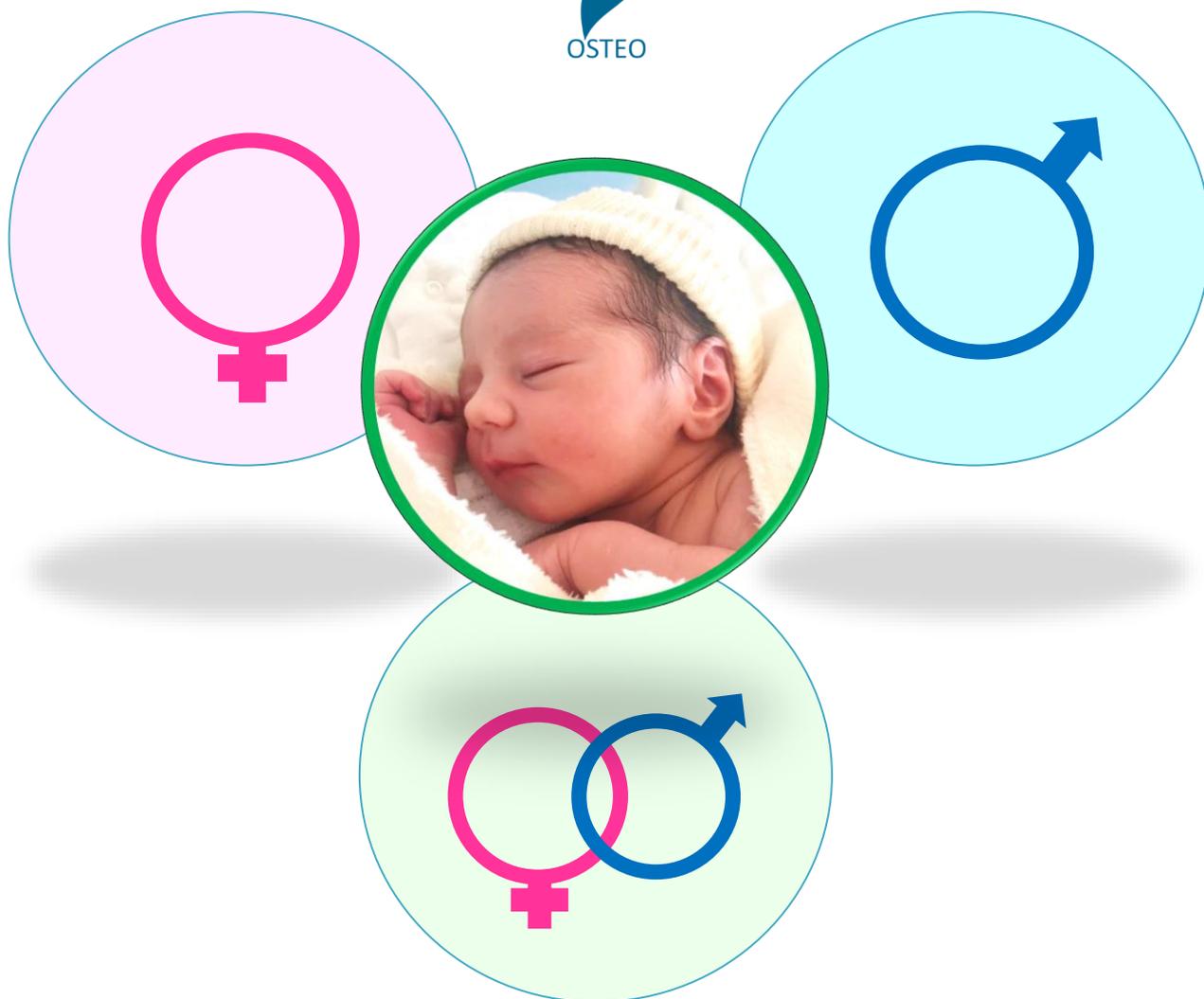


Formations Ostéopathiques Holistiques



OSTEOPATHIE et FERTILITE

Physiologie

Pathologie

Ostéopathie

OSTEOPATHIE ET FERTILITE 2021
Support de cours 2021

Bernard FERRU *Ostéopathe D.O.*

www.osteopathie-bf.com

FORMATION OSTEOPATHIE ET FERTILITE

CE DOCUMENT N'EST QU'UN SUPPORT DE COURS

Introduction

Les professionnels de santé sont des femmes et des hommes qui possèdent généralement un ego à la hauteur de l'important engagement humain qu'ils développent naturellement envers leurs congénères. Cette sorte de "savoir" et de "pouvoir", qu'ils possèdent bien souvent inconsciemment sur les autres, a tendance à leur faire perdre un peu de leur "Humilité".

Cette "Humilité" devrait pourtant être la qualité première de tout praticien de santé quel qu'il soit.

" LE PRATICIEN N'EST RIEN, LE PATIENT EST TOUT... "

Ceci est particulièrement vrai dans le domaine de la Fertilité.

Le praticien n'est qu'un petit vecteur qui permet à la très complexe et merveilleuse mécanique d'un organisme de se mettre en ordre de marche pour fonctionner correctement.

C'est ici que le mot "FULCRUM" prend symboliquement tout son sens car il permet le passage de la dysfonction à la physiologie.

Au cours de cette formation je vais essayer de vous transmettre les connaissances et les références de mon expérience professionnelle dans le domaine passionnant du traitement de la fertilité féminine.

Ce domaine semble un des seuls où l'on peut constater matériellement le résultat de notre intervention, mais c'est aussi celui où il faut se draper le plus possible dans les limbes de "L'HUMILITE"

B.F.

Toute représentation, traduction ou reproduction, intégrale ou partielle, par tous procédés, en tous pays, faite sans autorisation préalable est illicite et exposerait le contrevenant à des poursuites judiciaires. Réf. : loi du 11 mars 1977, alinéas 2 et 3 de l'article 41.

LA FERTILITE FEMININE

I. INTRODUCTION

II. NEUROENDOCRINOLOGIE

- 1°) L'hypothalamus
- 2°) L'hypophyse
- 3°) Régulation
- 4°) Sécrétion pulsatile de Gn-RH

III. ENDOCRINOLOGIE SEXUELLE FEMELLE

- 1°) Anatomie
- 2°) La menstruation
- 3°) Cycle ovarien
- 4°) Contrôle hormonal du développement folliculaire
- 5°) Autres facteurs de contrôle
 - a) Les inhibines
 - b) Les activines
- 6°) Hormones sécrétées par le follicule
 - a) Sécrétion
 - b) Transport sanguin et dosages
 - c) Effets physiologiques
- 7°) La fertilité femelle
- 8°) La contraception
- 9°) La ménopause
- 10°) La grossesse
 - a) La nidation
 - b) Les fonctions placentaires
 - c) La production hormonale
 - d) La préparation à la lactation
- 11°) La naissance
- 12°) La lactation
- 13°) L'aménorrhée du postpartum

IV. LA PUBERTÉ

- 1°) Facteurs hormonaux
- 2°) Puberté féminine

V. PHYSIOPATHOLOGIE

- 1°) Testicule féminisant
- 2°) Syndrome adrénogénital
- 3°) Hypogonadisme mâle
- 4°) Hypogonadisme femelle
- 5°) Aménorrhée hypothalamique
- 6°) Grossesse extra-utérine
- 7°) Les tumeurs

3°) Régulation

Les hormones gonadiques ont un effet de feedback sur les hormones gonadotropes LH et FSH.

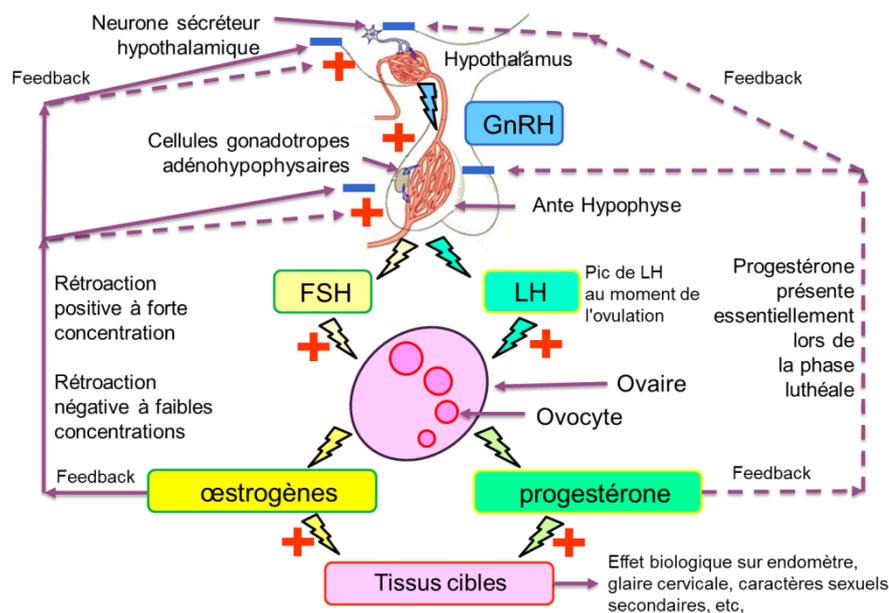
4°) Sécrétion pulsatile de Gn-RH

La Gn-RH est sécrétée de façon pulsatile pendant le nyctémère ce qui entraîne une sécrétion pulsatile de LH. La FSH suit beaucoup moins les pulsations de sécrétion de Gn-RH.

Chez la femme, la fréquence des pulsations varie au cours du cycle de 90 minutes pendant la phase folliculaire, à 3-4 heures pendant la phase lutéale.

On a pu montrer que cette sécrétion pulsatile est nécessaire pour maintenir la sécrétion de LH et de FSH.

Chez l'homme, la sécrétion de LH-RH se fait toutes les 3-4 heures. Chez beaucoup d'hommes, les sécrétions de LH-RH et donc de LH et FSH surviennent surtout la nuit et sont liées au sommeil.



Communication hypothalamo-hypophysaire-ovarienne

III. ENDOCRINOLOGIE SEXUELLE FEMININE

1°) Anatomie

Les organes reproducteurs internes féminins sont constitués de :

- les ovaires
- les trompes de Fallope
- l'utérus
- le col de l'utérus
- le vagin.

Ces organes sont localisés dans la cavité pelvienne et sont ancrés et supportés par une série de ligaments, le plus grand étant le ligament large. Les ovaires sont situés latéralement de chaque côté de l'utérus.

Chaque ovaire est constitué de 2 zones, une zone médullaire et une zone corticale

- la zone médullaire contient du tissu conjonctif, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des nerfs, du tissu interstitiel. Les nerfs et les vaisseaux pénètrent dans la zone médullaire au niveau du hile, point d'attachement de l'ovaire au mésentère.

- la zone corticale contient les follicules ovariens dans différents états de développement, les corps jaunes (corpora lutea), les corpus albicans et les cellules interstitielles.

La zone corticale est entourée par une couche dense de tissu conjonctif appelée albuginée (tunica albuginea), qui est elle-même revêtue d'un épithélium germinifère.

- Les trompes de Fallope de 10 à 15 cm de longueur transportent les ovocytes libérés des ovaires vers l'utérus où l'implantation de l'œuf fertilisé survient.

Les franges (fimbriae) guident les œufs dans les trompes. Les trompes ont un épithélium cilié qui permet le transport des œufs, et des cellules sécrétoires qui nourrissent les œufs et l'embryon.

L'utérus est un organe large, vide avec une paroi musculaire épaisse située dans le pelvis. Il comprend 3 parties : le fundus où s'ouvrent les trompes de Fallope, le corps de l'utérus, le col qui se projette dans la cavité vaginale.

Le mur musculaire utérin (le myomètre) est recouvert d'un tissu sécrétoire complexe, l'endomètre, constitué de cellules interstitielles et d'un tissu conjonctif recouvert d'un épithélium cilié. L'endomètre contient de nombreuses glandes utérines constituées de cellules sécrétoires qui s'ouvrent dans la lumière utérine.

La couche endométriale de l'utérus subit des changements morphologiques et fonctionnels pendant le cycle ovarien et la desquamation de l'endomètre à la fin du cycle menstruel conduit à la menstruation dans de nombreuses espèces de primates.

L'endomètre participe aussi à la formation du placenta pendant la grossesse.

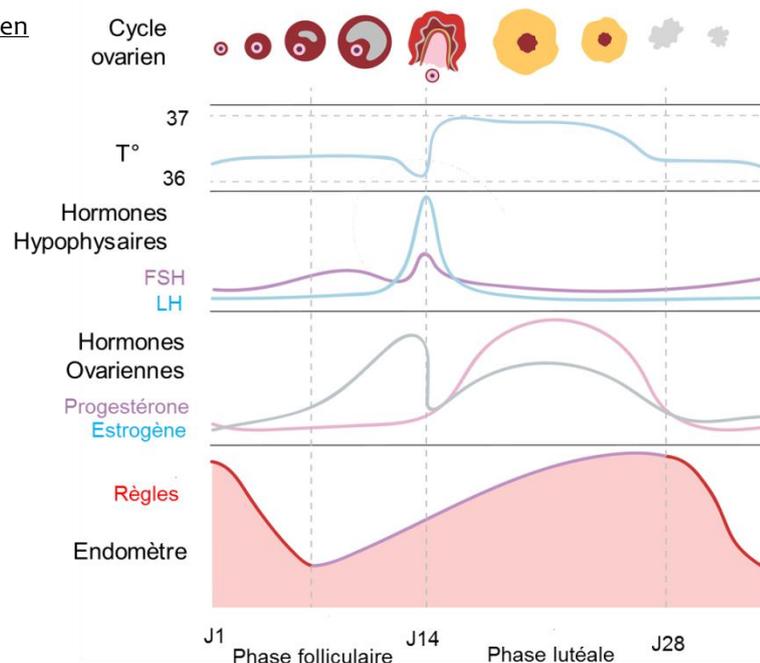
Le col de l'utérus est un canal musculaire étroit recouvert d'un épithélium sécrétant du mucus à certains moments du cycle ovarien.

Le vagin est un tube musculaire s'étendant du col vers l'ouverture externe ou vestibule. Les parois du vagin sont très richement innervées et sont riches en vaisseaux sanguins. L'épithélium vaginal subit des changements biologiques cycliques sous l'influence des hormones ovariennes. Les glandes de Bartholin, situées dans le vestibule s'ouvrent dans le vagin. Les glandes produisent une sécrétion claire et visqueuse agissant comme un lubrifiant pendant le coït.

2°) La menstruation

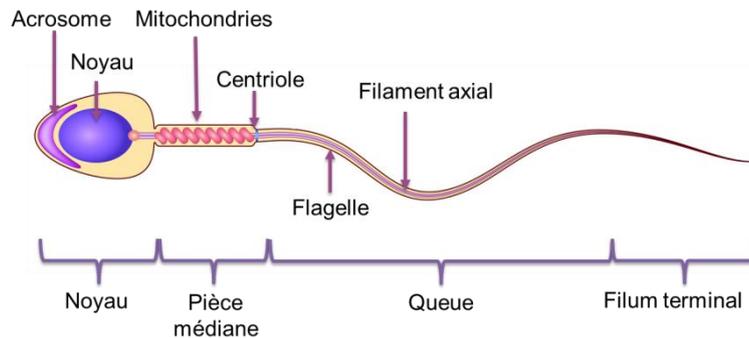
La menstruation périodique est le seul signe d'une reproduction cyclique chez la femme. La muqueuse utérine desquame et saigne lors des chutes des taux sanguins de progestérone et d'œstradiol, sauf s'il y a grossesse. Ceci se rencontre chez d'autres primates supérieurs : macaques, babouins, gorilles, chimpanzés. La menstruation peut survenir en absence d'ovulation. En moyenne, un cycle menstruel dure 28 jours et l'ovulation survient à

3°) Cycle ovarien



Pendant les années reproductives d'une femme, l'ovaire contient des ovocytes et des follicules

2°) La spermatogénèse



Spermatozoïde

a) Formation et maturation des spermatozoïdes

Sous l'influence de la FSH et des androgènes d'origine testiculaire, la spermatogénèse survient dans les tubes séminifères. Ce processus peut être divisé en 3 étapes :

- la division mitotique des spermatogonies
- un processus de méiose
- la maturation des spermatides en spermatozoïdes.

Le processus entier de spermatogénèse prend 74 jours environ. L'épithélium des tubes séminifères est constitué de cellules de SERTOLI et des cellules spermatides à différents stades de maturation. À la naissance, les tubes séminifères sont des cordons pleins contenant des gonocytes, les futures cellules de SERTOLI et les cellules de LEYDIG dans du tissu interstitiel, le tout baignant dans un tissu conjonctif. Vers l'âge de 9 à 10 ans (avant la puberté), les gonocytes se divisent en spermatogonies qui sont des cellules diploïdes (2n chromosomes). Les cellules de SERTOLI sont bien individualisées.

À la puberté commence la spermatogénèse :

- phase de multiplication : 1 spermatogonie donnant 2 cellules diploïdes (2n chromosomes) appelées spermatocytes de premier ordre.

- phase d'accroissement : augmentation du volume des spermatocytes de premier ordre

- phase de maturation :

Le spermatocyte de premier ordre se divise en 2 spermatocytes de 2^{ème} ordre haploïdes (23n) par une mitose réductionnelle. Chaque spermatocyte donne 2 spermatides qui ne se divisent plus.

Puis il y a la spermiogénèse : la spermatide se transforme en spermatozoïde définitif.

Le milieu nutritif et endocrinien est dû aux cellules de SERTOLI qui produisent une androgen-binding-protein qui transporte la testostérone depuis les cellules interstitielles de LEYDIG vers les cellules de SERTOLI où elle est transformée en œstrogènes.

Les œstrogènes et les androgènes sont nécessaires à la maturation des spermatocytes. De plus, les cellules de SERTOLI produisent l'inhibine.

Les spermatozoïdes entièrement formés pénètrent les canaux de l'épididyme. Le passage à travers l'épididyme est nécessaire pour que le sperme devienne mobile et soit capable de fertiliser l'ovocyte. Les cellules spermatiques des tubules séminifères ne peuvent se mouvoir et ne peuvent pénétrer la zone pellucide de l'ovocyte. Pendant le passage à travers l'épididyme, la maturation finale des spermatozoïdes survient. Ce processus nécessite 5 à 12 jours. Une petite proportion des spermatozoïdes reste dans l'épididyme, mais la plupart sont stockés dans le canal déférent. Ils restent capables de fertilisation pendant des mois.

b) Le liquide séminal et la mobilité spermatique

Les spermatozoïdes sont capables de se mouvoir grâce à leur queue. Ce mouvement se fait dans un milieu alcalin. Dans un milieu acide, le sperme apparaît immobile. Comme les sécrétions vaginales sont acides, des

constituants alcalins sont ajoutés au liquide séminal. La plus grande partie du liquide séminal provient des vésicules séminales et de la prostate.

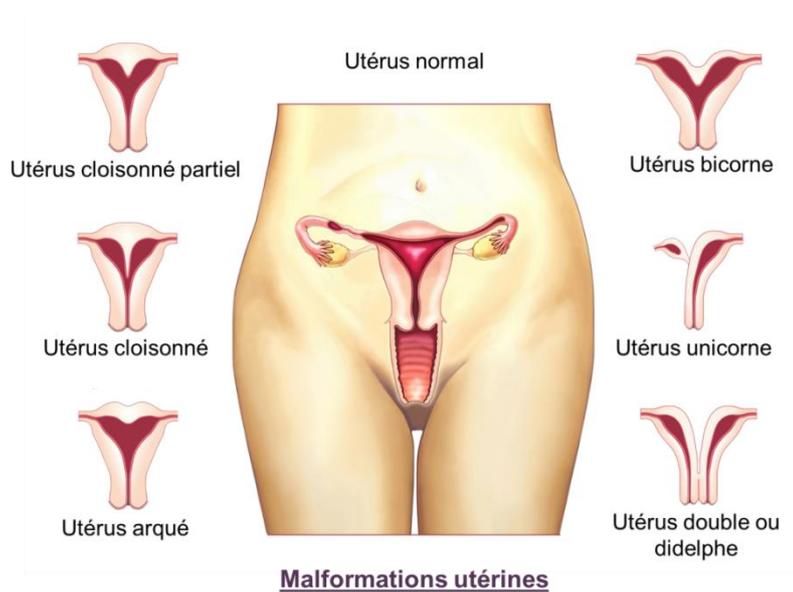
Le liquide séminal est riche en fructose, prostaglandines et fibrinogène qui nourrissent le sperme. Les prostaglandines augmentent la mobilité dans le tractus génital féminin. Le fibrinogène permet la formation de la fibrine et la coagulation du liquide séminal après l'éjaculation.

L'éjaculat contient une sécrétion alcaline de la prostate, qui contient des enzymes nécessaires pour

Génétique

La cause génétique des malformations utérines reste à trouver. La théorie de l'origine polygénique et multifactorielle avec impacts environnementaux, semble être la théorie admise aujourd'hui.

Classifications des malformations utérines



La classification de Musset présentée ci-après est composée de quatre types distincts.

- Aplasies utérines

- Aplasie utérine bilatérale complète ou incomplète.

- Aplasie utérine unilatérale.

Complète, elle survient avant la sixième semaine de développement. Elle est souvent associée à une agénésie rénale du même côté.

Incomplète, (utérus pseudo-unicorne) elle est la résultante d'un parasitage de développement entre la sixième et la neuvième semaine. Elle se caractérise par un utérus unicorne avec ébauche utérine et annexielle controlatérale.

- Hémi matrices

Cette anomalie survient entre la dixième et treizième semaine de développement.

- Utérus bicornes unicervicaux

Il y a un col unique et un ou deux isthmes utérins indépendants.

- Utérus bicorne bicervicaux

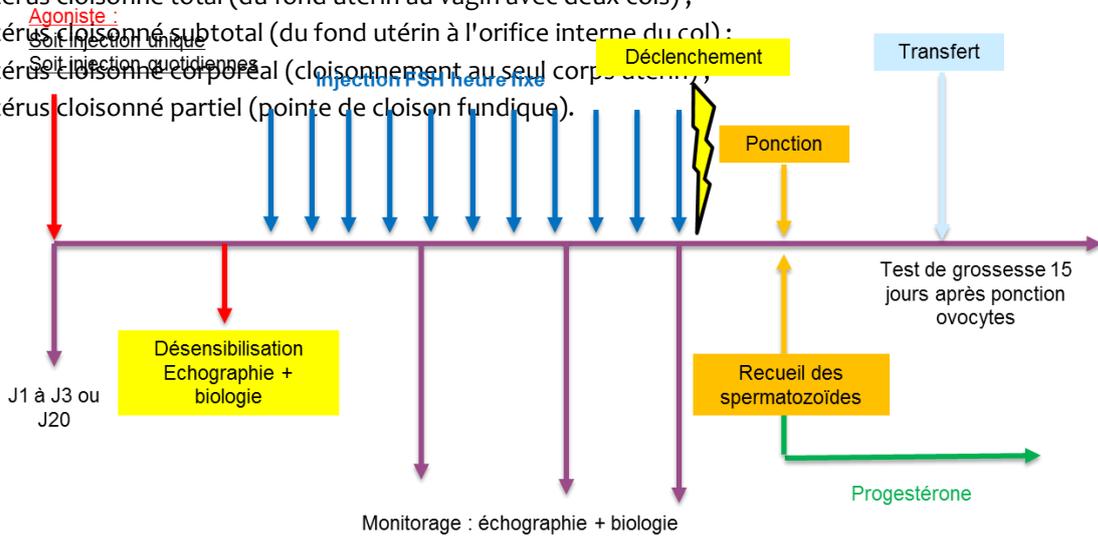
Il est la conséquence de la non-fusion des canaux de Muller sur toute la hauteur de l'organe. C'est un utérus didelphe où les 2 cols et les 2 vagins sont séparés.

- Utérus cloisonnés

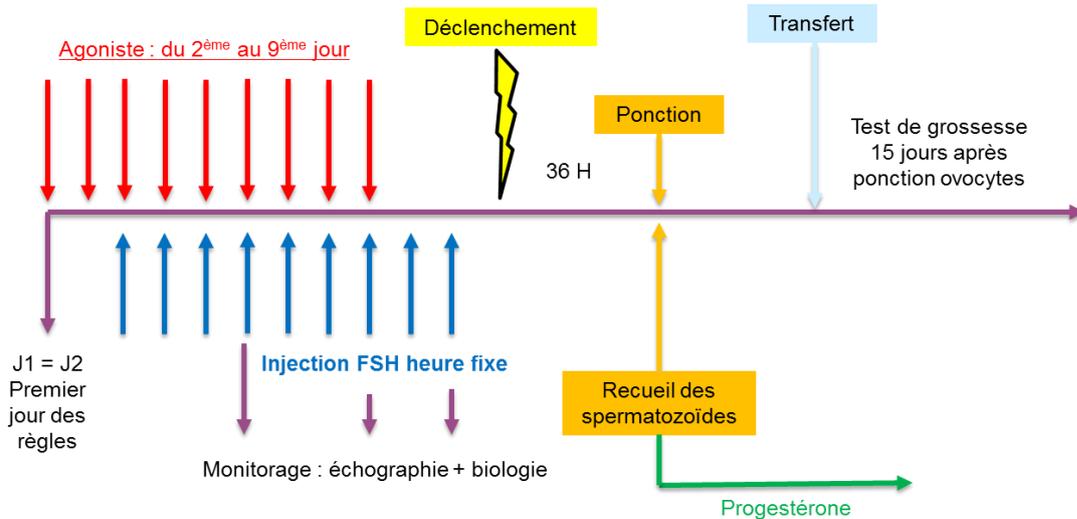
Anomalie située entre la treizième et dix-septième semaine. Le corps utérus a un aspect extérieur normal mais possède une cloison sagittale interne constituée de tissu fibromusculaire mal vascularisé recouvert de peu d'endomètre.

Ils sont classés en quatre catégories :

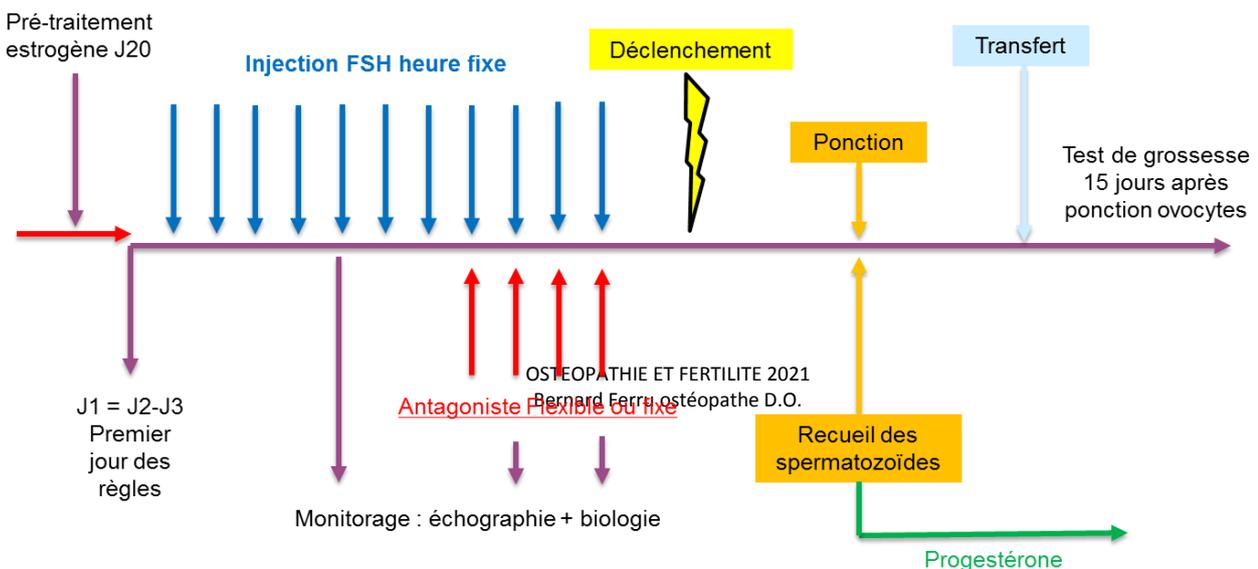
- utérus cloisonné total (du fond utérin au vagin avec deux cols) ;
- utérus cloisonné subtotal (du fond utérin à l'orifice interne du col) ;
- utérus cloisonné corporeal (cloisonnement au seul corps utérin) ;
- utérus cloisonné partiel (pointe de cloison fundique).



Protocole Antagoniste long pour fécondation in vitro



Protocole Agoniste court pour fécondation in vitro



L'approche organique globale

Elle peut se résumer à l'étude de l'équilibration fonctionnelle des deux grandes zones que sont le thorax et l'abdomen. Une bonne physiologie synergique du thorax aérique et organique avec l'abdomen liquidien est un gage d'un transport hormonal efférent et afférent entre le cerveau et "l'arbre de vie". Tout comme la circulation neurovégétative entre ces deux pôles géographiquement opposés (voir chapitre de l'approche globale).

L'équilibre liquidien des caissons abdominaux supérieurs et inférieurs est aussi important que celui entre le thorax et l'abdomen. Il est à lui seul un révélateur d'une dysharmonie fonctionnelle de ces deux structures (voir chapitre de l'approche globale).

La symptomatologie utérine

Il est bien évident qu'en ostéopathie on ne s'attache pas à un symptôme pour faire un diagnostic. Néanmoins il faut savoir utiliser tous les symptômes que l'on peut trouver afin de les mettre au service d'un diagnostic le plus complet et le plus exhaustif possible.

Voici donc quelques symptômes de surface que l'on peut trouver en rapport avec l'utérus.

- douleur sur les zones frontales et occipitales
- hyperesthésie mamelonnaire, aréolaire et péri-aréolaire
- tension douloureuse abdominale inférieure et inguinale en forme de "slip".

- dermalgies de Jarricot :

- antérieure : sur la ligne médiane dans le métamère D11 = le plexus hypogastrique, le salpinx et l'utérus.
- Postérieure : dans le métamère D12 au niveau de l'A.T. de L5.

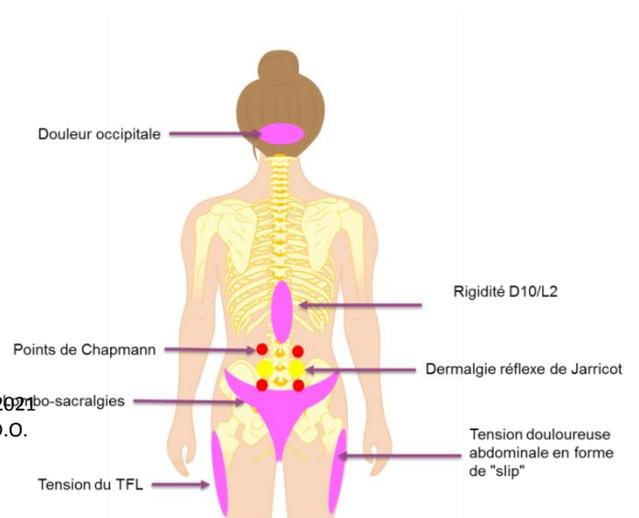
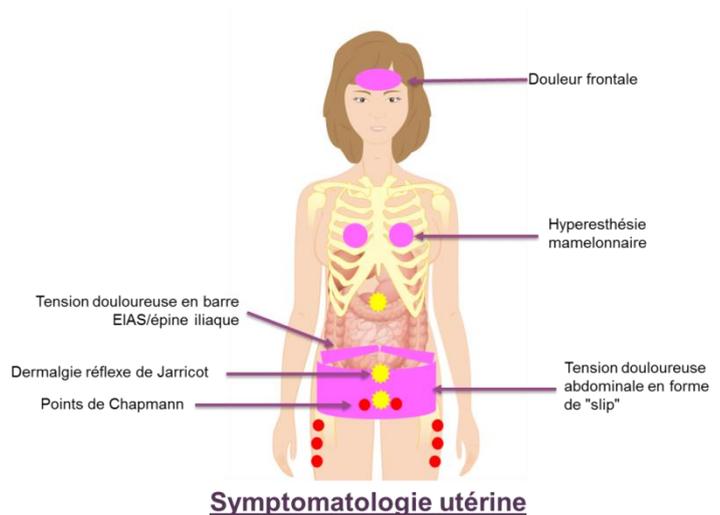
- Points de Chapman :

- antérieurs :

- utérus et tissu conjonctif utérin = branche ischio-pubienne (de part et d'autre de la symphyse pubienne), pour les ligaments larges = face externe de cuisse sur 5 cm de large du trochanter à 5 cm au-dessus du condyle externe.

- postérieurs :

- pour l'utérus et les ligaments larges = mi-distance entre l'EIPS et l'AE de L5



- pour le tissu conjonctif utérin entre l'apophyse transverse de L5 et la crête iliaque.
- rigidité de l'étage D10 / L2.
- lombo-sacralgie L5 irradiant aux fesses et à la partie postérieure des cuisses.
- tension du ou des muscles TFL.
- tension douloureuse en barre des EIAS à l'ombilic.

TESTS CLINIQUES OSTÉOPATHIQUES DE LA FERTILITE

- Les tests "ESSENTIELS"
 - 1 - Test d'inhibitions mécaniques à partir du sacrum (Essentiel)
 - 2 - Test des liquides abdominaux (Test essentiel)
 - 3 - Test des reins (test essentiel)
 - 4 - Test des 1^{ères} et 2^{èmes} côtes (test essentiel)
 - 5 - Test de l'orifice supérieur du thorax (test essentiel)
- 6 - Global du crâne
- 7 - Socle crânien
- 8 - Face
- 9 - Maxillaire supérieur
- 10 - Thoraco-hépatique
- 11 - Médiastin
- 12 - Thorax latéral droit
- 13 - Coupole diaphragmatique droite
- 14 - Thorax antérieur gauche
- 15 - Thorax latéral gauche
- 16 - Coupole diaphragmatique gauche
- 17 - Aorte
- 18 - Pelvis à 3 points
- 19 - Sacrum
- 20 - Fascias pelviens
- 21 - Lames sacro-recto-génito-pubiennes
- 22 - Membranes obturatrices
- 23 - Fosses ischiatiques
- 24 - Mobilité utérine par voie externe
- 25 - Flexion plantaire
- 26 - Fascias des membres inférieurs
- 27 - Cuboïdes

Légende des flèches des photos :

 Flèches rouges = sens de test  Flèches vertes = puissance  Flèches bleues = contre appui

Tests ostéopathiques dits "ESSENTIELS"

- 1 - TEST D'INHIBITIONS MECANIQUES A PARTIR DU SACRUM (Test essentiel)

Patiente En décubitus dorsal genoux fléchis, pieds à plats

Praticien Debout, latéralement au niveau du bassin de la patiente

- Test

Le praticien empaume le sacrum avec sa main caudale. Son avant-bras est posé sur la table à l'extérieur du pied droit. La pulpe de P3 de son majeur se situe dans le sillon sacré gauche et la pulpe de P3 de son annulaire dans le sillon sacré droit de la patiente.

La masse musculaire de son éminence thénar se trouve naturellement au contact de la pointe sacrée à la jonction avec le coccyx.

Le praticien teste la mobilité torsion gauche/gauche (TGG ou aussi GG) du sacrum pour savoir si elle est possible. Si elle l'est, il analysera son amplitude et surtout la qualité du frein de fin de mouvement et son degré d'élasticité.

Il positionnera ensuite son autre main successivement au contact, ou au plus près des différents organes ou zones spécifiques du corps, en testant de nouveau à chaque contact le TGG.

Ce test, purement mécanique, peut être exécuté plusieurs fois de suite pour vérification ou affinage.

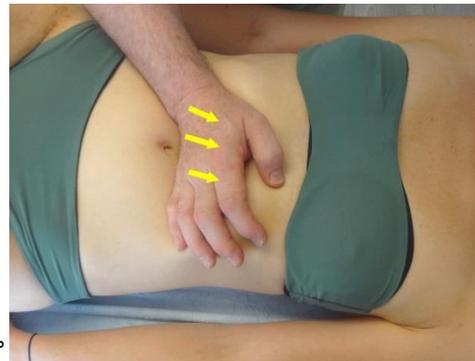
Il va être nécessaire d'aller libérer la compaction profonde après avoir revalorisé la pompe diaphragmatique.

COMMENTAIRES

Après avoir effectué un travail de libération de la cage thoracique, il faut effectuer un travail de décompaction profond des caissons B et C pour "désassembler" la masse viscérale en compaction et refaire circuler les liquides à l'intérieur.

Test du caisson A (zone 3)

Chasse des liquides du caisson A



La main caudale qui effectue le test doit être orientée à 45°

Le test de la zone A demande beaucoup de subtilité car cette zone se caractérise par la présence d'organes très denses (foie, pancréas, rate) et la chasse liquidienne ne pourra se faire que très lentement. Mais il est possible d'apprécier le niveau congestif de ce secteur (A) du thorax organique.

Test du caisson D (zone 5)

Chasse des liquides du caisson D



La main céphalique qui effectue le test doit être orientée à 45° vers le petit bassin.

Le test du caisson D demande beaucoup de tact et de respect.

Rappel : le caisson D ne doit être investiguée que si les tissus en donnent l'autorisation.

PROPOSITION DE COTATION

La difficulté majeure de ce test de l'abdomen est peut-être la cotation, car il va falloir mémoriser les résultats des 4 caissons en début et en fin de consultation, pour les consigner sur la fiche de la patiente.

La cotation va se résumer en 4 chiffres successifs. Chaque chiffre représente une zone de l'abdomen. Le premier est en rapport avec le caisson A et le dernier le caisson D. Les deuxième et troisième chiffre sont en rapport logique avec les caissons B et C.

Comme expliqué précédemment, chaque caisson est coté en fonction du barème suivant :

- 1 = Hypopression+++ ou chasse liquidienne très facile
 - 2 = Hypopression + ou chasse liquidienne facile
 - 3 = Normotonie* ou chasse liquidienne équilibrée
 - 4 = Hyperpression + chasse liquidienne difficile
 - 5 = Hyperpression +++ ou chasse liquidienne très difficile
- Compaction profonde des caissons B et C est coté V. compact.

Rappels

Une normotonie est cotée : V.3.3.3.3

- 10 - MAXILLAIRE SUPERIEUR

Patiente

En décubitus tête dans le plan du corps.

Praticien

Debout latéralement à la hauteur de la tête du patient, la main céphalique empaumant le front, la main caudale au contact de l'arcade du maxillaire supérieur par la commissure pouce/index.



Test

Le praticien apprécie la mobilité tridimensionnelle du maxillaire supérieur par rapport au frontal pour en déterminer les restrictions potentielles. Il s'attachera surtout à apprécier les restrictions transversales unilatérales.

Commentaires

La commissure pouce index de la main caudale doit être parfaitement positionnée pour ne pas être douloureuse au niveau de la base du nez (zone très sensible, point de réanimation) et de l'arcade dentaire du maxillaire supérieur.

La main au contact du frontal ne joue qu'un rôle d'appui ferme de la tête de la patiente sur la table. Ce test permet d'apprécier aussi la malléabilité adaptative du socle crânien.

Commentaires à propos des tests crâniens proposés

Beaucoup d'autres tests au niveau du crâne peuvent être effectués. Seuls ont été décrits ici les tests de globalité intéressant l'ensemble de la boîte crânienne et son plancher osseux. Dans le cadre de la fertilité, ils semblent suffisants lors d'une première approche car ils permettent d'intégrer la "vie" de la boîte crânienne (zone 1) par rapport aux autres zones (2, 3, 4 et 5) (Voir le chapitre sur l'approche globale).

TESTS THORACIQUES

Les tests thoraciques vont permettre d'investiguer à la fois les parties de la zone du thorax aérique (zone 2) mais aussi la zone du thorax organique qui correspond à la partie haute de l'abdomen remplie par les organes pleins. (Zone 3).

TESTS THORACIQUES

- Thoraco-hépatique
- Médiastin
- Thorax latéral droit
- Coupole diaphragmatique droite
- Thorax antérieur gauche
- Thorax latéral gauche

Coupole diaphragmatique gauche
Aorte

- 11 - THORACO-HEPATIQUE

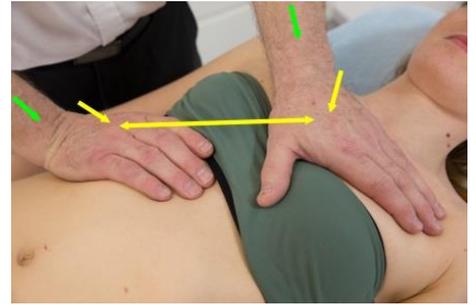
Patiente

Décubitus dorsal, genoux fléchis, pieds à plat.

Praticien

Debout, latéralement au niveau du thorax de la patiente.

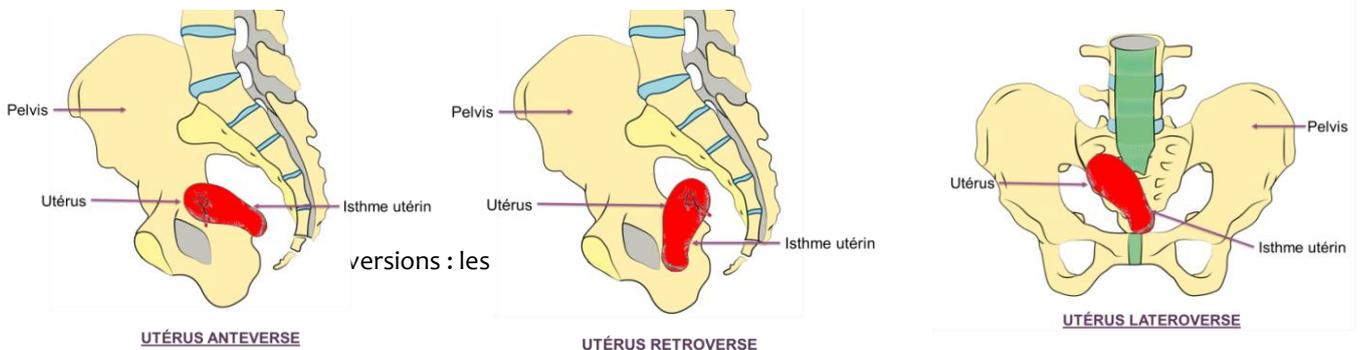
- Main caudale étalée largement sur la partie inférieure droite du grill costal, en regard de la face antérieure du foie.



Versions

Elles sont le reflet du positionnement utérin dans le petit bassin.

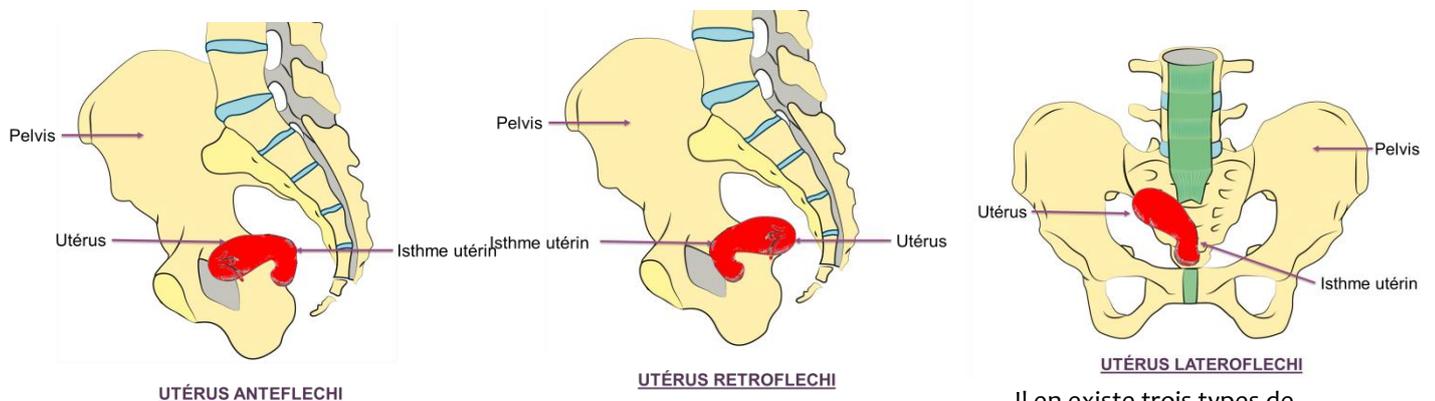
Les anatomistes ont décrit l'utérus avec une position d'antéversion, mais il en existe beaucoup qui se trouvent en situation de rétroversion, sans pour autant être afunctionnels. Seule la limitation de mobilité est préjudiciable.



Les antéversés comme les rétroversés peuvent aussi avoir la particularité d'être latéroversés. La latérotation droite physiologique est retrouvée dans environ 75% des cas. Elle doit être considérée comme physiologique s'il n'y a pas de restriction de mobilité, ou de fixation vraie.

Flexions

Elles correspondent à un repli de l'utérus sur lui-même. Ce repli peut-être plus ou moins important. Plus il est important plus la zone utérine se situant dans la concavité de la flexion est densifiée, voire indurée, et donc très mal vascularisée.



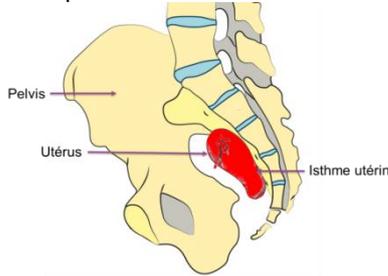
flexions : les anté, les rétro et les latéoflexions.

Une antéflexion est toujours associée à une antéversion et une rétroflexion avec une rétroversion.

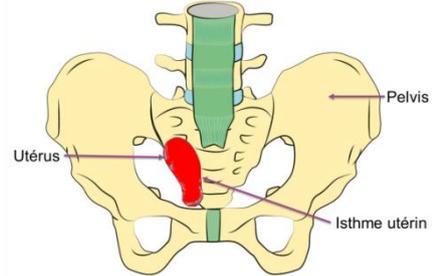
La latéoflexion peut être plus ou moins en antéversion ou rétroversion.

Cessions

Certains utérus peuvent se retrouver en rétrocession, ou encore en latérocession. Ils sont alors fortement fixés, soit contre le sacrum ou dans une fosse iliaque. Ceci reste quand même très rare.



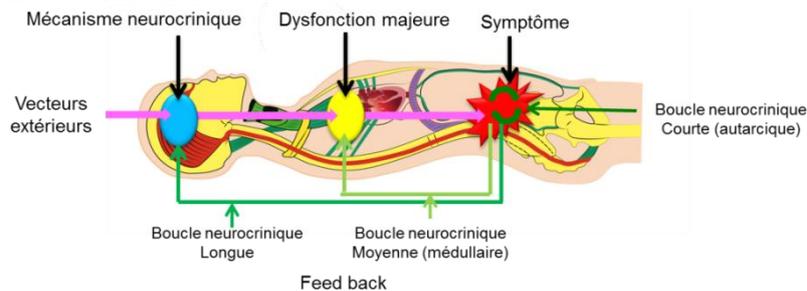
UTÉRUS RETROCEDE



UTÉRUS LATEROCEDE

Les boucles de dysfonctions

Au-delà des causes de parasitage qui viennent d'être exposées, l'organisme doit normalement avoir la capacité d'y répondre correctement en rééquilibrant les déséquilibres provoqués de manière plus ou moins rapide. Il se trouve cependant quelquefois en incapacité de rééquilibrer les systèmes pour des raisons physiques ou plus souvent neurologiques et émotionnelles. Les systèmes sont alors auto-verrouillés. Apparaissent alors ce que l'on peut appeler des boucles de dysfonctions qui pourraient être schématisées d'une manière simpliste comme suit :



Boucles de dysfonctions

Les boucles de dysfonctions peuvent prendre quatre formes différentes :

- la boucle courte qui induit des rémanences ;
- la boucle moyenne qui induit des résiliences passant par le niveau médullaire ;
- la boucle longue qui induit des résiliences passant par le niveau cérébral ;
- la boucle supra longue qui induit des récurrences.

Ces boucles différentes peuvent expliquer le fait que tous les traitements ostéopathiques ne donnent pas toujours le même résultat.

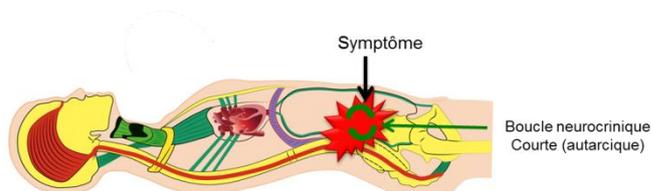
A symptôme identique, il y a des disparités de résultat. Il ne faut jamais oublier que, comme exprimé précédemment, les mêmes symptômes peuvent avoir des origines complètement différentes et les mêmes causes, des symptômes complètement différents.

Chaque être est unique, il est impossible de rationaliser. En fait l'ostéopathie est quelque chose de très simple dans le raisonnement, mais sa pratique reste très complexe.

La boucle rémanente ou boucle autarcique

La rémanence est la résultante d'un dysfonctionnement majeur qui génère une dysfonction tissulaire mineure donnant un symptôme. Celui-ci reste toujours présent, alors que la dysfonction majeure qu'il l'a installée a disparu.

Mécanisme des dysfonctions Rémanentes



Le symptôme fonctionne en autarcie et s'auto entretient. Le traitement du symptôme suffit à régler le problème apparu, car le stimulus nociceptif qui l'a organisé, a disparu.

Dans le cadre de la prise en charge de la fertilité, l'ostéopathe doit pouvoir utiliser le maximum d'outils et de techniques ostéopathiques pour pouvoir proposer les fulcrum les plus adaptés aux patientes. Ceux-ci doivent tenir compte des chaînes de dysfonctions qui semblent des plus complexes dans ce domaine. Il faut réussir à aider la patiente à revenir à 100% de son potentiel fertilité, pour qu'elle puisse mettre en route une grossesse... et la mener à son terme.

LES TECHNIQUES MECANIQUES

Les techniques présentées dans ce chapitre le sont dans un ordre qui respecte le protocole de libération le plus efficient cliniquement.

Les zones de dysfonctions majeures identifiées par les tests (voir chapitre précédent) devront être libérées complètement si cela reste possible à leur niveau.

- Légende des flèches des schémas :

-  Flèches rouges = travail tissulaire
-  Flèches vertes = puissance
-  Flèches bleues = contre appui

Pour suivre l'ordre du protocole préconisé, les techniques vont être décrites dans l'ordre suivant :

- 1 - Techniques thoraciques
- 2 - Techniques abdominales
- 3 - Techniques pelviennes
- 4 - Techniques crâniennes

- LES TECHNIQUES THORACIQUES

- 1 - Technique d'équilibration thoraco-hépatique
- 2 - Technique de libération du médiastin antérieur
- 3 - Technique de libération latérale du thorax droit
- 4 - Technique de libération de la coupole diaphragmatique droite
- 5 - Technique de libération du thorax antérieur gauche
- 6 - Technique de libération latérale du thorax gauche
- 7 - Technique de libération de la coupole diaphragmatique gauche
- 8 - Technique de libération thoracique de la rate et du pancréas
- 9 - Technique de la coquille du rein gauche
- 10 - Techniques de pompage du rein gauche
- 11 - Technique de libération de la partie haute du thorax supérieur gauche
- 12 - Technique de libération de la partie haute du thorax supérieur droit

- 13 - Technique de l'orifice supérieur du thorax
- 14 - Technique aorto-cave
- 15 - Réharmonisation médiastinale
- 16 - Technique du "Surfeur"
- 17 - Technique de la coquille du rein droit
- 18 - Techniques de pompage direct du rein droit
- 19 - Techniques de pompage indirect du rein droit

Il est conseillé de respecter le protocole de mise en application des techniques suivantes pour valoriser dès le départ du traitement la circulation des liquides thoraciques et abdominaux.

Si le praticien est en présence d'un thorax aérique en inspiration (test K2DHF et/ou K2GHF) le volume courant (VC) respiratoire se situera dans le volume de réserve inspiratoire (VRI) théorique.

Il est alors conseillé de travailler au niveau expiratoire bas du VC et de ne pas le dépasser.

- 8 - Technique de libération thoracique de la rate et du pancréas (tissulaire)

Patiente : En décubitus membres inférieurs fléchis, pieds à plat sur la table.

Praticien

Debout placé transversalement à gauche de la patiente à la hauteur de son thorax.

Le talon de la main droite posée sur le grill costal antérieur et supérieur gauche au niveau le plus dense.

La main gauche va empaumer le grill costal inférieur gauche au-dessus du pancréas. Le pouce gauche est en appui latéralement sur le grill costal au plus près du corps de la rate et en direction de l'axe de la queue du pancréas.

Le majeur, l'annulaire et l'auriculaire vont descendre doucement dans l'abdomen en direction de la tête du pancréas.



Technique

Après s'être centré le praticien va porter son attention au niveau de la zone organique sous diaphragmatique (rate et pancréas) pour percevoir les zones de plus grande densité se trouvant sous ses appuis. Il va ensuite appliquer son intention au niveau de la zone sous diaphragmatique gauche en effectuant un travail tissulaire dans le sens fonctionnel tridimensionnel jusqu'à obtention d'un relâchement des tissus. Si le travail de libération fonctionnel ne produit pas l'effet de libération recherché il est possible de mettre en pratique un travail structurel (contre la ou les barrières motrices) ou mixte (mélange de travail fonctionnel ou structurel) si nécessaire jusqu'à l'obtention de la libération tissulaire.

Au cours de cette technique il accompagne les variations d'amplitudes de la respiration.

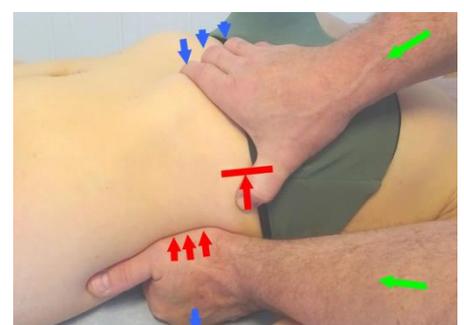
Commentaires

Au cours de la technique le praticien doit vraiment visualiser le pancréas et la rate pour pouvoir travailler, bien que se trouvant à distance, la motilité de ces derniers.

- 9 - Technique de la coquille du rein gauche

Patiente

Décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, pieds à plat sur la table.



Praticien

Debout, placé à gauche de la patiente, face à son thorax.

La main droite posée au niveau du gril costal gauche inférieur.

Les pulpes des doigts de la main gauche positionnées au niveau de la masse des spinaux la plus dense dans la zone de la charnière dorso-lombaire en regard du hile du rein.

Le talon de la main gauche positionné au contact de l'angle costal latéral des côtes basses.

L'appui sur les muscles spinaux allié à celui de l'angle costal latéral permet d'inclure le rein gauche dans une sorte de cavité (coquille). La main droite, en regard du gril costal, constitue un très épais couvercle.

Technique

Avec la main supérieure il faut soulever le "couvercle", c'est-à-dire la rate et la queue du pancréas de manière à décompacter le rein. Cette manœuvre s'effectue en prenant un contre-appui au niveau de l'angle costo-sternal inférieur gauche et en soulevant "le couvercle de la coquille" avec le pouce situé au niveau costal latéral, en regard de la rate. La tête du pancréas est la charnière théorique de la coquille.

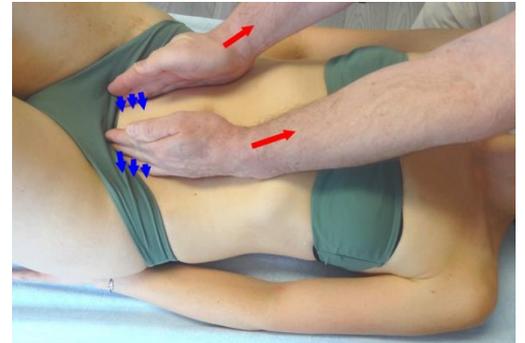
- 3 - Technique de libération du péritoine inférieur (mécanique)

Patiente

En décubitus membres inférieurs fléchis, pieds à plat sur la table

Patricien

Debout dos à la hauteur de la tête de la patiente. Les mains sont dans le prolongement des bras. Il positionne les pulpes des 3 derniers doigts et le bord cubital de l'auriculaire de part et d'autre des grands droits au-dessus de la symphyse pubienne.



Technique

Le praticien descend doucement les doigts vers le plan de la table de part et d'autre du dôme utérin en laissant le temps aux tissus de se récliner naturellement.

Lorsqu'il a la sensation d'être arrivé au maximum physiologique permis dans la pénétration des tissus, il induit une traction douce des tissus pelviens vers la tête du patient jusqu'à une mise en tension réelle mais non douloureuse.

Il accompagne les tissus dans les mouvements respiratoires naturels du patient.

Il recommence l'opération plusieurs fois si nécessaire jusqu'à obtention du relâchement maximale possible.

Commentaires

Il est absolument impératif de ne pas crisper les doigts et les mains au cours de la technique.

C'est le recul du buste qui donnera la traction et non pas un mouvement des bras.

Cette technique doit toujours être infra douloureuse.

- 4 - Technique latérale de libération du péritoine inférieur (mécanique)

Patiente

En décubitus membres inférieurs fléchis, pieds à plat sur la table

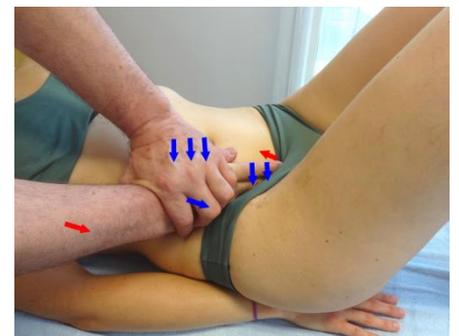
Patricien

Debout placé latéralement à la patiente sur le côté droit de la table.

Il positionne les pulpes des 3 derniers doigts et le bord cubital de l'auriculaire de sa main droite, à droite du muscle grand droit droit au-dessus de la symphyse pubienne.

Le bord cubital de la main droite vient s'appuyer sur l'iliaque.

Sa main gauche vient en contre appui au niveau du carpe de sa main droite.



Technique

Le praticien descend doucement les doigts de sa main droite vers le plan de la table en laissant le temps aux tissus de se récliner naturellement. Lorsqu'il perçoit être arrivé au maximum physiologique permis il induit une traction douce des tissus pelviens vers la tête du patient jusqu'à une mise en tension réelle mais non douloureuse. Il induit ensuite un contre appui du bord cubital de sa main droite sur l'épine iliaque droite en effectuant un mouvement de rotation autour de cet appui. Il accompagne les tissus dans les mouvements respiratoires naturels du patient. Il recommence l'opération plusieurs fois si nécessaire jusqu'à obtention du relâchement maximale possible.

Commentaires

Cette technique est décrite à droite car on retrouve environ 80% des fixations utérines à droite mais elle est applicable également du côté gauche en cas de fixation gauche.

Cette technique possède un très grand bras de levier et est donc très précise t aussi très puissante.

Il ne faut pas crisper les doigts et les mains au cours de la technique.

Cette technique doit toujours être infra douloureuse.

Il écarte les piliers orbitaires afin de donner un crédit de mobilité maximum aux membranes.

Cette technique demande une certaine puissance pour pouvoir "rentre" dans l'os frontal.

L'action de pression sera maximale près de la ligne sagittale de l'os avec une composante d'orientation vers la partie postérieure de la faux du cerveau.

Commentaire

Le bon centrage physique et mental du praticien lui permettra de pouvoir utiliser son buste pour réaliser cette technique puissante, sans crispation des doigts.

-7- Technique de nasion (tissulaire)

Patient

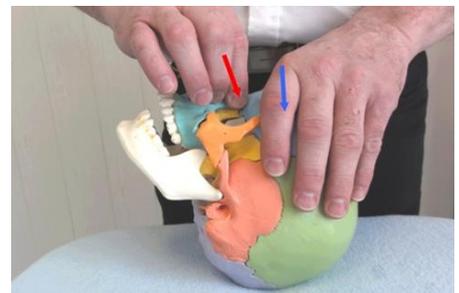
En décubitus.

Praticien

Debout, placé latéralement par rapport à la patiente à la hauteur de sa face.

Sa main céphalique empaume le frontal en positionnant le pouce et l'index au contact des parties supérieures des piliers.

Le pouce et l'index de la main caudale contactent en pince la jonction fronto-maxillaires supérieure de part et d'autre de nasion.



Technique

L'appui frontal va permettre de fixer le crâne sur la table.

Après avoir apprécié avec douceur la mobilité et la motilité de la zone de nasion, le praticien va entraîner l'ensemble des structures se situant sous ses contacts dans un sens mobilité fonctionnelle tridimensionnelle jusqu'à obtention d'un point tissulaire neutre.

Il maintiendra la posture jusqu'à obtenir un relâchement tissulaire ou effectuera un travail tissulaire tridimensionnel structurel ou fonctionnel ou mixte jusqu'à l'obtention de la libération maximale possible.

Commentaire

Lors de cette technique le crâne de la patiente doit être fermement, mais aussi confortablement immobilisé par la main frontale du praticien.

- 8 - Technique de libération du la face (tissulaire)

Patiente

En décubitus.

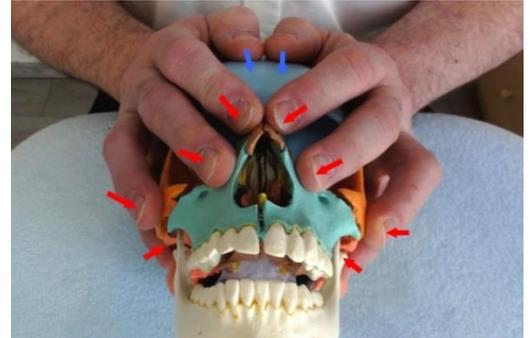
Praticien

Assis à la tête de la patiente les paumes de mains posées sur le haut du frontal.

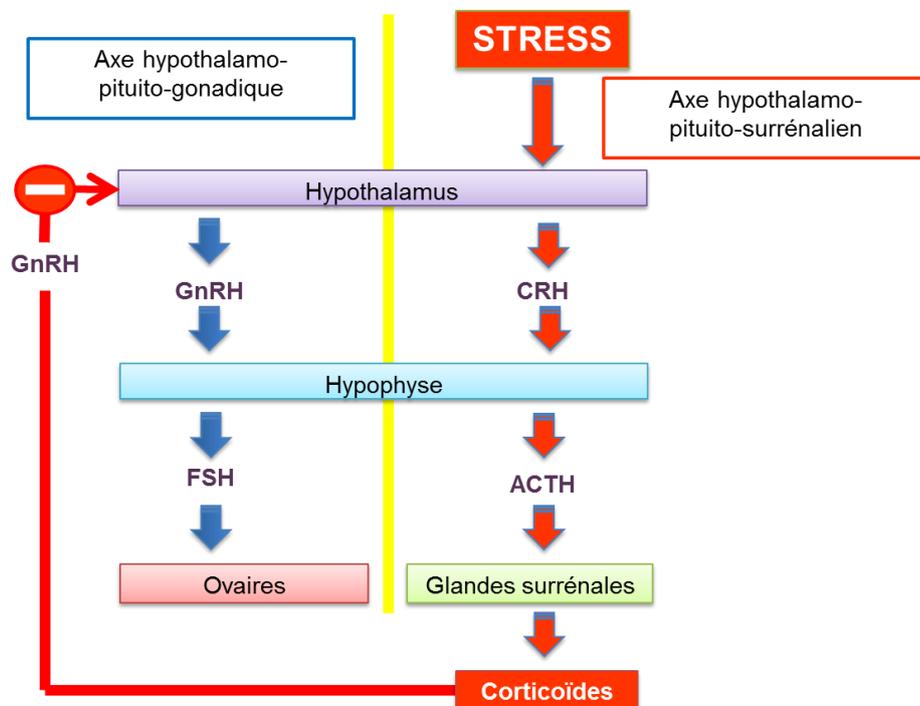
Les pulpes des pouces sont au contact de la suture métopique.

Les index et majeurs sont étalés sur le maxillaire supérieur.

Les annulaires sont posés sur les malaïres et les auriculaires au contact des articulations temporo-mandibulaires (ATM).



Stress et fertilité



Effet du stress sur les gonades

Dans un cas, on utilise des liens mécaniques, dans l'autre, nous sommes dans une notion de projection mentale d'induction/intention neurovégétatives. Les zones parasitées sont loin de l'être toutes par les seuls liens mécaniques.

Les liens neurovégétatifs, mentaux, énergétiques ou encore autres, échappent à la perception de l'humain et peuvent ici être de mise et de manière conjuguée. Ceci correspond en fait aux chaînes de dysfonctions de l'organisme constituées de maillons et de liens très différents, mais solidaires entre eux (Voir chapitre de l'approche ostéopathique).

Techniques de l'approche impactive

Différentes techniques sont ici proposées. Il faut avoir à l'esprit qu'elles sont miscibles et qu'il est possible, voir conseillé, de passer de l'une à l'autre en cours de traitement.

Seules comptent les informations tissulaires reçues et le ressenti quasiment instinctif du praticien. Elles sont présentées d'une manière très distincte ci-après, mais dans la réalité de la pratique, elles fusionnent naturellement.

Technique du "Couteau Suisse"



Sourcier



Cardan



Piano

Patiente

En décubitus très confortable

Praticien

Debout latéralement à la patiente, transversalement à la hauteur du tronc.

Le praticien entre en contact avec la patiente au niveau de deux zones parasitées détectées lors du test du "Pantographe", du "Sponge test" ou d'une projection organique correspondant au test d'interrogation mentale.

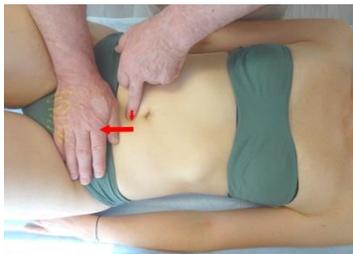
Technique

Il faut faire un travail en "intention" (voir chapitre des techniques tissulaires) qui correspond en fait à un travail en " induction mentale".

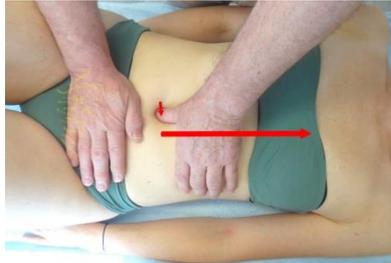
Avec deux points d'appui, ceci correspond au travail du "sourcier" qui avec sa baguette de coudrier centre son attention vers une zone de convergence.

Il est aussi possible d'utiliser un contact dit en "Cardan" (4 points) pour effectuer un travail plus tridimensionnel, ou encore un contact en "Piano" en utilisant la pulpe des dix doigts de la main de manière alternée ou dissociée pour s'adapter toujours au mieux aux réponses tissulaires sous-jacentes.

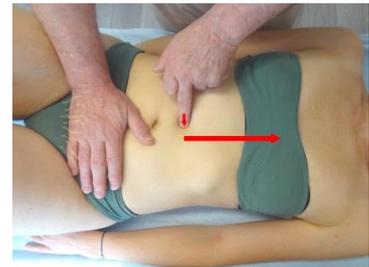
Au niveau tissulaire, ces zones sont celle où la perception mentale de la motilité tissulaire exerce une attirance. Le praticien dirige en permanence son centrage vers la zone de concentration des tissus qui est fluctuante de manière tridimensionnelle.



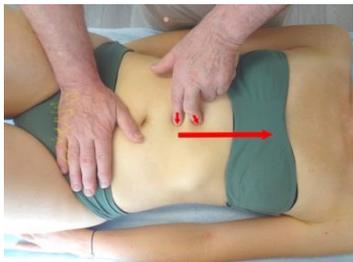
Vie intra-utérine/Pelvis



Retour : Ombilic/Pelvis



Points retour/Pelvis



Changement Points retour/Pelvis



Points retour/Pelvis



Appendice xyphoïde/Pelvis



Bernard Ferry - ostéopathe D.O.



17 JM / Appendice xyphoïde

17 JM / Poumon gauche

17 JM / Poumon droit

Chaque point doit être mis en balance, en corrélation réciproque avec la main pelvienne.

Le contact du point génère une réponse au niveau de la main pelvienne.

Il faut alors équilibrer la motilité tissulaire entre les deux contacts.

L'équilibre est obtenu lorsqu'il existe un calme tissulaire au niveau de la main caudale et que le pelvis est comparable à un "lac calme" d'où il émane une sensation de sérénité et de quiétude.

Ce travail se fait en intention.

Le travail sur la naissance (ombilic) se fait en positionnant un doigt au niveau de l'ombilic. Attention à la sensibilité de cette zone qui est la première cicatrice du corps. Pour info, le contact avec l'ombilic peut être très profond. Les tissus comme d'habitude en donneront l'indication.

Le travail sur la section sous ombilicale (vie intra-utérine) peut se faire d'une manière ponctiforme ou globale en fonction des cas.

Après avoir travaillé le "Jenn Mo" de manière descendante sur tous les points réactifs et les avoir équilibrés, le même parcours est alors refait de manière ascendante pour revérifier les éventuelles impactions résiduelles éventuelles au niveau pelvien.

S'il existe toujours des réactivités pelviennes il faut refaire un travail de balance jusqu'à obtention d'un "lac calme".

Conclusion

- La reproduction est la première et en fin de compte la seule finalité de notre vie.
 - La Fertilité est donc la condition "sine qua non" sans laquelle la race humaine disparaîtrait de la planète terre.
 - En médecine ostéopathique ce domaine est celui qui va vous demander l'approche holistique la plus importante de toutes les prises en charges.
 - Il faudra impérativement redonner aux patientes les 100% de leurs fonctionnalités, faute de quoi leur processus de reproduction ne pourra aller jusqu'à mettre en route une grossesse.
 - Le praticien que vous êtes va donc devoir posséder le maximum de connaissances et de compétences pour pouvoir les mettre au service de ses patientes.
 - Cette formation ne doit être pour vous que le point de départ d'un cheminement professionnel. Considérez qu'elle ne vous a apporté que le minimum nécessaire et que vous devez sans cesse vous améliorer.
 - Gardez aussi toujours à l'esprit que vous n'êtes qu'un petit vecteur qui aura peut-être pu donner les bons fulcrum pour que les organismes puissent s'exprimer.
 - Que vos "échecs" vous incitent à vous remettre en cause sans perdre votre confiance, et que vos "succès" surtout ne vous grisent pas, mais qu'ils vous fassent prendre conscience que vous avez simplement bien fait votre travail.
 - N'oubliez surtout pas de transmettre un jour ce que vous aurez développé grâce à ce que l'on vous aura transmis, votre pratique et votre expérience.
- C'est grâce à cela que progressent les connaissances humaines pour le bienfait de l'humanité.

TABLE DES MATIERES

- 1 - Introduction
- 2 - Bilan étiologique de la fertilité
- 4 - La fertilité Féminine
- 16 - Infertilité féminine
- 17 - La fertilité masculine
- 21 - Infertilité masculine
- 22 - Pathologies d'exclusion du champ ostéopathique
- 23 - Malformation utéro vaginales
- 27 - Endométriose
- 33 - Possibles causes ostéopathiques d'infertilité
- 34 - Les traitements médicaux de l'infertilité
- 36 - La réserve ovarienne : L'Hormone Anti-Müllérienne : AMH
- 36 - Examens et dosages hormonaux
- 37 - Le test de Hühner
- 38 - Les protocoles de stimulation
- 39 - Procréation médicalement assistée
- 40 - Diagnostic de grossesse après AMP
- 42 - La consultation ostéopathique
- 44 - Tableau des courbes de température
- 45 - Les courbes de températures anormales
- 48 - Observations symptomatiques
- 52 - Projections rachidiennes
- 55 - Conseils de l'ostéopathe
- 58 - Une vision ostéopathique simple de la fertilité
- 58 - Une vision ostéopathique de l'infertilité
- 59 - Tests cliniques ostéopathiques de la fertilité
- 59 - Tests essentiels

- 70 - Tests crâniens
- 73 - Tests thoraciques
- 78 - Tests pelviens
- 85 - Axes de traitement
- 86 - Approche holistique globale
- 90 - La médecine ostéopathique
- 93 - Les chaînes de dysfonctions
- 96 - Les boucles de dysfonctions
- 99 - La règle des "6 P"
- 100 - types de travail tissulaire
- 104 - Les techniques mécaniques
- 105 - Les techniques thoraciques
- 118 - Les techniques abdominales
- 120 - Les techniques pelviennes
- 123 - Les techniques utérines externes
- 125 - Les techniques crâniennes
- 131 - Les techniques de réharmonisation
- 133 - Le protocole de redynamisation énergétique ostéopathique
- 136 - Symbiose Holistique
- 138 - Stress et fertilité
- 139 - La ligne blanche
- 141 - Les impactions tissulaires inconscientes
- 148 - L'approche "Impactive"
- 161 - Conclusion
- 162 - Table des matières

