

# Formations Ostéopathiques Holistiques



Grossesse

Accouchement

Post Partum

## OSTEOPATHIE ET PERINATALITE

Physiologie

Pathologie

Ostéopathie

Ostéopathie Grossesse Accouchement et Post Partum 2021  
Support de cours 2021  
Bernard Ferru ostéopathe D.O.

**Bernard FERRU Ostéopathe D.O.**

[www.osteopathie-bf.com](http://www.osteopathie-bf.com)

Formation Post Graduate  
Ostéopathie  
Grossesse Accouchement et Post Partum

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 de manière inconsciente 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... "

La prise en charge ostéopathique d'une femme enceinte demande à la fois des connaissances professionnelles spécifiques, une grande subtilité physique et psychologique et de la bienveillance. Il est toujours très surprenant de voir que des interventions ostéopathiques très subtiles dispensées dans ce domaine se révèlent souvent être d'une très grande efficacité...

L'accompagnement du praticien ostéopathe semble une nécessité tout le long du parcours de la grossesse car avec ses techniques il va assister la nature et l'organisme dans une aventure où l'expansion physiologique tissulaire est poussée à son paroxysme et où l'adaptation tissulaire n'est pas un vain mot. Lors de nos interventions aux cours des grossesses il semble souvent très surprenant que si peu fasse autant.

Je vous invite donc au cours de cette formation à partager les connaissances et les références de mon expérience professionnelle, que je vais essayer de vous transmettre avec toute la passion qui m'anime, dans l'intérêt des Mamans et des Bébés qui accepteront de se confier à vos mains...

Leur bien être en sera votre remerciement.

B.F.

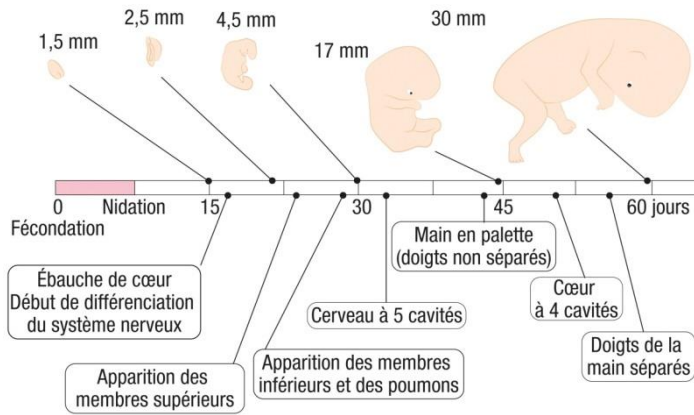
Table des Livres

- Page 3 - "Ostéopathie et Grossesse"
- Page 97 - "Ostéopathie et Accouchement"
- Page 165 - "Ostéopathie et Post Partum"
- Page 182 - Table des matières générale

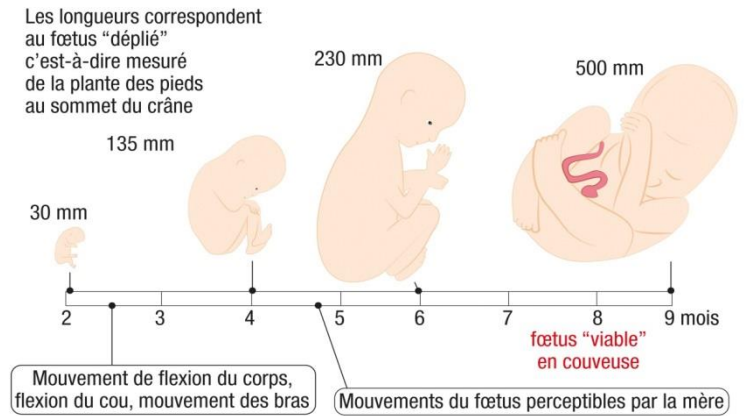
Toute représentation, traduction ou reproduction, intégrale ou partielle, par tous procédés, en tous pays et sur tous supports faites sans autorisation écrite préalable de l'auteur est illicite et exposerait le contrevenant à des poursuites judiciaires. Réf. : loi du 11 mars 1977, alinéas 2 et 3 de l'article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

# FORMATION OSTÉOPATHIE GROSSESSE ACCOUCHEMENT ET POST PARTUM

## LA GROSSESSE



La période embryonnaire



La période fœtale

### L'UTERUS AU COURS DE LA GROSSESSE

#### - Le Développement Fœtal

#### - La Période Embryonnaire

#### 1<sup>er</sup> mois

##### - 1<sup>ère</sup> semaine de grossesse - 3<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée

Le minuscule œuf fécondé progresse dans une des trompes. On observe une division des tâches au niveau des cellules : certaines se développent dans l'embryon, d'autres dans le placenta. A la fin de cette première semaine, l'embryon se fixe à la paroi de l'utérus.

##### - 2<sup>ème</sup> semaine de grossesse - 4<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée

Les cellules et les tissus de l'embryon se développent.

##### - 3<sup>ème</sup> semaine de grossesse - 5<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée

A la fin de la 3<sup>ème</sup> semaine, l'activité cardiaque de l'embryon débute. La circulation sanguine permet la distribution des nutriments et de l'oxygène aux minuscules organes.

##### - 4<sup>ème</sup> semaine de grossesse - 6<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée

Les premières cellules nerveuses apparaissent et avec elles, le cerveau primitif. Elles permettront de contrôler les fonctions corporelles et la conscience. L'embryon ne mesure que 4 millimètres mais on observe déjà les bourgeons des membres et les organes se mettent en place. Il nage et vit dans une bulle contenant le liquide amniotique et est maintenant visible à l'échographie. Le placenta, avec son réseau de vaisseaux sanguins, constitue le lien entre l'embryon et l'utérus.

#### 2<sup>ème</sup> mois

##### - 5<sup>ème</sup> semaine de grossesse - 7<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée

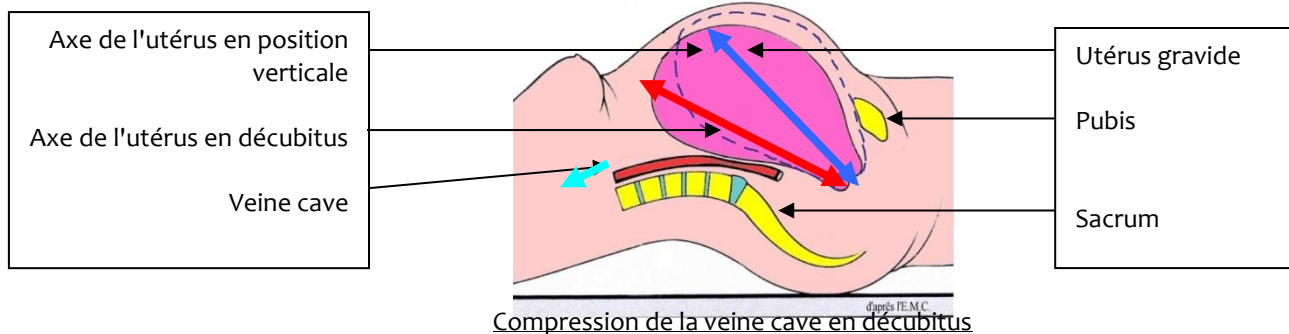
L'embryon mesure alors environ 7 mm. On discerne les yeux, le nez et la bouche. Les vertèbres et les muscles se développent. Le cerveau et la moelle épinière commencent à émettre des signaux vers les muscles, leur ordonnant de se contracter pour réaliser des mouvements.

### Effets de la grossesse sur le système vasculaire

Au cours du premier trimestre, le débit cardiaque augmente d'environ 20%, pour atteindre 40% vers la fin du sixième mois.

Le volume d'éjection systolique augmente peu à peu de 10 à 15 millilitres (ml) tout au long de la grossesse. La fréquence cardiaque augmente de 10 à 15 battements par minute et se trouve peu modifiée par le décubitus.

On observe aussi une augmentation anatomique du volume du ventricule gauche pour répondre à l'augmentation du débit.



Il faut noter qu'en décubitus dorsal, la compression de la veine cave par l'utérus gravide diminue le retour veineux. C'est la circulation collatérale qui doit absorber la restriction du retour par la veine cave. Si ce système est insuffisant, il peut être responsable d'un choc hypotensif provoqué par le décubitus, ou occasionner un état de malaise sans véritable collapsus. La pression artérielle diminue pendant le premier trimestre, se stabilise pendant le second et remonte pendant le troisième.

Une tension de 14/9 est définie comme la limite supérieure de la normalité.

La diminution de tension, alors que la volémie et le débit cardiaque augmentent, s'explique par l'importante diminution (33%) de la résistance vasculaire artérielle périphérique.

La pression artérielle pulmonaire n'est pas modifiée.

La pression veineuse est augmentée dans les membres inférieurs à cause de la gêne du retour veineux causée par l'utérus gravide. Les œdèmes générés par ces phénomènes touchent 50% à 60% des gestantes. Ils sont considérés comme normaux s'ils ne s'accompagnent pas d'hypertension.

### Les hormones jouent un rôle important dans les adaptations vasculaires

Les œstrogènes augmentent la fréquence et le débit circulatoire ainsi que la contractilité du myocarde.

La progestérone provoque un relâchement veineux.

Au cours de l'accouchement, le débit cardiaque (15%) et la pression artérielle (10%) augmentent.

Pendant chaque contraction utérine, 300 à 500 millilitres (ml) de sang sont redistribués dans la circulation en augmentant ainsi le retour veineux.

Ces changements hémodynamiques génèrent une bradycardie réflexe.

Ces modifications sont fluctuantes en fonction de la posture de la mère, de la direction du travail et de son intensité.

A noter que la bradycardie et l'élévation du débit cardiaque resteront pendant les 2 premières semaines du post partum.

### Activité physique et grossesse.

L'activité physique redistribue le volume sanguin au profit des territoires musculaires périphériques avec une incidence sur la vascularisation splanchnique et utérine.

Des efforts très importants pourraient être à l'origine d'une insuffisance utéro-placentaire si les mécanismes compensateurs ne se mettaient pas en jeu.

Il faut noter que la grossesse et l'accouchement représentent un stress pour l'appareil cardiovasculaire qui peut être le révélateur d'une cardiopathie bien compensée jusque-là.

- les malformations utérines
- une dilatation cervicale supérieure à 1 cm à 32 semaines
- deux antécédents d'avortement au second trimestre
- un antécédent d'accouchement prématuré
- un antécédent de menace d'accouchement prématuré
- une chirurgie abdominale pendant la gestation
- un antécédent de conisation
- un col effacé inférieur à 1 cm à 32 semaines
- une irritabilité utérine, une intoxication par la cocaïne

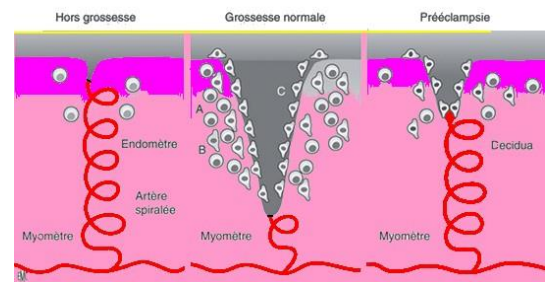
#### Les risques mineurs

- maladie fébrile
- saignement après 12 semaines
- Pyélonéphrite
- plus de dix cigarettes par jour
- un antécédent d'avortement du second trimestre
- plus de deux avortements au premier trimestre

#### Syndromes exceptionnels de la grossesse

#### La prééclampsie et l'éclampsie

- Prééclampsie (Toxémie gravidique) = hypertension artérielle (> 14/9) + protéinurie
- Evolution = Eclampsie = convulsions = urgence vitale
- 5 à 6 % des grossesses (pays sous-développés)
- Facteurs de risque :
- HTA
- primiparité
- âge maternel supérieur à 40 ans
- obésité (multiplie le risque par 1,5 environ)
- un diabète préexistant (multiplie le risque par 3 environ)
- la présence d'anticorps antiphospholipides (multiplie le risque par 9 environ)
- la notion d'une maladie thromboembolique ou d'une maladie rénale.
- risque augmenté en cas de grossesse
- HTA dans la famille (multiplie le risque de survenue par 33)



#### Physio-pathologie

##### L'origine inconnue

- Mauvaise vascularisation par les artères spiralées du placenta
- L'organisme maternel compense le défaut de vascularisation du placenta par une hypertension artérielle et une réduction de la perfusion de tous les organes induisant un risque de défaillance.
- Histologiquement : lésions d'infarctus, d'hypoxie-ischémie villositaire

##### Diagnostic :

- Hypertension artérielle (systolique > 140 mmHg et/ou HTA diastolique > 90 mmHg)
- Protéinurie (supérieure à 300 mg/24 heures).
- Suspectée en cas de céphalées, vertiges, troubles de la vue ou lorsque le fœtus est trop petit par rapport à l'âge gestationnel.

##### Signes de gravité : (attention si facteurs de risque)

- Oligurie
- Douleur de l'hypochondre droit
- Thrombopénie et anémie
- Hyperuricémie

## LA MEDECINE OSTEOPATHIQUE

### Les chaînes de fonctions

Elles peuvent être considérées comme constituées de différents et nombreux maillons d'éléments anatomiques de l'organisme. Ceux-ci peuvent avoir des structures complètement différentes les uns des autres. Elles sont en relation entre elles grâce à des liens très variables (osseux, musculaires, neurologiques, vasculaires, hormonaux, énergétiques, ...).

Ces chaînes de fonctions font partie intégrante de chaque humain. Elles servent en permanence de compensations aux éléments qui en sont des parties intégrantes. Ces éléments sont soumis aux fluctuations nécessaires à l'homéostasie, sous l'influence de facteurs exogènes (traumatiques, métaboliques et/ou émotionnels ainsi que mécaniques pour la période de la grossesse).

Il est possible de les appeler chaînes de fonctions tant qu'aucun symptôme (douleurs, anomalies physiologiques, fourmillements, anesthésies, vertiges, etc...) n'apparaît.

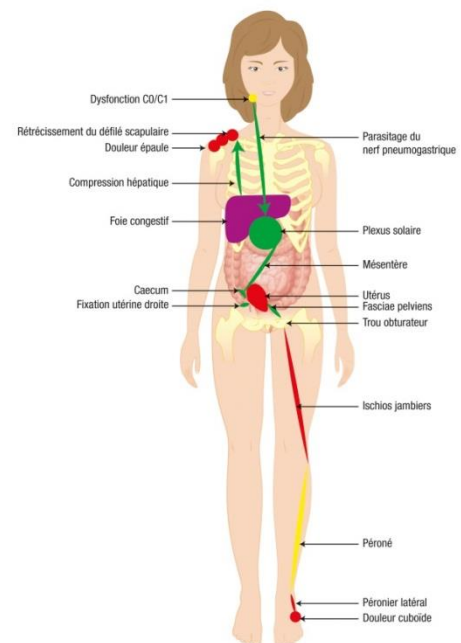
### Les chaînes de dysfonctions

Ces chaînes de dysfonctions ne sont que des chaînes de fonctions qui ont perdu leur total pouvoir de compensation.

Elles génèrent ainsi l'apparition des symptômes à partir de dysfonctions majeures ou mineures se situant au sein de cette chaîne de dysfonction.

Les symptômes ou les dysfonctions organiques apparentes ne sont que des "voyants sur un tableau de bord de voiture". Ils sont la traduction des inadaptations des chaînes de fonctions et de certains de leurs maillons.

Les symptômes se trouvent la plupart du temps sur les dysfonctions mineures (souvent en extrémités de chaînes), ce qui met en évidence qu'il ne faut pas être attiré vers le symptôme mais rechercher et trouver les dysfonctions majeures. Seule la libération de ces dernières permettra la disparition des symptômes et la réinitialisation des chaînes de dysfonctions en chaînes de fonctions.



Exemple de chaîne de dysfonctions

### - Exemples de chaînes de dysfonctions

Prenons l'exemple d'une patiente qui souffre d'une douleur à l'épaule droite ainsi que d'une gêne permanente à la marche au niveau du cuboïde du pied gauche.

Supposons que la dysfonction majeure soit une fixation utérine droite.

Nous sommes ici en présence d'une chaîne de dysfonction qui possède une partie dite descendante et une partie dite montante.

Différents maillons de cette chaîne vont se trouver sollicités par les tensions induites par la perte de mobilité générée par la fixation utérine droite.

Il peut s'organiser à partir de cette dysfonction majeure, une chaîne de dysfonction avec une branche descendante et une montante.

Tous les éléments constitutifs de la branche descendante (ischios-jambiers, péroné, péroniers latéraux) donneront la mobilité requise à l'exception du cuboïde dont les tissus vont commencer à souffrir et s'enflammer à cause d'un étirement plus ou moins permanent.

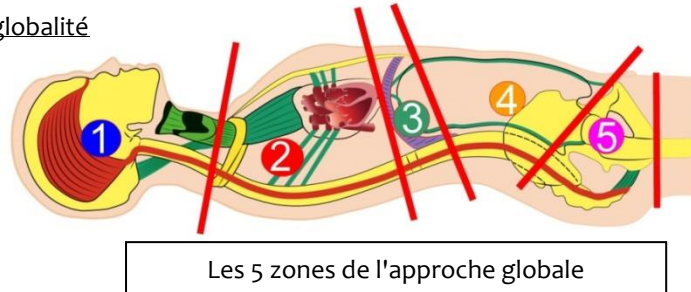
Pour la branche montante on peut trouver, à partir de la fixation utérine, une adhérence caecale ayant un lien mésentérique qui peut arriver sur sa racine supérieure au niveau d'un plexus solaire.

## Approche holistique globale

L'enseignement de la médecine ostéopathe, très riche en connaissances et en détails de toute nature, à bien souvent tendance à entraîner le praticien dans une approche segmentaire proche du symptôme. Ceci l'éloigne de la perception globale qu'il semble nécessaire d'avoir.

La médecine ostéopathe est et reste avant tout, une médecine holistique\*.

## L'analyse globale de la globalité



Nous allons aborder le corps dans sa globalité, en exceptant ses membres, qui sont plutôt des appendices de servitude.

Il est possible de déterminer des zones qui vont avoir des spécificités fonctionnelles propres.

Elles vont se situer en interdépendances mécaniques réciproques dont la résultante doit être l'homéostasie de l'ensemble.

## Les 5 zones

### Zone 1 - la zone cérébrale

Elle va assurer la fonction de régulation générale grâce à ses systèmes qui la relient à l'ensemble du corps (hormonal et neurovégétatif entre autres).

C'est en quelque sorte "l'ordinateur" qui régule la vie sous l'influence de la vitalité des hémisphères cérébraux et de leur mécanisme de respiration primaire (MRP).

Cette entité est constituée principalement d'éléments liquidiens cloisonnés dans une boîte résistante, très peu mobile et à l'adaptation limitée.

Situés en extrémité de l'organisme, les éléments de cette zone sont sous l'influence mécanique des tractus anatomiques venant des zones sous-jacentes. Ils le sont aussi par les capacités de régulation des circulations liquidiennes gérées mécaniquement par l'ensemble des zones du tronc.

### Commentaires

Il est possible de dire que c'est au niveau de cette zone que tout se passe. Dans la fertilité son rôle est prépondérant. Elle est à la fois en charge de l'ordonnance des efférences motrices et de la réception des afférences sensibles. Elle est aussi la zone où sont reçues les informations du milieu extérieur et en transforme la synthèse idéatoire en fonction idéomotrice. La complexité fonctionnelle en est sa caractéristique.

### Zone 2 - la zone du thorax aérique

Cette zone est constituée par la partie creuse aérique du thorax qui permet la fluctuation et le transfert sanguin des gaz nécessaires à la vie cellulaire. Elle permet l'apport de l'énergie aérique qui nourrit l'énergie vitale.

Elle est formée d'une structure périphérique semi-rigide qui permet de sous-tendre les éléments qu'elle renferme à savoir, les poumons et le médiastin avec la pompe cardiaque.

### Commentaires

Cette zone est le cœur (c'est le cas de le dire) de la régulation liquidiene générale du corps. Elle distribue le sang et recollecte tous les liquides du corps (sang et lymphe). Elle est un peu le garant du portage



Les tests sont présentés ici de manière ascensionnelle mais ils sont réalisables avec une chronologie différente. Celle-ci devra être adaptée en fonction de l'interrogatoire et des spécificités de chaque patiente.

- Les tests spécifiques :

- 1 - Test de la flexion plantaire ++
- 2 - Test des cuboïdes ++
- 3 - Test des fascias des membres inférieurs +
- 4 - Test des membranes obturatrices +++
- 5 - Test de la mobilité et motilité sacrée +++
- 6 - Test du pelvis à 3 points ++
- 7 - Test d'inhibitions mécaniques à partir du sacrum +++ (**test essentiel**)
- 8 - Test des lames Sacro-Recto-Génitiaux-Pubiennes (SRGP) ++
- 9 - Test de la mobilité utérine ++
- 10 - Test global de la chasse des liquides abdominaux+++ (**test essentiel**)
- 11 - Test thoraco-hépatique +++
- 12 - Test thoracique général +++
- 13 - Test de la coupole diaphragmatique droite ++
- 14 - Tests des reins +++ (**test essentiel**)
- 15 - Test de la coupole diaphragmatique gauche ++
- 16 - Test de l'orifice supérieur du thorax (OST) ++ (**test essentiel**)
- 17 - Test des 1<sup>ères</sup> et 2<sup>èmes</sup> côtes +++ (**test essentiel**)
- 18 - Test global du crâne ++
- 19 - Test du socle crânien ++

La mise en œuvre de ces tests doit s'inscrire dans une recherche de construction de chaînes de dysfonctions qui animent les symptômes ayant motivé la consultation.

Si la consultation est préventive, on recherchera à analyser les chaînes de fonctions intéressant particulièrement le pelvis, le diaphragme thoracique et la base crânienne.




Ces zones vont inmanquablement être obligées d'être libres ou de s'expanser lors de la grossesse.

Les tests spécifiques doivent permettre au praticien de faire un état des lieux pour pouvoir travailler ensuite sur les zones essentielles afin de valoriser l'organisme de la patiente.

Le but est de l'aider à vivre sa grossesse du mieux possible, à savoir :

- favoriser sa bonne expansion utérine ;
- limiter au maximum les perturbations sur les systèmes liquidiens drainants ;
- combattre les essoufflements potentiels ;
- valoriser la neurocrinie grâce à une boîte crânienne libre ;
- équilibrer au mieux leur physiologie pour éviter l'hypertension artérielle ou le diabète gestationnel.

Légende des flèches des photos

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



### Commentaires

La tension des muscles spinaux est un excellent indicateur de la densité postérieure de la cage thoracique haute de la patiente. Il est aussi possible d'objectiver les différences entre le thorax haut gauche et droit postérieur.

Cette position permet aussi d'observer les éventuels enroulements des épaules uni ou bilatéraux, signes probants de traction médiastinale profonde.

Cette position permet également d'observer facilement le mode respiratoire.

Elle permet aussi de déterminer les zones de restrictions, les prédominances de cinétique abdominales ou thoraciques, ainsi que les efforts inspiratoires ou expiratoires développés par la patiente.

### - 17 - Test des 1<sup>ères</sup> et 2<sup>èmes</sup> côtes (test essentiel)

Patiente En décubitus genoux fléchis, tête dans le plan du corps. La tête doit être relevée de manière à effacer une hyper extension cervicale si la colonne dorsale est cyphosée.

Praticien Assis à la tête de la patiente les pouces sont positionnés au contact de la face supérieure des 1<sup>ères</sup> côtes (K1) derrière les bords postérieurs des clavicules. Les index viennent naturellement se positionner sur la partie antérieure des 2<sup>èmes</sup> côtes (K2).



### Test

Le praticien apprécie le positionnement des K1 et K2 pour objectiver les dissymétries "Hautes" ou "Basses". Il analyse la cinétique des amplitudes respiratoires des K1 et K2 côtes et les éventuelles restrictions d'amplitudes cinétiques ou fixités de celles-ci.

Il peut être nécessaire de demander une inspiration et expiration naturelle très légèrement amplifiée à la patiente si les côtes semblent sans cinétique dans la 1<sup>ère</sup> partie du test.

### Commentaires

Il est à noter que l'on trouve énormément de disparités physiques constitutionnelles des zones K1 / K2 entre les patientes.

### - Interprétation des tests d'après l'expérience clinique

Les K1 seront plus en relation avec le niveau inférieur du thorax et les K2 avec le niveau supérieur du thorax.

### - propositions de cotation

#### - Désignation des côtes :

- K1D = 1<sup>ère</sup> côte droite - K1G = 1<sup>ère</sup> côte gauche

- K2D = 2<sup>ème</sup> côte droite - K2G = 2<sup>ème</sup> côte gauche

#### - Positionnement des côtes

- H = Haute - M = Moyenne - B = Basse

#### - Cinétique des côtes

- F = Fixe - M + = Mobile + - M ++ = Mobile ++ - M +++ = Mobile +++

A noter que la fixité des côtes pourra faire penser à un terrain adapté depuis longtemps.

### - Exemples de cotation

- K1GBF = 1<sup>ère</sup> côte Gauche, Basse, Fixe

- K2DHM++ = 2<sup>ème</sup> côte Droite Haute, Mobile ++

Il n'est pas nécessaire de noter les 4 côtes. Seules les dysfonctions de positionnement ou de perte de mobilité seront vraiment utiles à mémoriser.

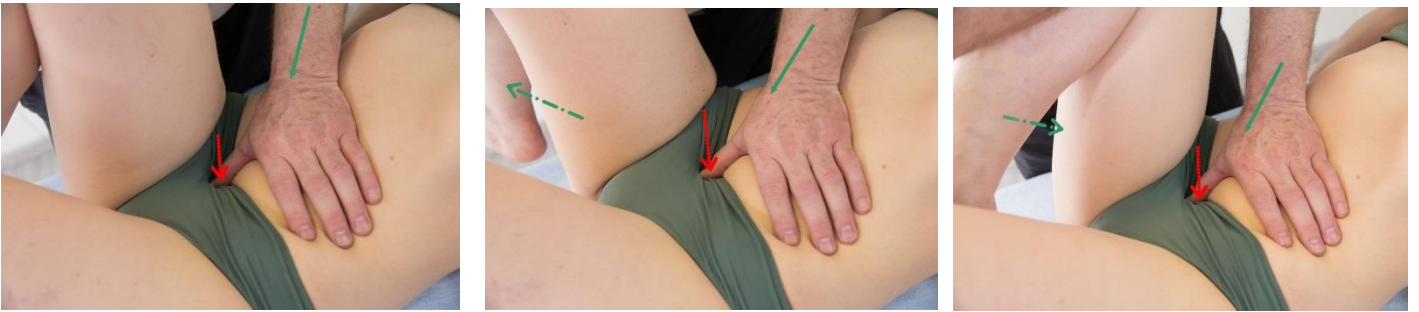
### - Quelques interprétations

K1DH = 1<sup>ère</sup> côte Droite "Haute" = congestion hépatique expansive.

K1GH = 1<sup>ère</sup> côte Gauche "Haute" = thorax haut gauche en inspiration.

K1DB = 1<sup>ère</sup> côte Droite "Basse" = spasme tissulaire sous diaphragmatique droit.

### - 3 - Technique de libération utérine (mécanique)



#### Patiente

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

#### Praticien

Debout à la hauteur de la patiente au niveau de son bassin.

La main caudale prend le genou de la patiente et soulève le membre inférieur homolatéral fléchi.

La main céphalique se positionne sur la partie basse de l'abdomen de la patiente, le pouce posé à l'extérieur de la partie sus pubienne du muscle grand droit.

#### Technique

Le praticien descend très doucement et subtilement son pouce en direction de la partie externe homolatérale de l'utérus en prenant bien le temps de laisser les tissus se récliner naturellement.

Avec sa main caudale il mobilise doucement le membre inférieur homolatéral de la patiente en utilisant les 3 plans de l'espace. Ainsi il peut mettre en tension les tissus utérins contre son pouce céphalique.

La technique consiste à alterner sur des temps courts les mises en tension et les relâchements au niveau utérin, de manière à obtenir un travail d'étirement des tissus pelviens homolatéraux.

#### Commentaires

La description de la technique correspond à une fixation utérine droite.

Très important : Cette technique mécanique doit être exécutée avec une très grande finesse et de manière très subtile pour ne jamais maintenir l'étirement des tissus utérins plus de 5 secondes de suite.

La traction exercée devra toujours respecter l'élasticité physiologique des tissus.

Cette technique doit être effectuée en conscience avec l'embryon ou le fœtus tout proche.

#### Techniques crâniennes

N'étant pas essentiels dans le suivi de la grossesse, elles ne sont pas décrites dans ce poly.

Néanmoins il est important d'aller vérifier la bonne fonctionnalité crânienne pour que la physiologie hypothalamo-hypophysaire puisse se faire correctement puisqu'elle assure la commande hormonale pelvienne.

Il faudra quand même y apporter une attention particulière si la patiente a déjà été victime de fausses couches ou si elle a bénéficié d'une assistance médicale à la procréation.

Les techniques crâniennes doivent toujours être mises en œuvre en fin de traitement après avoir libéré les zones 2+3, 4 et 5.

## Les Techniques spécifiques du 5<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> mois

### - 1 - Technique d'équilibration thoraco-hépatique

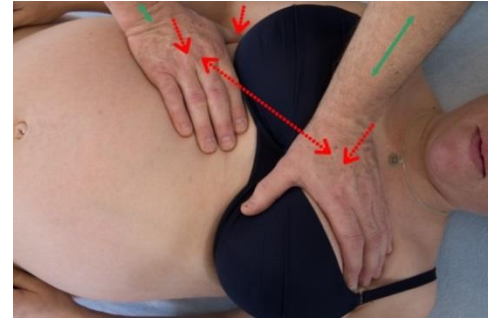
#### Patiente

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

#### Praticien

Debout placé transversalement à la droite de la patiente, à la hauteur de son diaphragme. La main caudale est positionnée au contact du grill costal en regard de la face antérieure du foie, le pouce venant contacter la face latérale du foie.

La main céphalique va se poser à plat sur le thorax gauche, les éminences Thénar et Hypothénar au contact de la face antérieure du sternum en regard du cœur.



#### Technique

Après s'être centré le praticien va porter son attention pour percevoir les zones de plus grande densité se trouvant sous ses mains au niveau du couple cœur/foie.

Il va ensuite appliquer son intention en effectuant un travail tissulaire dans le sens fonctionnel tridimensionnel jusqu'à obtention d'un relâchement des tissus.

Ses mains doivent converger vers la plus grande densité perçue qu'elle soit hépatique ou cardiaque. Il doit effectuer des "stacking\*" successifs en fonction des informations perçues au niveau des tissus jusqu'à l'obtention d'un point neutre à partir duquel la libération tissulaire pourrait se faire.

Si le travail de libération dans le sens fonctionnel ne se produit pas, 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 le praticien accompagne les variations d'amplitudes de la respiration.

#### Commentaires

Il semble logique de commencer par la prise de contact avec les plus gros et les plus denses organes du thorax aérique (cœur) et du thorax organique (foie). Ils recèlent la plus grande quantité de liquide et sont soumis à un contrôle neurovégétatif très important.

Au cours de la technique, attention de ne pas comprimer l'utérus gravide avec la main caudale.

### - 2 - Technique de libération du médiastin antérieur

#### Patiente

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

#### Praticien

Debout, placé transversalement à la patiente, à la hauteur de sa cage thoracique.

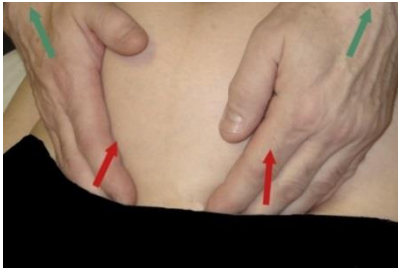
Le praticien positionne les talons de ses 2 mains (éminences thénar et hypothénar) au niveau des jonctions costo-sternale. Ses bras sont tendus (mais non verrouillés) de manière à pouvoir transmettre le plus facilement possible, la puissance utile venant de son thorax. Il sera positionné de préférence au-dessus de la patiente.



#### Technique

Après s'être centré le praticien va porter son attention pour percevoir la ou les zones de plus grande densité, se trouvant sous ses appuis, dans le volume thoracique et sur les zones médiastinales.

## - 2 - Technique utérine (mécanique et tissulaire)



### Patiente

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

### Praticien

Debout, à droite ou à gauche de la patiente, à la hauteur de son thorax, en lui tournant le dos.  
Les bords cubitiaux des auriculaires sont posés entre les plis de l'aîne et le cône utérin de la patiente.

### Technique

Le praticien descend très doucement les contacts de ses mains le long des bords du cône utérin en respectant le réclinement des tissus.

Il suit la cinétique abdominale de la respiration naturelle de la patiente pour pouvoir s'immiscer le plus profond possible.

Lorsqu'il ne peut plus progresser entre les tissus et qu'il englobe par sa prise le cône utérin, il exerce une traction douce de l'utérus vers la tête de la patiente.

Il doit respecter les orientations directionnelles utérines, qu'il maintient quelques secondes, lorsqu'il perçoit sous les doigts la tension physiologique maximale possible des tissus.

La manœuvre peut être répétée plusieurs fois jusqu'à l'obtention d'une libération maximale possible.

Le praticien accompagne dans l'espace la cinétique respiratoire abdominale sans modifier les mises en tension tissulaires établies.

### Commentaires

Le praticien a la possibilité de travailler le désengagement utérin pelvien de manière symétrique ou plus latérale (photo).

Cette manœuvre est une mise en suspension utérine au-dessus du bassin et non une élévation forcée.

## - 3 - Technique utérine en latérocubitus (mécanique)

### Patiente

En latérocubitus côté gauche de préférence (Pour éviter les compressions du système porte du retour veineux), genoux fléchis.

### Praticien

Debout, collé au dos de la patiente.

Le praticien prend l'utérus en "berceau" entre ses mains.

Il doit être en contact étroit avec sa patiente et veiller à posséder de réels et solides appuis, à la fois contre la table et au sol.

Il doit garder un bon équilibre, car cette technique peut le positionner en "porte à faux".



### Technique

Au cours de cette technique mécanique, le praticien va désengager le cône utérin du détroit supérieur du bassin en utilisant la pesanteur et le mouvement respiratoire naturel de la patiente.

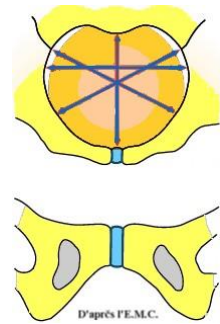
L'utérus doit être maintenu en "suspension" pendant tout le temps de la technique.

**Bassin platypelloïde (2% des cas).**

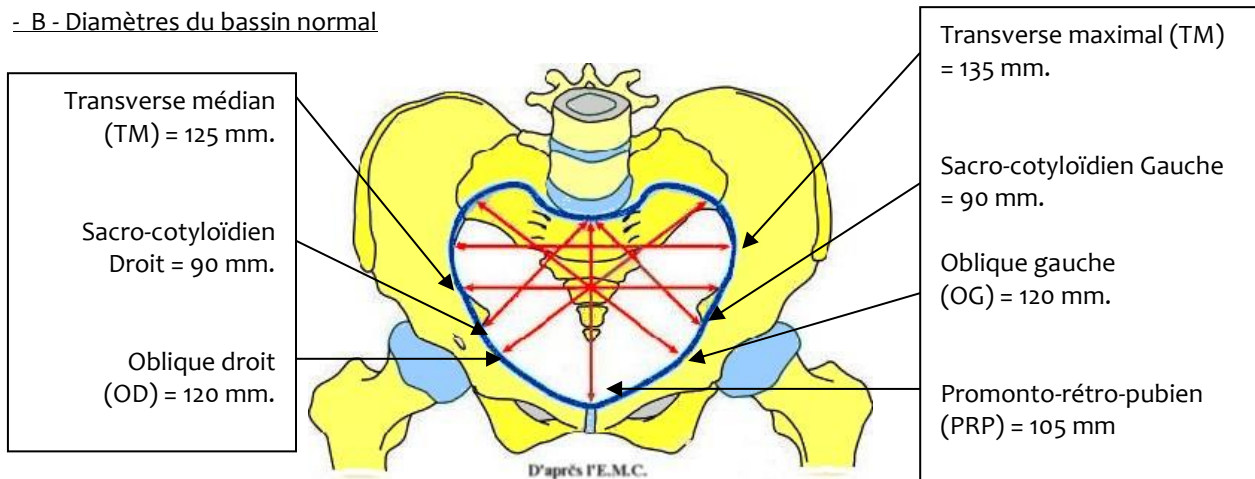
C'est le bassin plat.

Le diamètre antéropostérieur est très inférieur au diamètre transverse.

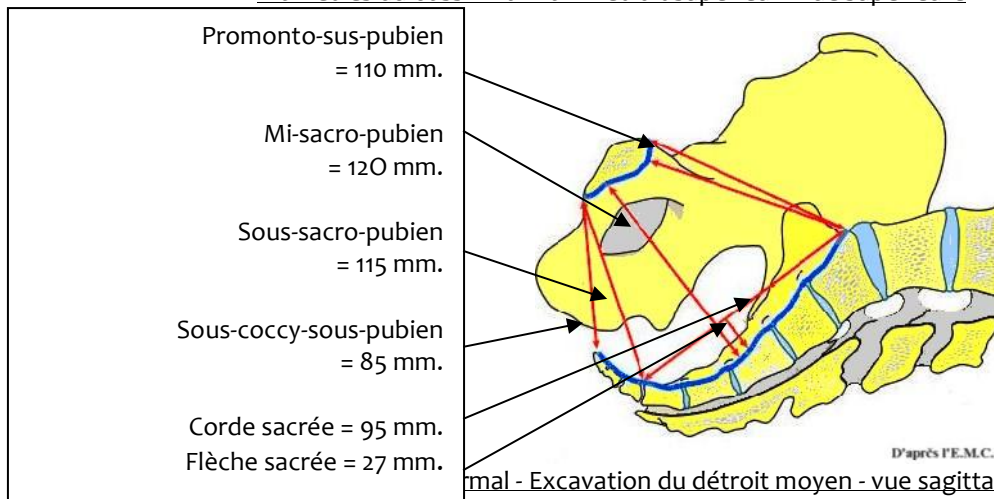
De nombreuses formes intermédiaires de bassin existent et les dimensions de ces derniers sont généralement compatibles avec un accouchement par voie basse.



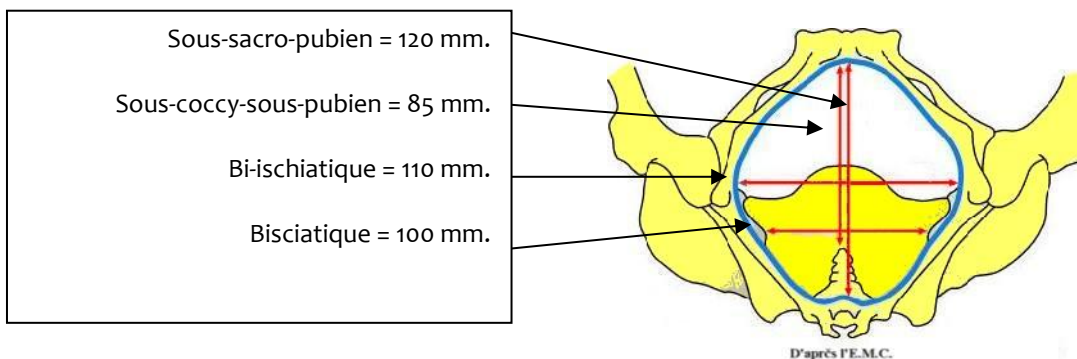
**- B - Diamètres du bassin normal**



**Diamètres du bassin normal - Déroit supérieur - vue supérieure**



**Normal - Excavation du détroit moyen - vue sagittale**





Cependant, l'action de l'ocytocine dans la physiologie du travail semble confirmée par l'augmentation du nombre de récepteurs à l'ocytocine dans le myomètre près du terme.

#### Action des stéroïdes hormonaux

La progestérone est l'hormone classiquement connue comme maintenant la gestation.

Sa chute précède la parturition.

Les œstrogènes sont sécrétés pendant la grossesse par le placenta.

Le taux d'œstrogènes augmente régulièrement dans le plasma de la femme enceinte jusqu'au terme.

Il n'y a pas d'augmentation importante dans les heures précédant le travail ni de variation brusque dans le rapport œstradiol/progestérone.

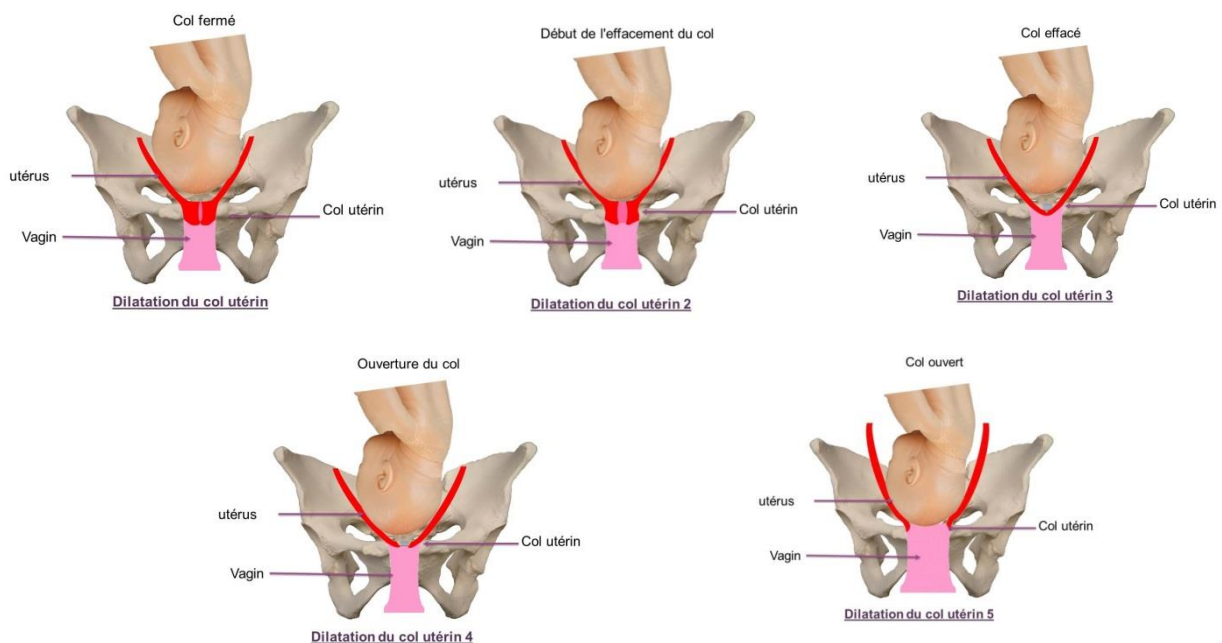
Les œstrogènes facilitent la contraction utérine. Ils permettent d'augmenter l'excitabilité des fibres musculaires lisses et augmentent la vitesse de propagation de l'activité électrique. Ils pourraient augmenter le nombre de récepteurs à l'ocytocine.

L'augmentation progressive de la production d'œstrogènes semble jouer un rôle important dans la préparation de l'utérus avant le déclenchement du travail.

#### Facteurs mécaniques

La distension utérine peut intervenir dans le déclenchement du travail par 2 mécanismes :

- une action directe d'ouverture progressive du col ;



Début de la dilatation = 0 cm

fin de la dilatation = 10 cm

- une action indirecte par l'intermédiaire du réflexe neuro-hormonal ou d'une sécrétion de prostaglandines.

La distension utérine par le fœtus et surtout la modification de la forme du segment inférieur utérin contribuent à une dilatation mécanique du col sous l'effet des contractions utérines de la grossesse.

L'augmentation du rayon de courbure du segment inférieur tend à augmenter la composante horizontale de la force qui s'exerce au niveau du col utérin.

Les modifications de taille et de forme de l'utérus gravide concourent à majorer la puissance contractile de l'utérus et à le rendre plus efficace au niveau de l'orifice interne du col.

Mais il faut noter que les facteurs mécaniques ne suffisent pas à eux seuls à expliquer le démarrage du travail.

#### Facteurs immunologiques

Il existe peut-être un phénomène immunologique possible dans le déclenchement du travail, mais le mécanisme exact n'est pas encore expliqué.

La plus grande adaptation se fait cependant par la flexion de la tête fœtale qui va passer de la présentation du diamètre occipito-frontal au diamètre sous occipito-bregmatique plus petit d'environ 3 cm (9,5 cm). La flexion de la tête dans les variétés de présentations antérieures est la conséquence de l'appui du front sur la marge postérieure du bassin qui est plus haute que la symphyse pubienne.

La présentation est dite synclite\*.

Un asynclitisme\* peut se produire s'il existe une flexion latérale de la tête. La poussée utérine engage alors une bosse pariétale puis l'autre. Cette accommodation permet l'engagement.

### L'engagement lui-même

La présentation est dite engagée lorsque la plus grande circonférence de la tête fœtale a franchi le détroit supérieur (plan passant par les 2 bosses pariétales).

A cet instant, l'essentiel est la concordance entre l'axe de la poussée utérine et le franchissement du détroit supérieur.

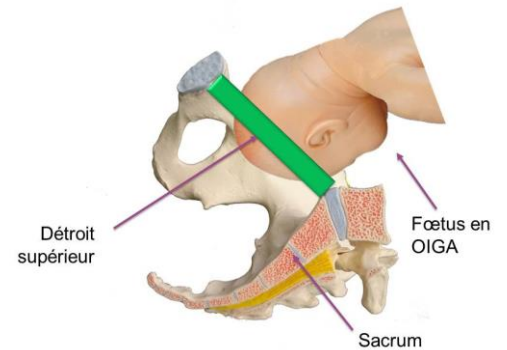
L'accommodation de la tête fœtale se fait en même temps grâce à son orientation oblique et sa flexion.

La tête fœtale se présente par son diamètre sous occipito-bregmatique (9,5cm) au niveau d'un des 2 axes obliques du détroit supérieur du bassin. Le diamètre bi-pariétal de la tête fœtale se trouve alors dans l'autre diamètre oblique.

La région occipitale va se retrouver dans la partie la plus large du détroit supérieur et la région frontale dans des sinus sacro-iliaques.

L'accommodation de la tête fœtale se fait en même temps grâce à son orientation oblique et sa flexion.

La présentation est dite engagée lorsque la plus grande circonférence de la tête fœtale a franchi le détroit supérieur (plan passant par les 2 bosses pariétales).



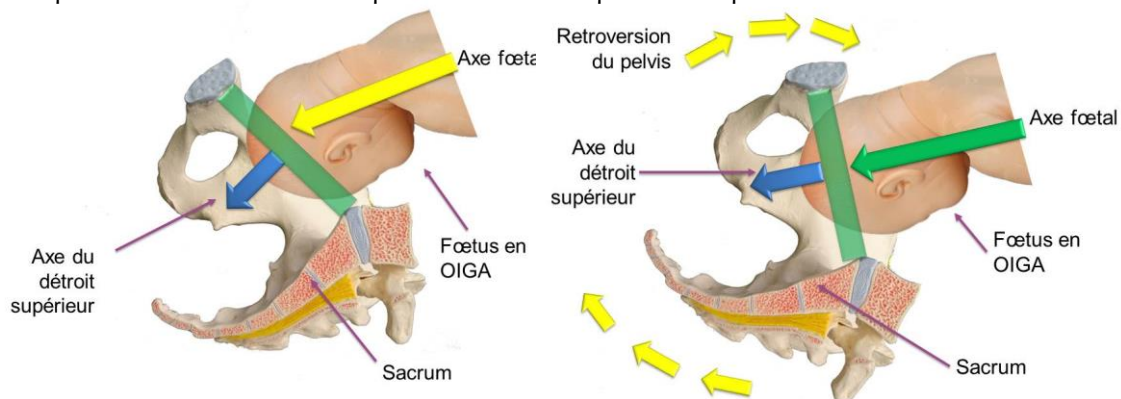
L'engagement fœtal

### La concordance des axes

L'axe de la poussée utérine est incliné vers l'avant par rapport à l'axe du détroit supérieur et ils se croisent selon un angle de 30° à 50°.

La force engendrée par la poussée utérine va donc appliquer la présentation fœtale contre la symphyse pubienne.

L'axe de poussée utérine est modifié par l'antéversion et par la latéroposition droite de l'utérus.



L'engagement fœtal

L'engagement fœtal en rétroversion

### Rétroversion pelvienne et concordance des axes

L'axe de franchissement du détroit supérieur peut être amélioré par la correction de l'hyperlordose lombaire maternelle.

### Mécanisme général de l'engagement

La non-concordance entre l'axe de la poussée utérine et l'axe du détroit supérieur explique que l'engagement exige du mobile fœtal des mouvements compliqués.

Les dimensions du détroit supérieur les plus utilisables sont les diamètres obliques, le sommet doit alors orienter en oblique ses diamètres prédominants.

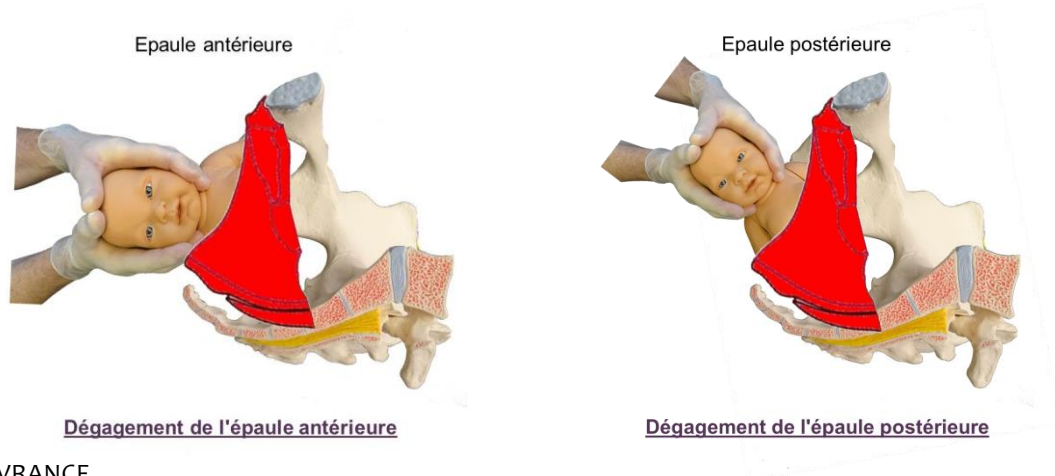


## Accouchement des épaules et du tronc

L'engagement des épaules commence lors de l'expulsion de la tête.

L'expulsion des épaules a lieu par rotation du diamètre bi-acromial autour du point fixe de la symphyse pubienne.

L'épaule antérieure se fixe sous la symphyse pubienne pendant que l'épaule postérieure suit la concavité sacrée, le périnée postérieur, l'anus et le périnée antérieur. L'épaule antérieure se dégage ensuite assez facilement.



## 5 LA DELIVRANCE

C'est la période des 2 heures qui suivent l'accouchement.

Elle correspond au décollement du placenta, à la migration de celui-ci dans les voies génitales et à sa sortie par la vulve.

Cette période de l'accouchement nécessite une étroite surveillance pour parer aux éventuelles hémorragies de la délivrance.

Elle peut prendre 2 formes différentes :

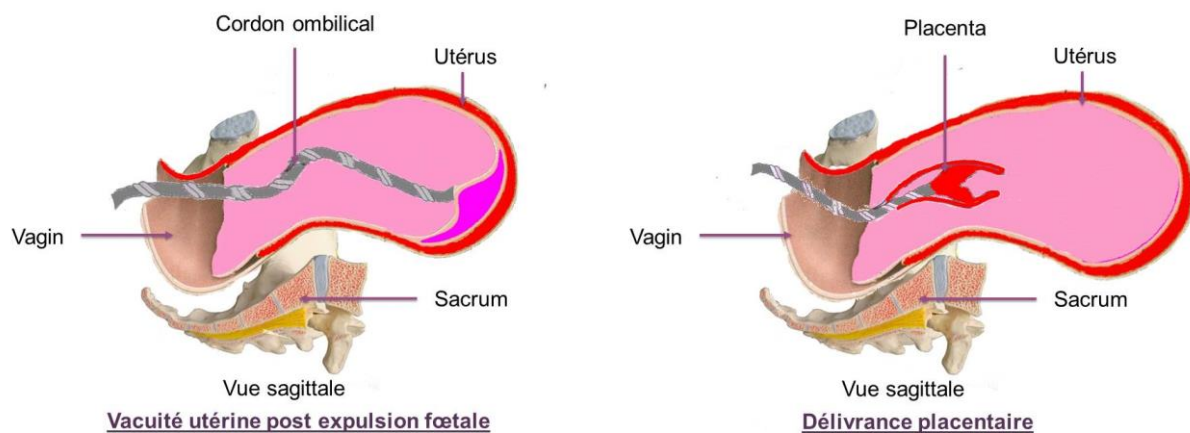
### La délivrance normale

C'est la délivrance physiologique au cours de laquelle le placenta et les membranes sont expulsées totalement et naturellement. Elle est spontanée.

Elle est réalisée par l'activité contractile utérine.

Après le dégagement de l'enfant, l'utérus subit une rétraction élastique passive.

10 à 15 minutes après la sortie de l'enfant réapparaissent des contractions utérines plus importantes.



C'est une délivrance médicamenteuse par injection d'ocytocine au moment de la sortie des épaules de l'enfant.

## PREPARATION OSTÉOPATHIQUE A L'ACCOUCHEMENT

Cette préparation peut se définir comme étant complémentaire à la préparation classique effectuée par les sages-femmes ou encore à tous les types de préparation (yoga, haptonomie...).

La préparation ostéopathe se caractérise par le fait qu'elle est individuelle et la plus appliquée possible à chaque parturiente.

Elle peut généralement s'effectuer en 3 consultations pour les primipares et 2 pour les multipares.

Chaque consultation peut intégrer 2 temps différents.

Le 1<sup>er</sup> temps, commun à toutes les consultations, est celui de la prise en charge purement ostéopathe.

Lors de ce temps est effectué un bilan ostéopathe fonctionnel de la patiente enceinte ainsi qu'un traitement approprié si nécessaire (Voir livre ostéopathe et grossesse).

Il est cependant conseillé de mettre en œuvre un petit travail de valorisation fonctionnelle même si le résultat de l'ensemble des tests est satisfaisant.

A noter que si les tests effectués révèlent d'importants désordres ostéopathiques un traitement ostéopathe complet sera mis en place sans effectuer la partie préparation de la consultation. Cette dernière pourra être reportée quelques jours après.

8 mois ½ semble être la bonne période pour commencer cette préparation. A ce moment les patientes commencent à se projeter dans leur accouchement car elles commencent à quitter la partie expansion de leur grossesse pour aborder la partie saturation de celle-ci.

Chaque praticien est juge du moment le plus opportun pour la mise en place de la préparation en fonction du vécu de leurs patientes.

- les 3 consultations peuvent s'intituler comme suit :

- 1<sup>ère</sup> consultation : = La préparation physique

- 2<sup>ème</sup> consultation : = La préparation technique

- 3<sup>ème</sup> consultation : = La communication Mère / Enfant

- 1<sup>ère</sup> consultation = La "préparation physique"

Le but principal va être de donner le maximum d'expansion possibles aux structures pelviennes pour qu'elles puissent disposer de leur potentiel maximum.

Un apprentissage gymnique d'exercices spécifiques permettra à la patiente de faire des auto-exercices quotidiens. Ceux-ci auront pour vertu non seulement d'assouplir ses structures mais aussi de commencer à se prendre en charge. Le but est de leur faire prendre conscience qu'elles doivent être partie prenante lors de leur accouchement et non pas le subir.

L'apprentissage des exercices est précédé bien sûr de la mise en œuvre des tests ostéopathiques spécifiques à la 2<sup>ème</sup> partie de la grossesse et des techniques en découlant le cas échéant (Voir livre ostéopathe et grossesse).

Pour mémoire il est important de vérifier :

- la bonne cinétique thoracique ;
- la pression des liquides abdominaux ;
- l'état des reins ;
- la plasticité et malléabilité sacrée.

Après ce temps purement ostéopathe l'apprentissage gymnique va être mis en place.

## 1<sup>ERE</sup> CONSULTATION : = LA "PREPARATION PHYSIQUE"

### - Assouplissement gymnique de libération articulaire

#### - 1 - Technique d'assouplissement unilatéral des coxo-fémorales en Flexion

La patiente est en décubitus membres inférieurs fléchis pieds à plat sur la table.

Elle saisit son membre inférieur droit fléchi et le tire lentement et progressivement vers la flexion en passant le long de la partie homolatérale de l'utérus gravide.

Elle effectue concomitamment une légère rétroversion pelvienne simultanée.

Elle emmène son membre inférieur fléchi jusqu'à la limite physiologique du mouvement.

Elle maintient la posture de fin d'amplitude pendant 2 à 3 secondes, et relâche doucement la mise en tension avant de reposer son pied à plat sur la table.

Elle effectue ensuite le même mouvement de l'autre côté.

Elle renouvelle l'exercice une dizaine de fois de chaque côté.



### Assouplissement gymnique de libération articulaire

#### - 2 - Technique d'assouplissement bilatéral des coxo-fémorales en Flexion

La patiente est en décubitus membres inférieurs fléchis pieds à plat sur la table.

Elle saisit ses 2 membres inférieurs fléchis et les tire lentement et progressivement vers la flexion en passant le long des parties homolatérales de l'utérus gravide.

Elle effectue concomitamment une légère rétroversion pelvienne simultanée.

Elle emmène ses membres inférieurs fléchis jusqu'à la limite physiologique du mouvement.

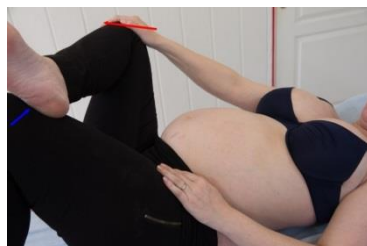
Elle maintient la posture de fin d'amplitude pendant 2 à 3 secondes, et relâche doucement la mise en tension sans reposer les membres inférieurs sur le plan de la table.

Elle renouvelle l'exercice une dizaine de fois au total.



### - Assouplissement gymnique de libération articulaire

#### - 3 - Technique d'assouplissement des coxo-fémorales en rotation externe et interne



La patiente est en décubitus membres inférieurs fléchis pieds à plat sur la table.

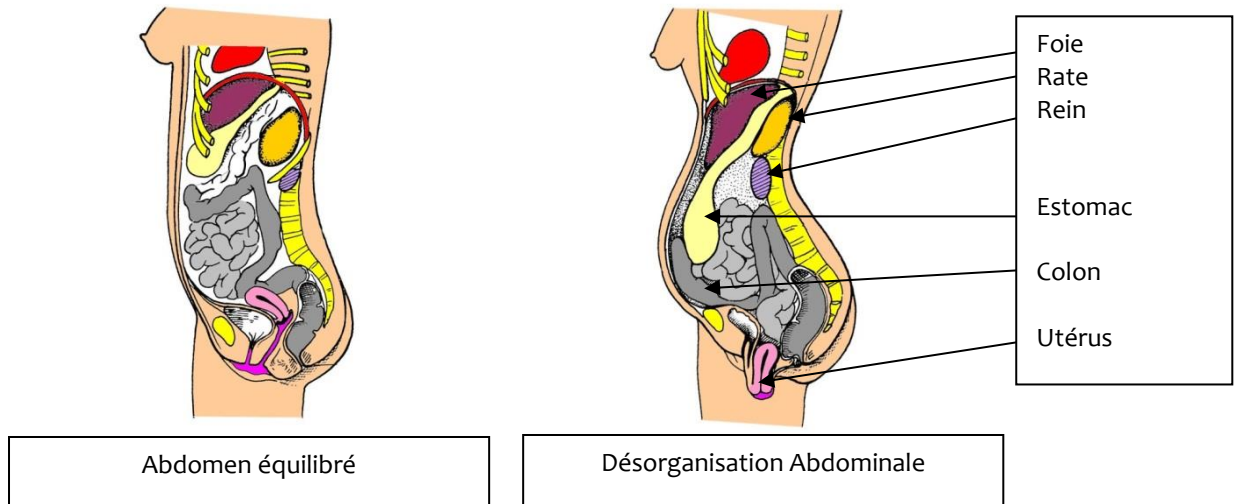
Elle pose la malléole externe de sa cheville droite en contre-appui au niveau de son genou gauche. Elle pose sa main droite en appui sur son genou droit.

Elle effectue une poussée au niveau de la face interne de son genou vers l'avant jusqu'à la limite. Les symptômes qui peuvent apparaître alors sont très nombreux :

- Douleurs lombaires et rachidiennes générales
- Dysfonctions intestinales de toute nature
- Gastralgies
- Incontinences
- Prolapsus pelviens
- Etat de fatigue généralisée

### Les désordres de l'enceinte abdominale

Ils sont principalement dus à la vacuité utérine et à l'allongement de la sangle abdominale.



La perte brutale de volume et de pression de l'abdomen induit un déséquilibre très important des différents organes et viscères de l'abdomen.

La vascularisation de ces éléments s'en trouve fortement perturbée ainsi que l'efficacité de la cinétique diaphragmatique et l'équilibre ostéo-articulaire général.

### LA CONSULTATION DU POST PARTUM

Hormis toutes les investigations ostéopathiques possibles le praticien devra centrer son attention sur :

- le bassin osseux
- la zone pelvienne
- l'équilibre viscéral de l'abdomen
- la cinétique diaphragmatique
- l'axe crânio-sacrée

#### - Bilan

#### - Bilan du cadre pelvien

#### - Test triangulé

La patiente en décubitus membres inférieurs fléchis pieds à plat.

Le praticien est positionné à droite du bassin de la patiente en lui faisant face. Il place sa main caudale en conque au niveau du sacrum et son avant-bras céphalique en pont et en contact sur les 2 EIAS de la patiente.

Dans un premier temps il apprécie la mobilité globale du sacrum avec sa main postérieure ainsi que sa capacité d'élasticité. Il apprécie aussi la densité et l'épaisseur des téguments en regard de la face postérieure du sacrum.

Ensuite il teste la mobilité et l'élasticité pelvienne de manière triangulée en utilisant 3 points de contact pelviens (sacrum + 2 EIAS).

## Les techniques ostéopathiques spécifiques du post partum

### - 1 - Technique de recompaction de l'abdomen (mécanique et tissulaire)

#### Patiente

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

#### Position du praticien

Debout, placé latéralement à la patiente, la main céphalique positionnée en contre-appui avec son talon au niveau du sternum.

La main caudale posée sur la partie inférieure de l'abdomen de la patiente, le bord cubital de la main situé au-dessus de la symphyse pubienne.



#### Technique

Le praticien pose sa main céphalique au niveau sternal et exerce un contre-appui ferme qui immobilise partiellement la cage thoracique pour positionner le centre phrénique le plus bas possible.

Il descend ensuite doucement le bord cubital de sa main caudale en prenant le temps de laisser les tissus se récliner naturellement et en suivant les temps expiratoires naturels de la patiente.

Sa main doit effectuer une balistique douce de "ramassage" de la masse inférieure de l'abdomen.

Il induit ensuite une poussée douce de l'ensemble du volume abdominal qu'il a collecté avec sa main vers le diaphragme, comme s'il voulait recompacter ce volume et tous les éléments organiques et viscéraux de l'abdomen sous la coupole diaphragmatique.

Au cours de la technique, il accompagne subtilement la cinétique respiratoire abdominale. Sur le temps inspiratoire de la patiente, il maintient la masse abdominale, sous la forme d'un freinage élastique adapté, pour l'empêcher de se diriger vers le pelvis.

Sur le temps expiratoire, il accompagne la masse abdominale vers la cage thoracique en essayant de la recompacter au niveau sous diaphragmatique.

Cette technique doit être adaptée dans le temps en fonction rapidité de la chasse liquidienne vers le diaphragme. Elle peut être mise en œuvre sur plusieurs cycles respiratoires successifs.

Il n'est pas concevable de mettre cette technique en œuvre sans avoir effectué un travail thoracique efficient au préalable.

#### Commentaires

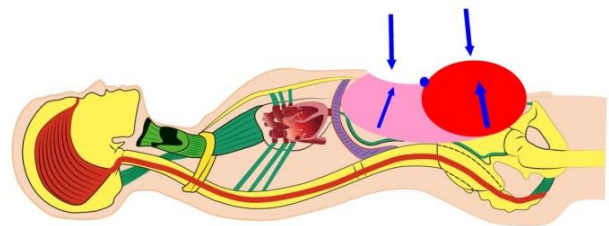
Cette technique doit être utilisée lorsque que l'on obtient V2.4, V2.5, V1.4 ou V1.5 au test des pressions abdominales (Voir chapitre précédent).

Elle demande une très grande subtilité de progression et de la patience pour laisser le temps aux liquides de se disperser entre les très nombreuses cloisons et organes de l'abdomen.

Cette technique a pour but d'utiliser l'effet Turgor\* pour que tous les organes et autres éléments de

l'abdomen puissent se recompacter et mettre en œuvre leur résilience. Ceci leur permettra de revenir le plus rapidement possible à leur physiologie de pré partum.

Il n'est pas concevable de mettre cette technique en œuvre sans avoir effectué un travail thoracique efficient\* au préalable.



## TABLE DES MATIERES GENERALE

- 1 - Introduction
- 1 - Table des livres
  
- 3 - LIVRE 1: "OSTEOPATHIE ET GROSSESSE"
- 4 - Table des matières du livre de la grossesse
- 5 - La Grossesse
- 5 - Le développement fœtal
- 9 - L'utérus au cours de la grossesse
- 10 - L'adaptation posturale
- 10 - Modification de l'organisme au cours de la grossesse
- 13 - Les petits maux de la grossesse
- 15 - La Neurocrinie
- 16 - Les voies hormonales
- 16 - Le suivi de la grossesse
- 17 - Les modifications organiques de la grossesse
- 18 - Calendrier du suivi de grossesse
- 19 - La consultation ostéopathique
- 20 - L'examen clinique
- 21 - Les syndromes classiques de la grossesse
- 22 - Les versions utérines
- 22 - Les menaces d'accouchement prématuré
- 23 - Les syndromes exceptionnels de la grossesse
- 25 - La médecine ostéopathique
- 25 - Les chaînes des dysfonctions (exemple)
- 27 - tableau des perturbations tissulaires
- 28 - Approche holistique globale
- 31 - Le travail tissulaire
- 32 - La règle des 6 P
- 33 - La consultation du 1<sup>er</sup> au 5<sup>ème</sup> mois
- 33 - Le protocole ostéopathique du 1<sup>er</sup> au 5<sup>ème</sup> mois
- 33 - Les tests du 1<sup>er</sup> au 5<sup>ème</sup> mois
- 46 - Techniques ostéopathiques spécifiques du 1<sup>er</sup> au 5<sup>ème</sup> mois
- 61 - La consultation du 5<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> mois
- 61 - Les tests du 5<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> mois
- 72 - Techniques ostéopathiques spécifiques du 5<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> mois
  
- 97 - LIVRE 2: "OSTEOPATHIE ET ACCOUCHEMENT"
- 98 - Table des matières
- 98 - Classification des types de bassins
- 104 - Les 5 temps de l'accouchement
- 104 - Le déclenchement
- 106 - L'engagement
- 113 - La descente
- 115 - L'expulsion
- 118 - La délivrance
- 121 Les dystocies
- 125 - L'assistance médicale à l'accouchement
- 127 - Le déclenchement artificiel du travail
- 128 - Les analgésies obstétricales

- 131 - Les techniques obstétricales
- 133 - Les extractions instrumentales
- 135 - La césarienne
- 138 - la macrosomie fœtale
- 140 - Les sièges
- 141 - Vision ostéopathique de l'accouchement
- 151 - Préparation ostéopathique à l'accouchement
- 151 - 1<sup>ère</sup> consultation
- 161 - 2<sup>ème</sup> consultation
- 163 - 3<sup>ème</sup> consultation
  
- 165 - LIVRE 3 : "OSTÉOPATHIE ET POST PARTUM"
- 166 - Table des matières
- 166 - Le post partum
- 167 - Consultation du post partum
- 170 - Tests spécifiques du post partum
- 172- Techniques ostéopathiques spécifiques du post partum
- 182 - Table des matières générale
- 184- Conclusion

#### CONCLUSION

L'essentiel du développement de la Médecine Ostéopathique est basé sur la transmission des connaissances fondamentales, des expériences professionnelles et des qualités sensibles et empathiques des praticiens.

Tout praticien Ostéopathe a le devoir d'apporter sa "pierre" à ce long chemin de développement pour continuer à pérenniser l'essor de cette médecine.

A travers cette formation j'ai essayé de vous transmettre une synthèse structurée de mon expérience et de ma pratique professionnelle, par la présentation des protocoles spécifiques, de tests particuliers et de techniques adaptées, encadrés par des diagnostics d'exclusion.

Je ne vous ai pas bien transmis une "panacée universelle" mais j'espère que les éléments que j'ai pu vous apporter participeront à renforcer vos fulcrum de praticien en enrichissant vos connaissances pour vous permettre d'affiner vos pratiques professionnelles dans leur compréhension du patient et dans votre efficacité thérapeutique.

L'Ostéopathie flotte sur la route de l'universalité et de l'infini n'oubliez jamais que les grands édifices ne sont que les sommes cumulées de petits éléments qui se sont assemblés et dont nous faisons partie.

Pensez toujours à prendre une part active au "voyage intemporel" de cette merveilleuse médecine... sachez toujours transmettre ce que vous êtes dans l'intérêt de l'humain.

*" On ne voit bien qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux"*

Antoine de Saint Exupéry