

Bernard FERRU
Ostéopathe DO

OSTÉOPATHIE & GROSSESSE

Connaissances théoriques de base sur la grossesse
Prise en charge ostéopathique de la femme enceinte
Diagnostic et tests ostéopathiques
Techniques ostéopathiques spécifiques

1

LA GROSSESSE

Au-delà de sa finalité qui permet à la race humaine de se reproduire et de se pérenniser dans le temps, la grossesse est un événement physiologique un peu exceptionnel. Celui-ci va demander à l'ensemble des tissus et systèmes organiques de la femme une formidable capacité d'adaptation générale à la distension interne, imposée par le développement fœtal. Cette expansion sera suivie *a posteriori* par une résilience* impérative pour qu'elle puisse revenir à une fonctionnalité originale.

Malheureusement, la structure constituée de chaque femme n'atteint que très rarement la perfection (comme celle de tout être humain). Sur ce terrain constitué viennent très souvent se greffer des traumatismes physiques (accidents, chirurgie, infections, ...), toxiques et psychologiques, qui vont engendrer des spasmes, des rétractions ou encore des altérations tissulaires.

Ces trois éléments associés modifieront, souvent de manière restrictive, les capacités tissulaires d'adaptation des structures organiques de base. Ces perturbations pourront être à l'origine de nombreux symptômes ou dysfonctions qui ne manqueront pas d'apparaître au cours de la grossesse et qui, pour la plupart, seront caractérisés par des désordres mécaniques d'adaptation.

La médecine ostéopathe trouvera ici une place de choix quant à son utilité et son efficacité.



DANS CE CHAPITRE

La grossesse va être abordée avec une vision ostéopathe, tant en ce qui concerne les éléments anatomiques et physiologiques, que l'analyse de son déroulement.

TABLEAU SYNTHÉTIQUE DU DÉVELOPPEMENT FŒTAL

MOIS DE GROSSESSE	ÉVOLUTION FŒTALE
1 ^{er} MOIS	Nidation
	Début de l'activité cardiaque
	L'embryon est visible à l'échographie en fin de mois
2 ^{ème} MOIS	Début de contractions musculaires et de micros mouvements
	Le rythme cardiaque de l'embryon est deux fois plus rapide que celui de sa mère
	Les yeux commencent à se former
3 ^{ème} MOIS	L'embryon devient fœtus car la formation des organes est terminée
	Le sexe commence à peine à être visible à l'échographie
	Le vitellus* est en régression
4 ^{ème} MOIS	Le lanugo* commence à recouvrir tout le corps du fœtus
	Le fœtus commence à percevoir le goût sucré
	Le fœtus commence à percevoir et à être réactif aux caresses
5 ^{ème} MOIS	Le fœtus est capable de percevoir les 4 saveurs de base : acide, salé, amer et sucré
	La maman peut commencer à ressentir les mouvements du fœtus
	Le cerveau du fœtus est maintenant terminé
6 ^{ème} MOIS	La maman perçoit des coups
	Le vernix caseosa* commence à recouvrir la peau du fœtus
	Le fœtus entend les bruits
7 ^{ème} MOIS	Le cordon ombilical s'entoure d'une substance gélatineuse
	Les alvéoles pulmonaires se couvrent de surfactant
	Le système nerveux du fœtus commence sa myélinisation
8 ^{ème} MOIS	Le fœtus commence à perdre son lanugo*
	Le fœtus commence à prendre toute la place dans l'utérus
	Le fœtus doit se retourner pour se retrouver la tête en bas
9 ^{ème} MOIS	Le méconium* s'accumule dans les intestins
	Le fœtus commence à sécréter de l'œstriol*
	Le fœtus a perdu son lanugo*
	Le vernix caseosa* a maintenant complètement disparu et sa peau devient lisse
	Il se prépare à la sortie

► LE SYSTÈME VASCULAIRE

Lors de la grossesse, les principales fonctions de l'organisme travaillent à un niveau beaucoup plus important, particulièrement le système cardiovasculaire qui est mis à rude épreuve avec un niveau paroxystique lors de l'accouchement.

Effets de la grossesse sur le système vasculaire

Au cours du 1^{er} trimestre, le débit cardiaque augmente d'environ 20 %, pour atteindre 40 % vers la fin du 6^{ème} mois.

Le volume d'éjection systolique augmente peu à peu de 10 à 15 ml tout au long de la grossesse. La fréquence cardiaque augmente de 10 à 15 battements/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.

► LA COMPRESSION DE LA VEINE CAVE EN DÉCUBITUS

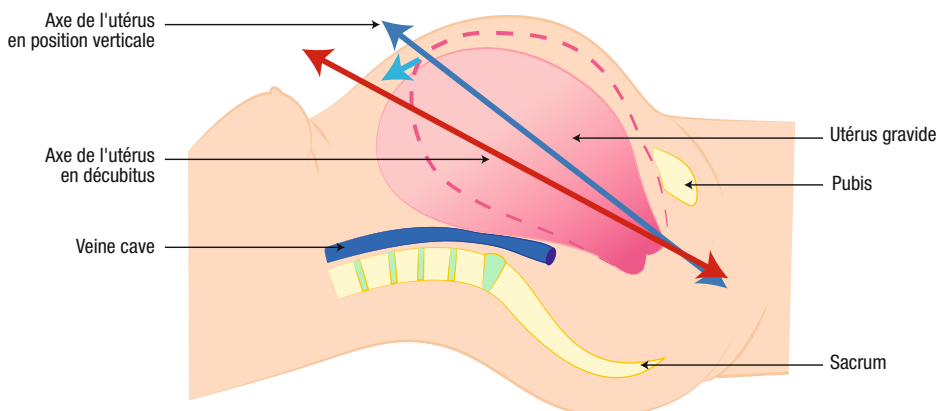
Il faut noter qu'en décubitus dorsal, la compression de la veine cave par l'utérus gravide diminue le retour veineux. C'est la circulation collatérale (veine porte, veines azygos et dans une moindre mesure les veines ovariques) qui doit absorber alors la restriction du retour sanguin par la veine cave.

Si ce système est insuffisant, il peut se produire un choc hypotensif provoqué par le décubitus, ou occasionner un état de malaise sans véritable collapsus. La pression artérielle diminue pendant le 1^{er} trimestre, se stabilise pendant le 2^{ème} et remonte pendant le 3^{ème}.

Une tension artérielle 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. L'œdème peut être à dominante veineuse ou lymphatique, s'il prend le godet.

Le rôle des hormones est très 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.



COMPRESSION DE LA VEINE CAVE EN DÉCUBITUS

2

LE SUIVI MÉDICAL DE LA GROSSESSE

En France, le suivi de la grossesse semble être une vraie référence au niveau du dépistage et de la prévention des complications. En effet, les examens médicaux y sont entre autres les plus nombreux au monde. Malgré cela, la mortalité maternelle se situe encore autour de 10 décès pour 100 000 accouchements. Les causes en sont le plus souvent les hémorragies, les thromboses veineuses, les septicémies ou les éclampsies*. Les facteurs de haut risque en sont souvent un mixte d'éléments médicaux, sociaux et psychologiques.

La prévention est surtout axée, au-delà des règles d'hygiène de vie classiques, vers la consommation d'alcool, de tabac ou de substances toxiques.

Les patientes sont prises en charge par une diversité de professionnels de santé (gynécologues obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes, psychologues si nécessaire...) qui peuvent être issus du secteur public ou privé. Le parcours obligatoire de la patiente au cours de sa grossesse passera par un minimum de sept consultations et de trois échographies. Des bilans sanguins seront aussi effectués régulièrement.

La première consultation effectuée au cours du 1^{er} trimestre va permettre de détecter les patientes dites à risque et favorisera la mise en place d'un suivi nécessaire et plus adapté. Au cours de cette consultation le praticien (gynécologue, médecin généraliste, sage-femme) devra établir une déclaration de grossesse. Les consultations de fin de grossesse évalueront les risques des bien-être fœtal et maternel.

Sur l'ensemble des consultations, les praticiens doivent être vigilants mais aussi rassurants pour ne pas inquiéter la future mère. Les conseils hygiéniques et diététiques accompagneront les réponses aux questions des patientes, surtout pour calmer leurs inquiétudes psychiques et donc les mettre dans de bonnes conditions physiques.

1^{er} TRIMESTRE

La 1^{ère} consultation doit déterminer plusieurs éléments :

- dater la grossesse et son terme théorique
- analyser les éventuels facteurs de risque
- prescrire la 1^{ère} échographie et des examens sanguins
- prodiguer des conseils d'hygiène de vie
- programmer un plan de suivi adapté

DATATION DE L'ACCOUCHEMENT

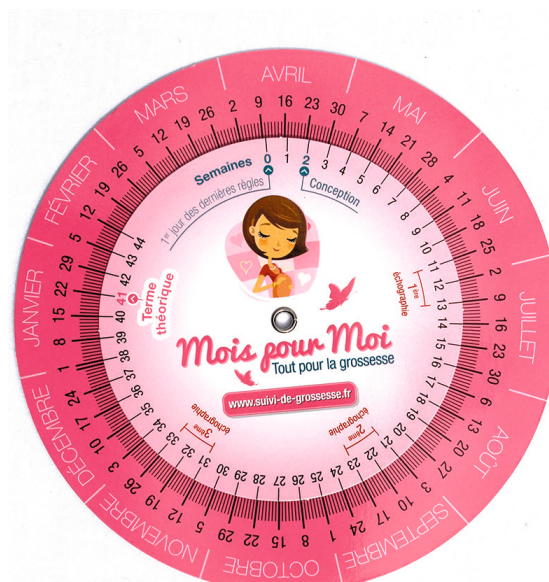
La durée réelle de la grossesse est d'environ 38 semaines.

Pour dater la grossesse, il est classiquement compté en semaines d'aménorrhée depuis le 1^{er} jour des dernières règles chez une femme ayant des cycles de 28 jours. L'accouchement devra physiologiquement avoir lieu à l'issue de 40 semaines et 4 jours d'aménorrhée (soit 284 jours).

En dessous de 37 semaines d'aménorrhée, on parle de prématurité, au-delà de 41 semaines, de dépassement de terme.

Pour calculer facilement la date théorique d'accouchement il suffit de partir du 1^{er} jour des dernières règles, de retrancher 3 mois et de rajouter 1 semaine.

La patiente est prise en charge en prenant les références de sa taille, de son poids et de sa tension artérielle. Un examen gynécologique sera systématiquement pratiqué pour évaluer la taille de l'utérus sa position et pour détecter d'éventuelles anomalies (vaginite, herpès, condylome, métrorragies...).



Roulette obstétricale - www.mois-pour-moi.fr

2^{ème} TRIMESTRE

La surveillance est le caractère principal du suivi médical lors du 2^{ème} trimestre.

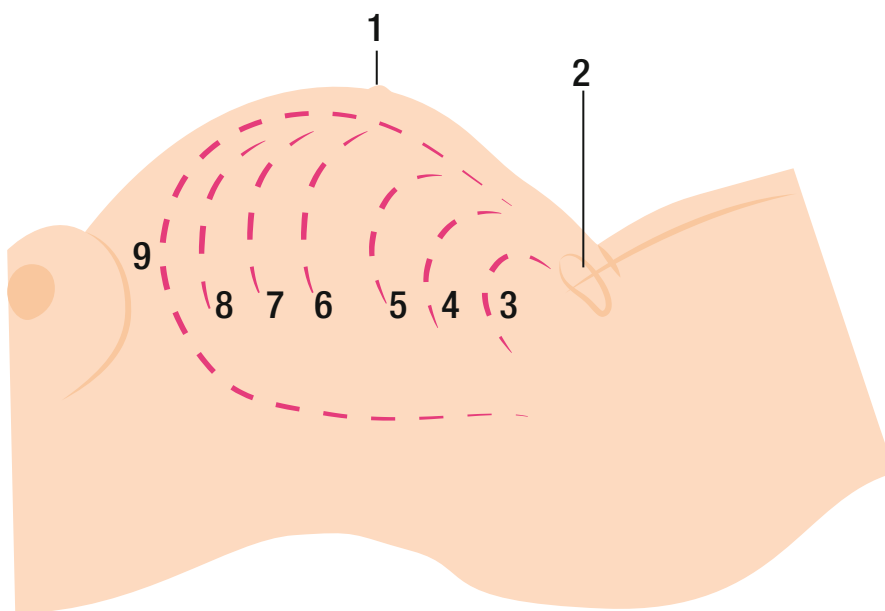
Elle peut permettre de détecter :

- les anomalies
- les menaces d'accouchement prématuré (MAP)
- l'hypertension artérielle (HTA)
- le retard de croissance intra-utérin (RCIU)
- le diabète gestationnel
- les anomalies, les macrosomies* ou les hydramnios*

Les praticiens apprécieront les signes de :

- longueur du col
- vitalité foetale par des mouvements perçus par la mère
- croissance évaluée par la mesure centimétrique
- l'estimation de la quantité de liquide amniotique
- la position du fœtus

L'examen clinique sera complété par un toucher vaginal évaluant le risque d'accouchement prématuré et détectera une éventuelle infection, sans omettre le «comment allez-vous ?» pour évaluer l'anxiété.



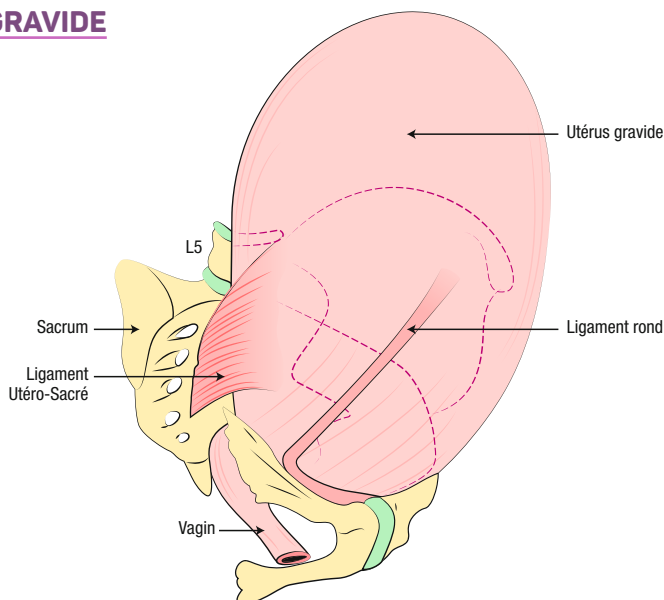
HAUTEUR DE L'UTÉRUS GRAVIDE

1- ombilic

2- pubis

Les autres chiffres représentent le mois de grossesse.

UTÉRUS GRAVIDE



Il peut être aussi la conséquence d'un étirement important des ligaments ronds de l'utérus dont l'insertion distale se trouve au niveau de la symphyse pubienne.

Il semble exister peu de réponses à proposer aux femmes enceintes, si ce n'est la position allongée ou la marche avec un maintien du bas ventre à l'aide des bras (support actif).

Les doigts entrecroisés viennent soutenir en berceau la masse utérine non pas en traction avec les bras mais en redressant le buste de manière à créer un véritable socle d'appui sans utiliser les muscles des membres supérieurs.



COMMENTAIRES

Si ces symptômes de douleurs pubiennes apparaissent au milieu de la grossesse (5^{ème} ou 6^{ème} mois), alors que l'utérus gravide a encore un faible volume, l'étiologie en est tout autre.

Il peut s'agir en fait d'une irritation d'une branche du nerf génito-crural (ou génito-fémoral). En effet, ce rameau nerveux chemine en avant du muscle psoas et peut être irrité par la compression de l'utérus gravide plus ou moins fixé en dextro rotation.

Ce symptôme de milieu de grossesse apparaîtra surtout lors de la position couchée de la patiente mais aussi au cours de la marche.

4

LES PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE

Dans ce chapitre vont être abordées les principales pathologies que l'on peut rencontrer lors d'une grossesse et qui représentent un risque pour cette dernière.



DANS CE CHAPITRE

La grossesse extra-utérine	40
La môle hydatiforme	41
Les saignements en cours de grossesse.	41
La béance du col	41
La macrosomie* fœtale	42
Le diabète gestationnel.	43
La pré-éclampsie*	44
L'éclampsie*	45
La rupture utérine	46
Le décollement placentaire	46
La fausse couche spontanée	47
L'immunisation fœto-maternelle	48

TABLEAU DES CRITÈRES DES PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE

PATHOLOGIE	CRITÈRES
Grossesse extra utérine	3 à 6 semaines après les dernières règles : - douleurs pelviennes - saignements bruns noirâtres
Môle hydatiforme	Saignements variables (rouges vif ou marron foncé, continus ou épisodiques) à 6 semaines de grossesse jusqu'à 16 semaines Nausées vomissements sévères
Saignements au cours de la grossesse	Spotting (saignements légers, courant début de grossesse = 1/4 femmes enceintes au 1er trimestre) + importants = danger
Béance du col	Sans signe (constat en examen gynéco) Avortement tardif (2 ^{ème} trimestre de grossesse) Accouchement prématuré
Macrosomie* fœtale	Examen clinique (hauteur utérine, périmètre ombilical en fonction de l'âge gestationnel) 3 mesures (BIP, DAT et fémur) donnant les percentiles
Diabète gestationnel	Facteurs de risque : - surpoids, obésité - antécédents diabète type 2 - biométrie fœtale > 97 ^{ème} percentile
pré-éclampsie*	HTA Contractions utérines violentes régulières et longues Douleurs abdominales Saignements Maux de tête Prise de poids brutale Œdème du visage, des doigts, du corps Albuminurie
Rupture utérine	Facteurs de risque : - déclenchement par gel de prostaglandines - déclenchement par ocytocines - cicatrices utérines - âge de la mère (>35 ans)
Décollement placentaire	Fin de grossesse : - douleurs abdominales brutales permanente type <i>coup de poignard</i> au niveau utérin - écoulement de sang noirâtre - nausées - vomissements - poussées HTA
Fausse couche spontanée	Début de grossesse : - métrorragies - contractions utérines - disparition des signes de grossesse (nausées, seins tendus)
Immunisation fœto-maternelle	Dépistage sanguin lors du suivi médical de grossesse

6

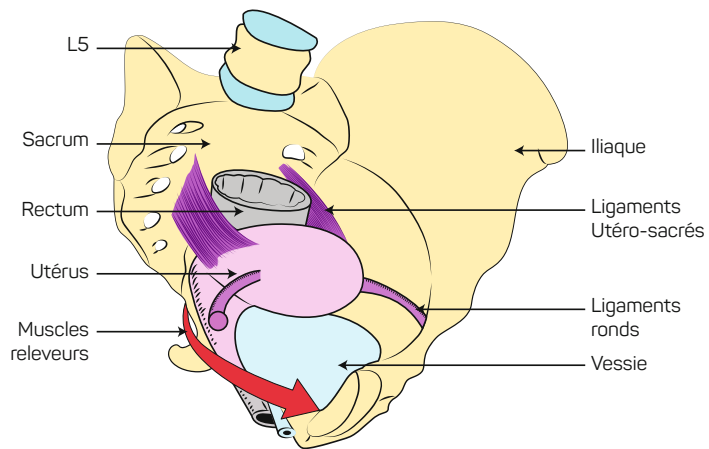
LES RAPPELS ANATOMO- PHYSIOLOGIQUES

Ce chapitre ne prétend pas faire un développement anatomo-physiologique complet à propos de la grossesse. Il va contenir quelques rappels essentiels qui vont épauler les tests et les techniques spécifiques présentés dans ce livre ainsi que les protocoles d'applications qui s'y rapportent.

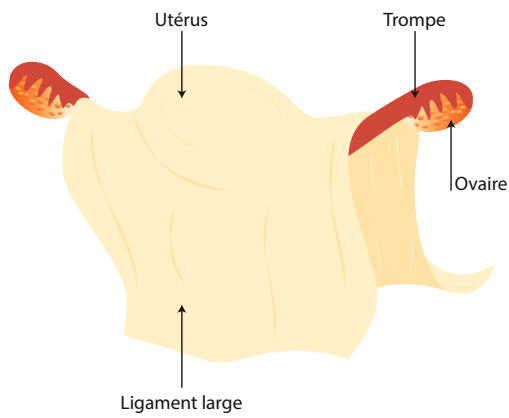


DANS CE CHAPITRE

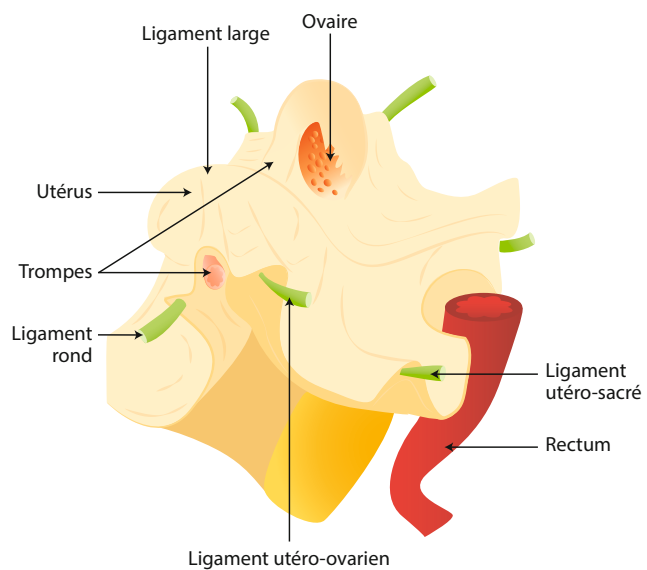
Le pelvis osseux et fibreux.	64
Le pelvis organique	64
L'utérus.	65
Le placenta	66
Les ligaments utérins	66
La vessie	68
La vascularisation pelvienne.	68
Le diaphragme	71
Les reins	72
L'innervation.	72
Les pressions abdominales	72
Le médiastin.	73
Le crâne	73



LIGAMENTS UTÉRINS



LIGAMENT LARGE VUE ANTÉRIEURE



LIGAMENT LARGE VUE POSTÉRO-LATÉRALE

7

LA MÉDECINE OSTÉOPATHIQUE

Ce chapitre n'a pas la prétention de faire une description exhaustive de l'ensemble de la médecine ostéopathique. D'autres auteurs le font parfaitement.

Il a pour finalité de rappeler quelques principes fondamentaux de la médecine ostéopathique et de sa pratique qui permettront d'introduire plus facilement les chapitres sur les tests et les techniques spécifiques proposés dans cet ouvrage.

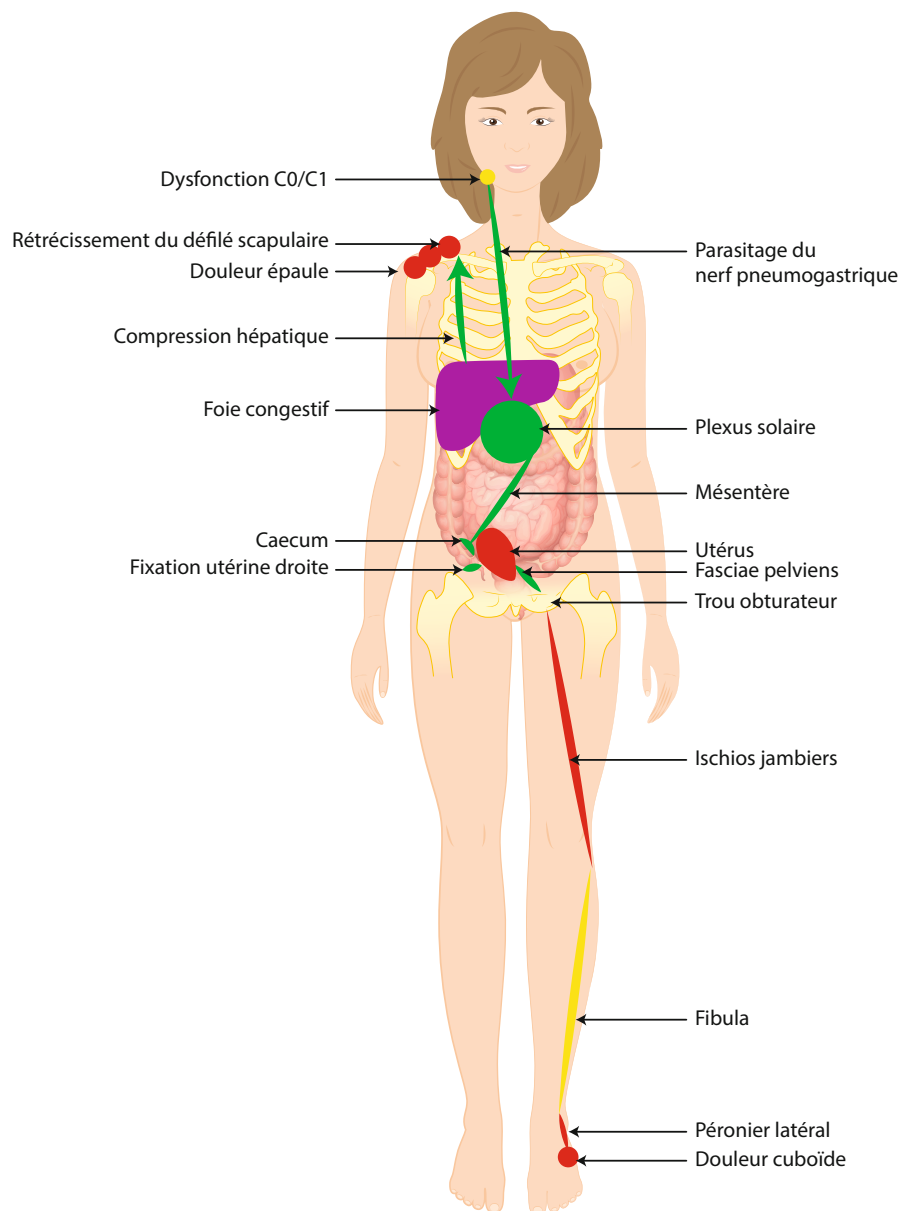
Il correspond aussi à mon mode de fonctionnement et à la manière dont je perçois l'action de mes interventions dans ma pratique professionnelle.

Il est également le reflet des explications que je donne à mes patientes soit pour répondre à leurs questions, soit pour essayer de leur faire comprendre ce que je fais.

Les termes et les raisonnements utilisés ci-après sont volontairement orientés vers la simplicité pour des raisons d'intégration pédagogique. Ils n'ont aucune prétention de colporter un caractère scientifique, mais sont guidés par une volonté de structuration concrète et de simplification.

Il est toujours assez difficile d'exprimer clairement et simplement des perceptions de pratiques tant chaque être humain a un niveau de sensibilité différent.

Néanmoins j'espère que beaucoup d'ostéopathes se retrouveront dans les développements suivants.



EXEMPLE DE CHAÎNE DE DYSFONCTIONS

9

LA CONSULTATION OSTÉOPATHIQUE DE LA GROSSESSE

Le protocole de la consultation ostéopathique de la grossesse ne diffère pas fondamentalement d'une consultation ostéopathique type.

Il y a pourtant des éléments essentiels qu'il va falloir ne pas oublier et des symptômes d'exclusion dont il faudra impérativement tenir compte.

La vraie compétence d'un professionnel est de savoir où sont ses limites.

Dans la pratique, on peut schématiquement différencier deux types de consultations :

- la consultation de la 1^{ère} partie de la grossesse (du 1^{er} au 5^{ème} mois environ)
- la consultation de la 2^{ème} partie (environ du 5^{ème} au 9^{ème} mois)

En fait, la distinction entre ces deux périodes sera fonction de la situation de l'utérus gravide. S'il se trouve encore dans le pelvis, nous serons dans le premier cas. S'il a commencé à *envahir* l'abdomen, nous serons dans le second type de consultation.

Toute consultation ostéopathique suit classiquement un protocole en trois temps :

- l'interrogatoire
- l'examen clinique
- le traitement



DANS CE CHAPITRE

LA CONSULTATION DE 1^{ère} PARTIE DE GROSSESSE	96
L'interrogatoire de la patiente	96
L'examen clinique de la patiente	99
LA CONSULTATION DE 2^{ème} PARTIE DE GROSSESSE	101
Le repérage du positionnement fœtal	101
L'examen clinique de l'utérus gravide	102



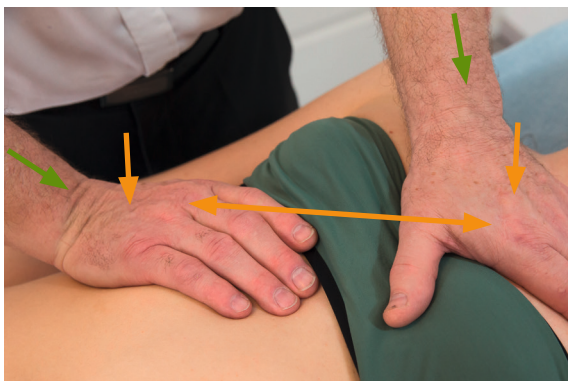
■ L'EXAMEN CLINIQUE DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Il va falloir systématiquement :

- tester les rétentions liquidiennes abdominales
- tester les tensions et les zones de densité de l'utérus gravis
- tester la mobilité globale de l'utérus dans son environnement abdominal
- apprécier la position fœtale
- tester les organes abdominaux (foie, intestin, estomac, rate, pancréas)

Le protocole des tests recommandés est décrit dans le chapitre 11.

► TEST THORACO-HÉPATIQUE



TYPE DE TECHNIQUE

MÉCANIQUE
TISSULAIRE

IMPORTANCE

TEST SYSTÉMATIQUE
ESSENTIEL

COMPACTION

ET INDUCTION



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 gril costal en regard de la face antérieure du foie.
- Le pouce est situé au niveau de sa face latérale.
- Le talon de la main céphalique vient se positionner au niveau de la partie médiane du sternum en regard du cœur, les doigts s'étalant sur la partie gauche du gril costal.

TEST

1 | Rechercher des zones de densités

Apprécier les zones de densité pouvant se trouver sous votre main caudale et/ou céphalique.

2 | Tester la liberté tissulaire

Apprécier les rapports de liberté des tissus se situant sous et entre vos deux mains.

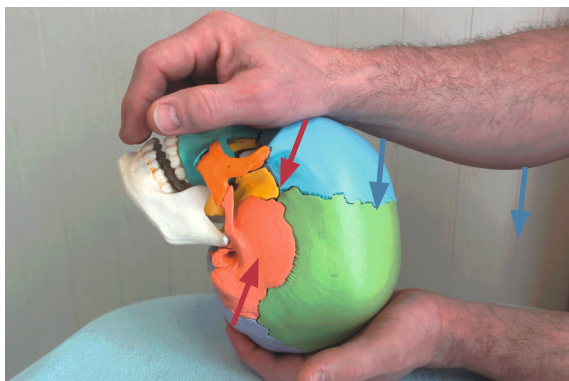
3 | Analyser le rapport foie/cœur

Apprécier le rapport densité/mobilité du couple foie/cœur qui sont les deux plus gros organes du corps.

COMMENTAIRES

Grâce à ce test le praticien appréhende le rapport de mobilité et de motilité sus et sous diaphragmatique des organes principaux du thorax aérique (supérieur) et organique (inférieur).

► LIBÉRATION DU SOCLE CRÂNIEN



TYPE DE TECHNIQUE

TISSULAIRE
INTRA-OSSEUX

PROTOCOLE

MEMBRANES DU
CRÂNE

COMPACTION

ET INDUCTION



PATIENTE

Décubitus dorsal.

PRATICIEN

Assis à la tête de la patiente, les mains opposées en prise occipito-frontale.

- Main dominante en position supérieure, talon posé sur le frontal, juste au-dessus des sourcils, avec les doigts relâchés.
- Main inférieure empaumant l'occipital.
- Pulpes des doigts positionnées sur la ligne courbe occipitale en direction de l'hypophyse.

TECHNIQUE

1 | Tester la mobilité et motilité du socle crânien

Apprécier avec douceur la mobilité et la motilité du socle crânien, le praticien se projette physiquement et mentalement au niveau hypophysaire.

2 | Effectuer un travail tissulaire fonctionnel tridimensionnel

Entraîner l'ensemble des structures se situant sous vos contacts dans un sens de mobilité fonctionnel tridimensionnel jusqu'à obtention d'un point tissulaire neutre.

3 | Maintenir la posture ou adapter la technique

Maintenir la posture jusqu'à obtenir un relâchement tissulaire ou effectuer un travail tissulaire tridimensionnel structurel ou fonctionnel ou mixte.

Une fois la libération obtenue, tester à nouveau les trois plans de l'espace et recommencer la même manœuvre si nécessaire jusqu'à obtention d'une libération tissulaire maximale. Cette technique est une technique intra osseuse du socle crânien.

COMMENTAIRES

Au cours de cette technique les doigts de la main supérieure doivent être complètement relâchés. L'utilisation du poids du bras doit permettre un travail très précis et confortable pour le praticien.

► TEST DE L'UTÉRUS GRAVIDE



TYPE DE TECHNIQUE

MÉCANIQUE

IMPORTANCE

SYSTÉMATIQUE
ESSENTIEL

PRESSION



PATIENTE

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

PRATICIEN

Debout, latéralement au niveau du bassin de la patiente.

- Une main au contact du cône utérin,
- L'autre à plat au contact de l'utérus successivement à différents endroits.

TEST

1 | Tester la tension utérine globale

Apprécier la tension utérine globale de surface en recherchant les éventuels spasmes.

2 | Tester la mobilité globale de l'utérus

Apprécier la mobilité globale de l'utérus dans l'abdomen puis la liberté cinétique du cône utérin par rapport au bassin.

Rester attentif à la qualité élastique du frein de mise en tension des tissus.

COMMENTAIRES

Ce test va permettre de déterminer un éventuel spasme de la paroi utérine et une éventuelle fixation utérine au niveau du bassin. Cette dernière pourrait être une gêne à la flexion de la tête fœtale et à son bon engagement dans le détroit supérieur du bassin au moment de l'accouchement.

En fin de consultation, à l'issue de la mise en œuvre des techniques, les tests d'inhibition donneront une idée du niveau de libération obtenu, soit par la récupération ou une amplification de la mobilité sacrée en TGG.

Principaux tests d'inhibition

- Test sacro-cardiaque
- Test sacro-pulmonaire droit
- Test sacro-pulmonaire gauche
- Test sacro-pilier droit du diaphragme
- Test sacro-pilier gauche du diaphragme
- Test sacro-rénale droit
- Test sacro-rénale gauche
- Test sacro-splénique
- Test sacro-pancréatique
- Test sacro-abdominal
- Test sacro-mésentérique
- Test sacro-caecal
- Test sacro-sigmoïdien
- Test sacro-utérin
- Test sacro frontal

QUELQUES EXEMPLES DE TESTS D'INHIBITION MÉCANIQUE SACRÉE



Test sacro-rénal gauche



Test sacro-frontal



Test sacro-pulmonaire gauche



Test sacro-cardiaque





CONCLUSION

J'ai écrit ce livre en essayant de ne rien oublier d'essentiel et en voulant être le plus exhaustif possible à propos de l'ostéopathie et de la grossesse. Tout ce qu'il contient n'est qu'un *fulcrum** de départ pour que chaque lecteur puisse, avec son approche ostéopathique, posséder les connaissances minimales concernant ce domaine. Elles demandent bien sûr à être largement enrichies et développées.

J'espère que cet ouvrage contribuera à ce que la médecine ostéopathique puisse trouver dans le domaine obstétrical toute la place qui devrait lui revenir. Son caractère holistique*, mécanique et respectueux, en font une médecine très efficace et parfaitement adaptée pour les femmes enceintes et leurs futurs bébés.

Je n'ai pas rédigé, bien sûr, une *panacée universelle* mais j'espère que les éléments que j'ai pu apporter à chacun participeront à renforcer les *fulcrums** de praticien et enrichiront leurs connaissances. J'espère aussi qu'ils permettront de valoriser les pratiques professionnelles, la compréhension des patientes enceintes et l'efficacité thérapeutique qu'il est possible de leurs apporter.

L'essentiel de la progression de la Médecine Ostéopathique est basé sur la transmission des connaissances fondamentales, des expériences professionnelles et des qualités sensibles et bienveillantes des praticiens. Tout ostéopathe a le devoir d'apporter sa *pièce* à ce long chemin de développement pour continuer à pérenniser l'essor de cette merveilleuse médecine.

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 tous partie. Pensez toujours à prendre une part active au *voyage intemporel* de cette merveilleuse médecine... sachez toujours transmettre ce que vous êtes et ce que vous avez pu développer dans l'intérêt de l'humain.

L'essentiel ne s'acquiert pas dans les livres mais dans l'expérience...

Osez mettre en application ce qui est présenté ici, vous gagnerez en compréhension dans les mécanismes qui parasitent la femme enceinte et en efficacité dans la résolution des maux qui perturbent sa grossesse.

Bernard Ferru
Ostéopathe D.O.