

Bernard FERRU
Ostéopathe DO

OSTÉOPATHIE ACCOUCHEMENT & POST-PARTUM

XXXX

RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

L'accouchement, phénomène remarquable, a déjà été décrit des multitudes de fois dans de très nombreux ouvrages d'anatomie et de physiologie. Il n'est donc pas question ici de redévelopper ce qui a déjà été très bien fait ailleurs et de la manière la plus exhaustive possible.

Dans ce chapitre, seuls quelques rappels de base sont exposés à minima avec un regard ostéopathique. Ils sont abordés pour pouvoir comprendre les propositions de prise en charge des patientes en vue de leur préparation à l'accouchement. A chaque praticien, bien sûr, de compléter ailleurs ses connaissances pour être le plus efficace possible.

RAPPELS ANATOMIQUES

L'accouchement nécessite, de la part du fœtus, le passage chronologique de trois obstacles physiques : le col utérin, le bassin osseux et le périnée.

► LE COL UTÉRIN

Le col utérin est une sorte de “bonde dynamique” de l'utérus. Il assure la fermeture de l'utérus pendant tout le temps de la grossesse. Il possède une innervation neurovégétative spécifique partiellement indépendante de celle du corps utérin. Ceci permet à l'utérus d'avoir une activité musculaire alors que le col reste fermé.

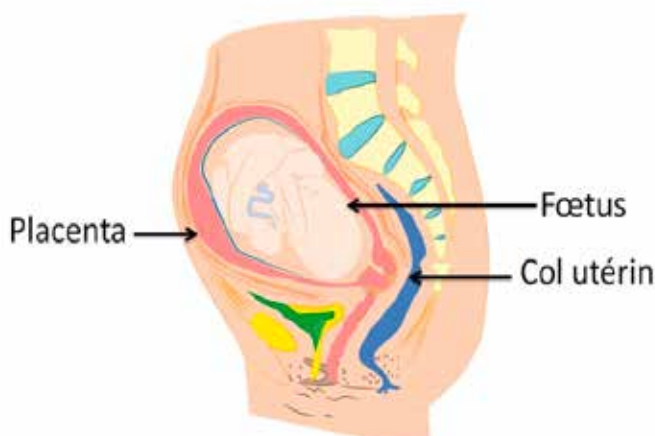


Schéma 1 : Utérus gravide

► LE BASSIN OSSEUX

Il est d'apparence symétrique (les deux os coxaux, le sacrum et le coccyx), et est constitué de cinq articulations :

- Les deux sacro-iliaques ;
- La symphyse pubienne ;
- Les coxofémorales ;
- La sacro-coccygienne.

Toutes ces articulations ont de faibles amplitudes de mobilité qui permettent cependant

boite crânienne d'importantes capacités d'adaptations lors du passage pelvien. Les fontanelles jouent aussi un rôle non négligeable dans les adaptations nécessaires.

Les plaques osseuses peuvent aller jusqu'à se chevaucher pour pouvoir réduire les différents diamètres crâniens.

Il faut se référer à la loi d'accommodation de Pajot pour comprendre la progression du fœtus dans la cavité utérine. «Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mouvement et de repos, si les surfaces sont glissantes et anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes du contenant».

Au niveau de la boîte crânienne, on retrouve des sutures et des fontanelles :

SUTURES	FONTANELLES
Métopique (inconstante)	Métopique (inconstante)
Sagittale (ou interpariétale)	Dogmatique (bregmatique) antérieure
Lambdoïde	Lambdoïde postérieure
Coronale	Sphénoïde (ptérique) antéro-latérale
	Mastoïdienne (astérique) postéro-latérale
	Cérébelleuse (inconstante)

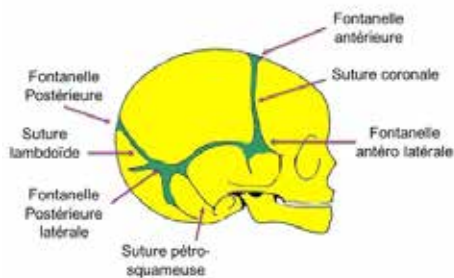


Schéma 13 : Fontanelles et sutures crâniennes

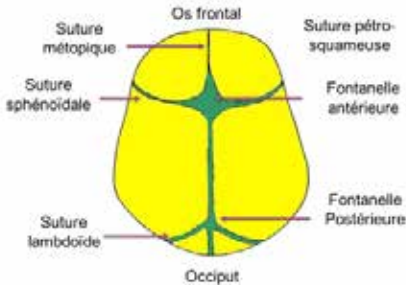
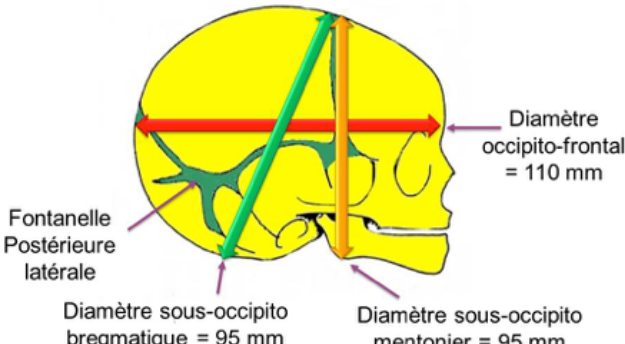


Schéma 14 : Fontanelles et sutures crâniennes

La boite crânienne est loin de ressembler à une sphère parfaite et présente des diamètres différents. En fonction de la position de présentation de la tête dans le détroit supérieur du bassin, la descente dans le pelvis est plus ou moins facile.

Les principaux axes sont :

- Le sous-occipito-bregmatique = 95 mm ;
- Le sous mento-bregmatique = 95 mm ;
- Le sincipitomentonnier = 135 mm ;
- L'occipito-frontal = 128 mm ;
- Le sous-occipito-frontal = 110 mm.



■ AXES OBLIQUES D'ENGAGEMENT DANS LE DETROIT SUPÉRIEUR

Il y a quatre variétés principales d'engagement :

- Occipito-Iliaque Gauche Antérieure (OIGA) et Occipito-Iliaque Droite Postérieure (OIDP), utilisant le diamètre gauche du bassin ;
- Occipito-Iliaque Gauche Postérieure (OIGP) et Occipito-Iliaque Droit Antérieur (OIDA), utilisant le diamètre droit ;
- Occipito-Iliaque Gauche Transverse (OIGT), variétés accessoires principalement rencontrées dans les accouchements des prématurés ;
- Occipito-Iliaque Droite Transverse (OIDT), variétés accessoires principalement rencontrées dans les accouchements des prématurés.

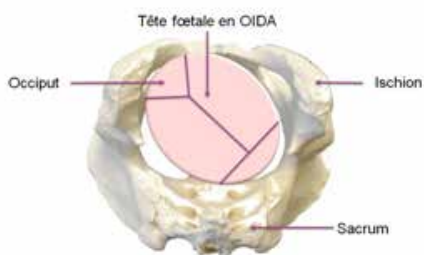


Schéma 09-09 : Présentation en OIDA (4%),
vue pelvienne inférieure

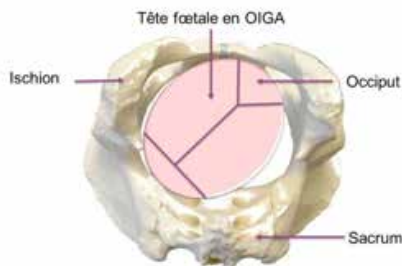


Schéma 09-12 : Présentation en OIGA (57%),
vue pelvienne inférieure

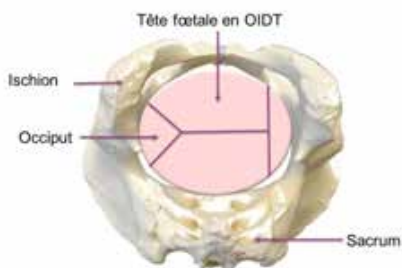


Schéma 09-10 : Présentation transverse droite OIDT

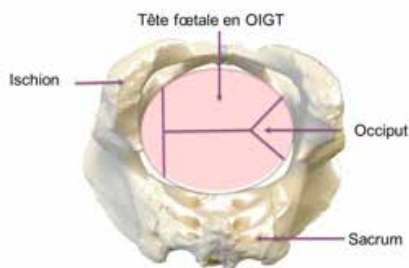


Schéma 09-13 : Présentation transverse gauche
OIGT, vue pelvienne inférieure

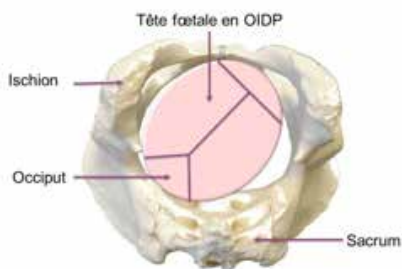


Schéma 09-11 : Présentation en OIDP (33%)
vue pelvienne inférieure

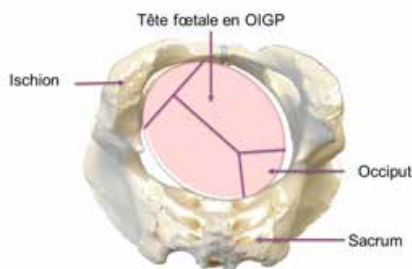


Schéma 09-11 : Présentation en OIGP (6%)
vue pelvienne inférieure

L'ASSISTANCE MÉDICALE À L'ACCOUCHEMENT

SURVEILLANCE CLINIQUE ET ELECTRONIQUE DE L'ACCOUCHEMENT

LE DECLenchement ARTIFICIEL DU TRAVAIL

LES ANALGESIES OBSTETRIQUES

SURVEILLANCE CLINIQUE ET ELECTRONIQUE DE L'ACCOUCHEMENT

► GÉNÉRALITÉS

La surveillance lors d'un accouchement en milieu médical est assurée par une sage-femme.

Ils doivent au cours de ce dernier :

- accompagner la mère ;
- faire le diagnostic de début de travail ;
- surveiller l'effacement du col et la progression de la dilatation ;
- détecter les anomalies ;
- évaluer la hauteur de la tête fœtale ;
- surveiller le bien-être fœtal tout au long de l'accouchement ;
- surveiller les contractions utérines de manière clinique et tocographique* tout au long de l'accouchement ;
- surveiller le périnée ;
- élaborer un partogramme*.

Les principaux moyens de surveillance du fœtus pendant le travail sont :

- l'enregistrement cardiotocographique ;
- le potentiel hydroxide (P.H.) ;
- la quantité de liquide amniotique et la couleur de celui-ci.

La surveillance fœtale pendant la première étape du travail va permettre de dépister certaines particularités :

- Le faux travail : bien que n'étant pas admis par l'ensemble des obstétriciens, il correspond à des contractions utérines qui ne donnent aucune modification cervicale. Il peut être associé à la manifestation d'une dystocie de démarrage. Cette dystocie est une phase de latence prolongée qui va durer plus de 20 heures chez la primipare et plus de 14 heures chez la multipare, d'après Friedman.

► LES ÉLÉMENTS DE L'ACCOUCHEMENT

Quatre éléments peuvent être pris en compte avant et dès le début de l'accouchement :

- la morphologie des défilés de la patiente ;
- l'examen clinique : palper des mensurations, vérification de la position fœtale évaluation de la quantité du liquide amniotique, tonicité de l'utérus (et son relâchement) ;
- la nature et la qualité des contractions utérines ;
- la dilation du col.

Les enregistrements électroniques des contractions utérines et du rythme cardiaque du fœtus (RCF) permettent de compléter la surveillance clinique ainsi que les constantes :

LES SIEGES

La fréquence des sièges est d'environ 4 %. Les causes principales en sont :

- la prématurité
- les anomalies utérines (utérus unicorne, didelphe, cloisonné, hypoplasique,...)
- les anomalies utérines acquises (fibromes, multiparité = utérus vaste et hypotonique)
- les anomalies d'insertion du placenta
- les anomalies du cordon (circulaire, bretelles, longueur courte)
- les malformations fœtales (hydrocéphalie, anencéphalie,...)

TYPES DE SIÈGES

Le siège dit décomplété (2/3 des cas) avec les fesses en présentation pelvienne ou les membres inférieurs sont relevés en attelle.



Siège décomplété

Schéma 15-01 : Présentation en siège décomplété

Le siège dit complet (1/3 des cas) où le fœtus est assis en tailleur sur le détroit supérieur.



Siège complet

Schéma 15-02 : Présentation en siège complet

valorisera celle-ci. Le positionnement “en coin” de la tête fœtale au niveau du détroit supérieur contribuera concomitamment à l'écartement omnidirectionnel du détroit supérieur sous l'influence des puissantes contractions utérine.

La nature a comme toujours, bien fait les choses, en utilisant les éléments anatomiques en présence pour mettre en place une physiologie efficace orientée vers une ergonomie rationnelle.

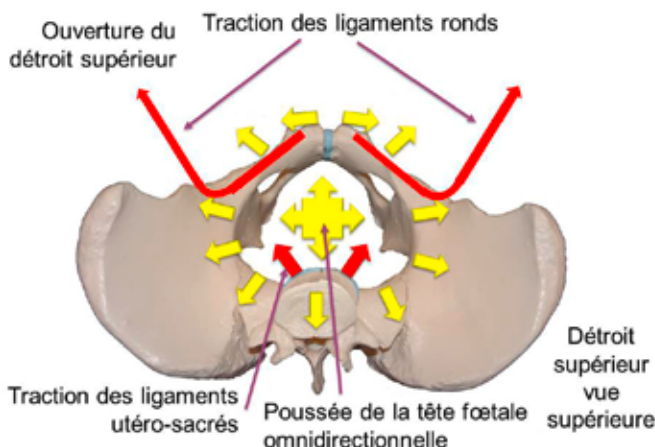


Schéma 16-06 : Dynamique du détroit supérieur lors de l'accouchement

CONCLUSION DE L'ANALYSE DE L'ENGAGEMENT

Pour l'engagement, les explications classiques et simplistes de la mobilité des os du bassin entre eux et de leurs incohérences semblent assez loin de la réalité de la mécanique physiologique tridimensionnelle du couple pelvis-utérus.

La phase d'engagement se caractérise donc par une adaptation principalement osseuse (malléabilité et biomécanique) materno-fœtale réciproque.

On ne peut se référer aux connaissances physiologiques articulaires habituelles pour analyser la phase de l'engagement lors de l'accouchement, que ce soit au niveau de la tête fœtale ou du bassin maternel.

- Les structures osseuses ne sont pas modifiables dans leur constitution mais possèdent lors de l'accouchement une malléabilité intrinsèque augmentée et une cinétique réciproque différente.
- La laxité ligamentaire favorise les adaptations mécaniques, mais elle est proportionnelle à l'importance de l'imbibition hormonale.
- La libération ostéopathique préalable des tensions des lignes de forces intra-osseuses (malléabilité) et des barrières motrices articulaires (amplitudes des mobilités articulaires d'adaptation) ne peuvent que favoriser les multiples possibilités d'adaptations nécessaires à l'engagement.

La qualité de l'engagement du fœtus dans le détroit supérieur du bassin va dépendre, en très grande partie, des possibilités de mobilité du fœtus dans le caisson abdominal maternel.

Les utérus, pour leur majorité, sont plus ou moins fixés, de manière plus ou moins physiologique, à droite chez la plupart des femmes. La qualité élastique de ce niveau de fixation permettra au fœtus de se positionner plus aisément pour se présenter avec une adéquation maximale en regard du détroit supérieur du bassin maternel.

Il est donc impératif pour l'ostéopathe de vérifier et de travailler le niveau de fixation

TEST GLOBAL DES REINS



TYPE DE TEST

MÉCANIQUE
EN 3 TEMPS

IMPORTANCE

SYSTÉMATIQUE
ESSENTIEL

PRESSIONS

■ ■ ■ ■ ■	1
■ ■ ■ ■ ■	2
■ ■ ■ ■ ■	3

PATIENTE

Décubitus dorsal, genoux fléchis, pieds à plats. (Les photos assises n'ont qu'une vertu pédagogique, ce test se fait uniquement en décubitus)

PRATICIEN

Debout, latéralement au niveau du bassin de la patiente

- Mains sous les côtes basses de la patiente
- Pulpe de P3 de vos doigts au niveau des muscles spinaux à hauteur de L1-L2.

TEST

Ce test se réalise en 3 temps :

1 | Tester les muscles spinaux

Apprécier la densité, la qualité d'élasticité et la symétrie des muscles spinaux

2 | Tester l'état d'hydronéphrose

Glisser ensuite vos doigts latéralement au niveau des angles costo-vertébraux, dans le triangle de *Jean-Louis Petit* pour apprécier le degré d'hydronéphrose des reins par une pression douce de la pulpe des doigts, dirigée vers les reins

3 | Test du *floc-floc*

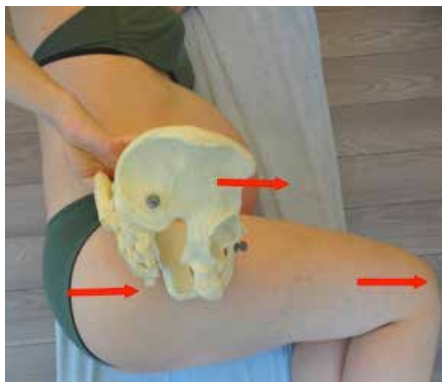
Effectuer le test dit du *floc-floc* pour apprécier l'éventuelle rétention d'eau dans les tissus périphériques des reins. A cet effet, positionner la pulpe des doigts à l'extérieur des angles costo-vertébraux et tester les tissus à la recherche d'un effet *poche à eau*.

PROPOSITION D'UN MODÈLE DE COTATION

Il est possible d'utiliser un moyen mnémotechnique* facile de cotation des trois tests des reins. Mais chacun reste libre d'utiliser une mémorisation à sa convenance.

TESTS	COTATION REIN DROIT (RD)			COTATION REIN GAUCHE (RG)		
	spinaux	hydro néphrose	floc-floc	spinaux	hydro néphrose	floc-floc
NÉGATIF	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3

■ APPRENTISSAGE DE LA MOBILISATION DU BASSIN EN LATÉROCUBITUS - PLAN HORIZONTAL



PATIENTE

Latérocubitus, membres inférieurs fléchis à 90°.

EXERCICE

1 | Alternier des rotations droite et gauche du bassin

La patiente effectue un mouvement alterné du bassin dans un plan horizontal autour d'un axe vertical. Ceci correspond à un mouvement de glissement antéro-postérieur d'une cuisse sur l'autre.

Elle répétera l'exercice plusieurs fois jusqu'à la maîtrise parfaite de ce dernier.

COMMENTAIRES

Pour l'apprentissage, il est préférable d'installer la patiente en latérocubitus gauche pour éviter de comprimer le foie et favoriser le retour veineux abdominal.

Pour les mêmes raisons, il faut également conseiller à la patiente, si elle accouche en latérocubitus, de se positionner sur son côté gauche.

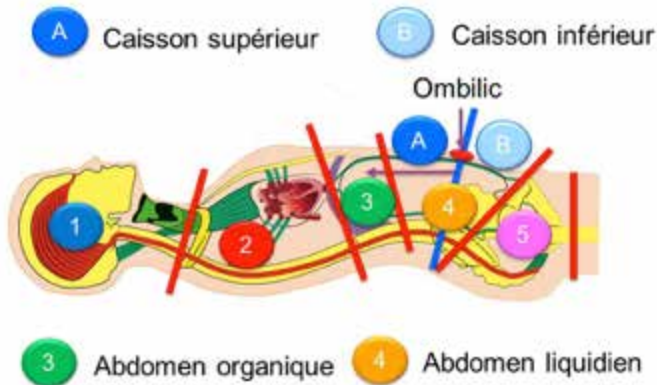
Cet exercice est utilisé par la parturiente entre les contractions utérines lors de l'accouchement pour favoriser la progression millimétrique du fœtus dans la filière pelvienne.

D'un point de vue pratique, ce mouvement consiste à faire glisser la cuisse supérieure sur l'autre, vers l'avant et l'arrière.

Dans cette position, le mouvement ne sera possible que sur le côté non posé sur la table.

DÉSORDRES DES PRESSIONS ABDOMINALES

Un test ostéopathique va permettre d'apprécier les pressions de la cavité abdominale et de ses caissons supérieur et inférieur pour objectiver leurs états de pressions.



L'abdomen

Zone 3 : abdomen organique (dense)

Zone 4 : abdomen liquidien (hydraulique)
constitué de deux zones :

- A = sus ombilicale
- B = sous ombilicale

Au-delà de la normotonie, il est possible de rencontrer cinq autres sortes de résultats différents à ce test :

Le plus souvent :

- abdomen en densité ou hyperpression supérieure
- abdomen en densité ou hyperpression inférieure
- abdomen en hyperpression

Plus rarement :

- abdomen en hypopression
- abdomen en hypopression et compaction profonde

■ TEST GLOBAL DES PRESSIONS ET TENSIONS ABDOMINALES



TYPE DE TECHNIQUE

MÉCANIQUE

IMPORTANCE

TEST SYSTÉMATIQUE

ESSENTIEL

MOBILISATION



PATIENTE

Décubitus dorsal, genoux fléchis, pieds à plat.

PRATICIEN

Debout, latéralement au niveau de l'abdomen de la patiente.

- Mains posées à plat sur le ventre de la patiente, en sus et sous-ombilical.

TEST

1 | Appliquer une pression progressive vers la table

Exercer une pression douce et progressive vers le plan de la table en passant physiquement et mentalement la sangle abdominale.

2 | Tester les chasses liquidiennes

Apprécier les pressions liquidiennes et leur capacité de chasse des caissons abdominaux, de manière alternative (caisson haut / caisson bas).

COMMENTAIRES

Ce test est pratiquement le plus important dans la prise en charge des patientes en post partum.

Il est nécessaire «d'inclure» mentalement les mains avec la sangle abdominale pour passer au-delà et pouvoir apprécier objectivement la chasse liquidienne possible.

La qualité des réponses de pressions permet au praticien de déterminer un éventuel déséquilibre organique abdominal et une désorganisation de répartition et de chasse des liquides entre les caissons hauts et bas de l'abdomen.

► TEST DE LA COUPOLE DIAPHRAGMATIQUE GAUCHE



TYPE DE TECHNIQUE

MÉCANIQUE
TISSULAIRE

IMPORTANCE

TEST SYSTÉMATIQUE
ESSENTIEL

COMPACTION

ET INDUCTION



PATIENTE

Décubitus dorsal, genoux fléchis, pieds à plat.

PRATICIEN

Debout, latéralement à gauche de la patiente, au niveau de son épaule.

- Main gauche posée sur la table les doigts en crochets.
- Pulpes d'extrémités des doigts au contact de la masse des muscles spinaux au niveau des dorsales basses et de la région de la charnière dorso-lombaire, sur la zone la plus dense.
- Talon de la main droite (éminence hypothénar) posé sur la face antérieure du thorax au niveau de l'angle costo-sternal gauche.

TEST

1 | Tester la mobilité tissulaire

Apprécier la mobilité tissulaire tridimensionnelle des structures entre vos appuis.

2 | Rechercher des zones de densité

Essayer de percevoir les zones de densités majeures, les tensions et les inerties des tissus.

3 | Tester la motilité de la coupole gauche

Essayer aussi de percevoir conjointement la motilité du pilier gauche du diaphragme (zone située en regard des muscles spinaux à la hauteur de la base diaphragmatique = zone allant approximativement de T₁₀ à L₁) et des tissus périphériques.

COMMENTAIRES

Le praticien recherche les éventuelles zones de densité situées entre ses appuis avec une perception tridimensionnelle globale des structures.

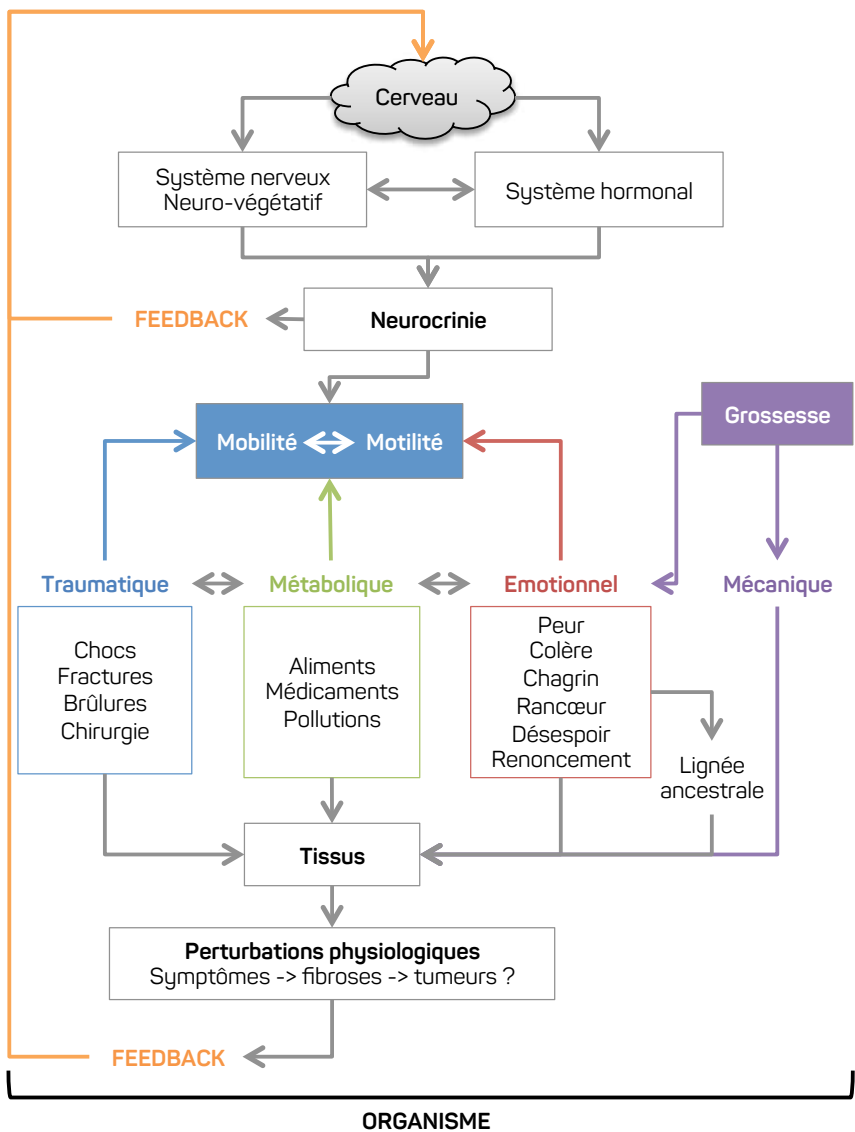
Il peut aussi analyser les tensions cinétiques de la coupole diaphragmatique.

Il positionne P₃ des doigts au contact des spinaux en légère extension pour assurer une meilleure perception de la densité des piliers.

tissus de modifier le feedback*. Ceci permet de *débuguer** l'ordinateur cérébral en le *re-bootant** en quelque sorte.

La plupart des techniques présentées dans cet ouvrage étant dites tissulaires, il m'a semblé nécessaire d'aborder de manière très succincte les principes de base de ces dites techniques. Il est cependant fortement conseillé d'effectuer des formations spécifiques dans ce domaine, comme celles de Pierre Tricot, François Bel ou avec d'autres ostéopathes qui ont développé des formations post graduate complètes sur le sujet.

Ces techniques tissulaires demandent un apprentissage plus ou moins long en fonction de la personnalité des ostéopathes et de leur sensibilité. Quel que soit le praticien, le travail tissulaire demande toujours un certain niveau d'apprentissage et de pratique pour le maîtriser du mieux possible. Mais il en est de même pour toutes les techniques ostéopathiques.



SCHÉMATISATION DE LA BOUCLE CERVEAU/ORGANISME

LIBÉRATION SACRÉE À 3 POINTS



TYPE DE TECHNIQUE

TISSULAIRE
MÉCANIQUE

IMPORTANCE

LIBÉRATION
D'UN SACRUM INTRA-
OSSEUX / ARTICULAIRE

COMPACTION

ET INDUCTION



PATIENTE

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

PRATICIEN

Debout, au niveau du bassin de la patiente.

- Main caudale empaume le sacrum, l'avant-bras est posé sur le plan de la table.
- L'éminence thénar se trouve au contact de la jonction sacro coccygienne, les pulpes de P₃ du majeur et de l'annulaire sont positionnées naturellement en regard de chaque sillons sacro-iliaque respectif.
- L'avant-bras céphalique est posé en pont devant le bassin, paume de la main accueillant l'EIAS gauche, la face interne de l'avant-bras au contact de l'EIAS droite.

TECHNIQUE

1 | Désengager le sacrum entre les iliaques

Exercer un très léger et très subtil appui de votre avant-bras et de votre main céphalique au niveau des EIAS. Imaginer les rapprocher l'une de l'autre de manière à générer une très légère décoaptation des articulations sacro-iliaques.

2 | Faciliter le sacrum

Votre main caudale amène le sacrum dans un sens de facilitation mécanique tridimensionnel.

3 | Libération de la motilité sacrée

A partir de là, effectuer un travail au niveau de la motilité sacrée tridimensionnelle. Si le sacrum est très dense, effectuer un travail de pression intra-osseux puissant, similaire à celui que l'on peut avoir lorsque l'on presse une éponge.

COMMENTAIRES

Cette technique nécessite souvent beaucoup de puissance pour pouvoir travailler en intra-osseux. Il est impératif d'avoir l'avant-bras caudal posé sur la table pour pouvoir utiliser un fulcrum efficace. Ainsi toute la puissance du buste pourra se transférer dans la main et faire que cette technique ne soit pas trop inconfortable pour la main du praticien.

L'ANALYSE GLOBALE DE LA GLOBALITÉ

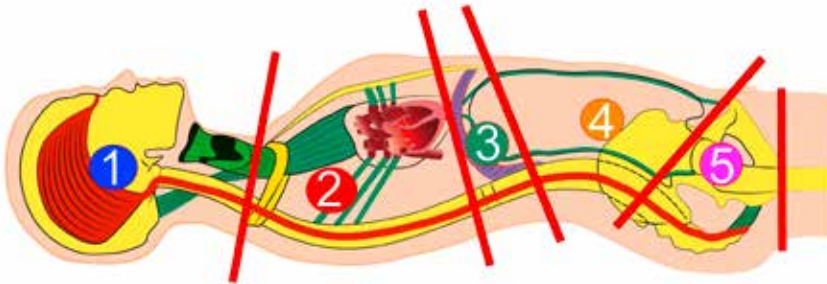


SCHÉMA DES 5 ZONES DE L'APPROCHE GLOBALE

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

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.

2 LA ZONE THORACIQUE AÉRIQUE

Cette zone est constituée par la partie creuse aérienne du thorax qui permet la fluctuation et le transfert sanguin des gaz nécessaires à la vie cellulaire. 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.

3 LA ZONE THORACIQUE ORGANIQUE

Séparée de la précédente par la très fine cloison diaphragmatique, elle protège et renferme les organes pleins et denses (foie, reins, rate et pancréas). Bien que situés dans le thorax, ces organes font cependant partie intégrante de la cavité abdominale.