IFSO Rennes
Gilles Boudehen Directeur

Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

Recherche de l'apport ostéopathique dans le cadre du post-partum

Le Calvez

Nolwenn

PROMOTION 9

Année 2017-2018

BRETAGNE OSTEOPATHIE
Enseignement & Formation Continue

Bretagne Ostéopathie SARL.
Parc Monier - Bât Artémis - 167A, Rue de Lorient ● 35000 RENNES ● **Tél. : 02 99 36 81 93** ● **Fax : 02 99 38 47 65**
www.bretagne-osteopathie.com ● **contact@bretagne-osteopathie.com**
CODE APE 8559A - N° Siret 504 423 302 00026 - Agrément Ministériel N° 2015-07
Déclaration d'activité enregistrée sous le n°53350846435 auprès du préfet de la région Bretagne. (Ce n° ne vaut pas agrément de l'état).

Remerciements

Toute ma reconnaissance va à l'ensemble des personnes qui, de près ou de loin, ont participé à l'aboutissement de ce mémoire, notamment :

Hélène DUVAL, tutrice de ce mémoire, pour tes conseils, tes corrections pertinentes, ta bienveillance et ta disponibilité.

Soisik Verborg, pour avoir su prendre ce travail en chemin. Merci de tes conseils et de ton dynamisme.

Ma cousine Lucie, pour tes bons conseils, tes relectures et tes corrections rapides et appropriées.

Ma collègue Céline, pour mes absences au cabinet et son soutien de ces 5 dernières années.

L'équipe pédagogique de l'IFSOR-Rennes pour la qualité de leur enseignement et leur passion de l'ostéopathie.

Mes camarades de promotion pour ces 4 ans de doutes, de pleurs, de joie et de vie. Merci pour tout ce que nous avons partagé.

Ma famille, pour m'avoir poussée à faire cette formation et soutenue tout au long de cette dernière année.

Mon Pierrot, pour son soutien, son écoute et son amour.

Un grand **MERCI**…

Sommaire

RECHERCHE DE L'APPORT OSTEOPATHIQUE DANS LE CADRE DU POST-PARTUM 1
REMERCIEMENTS 2
ABREVIATIONS 5
1 INTRODUCTION 6
1.1 Anatomie et physiologie 7
1.1.1 Le pelvis féminin 7
✓ **Un cadre osseux :** 7
✓ **Les viscères pelviens :** 10
1.1.2 Le périnée et le diaphragme pelvien 12
✓ **Description du périnée :** 12
✓ **Description du diaphragme pelvien :** 13
✓ **Vascularisation et innervation périnéale :** 15
1.1.3 La physiologie périnéale 16
1.1.4 La statique pelvienne 18
1.1.5 Quelques mots sur la constipation 19
1.2 La grossesse, l'accouchement et le post-partum 21
1.2.1 Les modifications induites par la grossesse 21
1.2.2 L'accouchement et ses conséquences 22
1.2.3 Les suites de couches : la rééducation périnéale et abdominale 28
1.3 Présentation du modèle ostéopathique appliqué à la recherche des lésions du post-partum 29
1.3.1 Concept de la lésion tissulaire réversible 29
1.3.2 Définition de la manipulation structurelle 31
1.3.3 Protocole d'investigation des variables de régulation 31
2 MATERIELS ET METHODE 33
2.1 Population d'étude: 33
2.1.1 Les critères d'inclusion retenus pour cette étude sont: 33
2.1.2 Les critères d'exclusion retenus pour cette étude sont : 33
2.2 Méthode et matériels : 34
2.2.1 Méthode : 34
2.2.2 Matériel : 36
3 RESULTATS 37
3.1 Présentation des cas 37
3.2 Bilan masso-kinésithérapique 37
3.3 Résultats du questionnaire SF36 40
3.4 Résultats des manipulations structurelles effectuées 41

3.5 Résultats du 2ème questionnaire (Annexe XV) 43
4 DISCUSSION 44
5 CONCLUSION 47
6 BIBLIOGRAPHIE 48
7 ANNEXES 52
7.1 Annexe I : Les articulations et les ligaments du bassin 52
7.2 Annexe II : rôle de la respiration : piston diaphragmatique 53
7.3 Annexe III: l'échelle de Bristol 54
7.4 Annexe IV : conseils pour lutter contre la constipation : De Gasquet 55
7.5 Annexe V : Fiche bilan IFSOR 56
7.6 Annexe VI : fiche bilan kinésithérapique de Sandrine GALLIAC-ALANBARI.. 58
7.7 Annexe VII : Echelle de testing 63
7.8 Annexe VIII : Questionnaire SF36 64
7.9 Annexe IV : Définition des dimensions du questionnaire SF36 69
7.10 Annexe X : 2ème questionnaire 70
7.11 Annexe XI : Fiche de renseignement et de consentement 72
7.12 Annexe XII: les accouchements 73
7.13 Annexe XIII : résultats du questionnaire SF36 74
7.14 Annexe XIV : Lésions retrouvées 75
7.15 Annexe XV: résultat du 2ème questionnaire 76
8 RESUME 79

Abréviations

IFSOR : Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes

HAS : Haute autorité de Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

OIGA : Occipito-Iliaque Gauche Antérieure

LTRs : Lésions Tissulaires Réversibles

DVTM : Dynamisation Vasculo Tissulaire Manuelle

FUE : Fuites Urinaires à l'Effort

CMP : Connaissances et Maîtrise du Périnée

1 INTRODUCTION

Dans mes études en masso-kinésithérapie, je me suis très rapidement intéressée à la périnatalité et au post-partum. Ce lien privilégié que je pouvais avoir avec les femmes et leurs nouveaux nés était un épanouissement professionnel. Mais j'ai vite trouvé des limites à cette prise en charge. En effet, je ne pouvais pas répondre à toutes les attentes de mes patientes. L'entrée en école d'ostéopathie à l'Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes (IFSOR) a été un déclic car j'avais enfin un regard de la femme dans sa globalité. Mise au service de la kinésithérapie, l'ostéopathie me permet d'apporter un meilleur confort à la femme…

L'objectif de ce mémoire est de définir un protocole d'investigation ostéopathique afin de mettre en évidence ce que j'ai mis en place dans mon quotidien et ce que cela a apporté aux femmes. Je pense qu'il y a un intérêt à la levée des lésions tissulaires réversibles (LTRs), que nous décrirons par la suite, situées dans le petit bassin féminin préalablement à une rééducation périnéale et abdominale en post-partum. Mon hypothèse de ce travail est que le traitement ostéopathique préalable optimise la rééducation du post-partum.

Dans un premier temps, la définition du cadre anatomique va être abordée, incluant la physiologie des tissus mous, des os les uns avec les autres. Puis, je décrirai, en m'appuyant sur la littérature, les changements liés à la grossesse, l'accouchement et les suites du post-partum.

Dans un deuxième temps, j'ai établi un protocole d'investigation où je décris la méthode et les moyens mis en place. Je poursuis sur l'analyse et les commentaires des résultats de ce protocole.

Enfin, la discussion va permettre de critiquer ce protocole et d'apporter des éléments d'ouverture à ce travail.

1.1 Anatomie et physiologie

1.1.1 Le pelvis féminin

Pour débuter la lecture et bien cadrer ce mémoire, voici quelques généralités concernant l'anatomie du bassin féminin.

✓ **Un cadre osseux :**

Le squelette du bassin est composé de quatre os :

- En avant et latéralement, des deux os iliaques
- En arrière, du sacrum
- En arrière et en bas, du coccyx

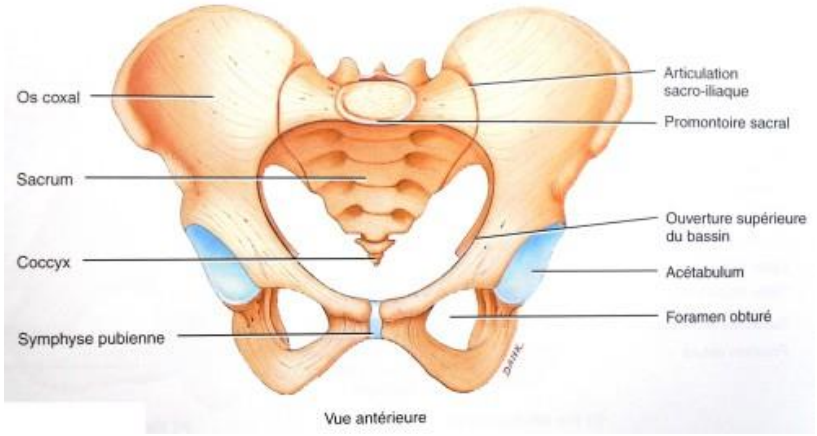


Schéma du bassin osseux de face[1]

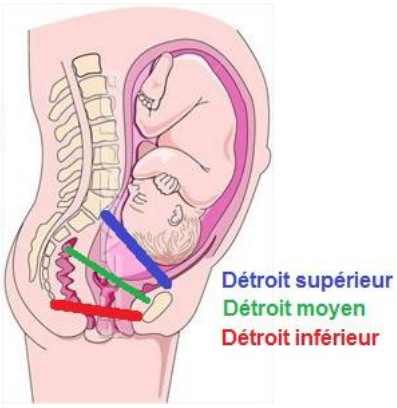
Le petit bassin est un canal osseux présentant des ouvertures[2] :

- le détroit supérieur délimité en avant par le bord supérieur du pubis, latéralement les lignes arquées et en arrière le promontoire sacré.
- le détroit inférieur où s'insère la partie superficiel du périnée délimité par : le bord inférieur de l'os coxal et les ligaments sacro-sciatiques.
- On peut également parler du détroit moyen qui est le canal pelvien délimité par : en arrière S4-S5, latéralement les épines ischiatiques et le bord supérieur du ligament

[1] D. B. Derrickson, G. J. Tortora, Manuel d'anatomie et de physiologie humaines, 2e édition, De Boeck supérieur, 2017.

[2] J-H. Baudet, Obstétrique pratique, p270-273, 1990, 2ème édition, Maloine

sacro-épineux et en avant une ligne joignant l'épine sciatique au tiers supérieur de la symphyse. Ce détroit est situé entre le détroit supérieur et inférieur. Il a une importance dans l'accouchement que nous verrons par la suite.



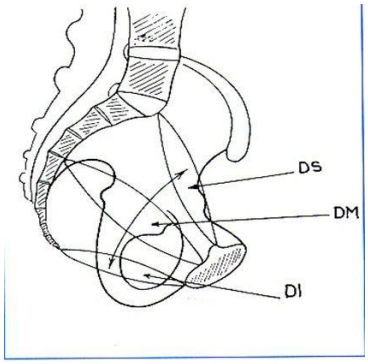


Figure 4 - B - vue de profil
DS : Détroit supérieur - DM : Détroit Moyen - DI : Détroit inférieur.

Les détroits du bassin féminin[3] [4]

Le bassin est composé de trois articulations intrinsèques : (annexe I)

→ **La symphyse pubienne** est considérée comme une amphiarthrose[5]. Cette articulation est la jonction des deux pubis en avant unie par un disque interpubien ou ligament interosseux. Au niveau biomécanique, on retient deux choses clés de cette articulation : « l'apparition d'une composante de cisaillement frontal en appui monopodal, inapparente tant que l'intégrité du système ligamentaire péri-symphysaire est respectée mais qui devient prédominante lors des disjonctions symphysaires traumatiques ou du post-partum ». Et on retient « l'étroite interdépendance biomécanique des articulations sacro-iliaques, coxo-fémorales et de la symphyse illustrée par des atteintes fréquemment concomitantes. »[5]

→ **L'articulation sacro-coccygienne** réunit le pôle inférieur du sacrum et la première vertèbre coccygienne. Il existe un fibrocartilage au niveau de la surface articulaire. Cette articulation est maintenue par un gros amarrage ligamentaire puissant renforcé par les ligaments sacro-épineux et le ligament longitudinal antérieur. « L'articulation est le siège de mouvements de flexion extension de 5 à 30° d'une grande importance

[3] http://passion-sage-femme.over-blog.com/tag/savoir%20+/2

[4] http://slideplayer.fr/slide/11803751/

[5] T. Jarlaud, JJ Railhac, F De Paulis, Symphyse pubienne normale et pathologique : apport de l'imagerie, Journal de radiologie, Vol 82, N° 3 - mars 2001, p. 425

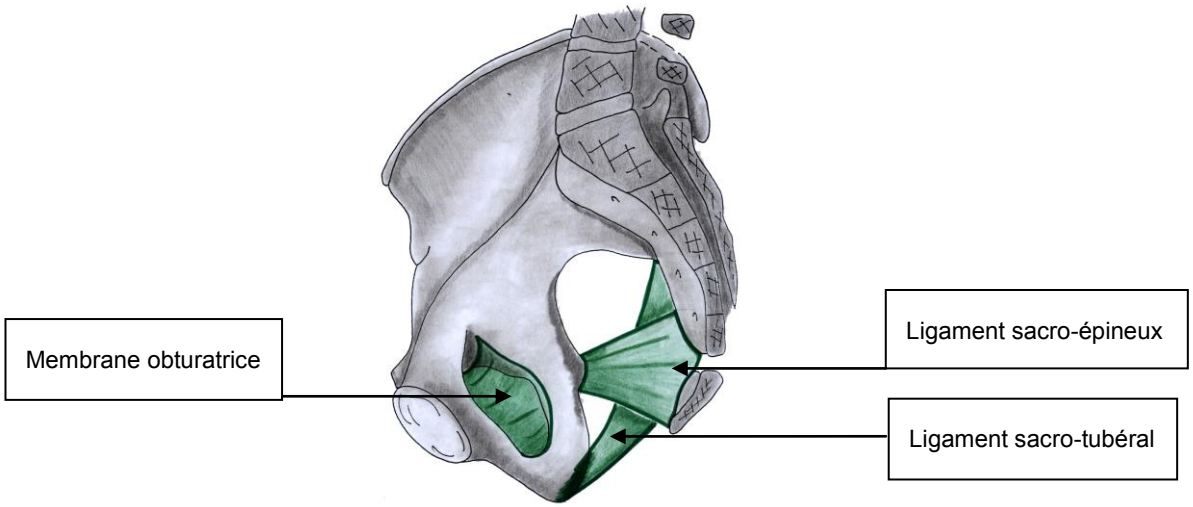
lors de l'amorti de contraintes et de l'accouchement ». Enfin, le coccyx reçoit l'insertion d'un des faisceaux de l'élévateur de l'anus, muscle puissant du diaphragme périnéal que nous verrons par la suite. La contraction du diaphragme pelvien entraîne une flexion de l'articulation qui participe ainsi à l'amortissement des contraintes.[6]

→ **Les articulations sacro-iliaques** réunissant le sacrum avec les deux os iliaques. A proximité de cette articulation, des ligaments assurent le renfort (ligaments sacro-iliaques ventraux antérieurs et postérieurs). A distance de l'articulation, le ligament sacro-tubéral et le ligament sacro-épineux continuent ce renfort.

Les mouvements décrits sont ceux de la nutation (bascule du bassin vers l'avant et vers le haut) permettant d'augmenter l'ouverture du détroit inférieur en particulier lors de l'accouchement. Le mouvement contraire de contre-nutation est une bascule du bassin vers l'arrière et vers le bas. Ces mobilités sont restreintes au niveau de ces articulations. Les sages-femmes vont favoriser l'ouverture du détroit supérieur ce qui favorisera l'engagement et la descente du mobile fœtal dans le bassin. Elles ouvriront ensuite le détroit inférieur avec la nutation, la rétroversion du bassin et la rotation interne des fémurs pour favoriser le dégagement ou l'expulsion du fœtus.

Les ligaments du petit bassin :

On retrouve plusieurs ligaments s'amarrant au petit bassin :



[6] Frank H. Netter. Atlas d'anatomie humaine, 4e édition. Ed. Masson ; 2007.

Ces ligaments peuvent entraver la mobilité des différentes articulations du petit bassin s'ils ne sont pas souples et élastiques. L'ostéopathie pourra agir sur ces derniers afin de restaurer leurs qualités. Nous verrons plus tard ce que nous pouvons faire techniquement.

- ✓ **Les viscères pelviens :**

Au niveau du petit bassin on retrouve les organes suivants:

- ***L'utérus*** : il est sous péritonéal et est situé en arrière et au-dessus de l'os pubien, entre la vessie et l'urètre en avant et le rectum en arrière. C'est « un muscle lisse et creux, en forme de poire, aux parois épaisses »[7]. Il est suspendu par les ligaments larges, ronds, utéro-sacrés et les ligaments transverses. Il est le lieu de la nidation de l'embryon et de son développement.
- ***Les trompes utérines*** : Les trompes de Fallope sont situées dans l'aileron supérieur du ligament large. Elles permettent « le transport des gamètes et de l'œuf fécondé »[8]
- ***Les ovaires*** ont une fonction endocrine et exocrine. Leurs moyens de fixités sont les ligaments ovariens, lombo-ovariens, utéro-ovariens, tubo-ovariens et infundibulo-coliques. Le ligament suspenseur de l'ovaire se confond à son origine avec le tissu sous-péritonéal de la région lombaire au niveau de L2. Enfin le ligament infundibulo-colique relie l'ovaire et la trompe gauche au méso-sigmoïde.[6]
- ***Le vagin*** est un conduit musculo-fibreux extensible. Dans son segment moyen, il est fixé par le muscle élévateur de l'anus (faisceau pubo coccygien) et dans son segment inférieur par la partie moyenne du périnée. A ses deux extrémités, le vagin est fixé à sa partie supérieure par l'utérus et suspendu à la paroi pelvienne postérieure des lames sacro-génito-sacrées. Et à sa partie inférieure, il adhère au noyau central du périnée.[6]
- ***Le rectum*** est le conduit terminal du colon sigmoidien. La partie basse du rectum, appelée ampoule rectale, est la zone de stockage des selles. Elle se poursuit par le canal anal qui se termine par l'anus. « Le rectum et le canal anal sont constitués d'une muqueuse et de plusieurs couches musculaires : les sphincters interne et externe, ainsi que les muscles élévateurs de l'anus. Le muscle pubo-rectal, partie du

[7] La lutte contre le cancer du col de l'utérus, guide des pratiques essentielles, organisation mondiale de la santé, 2007.

8 C. Ageron-Marque, guide pratique d'ostéopathie en gynécologie, Satas, 2000, pages93-127

muscle élévateur de l'anus, forme une sangle autour de la jonction ano-rectale pour former un angle de 90°, nommée courbure périnéale ». [9]

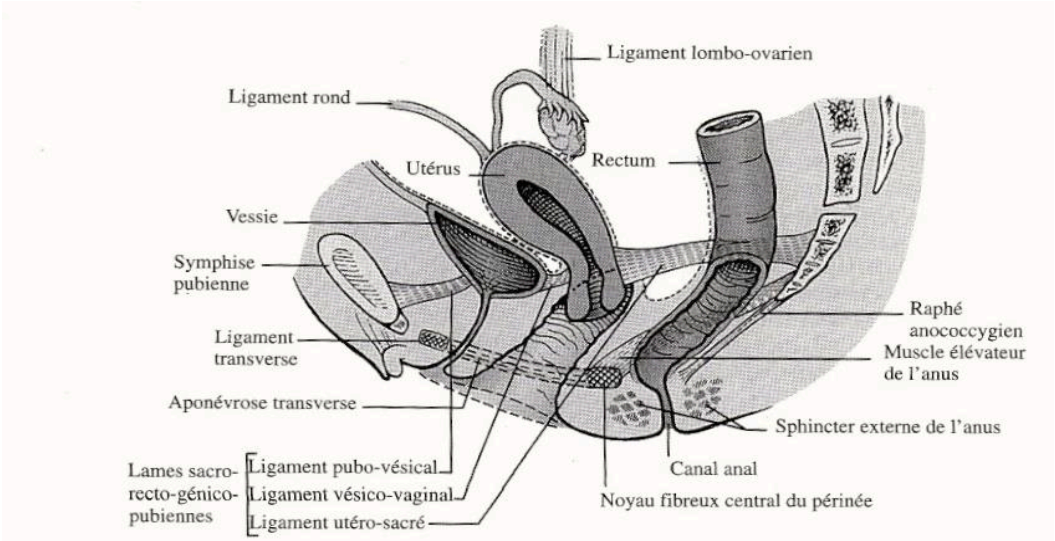
- ***La vessie*** : c'est un réservoir creux musculo-membraneux qui assure la continence urinaire. Elle est située au-dessus du diaphragme pelvien, juste en arrière de la symphyse pubienne et en avant de l'utérus et du vagin, sous la masse musculaire abdominale. Elle est prolongée par l'urètre, canal qui permet l'évacuation des urines lors de la miction. La place de la vessie est assurée par différents éléments assurant son positionnement :

  → Le diaphragme pelvien, le vagin et le noyau central du périnée.

  → Les ligaments de la vessie : les ligaments vésico-utérins et les ligaments pubo-vésicaux qui correspondent à un accolement du péritoine à la base de la vessie au niveau de la partie supra-vaginale du col.[10]

  → Les fascias : le péritoine adhère au sommet de la vessie et à sa face supérieure.[10]

Dans la limite supérieure du pelvis, le péritoine tapisse les viscères pelviens, dessinant entre vessie et rectum, le cul-de-sac vésico-génital et le cul- de-sac recto-génital de Douglas. Et sa limite inférieure est fermée par le diaphragme pelvien et le périnée.



Coupe schématique du périnée et des organes pelviens[10]

[9] Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Chapitre 3 : Bassin et périnée, Anatomie médicale : aspects fondamentaux et applications cliniques, 2001

[10] Grosse D., Sengler J. : Rééducation périnéale, Masson, 2009. Pages 15-19;27

1.1.2 Le périnée et le diaphragme pelvien

- ✓ **Description du périnée :**

Le périnée est l'ensemble des parties molles fermant la partie basse de la cavité pelvienne. Il est situé sous le diaphragme pelvien et est traversé par le vagin, l'urètre et le canal anal. Il est composé de fascias, muscles et organes génitaux.

Le périnée est divisé en deux parties virtuelles: le périnée antérieur uro-génital et le périnée postérieur anal. Ces deux parties virtuelles sont séparées par une ligne allant d'une tubérosité ischiatique à l'autre et passant par le centre tendineux du périnée.

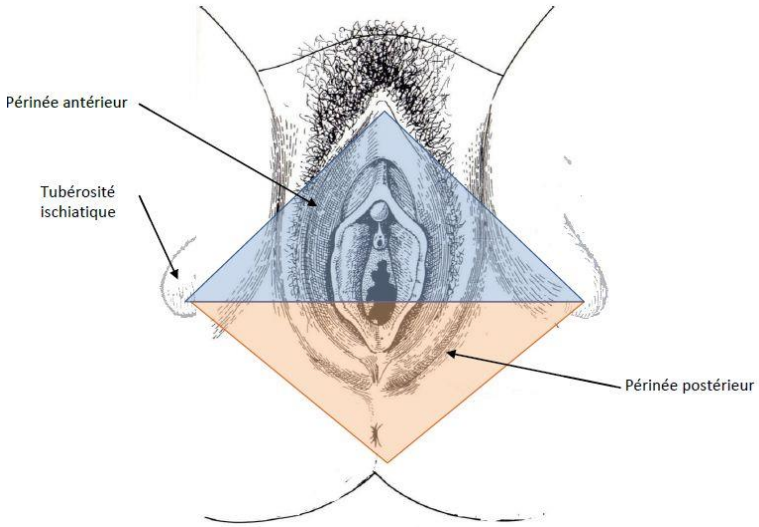


Schéma du périnée antérieur et postérieur

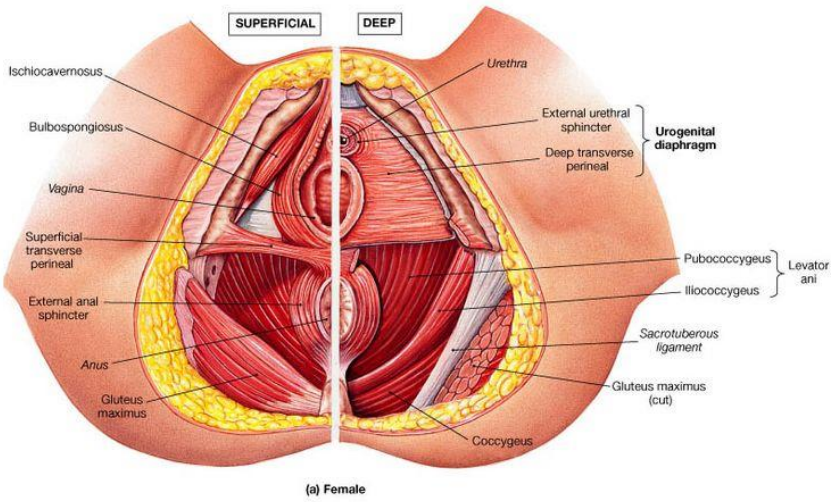
Le périnée antérieur est le plus superficiel :

- *Le plan cutané* : on y décrit la vulve, les organes génitaux externes et l'orifice anal.
- *Le plan superficiel :* on retrouve les muscles ischio-caverneux, bulbo caverneux, bulbo spongieux et le transverse superficiel. De plus, il existe la présence des glandes de Bartholin et de Skène qui permettent la sécrétion de liquide lors des rapports sexuels.

- *Le plan profond* : il n'existe que dans la partie antérieure du périnée. L'aponévrose périnéale profonde est constituée de deux fascias qui se rejoignent en arrière et de deux muscles : le transverse profond du périnée et le sphincter externe de l'urètre.[11]

Le périnée postérieur :

- *Le plan cutané* est représenté par le canal anal.
- *Le plan superficiel* : le sphincter anal externe qui ceinture le canal anal est divisé en trois sphincters. Le sphincter externe profond qui est indissociable des fibres du muscle élévateur de l'anus par ses fibres pubo-rectal, le sphincter externe moyen et le sphincter externe superficiel.



Les plans superficiel et profond du périnée

✓ **<u>Description du diaphragme pelvien :</u>**

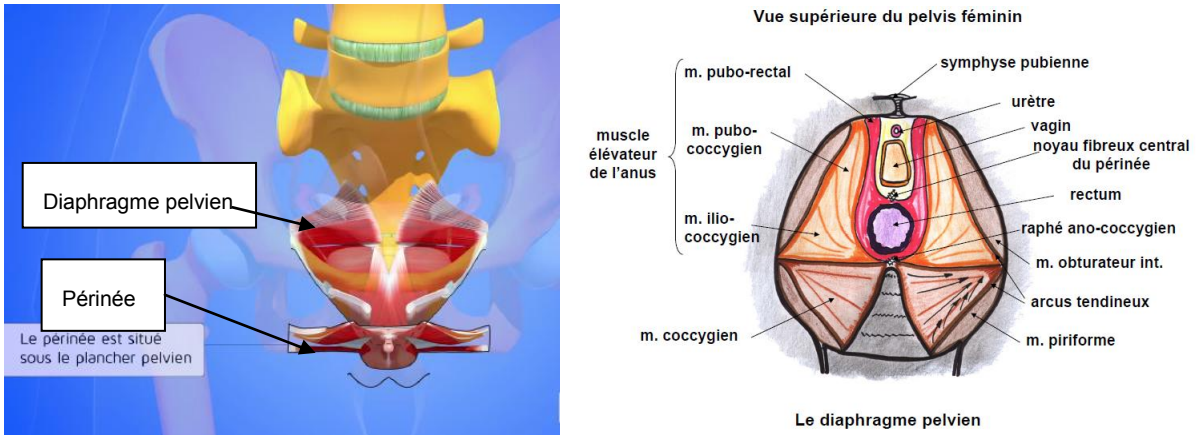
Le plancher pelvien se nomme aujourd'hui diaphragme pelvien pour donner plus de souplesse et de dynamisme à la physiologie périnéale.

Le diaphragme pelvien est constitué du muscle élévateur de l'anus et du muscle coccygien.

[11] Support de cours : anatomie du périnée féminin, Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, 01/12/11, Université Médicale Virtuelle Francophone.

- **Le muscle élévateur de l'anus** est divisé en trois parties : les fibres pubo rectales, pubo-coccygiennes et ilio-coccygiennes. Il est composé de fibres de type I car il s'agit d'un muscle de la posture et a ainsi un tonus permanent pour supporter le poids des viscères pelviens (rectum, vessie, vagin et utérus). Ce muscle peut ainsi faire face à une augmentation soudaine de pression abdominale. Enfin, il se comporte comme un diaphragme qui s'ouvre lors de la miction et de la défécation et qui reste fermé le reste du temps.
- **Le muscle coccygien** ferme la cavité pelvienne en arrière en complément du muscle élévateur de l'anus.

Le centre tendineux du périnée, sous cutané, est situé entre le vagin et l'anus. C'est un ensemble fibro-musculaire vers lequel converge la plupart des muscles du périnée et le faisceau pubo-périnéal de l'élévateur de l'anus. Selon R. Yiou, « il joue un rôle important dans la statique pelvienne car il représente un point de support pour le vagin et l'utérus. La détérioration du centre tendineux, notamment après un accouchement, prédispose au développement d'une rectocèle ou d'une entérocèle. »[12]



Le diaphragme pelvien

[12] R. Yiou et Al., Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien, Progrès en urologie (2009) **19**, 916-925, EMC consult.

✓ **Vascularisation et innervation périnéale [13] :**

Le périnée est une zone très innervée et richement vascularisée.

➢ ***Vascularisation artérielle***

La vascularisation artérielle du périnée se fait par l'artère pudendale qui se divise en artères collatérales:

- Artère rectale inférieure
- Artère périnéale supérieure
- Artère du bulbe vestibulaire
- Artère urétrale

Puis se termine par deux artères terminales : les artères profonde et dorsale du clitoris.

➢ ***Vascularisation veineuse***

Elle poursuit la vascularisation artérielle avec la veine pudendale et ses collatérales périnéales, bulbaires et caverneuses.

➢ ***Innervation du périnée***

Au niveau de l'innervation, le périnée comprend trois territoires:

- Le territoire des nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique et génito-fémoral.
- Le territoire du nerf pudendal. C'est un nerf moteur et sensitif.
- Le territoire des branches ischio-périnéales du nerf cutané postérieur de la cuisse et du nerf clunéal inférieur.

La principale innervation du périnée provient du plexus pudendal issu des 2ème, 3ème et 4ème vertèbres sacrées. Il innerve les organes génitaux externes et le périnée.

[13] Support de cours : anatomie du périnée féminin, Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, 01/12/11, Université Médicale Virtuelle Francophone.

1.1.3 La physiologie périnéale

Le périnée permet le bon fonctionnement de la défécation, de la continence et de la miction. Il est également impliqué dans les fonctions sexuelle, reproductive et de soutien des organes pelviens.

- ✓ **Continence urinaire et anale**

La continence urinaire est le résultat d'un équilibre entre les pressions intra vésicale et urétrale. La vessie est un réservoir musculaire distensible, son muscle, le détrusor, se laisse étirer sans résistance et donc sans augmentation de pression. La vessie n'est jamais complètement vide. L'urètre situé sous la vessie, correspond au canal par lequel l'urine s'extériorise. Ce dernier comporte un appareil musculaire sphinctérien essentiel à la continence. L'urètre repose sur le diaphragme périnéal et le vagin. Il est fixé au pubis grâce à des ligaments suspenseurs en haut et en avant. Cet ensemble forme un hamac qui soutient l'urètre et participe à la continence.[14] Le maintien de la continence dépend du bon fonctionnement de tous ces éléments. L'appareil vésico- sphinctérien est contrôlé par le système nerveux, qui doit également être en état d'assurer son rôle. Chez une personne continente, la vessie se remplit à basse pression tandis que les pressions urétrales restent élevées. Au moment de la miction, le mécanisme s'inverse, les pressions urétrales s'effondrent, la vessie se contracte aboutissant à une miction normale permettant l'évacuation complète des urines.

L'arc tendineux du fascia pelvien, les fascias pelviens et le muscle élévateur de l'anus jouent un rôle majeur dans le support de la vessie et de l'urètre et donc dans la continence à l'effort. Ces éléments exercent une force de contre-pression s'opposant aux forces brusques des pressions abdominales.[15] Toute altération de l'un de ces éléments peut conduire à des fuites urinaires à l'effort ou à une cystocèle.

- ✓ **Rôle dans la défécation**

La défécation représente la fin de la digestion. Arrivé au sigmoïde, qui est la fin du colon descendant, le bol alimentaire fait un effet de masse appelé ponte sigmoïdienne entraînant la distension de l'ampoule rectale. La sensation de besoin est alors déclenchée par cette ponte. S'il est possible de se rendre aux toilettes, les selles seront évacuées grâce au

[14] http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base_bibliographique/article/html/incontinence-urinaire-de-la-femme.html dernière consultation le 2/01/2018

[15] 15 Fatton B. (2005) Anatomie dynamique du périnée

réservoir qui se contractera légèrement et au sphincter qui se relâchera. Le rectum se videra intégralement jusqu'à la prochaine ponte sigmoïdienne. La défécation peut être difficile si les selles sont trop dures, s'il y a un ralentissement du péristaltisme (ensemble des contractions musculaires qui assurent la progression du contenu d'un organe creux), s'il y a une faiblesse des sphincters anaux, ou en cas d'incontinence anale et bien d'autres causes (neurologique, endocrinienne, etc.) La continence anale et la défécation dépendent de la qualité des selles et donc du transit. Si la défécation devient difficile, les efforts de poussées seront nécessaires. Selon Valancogne, ces efforts sont les plus puissants et les plus délétères pour le diaphragme pelvien.[16]

- ✓ **Gestion des pressions abdominales (Annexe II)**

Il existe des variations de pressions abdominales dues aux mouvements de la respiration et donc aux mouvements du diaphragme. Ces pressions, dirigées vers le bas, sont gérées par le périnée grâce à une augmentation des forces dirigées vers le haut. En annexe, nous pouvons voir le rôle du piston diaphragmatique sur le périnée. L'intégrité des structures de ce dernier est primordiale. L'équilibre de ces pressions permet une continence efficace. Le périnée agit comme un amortisseur de ces contraintes. L'intérêt d'un travail en synergie périnée/muscle transverse est indispensable pour gérer ses pressions abdominales.

- ✓ **Fonction sexuelle**

Les muscles du périnée jouent un rôle important dans la montée en puissance du plaisir. En effet, les contractions périnéales rythmées s'intensifient jusqu'à l'orgasme. De plus, le tonus du périnée, chez la femme, participe à la stimulation sensorielle du vagin au cours du rapport sexuel.[17] Le périnée antérieur est « très peu mobile et ne sert pas à la continence, ni au soutien des organes. Il a un rôle dans la sensualité ». Le muscle bulbo-spongieux est fin et permet la constriction de la vulve.

[16] G. Amarenco, A. Sénéjoux, Pathologie des toilettes, Springer, 2013.

[17] http://www.urologie-sante.fr/fileadmin/medias/semaine-continence/2013/dossier-presse.pdf

1.1.4 La statique pelvienne

La statique pelvi-périnéale est assurée par la complémentarité de trois systèmes:[18]

- Les fascias qui assurent un système cohésif.
- Les ligaments appartenant au système suspenseur.
- Les muscles qui font partis du système de soutien.

Ces systèmes doivent être souples et élastiques afin de permettre les rôles dynamiques des organes du petit bassin qui sont la défécation, la continence, l'activité sexuelle et l'adaptation à la grossesse et l'accouchement. Ils doivent également être résistants pour avoir une statique pelvienne efficace. L'orientation des viscères pelviens contribue à cette statique pelvienne. Ces réservoirs pelviens qui sont urinaire, génital, digestif avec leur conduit d'évacuation ont des angulations influençant la statique pelvienne. Selon R. Yiou, « lors de la dynamique pelvienne, la modification de ces angles sous l'action des structures musculo-aponévrotiques est la traduction de l'adaptation pelvienne. »[19] Le contenu viscéral doit être libre et le contenant doit être solide afin d'éviter les hyperpressions nocives pour le périnée et le diaphragme pelvien.[20] Le muscle élévateur de l'anus est le muscle essentiel dans le système de soutènement actif. Les faisceaux pubo-vaginal et pubo-rectal du muscle élévateur de l'anus ont un rôle important dans la statique pelvienne en soutenant le poids des viscères.[21]

Enfin, le périnée et le diaphragme pelvien subissent en permanence différentes contraintes. En station debout et au repos, les contraintes sont induites par les forces gravitaires alors qu'en dynamique, elles sont induites par les pressions abdominales. Ces dernières résultent des efforts de toux, d'éternuement, des rires, etc… mais aussi par les poussées nocives lors de la défécation.

---

[18] Fatton B. (2005) Anatomie dynamique du périnée. In: Pelvi-périnéologie. Springer, Paris

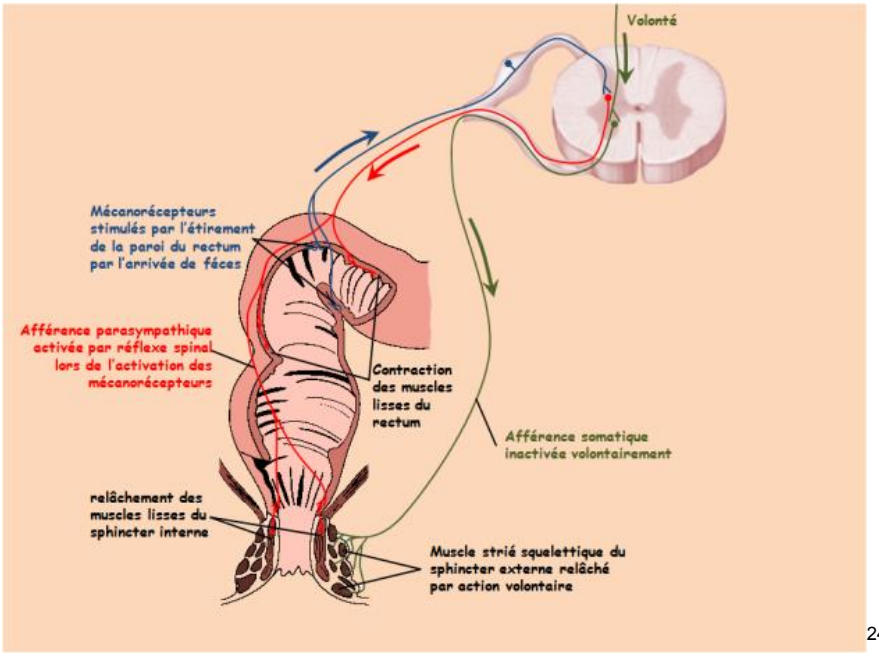
[19] R. Yiou et Al., Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien, Progrès en urologie (2009) **19**, 916-925, EMC consult.

[20] R. Villet, Prise en charge globale des troubles de la statique pelvienne. Vers une nouvelle entité : la pelvi-périnéologie. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2003, 2 (3) : 53-58

[21] Support de cours : anatomie du périnée féminin, Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, 01/12/11, Université Médicale Virtuelle Francophone.

1.1.5 Quelques mots sur la constipation

Bernadette De Gasquet définit la constipation comme « le passage peu fréquent (moins de trois fois par semaine), plus ou moins douloureuse, d'une petite quantité de selles dures et difficiles à expulser » [22] La constipation peut être le reflet de déséquilibre alimentaire, de manque d'activités physiques, de déshydratation et/ou de prise de médicaments. En France, 20 à 30% de la population est touchée par la constipation dont 80% sont des femmes. La grossesse et les suites de couches sont des éléments aggravants. En effet, les changements hormonaux pendant la grossesse ajoutés au poids de l'utérus entraînent un ralentissement des mouvements intestinaux. Une bonne vidange du rectum est importante pour empêcher un poids en permanence qui sera supporté par le périnée et le diaphragme pelvien. On évitera ainsi la perte de compliance du rectum. « Les efforts de poussée chronique ont un impact sur les muscles et fascias du périnée, mais également sur les nerfs périphériques. »[23] De plus, les résultats d'une expérience montrent que « les efforts de poussée défécatoire, entraîne des dégâts sur les branches du nerf pudendal. »[23]



[24]

Schéma du contrôle nerveux sur le rectum

Les traitements de la constipation retrouvés dans la littérature montrent principalement une prise de médicaments. En France, l'achat de laxatifs représente 50 millions de boîtes par

[22] B. De Gasquet, Manger, éliminer : halte à la constipation, Marabout, 2012.

[23] G. Amarenco, A. Sénéjoux, Pathologie des toilettes, Springer, 2013.

[24] http://ressources.unisciel.fr/physiologie/co/grain14a.html dernière consultation le 9 janvier 2018

an.[20] On retrouve également, le bienfait d'un changement alimentaire par l'ajout de fibres et l'augmentation en apport hydrique et enfin une meilleure hygiène physique. Il ne s'agit pas de développer toutes les techniques naturelles et manuelles qui peuvent être mises en place afin de régler ces problèmes de constipation car cela dépasserai le cadre de ce mémoire. Dans les compétences d'ostéopathe, il semble intéressant de souligner que l'abord mécanique pour traiter la constipation est très peu abordé. Or, si le contenant n'est pas libre, la bonne fonction ne sera pas optimale. B. De Gasquet souligne tout de même qu'avant toute rééducation et éducation : « la libération des blocages mécaniques par ostéopathe ou autres techniques (fascia-thérapie…) est souvent préalable. » [25] Cette prise en compte en post-partum est intéressante afin d'éviter toutes pressions périnéales. C'est pourquoi, comme nous le verrons par la suite, il paraît judicieux d'aborder l'abdomen dans le traitement ostéopathique de la femme.

L'intérêt des conseils pour la patiente est primordial : (Annexe IV)

- L'assise sur la cuvette des toilettes afin d'optimiser la physiologie urinaire et ano-rectale.
- La poussée qui doit être la plus physiologique possible afin d'éviter la poussée délétère contre le transverse et le diaphragme périnéal. Selon les conclusions de l'étude de Guy Valancogne en 2001, « le mouvement de poussée volontaire est plus efficace lorsqu'il est effectué en même temps qu'une expiration résistée, plutôt qu'en apnée, […]. Ce n'est pas la force de poussée qui est importante mais sa qualité et sa direction. »
- Selon le livre pathologies des toilettes[23], les auteurs soulignent qu'une des étiologies de l'apparition des hémorroïdes serait due aux mauvais efforts de poussées répétées.
- Des conseils alimentaires sont nécessaires afin d'optimiser la qualité des selles. (Annexe III échelle de Bristol)

[25] B De Gasquet, constipation, 2012, p151.

1.2 La grossesse, l'accouchement et le post-partum

1.2.1 Les modifications induites par la grossesse

Plusieurs adaptations physiologiques de l'appareil locomoteur ont lieu lors de la grossesse afin de rendre possible le développement du fœtus. Ces modifications ont principalement lieu au niveau de la symphyse pubienne, des articulations sacro-iliaques et de la charnière lombo-sacrée. De plus, il y a des phénomènes hormonaux qui expliquent ces douleurs et autres troubles.

- **Influence hormonale sur les tissus** : l'œstrogène et la progestérone, étant produites en grande quantité lors de la grossesse, influencent le relâchement tissulaire. De plus, la relaxine joue un rôle dans ce relâchement ligamentaire pelvien. « Au cours de la grossesse, de grandes quantités de relaxine passent dans la circulation sanguine et vont avoir pour principal effet de stimuler le remodelage du tissu conjonctif des tissus cibles au niveau de l'appareil reproducteur mais également des ligaments articulaires et des fibroblastes cutanés.»[26] Le périnée est affaiblit par cette influence hormonale.[27] De plus, il est assoupli par « l'imbibition gravidique » qui permet l'augmentation de la distance entre la vulve et l'anus.[28]
- **Les fuites urinaires** : les grossesses sont le premier facteur de risque de fuites urinaires. En effet, le périnée subit alors le surcroît de pression lié à l'augmentation de la taille et du poids de l'utérus, poids auquel s'ajoute celui du liquide amniotique et du bébé. Ainsi, au troisième trimestre de la grossesse, près d'une femme sur deux connaît des fuites urinaires liées à l'augmentation de la pression sur le périnée. [29]
- **Le syndrome douloureux pelvien de la grossesse :** « Les douleurs pelviennes ou lombaires basses sont fréquentes au cours de la grossesse et, selon les études, il semble qu'entre 40 et 90 % des patientes les ressentent à un moment ou à un autre de leur grossesse.»[30] Ces douleurs sont fréquemment dues à un relâchement ligamentaire ou une traction des ligaments sur leurs points d'ancrage osseux. En plus de l'influence hormonale, l'influence mécanique joue elle aussi un rôle dans ces douleurs pelviennes. Lors de la grossesse, il y a une augmentation des contraintes

[26] WAYNBERGER S. et al. (2005). Physiologie de l'appareil locomoteur au cours de la grossesse: Le syndrome douloureux pelvien de la grossesse. Revue du Rhumatisme, 681–685.

[27] Guide pratique de la rééducation uro-gynécologique Broché – 16 juin 2005 de Odile Cotelle

[28] BAUDET J.H. (1990). Obstétrique pratique, p270-273, 2ème édition, Maloine.

[29] http://www.urologie-sante.fr/fileadmin/medias/semaine-continence/2013/dossier-presse.pdf

[30] Physiologie de l'appareil locomoteur au cours de la grossesse: Le syndrome douloureux pelvien de la grossesse, S. Waynberger et al. / Revue du Rhumatisme 72 (2005) 681–685

mécaniques sur les articulations pelviennes. Le déplacement du centre de gravité vers l'avant a pour conséquence une hyper-extension rachidienne. Enfin, l'affaiblissement par distension de la ceinture abdominale a une influence dans ces douleurs pelviennes car les abdominaux ont un rôle dans la statique pelvienne.

- **Syndrome Lacomme :** décrit par Maurice Lacomme en 1962, ce syndrome survient généralement en fin de grossesse.[31] Il est décrit comme une douleur symphysaire basse, médiane, irradiant parfois dans les cuisses, vers le bas, généralement bilatérale. On peut également retrouver une irradiation vers les ligaments sacro-iliaques, en arrière, associée ou non à la douleur symphysaire. La douleur est activée par les mouvements de torsion du corps, et le changement de côté en position allongée peut se révéler difficile. Une impotence fonctionnelle peut en résulter, avec une démarche assez caractéristique, dite « en canard », et une forte douleur à chaque pas.[32] Les traitements fréquemment retrouvés seront la kinésithérapie, l'ostéopathie et l'acupuncture.
- **Les pubalgies au niveau de la symphyse pubienne :** « les lésions symphysaires semblent en rapport avec l'accouchement. L'intensité de ces lésions dépend du déroulement du travail, de l'âge de la mère et de la parité. Il s'agit d'hémorragies au sein du fibrocartilage et de la fente symphysaire ». [33]

1.2.2 L'accouchement et ses conséquences

L'accouchement se définit en trois étapes par l'engagement du bébé lorsqu'il franchit le détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation. Puis par la descente du mobile fœtal dans le bassin et enfin c'est l'expulsion fœtale. « Ceci est possible grâce à la souplesse de la tête fœtale qui se déforme dans un bassin maternel rigide. Ce dernier a tout de même des possibilités de mobilités entre les os qui le composent grâce à la présence d'hormones qui détendent les ligaments. Lors de l'accouchement, les articulations pelviennes connaissent alors des amplitudes inhabituelles et très amples. »[34]

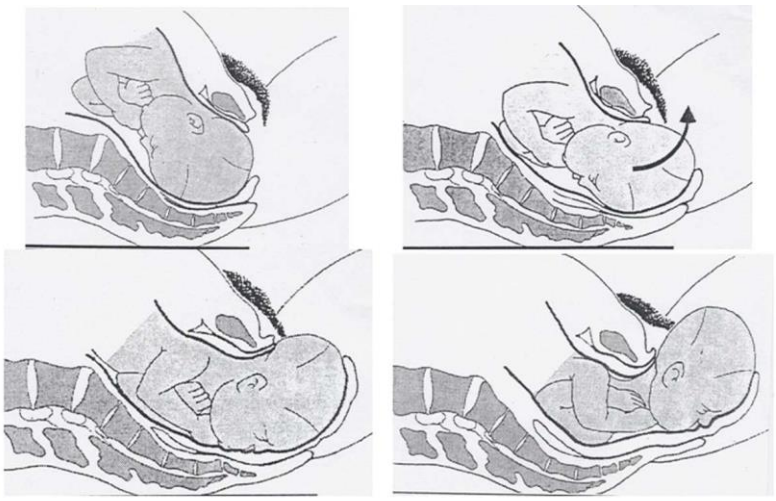
---

[31] J.M. Thoulon. Petits maux de la grossesse. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Elsevier Masson ; 2011. Vol. 1, p. 6.

[32] N.K Kanakaris, C.S. Roberts, P.V. Glannoudis. Pregnancy-related pelvic girdle pain: an update. BMC Medicine 2011.

[33] T. Jarlaud, JJ Railhac, F De Paulis, Symphyse pubienne normale et pathologique : apport de l'imagerie, Journal de radiologie, Vol 82, N° 3 - mars 2001, p. 425

[34] Bouger en accouchant, B. Calais-Germain, Adverbum, 2009.



L'accouchement avec présentation au sommet (95% des cas)[35]

Les accouchements se déroulent différemment en fonction de différents facteurs : bébé trop gros, bassin de la maman trop étroit, etc… A présent, il s'agit de décrire succinctement différentes modalités et types d'accouchements qui influencent sur le post-partum. Tout d'abord voici un tableau regroupant quelques données épidémiologiques :

Déroulement de l'accouchement	2010 Pourcentage (IC 95 %)
Présentation (rapporté au nombre de naissances)	
• Céphalique	94,7 % [IC 95 %94,3 – 95,1]
• Siège	4,7 % [IC 95 %4,3 – 5,1]
• Autre	0,6 % [IC 95 % 0,5 – 0,7]
Début du travail (rapporté au nombre de femmes)	
• Spontané	66,5 % [IC 95 % 65,7 – 67,3]
• Déclenché	22,7 % [IC 95 % 22,0 – 23,4]
• Césarienne	10,9 % [IC 95 % 10,4 – 11,4]
Mode d'accouchement (rapporté au nombre de naissances)	
• Voie basse non opératoire	66,9 % [IC 95 % 66,1 – 67,7]
• Forceps	3,9 % [IC 95 % 3,6- 4,2]
• Spatule	2,9 % [IC 95 % 2,6-3,2]
• Ventouse	5,3 % [IC 95 % 4,9 – 5,7]
• Césarienne	21,0 % [IC 95 % 20,3 – 21,7]
Accouchement effectuée par (rapporté au nombre de naissances)	
• Obstétricien	42,2 % [IC 95 % 41,4 – 43,0]
• Sage-femme	55,8 % [IC 95 % 55,0 – 56,6]
• Autre personne	2,1 % [IC 95 % 1,9 – 2,3]

Tableau des données épidémiologiques de l'HAS en 2010[36]

[35] Accouchement, délivrance et suites de couches normales, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), © Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011.

[36] Données épidémiologiques générales liées à la grossesse - texte complet, Haute Autorité de Santé. Données épidémiologiques générales liées à la grossesse (2012)

On retrouve que la plupart des accouchements se font spontanément par voie basse non opératoire et par une présentation du bébé en céphalique.

L**'accouchement par voie basse** qui se déroule en trois étapes :

→ *Le travail et la dilatation du col de l'utérus* : le travail se définit par des contractions utérines régulières associées à la modification du col. Le col de l'utérus s'ouvre progressivement sous l'effet des contractions. Cette phase dure 8 heures en moyenne pour un 1er enfant et 4 heures pour un 2ème enfant. Une analgésie péridurale pourra être proposée à ce moment-là. C'est une méthode d'analgésie locorégionale par injection de produit anesthésiant dans l'espace péridural, espace compris entre la dure-mère et les vertèbres.» [37] La péridurale est souvent faite entre la 3ème et 4ème vertèbre lombaire. Le but de la péridurale permet de supprimer les douleurs liées aux contractions utérines mais elle ne supprime pas la conscience. Selon l'étude de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2012, la péridurale se pratique de plus en plus fréquemment. On retrouve des douleurs au niveau du site de l'injection en post-partum.

→ *La naissance du bébé ou expulsion :* l'engagement de la tête fœtale correspond au franchissement du détroit supérieur du bassin maternel par son plus grand diamètre et l'expulsion correspond à la sortie jusqu'au seuil du vagin, le périnée. Cette dernière phase d'expulsion est relativement courte. C'est le moment où le col se dilate à 10 et où la sortie du bébé se prépare. La sensation « d'envie de pousser » apparaît alors. C'est un réflexe puissant qui permet, lorsqu'il arrive au bon moment, de limiter les poussées sur le périnée. En cas de besoin, c'est pendant cette phase que pourra être réalisé une épisiotomie ou qu'une déchirure pourrait avoir lieu. De plus, les instruments, que nous verrons par la suite, pourront être utilisés. C'est un moment crucial pour le périnée.[38]

→ *La délivrance* correspond à la sortie du placenta. Normalement, il est expulsé dans les 20 à 30 minutes qui suivent l'accouchement. Dans le cas contraire, la sage-femme devra l'extraire manuellement. C'est la délivrance artificielle.

[37] https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-nouveau-ne/accouchement, dernière consultation le 9/12/2017.

[38] Bien être et maternité, B. De Gasquet, albin michel, 2009.

Selon le campus national de gynécologie obstétrical, l'engagement du mobile fœtal se fait préférentiellement en OIGA (Occipito-Iliaque Gauche Antérieure), c'est-à-dire que l'occiput se présente dans l'aile iliaque gauche de la maman. « On constate une nette prédominance des positions gauches explicables par la dextro-position physiologique de l'utérus gravide et par la dimension légèrement supérieure (quelques millimètres) du diamètre oblique gauche par rapport au diamètre oblique droit. »[39]

Le maximum de dégradations neuro-musculaires périnéales se produit lors du premier accouchement et en particulier pendant la phase d'expulsion. La présentation refoule le coccyx en arrière, distendant alors le périnée et le noyau fibreux central. Le muscle pubo-rectal risque de se déchirer au niveau de son point d'ancrage sur le corps fibreux central du périnée. Selon D. Subtil et Al., « Les lésions mécaniques du sphincter anal semblent significativement liées au premier accouchement, tandis que la neuropathie pudendale semble plutôt s'aggraver au fur et à mesure du nombre d'accouchements ». Ces lésions sont le plus souvent liées aux accouchements par forceps ayant un rôle délétère dans la continence anale. L'accouchement par voie basse s'accompagne assez souvent (dans 20 à 40 % des cas) d'une épisiotomie et/ou d'une déchirure qui peuvent être douloureuses à court terme et/ou avoir un retentissement à long terme sur la vie sexuelle des femmes (dyspareunies). Enfin, dans cet article, les auteurs soulignent que la césarienne en cours de travail ne prévient pas totalement de ces lésions.[40] Selon B. De Gasquet, les risques maternels dus à la position gynécologique lors de l'accouchement par voie basse sont : les poussées qui menacent les ligaments et tout le système de suspension, l'asymétrie qui « vrille le bassin », le coccyx qui peut-être luxé et enfin le périnée qui va « s'amplifier ».[41]

L'accouchement par césarienne est une intervention chirurgicale par incision de l'abdomen et de l'utérus. Selon l'HAS[42], elle se pratique à raison d'une naissance sur 5 et presque une naissance sur 4 pour les primipares. D'après le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information[43] , entre 2009 et 2013, la répartition des césariennes programmées et en urgence se fait par:

- environ la moitié des césariennes a lieu en cours de travail

[39]http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/campus-numeriques/gynecologie-et-obstetrique/mto/poly/16000fra.html

[40] D. Subtil, et Al. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 29, N° SUP2, novembre, 2000, p. 10

[41] De Gasquet, périnée arrêtons le massacre, Marabout, 2011.

[42] L'accouchement par césarienne, ce que toute femme enceinte devrait savoir, HAS, 2013.

[43] Statistiques du PMSI - MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)- accès par GHM (groupes homogènes de malades), http://www.atih.sante.fr/statistiques-par-ghm-0, dernière consultation le 10/12/2017.

- un tiers des césariennes est programmé.
- le reste étant des césariennes en urgence, en dehors du travail : ceci en fonction de l'état de la maman et/ou de son bébé et du contexte obstétrical.

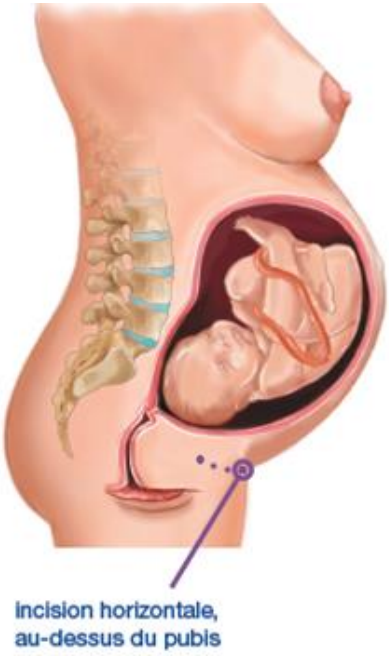


Schéma de l'incision de césarienne[44]

L'accouchement par césarienne n'a pas d'influence sur la qualité du périnée mais l'absence d'ampliation maximale en limite les conséquences. La cicatrice de césarienne peut-être jugée par les mamans comme disgracieuse du fait de sa situation ou de sa cicatrisation : abcès, chéloïde, coloration, et leur adhérence.[45]

Lors des accouchements par voie basse, **l'extraction instrumentale** est parfois nécessaire. Elle permet d'abréger la phase d'expulsion. Elle est réalisée lorsqu'il existe une souffrance fœtale ou un défaut de progression du fœtus. Il existe trois types d'instruments : spatule, ventouse et forceps. L'extraction majore le risque de déchirure du sphincter anal par rapport à la voie basse spontanée par ampliation maximale du tissu conjonctif du périnée postérieur. De plus, elle majore les risques de douleurs périnéales, de dyspareunies et de troubles sexuels en post-partum.[46] Tout accouchement a un risque d'induire des lésions périnéales.

[44] L'accouchement par césarienne, ce que toute femme enceinte devrait savoir, HAS, 2013.

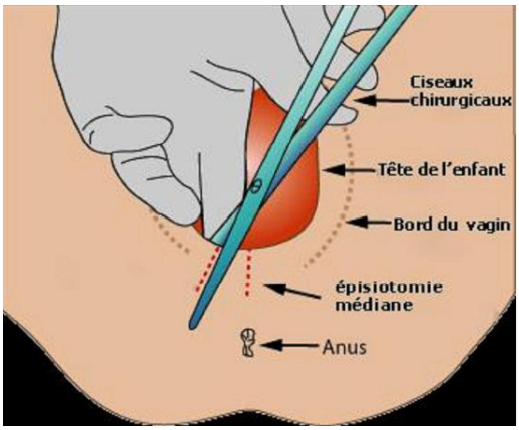
[45] D. Subtil, et Al. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 29, N° SUP2, novembre, 2000, p. 10

[46] G. Beucher, complications maternelles des extractions instrumentales, journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction, 2008, 37, S244-S259.

Mais ces dernières sont majorées en cas d'extraction instrumentale. En effet, le périnée est lourdement exposé lors de l'introduction de l'instrument. Sa mise en place, ainsi que les forces de traction exercées, peuvent majorer la distension périnéale et favoriser la rupture tissulaire.

Ensuite, on retrouve des lésions périnéales à la suite :

- **De l'épisiotomie** : « c'est l'opération qui consiste à sectionner le périnée en partant de la commissure postérieure de la vulve. Elle intéresse la peau, la muqueuse vaginale, les muscles superficiels du périnée et le faisceau pubo-rectal. C'est l'intervention obstétricale la plus pratiquée au niveau mondial. »[47] L'épisiotomie permet de faciliter et d'accélérer l'accouchement et d'éviter ou de limiter une déchirure spontanée du périnée. Les principaux facteurs favorisants sont: la primiparité, la macrosomie fœtale, l'extraction instrumentale, la phase d'expulsion prolongée et la présentation occipito-postérieure. Le plus souvent, cet acte est pratiqué en médio-latéral droit étant donné la latéralité des sages-femmes et des obstétriciens.



Episiotomie médiolatérale[48]

- **Des déchirures obstétricales :** elles comprennent les déchirures périnéales, vulvaires, vaginales et cervicales, sachant qu'elles sont fréquemment associées. Les déchirures sont présentent dans 20 à 60% des accouchements. Les parties les plus atteintes sont le périnée, le vagin et la vulve. Différentes causes peuvent expliquer

[47] Maillet R, Martin A, Riethmuller D. Fait-on trop ou peu d'épisiotomies ? CNGOF, Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. 28ème journées nationales : Paris, 2004. Tome XXVIII :21-34

[48] Accouchement, délivrance et suites de couches normales, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

ces déchirures comme le déroulement de l'expulsion, l'instrumentalisation et la résistance tissulaire. En sachant que cette dernière est, à l'étirement, décroissante de la peau aux muscles. Le noyau fibreux du périnée est le moins élastique avec des lésions plus ou moins importantes lorsqu'il est atteint. La rupture musculaire pourra être source de dyspareunies par la suite.[49]

1.2.3 Les suites de couches : la rééducation périnéale et abdominale

L'involution utérine correspond à la diminution de volume de l'utérus après un accouchement. Le fond utérin est mou et béant. Les deux premières semaines, l'involution est rapide puis plus lente jusqu'au deuxième mois.

Dans **la rééducation périnéale** on prend en compte la sphère pelvi-périnéale mais aussi la sphère pelvi-rachidienne, abdominale et autres troubles comme la constipation, troubles sexuels etc…[50] La rééducation périnéale n'est pas recommandée en post-partum sauf en cas de persistance d'incontinence urinaire persistant à 3 mois du post-partum. « Cette rééducation du post-partum améliore l'incontinence urinaire à court terme (1an) mais pas à long terme (12ans). »[51] Finalement dans cet article, on retrouve que la rééducation est peu recommandée (fuite anale, périnée complet etc…) car il n'y a aucun essai randomisé.

Selon Uro-France, le but de la rééducation périnéo-sphinctérienne est « de lutter contre les douleurs et de renforcer les muscles afin de permettre à la patiente de retrouver un verrouillage périnéal efficace pendant les efforts. Elle repose avant tout sur une démarche d'éducation, qui doit permettre à la patiente de prendre conscience de son périnée et d'apprendre à le protéger. »[52] On retrouve des exercices manuels, le biofeedback, et l'électrostimulation. Le travail manuel a plusieurs objectifs : la prise de conscience périnéale, l'apprentissage de la qualité de contraction musculaire, la musculation et le réentrainement à l'effort. Le biofeedback, utilisé avec une sonde vaginale, permet le contrôle de la contraction musculaire avec pour avantage de travailler debout. Le retour de l'information par contrôle sur l'ordinateur grâce à des courbes peut-être utile pour certaines patientes. Enfin, l'électrostimulation, permet un réveil musculaire lorsque le testing périnéal est ≤1. Ces trois méthodes rééducatives peuvent-être combinées.

[49] Complications traumatiques de l'accouchement, Comité éditorial de l'UVMaF, 2014

[50] ANAES / Service Recommandations Professionnelles / Décembre 2002

[51] M.-V Sénat et al., post-partum : recommandations pour la pratique clinique_texte court, la revue sage femme (2016) 15, 30-40.

[52] Uro France : dernière consultation le 12/12/17

En complément, de cette rééducation périnéale, **la rééducation abdominale** est importante afin d'avoir une prise en charge globale de la femme en post-partum. D'autant que la sphère pelvienne supporte des pressions abdominales et que la gestion de ces pressions est importante afin de retrouver un équilibre périnéo-abdomino-diaphragmatique.[53] La rééducation abdominale non génératrice de pression permet de faire remonter le diaphragme en même temps que le périnée vers le haut tout en étirant son dos. Cela permet d'éviter de pousser contre le périnée vers le bas et contre les viscères vers l'avant. Rééduquer son périnée, renforcer sa sangle abdominale et son rachis sans ajout d'hyperpression permettront de lutter contre la pesanteur. Mais avant de renforcer, il faut libérer tous ces éléments anatomiques afin d'optimiser la mobilité de la zone pelvienne.

Nous allons poursuivre sur la présentation de ce que nous pouvons appliquer en ostéopathie afin de libérer cette zone pelvienne.

1.3 Présentation du modèle ostéopathique appliqué à la recherche des lésions du post-partum

L'ostéopathie structurelle cherche par une action mécanique à optimiser l'état de la structure. Notre action s'effectue localement et à distance. Ce qui permet d'améliorer les différentes fonctions : sexuelle, continence, défécation, etc… Selon C. Ageron-Marque, « le traitement d'un plancher pelvien est toujours réalisé après un traitement du cadre osseux et viscéral sus-jacent »[54]. Le but de l'anamnèse et de nos tests permettront de cibler les lésions réversibles et d'éliminer les lésions irréversibles que nous ne pourrons pas traiter en ostéopathie structurelle. Les troubles de la zone pelvienne sont l'expression d'une perturbation locale ou à distance de celle-ci. Depuis le décret de 2007, tout travail interne est interdit par l'ostéopathe. L'abord par voie vaginale ou rectale ne pourra donc pas être abordé malgré notre logique de tout libérer avant de renforcer.

1.3.1 Concept de la lésion tissulaire réversible

Pour un fonctionnement optimal, le corps est soumis à des sollicitations internes et externes. Les sollicitations externes sont des contraintes mécaniques externes, l'alimentation, l'énergétique, l'émotionnel etc… Toutes ces contraintes influencent sur l'état de santé de l'individu.

Les sollicitations internes se définissent par les variables de régulation locales ou à distance du système qu'elles soient mécanique, neurologique et vasculaire. Le but en ostéopathie

[53] Patrick DEVILLERS, Brigitte MAUROY, Rééducation uro-gynécologique féminine. Techniques et Indications, progrès en Urologie (1997), 7, 683-693.

[54] C. Ageron-Marque, guide pratique d'ostéopathie en gynécologie, Satas, 2000

structurelle tel qu'enseigné à l'IFSOR est de s'assurer du bon état du tissu conjonctif. Si ce dernier est en lésion, nous avons une action mécanique directe sur ce tissu. Puis nous irons investiguer l'état des structures des différentes variables de régulation de ce tissu qui contribueront au bon état de ce dernier.

Plus ces sollicitations seront optimales et meilleur sera l'état de la structure. Lorsqu'elles ne seront plus optimales dans le temps, cela entrainera une diminution des besoins énergétiques et un ralentissement des échanges liquidiens au niveau du tissu conjonctif. Ainsi au sein de ce dernier, un processus statique et de fixité va se développer au détriment du processus dynamique. La structure ne pourra plus remplir sa fonction de façon optimale. Ce changement d'état est décrit par J.F Terramorsi comme la Lésion Tissulaire Réversible (LTR)[55]. Cette dernière s'installe dans le temps et est auto-entretenue par ce cercle vicieux. Cette modification ne concernant pas un changement définitif des compositions de la structure (dite lésion irréversible : cassée, usée, mal construite) mais bien un changement d'état, la lésion sera dite réversible. Ce à quoi nous avons accès en ostéopathie structurelle. Nous définissons la LTR comme une perte des qualités mécaniques du tissu conjonctif c'est-à-dire perte ou réduction de son élasticité et de sa souplesse au sein du tissu. Nous l'objectivons comme étant « grosse, dure et sensible quand on y touche ». Ce test de résistance nous permet d'objectiver notre LTR et nous donne « la direction, l'amplitude et l'intensité nécessaires et suffisantes au geste pour communiquer avec la LTR. »

Ainsi pour bien fonctionner, la zone pelvienne doit-être bien vascularisée, irriguée, innervée et avoir une bonne sollicitation mécanique. Dans le cas contraire, cela pourra altérer ses différentes fonctions et avoir des répercussions fonctionnelles sur la miction, les dyspareunies, les douleurs lombo-sacrées et les troubles viscéraux, etc… Le but de notre traitement ostéopathique sera de rechercher et de traiter ces LTRs dans cette zone pelvienne et à distance afin d'optimiser ses fonctions.

[55] Ostéopathie structurelle Lésion structure Concepts structurants, Jean-Francois Terramorsi, 2013, Editions Eolienne et Gepro.

1.3.2 Définition de la manipulation structurelle

Selon J.F Terramorsi, « la manipulation structurelle est un acte mécanique réglable en vitesse, en masse et en amplitude, en fréquence, appliqué le plus localement possible sur le tissu altéré, afin d'en modifier la consistance par voie réflexe. »

Nous utilisons ainsi un outil mécanique avec un mode d'action mécanique locale sur le tissu. Nous espérons avoir également une action réflexe ayant pour but de modifier l'état vasculaire local. Nous levons ainsi les LTRs puis nous laissons le corps réagir et fonctionner harmonieusement.

1.3.3 Protocole d'investigation des variables de régulation

- **Au niveau mécanique** :

L'investigation du cadre osseux appartenant à la zone pelvienne :

Comme nous l'avons vu dans les premiers chapitres, les zones vertébrales sollicitées lors de la grossesse et de l'accouchement seront le rachis sacro-coccygien, les articulations sacro-iliaques et sacro-lombaire et la symphyse pubienne. Nous pourrons investiguer les tissus mous pelviens tels que la membrane interosseuse, ligaments inguinaux, ligaments sacro-sciatiques... Puis à distance, nous pourrons investiguer les zones du rachis lombo-sacré et la charnière lombo-thoracique.

Au niveau de la sphère abdominale, l'utérus a subi de nombreuses contraintes (en taille, qualité tissulaire et pressions intra-utérines), auquel s'ajoutent des modifications digestives en pré et post-partum et un accouchement par voie basse ou césarienne. Il est logique d'aller investiguer les fosses iliaques et l'hypogastre puis les autres cadres de l'abdomen en lien avec l'anatomie, les LTRs retrouvées localement et les plaintes des patientes.

- **Au niveau neurologique :**

Au niveau orthosympathique : on fera l'investigation de la zone vertébrale D8-L2 pour le premier centre et du tissu conjonctif concerné pour le deuxième centre.

Au niveau parasympathique : l'innervation est assurée par le plexus sacré avec un cas particulier pour l'utérus assuré par D5. L'investigation se fera au niveau des zones S2-S3-S4 pour leur relation avec le système nerveux parasympathique dont la zone pelvienne se trouve sous l'angle colique gauche.

C'est notre action mécanique au niveau des LTRs retrouvées, à proximité des centres neurologiques, qui va créer un effet réflexe via le système nerveux dans la zone lésée.

- **Au niveau vasculaire :**

Au niveau artériel, nous irons investiguer la zone D8-L2 pour le premier centre et la face antérieure du sacrum pour le deuxième centre.

Les stases veineuses et lymphatiques au niveau du petit bassin peuvent limiter la circulation de notre système. Nous pourrons utiliser une technique fonctionnelle comme la Dynamisation Vasculo Tissulaire Manuelle (DVTM) qui permet par une action mécanique de mobiliser et d'informer les tissus. Nous pourrons également utiliser la technique dynamogénique pour favoriser une relance de la circulation générale.

Conclusion : protocole d'investigation

Ce chapitre permet de cibler les zones que je vais investiguer. Il s'agit d'un protocole d'investigation de la patiente en post-partum et non d'un protocole de traitement. Toute cette première partie, nous montre que l'ostéopathie a sa place dans la prise en charge de la femme en post-partum. La 2ème partie vise à montrer quels effets l'ostéopathie apporte en complément d'une prise en charge en kinésithérapie.

2 MATERIELS ET METHODE

2.1 Population d'étude:

En France, la rééducation périnéale chez le masseur-kinésithérapeute ne peut débuter qu'à partir de 90 jours en post-partum. C'est pourquoi je choisis cette période pour débuter mon étude. Je ne prendrais que des femmes faisant la rééducation périnéale chez un masseur-kinésithérapeute n'ayant pas les mêmes délais et les mêmes méthodes rééducatives que les sages-femmes. En effet, les sages-femmes peuvent débuter la rééducation dès l'accouchement. Elles utilisent souvent la méthode CMP : Connaissances et Maîtrise du Périnée. Enfin, la réalisation de la rééducation abdominale ne fait pas partie de leur compétence.[56]

Je répartis les femmes en deux groupes :

- Un premier groupe ayant dans un premier temps un bilan périnéal puis de la rééducation périnéale et abdominale.
- Un deuxième groupe ayant dans un premier temps un bilan périnéal suivit d'une séance ostéopathique puis de la rééducation périnéale et abdominale.

Cette étude est randomisée. Les patientes seront dispatchées dans les groupes selon leur ordre de prise de rendez-vous au cabinet. Lorsque le protocole débutera, la première patiente appelant au cabinet pour sa rééducation périnéale ira dans le 1er groupe puis la 2ème dans le 2ème groupe et ainsi de suite. Ceci s'effectuera avec leur accord préalable de participer à l'étude. Cette étude se déroulera sur une période de 3 mois entre le bilan initial masso-kinésithérapique et la dernière séance d'évaluation en kinésithérapie.

2.1.1 Les critères d'inclusion retenus pour cette étude sont:

- Primipare ou multipare afin d'avoir le maximum de patientes
- Testing < 3/5 : afin d'avoir un résultat le plus significatif
- Accouchement par voie basse ou césarienne
- Episiotomie, déchirure ou aucune lésion périnéale au cours de l'accouchement

2.1.2 Les critères d'exclusion retenus pour cette étude sont :

- Testing ≥ 3/5

[56] Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale, Commission périnée du CnsF - Dossier 2014 Coordonné par Chantal Fabre-Clergue sous la direction de sophie Guillaume présidente du CnsF

- Pathologie sous-jacente : neuromusculaire, scoliose opérée, cancer, traitement par chimiothérapie/radiothérapie, prise de médicaments : antidépresseurs, anxiolytiques, etc…
- Trouble de la compréhension
- Séance d'ostéopathie en post-partum déjà effectuée

2.2 Méthode et matériels :

2.2.1 Méthode :

Le lieu des séances s'effectuera dans notre cabinet situé à Rennes.

La rééducation périnéale et abdominale sera prise en charge par mes collègues masseur-kinésithérapeutes. Elle débutera au moins 90 jours après l'accouchement selon les recommandations de l'HAS.

- *La rééducation périnéale* se fera manuellement et/ou couplée à un travail de biofeedback avec une sonde périnéale de type periform® en cas de nécessité pour la patiente (problème de conscience périnéale). Ce travail sera couplé à une rééducation abdominale non génératrice de pression.

- *Ce travail abdominal* a pour but de renforcer la gaine abdominale la plus profonde. Ce qui permettra un soutien des viscères et une lutte contre les poussées vers le bas et donc contre le périnée. Coupler la rééducation périnéale et abdominale permet d'avoir une approche globale et un travail en synergie du périnée et des abdominaux. Ainsi la femme aura un bon plancher et un bon mur de soutien.

- A la première séance, les thérapeutes effectueront un bilan initial comprenant un questionnaire sur leur grossesse, leur accouchement et leur post-partum. Ce questionnaire sera suivi d'une explication visuelle de l'anatomie avec des planches anatomiques représentant le périnée et les abdominaux. Pour finir, mes collègues réaliseront un bilan manuel par voie interne pour effectuer un testing. Ensuite, les patientes seront vues à raison de deux fois par semaine pendant 5 semaines.
  Le bilan musculaire appelé testing est « une méthode pratique d'examen musculaire qui permet d'apprécier aussi objectivement que possible, et sans secours instrumental, la force des différents muscles. Cette méthode est basée sur l'utilisation

de tests dynamiques pour chaque muscle ou groupe de muscles, à partir d'une échelle de gradation allant de 5 à 0. »[57]

Le testing permet d'évaluer l'efficacité de la force musculaire et l'endurance des muscles constituants le périnée. Il sera effectué patiente allongée sur le dos avec les deux membres inférieurs pliés. Le sous vêtement ne sera pas retiré pour le confort et le respect de l'intimité de la patiente. Le thérapeute passera ses deux doigts (index et majeur) gantés, en repoussant le sous-vêtement sur le côté, au niveau de la vulve afin d'effectuer le testing. Sur le bilan en annexe, inspiré de Sandrine Galliac-Alanbari, mes collègues pourront retranscrire tout ce qui aura été dit et effectué. C'est également ce bilan qui va nous permettre de suivre la récupération de la capacité de contraction périnéale.

- Des conseils sur l'installation aux toilettes, sur la poussée ano-rectale et urinaire, et sur l'alimentation pourront-être abordés. (Annexe IV)

La séance d'ostéopathie se déroulera à la suite du bilan initial réalisé par mes collègues. Je réaliserai la séance ostéopathie en tant qu'étudiante en 5ème année à l'IFSOR. Cela assurera un soin similaire entre les patientes.

- Le traitement se fera selon les principes ostéopathiques structurels de l'école de l'IFSOR.
- La séance débutera par une anamnèse centrée sur la femme en post-partum avec pour support les fiches bilan de l'IFSOR. (Annexe V)
- L'investigation se fera selon les plaintes des patientes et selon les Lésions Tissulaires Réversibles (LTRs) retrouvées par les tests de densité dans les sphères viscérale, pelvienne et lombo-sacrée.
- Suite aux tests de résistance, j'objectiverai les LTR selon leur densité avec des croix. De une croix + à trois croix +++ c'est-à-dire du moins dense au plus dense.
- L'installation de la patiente se fera selon les techniques utilisées.
- J'aborderai d'abord la sphère du petit bassin pour un travail local. Puis j'investiguerai les structures à distance pour avoir une action grâce aux variables de régulation mécanique, neurologique et vasculaire.

[57] Le bilan musculaire de Daniels & Worthingham : technique de testing manuel, H. J. Hislop, J. Montgomery et Al., Masson, 2009.

- A la fin du traitement, je réaliserai de nouveaux mes tests de résistance pour objectiver mon soin et donner une 2ème séance en cas de nécessité. Ces tests permettront de constater le changement tissulaire de la lésion. Ce changement est propre à chacun et il n'est pas toujours immédiat. Mais cela permet de suivre un fil conducteur de mon investigation ostéopathique.
- La réalisation d'une 2ème séance ostéopathique pourra être réalisée si j'estime que la 1ère séance n'a pas été suffisante. Cette 2ème séance s'effectuera une semaine après la première et avant de débuter la rééducation périnéale.
- Au cours de la séance, des conseils d'hygiène de vie, alimentaire et sportive pourront-être donnés à chacune des patientes.

2.2.2 Matériel :

- Le bilan masso-kinésithérapique : ce bilan va nous permettre d'inclure ou non les patientes dans le protocole selon les critères cités en amont. (Annexe VI)
- Le bilan musculaire périnéal : il va nous permettre d'objectiver la force et l'endurance musculaire périnéale et de suivre l'évolution de la récupération musculaire. (Annexe VII)
- J'utilise un questionnaire de qualité de vie généraliste SF36 (Annexe VIII) afin de me baser sur un questionnaire validé. Ce dernier dont le nom complet anglais est medical outcome study short form 36 item health survey, permet d'évaluer la qualité de vie des patientes. Ce questionnaire recueil le point de vue des patientes sur leur propre état de santé. L'analyse de ce questionnaire se base sur deux axes principaux la santé physique et la santé mentale avec différentes dimensions de la santé :
    - Score santé physique : fonctionnement physique, limitations liées aux problèmes physique, douleur physique et état général de santé perçu.
    - Score santé mentale : vitalité, fonctionnement social, limitations liées aux problèmes émotionnels et bien-être émotionnel.

  Les définitions de ces dimensions sont retranscrites en Annexe IX.
- A la suite de ce questionnaire SF36, j'ajoute un questionnaire que j'ai réalisé afin d'être plus précise sur les suites de couches des patientes. (Annexe X)
- La fiche clinique de l'IFSOR permet de retranscrire la séance d'ostéopathie (Annexe V)

- Le consentement éclairé de la patiente : ce consentement est donné à chaque patiente afin de l'informer de l'étude. Elle aura le libre choix de participer à cette étude et de se retirer si elle le souhaite. (Annexe XI)

3 RESULTATS

Les résultats sont recueillis au début du bilan masso-kinésithérapique et à la fin de leurs six semaines de rééducation.

3.1 Présentation des cas

Cette étude a été réalisée auprès de 20 femmes âgées entre 27 et 43 ans avec une moyenne d'âge de 33,35 ans. Dans le groupe kiné, les femmes ont une moyenne d'âge de 35 ans contre 31,7 ans dans l'autre groupe.

- Le nombre d'enfant par femme est compris entre 1 et 4 avec une moyenne de 1,55. Dans le groupe kiné, les femmes ont en moyenne 1,6 enfants contre 1,5 enfants dans l'autre groupe. L'écart est peu significatif et les résultats qui vont en découler ne s'expliqueront pas par l'expérience de la maternité et du post-partum.
- Parmi les 20 femmes, 85% d'entre elles ont accouché par voie basse. Parmi ces dernières, 88,2% ont eu une analgésie péridurale, 29,4% ont eu une épisiotomie et 52,94% ont eu une déchirure spontanée. (Annexe XII)
- 60% d'entre elles allaitaient au sein lors du début de la prise en charge.

3.2 Bilan masso-kinésithérapique (annexe XII)

- Le début de la rééducation périnéale est compris entre 6 et 18 semaines avec une moyenne de 11,1 semaines. J'ai dû accepter d'intégrer dans mon protocole des femmes avant les trois mois préconisés par la sécurité sociale car généralement elles viennent nous voir avant la reprise de leur travail. Je voulais optimiser le nombre de patientes, c'est pourquoi j'ai fait délibérément ce choix.
- Au niveau du testing musculaire périnéal, la cotation est comprise entre 0 et 5. Les moyennes retrouvées sont:

	Moyenne du 1er testing à J1 de la PEC	**Moyenne du 2ème testing à 6S de la PEC**
Groupe kiné	1,729	2,731
Groupe kiné + ostéo	1,731	2,797

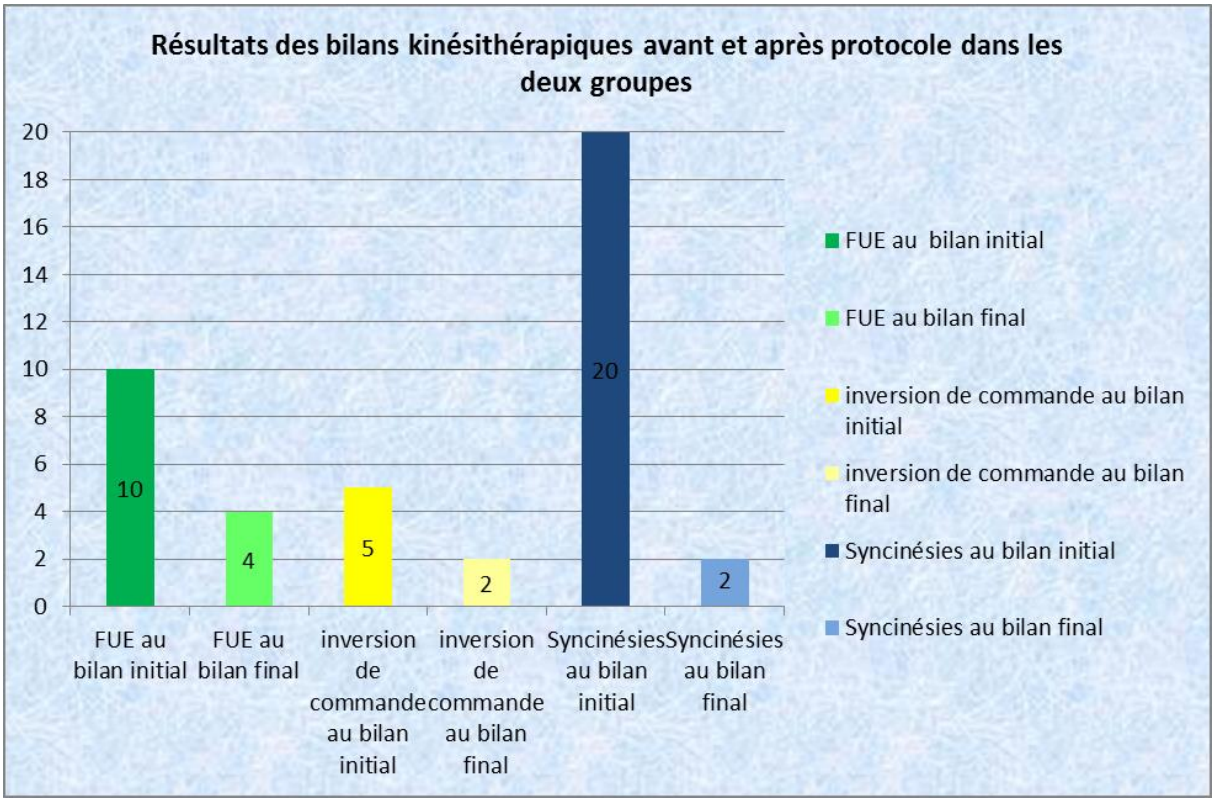
On remarque que le testing a été amélioré de 57,95% dans le groupe kiné et de 61,58% dans le groupe kiné + ostéo. La variation entre les deux pourcentages est de 6,264 ce qui est peu significatif. Je peux dire que l'amélioration est globalement la même dans les deux groupes.

Cette amélioration dans les deux groupes peut s'expliquer par une récupération spontanée musculaire du périnée mais aussi par une meilleure connaissance anatomique des patientes après ces séances. La rééducation périnéale associée à une éducation (périnéale, abdominale, défécatoire, alimentaire) permettent aux patientes « d'intégrer les conseils appris dans les différentes situations de la vie. ». « Cette conscience et l'utilisation du périnée leur permettront de corriger les pressions à l'effort et de calmer une vessie instable. Notre rôle dans cette éducation comportementale, est de poser un diagnostic et d'informer la patiente. Mais c'est son implication qui lui permettra de se prendre en charge, de modifier et d'adapter ses habitudes de vie. Nous ne pouvons, ni ne voulons le faire à sa place mais l'accompagner dans cette démarche aussi bien préventive que curative vers la « bonne santé ». »[58]

- Les femmes ayant accouché par césarienne (3 patientes) ont une moyenne au testing musculaire du bilan initial à 1,66 et les autres à 1,74. La différence entre les deux n'est pas significative. Le poids du bébé, les changements hormonaux liés à la grossesse et le début du travail le plus souvent naturel ont une influence sur le tissu conjonctif. Comme nous l'avons vu dans la première partie, la césarienne ne protège pas de la faiblesse périnéale mais protège des lésions périnéales. Dans mon étude, le nombre de patientes ayant accouché par césarienne est faible, je ne peux pas tirer de conclusion sur la différence du testing périnéal.

- Au niveau du bilan initial, les troubles les plus fréquemment retrouvés sont les fuites urinaires à l'effort, l'inversion de commande et les syncinésies lors de la contraction périnéale.

[58] C. Fabre-Clergue, guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale. Commission du périnée du CNSF_dossier 2014.



J'ai choisi de faire un seul tableau pour les deux groupes car les résultats étaient similaires.

- L'inversion de commande périnéale est « une dysynergie abdomino-pelvienne, liée à un trouble de la commande volontaire. Elle se caractérise par une augmentation des pressions périnéales, secondairement à une poussée abdominale, alors que la patiente pense effectuer une contraction périnéale. »[58] Dans les deux groupes, elles ont pratiquement disparu ce qui est un bon résultat compte tenu des pressions quelles entrainent.
- Les fuites urinaires ont diminué dans les deux groupes à proportion quasi-égale (57% groupe kiné et 50% groupe kiné+ostéo). Selon Deffieux, « la rééducation périnéale par des excercices de contraction musculaire est le traitement de première intention de l'incontinence urinaire pré et postnatale (grade A). »[59]

<u>En conclusion de ce bilan périnéal</u>, on remarque que la prise en charge ostéopathique ne permet pas une meilleure récupération du testing périnéal et n'a pas d'influence sur l'amélioration des fuites urinaires. En effet, seul un nombre peu significatif de patientes ont obtenu un résultat bénéfique. Dans la première partie de ce mémoire, en décrivant

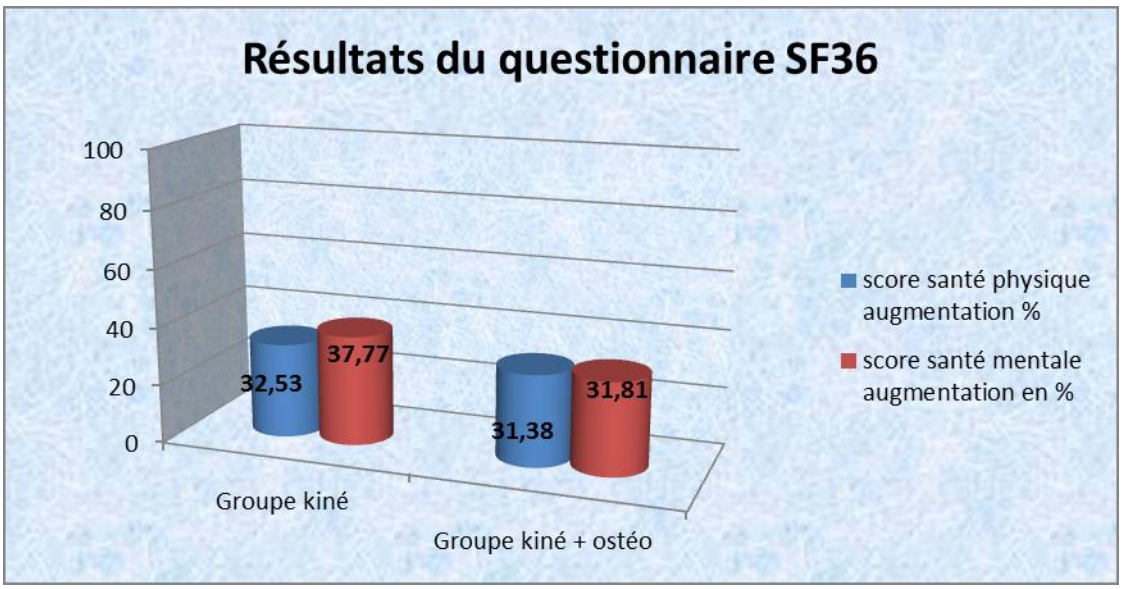
[59] DEFFIEUX. (2009) Incontinence urinaire et grossesse. Journal de gynécologie obstétrique et biologique de la reproduction. EMConsult.

l'anatomie du bassin et petit bassin, je pensais qu'en libérant préalablement ces derniers, j'aurai optimisé la contraction périnéale. Mais ce n'est pas le cas dans mon étude.

3.3 Résultats du questionnaire SF36

L'amélioration du score de la santé physique et de la santé mentale est de :

	Groupe kiné	Groupe kiné + ostéo
Score santé physique augmentation %	32,53	31,38
Score santé mentale augmentation en %	37,77	31,81



En annexe XIII, on retrouve plus en détails les résultats.

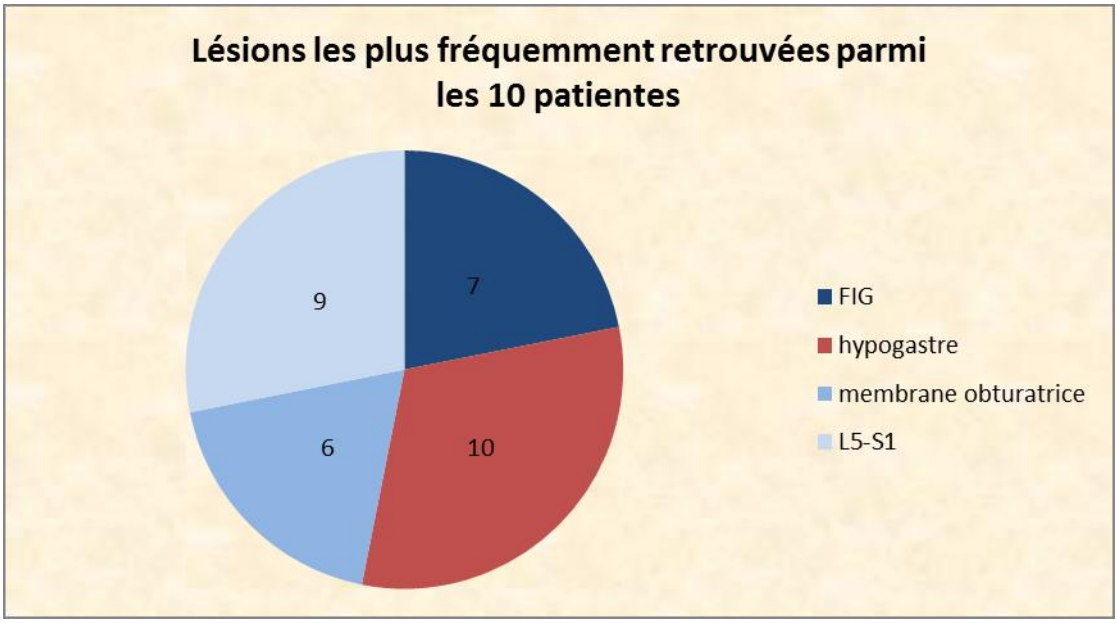
Les scores sont légèrement meilleurs pour le groupe kiné :

- Le score santé physique a augmenté de 3,66% de plus dans le groupe kiné que dans le groupe kiné + ostéo. Ce qui n'est pas un taux significatif.
- Le score santé mentale a augmenté de 18,73% de plus dans le groupe kiné que dans le groupe kiné + ostéo. Ce taux est plus significatif.

Conclusion de ce questionnaire SF36 : l'apport d'une séance ostéopathique ne contribue en rien à améliorer l'état mental et physique des patientes en post-partum. Je pensais qu'en prenant soin des patientes dans leur globalité, cela aurait contribué à plus améliorer leur état physique et mental. Ce qui n'est pas le cas. Je n'arrive pas à expliquer ce résultat.

3.4 Résultats des manipulations structurelles effectuées

Les manipulations effectuées sur les zones en lésions sont répertoriées dans le tableau en annexe XIV. Les plus fréquemment retrouvées et pertinentes à analyser sont les suivantes:



- 70% d'entre elles ont des lésions au niveau de la fosse iliaque gauche. Ceci pourrait s'expliquer comme nous l'avons vu précédemment par la descente du mobile fœtal qui se fait préférentiellement par la gauche et par les perturbations du transit. De plus, 30% des femmes enceintes sont constipées alors qu'elles ne l'étaient pas avant la grossesse. Ceci s'explique par un ralentissement du transit causé par différents facteurs tels que la réduction de l'activité physique, la compression excercée par l'utérus et son contenu sur l'appareil digestif et la production excessive de progestérone par le placenta. En post-partum, le retour à la normale met plusieurs semaines.[60]
- On observe que toutes les patientes avaient une lésion au niveau de l'hypogastre. Plusieurs hypothèses peuvent-être émises comme la congestion du petit bassin lors de la grossesse, l'appui du mobile fœtal et les hémorroïdes qui viennent perturber l'équilibre de la zone hypogastrique.
- 60% d'entre elles présentent des lésions au niveau de la membrane obturatrice à droite. L'épisiotomie, réalisée à droite, pourrait expliquer la fréquence des lésions

[60] http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/recommandations/constipation.html

retrouvées au niveau de la membrane droite en perturbant sa souplesse et son élasticité. Cela ne reste qu'une supposition d'autant que dans cette étude le taux d'épisiotomie n'est que de 29,4%.

- Enfin 90% d'entre elles ont des lésions au niveau de la zone L5-S1. L'ouverture de la sacro-iliaque lors de la grossesse et de l'accouchement semblerait être une hypothèse plausible à ces lésions retrouvées. 52,94% des patientes avaient une déchirure postérieure qui peut expliquer l'atteinte du tissu conjonctif en regard du coccyx et donc de la zone sacro-coccygienne et ce qui en dépend.

Quelques remarques des patientes suite à la séance d'ostéopathie :

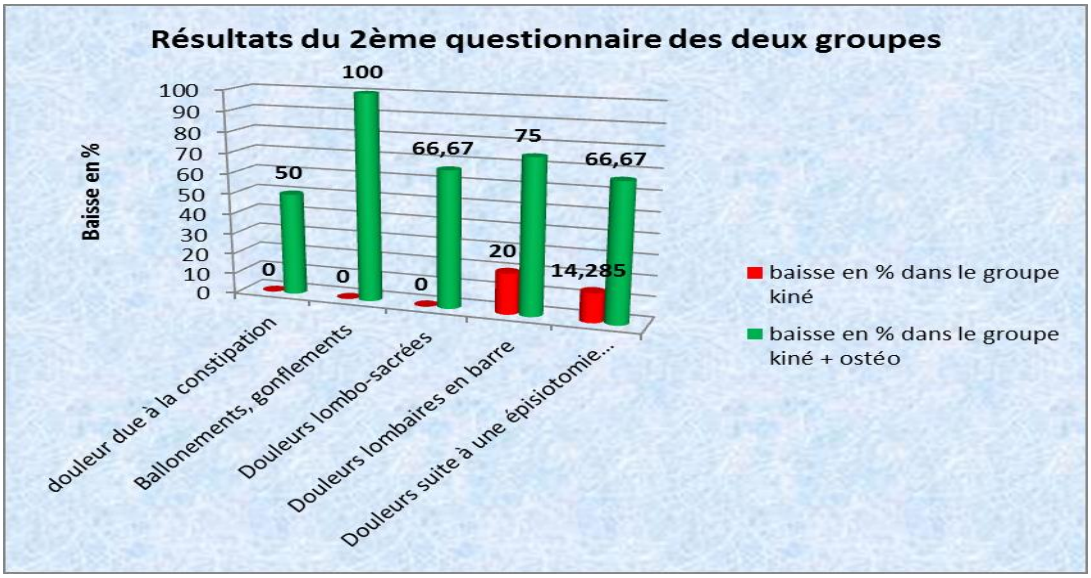
- Elles ne savaient pas que l'ostéopathie pouvait améliorer les troubles du transit.
- Elles étaient très satisfaites de cette prise en charge globale et d'une écoute plus affinée. Or les résultats du score santé mentale du questionnaire SF36 est moins bons pour le groupe kiné+ostéo. Je n'explique pas cette incohérence entre les résultats du questionnaire et les propos des patientes.
- Beaucoup d'entre-elles décrivent une sensation de bien-être en post-séance avec la disparition de certaines douleurs déjà présentes lors de leur grossesse.

Ces lésions retrouvées sont cohérentes avec les résultats du 2ème questionnaire que nous allons voir par la suite.

3.5 Résultats du 2ème questionnaire (Annexe XV)

Les résultats détaillés de ce questionnaire ont été mis en annexe.

Ce tableau montre la différence entre les deux groupes sur la baisse des troubles retrouvés lors du questionnaire à J1 et S6:



- Les résultats sont cohérents avec les Lésions Tissulaires Réversibles (LTRs) retrouvées et les manipulations effectuées que nous venons de voir.
- Les résultats concernant les dyspareunies sont peu significatifs, beaucoup de patientes n'ayant pas repris les rapports sexuels. On remarque malgré cela la persistance des douleurs aux rapports pour celles qui en ont.
- Trois patientes avaient des douleurs au niveau du point d'injection de l'analgésie péridurale. Grâce à des techniques tissulaires, ces douleurs ont fortement diminué. Pour l'une d'entre elles, ces dernières ont disparu et pour les deux autres une sensation de gêne persistait.
- Deux patientes ont accouché par césarienne : un travail de la cicatrice a été effectué avec des conseils d'automassage. La zone hypogastrique qui était congestionnée et douloureuse au bilan, a été améliorée grâce à la séance et aux conseils. Il serait intéressant de travailler en interne afin d'être au plus proche du tissu lésé. (peau, utérus)

Conclusion du 2ème questionnaire en lien avec les LTRs retrouvées : La séance d'ostéopathie a permis pour ces patientes une nette diminution des troubles du transit liés à la constipation, mais également, de diminuer très largement les douleurs du bassin osseux (le contenant) et du petit bassin (le contenu).

4 DISCUSSION

Au vu des résultats des différents questionnaires, j'infirme l'hypothèse de départ : le traitement ostéopathique préalable optimise la rééducation du post-partum. En effet, le traitement n'a pas été efficace sur l'amélioration musculaire périnéale, ni sur les fuites urinaires. Cependant, on peut remarquer des améliorations sur les troubles du transit, les douleurs lombo-sacrée et sur la congestion du petit bassin.

Compte tenu du faible nombre de cas, ces résultats sont peu significatifs et ne peuvent-être étendus à toute une population. Il serait intéressant d'améliorer cette étude avec une méthodologie permettant d'augmenter le niveau de preuve et la population investiguée.

L'étude présente des limites :

- L'évaluation par un questionnaire réalisé par mes soins et donc non validé présente une première limite à cette étude.
- Ce dernier a dû être rempli avec la présence des kinésithérapeutes car certains termes médicaux n'étaient pas compris par toutes. Ceci peut avoir une influence sur les réponses apportées par les patientes car les thérapeutes peuvent induire des réponses.
- L'étude a été mené au sein de mon cabinet et les séances d'ostéopathie ont été réalisées par mes soins ce qui peut présenter un biais. En effet, les patients ont l'envie de faire plaisir aux praticiens ce qui représente un biais.
- Il n'y a pas eu d'analyse statistique pour cette étude car au vu de ce que je voulais mettre en avant avec mon hypothèse de départ cela représentait peu d'intérêt. Mais il serait toutefois mieux d'en réaliser une afin de donner plus de puissance aux résultats.
- La posture d'étudiant chercheur a été une épreuve. Cela m'a demandé beaucoup de rigueur : la mise en place de ce protocole de soin n'a pas été simple. D'une part, il fallait solliciter des collègues et des patients, mais aussi être consciencieuse sur la recherche, la lecture fastidieuse de la bibliographique, et sur l'analyse la plus fine des résultats.
- J'ai utilisé le questionnaire SF36 sans savoir qu'il n'était pas si simple à analyser et qu'il fallait lire une référence pour comprendre comment s'y prendre.
- Je n'ai pas pris en compte les troubles de l'allaitement maternel liés aux lésions retrouvées chez les patientes (et non chez leur nourrisson). Il serait intéressant de

l'ajouter dans une suite de ce protocole car cela a une influence sur leur état de santé psychologique.

- Enfin, l'extraction par instrument, qui a été développé dans la première partie, n'a pas été analysée dans les résultats car seulement une patiente a eu des ventouses dans le groupe kiné + ostéo et 2 patientes ont eu des ventouses ou forceps dans le groupe kiné. Il n'y avait donc pas d'intérêt à en conclure des résultats. La poursuite de cette étude avec un plus grand panel de patientes serait donc intéressante pour voir l'influence de l'extraction instrumentale sur le bassin et le petit bassin.

Les points positifs à cette étude :

- Un premier point positif est l'utilisation d'un questionnaire SF36 validé. Ce questionnaire a pu être rempli sans la présence des thérapeutes.
- L'étude était courte et facilement adoptée par les patientes. Il n'y a eu aucun abandon.
- La répartition des patientes s'est bien faite de façon aléatoire en fonction de leur arrivée au cabinet.
- La communication avec mes collègues a été intéressante et cela leur a permis de comprendre notre outil ostéopathique. Au vu des résultats, nous voyons l'intérêt d'une complémentarité entre ces deux métiers : renforcer et maîtriser son périnée et ses abdominaux par la kinésithérapie et libérer les zones lombo-sacrée et viscérale en ostéopathie.
- La communication thérapeutique m'a poussée à mieux expliquer aux patientes ce que nous pouvons leur apporter avec l'ostéopathie. L'intérêt de communiquer avec le corps médical et paramédical sur cet outil semble être une piste enrichissante pour la suite car il y a une méconnaissance de ce que nous pouvons apporter grâce à l'ostéopathie. De plus, il y a différentes écoles ostéopathiques avec différentes visions, l'intérêt de leur expliquer notre outil et notre démarche mécanique leur permettra de savoir quand nous adresser les patientes.

Différentes pistes de recherche seraient intéressantes à explorer :

- Tout d'abord, il serait intéressant d'étendre l'étude à plusieurs cabinets afin d'augmenter le nombre de patientes mais aussi de praticiens. Nous avons tous une

sensibilité différente et une manière de présenter les choses différemment. Ceci permettrait de voir si cela influence les résultats et cela diminuerait le biais thérapeutique.

- De plus, le questionnaire réalisé par mes soins peut-être amélioré avec moins de termes techniques, une méthode d'analyse plus simple et le développement de questions pertinentes (hémorroïdes, allaitement par exemple).
- Enfin, il serait intéressant de pousser plus loin l'étude avec un questionnaire à plus long terme (exemple à 6mois et à un an). Cela permettrait de comparer les deux groupes sur les évolutions de nos critères initiaux. (FUE, douleurs lombo-sacrées, testing périnéal …)

5 CONCLUSION

Les suites du post-partum sont un bouleversement pour les femmes tant sur le plan physique que psychique. La complémentarité de la kinésithérapie et de l'ostéopathie est intéressante pour avoir une prise en charge globale de ces patientes. Mon but de cette étude était de montrer que l'ostéopathie en « libérant avant de rééduquer » pouvait améliorer les fuites urinaires et la force musculaire périnéale. Ce qui n'a pas été le cas dans cette étude sur ces deux critères. Mais j'ai pu mettre en avant les bénéfices de l'ostéopathie structurelle sur d'autres critères tels que les douleurs lombo-sacrées, troubles du transit et congestion du petit bassin.

Cette étude a été bénéfique sur un plan personnel. Les recherches bibliographiques m'ont permis d'améliorer mes connaissances sur l'anatomie de la sphère pelvi-périnéale, sur la grossesse, les accouchements et sur toutes les pratiques rééducatives existantes. Les discussions avec mes collègues et autres professionnels ont été des moments enrichissants.

Malgré les textes officiels interdisant la pratique par voie vaginale ou anale de l'ostéopathie, je me pose la question de la pertinence du travail interne à apporter aux patientes pour être au plus proche du tissu en lésion. Cet abord pourrait permettre d'avoir un traitement plus complet pour les dyspareunies, les cicatrices de césarienne et d'épisiotomie, et autres troubles gynécologiques qui n'ont pas été le sujet de ce mémoire (endométriose par exemple). Au vu de cette interdiction, il est donc judicieux de pouvoir diriger nos patientes vers des kinésithérapeutes formées dans ce genre d'exercice ou de rester kinésithérapeute soi-même…

6 BIBLIOGRAPHIE

AGERON-MARQUE C (2000). Guide pratique d'ostéopathie en gynécologie, Satas, pages93-127.

AMARENCO G., A. Sénéjoux (2013). Pathologie des toilettes, Springer, 261 pages.

BAUDET J.H. (1990). Obstétrique pratique, p270-273, 2ème édition, Maloine.

BEUCHER G. (2008). Complications maternelles des extractions instrumentales, journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction, 37, S244-S259.

CALAIS-GERMAIN B. (2009). Bouger en accouchant, Adverbum.

COTELLE O. (2005). Guide pratique de la rééducation uro-gynécologique. 4ème édition, Ellipses Marketing.

DEFFIEUX. (2009) Incontinence urinaire et grossesse. Journal de gynécologie obstétrique et biologique de la reproduction. EMConsult.

DE GASQUET B. (2009). Bien être et maternité. Albin michel, 374 pages.

DE GASQUET B. (2012). Manger, éliminer : halte à la constipation, Marabout, 224 pages.

DE GASQUET B (2011). Périnée arrêtons le massacre, Marabout, 224 pages.

DERRICKSON D.B, G. J. Tortora (2017). Manuel d'anatomie et de physiologie humaine, 2e édition. De Boeck supérieur.

DEVILLERS P, MAUROY B, (1997). Rééducation uro-gynécologique féminine. Techniques et Indications, progrès en Urologie, 7, 683-693.

FABRE-CLERGUE C. (2014). Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale. Commission du périnée du CNSF_dossier 2014.

FATTON B. (2005) Anatomie dynamique du périnée. Pelvi-périnéologie.

GROSSE D., Sengler J. (2009). Rééducation périnéale, Masson. Pages 15-19;27.

HISLOP H.J. et AL. (2009). Le bilan musculaire de Daniels & Worthingham : technique de testing manuel, Masson.

JARLAUD et Al. (2001). Symphyse pubienne normale et pathologique : apport de l'imagerie, Journal de radiologie, Vol 82, N° 3, p. 425.

KANAKARIS N.K., et Al. (2011). Pregnancy-related pelvic girdle pain: an update. BMC Medicine.

LEPLEGE A. et Al. (2001). Le questionnaire SF 36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Ed. Estem, Paris.

LEWIS SJ et Al. (1997). Evaluation de la consistance des selles. Scandinavian Journal of gatroenterology. 32 :920-4. Informa Helthcare.

MAILLET R. et Al. (2004). Fait-on trop ou peu d'épisiotomies ? CNGOF, Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. 28ème journées nationales. Tome XXVIII : 21-34.

MAUROY B. et Al. (2002). Auto-rééducation de l'incontinence urinaire d'effort de la femme, Progrès en Urologie, 12, 274-282.

MOORE Keith L., Arthur F. Dalley, (2001). Chapitre 3 : Bassin et périnée, Anatomie médicale : aspects fondamentaux et applications cliniques. De Boeck.

NETTER Frank H. Atlas d'anatomie humaine, 4e édition. Ed. Masson ; 2007.

SENAT M.V. et al. (2016). Post-partum : recommandations pour la pratique clinique_texte court. La revue sage-femme. p30-40.

SUBTIL D. et Al. (2000). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 29, N° SUP2.

TERRAMORSI J.F (2013). Ostéopathie structurelle Lésion structure Concepts structurants, Editions Eolienne et Gepro.

THOULON J.M. (2011). Petits maux de la grossesse. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Elsevier Masson. Vol. 1, p. 6.

VILLET R. (2003). Prise en charge globale des troubles de la statique pelvienne. Vers une nouvelle entité : la pelvi-périnéologie. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2 (3) : 53-58.

WAYNBERGER S. et al. (2005). Physiologie de l'appareil locomoteur au cours de la grossesse: Le syndrome douloureux pelvien de la grossesse. Revue du Rhumatisme, 681–685.

YIOU R. et Al., Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien (2009). Progrès en urologie, 916-925, EMC consult.

Documents non publiés :

- Anatomie du périnée féminin : Support de cours (2011). Comité éditorial pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. Document non publié.
- Brochure aux patients (2013). L'accouchement par césarienne, ce que toute femme enceinte devrait savoir, HAS.
- Complications traumatiques de l'accouchement (2014). Comité éditorial de l'UVMaF. Document non publié.
- Données épidémiologiques générales liées à la grossesse (2012). Données épidémiologiques générales liées à la grossesse. Texte complet, Haute Autorité de Santé. Document non publié.
- Guide des pratiques essentielles, la lutte contre le cancer du col de l'utérus (2007), organisation mondiale de la santé. Document non publié.
- Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale, Commission périnée du CnsF - Dossier 2014 Coordonné par Chantal Fabre-Clergue sous la direction de sophie Guillaume présidente du CnsF. Document non publié.
- Rééducation dans le cadre du post-partum. (2002). Service Recommandations Professionnelles, ANAES. Document non publié.
- Support de cours. Accouchement, délivrance et suites de couches normales (2010-2011). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), © Université Médicale Virtuelle Francophone. Document non publié.

Pages WEB :

- Association Française d'Urologie. Dossier de presse, périnée mode d'emploi. En ligne sur le site http://www.urologie-sante.fr/fileadmin/medias/semaine-continence/2013/dossier-presse.pdf. Dernière consultation le 10 Février 2018.
- La mobilité obstétricale. En ligne sur le site http://passion-sage-femme.over-blog.com/tag/savoir%20+/2. Dernière consultation le 10 janvier 2018.
- Rabouhi Nazha. Le bassin obstétrical. En ligne sur le site http://slideplayer.fr/slide/11803751/ Dernière consultation le 10 Février 2018.

- L'assurance maladie. L'accouchement. En ligne sur le site https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-nouveau-ne/accouchement. Dernière consultation le 9/12/2017.
- Association Française d'Urologie. L'incontinence urinaire chez la femme (2009). En ligne sur le site http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base bibliographique/article/html/incontinence-urinaire-de-la-femme.html. Dernière consultation le 2/01/2018.
- Physiologie des systèmes intégrés, les principes et fonctions. En ligne sur le site http://ressources.unisciel.fr/physiologie/co/grain14a.html. Dernière consultation le 9 janvier 2018.
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum. En ligne sur le site. Statistiques du PMSI - MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)- accès par GHM (groupes homogènes de malades), http://www.atih.sante.fr/statistiques-par-ghm-0. Dernière consultation le 10/12/2017.
- Figure squelette du bassin. En ligne sur le site http://chiropratiquesillery.ca/wp-content/uploads/2015/02/Bassin.jpg. Dernière consultation le 9 Janvier 2018.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) Les accouchements. En ligne sur le site http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/campus-numeriques/gynecologie-et-obstetrique/mto/poly/16000fra.html Dernière consultation le 17 Mars 2018.
- Trouble de la constipation lors de la grossesse et du post-partum. En ligne sur le site http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/recommandations/constipation.html. Dernière consultation le 15 Avril 2018.

7 ANNEXES

7.1 Annexe I : Les articulations et les ligaments du bassin [61]

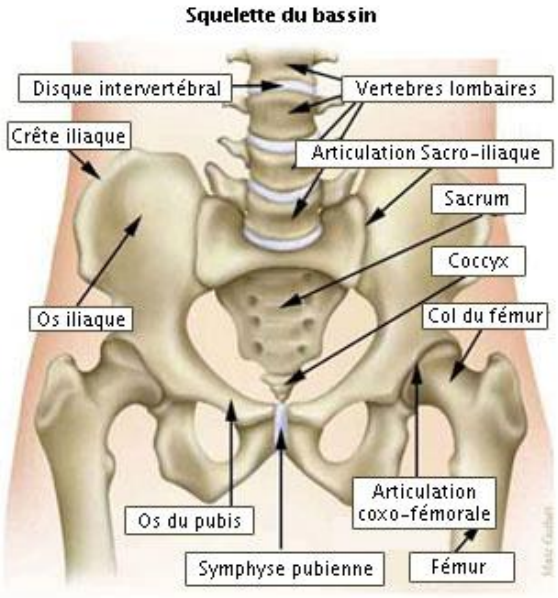
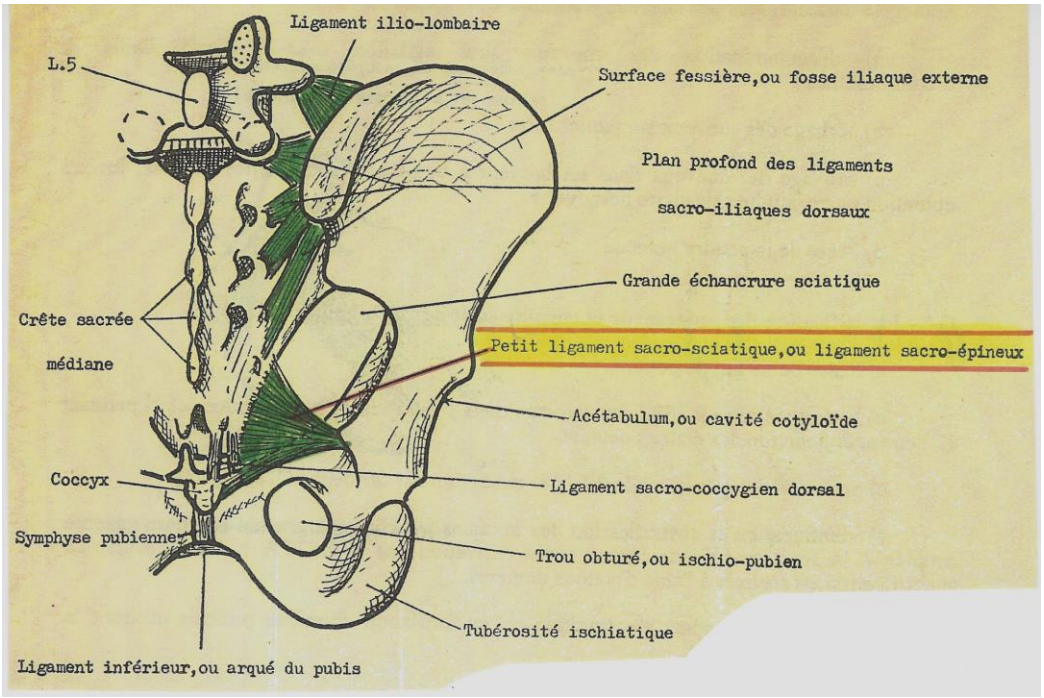


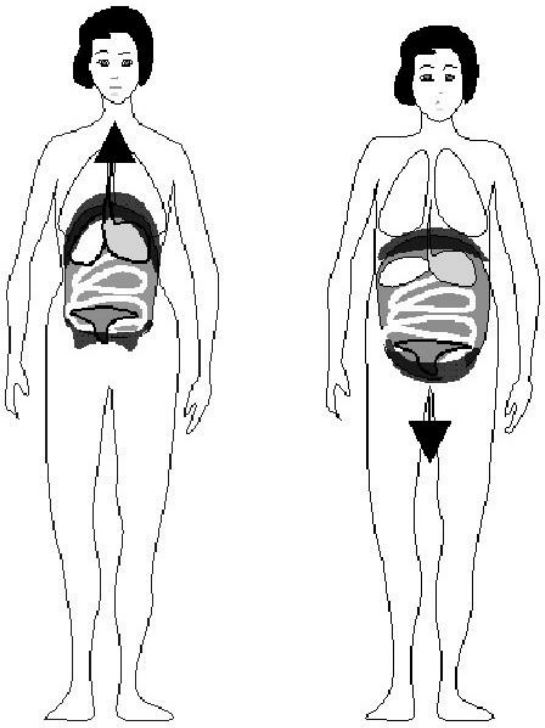
FIGURE 2



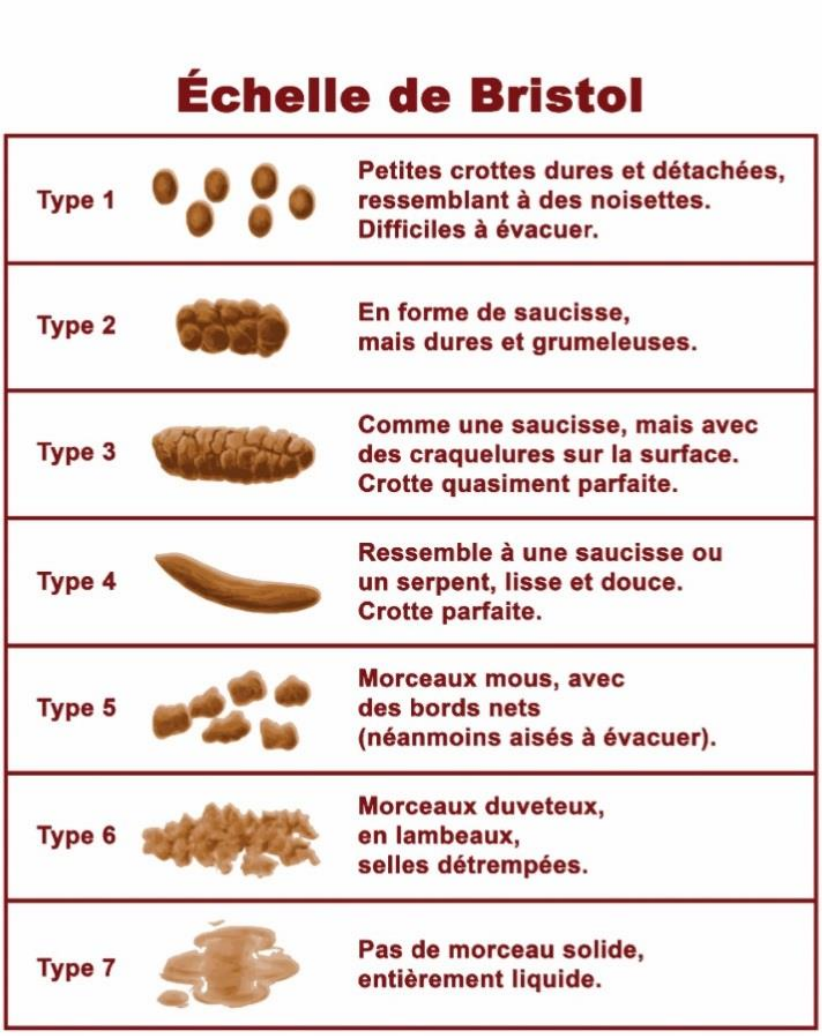
[61] http://chiropratiquesillery.ca/wp-content/uploads/2015/02/Bassin.jpg dernière consultation le 9 Janvier 2018.

7.2 Annexe II : rôle de la respiration : piston diaphragmatique

Le but est de diminuer les pressions abdominales et ne pas diriger les forces vers le bas et l'avant. De Gasquet parle de « faire de la place » vers le haut grâce à l'auto grandissement. Lors de la respiration, lorsque le diaphragme descend « tout descend », lorsque le diaphragme remonte, « tout remonte ». D'où l'importance du travail respiratoire lorsque nous rééduquons les périnées.



7.3 Annexe III: l'échelle de Bristol



[62]

[62] Evaluation de la consistance des selles reproduite avec la permission de Lewis SJ and Heaton KW, et al, Scandinavian Journal of gatroenterology 1997 ;32 :920-4) 1997 Informa Helthcare .

7.4 Annexe IV : conseils pour lutter contre la constipation : De Gasquet

- Aller au premier besoin, dans une bonne position.
- Importance d'une vidange complète
- Ne pas pousser ou pousser correctement (mesures des différentes pressions, Guy Valancogne).
- Relancer le besoin par une poussée diaphragmatique, transverses serrés.
- Agir sur la douleur (fissures, hémorroïdes)
- Conseils alimentaires : fibres
- Lutte contre la sédentarité et posture assise prolongée

7.5 Annexe V : Fiche bilan IFSOR

IFSO RENNES

FICHE PAPIER CLINIQUES-IFSOR ET STAGES EXTERNALISES

A conserver par l'étudiant

Tout étudiant qui suit une consultation clinique doit remplir les renseignements de la présente fiche et la conserver dans un classeur prévu à cet effet, pour validation en fin de cursus.

FICHE PATIENT / ETUDIANT

Nom de l'étudiant : …….. Année :……...

Intervenant comme : o· observateur o· thérapeute

Date de la consultation : …… Enseignant :…….....

PATIENT

NOM Prénom :..... **Né(e) le:**.....

Situation Familiale..... Profession.....

Adresse :.....

SEANCE N°.....

BILAN ANAMNESTIQUE

Motif de Consultation :
Structure qui s'exprime :
Depuis quand :
Fact Déclenchant
Quand, Comment, Type de douleur :
Facteurs aggravants/calmants :
Signes associés :
Evolution :
Autres traitements effectués :
ATCD du motif de consultation :
(A déjà consulté en Ostéopathie ?)
ATCD personnels :

ATCD Familiaux :
Remarque :
Anamnèse systémique :
Examens complémentaires :
DIAGNOSTIC OSTEOPATHIQUE – SYNTHESE DE BILAN
Traitement et remarques
Synthèse, interprétation ostéopathique et pronostic

Validation de l'Enseignant CACHET / SIGNATURE

(Coordonnées du Thérapeute en cas de stage externalisé)

BRETAGNE OSTEOPATHIE

7.6 Annexe VI : fiche bilan kinésithérapique de Sandrine GALLIAC-ALANBARI

BILAN DE REEDUCATION EN URO-GYNECOLOGIE

INTERROGATOIRE

I – BILAN MEDICAL

- → Motif de la consultation : FUE, sexologie, pathologie digestive terminale, prolapsus, post-partum immédiat ou tardif
- → Age:
- → Mode de vie
- → Profession :
- → Port de gaine/corset
- → Pratique régulière d'un sport
- → Degré d'autonomie :
- → Tabac
- → Alcool o indépendant

-Facteurs favorisants les troubles:

- Poids/taille :
- Maladies neurologiques
- Diabète o S.E.P.
- Constipation
- Traumatisme crânien et rachidien
- Poussée hémorroïde
- A.V.C.
- Spasmophilie
- Hémiplégie
- Hyperthyroïdie
- Parkinson
- Bronchite chronique – asthme
- Problèmes rhumatologiques
- Rhume des foins
- Douleurs lombaires ou lombo-sacrée
- H.T.A.
- Discopathie
- Terrain psychologique – dépression
- Canal lombaire étroit
- Problèmes familiaux semblables
- Traitement

II – BILAN GYNECOLOGIQUE

1/ Bilan de post partum

- ✓ Allaitement : mixte ou complet, Combien de temps :
- ✓ Contraception :
- ✓ Retour de couche :
- ✓ Règles régulières :
- ✓ Infection urinaire :
- ✓ Infection vaginale :
- ✓ I.U.E. pendant la grossesse
- 1er trimestre
- 2e trimestre
- 3e trimestre
- ✓ -I.U.E. après l'accouchement :
- ✓ Intervention chirurgicale dans le bas ventre
- ✓ Douleurs dans le bas ventre
- ✓ Rapports sexuels :
- Dyspareunie
- ✓ -Enurésie •
- ✓ Sensation de béance vaginale
- ✓ Bruits d'air

Dates Accouchement :

- Présentation
- Forceps
- Episiotomie
- Déchirure
- Poids de l'enfant
- Périmètre crânien
- Prise de poids
- Expression abdominale
- Durée de l'expulsion

III – BILAN URINAIRE

1/ Bilan de l'incontinence

-Date apparition incontinence :

-Evolution : Identique /s'aggrave /s'améliore

-Diurne :

- Nocturne :

- Circonstances d'apparition FUE :

- Stade 1 : toux, rire, éternuement

- Stade 2 : port de charge, sport, course
- Stade 3 : marche rapide, changement de position

- Bruit de robinet
- Envie
- Fuites : caractère de la fuite :
  - jet
  - goutte post mictionnelle
  - involontaire par manque de retenue
  - miction complète
  - miction incomplète
  - insensible
  - sensation de fuite vaginale

2/ Bilan mictionnel

-Nombre de mictions : Par jour : Par nuit :

-Volume boisson :

-Type de boisson :

-Jet urinaire :

- Normal
- Retardé
- Lent
- Insensible
- Fin
- Douloureux
- Puissant

-Nécessité de pousser pour uriner : Début de miction/Fin de miction

-Sensation de vidange incomplète après la miction : •

-Miction sans besoin :

-Port de garniture :

3/ Bilan digestif

- Constipation :

-Incontinence :

-Hémorroïde :

-Maladie intestinale

4/ Bilan sexologique

- Comportement vaginique

- Anorgasmie

- Anaphrodisie

- Frigide

EXAMEN CLINIQUE

I - INSPECTION MORPHOSTATIQUE

-Bassin : Antéversion /rétroversion

-Rachis : Déformation scoliotique / Courbures augmentées

-Sangle abdominal : Relâché /Tonique /Adhérences cicatricielles

- Type de respiration : Abdomino-costo-diaphragmatique /Paradoxale

II – INSPECTION VULVO PERINEALE

Installation de la patiente : Sur table gynécologique : le bassin est en rétroversion, les hanches en flexion dépassant 100°, hanches en abduction proche de 45°, genoux fléchis à 90°.

Cette position est fondamentale et doit être respectée pour éviter le recrutement des muscles synergiques antagonistes du plancher périnéal.

-Examen phanère :

- Trophicité :
- Distance ano vulvaire : < 2,5 cm / > 2,5 cm
- Cicatrice épisiotomie :
- Vulve : Fermée /Béance :

Evolution de l'élasticité vulvaire : technique du tirer-relâcher avec deux doigts de part et d'autre des grandes lèvres, puis relâcher : on doit voir se refermer la vulve.

- Prolapsus : Cystocèle/ Rectocèle /Hystérocèle
- Automatisme à la toux :
- Sur l'effet de poussée :
- En retenue :
- En aspiration diaphragmatique :
- Noyau fibreux central du périnée :
- Tonicité vaginale :
- Diastasis des releveurs :

TESTING

- ✓ Faisceau antérieur
- ✓ Faisceau postérieur
- ✓ Faisceaux latéraux

-Syncinésie : Abdo/ Fessiers/ Adducteurs

-Inversion de commande périnéale

EVALUATION DE L'HANDICAP

-Vécu psychologique : échelle visuelle

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I_____I_____I_____I_____I_____I_____I_____I_____I_____I_____I

-Retentissement par rapport à la qualité de vie

Echelle DITROVIE

Total : Score global = somme des scores au 10 questions divisé par 10

Interprétation du score :

1 = correspond à une patiente peu gênée dans ses activités, son psychisme, son sommeil et qui a une excellente qualité de vie.

5 = correspond à une patiente extrêmement gênée dans ses activités, son psychisme, son sommeil et qui a une mauvaise qualité de vie.

CONCLUSION

- IUE
- IV avec impériosité
- absence d'incontinence
- incontinence modérée
- incontinence sévère
- incontinence majeure
- Instabilité vésicale sans incontinence
- IU mixte
- Traitements déjà reçus pour troubles de la statique et incontinence :

7.7 Annexe VII : Echelle de testing [63]

Tableau II. Testing musculaire périnéal (CRRUG), modifié par Cotelle [2].

Testing	Qualité de la contraction	Maintien	Nombre de contractions sans fatigabilité
0	Rien	0	0
1	Frémissement	1 s	1
2	Contraction incomplète	2 s	2
3	Contraction complète sans opposition	3 s	3
4	Contraction complète avec opposition modérée	4 s	4
5	Contraction complète avec opposition soutenue	5 s	> 5

[63] Auto-rééducation de l'incontinence urinaire d'effort de la femme, B. MAUROY et Al. Progrès en Urologie (2002), 12, 274-282

7.8 Annexe VIII : Questionnaire SF36

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Rubrique : auto-administré/généraliste

Note préliminaire : ces repères permettent de s'assurer de l'adéquation entre le patient et l'outil de bilan proposé.

BILAN D'UTILISATION COURANTE :

International « validé » (3)	**International,** largement accepté (2)	**National** (1)	**Local** (0)

Niveau du bilan : 3

POINT DE VUE UTILISATEUR (SI POSSIBLE)

Simplicité d'utilisation **SCORE = 2**	Facilité de lecture **SCORE = 1**	Sensibilité aux très petits écarts **SCORE = 3**	Fiabilité vérifiée **SCORE = 3**	Reproductible inter intra **SCORE = 3**

Scores appliqués : 3 = excellent 2 = bon 1 = acceptable 0 = questionnable

Présentation :

Ce bilan de santé généraliste peut être utilisé en complément de bilans plus spécifiques.

Critères d'inclusion (les catégories majeures cliniques) :

Toutes catégories de personnes ayant des difficultés de santé.

Critères d'exclusion (ne pas utiliser pour) :

Aucun.

Critères de péjoration (diagnostic associé) :

Dépression, difficultés relationnelles.

Evolution du score :

Varie selon les items, afin de tester la vigilance du patient. La lecture des résultats fournit une appréciation sémantique.

Le questionnaire généraliste SF-36

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente __ Très bonne __ Bonne __ Satisfaisante __ Mauvaise ___

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an __ *Un peu meilleure qu'il y a un an __*
A peu près comme il y a un an __ *Un peu moins bonne qu'il y a un an __*
Pire qu'il y a un an __

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a.Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.
Oui, très limité — oui, plutôt limité — pas limité du tout

b.Activités modérées :déplacer une table, passer l'aspirateur.
Oui, très limité — oui, plutôt limité — pas limité du tout

c.Soulever et transporter les achats d'alimentation.
Oui, très limité — oui, plutôt limité — pas limité du tout

d.Monter plusieurs étages à la suite.
Oui, très limité — oui, plutôt limité — pas limité du tout

e.Monter un seul étage.
Oui, très limité — oui, plutôt limité — pas limité du tout

f.Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.
Oui, très limité — oui, plutôt limité — pas limité du tout

g.Marcher plus d'un kilomètre et demi.
Oui, très limité — oui, plutôt limité — pas limité du tout

h.Marcher plus de 500 mètres
Oui, très limité — oui, plutôt limité — pas limité du tout

i.Marcher seulement 100 mètres.
Oui, très limité — oui, plutôt limité — pas limité du tout

j.Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

Oui, très limité — oui, plutôt limité — pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous ne l'espériez ?		
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?		
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort		

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous n'espériez ?		
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?		

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

Pas du tout — très peu — assez fortement — énormément

7.- *Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?*

Pas du tout — très peu — assez fortement — énormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

Pas du tout — un peu — modérément — assez fortement — énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

Tout le temps — très souvent — parfois — peu souvent — jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

d. mon état de santé est excellent.

Tout à fait vrai	assez vrai	ne sais pas	plutôt faux	faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473–483.

7.9 Annexe IV : Définition des dimensions du questionnaire SF36

Nom des échelles	Résumé du contenu
Activité physique	Mesure des limitations des activités physiques telles que marcher, monter des escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques importants et modérés.
Limitations dues à l'état physique	Mesure de la gêne, due à l'état physique, dans les activités quotidiennes: mesure des limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réaliser.
Douleurs physiques	Mesure de l'intensité de la douleur et de la gêne occasionnée
Santé perçue	Auto-évaluation de la vitalité, de l'énergie, de la fatigue
Vie et relation avec les autres	Mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique.
Santé psychique	Auto-évaluation de la santé psychique: anxiété, dépression, bien-être (bonheur)?
Vitalité	Auto-évaluation de ce que manifeste la santé: dynamisme, énergie, vigueur
Limitations dues à l'état psychique	Mesure la gêne due aux problèmes psychiques dans les activités quotidiennes: temps passé au travail moins important, travail baclé.
Évolution de la santé perçue	Évolution de la santé perçue comparée, d'une année à l'autre.

7.10 Annexe X : 2ème questionnaire

QUESTIONNAIRE

A la suite du 1er questionnaire que vous venez de remplir, merci de répondre à ces quelques questions concernant la suite de votre accouchement. Concernant la douleur et la gêne, évaluez avec une échelle de 0 à 10. En sachant que 0 correspond à aucune douleur/gêne et 10 correspond à la pire que vous ayez connue.

	Oui/ Non	Fréquence	Douleur:	Gêne au quotidien:
		1/jour, 1/semaine, 1/mois	0 → 10	0 → 10
Sphère abdominale				
Constipation				
Ballonnements, gonflements				
Gaz				
Difficulté à retenir les gaz				
Difficulté à retenir les selles				
Sphère périnéale				
Douleurs suite à une épisiotomie ou déchirure				
Douleurs de cicatrice de césarienne				
Sensation de pesanteur, lourdeur				
Sphère vésicale				
Fuites urinaires sans effort				
Fuites urinaires à l'effort				
Cystite				
Inconfort urinaire				
Port d'une protection journalière				

Port de plusieurs protections journalières				
Sphère vertébrale				
Douleurs sacro-coccygiennes				
Douleurs lombo-sacrées				
Douleurs lombaires en barre				
Point électif douloureux à l'entrée de la péridurale				
Sphère sexuelle		à chaque fois, occasionnellement, jamais		
Douleurs sexuelles à la pénétration				
Douleurs au cours du rapport sexuel				
Douleurs après le rapport				

7.11 Annexe XI : Fiche de renseignement et de consentement

Fiche de renseignements et de consentement

Dans le cadre de l'obtention de mon diplôme au titre d'ostéopathe, je vous sollicite afin de participer à mon étude concernant l'intérêt d'un traitement ostéopathique préalablement à une rééducation périnéale et abdominale des femmes en post-partum. Je souhaite évaluer les effets de ce traitement.

L'étude se fera avec deux groupes. L'un où les patientes auront une prise en charge en kinésithérapie et avec un traitement placebo d'ostéopathie. L'autre groupe où seront couplées kinésithérapie et ostéopathie. Le protocole de cette expérimentation se fera dès votre arrivée au cabinet. Chaque patiente ira dans un groupe en fonction de son arrivée. La séance d'ostéopathie se fera après le bilan initial avec votre kinésithérapeute. Des questionnaires vont seront distribués avant le bilan initial en kinésithérapie et à la fin de votre rééducation.

L'étude se déroulera au 16 rue du pré perché à Rennes.

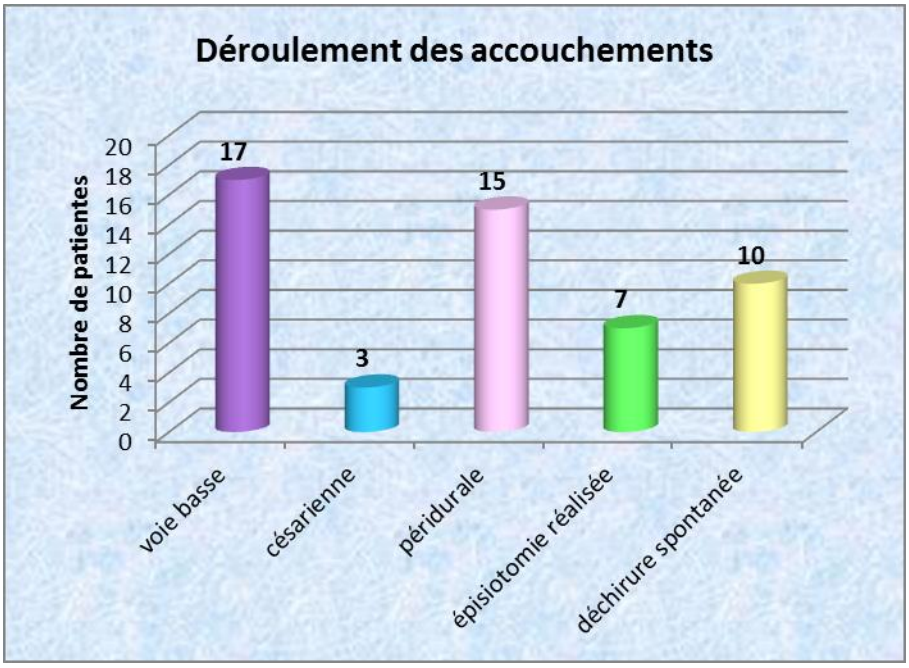
Ce travail d'étude est réalisé par Nolwenn Le Calvez étudiante en 5ème année à l'école d'ostéopathie de Rennes IFSOR et encadré par Hélène Duval ostéopathe D.O.

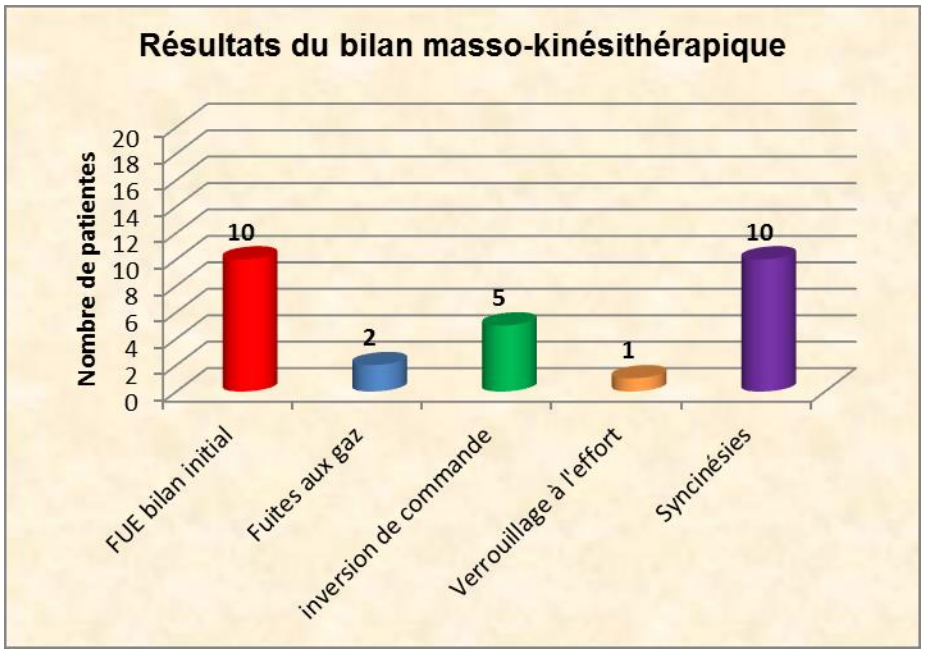
Consentement :

Je soussigné(e), reconnais avoir pris connaissance des modalités de l'expérience et certifie l'exactitude des renseignements fournis.

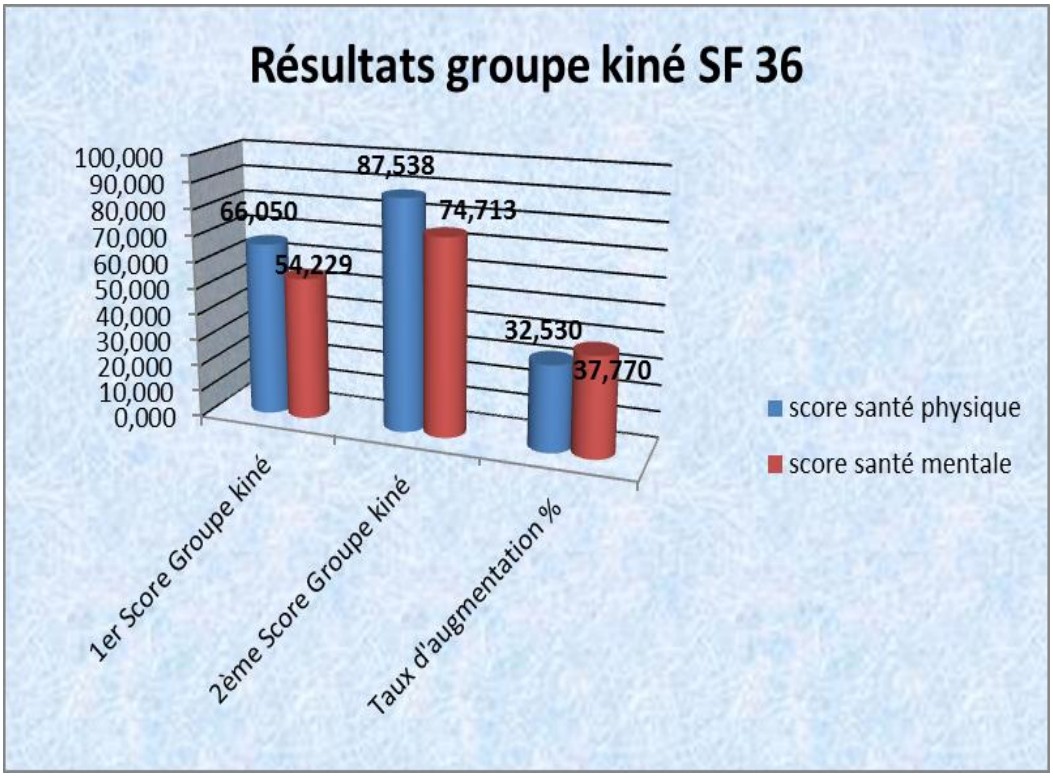
Signature

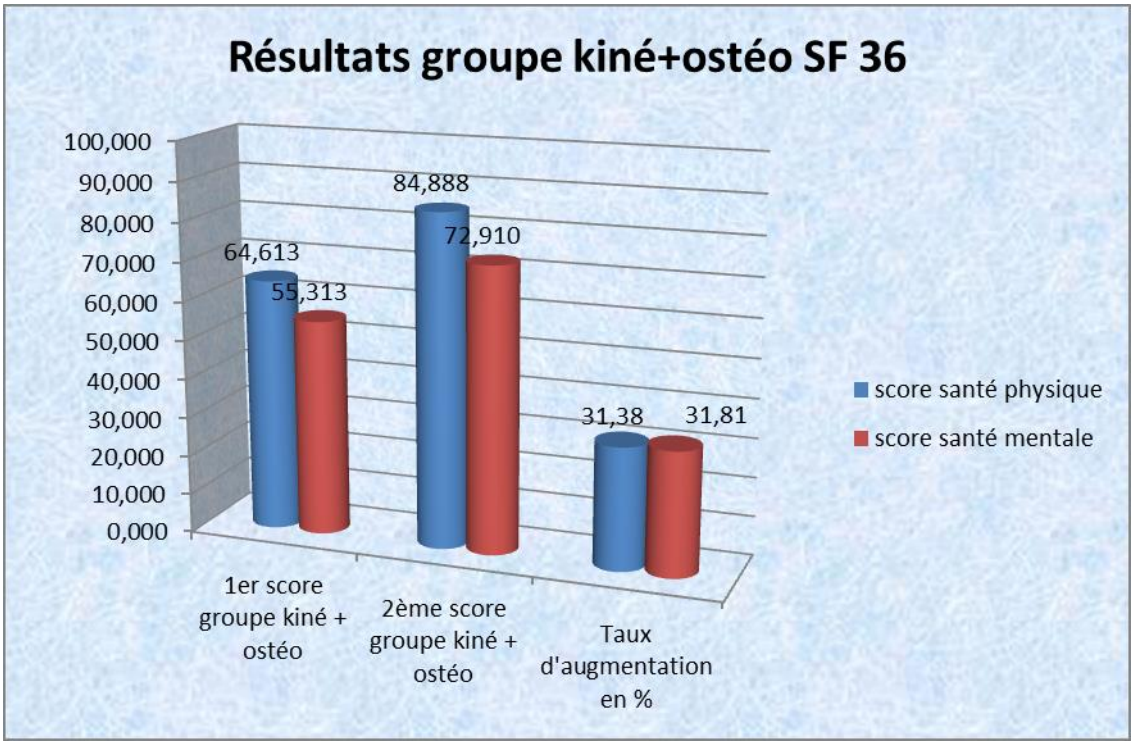
7.12 Annexe XII: les accouchements et le bilan masso-kinésithérapique





7.13 Annexe XIII : résultats du questionnaire SF36





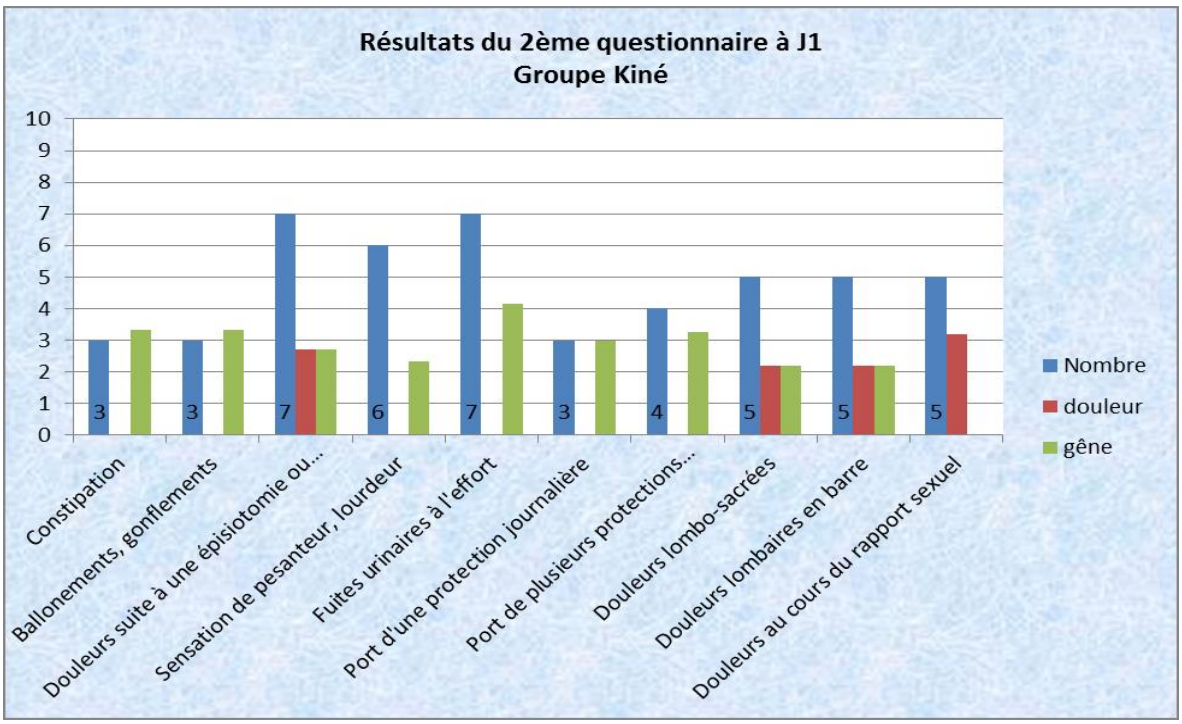
7.14 Annexe XIV : Lésions retrouvées

Zones en lésions traitées	Cas N°2	Cas N°4	Cas N°6	Cas N°8	Cas N°10	Cas N°12	Cas N°14	Cas N°16	Cas N°18	Cas N°20
FIG		+++	+++	+++		+++	+++	+++	++	
Hypogastre	+++	+++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
membrane obturatrice	++ D	+++ D/G	++ D		+++ D		++ D	+++ D		
sacrum S1	++ G	++ G	++ D		+++ D		++ D		++ D	++ D
L5		++ D		++ G			++ D	+++ D		++ D
Symphyse pubienne	++		++				++		+++	
Point de péridurale	++						++			++
cicatrice césarienne					+++			+++		

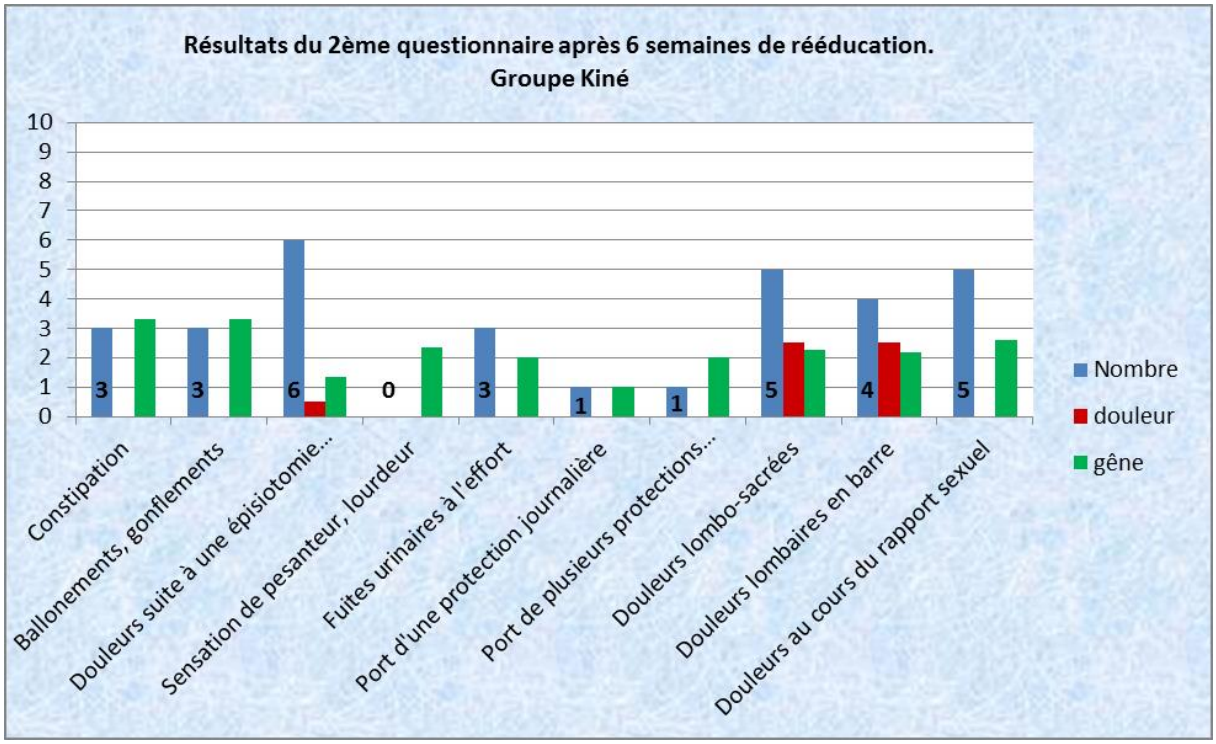
J'objective les LTRs selon leur densité avec des croix. De une croix + à trois croix +++ c'est-à-dire du moins dense au plus dense.

7.15 Annexe XV: résultat du 2ème questionnaire

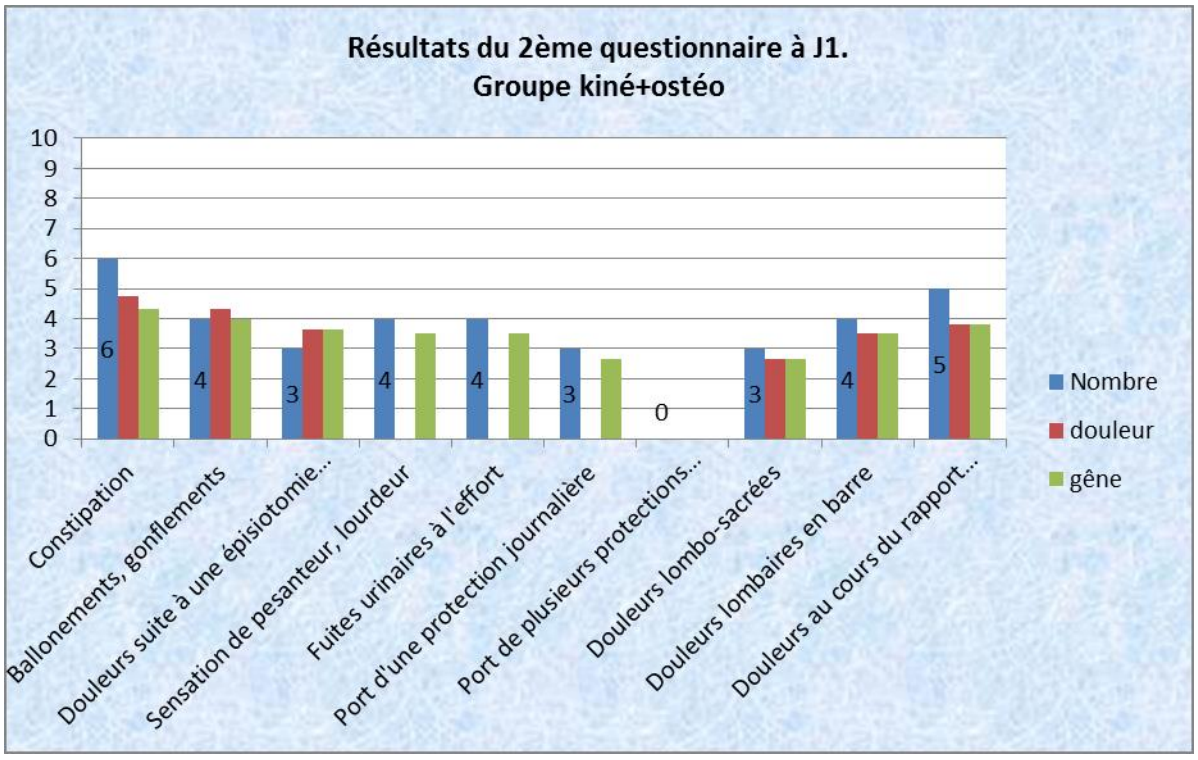
Groupe kiné : Réponse au 2ème questionnaire à J1



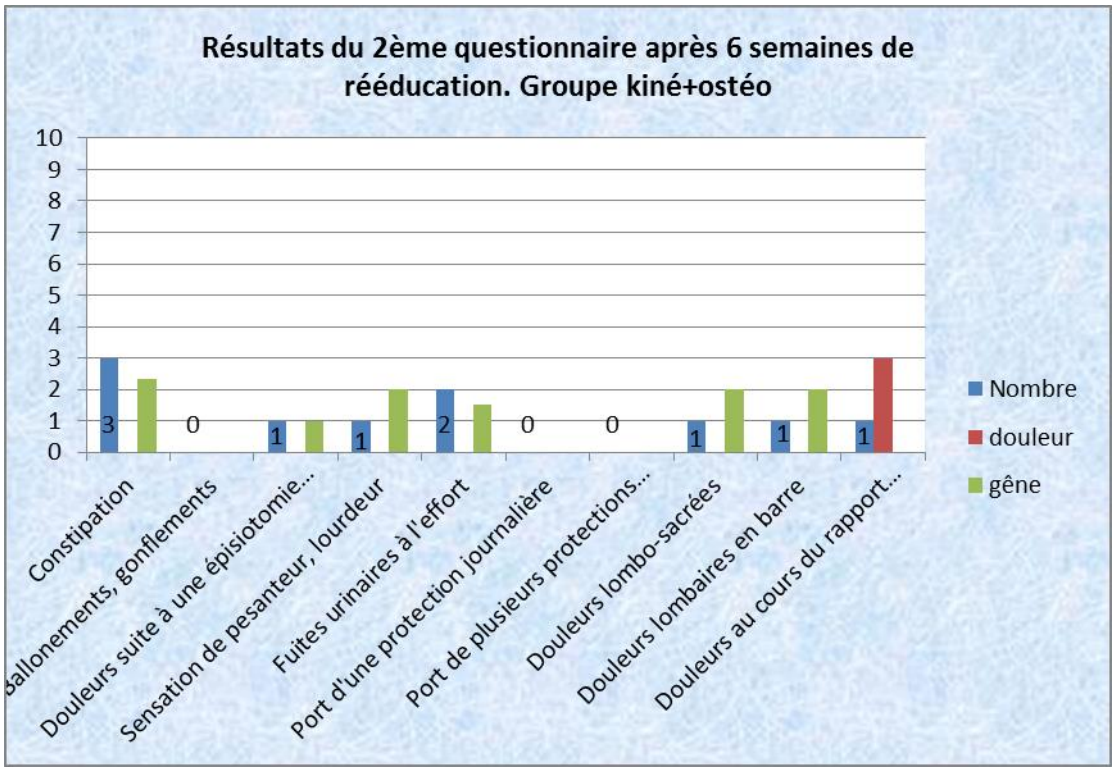
Groupe kiné : Réponse au 2ème questionnaire après 6 semaines de rééducation



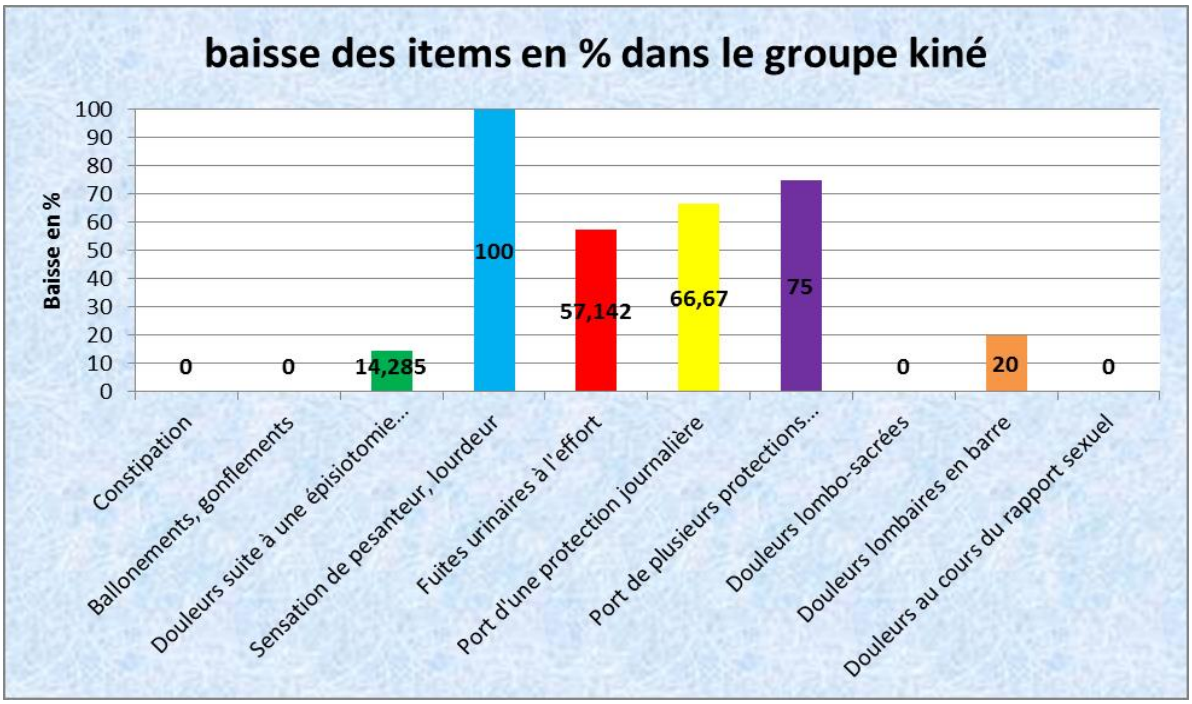
Groupe kiné + ostéo : Réponse au 2ème questionnaire à J1



Groupe kiné + ostéo: Réponse au 2ème questionnaire après 6 semaines de rééducation



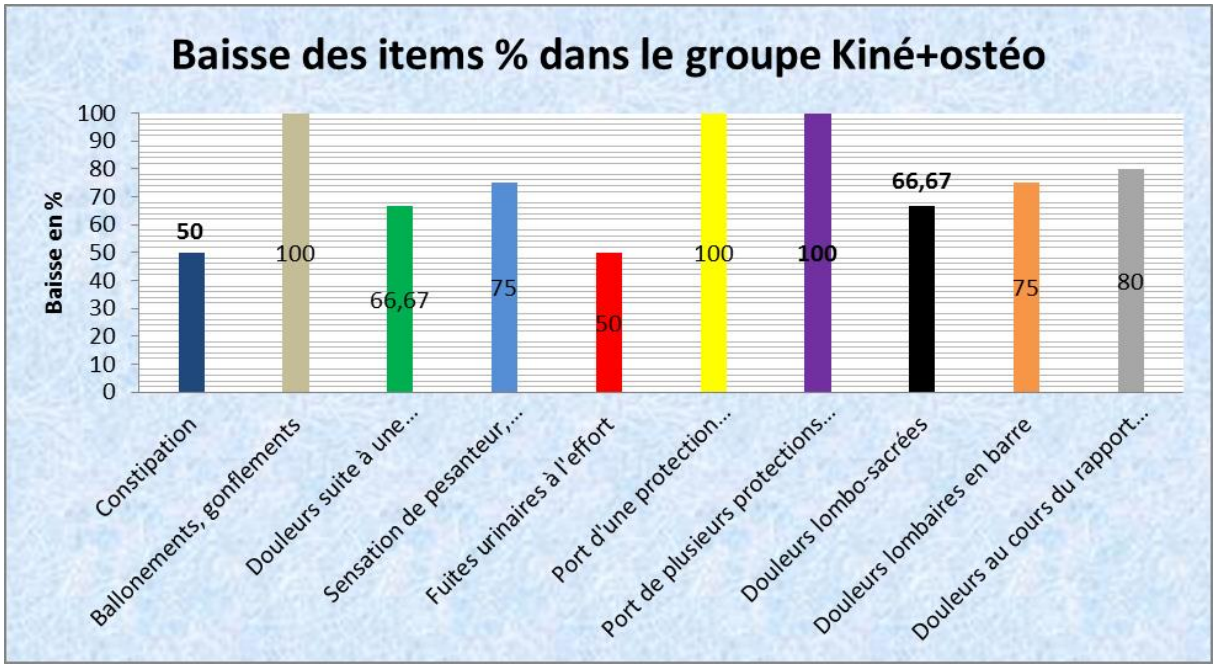
➢ Dans le groupe kiné, je retrouve ces résultats :



Les troubles ayant significativement diminué dans le groupe kiné sont :

- La sensation de pesanteur (100% des patientes présentant une pesanteur initialement)
- Les fuites urinaires à l'effort et le port de protection (57% des patientes présentant ces troubles)

➢ Dans le groupe kiné + ostéo, je retrouve ces résultats :



8 RESUME

La rééducation périnéale et abdominale étant l'une de mes activités principale en kinésithérapie, j'ai souhaité mettre en lumière l'apport de l'ostéopathie à cette dernière lors du post-partum. J'ai fait l'hypothèse que l'ostéopathie optimise la rééducation kinésithérapique. Ce travail met tout d'abord en avant une description anatomique du bassin osseux et de son contenu. Ensuite, la méthodologie mise en place consiste à avoir deux groupes de patientes : l'un n'ayant que de la kinésithérapie et l'autre ayant de la kinésithérapie et au moins une séance d'ostéopathie au préalable. Les patientes répondent à deux questionnaires avant le bilan initial et après leur fin de prise en charge. Les questionnaires portent sur la qualité de vie et sur leurs gênes et leurs douleurs du petit bassin. Les résultats de ce protocole infirment mon hypothèse de départ mais mettent en avant l'efficacité de l'ostéopathie sur d'autres critères tels que les douleurs lombo-sacrées et les troubles du transit. En conclusion, il serait intéressant de reprendre cette étude avec une plus grande cohorte et pourquoi pas d'inclure le travail interne dans la séance de kinésithérapie pour être au plus proche du tissu en lésion.