

Formations Post Graduate

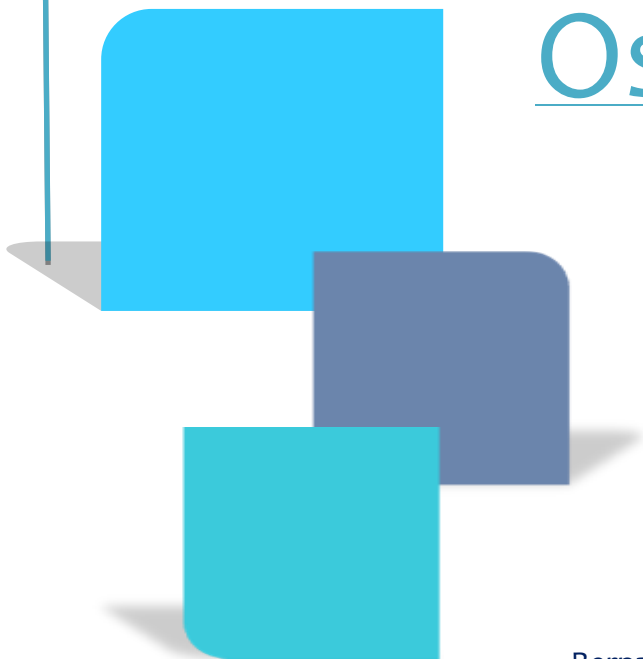
# Ostéopathiques

Spécifiques

# Ostéopathie

et

# Fertilité



Bernard FERRU  
Ostéopathe DO  
Formateur Post Graduate

## - TABLE DES MATIERES -

- 1 - Introduction
- 3 - Quels sont les facteurs qui modifient la fécondité en 2008?
- 10 - Bilan étiologique de la fertilité
- 13 - La fertilité Féminine
- 30 - Infertilité féminine
- 32 - La fertilité masculine
- 39 - Infertilité masculine
- 41 - Les traitements médicaux de l'infertilité
- 44 - Dosages hormonaux chez la femme
- 45 - Dosages hormonaux chez l'homme
- 46 - Tableau des dosages hormonaux
- 50 - Le test de Hunner
- 51 - L'Hormone Anti-Müllérienne : AMH
- 52 - Tableau des techniques de fécondation assistée
- 53 - Diagnostic de grossesse après AMP
- 54 - L'endométriose
- 58 - Pathologies d'exclusion du champ ostéopathique
- 59 - Possibles causes ostéopathiques d'infertilité
- 60 - Système neurovégétatif
- 63 - Symptomatologie utérine
- 64 - La vision ostéopathique de la fertilité
- 65 - La vision ostéopathique de l'infertilité
- 66 - La consultation ostéopathique
- 69 - Courbe de température

- 71 - Les courbes de températures anormales
- 73 - L'examen musculo-squelettique -
- 74 - L'examen clinique viscéral
- 75 - La médecine ostéopathique... comment ça marche?
- 78 - Les Techniques Ostéopathiques -
- 79 - Les chaînes de dysfonction
- 83 - Définitions des termes ostéopathiques
- 84 - Les chaînes de dysfonctions
- 86 - Schématisation de la motilité
- 87 - Introduction à la conscience corporelle
- 88 - Zones de facilitation des perceptions de la main.
- 89- Principes des techniques ostéopathiques tissulaires
- 94 - Tests ostéopathiques spécifiques de la fertilité
- 100 - Le protocole de traitement
- 101 - Techniques spécifiques
- 103 - Les techniques crâniennes
- 108 - Les techniques thoraco-abdominales
- 117 - Techniques pelviennes
- 122 - Les techniques utérines externes
- 127 - Les techniques utérines internes
- 136 - Les techniques Neurovégétatives
- 146 - Techniques lymphatiques

-----

## CE DOCUMENT N'EST QU'UN SUPPORT DE COURS -

### - Introduction -

Les professionnels de santé sont des femmes et des hommes qui possèdent généralement un ego à la hauteur de l'important engagement humain qu'ils développent naturellement envers leurs congénères.

Cette sorte de "savoir" et de "pouvoir", qu'ils possèdent bien souvent inconsciemment sur les autres, a tendance à leur faire perdre un peu de leur "Humilité".

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

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

Ceci est particulièrement vrai dans le domaine de la Fertilité.

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

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

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

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

B.F.

## - LA FERTILITE FEMININE -

### I. INTRODUCTION

### II. NEUROENDOCRINOLOGIE

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

### III. ENDOCRINOLOGIE SEXUELLE FEMELLE

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

### IV. LA PUBERTÉ

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

### V. PHYSIOPATHOLOGIE

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

## - INFERTILITE FEMININE -

- Les causes principales : (33% des infertilités)

- A : Les Causes directes d'infertilité chez la femme

- les examens clinico-biologiques devront définir s'il s'agit d'une:

1- Anomalies de l'ovulation :

- Anovulation : absence totale d'ovulation.
- Dysovulation : alternance de cycle avec et sans ovulation.
- Diagnostic : courbe de température, dosages hormonaux...

2- Anomalies du tractus génital :

- Anomalies des trompes : altérées ou obturées pour différentes raisons (infection, grossesses extra-utérines...)
- Anomalies utérines (bifides, doubles,....)
- Endométriose qui peut provoquer des stérilités mécaniques (obstacle) ou gamétotoxique et embryotoxique par l'élaboration de substance délétères.
- Diagnostic : échographique, coelioscopique (RMN).
- Anomalies de la qualité de la glaire dues à des causes hormonales, infectieuses, interventionnelles (conisation).
- Diagnostic : biologique (test de HUHNER.....)

- 3 - Les syndromes spécifiques : Ovaires polykystiques, hyperandrogénies

- 4 - Anomalie du caryotype : décision prise selon les cas de figure par le conseil génétique.

- B : Les Causes indirectes d'infertilité chez la femme

- Rôle de l'âge, du poids, de l'état thyroïdien...
- Les drogues "douces" : tabac, alcool....

- INFERTILITE MIXTE (40% des infertilités)

Cette catégorie représente la majeure partie des infertilités dans le couple. Elle est composée d'un facteur masculin et féminin.

La difficulté dans le traitement de cette population réside surtout dans le fait qu'il faut synchroniser les traitements de manière à obtenir en même temps une chance d'ovulation et une chance de fécondation.

Toutes Les techniques d'AMP (IAC, FIV, ICSI...) ont apporté beaucoup dans le traitement de ces cas complexes.

- INFERTILITE INEXPLIQUEE (6% des infertilités)

Dans cette catégorie, on ne décèle aucune anomalie visible par les explorations conventionnelles. Heureusement, elle représente une petite partie des

infertilités, mais, comme l'indique son nom, son approche est difficile, et les causes peuvent être multifactorielles.

Leurs origines ne sont actuellement pas connues et il est donc difficile d'en attribuer la cause à l'un quelconque des partenaires.

Les techniques d'AMP (IAC, FIV, ICSI...) peuvent aussi apporter leurs contributions au traitement de ces pathologies inexplicées en servant à la fois de diagnostic (observation des paramètres de la fécondation, de visu) et de traitement

## - DOSAGES HORMONAUX CHEZ LA FEMME -

Chez la femme, associée aux courbes de température, une exploration fonctionnelle du cycle associée ou non à des examens complémentaires permet de déceler un certain nombre d'anomalies (anovulation, dysovulation, insuffisance hormonale, hyperandrogénie, OPK, problèmes thyroïdien...)

Valeurs usuelles au cours du cycle naturel :

<b>Période du cycle</b>	<b>FSH UI/ml</b>	<b>LH UI/ml</b>	<b>Estradiol pg/ml</b>	<b>Progestérone ng/ml</b>
phase folliculaire semaine1	2-10	2-9	20-94	<0,05 - 1,3
phase folliculaire semaine2	2-8	2-9	57-260	<0,05 - 1,5
pic pré-ovulatoire	7-18	18-60	100-420	1,4 - 3,1
phase luteale installée	1,5-7	1-10	60-230	5,0 - 25

D'après K.Nahoul et M. Roger - 1990

### Évaluation de "la réserve ovarienne"

Schématiquement l'évaluation de la réserve ovarienne permet de savoir, en tenant compte de l'âge, si une tentative de fiv a des chances d'aboutir à un bon recrutement ovulaire, après traitement.

Les critères actuels sont, au 3ème jour du cycle :

- Un oestradiol compris entre 40 et 80 pg/ml.
- Une FSH inférieure à 12 mUI/ml.
- Une inhibine sup à 45 pg/ml.

Ces critères "d'exclusion" seront probablement modifiés ou revus en fonction de l'évolution des connaissances.

Aujourd'hui, Le dosage de l'hormone anti mullérienne (AMH) est aussi utilisé pour évaluer la réserve ovarienne.



- PATHOLOGIES D'EXCLUSION DU CHAMP OSTEOPATHIQUE -

- Stérilités tubaires:

- salpingites
- endométrioses
- malformation de la trompe

- Stérilités utérines:

- dues aux endométrites,
- endométrioses,
- synéchies post traumatiques,
- malformations utérines,
- hypoplasie utérine

- Obstacles cervicaux:

- séquelles d'électrocoagulations abusives

- Stérilités ovariennes:

- syndrome de Stein-Levanthal
- atteinte diencephalo-hypothalamo-hypophysaire

## - POSSIBLES CAUSES OSTEOPATHIQUES D'INFERTILITE -

### 1 - Causes centrales:

- Perturbation de circulation au niveau du système porte hypothalamo-hypophysaire
- Origines:
  - tensions au niveau crânien
  - SSB + c0/c1,
  - dysfonctions intra-osseuses: ethmoïde, sphénoïde, maxi. sup.,...

### 2 - Causes périphériques:

- Causes ovariennes: (endocrines ou exocrines)
  - Restrictions de mobilité primaires (ligaments de l'ovaire) ou secondaires (organes périphériques...)
  - Vascularisation de l'ovaire (plexus solaire = principal plexus hypogastrique = accessoire)
  - Causes orthosympathiques = T10 à L1
  - Causes parasymphathiques = T.D.P. C0/C1/C2, O.S.T., O.I.T (X)
- Causes mécaniques utérines:
  - T12 à L2, ganglions mésentériques sup. et inf. pour le para S2 à S4 + sacrum + sacro iliaques + plexus hypogastrique
  - Causes utérines primaires: Flexions et versions
  - Causes utérines secondaires: dysfonctions osseuses, viscérales, pelviennes.

### Causes mécaniques du col:

- Perte de la mobilité (action sur passage du col et la glaire)(cicatriciel, déchirure, électro)

### - Causes tubaires:

- Ligament large

### - Causes diaphragmatiques:

- Perte mobilité T12 à L3
- Compression abdominale de l'ovaire: Equilibres abdominaux manométrique+ gravitaire

### - Causes rénales:

- Artères et veines rénales: origine des vaisseaux ovariens (surtout à gauche)
- Compression sous diaphragmatique

## - SYSTEME NEUROVEGETATIF -

- Ortho = Homéorhèse = vasomotricité et viscéro-motricité = accélérateur et catalyseur
- Para = Homéostase = ralentisseur et anaboliseur = construit et stocke l'énergie

### - Organisation du système Neurovégétatif:

- voies afférentes = périphérie vers S.N.C.: véhiculent les informations de la douleur venant des mécanorécepteurs et des chémorécepteurs.
- Voies efférentes = dirigent les réponses réflexes des muscles lisses
  
- Ortho = Acétylcholine (préganglionnaire) noradrénaline (post ganglionnaire)
- Para = Acétylcholine
  
- Voie sensibles > voies motrices
- Il existe de nombreux arcs réflexes courts, demi longs ou longs.

### - Système neurovégétatif (rapide) + système hormonale (lent) = Neurocrinie

### - Système Neurovégétatif:

### - Traitement général du Neurovégétatif:

- Libérer et corriger tous les dysfonctionnements somatiques qui génèrent des inhibitions ou des irritations des voies neurovégétatives sensorielles, motrices ou réflexes des organes pelviens.

- Zone dorsale sup. (vasomoteur général =T4)
- Lombaire inférieure (nerfs vasomoteurs utérins)
- Cadre osseux pelvien
- Elévation utérine
- Stimuler la circulation lymphatique (diaphragme et charnière D12/L1)
- Inhibition des nerfs sacrés pour stimuler la tonicité vaginale + tissus périnéaux

### - Système Ortho: = activateur et adaptateur

- C6 à L2: neurone préganglionnaire de l'ortho (espace intermédiolatéral de la moëlle)
- Para = Homéostase = ralentisseur et anaboliseur = construit et stocke l'énergie
- Inhibition = w sur chaînes caténales post. (C6 à L2)
- Stimulation = stimulations en latéroflexion ou percussions(C6 à L2)

- Niveaux d'intervention spécifiques:

- D9/D10 = niveau viscéro-sensoriel utérin
- D12/L1/L2 = viscéro-motricité et vasomotricité de l'utérus
- L4/L5/sacrum = passage voies ortho du plexus hypogastrique

- Système para:

- Abord difficile (crâne) + difficulté de stimulation (rôle cardiomoteur)
- Inhibition = w trous déchirés postérieurs + retro claviculaire + trous sacrés
- Stimulation = CV4

- Correspondance fonctionnelle vertébro-organique:

- Organes:

- Ovaires = D10 / L5
- Trompes de Fallope = D11 / D12 / L1
- Utérus = D10 / S4
- Vagin = L1 / S4

- Fonctions:

- Utéro-motion = D10 / L1
- Vaso-motion ovarienne = D10 / D12
- Mobilité des trompes de Fallope = D11 / L1
- Vaso-motion utérine = D10 / L5
- Utéro-dilatation = D10 / L5
- Rythme utérin = L1 / L5
- Vagino-constriction = L1 / L5
- Péristaltisme vaginal: L5 / S1
- Lubrification vaginale = L1 / L3
- Clitoris (érection) = L3 / L5
- Fonctions lymphatiques = C7 / D1 / D12 / L2
- Vaso-motion profonde = D4 / D5

- Etats prépathologiques ortho et parasympathicotoniques:

- Il existe chez l'humain des états orthosymphicotoniques ou parasympathicotoniques qui pourraient faire croire à un état pathologique du tonus neurovégétatif.

- En fait ce sont des états physiologiques

- La difficulté dans l'approche de la patiente va être de distinguer les états physiologiques des états pathologiques.

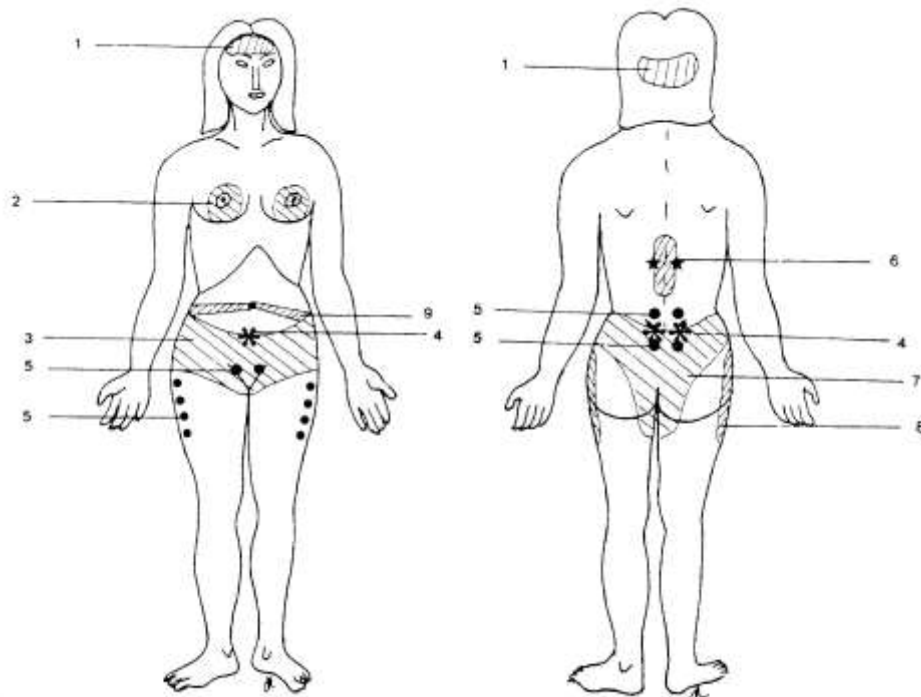
Ces derniers verront des symptômes récents et atypiques apparaître au cours de l'existence sous l'influence des traumatismes physiques, métaboliques ou émotionnels.

Nous allons aborder les signes et manifestations des syndromes:

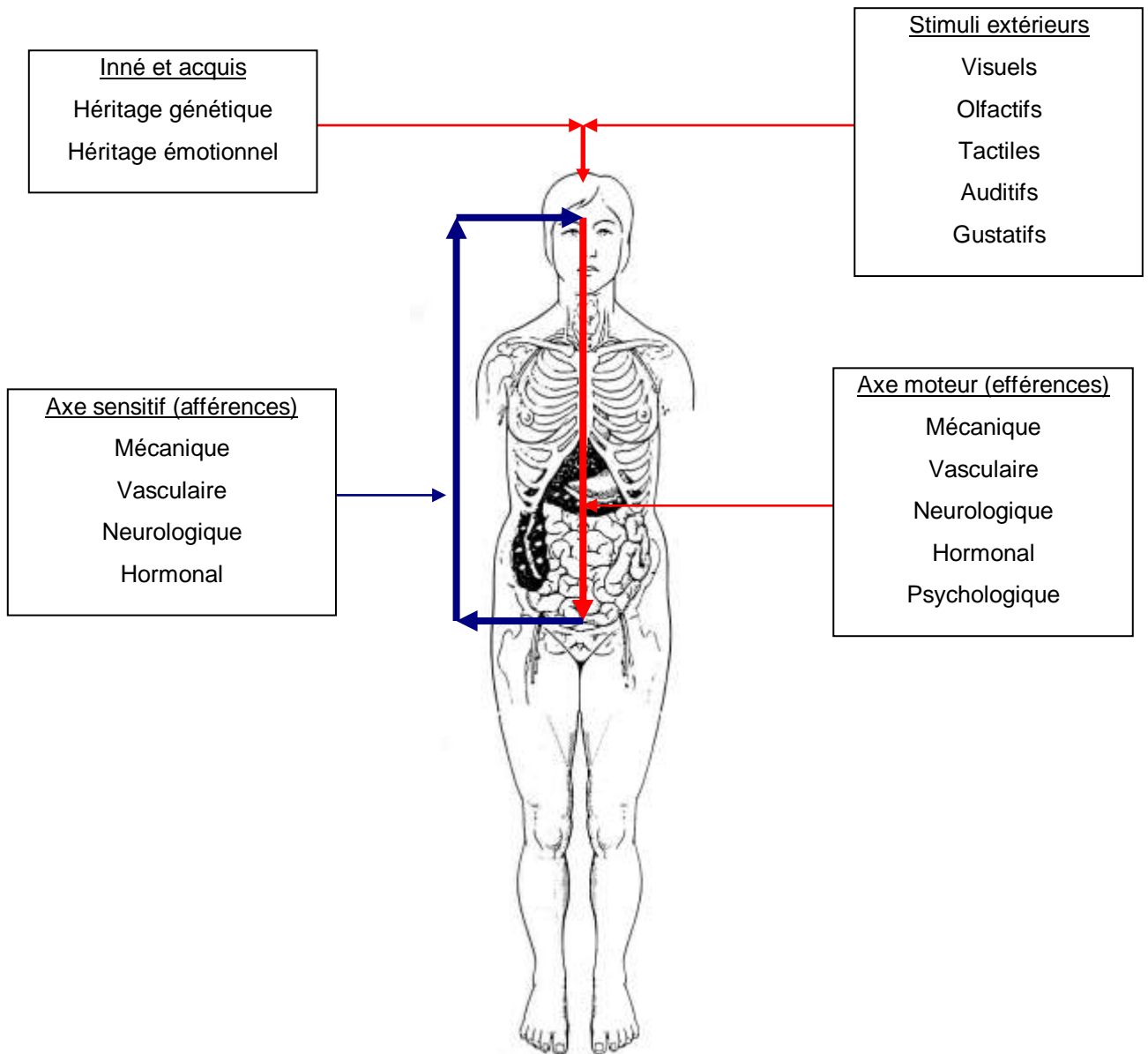
- Sympathicotonique et vagotonique:

## - SYMPTOMATOLOGIE UTERINE -

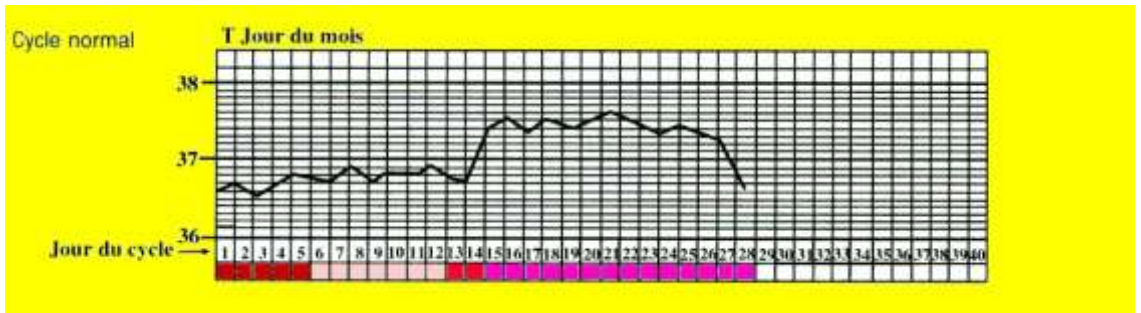
- 1 - Migraines occipitales ou occipito-frontales
- 2 - Hyperesthésie mamelonnaire, aréolaire et péri-aérolaire
- 3 - Tension douloureuse abdominale inférieure et inguinale en forme de "slip."
- 4 - Dermalgies de Jarricot:
  - Antérieure: sur la ligne médiane dans le métamère D11 = le plexus hypogastrique, le salpinx et l'utérus.
  - Postérieure: dans le métamère D12 au niveau de l'A.T. de L5.
- 5 - Points de Chapman:
  - Antérieurs:  
Utérus et tissu conjonctif utérin = branche ischio-pubienne (de part et d'autre de la symphyse pubienne), pour les ligaments larges = face externe de cuisse sur 5 cm de large du trochanter à 5 cm au dessus du condyle externe.
  - Postérieurs: pour l'utérus et les ligaments larges = mi distance entre l'EIPS et l'AE de L5
  - Pour le tissu conjonctif utérin entre l'apophyse transverse de L5 et la crête iliaque.
- 6 - Rigidité de l'étage D10 / L2.
- 7 - Lombo-sacralgie L5 irradiant aux fesses et à la partie postérieure des cuisses.
- 8 - Tension du ou des muscles TFL.
- 9 - Tension douloureuse en barre des EIAS à l'ombilic.



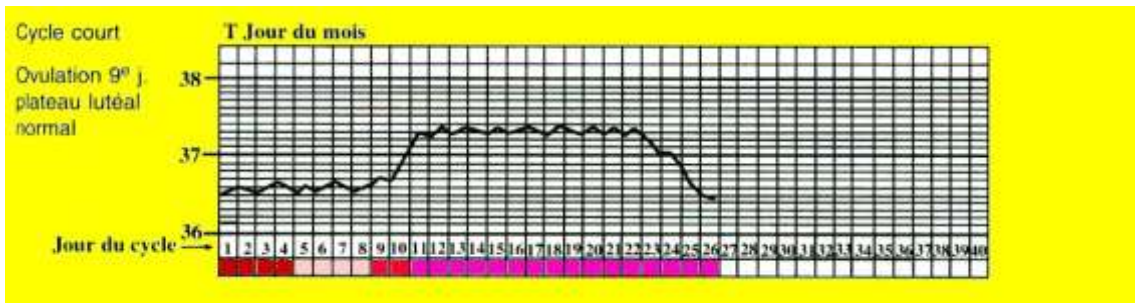
- La vision Ostéopathe de la Fertilité -



- LES COURBES DE TEMPERATURES ANORMALES -



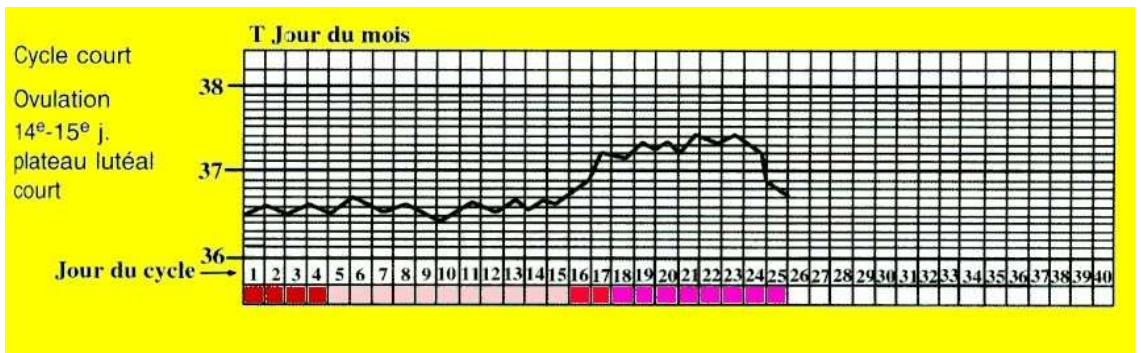
- Courbes de température normale -



- Courbe de températures Courte -

- Ovulation précoce = problème plutôt central -

(Problème hyperactivité: voir thyroïde: plateau lutéal normal)



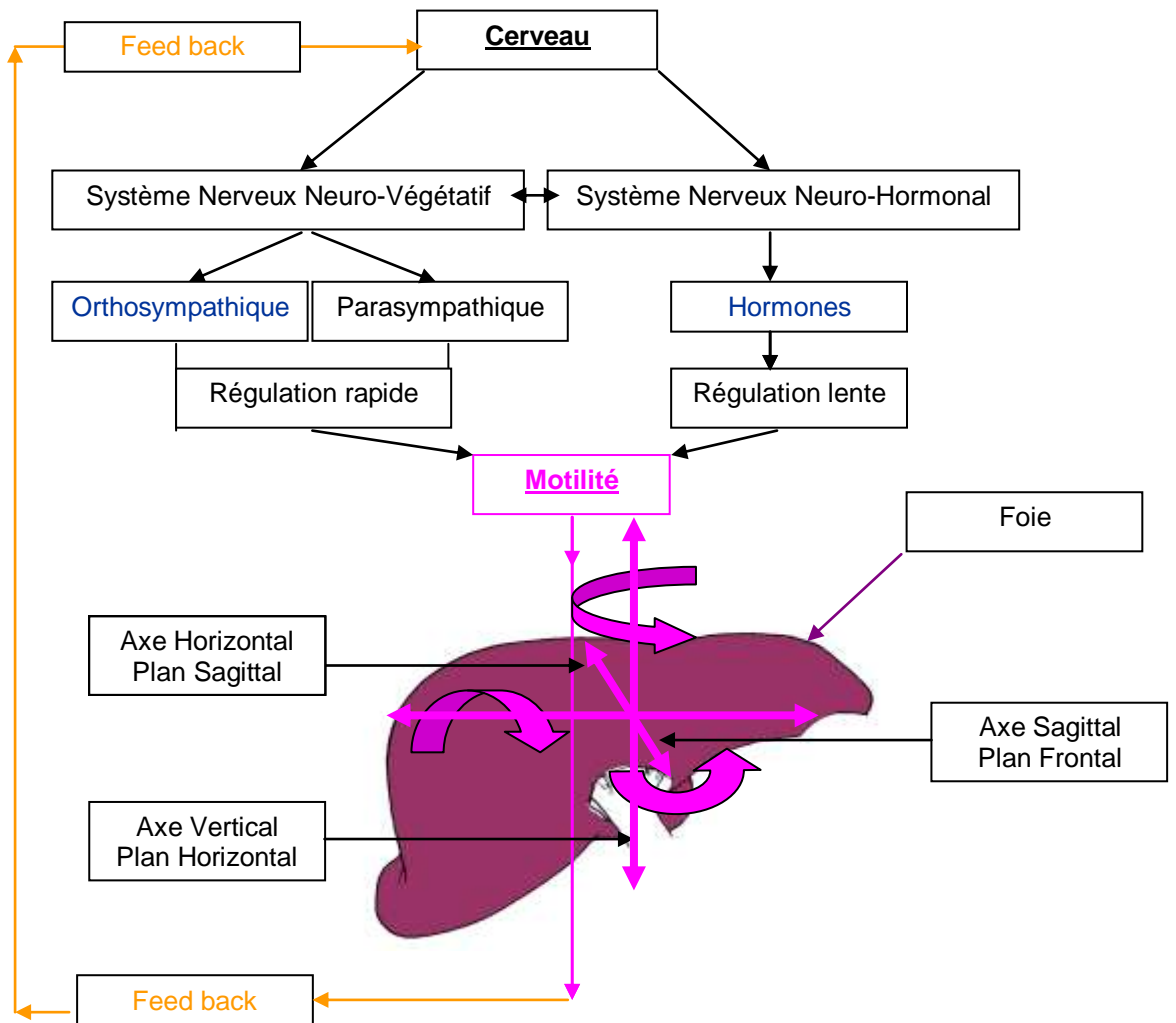
Courbe de températures Courte -

- Ovulation un peu tardive = problème plutôt local -

(Problème ovarien. Souvent congestion pelvienne: plateau lutéal court = 11 jours)

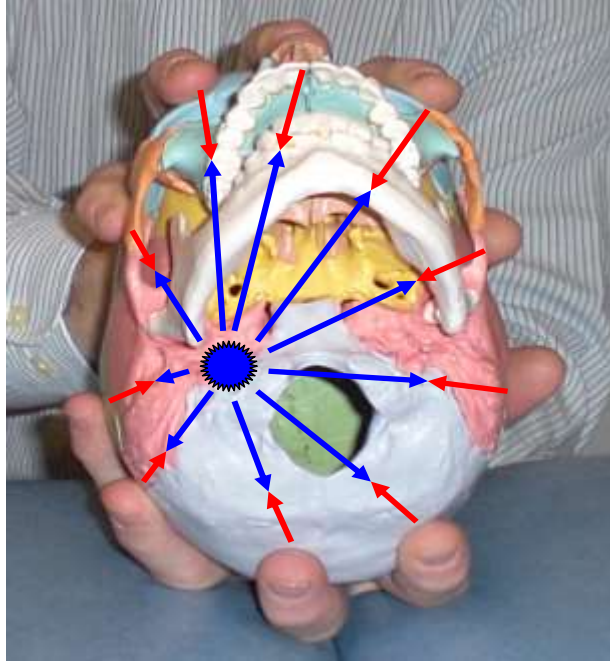
- SCHEMATISATION DE LA MOTILITE -

- Schématisation de la Motilité -





- Techniques Tissulaires -



- Réception du Message Tissulaire de la zone de densité(tridimensionnel) -

## - TESTS OSTEOPATHIQUES SPECIFIQUES DE LA FERTILITE -

- Test des cuboïdes
- Test des fascias des membres inférieurs
- Test des membranes obturatrices
- Test des fosses ischiatiques
- Test de densité, de mobilité et de motilité du sacrum
- Test du pelvis à 3 points
- Test des lames sacro-recto-génito-pubiennes
- Test de la mobilité utérine par voie externe
- Test de l'utérus et de ses annexes par voie interne
- Test des fascias pelviens
- Test de l'aorte
- Test des pressions de l'abdomen
- Test de l'ampliance diaphragmatique
- Test de la densité thoracique
- Test de l'équilibre thorax/abdomen
- Test de l'orifice supérieur du thorax.
- Test de C0/C1
- Test de la mobilité et motilité globale du crâne
- Test du maxillaire supérieur
- Test du socle crânien

## - TECHNIQUES SPECIFIQUES -

- Les techniques présentées ci-après peuvent être qualifiées de spécifiques car elles ne sont pas enseignées dans le cursus classique de formation des ostéopathes.

- Elles ne sont applicables qu'au travers des indications et contre-indications enseignées au cours de la formation et en respect de la réglementation médico-légale du pays où elles sont appliquées.

### - Techniques crâniennes

- Technique de libération crânienne globale
- Technique de la face
- Technique de libération du maxillaire supérieur
- Technique du socle crânien

### - Techniques Thoraco-abdominales

- Technique d'équilibration thoraco-abdominale
- Technique de libération du médiastin
- Techniques de libération de la coupole diaphragmatique droite
- Techniques de libération de la coupole diaphragmatique gauche
- Technique de rééquilibration de l'aorte
- Technique rénale
- Technique pancréatique
- Technique de libération abdominale

### - Techniques pelviennes:

- Technique du bassin à 3 points
- Technique sacrée
- Technique de libération du péritoine inférieur
- Technique de libération latérale du péritoine inférieur
- Technique des lames SRGP

- Techniques spécifiques (suite) -

- Techniques utérines externes

- Technique de correction des antéversions utérines
- Technique de correction des latéroversions utérines
- Technique du pompage utérin

- Techniques utérines internes

- Technique de correction des antéversions utérines
- Technique de correction des rétroversions utérines
- Technique de correction des latéroversions utérines
- Technique de correction des rétrocessions utérines
- Technique de correction des latérocessions utérines
- Technique de correction des antéflexions utérines
- Technique de correction des rétroflexions utérines
- Technique de correction des latéroflexions utérines

- Techniques neurovégétatives

- Les techniques orthosympathiques:

- Inhibition
- Stimulation

- Les techniques parasympathiques:

- L'inhibition au niveau des trous déchirés postérieurs
- L'inhibition au niveau des clavicules
- L'inhibition au niveau des trous sacrés
- L'inhibition du sacrum = activation parasympathique
- Stimulation du sacrum = inhibition du parasympathique

- Technique de stimulation hypothalamo-hypophysaire

- Technique de normalisation de l'orthosympathique:

- Roulement des temporaux

- Techniques lymphatiques

- Technique de la grande pompe lymphatique
- Technique de la petite pompe lymphatique
- Technique de la stimulation lymphatique

- Les techniques crâniennes -



- Technique de libération du maxillaire supérieur -

- Position du patient:

En décubitus.

- Position du praticien:

Debout, placé latéralement par rapport au patient à la hauteur de sa face. La main caudale contacte le maxillaire supérieur avec la commissure pouce index.

La main céphalique effectue la même chose au niveau du frontal.

- Technique:

Après avoir apprécié avec douceur la mobilité et la motilité du frontal et du maxillaire supérieur, le praticien va entraîner l'ensemble des structures se situant sous ses contacts dans un sens mobilité fonctionnel tridimensionnel jusqu'à obtention d'un point tissulaire neutre. Il maintiendra la posture jusqu'à obtenir un relâchement tissulaire ou effectuera un travail tissulaire tridimensionnel structurel ou fonctionnel ou mixte, puis une fois la libération obtenue testera de nouveau les 3 plans de l'espace et recommencera la même manœuvre si nécessaire jusqu'à obtention d'une libération tissulaire maximale.

## - Les techniques thoraco-abdominales -



### - Technique de libération de la coupole diaphragmatique droite -

#### - Position du patient:

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

#### - Position du praticien:

Debout placé transversalement à gauche du patient à la hauteur de son diaphragme. La main droite posée sur le grill costal au niveau de la face antérieure du foie. La main gauche va se poser sur la partie antérieure du grill costal droit le pouce en regard du poumon.

#### - Technique:

En induisant une pression de ses mains l'une vers l'autre en respectant l'élasticité tissulaire et après avoir apprécié avec douceur la mobilité et la motilité de l'ensemble des éléments du thorax et de l'abdomen le praticien va entraîner l'ensemble des structures se situant sous ses prises dans un sens fonctionnel tridimensionnel jusqu'à obtention d'un point tissulaire neutre.

Il maintiendra la posture jusqu'à obtenir un relâchement tissulaire ou effectuera un travail tissulaire tridimensionnel structurel ou fonctionnel ou mixte, puis une fois la libération obtenue testera de nouveau les 3 plans de l'espace et recommencera la même manœuvre si nécessaire jusqu'à obtention d'une libération tissulaire maximale.

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

- Les techniques utérines externes -



- Technique de correction des lames S.R.G.P. (sacro-recto-génito-pubiennes)

- Position du patient:

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

- Position du praticien:

Debout placé transversalement au patient à la hauteur du bassin. Le praticien place sa main gauche de manière à positionner son pouce et son index en avant du dôme utérin en regard de la partie antérieure des lames. Sa main droite empaume la face postérieure du sacrum.

- Technique:

Il va analyser et accompagner le mouvement tridimensionnel des lames jusqu'à un point de relâchement physiologique de ces dernières qu'il maintiendra jusqu'à obtention d'un relâchement. Il peut aussi induire un travail de traction tridimensionnel douce des lames qu'il maintiendra jusqu'à obtention d'un relâchement. La technique pourra être répétée plusieurs fois de manière successive.

- Les techniques Neurovégétatives -



- Techniques d'inhibitions du parasympathique.

- Position du patient:

Assis

- Position du praticien:

Debout, à côté du patient. Le pouce et l'index de sa main droite sont placés au niveau sous occipital.  
(Attention aux ganglions cervicaux supérieurs situés juste en dessous)

- Technique:

Effectuer une pression douce du pouce vers l'index pendant 90 secondes. Surveiller attentivement les éventuels changements de coloration et de rythme respiratoire du patient.