

# Maman et bébé

## Pourquoi les traiter ?

Facile de dire que tout va bien, avant ou après la naissance...  
Pourtant tout pourrait aller beaucoup mieux !

**Avec** la collaboration de l'Ostéopathe **Daniel RONSMANS DO MSBO**.

**Parents :** Les futures mamans consultent régulièrement leur gynécologue, qui réalisera deux ou trois échographies de contrôle, et font parfois en fin de grossesse quelques séances de gymnastique pré-natale avec leur kinésithérapeute. Est-ce suffisant ?

**Daniel RONSMANS DO :** Indéniablement tout se passe souvent très bien. De plus en plus, nous rencontrons des mamans qui n'ont pas fait de préparation à l'accouchement et encore moins de rééducation post-natale. Mais lorsqu'elles viennent nous consulter, pour elles ou les bébés, c'est justement pour des difficultés qui auraient pu être évitées, en étant plus "préventives" !

**Parents :** Vous préconisez donc de prévenir et mieux préparer... pour éviter certains problèmes ?

**D.R :** Exactement ! La preuve c'est qu'une maman qui a souffert de lombalgies lors de sa grossesse et qui a été traitée ostéopathiquement, a plus de chance de bien accoucher, car son corps a été "libéré" de certaines tensions.

**Parents :** Vous parlez pour elle ou pour son bébé ?

**D.R :** Pour les deux ! Commençons par galanterie par la maman. Son bassin DOIT être bien mobile et cela dépend des os, des tissus mous (les muscles et les ligaments) et de l'utérus. Sur le plan osseux, l'ostéopathe vérifie toujours le sacrum, la colonne lombaire, le coccyx, le pubis et les coxo-fémorales. Tout d'abord le sacrum va devoir basculer vers l'avant ET l'arrière, pour bien permettre le passage de l'en-

fant. C'est comme cela que l'on parle de difficultés de passage dans les détroits supérieur et inférieur. Si le sacrum est verrouillé, cela commence mal !

Les vertèbres lombaires doivent aussi être bien mobiles. Car si elles sont enraidies, elles irritent des petits ganglions sympathiques, qui vont donner des troubles circulatoires et viscéraux. De plus si la colonne est bien souple, le fœtus va mieux se positionner. Gare au ventre en avant ("Hé vous avez vu, je suis enceinte ?") qui bloque tout en lordose !

**Parents :** On parle souvent de problèmes de coccyx, pourquoi ?

**D.R :** Si à la suite d'une chute ou d'un traumatisme, celui-ci a été blessé, nous allons observer un blocage dû au spasme musculaire de protection et à une fibrose ligamentaire (perte d'élasticité). Cette malposition coccygienne va modifier le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur et gêner l'expulsion ! Bien sûr le coccyx va bénéficier en fin de grossesse de la production de la relaxine (hormone assouplissante), mais cela ne suffira pas pour détendre la structure, si les lésions mécaniques ont été "sérieuses".

**Parents :** Un pubis, cela bouge ?

**D.R :** Oui bien sûr, mais de façon élastique. Le bassin est constitué de deux ailes iliaques. Elles s'articulent en arrière avec le sacrum (qui n'est pas "sacré" pour rien...) et en avant avec le pubis. En faisant du vélo en "danseuse", les deux hémibassins se tordent successivement, et tout ce qui

se mobilise en arrière (les fameuses sacro-iliaques) engendre inévitablement des compensations publiennes. Un verrouillage avant ou arrière donnera une fausse jambe courte, qu'il ne faut JAMAIS compenser par une talonnette ! Avis donc, à ceux qui font une estimation trop rapide de la longueur des membres inférieurs... Tout comme le coccyx, un pubis doit être souple, sinon le dégagement du bébé est contrarié ! Pour en terminer avec les os, on doit mentionner aussi les articulations coxo-fémorales, qui sont TOUJOURS interdépendantes de la jonction sacro-lombaire et des sacro-iliaques. En fait, il faut ouvrir et dégager pour faciliter la sortie du bébé.

**Parents :** Et pour ce qui est des tissus mous ?

**D.R :** J'adore vos interrogations. On va les partager en muscles et en ligaments. Les muscles participent au capitonnage intérieur du pelvis (le bassin) et vont donc protéger la tête du bébé. Si à leur niveau, les tensions sont anormales, on risque de déformer le crâne et plus encore, gêner l'accouchement. Ne négligeons jamais non plus les muscles péri-vaginaux et péri-vulvaires, qui peuvent perturber le périnée antérieur, et les muscles ischio-coccygiens pour le périnée postérieur. Quant aux ligaments, ce sont principalement les fameux sacro-sciatiques tristement douloureux...

**Parents :** Que pouvez-vous faire au niveau utérin ?

**D.R :** Des techniques de normalisation ostéopathique (externes ou internes) existent, mais pas lors de la grossesse ! Par contre ce muscle

creux qui se contracte, est en contact ligamentaire avec son voisinage osseux et surtout est innervé par le système sympathique lombaire, et le para-sympathique sacré. Ceux-ci régissent tout le bon fonctionnement involontaire (innervation, activation, vascularisation). Bien entendu, si l'utérus est trop petit le placement fœtal sera difficile. Si le bassin de la mère est asymétrique, dans les deux derniers mois le fœtus devra s'adapter à ce qui est disponible. De même si les bébés sont deux...

Dans tous les cas, gare aux contractions prématurées et à l'engagement précoce.

**Parents :** Quand on parle de canal pelvi-génital, c'est quoi exactement ?

**D.R :** Pelvis et bassin, c'est la même chose. Le canal dont vous parlez, c'est le détroit supérieur, l'excavation en regard de la courbure du sacrum, et le détroit inférieur. C'est donc le passage obligé pour la naissance.

Mais on peut avoir aussi des difficultés typologiques (bassin d'emblée trop étroit où aucun Ostéopathe ne pourra agir...) ou un bébé avec une trop grosse tête (la même que son papa !!!).

Dès lors, c'est la césarienne qui s'impose.

**Parents :** Et si on parlait de la naissance ?

**D.R :** Dans 96 % des cas, la présentation sera "céphalique", et le crâne du fœtus va subir des fortes pressions, du fait de la migration vers le bas. L'espace disponible et les contractions utérines, vont même provoquer un modelage déformant de la tête. Ce sont surtout les os de la voûte qui vont souffrir en tentant de s'adapter, lorsque le bébé se présente par son front ou son sommet. Par contre, s'il présente sa face, celle-ci fort fragile va subir plus fatalement des oedèmes par compression.

Si la présentation est en siège, ce sont les iliaques et surtout le sacrum qui vont devoir s'adapter. Dans cette présentation, on parlera de siège complet (jambes croisées) ou décompleté (jambes tendues).

**Parents :** Sur le plan lésionnel, vous faites des distinctions ?

**D.R :** Oui, on parlera de lésions osseuses ou membranaires, mais aussi de séquelles fibrotiques d'hématomes, de tensions musculaires et parfois de fracture de la clavicule (pas toujours diagnostiquée... avec des séquelles neurologiques du bras !).



**Parents :** Vous nous avez déjà parlé de l'occiput du bébé. Expliquez-nous sa fragilité et ses conséquences.

**D.R :** C'est un peu la zone critique des lésions du nourrisson. Cet os est en 4 parties à la naissance. Trois parties vont s'ossifier, donc se rejoindre vers 2 ou 3 ans. Cette zone est notamment à l'origine des régurgitations ! Cela, c'est de la mécanique et de la neurologie. Dommage donc, de tenter de donner d'abord des médications qui traitent des symptômes, s'il est possible de modifier le processus lésionnel ostéopathiquement.

Si les manœuvres sont inefficaces, il est encore temps de prescrire ou d'opérer !

La seconde phase d'ossification de l'occiput, n'a lieu qu'à 7 ou 8 ans. Vous voyez qu'on est loin des os soudés, donc intraitables.

**Parents :** Dans son traitement, l'Ostéopathe fait quoi ?

**D.R :** La main est capable d'apprécier l'élasticité et la malléabilité des tissus. Si c'est rigide, il faut traiter. Par exemple, un sacrum, un sternum et un occiput doivent présenter une plasticité ou une flexibilité. Il faut aussi pouvoir évaluer la mobilité des structures entre elles.

Le praticien doit pouvoir interpréter la mobilité et la malléabilité, et cela qualitativement et quantitativement. Ensuite il va corriger par étirements doux et laisser faire la nature. Ce n'est pas facile, mais le succès thérapeutique est à la clé !

**Parents :** Dans presque toutes les naissances, on va parler de mouvements en spirale. C'est quoi au juste ?

**D.R :** Amusant en effet que pour son 1<sup>er</sup> envol dans la vie, le nouveau-né descende en vrille... mais c'est le processus imposé pour arriver à la délivrance. Pour sortir, le bébé doit se tordre pour arriver à passer dans le détroit inférieur. On retrouve cette spirale lorsque le nourrisson est couché sur le dos, il tourne le visage d'un côté et le bassin et ses jambes se mettent en sens contraire...

Ceci est d'ailleurs une indication, du torticolis congénital si la rotation de la tête ne peut se faire symétriquement. La solution : traiter l'occiput. Dans un concept globaliste, on examine toujours le crâne, la colonne vertébrale et le bassin. On retrouve ainsi des lésions à distance ou pseudo-lésions, qu'il faudra corriger évidemment.



© J-P Saby

**Parents :** En conclusion ?

**D.R :** En Ostéopathie, la logique est mécanique. Les perturbations lésionnelles peuvent donner des défaillances circulatoires, neurologiques et bien sûr aussi mécaniques par compensation. La restriction, c'est la complication.

**Parents :** Prochain cours d'anatomie ostéopathique ?

**D.R :** A l'occasion de la rentrée à la crèche ou en maternelle, nous verrons comment traiter éventuellement les enfants difficiles !

## Liste des Ostéopathes reconnus

Attention tous ne font pas du "Crânien".

[www.sctf.com](http://www.sctf.com)

[www.cranialacademy.org](http://www.cranialacademy.org)

[www.osteopathie.be](http://www.osteopathie.be)

[www.gnrpo.be](http://www.gnrpo.be)