

Université Droit et Santé Lille II

Année Universitaire 2010-2011

Expérimentation de la puncture du point RP6 en vue du relâchement du périnée lors de l'expulsion foetale

Par

Anne-Sophie PIAU

Et

Sophie BROQUET

Service d'Obstétrique de Jeanne de Flandre

CHRU de Lille

SOMMAIRE

	PAGE
REMERCIEMENTS.....	3
AVERTISSEMENT.....	4
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODES.....	7
1- Choix de population.....	7
2- Critères d'inclusion à l'étude.....	7
3- Critères d'exclusion de l'étude.....	7
4- Présentation du protocole.....	7
RESULTATS.....	9
DISCUSSION.....	16
1- Analyse des résultats.....	16
2- Biais de l'étude.....	17
3- Rappels d'anatomie et de mécanique obstétricale.....	18
4- La médecine traditionnelle chinoise.....	
CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAPHIE.....	28
GLOSSAIRE.....	29

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier le docteur Marie-Hélène Montaigne pour son enseignement, sa disponibilité et son enthousiasme.

Elle nous a transmis sa passion, nous a permis d'approfondir nos connaissances et ainsi d'aller plus loin dans la pratique de l'acupuncture au sein de notre maternité.

Nous remercions également toutes les parturientes qui nous ont fait confiance en acceptant de participer à notre étude.

Merci aux équipes du D.G.I.D. (département de gestion de l'information et de la documentation) qui nous ont transmis les statistiques réalisées à la maternité Jeanne de Flandre.

AVERTISSEMENT

Tous les termes techniques et les sigles marqués par un astérisque (*) seront définis dans le glossaire, page 28.

Les termes chinois employés en médecine chinoise seront inscrits en *italique*.

INTRODUCTION

La grossesse est une étape importante dans la vie d'une femme. C'est aussi une période à risque pour le corps de la future maman. L'accouchement proprement-dit possède ses risques propres. Les déchirures de la vulve et du périnée constituent des complications redoutées lors de la phase d'expulsion fœtale, car source de complications fonctionnelles ultérieures. Afin d'éviter cela, l'obstétricien ou la sage-femme sont amenés à pratiquer une épisiotomie. Ce geste pourtant quotidien n'est pas anodin et il est désormais recommandé de l'éviter tant que faire se peut.

Nous sommes deux sages-femmes, diplômées depuis douze ans et nous travaillons à la maternité Jeanne de Flandre, au CHRU de Lille. C'est une maternité de niveau III, centre de référence dans la région Nord Pas de Calais avec une activité de 5261 naissances en 2010.

Le bloc obstétrical se compose de 9 salles de naissance, de 5 salles de pré-travail et de deux blocs opératoires. Quatre sages-femmes y travaillent en permanence.

Bien qu'ayant travaillé dans les divers secteurs (pathologie materno -foetale, suites de couches, maternité,...), notre activité s'exerce principalement en salle de naissance. Grâce à la formation continue, nous avons pu nous former à l'acupuncture et nous avons obtenu en 2004 notre attestation universitaire (A.U.E.C.) en acupuncture obstétricale.

Cette discipline nous a d'emblée intéressé par son innocuité, et son utilisation possible à toutes les étapes de la vie génitale de la femme : conception (utilisation dans les services de procréation médicalement assistée), grossesse (nausées, sciatiques, ...), préparation à l'accouchement, accouchement proprement-dit et post – partum (allaitement, traitement des hémorroïdes, récupération énergétique).

L'acupuncture, technique préventive et thérapeutique, est une branche de la médecine traditionnelle chinoise (M.T.C.), enseignée en France aux professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires et sages-femmes). Au contraire des autres moyens thérapeutiques de la M.T.C. – à savoir : la diététique, le Qi-gong (*), la phytothérapie et la massothérapie chinoises, l'acupuncture est d'utilisation facile en salle de naissance.

La tradition chinoise en obstétrique est millénaire, et l'acupuncture propose des solutions pour bien des situations. Curieusement, on ne trouve que peu de références concernant l'assouplissement du périnée, en préparation à l'accouchement.

Certaines études ont déjà démontré l'utilité de puncturer le point 35V, pour assouplir le muscle releveur de l'anus (3).

Dans son ouvrage 'La pratique de l'acupuncture en obstétrique '(4), le Dr. Rempp préconise la puncture du 6^{ème} point du méridien Rate-Pancréas *San Yin Jiao*, via RP7, pour aider au relâchement du périnée des parturientes au moment du passage de la tête du fœtus.

« Ce dernier et ultime assouplissement du périnée peut s'obtenir presque instantanément avec RP6 , poncturé verticalement vers le haut ; ainsi, les trois méridiens Yin qui passent par le périnée sont débloqués (...) La sage-femme, lors de la puncture de ce point , décrit souvent un relâchement pelvien, perceptible au toucher vaginal, dans les instants qui suivent la puncture . L'effet n'est pas absolu ; il arrive qu'il n'y ait aucune réaction. Mais la puncture étant rapide, facile, elle vaut néanmoins la peine d'être tentée. » Rempp, p.169

Considérant l'accès facile de ce point chez la femme enceinte installée en salle de travail, nous avons donc eu envie d'étudier concrètement l'efficacité de la puncture du point 6RP chez des patientes primipares venues accoucher à la maternité Jeanne de Flandre. Afin d'évaluer la qualité du relâchement du périnée qui en découle, nous nous avons choisi de prendre comme critère d'efficacité les lésions périnéales au décours de l'accouchement par voie basse.

MATERIEL ET METHODE

1- Choix de population

Nous avons puncturé le point 6RP chez 54 patientes, uniquement des primipares, ou des secondes pares avec utérus cicatriciel. Ces dernières ayant bénéficié d'une césarienne lors de leur première grossesse, n'avaient donc encore jamais accouché par voie basse.

Notre population-témoin était quant à elle constituée de toutes les patientes primipares ou secondes pares avec utérus cicatriciel, ayant accouché à la maternité Jeanne de Flandre en 2010, soit 2216 patientes.

NOTE : Aucune des patientes incluses dans notre étude n'avait bénéficié de séances d'acupuncture pendant la grossesse en vue de la préparation du périnée.

2- Critères d'inclusion à l'étude:

Les critères d'inclusion des parturientes à notre étude ont été les suivants :

- Patientes primipares, ou secondes pares avec un utérus cicatriciel
- Présentation du sommet, quelle qu'en ait été la variété (occipito-antérieure, ou occipito-postérieure).
- Grossesse unique.
- Un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée (37 SA).

3- Critères d'exclusion à l'étude :

Les critères d'exclusion ont été les suivants :

- Une interruption médicale de grossesse.
- Une mort fœtale in utéro.
- Les grossesses multiples (gémellaires ou triples).
- Les présentations du siège.
- Un âge gestationnel strictement inférieur à 37 SA .
- Les patientes multipares.

4- Présentation du protocole

Le protocole d'étude choisi était relativement simple, afin de permettre une bonne reproductibilité et de minimiser le risque de biais techniques.

Les points RP6 étaient puncturés de manière bilatérale, obliquement vers le haut, en direction de RP7.

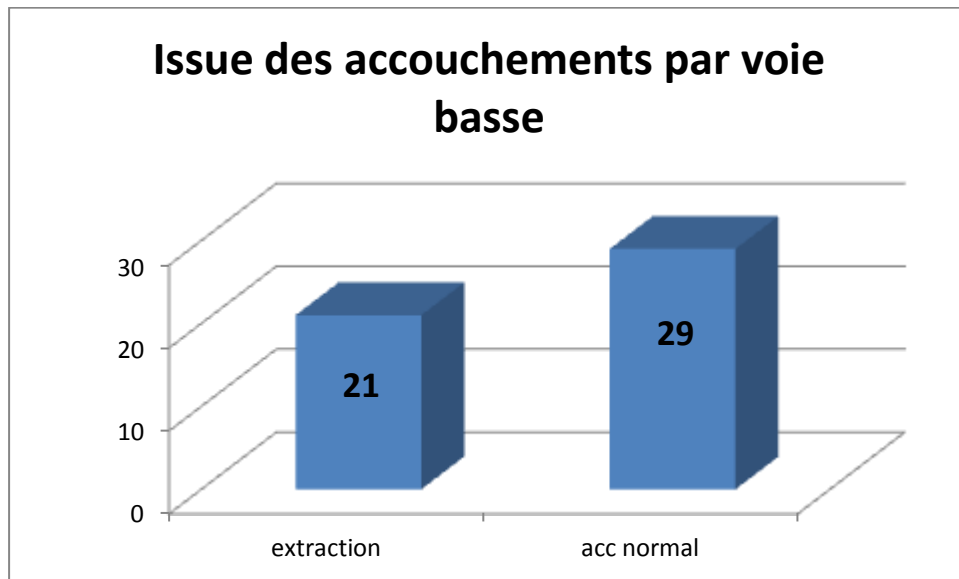
Les aiguilles utilisées étaient des aiguilles en acier inoxydable avec manche en cuivre, de 25mm de longueur et de 0.25mm de diamètre.

Les aiguilles étaient posées en fonction des cas, à la dilatation complète du col utérin (soit immédiatement, soit dans les minutes qui suivaient), ou juste avant les efforts expulsifs.

Elles étaient retirées une fois la délivrance effectuée.

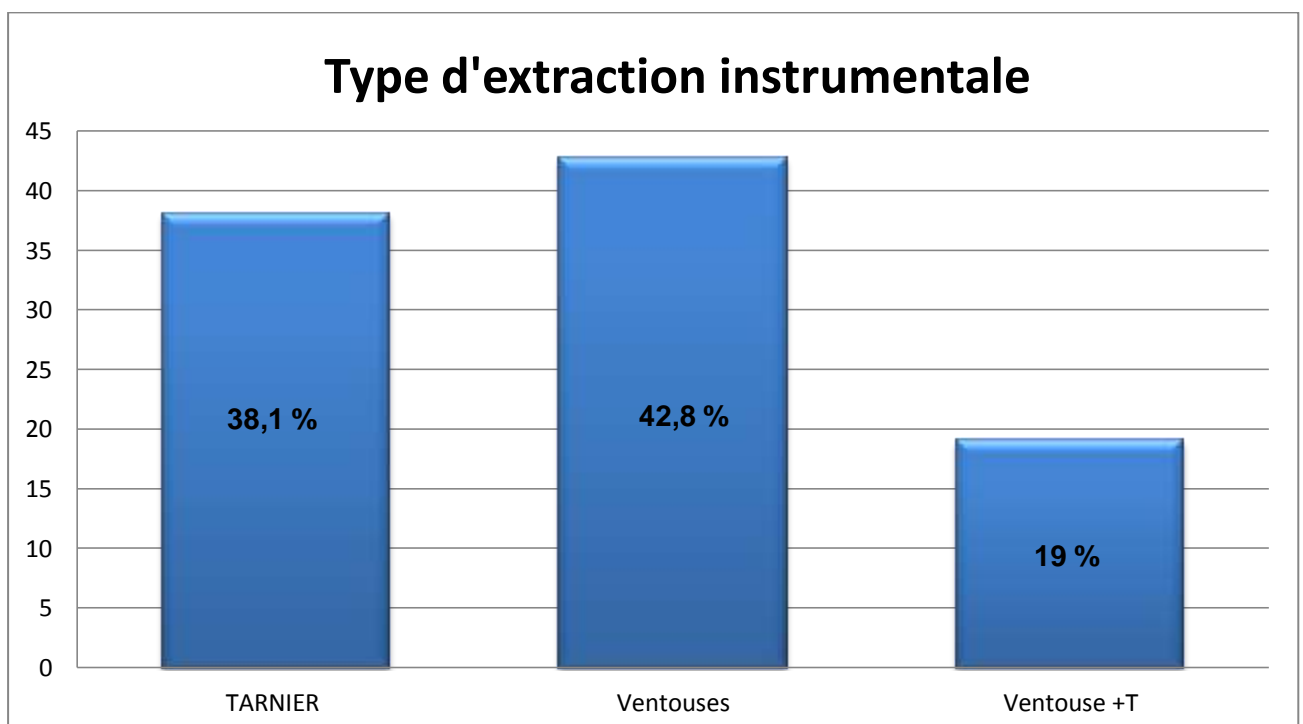
RESULTATS

1) Accouchements normaux :



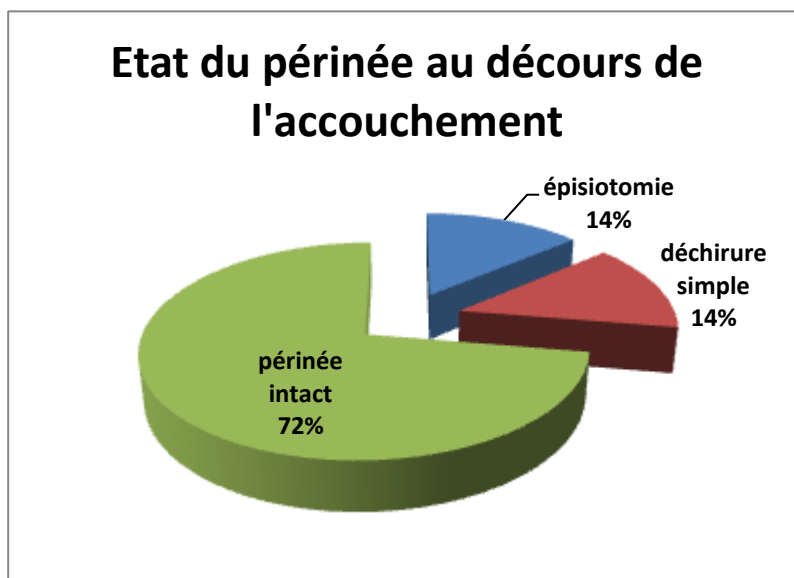
Dans notre population totale de 54 patientes, 29 patientes ont accouché sans manœuvre instrumentale, 21 parturientes ont nécessité une extraction. A noter que 4 patientes ont été exclues de l'étude pour cause de césarienne de fin de travail.

2) Aide instrumentale à l'accouchement :



Dans notre étude, certaines patientes ont nécessité le recours à une aide instrumentale : le forceps de Tarnier ou la ventouse ont été utilisés dans à peu près 40% des cas chacun. Lorsque la situation l'exigeait (environ 20% des cas), l'obstétricien a utilisé successivement les deux moyens techniques.

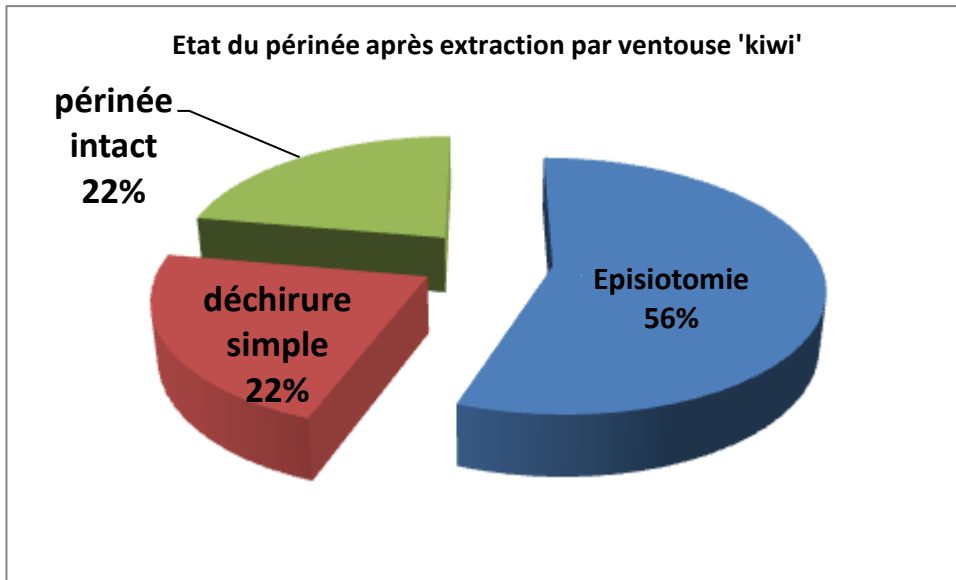
3) Accouchements normaux (sans aide instrumentale) :



Au décours des accouchements normaux, c'est-à-dire sans aucune aide instrumentale :

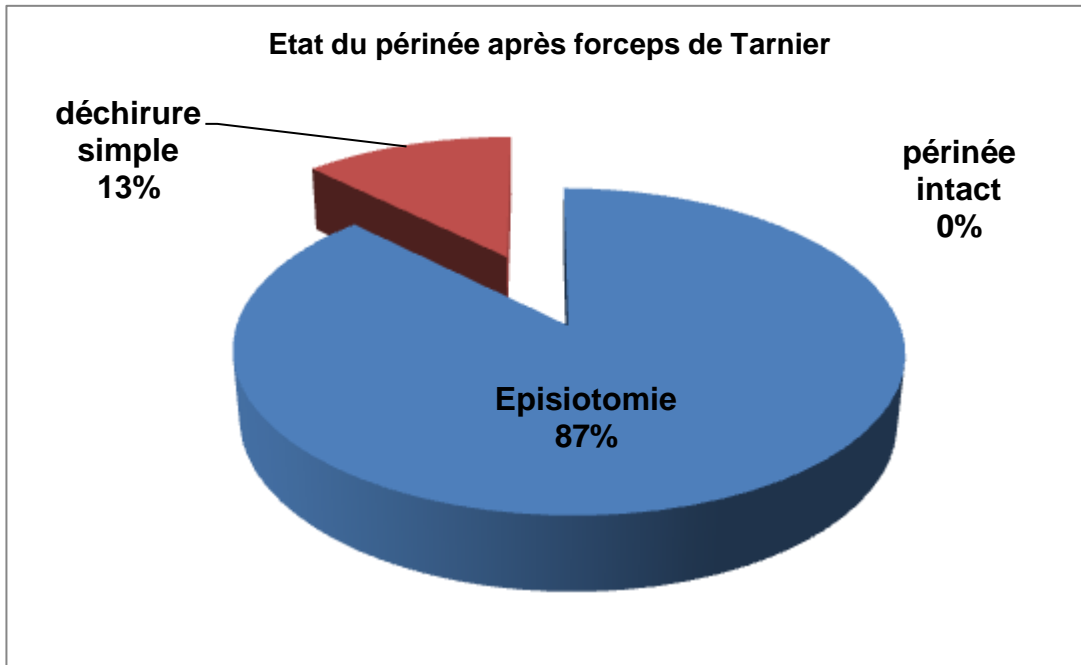
- 72,4% des patientes ont conservé un périnée intact.
- 27,6% des périnées ont dû être suturés (suite à une épisiotomie ou à une déchirure).

4) Etat du périnée après utilisation d'une ventouse :

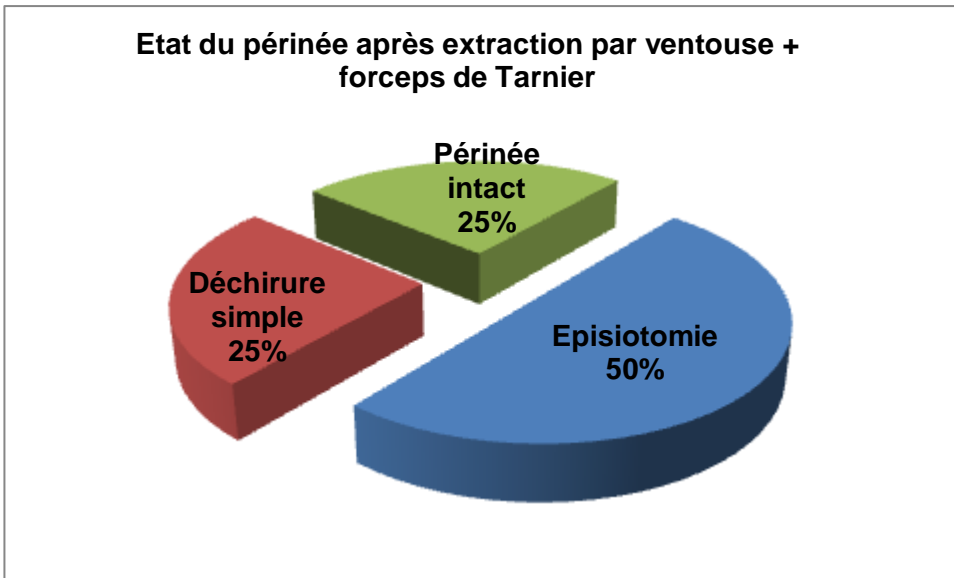


22% des patientes ayant eu une ventouse ont conservé un périnée intact et 22% ont présenté une déchirure simple. La décision de pratiquer une épisiotomie s'est présentée chez un peu plus de la moitié de ces patientes (56%).

5) Etat du périnée après utilisation d'un forceps de Tarnier :



6) Etat du périnée après utilisation d'un forceps de Tarnier associé à une ventouse :

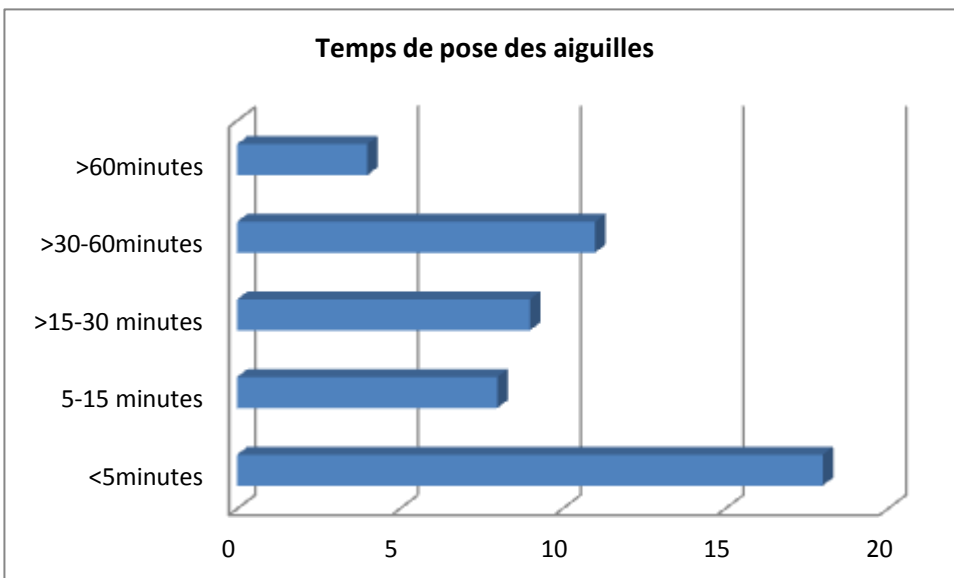


Certains accouchements, plus délicats, ont nécessité l'utilisation successive d'une ventouse, puis d'un forceps. Dans ces situations, 25% des patientes ont conservé un périnée intact après puncture bilatérale du point 6RP.

Par contre, des lésions périnéales ont été inévitables dans 75% des cas (par déchirure et/ou épisiotomie).

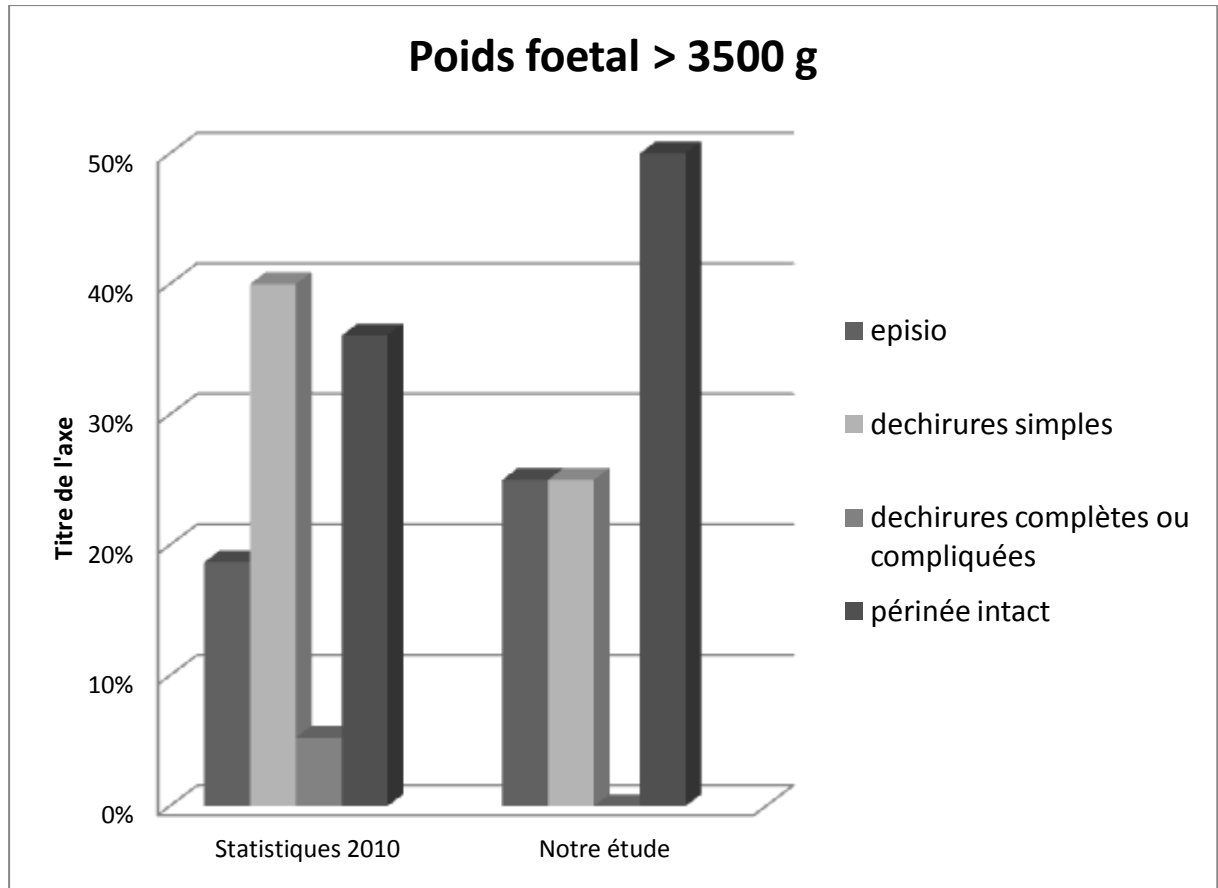
7) Temps de pose des aiguilles :

Nous avons choisi de constituer cinq groupes en fonction de la durée de puncture du point RP6, celle-ci s'échelonnant de quelques minutes seulement, à plus d'une heure.



8) Rôle du poids foetal au moment de la naissance :

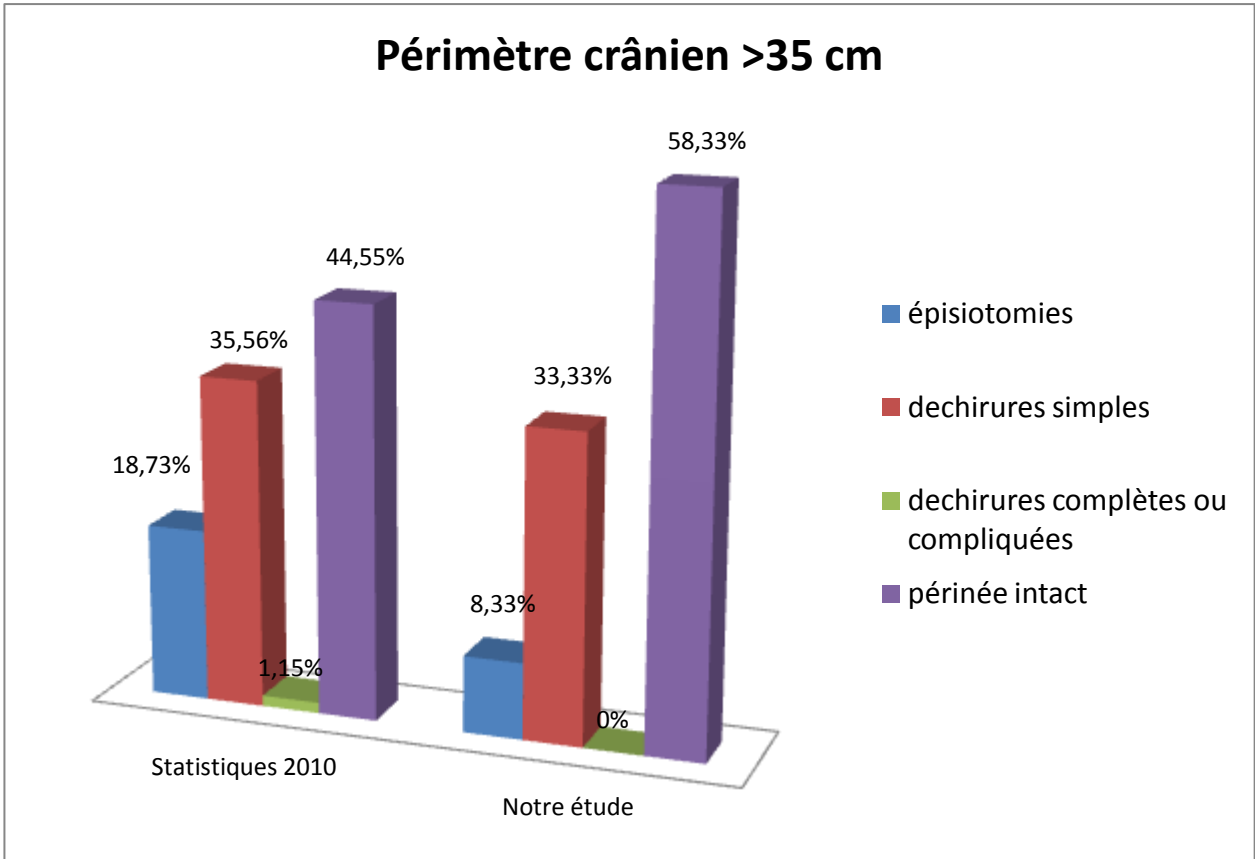
Un poids de naissance élevé est un facteur de risque important de lésions périnéales lors de l'accouchement par voie basse. Nous avons étudié les issues des accouchements d'enfants de poids de naissance supérieur ou égal à 3500g dans notre étude. Nous avons ensuite comparé ceux-ci aux statistiques 2010 de la maternité Jeanne de Flandre.



9) Périmètre crânien :

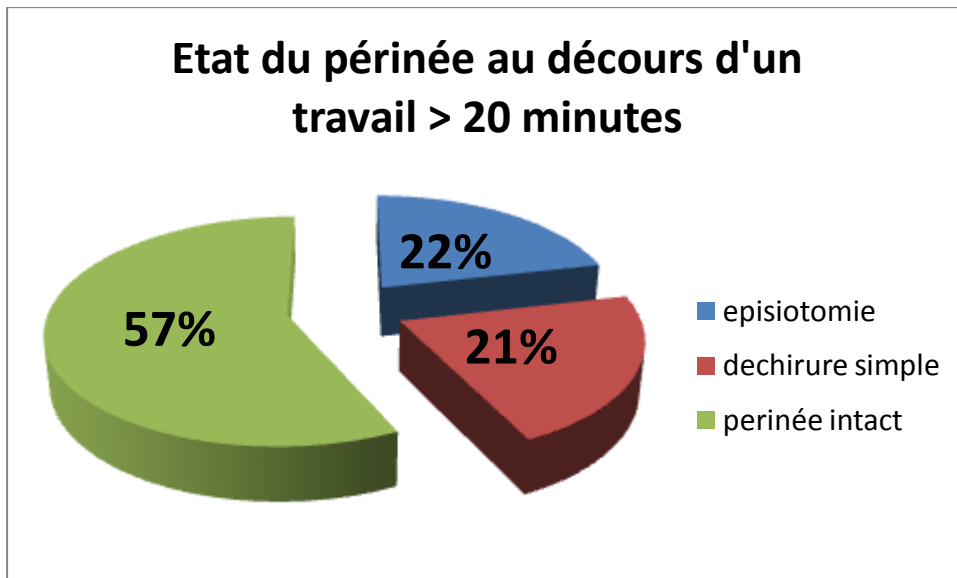
Le périmètre crânien de l'enfant est un autre facteur de risque de lésions périnéales, indépendant de la mère. Nous avons comparé les issues d'accouchements normaux d'enfants de périmètre crânien supérieur ou égal à 35 cm lors de l'année 2010 à Jeanne de Flandre, avec les résultats recueillis lors de notre étude :

Plus de la moitié (58,33%) des patientes ayant donné naissance à un enfant de périmètre crânien supérieur à 35 centimètres (= 50eme percentile d'un nouveau né à terme) ont conservé un périnée intact à l'issue de l'accouchement



10) Durée des efforts expulsifs :

Des efforts expulsifs prolongés (supérieurs ou égaux à 20 minutes) sont associés à un risque accru de déchirures périnéales. Voici les résultats recueillis dans notre étude.



11) Réalisation d'une intervention par césarienne :

4 patientes, répondant initialement aux critères d'inclusion de notre étude, ont dû être exclues en raison d'une décision de césarienne, motivée par le déroulement de l'accouchement.

DISCUSSION

I - ANALYSE DES RESULTATS

Sur l'ensemble de notre population de femmes enceintes qui s'est vue proposer la ponction du point RP6 , près de la moitié d'entre elles ont pu accoucher naturellement par voie basse, sans lésion périnéale accidentelle ou provoquée.

Lorsqu'une aide instrumentale par ventouse ou forceps a été nécessaire l'accoucheur a utilisé l'une ou l'autre méthode avec sensiblement la même fréquence.

Nous nous sommes d'abord intéressées au périnée des patientes ayant bénéficié d'une ventouse pour l'extraction de leur enfant : un peu plus de la moitié de ces patientes ont quand même dû bénéficier en plus d'une épisiotomie pour éviter une déchirure périnéale ; moins d'un quart d'entre elles ont présenté une déchirure non compliquée et 22% ont gardé un périnée intact.

En revanche, lors de l'utilisation d'un forceps de Tarnier, les épisiotomies prophylactiques ont été quasi-systématiques. Sans épisiotomie, les lésions périnéales ont été constantes.

Pour une 3^{ème} catégorie de parturientes, l'utilisation d'une ventouse complétée par un forceps a entraîné dans $\frac{3}{4}$ des cas des lésions périnéales. Le nombre de patientes indemnes de toute lésion périnéale est sensiblement identique à celles n'ayant eu qu'une ventouse, soit environ 25% des patientes.

Ces chiffres peuvent s'expliquer par le fait que l'utilisation d'une ventouse de rotation permet de dégager la tête en variété antérieure, ce qui diminue l'ampliation du périnée et réduit le risque de déchirures.

Mais peut-on attribuer ces résultats à l'action de l'acupuncture ?

Nous avons donc comparé nos résultats aux statistiques 2010 de Jeanne de Flandre pour la même population de patientes primipares ou secondes pares avec césariennes antérieure (ce qui représente 2216 patientes) :

Seules 37.4% des patientes ont conservé un périnée intact en 2010, contre 48% dans notre groupe. De plus, il n'y a eu aucune déchirure compliquée dans notre population (contre 4.20% l'an dernier) et seulement 16% de déchirures simples (contre 35.2%). Par contre, le nombre d'épisiotomies a été plus élevé dans notre étude (36% pour une moyenne de 23.2% en 2010).

Les différences sont encore plus marquées si l'on ne regarde que les issues d'accouchement des primipares : 47% de périnées intacts en 2010 versus 72% dans notre population.

On peut considérer que chez ces femmes, l'acupuncture a suffisamment assoupli le périnée pour éviter les lésions accidentelles du périnée.

La durée de pose des aiguilles n'a pas fourni de renseignement exploitable. Même en stratifiant les groupes en 5 catégories de valeur croissante, les résultats sont peu interprétables. Nous remarquons juste qu'une durée brève de poncture (moins de 5 minutes) a quand-même permis de conserver 75% de périnéées indemnes d'épisiotomie ou de déchirure

Enfin, nous avons étudié d'autres facteurs de risque de déchirure périnéale :

Le poids de l'enfant supérieur à 3500g à la naissance n'a pas entraîné de déchirures compliquées dans notre étude, et les déchirures simples n'ont été que de 25% contre 40% en moyenne en 2010. La moitié des femmes ont gardé un périnée intact contre 36% en 2010.

Concernant le périmètre crânien, si le nombre de déchirures simples est relativement constant (aux alentours de 33%), la proportion de périnéées indemnes est de 58.3% dans notre groupe contre 44.5% en 2010.

Des efforts expulsifs prolongés (> à 20 minutes) n'ont malgré tout entraîné aucune lésion périnéale chez 57% de nos patientes. Ce chiffre est difficilement interprétable du fait du faible taux de renseignement de ce critère dans les dossiers obstétricaux de manière générale.

Les conditions de réalisation de notre étude ont entraîné certains biais, parfois inévitables, qu'il est intéressant de garder en mémoire.

II- BIAIS DE L'ETUDE

Tout d'abord, la population de notre étude est assez restreinte et une étude à plus grande échelle serait utile pour confirmer et affiner nos résultats.

Certains paramètres anatomiques n'ont pas pu être pris en compte, car ils ne font pas partie des données standard relevées dans les dossiers obstétricaux ; pourtant, certains d'entre eux, comme la mesure de la distance ano-vulvaire, ont probablement une incidence sur la survenue des déchirures périnéales. Des études ultérieures pourraient préciser la valeur de ces paramètres.

La pratique de l'épisiotomie et la survenue des déchirures sont en outre opérateurs dépendantes : l'habileté technique et l'expérience de l'accoucheur peuvent permettre d'éviter un certain nombre de lésions périnéales. Il est néanmoins difficile d'estimer la valeur de ce paramètre, qui reste très subjectif.

Il est également avéré que toute extraction instrumentale augmente *per se* le risque de lésions périnéales et ce, indépendamment de l'état de relâchement du périnée.

Enfin, si la localisation et la poncture du point RP6 est aisée, l'obtention du *De Qi* (*) est plus difficile à obtenir et dépend en grande partie de l'expérience de l'acupuncteur. Il est difficile d'évaluer ce critère de manière objective.

Les avantages de la puncture du point RP6 lors de l'accouchement sont donc assez nets dans notre étude : moins de lésions périnéales, pour un investissement en temps et en matériel minime.

Comment peut-on expliquer ce phénomène ?

Nous commencerons par quelques rappels anatomiques sur le périnée, et nous exposerons les grandes lignes du déroulement d'un accouchement eutocique par voie basse, en présentation du sommet. Après un rappel de la classification des lésions périnéales, nous nous intéresserons au point de vue de la médecine chinoise pour comprendre l'action du point RP6 sur le relâchement périnéal.

III- RAPPELS D'ANATOMIE ET DE MECANIQUE OBSTETRICALE :

Le périnée :

Le périnée, ou plancher pelvien est composé de **deux couches de muscles**, l'une superficielle et l'autre profonde. Ces plans musculaires ont des formes et des orientations différentes, réalisant ce que l'on appelle un « hamac », qui ferme la partie inférieure du bassin osseux (Figures 1 et 2).

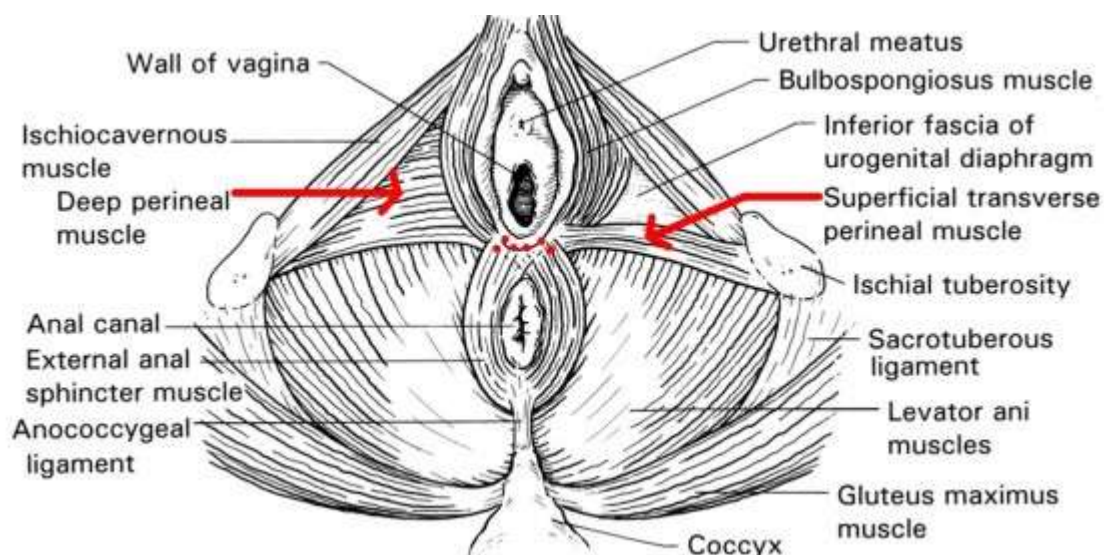


Figure 1 : Le plancher périnéal (vue superficielle)

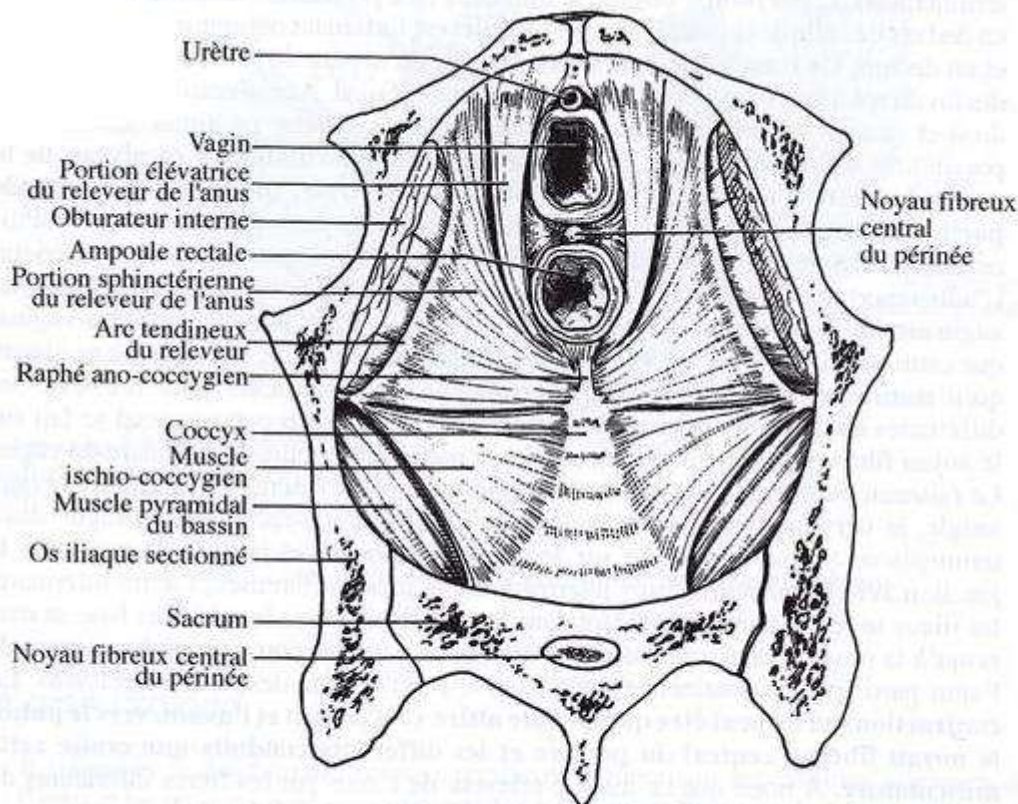


Figure 2 : Coupe transversale du périnée

Le **plan profond** comporte une partie postérieure complètement fermée, qui se compose des muscles ischio-coccygiens (tendus transversalement), des faisceaux postérieurs des muscles grands fessiers et des faisceaux ischiatiques des muscles releveurs de l'anus.

Quant à sa partie antérieure (souvent appelée « boutonnière »), elle est entourée par les muscles releveurs de l'anus, et empruntée par l'urètre, le vagin et le rectum.

Le **plan superficiel**, ou urogénital, est constitué par le muscle transverse profond, l'aponévrose moyenne, le muscle transverse superficiel, bulbocaverneux, le constricteur de la vulve et le sphincter externe de l'anus. Tous ces muscles enserrant les trois conduits : urinaire, génital et anal.

Les muscles du périnée forment comme un 'huit' autour de la vulve et de l'anus.

- La boucle antérieure est constituée par les muscles bulbo caverneux et le constricteur de la vulve.

-La boucle postérieure constitue le sphincter anal.

Entre les deux boucles se situe le noyau fibreux central du périnée (où se mélangent les fibres de tous les muscles superficiels du périnée), qui est aminci et distendu lors du passage de la tête fœtale. C'est lui qui est intéressé, à des degrés variables, dans les déchirures périnéales.

L'accouchement en présentation du sommet :

Quelques rappels de mécanique obstétricale permettront de mieux comprendre les contraintes exercées sur le périnée pendant l'accouchement, et notamment l'influence de la tête fœtale.

Nous limiterons volontairement notre description à l'accouchement en présentation du sommet, que l'on peut diviser en plusieurs phases.

- Premier temps : **engagement** de la tête fœtale.

Il correspond au franchissement de l'aire du détroit supérieur (*) du bassin osseux par les bosses pariétales du crâne du fœtus.

- Deuxième et troisième temps : **descente** du mobile fœtal suivant l'axe ombilico-coccygien de la mère, puis **rotation intrapelvienne** de 45 degrés de gauche à droite.

Cette rotation basse peut s'expliquer par la rencontre entre la tête fœtale et le plan musculo-aponévrotique du diaphragme des releveurs de l'anus et des muscles ischio-coccygiens (plan périnéal profond). La tête est alors repoussée vers le haut suivant l'axe de la fente des releveurs.

- Quatrième temps : **dégagement**.

Ce dernier temps est marqué par trois phénomènes simultanés : le changement de direction de la progression, le changement d'attitude de la tête fœtale, et ce qui nous intéresse ici, l'ampliation du périnée.

La tête, hyper fléchie, **distend le périnée postérieur** (situé entre l'anus et le coccyx) à son arrivée sur le plancher pelvien, ce qui entraîne une béance anale.

Puis **le périnée antérieur se distend** à son tour, l'orifice vulvaire s'horizontalise et se distend également. L'occiput se fixe alors sous la symphyse pubienne, la tête se défléchit et franchit l'anneau vulvaire. C'est la **rétraction du périnée** qui permet de libérer le front, le nez, la bouche, et enfin le menton.

Ainsi, on voit bien que les différents plans du périnée sont sollicités au fur et à mesure de l'avancée de la présentation.

Le périnée pendant la grossesse :

Plusieurs facteurs vont entraîner une sollicitation du périnée pendant la grossesse :

En premier lieu, l'augmentation du volume utérin et du poids fœtal (le fœtus devient abdominal à partir du troisième mois). La prise de poids de la femme enceinte ainsi que l'imprégnation de relaxine augmentent la laxité des ligaments de suspension des organes intra-abdominaux. Enfin, la station debout pendant la grossesse est aussi modifiée avec un déplacement vers l'avant du centre de gravité.

Tous ces phénomènes entraînent un déplacement des lignes de force dans le bassin féminin avec augmentation de la pression intra-abdominale aboutissant à une sollicitation plus importante du périnée.

Appréciation de la souplesse du périnée :

C'est par le toucher vaginal que l'on peut le mieux apprécier la souplesse des tissus périnéaux. La qualité du périnée est très variable d'une femme enceinte à une autre, notamment en fonction :

- Du phototype : les peaux plus claires étant plus fragiles, elles se déchirent plus facilement ;
- De l'existence de pathologies acquises : les périnées oedématisés , cicatriciels ou infectés localement sont plus fragiles ;
- Du tonus musculaire préexistant: les patientes sportives (surtout celles qui pratiquent régulièrement l'équitation ou le vélo), auront une tonicité périnéale importante, ce qui limite les déchirures mais peut *a contrario* empêcher le dégagement de la tête fœtale lors de l'accouchement.

Une **atrophie périnéale**, une **distance ano-vulvaire courte** ou encore un **périnée postérieur très étiré** par une asymétrie du bassin (en raison d'une luxation de hanche bilatérale ou d'un écartement trop important des ischions, par exemple) inciteront la sage-femme à réaliser plus facilement une épisiotomie en raison du risque accru de lésions périnéales .

A noter que la souplesse du périnée semble être améliorée par des massages réguliers aux huiles essentielles pendant le dernier trimestre de la grossesse (même s'il n'existe pas encore d'études à ce sujet).

Les déchirures vulvo-périnéales :

On les divise en deux groupes :

- Les déchirures périnéales proprement dites, toujours postérieures. Elles sont systématiquement accompagnées de déchirures vulvo-vaginales.
- Les déchirures isolées de la vulve, pouvant être latérales ou antérieures.

Classification des déchirures :

1) Déchirures incomplètes, avec trois degrés :

- Déchirure de la fourchette ;
- Atteinte du muscle bulbo caverneux + périnée antérieur +noyau fibreux central du périnée ;
- Atteinte noyau fibreux central sans atteinte du sphincter anal.

2) Déchirures complètes : elles correspondent à l'atteinte partielle ou totale du sphincter anal.

3) Déchirures complètes et compliquées : avec atteinte du sphincter et de la muqueuse anale, réalisant une communication entre vagin et canal anal (cloaque).

Tableau 1 : Classification des déchirures périnéales.

L'épisiotomie :

Ses indications peuvent être **foetales** :

- pour accélérer la sortie de la tête (en cas d'anomalies du rythme cardiaque foetal, ou pour limiter les traumatismes du modelage de la tête chez les prématurés, par exemple)

- à visée prophylactique : présentation ou variété présentant un volume de tête augmenté, macrosomie foetale, ...

Les indications d'épisiotomie peuvent aussi être liées à l'**état du périnée maternel** (atrophie, œdème, périnée friable, cicatriciel ...).

IV : La médecine traditionnelle chinoise :

L'acupuncture constitue une méthode préventive et thérapeutique issue de la médecine chinoise. Celle-ci s'est intéressée depuis longtemps à tous les aspects du corps humain, qu'il soit sain ou malade.

Le plus ancien traité d'obstétrique connu est le Trésor de l'Obstétrique (*Jing Xiao Chan Bao*), rédigé au cours de la dynastie des *Tang* (de 618 à 907 après J-C.) : très complet, il comporte 12 chapitres relatifs aux affections de la grossesse, quatre

concernant les problèmes du travail et enfin 25 chapitres sur les maladies du post-partum.

La grossesse et l'accouchement selon la médecine chinoise :

Le bassin, et plus particulièrement l'utérus de la femme accumulent le sang (d'où la disparition des règles) et le *Qi* de tout l'organisme afin de créer puis de nourrir le fœtus pendant toute la grossesse. Plus ce dernier grossit, plus le Yin s'accumule dans le bas-ventre, jusqu'à engendrer du Yang (responsable entre autres des mouvements actifs du bébé en fin de grossesse).

L'accroissement du Yang se poursuit, provoquant des contractions utérines de plus en plus intenses et fréquentes jusqu'à l'apogée du Yang : l'expulsion.

« Au terme de la grossesse, la matrice, jusqu'alors « passive », devient « active ». Le *Yang* chasse l'excès de *Yin*. Le *Qi* pousse le sang. La porte de l'utérus s'ouvre. » Rempp page 103.

Il est dit en médecine traditionnelle chinoise qu'il faut un équilibre et une bonne circulation entre le *Qi* et le sang pour un accouchement harmonieux.

Actions de l'acupuncture dans le déroulement de l'accouchement :

Les objectifs de l'acupuncture en cours de travail sont doubles :

- intervenir sur la situation énergétique de la patiente : cela permet d'augmenter le score de Bishop (*), d'agir sur les contractions utérines (pour les induire, les améliorer, les rendre régulières et efficaces).
- agir sur la dilatation du col, sur la descente fœtale, la souplesse du périnée, et donc sur la durée de l'accouchement.

Cette mise en activité progressive s'exprime au niveau de tous les éléments de la matrice, chacun potentialisant la dynamique de l'autre, ce qui produit:

- L'apparition du train contractile ;
- La dilatation passive du col utérin ;
- La rupture de la poche des eaux ;
- L'expulsion du fœtus.

Si le *Qi* est correct et si le sang circule bien, l'accouchement est harmonieux.

Le périnée dans la médecine chinoise :

Siège du champ de cinabre inférieur de l'alchimie taoïste, le périnée est un carrefour majeur du corps humain, où s'entrecroisent les méridiens principaux *Yin* et *Yang* inférieurs du corps, et le tronc commun de 3 des 4 méridiens curieux issus des Reins : *Du Mai*, *Ren Mai* et *Chong Mai*. Ces 3 méridiens ne se différencient d'ailleurs qu'à partir du point VC1, situé anatomiquement du noyau fibreux central du périnée.

Les 3 méridiens principaux *Yin* des membres inférieurs sont : *Zu Jue Yin* (Méridien du Foie), *Zu Shao Yin* (méridien du Rein) et enfin *Zu Tai Yin* (méridien de la Rate-Pancréas)

Le méridien Rate-Pancréas :

C'est le méridien *ZU TAIYIN* (*Tai Yin* de pied), qui correspond au *Zang* 'Rate', qui est un organe de polarité *Yin*.

Composé de 21 points, il est pair et symétrique, centripète, et s'étend du bord interne du gros orteil (point *Yin Bai*, RP1) jusqu'au point *Da Bao*, ou RP21 situé sur la ligne axillaire moyenne, dans le 6^{ème} espace intercostal.

Il atteint sa plénitude énergétique entre 9h et 11h du matin. Il est couplé par la relation midi-minuit au méridien des Trois Foyers *San Jiao*, dont la plénitude énergétique se situe entre 21h et 23h.

POULS : Son pouls se prend au poignet droit à la barrière et en profondeur.

5 ELEMENTS : Associé à l'élément TERRE, il est fils du feu, et mère du métal ; il domine l'eau et est dominé par le bois.

Rôle physiologique : ce méridien régit l'énergie *Yin* et le sang, maintient les liquides du corps en particulier le sang dans les vaisseaux et les organes internes à leur place. Il gouverne le système immunitaire, régule toute la nutrition et l'énergie du corps. Il est en rapport avec le cycle hormonal féminin.

Au niveau physiologique, il correspond au tissu conjonctif et à la chair.

Au niveau psychologique il correspond aux soucis, à la préoccupation.

Il forme avec l'estomac, entraille de polarité *Yang*, la loge énergétique Rate-Pancréas/Estomac dont le rôle est important pendant la grossesse, l'accouchement et pendant le post-partum.

Le point 6RP (*San Yin Jiao*) :

C'est l'un des plus grands points d'acupuncture, dont les fonctions sont multiples. Situé à 3 *cun* au-dessus de la pointe de la malléole interne, le long du bord postérieur du tibia.

Point Réunion des 3 méridiens *Yin* du pied, il a une action sur le Foie, les Reins et surtout la Rate, qui produit le *Qi* et le sang. Ainsi, ce point est incontournable pour la majorité des maladies impliquant un désordre du Sang.

La puncture de RP6 est classiquement interdite pendant toute la grossesse, car ce point est dit abortif par diminution de l'accumulation d'énergie dans la zone pelvienne.

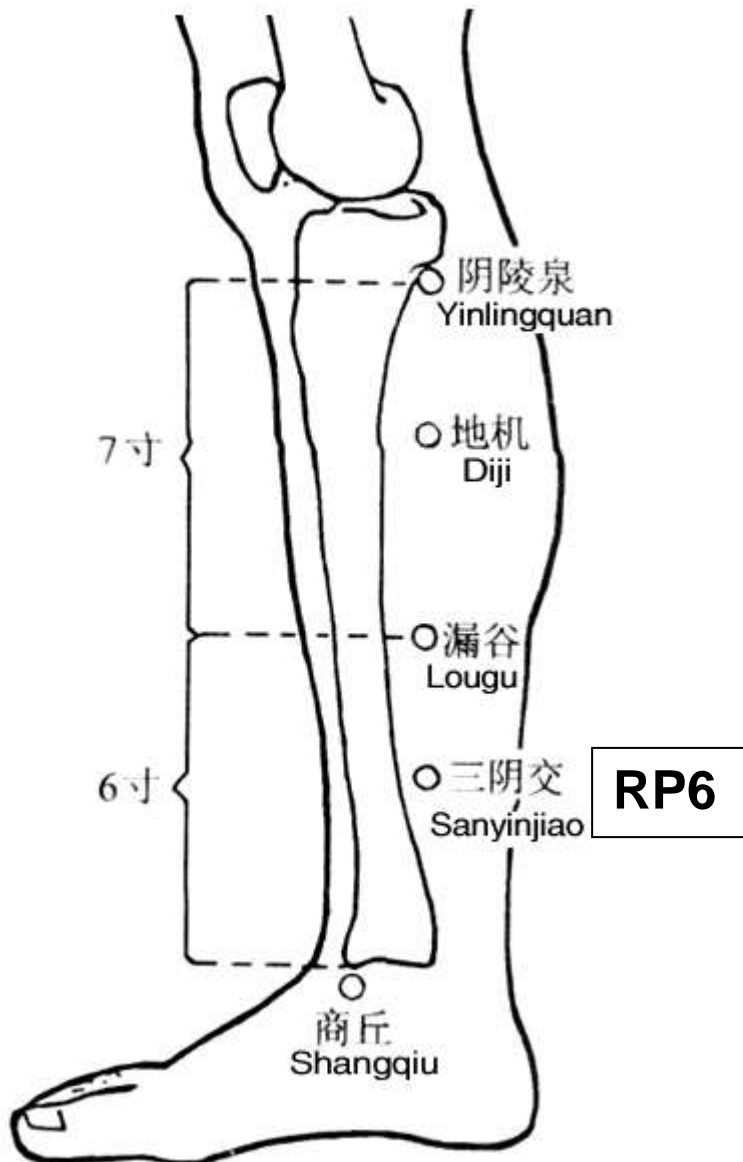


Figure 3 : Localisation des points 6 RP (*San Yin Jiao*) et 7 RP (*Lou Gu*) sur la face interne de la jambe.

Nature : C'est un point *luo*, de réunion des 3 méridiens *Yin* des membres inférieurs (*taiyin*, *jueyin* et *shaoyin*) dont il renforce l'énergie. Il appartient aux 3 points importants chez la femme, avec le point 6 RM pour la sexualité, et le point 6 MC pour la sentimentalité et l'émotivité.

Fonctions générales: en tonification, il renforce la Rate pour maintenir le sang dans les vaisseaux, il tonifie le sang, nourrit le *Yin*, tonifie les 3 *Yin* du bas du corps et renforce les tendons. En dispersion, il active le sang et disperse les stases de sang, il élimine l'humidité, détend les tendons et active les collatéraux.

Indications principales : Les syndromes du sang, en général (vide de sang, chaleur-plénitude ou chaleur-vide du sang, stase de sang,..) ; les troubles gynécologiques et des organes génitaux (dysménorrhées, prurit vulvaire,...) ; les maladies de l'humidité, le syndrome de vide de rate, les désordres du méridien tendino-musculaire de la rate.

Il est utilisé en salle d'accouchement pour calmer le travail hypertonique.

Lors du commencement des efforts de poussée, la puncture du RP6 vers le haut en direction du point RP7 débloque les 3 méridiens *Yin*.

Le Dr Rempp préconise une puncture en dispersion en trois étapes. Puncture profonde (niveau Terre), avec manipulation jusqu'à obtention du *De Qi* (*), puis on laisse l'aiguille immobile jusqu'à disparition des sensations locales. Dans un deuxième temps, on retire l'aiguille partiellement jusqu'au niveau intermédiaire (niveau Homme) : nouvelle manipulation puis repos. Enfin, on la retire encore un peu (niveau Ciel), manipulation et repos.

On retire alors l'aiguille en l'inclinant dans tous les sens « comme pour agrandir l'orifice de sortie ». On ne masse pas cet orifice de sortie après avoir enlevé l'aiguille.

Cette manœuvre, relativement longue, de dispersion permet d'accentuer le vide dans le bas du corps dans le but d'attirer le Qi bloqué en haut du corps dans ce vide ainsi créé.

Cette mobilisation du Qi pelvien par stimulation du point RP6 en dispersion a une action immédiate, et on doit constater un assouplissement du périnée presque instantanément. Ce relâchement du périnée est sensible au toucher vaginal.

Malgré un nombre peu important de patientes et un protocole de puncture des points RP6 simplifié, il a été possible de provoquer un assouplissement du périnée chez nos patientes. Ce relâchement s'est traduit par un nombre relativement restreint de lésions périnéales.

CONCLUSION

Le périnée féminin est une structure anatomique très sollicitée dans les derniers mois de la grossesse, et surtout lors du travail et de l'accouchement proprement-dit.

Les déchirures non voulues, bien que de gravité variable, peuvent avoir des conséquences fonctionnelles lourdes (douleurs pelviennes chroniques, incontinence fécale,...).

C'est pourquoi le repérage des situations à risque de déchirure spontanée plus facile est particulièrement enseigné lors de la formation initiale des sages-femmes. Un phototype clair ou une peau rousse amèneront plus volontiers une épisiotomie pour éviter les déchirures non-contrôlées. A l'inverse, un périnée trop tonique (patientes sportives) ou oedématié (prise de poids excessive durant la grossesse, rétention d'eau) empêchera parfois le passage de la tête : l'épisiotomie permettra dans ce cas de libérer le périnée et de faire de la place au bébé.

Néanmoins, les recommandations actuelles de bonne pratique vont dans le sens d'un moindre recours à l'épisiotomie, qui fragilise aussi le périnée des parturientes.

L'acupuncture est une méthode de soins qui a fait ses preuves. Sans danger, et facile à mettre en oeuvre en salle d'accouchement, elle apporte un bon complément aux traitements médicamenteux à tous les moments de la grossesse. Elle est de plus favorablement accueillie par la majorité des patientes, même celles qui ne connaissaient pas cette thérapeutique au préalable.

En salle de travail, notre étude a permis de montrer que la simple puncture des points RP6 bilatéraux permettait de diminuer les lésions périnéales, voulues ou non.

Le respect de la technique de puncture décrite par le Dr. Rempp dans son ouvrage permettrait sans doute d'améliorer encore ces résultats.

La formation des sages-femmes à l'acupuncture obstétricale est donc à encourager au vu des bénéfices que cette pratique peut apporter aux femmes enceintes de manière générale : le suivi de la grossesse, la diminution des complications per- et post-partum, le raccourcissement de la durée du travail, l'amélioration de la récupération, des suites de couches et de l'allaitement.

GLOSSAIRE

AUEC (Attestation Universitaire d'Etudes Complémentaires)

BIP (ou : diamètre bipariétal): désigne la mesure de la distance entre les deux bosses pariétales du crâne fœtal, mesurée lors de l'échographie du 3^{ème} trimestre. C'est l'un des paramètres du suivi de l'évolution de la croissance fœtale.

BISHOP (indice, ou score de --) : score comportant 5 paramètres (4 pour le col utérin : longueur, dilatation, position et consistance ; 1 pour le niveau de la présentation) et permettant d'estimer l'état d'avancement du travail et si besoin, de choisir les méthodes de déclenchement de celui-ci.

Cun : mesure de distance chinoise équivalant à la longueur de la 2^{ème} phalange du majeur de la main de la patiente. Elle est utilisée pour le repérage des points d'acupuncture entre eux ou par rapport à un repère anatomique remarquable.

De Qi : terme chinois désignant la sensation subjective du patient après la puncture du point d'acupuncture par l'aiguille. Il indique que le flot de Qi est capté par l'aiguille. Cette sensation peut être spontanée, ou provoquée par des manipulations de l'aiguille, et se manifeste par des picotements, des paresthésies, des sensations électriques au voisinage du point puncturé ou le long du trajet du méridien concerné.

Détroit supérieur : plan osseux séparant petit et grand bassin.

Episiotomie : incision instrumentale du périnée en partant de la fourchette vulvaire de façon médio latérale. La section intéresse la peau, la muqueuse vaginale, les muscles superficiels et le faisceau pubo-rectal.

Forceps de Tarnier : c'est un instrument de préhension, d'orientation et de traction permettant de saisir la tête fœtale pendant le travail et de l'extraire des voies génitales maternelles.

Fourchette vulvaire : partie inférieure de la vulve.

PC (ou : périmètre crânien) : désigne la circonférence du crâne du fœtus ou du nouveau-né, mesurée en centimètres.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Gynécologie et obstétrique en médecine chinoise. Giovanni Maciocia, Editions SATAS, 1998.**
- 2- Précis d'obstétrique. R. Merger, J. Lévy, J, Melchior. Masson, 6ème edition, 2001.**
- 3- Intérêt du 35V sur le périnée en préparation à l'accouchement. A. Pelletier-Lambert, Acupuncture & Moxibustion, 2005, 4 (2), p.128-130.**
- 4- La pratique de l'acupuncture en obstétrique. Dr Christian Rempp, Dr Annick Bigler. La Tisserande, 1992, réédition 2008.**