

UNIVERSITE DE LILLE.
Diplôme inter-universitaire d'acupuncture obstétricale 2012.

**PRE-ECLAMPSIE ET
ACUPUNCTURE.
ETUDE D'UN CAS CLINIQUE.**

Réalisée par :
Mireille Bailly.
Pascale Ponthieu.
Caroline Vandebilcke.
Sages-femmes.

Enseignants :
Dr M.H. Montaigne.
Dr J.M. Stephan.

SOMMAIRE

Introduction	2
I. GENERALITES SUR LA PREECLAMPSIE	4
A. ASPECT PHYSIO-PATHOLOGIQUE	4
• La pré-eclampsie maternelle	4
• La pré-éclampsie placentaire	5
• Epidémiologie	5
• Facteurs de risques	6
• Physiopathologie : rôle central du placenta	8
B. PRISE EN CHARGE	9
• Le bilan maternel	9
• Le bilan foetal	10
• Les critères de sévérité	10
• Attitude thérapeutique	11
• Prise en charge pratique	11
• Complications	12
• Médications	12
• Le post-partum	12
II. PHYSIOLOGIE DE LA GROSSESSE EN MTC	14
A. Généralités	14
B. Rappel sur les cinq organes	15
C. Rappel sur la théorie des cinq mouvements	16
D. Les méridiens curieux	17
E. La matrice	19
III. PRESENTATION DE NOTRE CAS CLINIQUE	20
IV. NOTRE DEMARCHE	22
V. RESULTATS	30
Conclusion	32
Bibliographie	34

INTRODUCTION

La conception de la vie et de la bonne santé est perçue en médecine traditionnelle chinoise (MTC) de manière globaliste où l'Homme ne peut être compris que dans son ensemble. « Chaque organe est associé aux autres organes, aux tissus et aux liquides, et toute incidence sur l'un retentit sur l'autre. L'individu subit également l'influence du milieu où il vit et la relation qui s'instaure avec notre environnement géographique, climatique, social, joue un rôle important dans l'harmonie des fonctions de l'organisme et dans leur intégrité. » (1)

Durant nos études sur l'acupuncture, la découverte de cette perception de prise en charge globaliste, nous a interpellées. Conception totalement différente de celle envisagée en médecine occidentale, celle-ci nous a paru intéressante à explorer même si parfois déroutante et complexe par rapport aux raisonnements habituels de traitement de nos patientes et de leur pathologie. C'est ainsi que nous avons souhaité progressivement intégrer cette démarche de questionnement et d'accompagnement vis-à-vis de nos patientes.

Nous allons donc vous présenter une situation préoccupante ayant eu une évolution surprenante à laquelle toute notre équipe soignante du CH de Calais a été confrontée. Il s'agissait d'une patiente présentant une pré-éclampsie sévère et précoce où le risque materno-fœtal était majeur. Face au développement de cette pathologie de pronostic grave, la médecine occidentale se trouve parfois en défaut de traitement. La prise en charge a alors pour but de limiter l'évolution de la

pathologie et d'en surveiller le degré de gravité afin d'intervenir dès que l'équilibre materno-fœtal n'est plus tolérable.

Dès lors, nous avons essayé d'analyser l'apparition de cette pathologie chez notre patiente selon la MTC. Un déséquilibre majeur énergétique a donc été repéré. La littérature ne décrit peu ou pas de prise en charge précise de pré-éclampsie en alliant la médecine allopathique occidentale et la MTC. Nous avons néanmoins mis en place un protocole en accord avec la patiente visant à un accompagnement global de sa grossesse par acupuncture.

L'évolution exceptionnelle de ce cas ayant interpellé toute l'équipe soignante, il nous a semblé pertinent de lui consacrer une étude.

I. GENERALITES SUR LA PREECLAMPSIE

A. ASPECT PHYSIO-PATHOLOGIQUE (2)

Les désordres hypertensifs de la grossesse sont une conséquence clinique fréquente correspondant à la réponse vasculaire maternelle d'une placentation défectueuse. Ils sont responsables de complications maternelles et fœtales graves où la survie de l'un et de l'autre peut être mise en cause.

La fréquence de l'hypertension artérielle pendant la grossesse est estimée entre 6 et 15% suivant les études. Celle de la pré-éclampsie est de 2 à 5%. La pré-éclampsie est une hypertension artérielle accompagnée d'une protéinurie.

On distingue la pré-éclampsie maternelle, liée à une interaction entre la placentation et une pathologie micro vasculaire maternelle existante et, la pré-éclampsie placentaire liée à un placenta ischémique et hypoxique.

- **LA PRE-ECLAMPSIE MATERNELLE**

Lorsque la patiente est hypertendue avant la grossesse ou porteuse d'une prédisposition à une pathologie vasculaire latente, l'hypertension risque d'apparaître au grand jour lors de sa première grossesse. Les mécanismes seront ceux d'une hypertension classique modulés par la physiologie de la grossesse.

- LA PREECLAMPSIE PLACENTAIRE

Cette maladie particulière est spécifique de l'état gravide et son pronostic est menaçant. L'hypertension résulte alors d'une dysfonction endothéliale généralisée, elle-même sous la dépendance d'une anomalie précoce de la placentation.

Il existe une large interconnexion entre ces deux situations, la première prédisposant à la deuxième.

La pré-éclampsie survenant après 37 semaines d'aménorrhée (SA) s'accompagne rarement d'un retentissement fœtal, au contraire de la précoce, fréquemment liée à une souffrance fœtale chronique. Dans ce dernier cas, on trouve des anomalies du doppler utérin au second trimestre de la grossesse.

Les complications sévères sont d'évolution rapide et imprévisible et en font toute la gravité ; elles sont d'ordre cardio-respiratoires (OAP..), neurologiques (éclampsie, œdème cérébral...), hémorragiques (hématome rétro-placentaire, CIVD, hématome sous-capsulaire du foie...), infectieuses, thromboemboliques, ainsi que le HELLP syndrome associant hémolyse, élévation des enzymes hépatiques, diminution des plaquettes et prélude à un syndrome de défaillance multi viscérale.

- **Epidémiologie**

L'incidence de l'hypertension gravidique est estimée entre 10 et 15% des grossesses en Europe et aux Etats-Unis. La pré-éclampsie modérée est observée dans 2% des grossesses, la

forme sévère dans 0.6%, l'éclampsie survenant dans 0.1 % des grossesses.

Les complications médicales graves de l'HTA gravidique sont 3 à 25 fois plus fréquentes quand il existe une forme de pré-éclampsie. On retrouve une mortalité maternelle de 0.1 à 5 pour 1000 cas quand il existe une pré-éclampsie et jusqu'à 5 % en cas d'éclampsie (crise convulsive).

L'incidence de la pré-éclampsie est nettement plus élevée dans les pays en voie de développement, de même que les complications sévères et le taux de mortalité. Ceci est dû essentiellement à un accès aux soins tardif et inégalitaire.

- **Facteurs de risques**

- a) Facteurs généraux

Le fait que la pré-éclampsie soit plus fréquente lors d'une première grossesse ou en cas de grossesse gémellaire est connu de longue date.

On retrouve également une incidence fortement augmentée en cas de pré-éclampsie antérieure.

Les antécédents médicaux tels que : hypertension, diabète, néphropathie chronique, maladie lupique, syndrome anti-phospholipide sont également prédisposant.

L'obésité ainsi que l'hyperinsulinisme sont des facteurs favorisants.

A noter que l'ensemble de ces facteurs est additif.

b) Facteurs particuliers

-L'immunisation anti-paternelle. (3)

La tolérance immune de la greffe foetale nécessite une immunisation préalable de la mère contre les déterminants paternels. Celle-ci se produit par le contact des muqueuses maternelles avec le sperme paternel. On retrouve donc un risque de pré-éclampsie plus élevé en cas de conception précoce dans un couple récent.

-Les thrombophilies (4) (5)

On observe une fréquence accrue de pathologies thrombophiliques chez les femmes atteintes de pré-éclampsie précoce et sévère, notamment : la présence d'un anticoagulant circulant ou anti phospholipide, un déficit en protéine C ou S, une résistance à la protéine C activée, une hyperhomocystéinémie, une mutation du gène codant pour la prothrombine.

Certains auteurs ont admis que 50% des femmes ayant eu une pré-éclampsie sévère seraient porteuses d'au moins une de ces pathologies. (5)

-Génétique (6)

Les études de cohorte suggèrent une transmission génétique maternelle de la pré-éclampsie avec un risque encore accru en cas de forme sévère.

Mais la pré-éclampsie n'est pas seulement le problème d'un individu, c'est celui d'un couple. Le père peut intervenir dans cette pathologie de deux manières : un conflit immunologique ou par la

transmission d'un gène contribuant au dysfonctionnement placentaire.

- **Physiopathologie : rôle central du placenta**

La pré-éclampsie est une pathologie spécifique à la grossesse et s'arrête avec celle-ci. Elle peut survenir lors de grossesses abdominales ou de grossesses molaires; le dénominateur commun est la présence d'un placenta et de tissu trophoblastique (7).

La découverte d'un lien entre la pré-éclampsie et une anomalie de l'invasion trophoblastique a établi la responsabilité de la placentation dans la genèse de cette maladie. Le processus précoce est achevé vers 18 semaines de grossesse. Le défaut de placentation peut résulter de plusieurs facteurs probablement intriqués :

- Défaut de coopération entre les lymphocytes NK maternels et les antigènes HLA particuliers du trophoblaste invasif
- Défaut de l'angiogénèse
- Inhibition des facteurs angiogéniques
- Des anticorps activateurs contre le récepteur AT1 de l'angiotensine.

Les modalités du passage d'un trouble de la placentation à la maladie maternelle tardive sont découvertes peu à peu mais restent hypothétiques.

A long terme, les femmes qui ont eu une hypertension gravidique ou une pré-éclampsie deviennent plus souvent hypertendues que celles dont les grossesses ont été normales.

Elles ont également un risque accru de mortalité de cause cardiovasculaire. Le dépistage du risque et le traitement éventuel sont donc indispensables chez ces patientes.

B. PRISE EN CHARGE

La pré-éclampsie représente l'une des premières causes de mortalité maternelle dans les pays développés. Son traitement final demeure l'arrêt de la grossesse et la délivrance du placenta. L'hospitalisation est nécessaire devant toute pré-éclampsie afin d'évaluer l'état maternel et fœtal. On classera alors la maladie en forme sévère ou modérée et on orientera la prise en charge en fonction du terme.

- **Le bilan maternel**

L'évaluation initiale démarre par la vérification du terme de la grossesse, par une prise de la pression artérielle, la recherche de signes fonctionnels (céphalées, troubles visuels, barre épigastrique), la prise de poids, les réflexes ostéo-tendineux, l'absence de métrorragies. On démarre un recueil des urines permettant une l'étude de la diurèse et d'une protéinurie sur 24 heures.

Puis on effectue un bilan biologique de base comprenant une numération formule sanguine (NFS), plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, ionogramme, urée, créatinine, acide urique, LDH, haptoglobine, schizocytes, transaminases (TGO-TGP), bilirubine directe et conjuguée. Ce bilan initial recherche les signes

d'hémolyse, les troubles de coagulation, une cytolyse et permet de dépister les complications sévères.

- **Le bilan fœtal**

Il comporte l'évaluation du rythme cardiaque fœtal, la recherche de mouvements actifs fœtaux, une échographie étudiant la biométrie, une estimation du poids fœtal, les dopplers, un profil biophysique de Manning. Ce bilan recherche une éventuelle souffrance fœtale, retentissement de la pré-éclampsie.

- **Les critères de sévérité**

La pré-éclampsie sera qualifiée de sévère lorsque l'un des critères suivant existera.

- une pression artérielle supérieure à 160/110
- une éclampsie ou un œdème aigu pulmonaire
- une céphalée persistante ou des troubles visuels ou une barre épigastrique
- une oligurie inférieure à 500 ml/24heures ou une protéinurie supérieure à 5 g/24h
- une élévation des transaminases (doublées), de la créatinine.
- une hémolyse (présence de schizocytes, ou des LDH supérieurs à 600 UI/l, ou une bilirubine totale supérieure à 1.2mg/dl), une thrombopénie (inférieure à 100 000 UI/l).
- un retard de croissance intra-utérin sévère, un oligoamnios.

- **Attitude thérapeutique (8, 9, 10, 11)**

Les différentes études montrent que l'expectative dans la pré-éclampsie sévère est bénéfique pour le nouveau-né. Cependant, elle n'est pas dénuée de risques pour la mère. Il est donc primordial que l'évaluation initiale des complications tant maternelles que fœtales soit rigoureuse.

Il faut noter l'effet bénéfique de la corticothérapie préventive chez les nouveau-nés des patientes ayant une pré-éclampsie sévère.

Au-delà de 34 semaines d'aménorrhée (SA), l'expectative semble peu justifiée aux vues de la morbidité maternelle.

Par contre, lorsque le terme est inférieure à 34 SA, elle permet l'instauration d'une corticothérapie préventive et le prolongement de la grossesse d'une semaine en moyenne.

Lorsque l'attitude conservatrice a été choisie après hospitalisation et bilan initial, la surveillance reste très étroite.

- **Prise en charge pratique**

Le traitement comporte une médication anti hypertensive (NICARDIPINE, LABETOLOL...), un remplissage vasculaire (VOLUVEN, RINGER, non systématique), une prévention de la crise d'éclampsie (Sulfate de Magnésium).

Le contrôle clinique est quotidien avec une prise tensionnelle toutes les 4 heures, une recherche des signes fonctionnels, un contrôle quotidien du poids et de la diurèse.

Le bilan biologique préalablement cité est pratiqué tous les 2 jours, plus fréquemment en cas de détérioration.

La surveillance fœtale comporte une surveillance du RCF (2 à 3 fois/jour), une évaluation quotidienne des mouvements actifs,

une échographie 2 fois par semaine, avec quantité de liquide et doppler de l'artère ombilicale, une biométrie toutes les 2 semaines.

- **Complications**

La pré-éclampsie se complique d'un HELLP syndrome dans 5 à 10% des cas (Hémolysis, Elevated Liver enzymes, Low Plaquettes).

La crise d'éclampsie est retrouvée dans 1% des pré-éclampsies mais concerne 6 à 12% des cas de HELLP syndrome.

- **médications**

Le traitement médicamenteux est variable dans le choix des molécules et dépend du terme et de la classification de la pathologie mais comporte une base commune :

- La corticothérapie (pour les grossesses de moins de 34SA)
- Le traitement de l'HTA (par LOXEN en voie parentérale)
- La prévention du risque convulsif (par le Sulfate de Magnésie)
- L'expansion volémique

- **Le post-partum**

Les risques liés à la pré-éclampsie persistent après la naissance et nécessitent parfois une hospitalisation en service de réanimation, notamment en cas de HELLP syndrome, d'oligurie, d'OAP, de TA labile.

La crise d'éclampsie retardée peut survenir entre 48 heures et 4 semaines après l'accouchement.

A distance de la naissance, on effectuera une consultation de néphrologie afin de vérifier l'absence de lésion rénale et éventuellement de cardiologie en cas de persistance d'une hypertension.

Lors d'une grossesse ultérieure, la survenue d'une pré-éclampsie est toujours possible et la surveillance devra être rigoureuse.

II. PHYSIOLOGIE DE LA GROSSESSE EN MTC. (12)

A. GENERALITES

La grossesse est la création d'un être nouveau par l'union du Yin (l'ovule) et du Yang (spermatozoïde). Cette création se fait grâce au **Qi**, au **Xue** et aux **souffles héréditaires**.

Le Qi : Sa traduction exacte est impossible. On trouve comme propositions : « énergie », « force vitale », « puissance dynamique ».

Le Qi est la source de tout mouvement et accompagne chaque mouvement. Il protège l'organisme, entretient les organes et est à l'origine des transformations harmonieuses de l'organisme.

Le Xue, traduit par Sang.

Forme de Qi très dense, très matérielle.

Qi et Xue sont indissociables, ils s'entretiennent mutuellement.

Les Souffles Héréditaires :

- Le Yuan Qi, souffle originel qui prend son origine au rein.
- Jing Qi, souffle essentiel qui a un aspect inné et un aspect acquis.
- Zong Qi, souffle ancestral, héréditaire.

B. RAPPEL SUR LES 5 ORGANES

Le **Cœur** :

(Ling Shu , chap LXXI) « Le Cœur est le maître souverain des 5 organes et des 6 entrailles. Il est le siège du Shen ».

Le Cœur est le maître des vaisseaux sanguins, il gouverne le Sang et abrite le Shen, l'Esprit. C'est au niveau du cœur que le Qi des aliments se transforme en Sang.

L'émotion liée au Cœur est la joie.

Le **Poumon** :

Le Poumon est le Maître du Qi. Il a une fonction génératrice de l'Énergie ainsi qu'une fonction respiratoire.

Il règle la voie des eaux.

Le Poumon abrite le Po, l'âme végétative et l'âme corporelle.

L'émotion liée au Poumon est la Tristesse.

Le **Foie** :

Le Foie conserve le Sang. Il assure la circulation sans obstacle du Qi dans tout le corps. Il a une fonction de « général de l'armée ».

Les troubles de stockage du Sang du foie se répercutent sur Chong Mai et Ren Mai, tous deux liés à l'Utérus.

Le Foie abrite le Hun, l'Âme Éthérée ou Âme spirituelle.

L'émotion liée au Foie est la Colère.

La **Rate** :

La Rate aide l'Estomac dans sa fonction digestive. Elle a un rôle de transformation et de transport qui est primordial dans la production et le contrôle du Qi et du Sang.

La Rate abrite le Yi, la Pensée.

L'émotion liée à la Rate est le Souci.

Les **Reins** :

Les Reins sont « la Racine du Qi du Ciel Antérieur ». Ils thésaurisent le Jing Inné qui conditionne la naissance, la croissance, le développement, la fécondité et la reproduction de l'espèce.

Les Reins régissent et régularisent le métabolisme des Liquides Organiques.

Le Rein abrite le Zhi, la volonté. Il donne la détermination, la résolution dans la poursuite des objectifs et des motivations.

C. RAPPEL SUR LA THEORIE DES 5 MOUVEMENTS

Les Organes sont liés entre eux par la loi des cinq mouvements. Chaque Organe est associé à un élément : le feu, la terre, le métal, l'eau et le bois.

Ces cinq éléments se suivent et s'engendrent.

L'équilibre et l'harmonie de ses éléments se fait grâce à deux systèmes de régulation :

- La loi d'engendrement ou cycle Shen.

Chaque élément étant la mère du suivant ou le fils du précédent

- La loi d'inhibition ou cycle Ko.

Chaque mouvement inhibe son petit fils.

Bien qu'il soit physiologique, un déséquilibre du cycle Shen peut entraîner des états pathologiques.

Un vide de l'élément Mère entraîne un vide de l'élément Fils.

Un vide ou une plénitude de l'élément Fils épuise l'élément Mère et entraîne un vide de ce dernier.

D. LES MERIDIENS CURIEUX

Les méridiens curieux ont une action toute particulière pour la grossesse.

Le Ren Mai ou vaisseau directeur, ou conception, le Du Mai ou vaisseau gouverneur, et le Chong Mai ou vaisseau pénétrant, prennent naissance entre les deux reins et passent par l'utérus.

Le **Ren Mai**, « Mer des méridiens Yin », exerce une influence sur tout le Yin du corps. Ce dernier est de toute première importance chez la femme, car il contrôle la puberté, les menstruations, la fertilité, la conception, la grossesse, l'accouchement et la ménopause. Il régule l'utérus et le sang.

Il existe une correspondance et une symétrie entre le vaisseau gouverneur et le vaisseau conception.

Le **Chong Mai**, méridien complexe, qui a son origine au rein, diffuse le Qi dans le corps entier, et donne naissance aux vaisseaux Yin et Yang du talon, aux vaisseaux Yin et Yang de liaison et au vaisseau ceinture. On le dit être « la Mer des cinq organes Yin et des 6 organes Yang », « la Mer des douze méridiens » et « la Mer du sang ». Il contrôle le sang de l'utérus et la transformation de l'Essence du Rein en Tian Gui (sang menstruel).

Le Chong Mai est un vaisseau important en gynécologie obstétrique.

Le **Du Mai** gouverne tout le Yang du corps. Du Mai est Yang, Ren Mai est Yin ; ensemble ils assurent l'équilibre Yin/Yang des énergies et du sang au niveau de tout le corps et particulièrement du pelvis. Il intervient dans le processus de création même si son rôle est moins important que celui de Ren Mai.

Le **Dai Mai** ou vaisseau ceinture est un autre vaisseau curieux qui a son importance en gynécologie obstétrique.

Seul méridien horizontal, il encercle les méridiens de l'abdomen et du dos. Il est étroitement lié au Foie, à la Vésicule Biliaire et au méridien dirigeant du Rein.

C'est pourquoi le méridien ceinture « guide et aide » le Qi de l'utérus et l'Essence du Rein.

E. LA MATRICE

Et pour finir, l'entraille curieuse concernée par la grossesse :
l'Utérus ou Nu Zé Bao, « enveloppe du fœtus ».

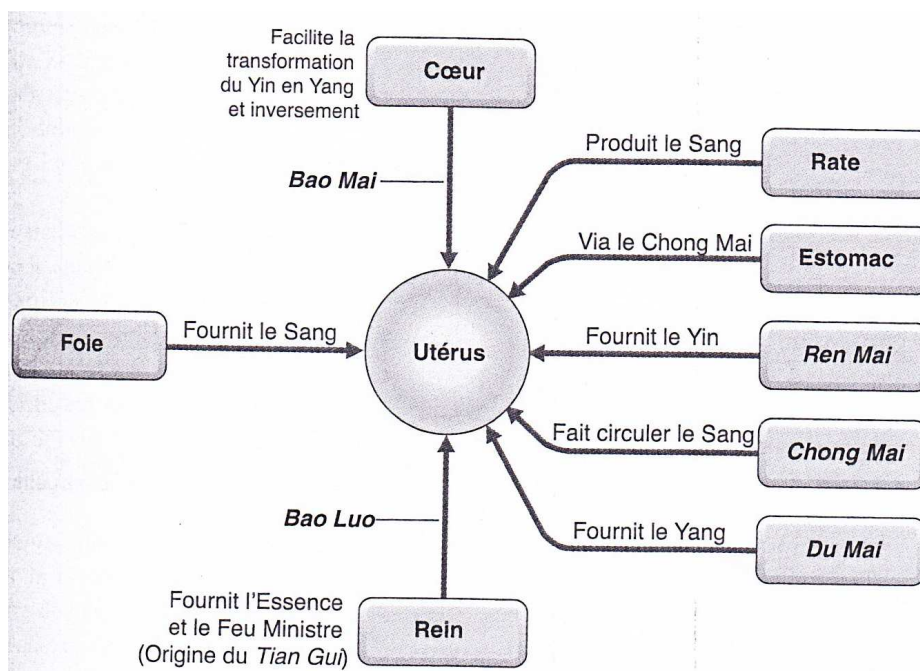
L'Utérus est en relation étroite avec le Rein, le Chong Mai, le Ren Mai et le Du Mai. Pour cela il a besoin d'être nourri par l'essence du Rein et par le Sang.

Il est gouverné par les trois méridiens Yin des membres inférieurs:

- le Zu Shao Yin (Rn), qui est chargé de la procréation.
- Le Zu Tai Yin (Rt) qui produit le sang.
- le Zu Jue Yin (F) qui le stocke.

Pendant la grossesse l'utérus a les fonctions d'un organe Yin, car il « stocke » le fœtus, et pendant l'accouchement, il a les fonctions d'un organe Yang car il expulse le bébé.

Les relations de l'utérus avec les organes internes peuvent être schématisées comme suit :



III. PRESENTATION DE NOTRE CAS CLINIQUE

Madame G, patiente de 41 ans, sixième geste, primipare, présente une grossesse obtenue par don d'ovocyte pour insuffisance ovarienne, après deux fausses couches spontanées, trois grossesses extra-utérines ayant nécessité une salpingectomie bilatérale.

Pour cette grossesse, il a été mis en évidence à 22 SA d'un retard de croissance intra-utérin (RCIU) sévère (inférieur au 3ème percentile), avec oligoamnios.

La patiente est transférée dans notre établissement de niveau 3, à 22 SA et 4 jours pour pré-éclampsie précoce sévère et sauvetage maternel.

A l'admission l'hypertension artérielle est stabilisée par un traitement per-os, (loxen 50 LP 2/ j), la protéinurie est à 3,4 g par 24h (pour une normale inférieure à 0,3 g), les transaminases sont augmentées. Le reste du bilan biologique est normal.

Une amniocentèse est effectuée le lendemain de son admission afin d'éliminer une anomalie chromosomique.

Devant la gravité et la précocité des symptômes, une interruption médicale de grossesse d'indication maternelle est acceptée par le CPDPN (centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal). Cette proposition est refusée par Mme G, pour qui cette grossesse est celle de la « dernière chance ».

La surveillance quotidienne montre une protéinurie qui oscille entre 3 et 7 g par 24 h, une tension artérielle qui varie pour la pression systolique entre 13 et 15, et pour la dystolique entre 8

et 10. Le holter tensionnel conclu a une hypertension artérielle de grade 1.

Sur le plan biologique, il n'y a pas de thrombopénie, les transaminases restent modérément augmentées.

Suite à l'amniocentèse, le caryotype se révèle normal.

La surveillance échographique du fœtus montre un RCIU majeur avec un poids fœtal estimé à 315 g à l'admission, (le 50ème percentile de ce terme estime un poids à 550g), un oligoamnios sans rupture prématurée associée. Par ailleurs, les dopplers sont retrouvés normaux.

Les échographies ultérieures ne montrent pas d'amélioration.

IV. NOTRE DEMARCHE

Le cas de Mme G a sensibilisé l'équipe toute entière. Nous n'avions pas grand espoir d'arriver à un terme et un poids fœtal suffisant pour permettre une prise en charge pédiatrique du bébé. C'est dans ce contexte que nous avons proposé une approche acupuncturale complémentaire à Mme G.

Au vu de ses antécédents obstétricaux chargés, de sa pathologie et de l'examen clinique selon la MTC, nous nous sommes orientées vers un vide de Qi du rein. En effet, nous avons retrouvé des pouls radiaux faibles au niveau de la loge rénale et les points mu du Rein (25VB) et du Foie (14F) étaient sensibles.

D'autre part, Mme G a aussi montré une volonté, voire une obstination à poursuivre cette grossesse malgré les risques encourus, qui a pu contribuer à l'épuisement de la loge Rénale.

Or, nous savons que le Jing du Rein contrôle toutes les étapes de la vie.

Les reins sont aussi la racine du yin et du yang du corps, des Organes et des Entrailles. Plus précisément, « le Yin du Rein nourrit le Yin du Foie et aide ce dernier à contrôler le Yang du Foie. Un vide de Yin du Rein entraîne secondairement un vide de Yin du Foie, responsable d'une montée du Yang du foie » (a)

Sur le plan clinique :

- un vide de Rein peut être à l'origine de pré-éclampsie, d'oligurie, d'oedèmes et d'insomnies par échappement du Shou Shao Yin (C).
- la loge Foie sera également en déficit. Tout d'abord par épuisement du Yin des Reins « mère qui nourrit mal son fils » et également dans ce cas clinique par excès de sollicitation de sentiments. La symptomatologie liée à la loge Foie sera alors insomnies, barre épigastrique et biologiquement l'élévation des enzymes hépatiques.
- La loge Rate/Estomac est également déficiente. Ceci s'explique par le cycle Ko (attaque par la loge foie). On peut souligner l'importance de la rumination des soucis pour cette patiente. Les symptômes se manifestent par le RCIU sévère touchant le fœtus et les oedèmes maternels par stagnation d'humidité.

Détails des points effectués chez Mme G.

Le 9 mai, la patiente a bénéficié d'une première séance avec la combinaison suivante :

- 9 Rn, 9F, 3Rn, 7 Rn, 7 C, 2 F, 25 Vb, 14 F et 23 Ve.

A l'examen clinique les points Mu 25VB et 14F étaient sensibles, révélant ainsi une perturbation des organes concernés et indiquant la nécessité de les puncturer.

Nos objectifs lors de cette première séance étaient :

- de tonifier le rein (par le 3R, 7R, 9R, 23V, 25VB)
- d'apaiser le SHEN, par le 7C
- de calmer le YANG du Foie par le 2F, 14F
- de soutenir le fœtus en souffrance par le 9F et le 9R

Le **9Rn**, premier point que nous avons poncturé est un des grands points de l'acupuncture obstétricale. Son nom chinois, ZHU BIN, signifie « maison des invités ».

En effet le 9 Rn est cité par Soulié de Morant comme « donnant un enfant au teint spécialement lumineux, ... ne prenant pas les maladies ou, s'il les prend guérissant rapidement. »

C'est aussi au 9 Rn que prend naissance le méridien curieux Yin Wei Mai qui harmonise les espaces Yin et répartit l'énergie et le sang dans le pelvis. Il en est également le point Xi, et son point de désobstruction.

Son action est de calmer l'Esprit, tonifier le Yin du rein et réguler le vaisseau Yin de liaison.

Le **9F**, nommé YIN BAO qui signifie « enveloppe du Yin » est en rapport avec la régularisation et la thésaurisation du sang, d'où son rôle important pendant la grossesse.

Situé à la face interne de la cuisse, il vivifie le sang et agit sur la libre circulation du Yin pelvien.

Le **3 Rn**, TAI XI, qui signifie « grande rivière ». C'est le point shu antique du méridien Rein, et également son point source (Yuan).

Il tonifie chaque aspect du Rein, à savoir le Yin du Rein, le Yang du Rein, le Qi du Rein, l'Essence du Rein et la fonction de réception du Qi venant du poumon.

Le **7 Rn**, FULIU « retour du courant ». C'est le point Jing, point de transmission et de passage du méridien rein et son point de tonification.

Le **7C**, Shen Men qui signifie « porte de l'esprit ». Les chinois disaient qu'il ramenait le cœur, les émotions sur terre.

C'est le point shu antique, le point source et le point de dispersion du méridien Cœur.

Le Shou Shao Yin, méridien coeur, est le « maître du sang », il est chargé de la formation et de la répartition du sang. C'est aussi « le méridien de la joie de vivre », qui agit sur le psychisme, la sensibilité, l'anxiété, l'angoisse. Point efficace pour calmer l'Esprit.

Le **2 F**, XING JIAN : « intervalle de marche ». C'est le point Ying du méridien Foie, point de jaillissement, de drainage. Il accélère la circulation de l'énergie, rend abondant et florissant.

Son action consiste à soumettre le Yang du foie, rafraîchir le sang et calmer l'esprit.

Le **25 VB**, Jingmen, porte de la capitale. C'est le point Mu du Rein. Il régule la voie des Eaux dans le réchauffeur inférieur. Il agit également en régulant la rate et les intestins. Il renforce aussi les lombes.

Il est le point diagnostic des pathologies du Rein.

Le **14 F**, QIMEN, « porte du cycle »

Il est le point Mu du foie, le point du vaisseau Yin Wei Mai et le point de croisement des méridiens rate et foie.

Il agit sur la libre circulation du Qi du foie et l'harmonisation de l'Estomac et de la Rate.

Le **23 Ve**, SHEN SHU, point shu du dos du Rein.

Il tonifie le rein, nourrit l'Essence du rein et consolide le Qi du rein. D'autre part, il renforce l'Utérus, ainsi que le vaisseau Gouverneur, le Ren Mai et le Chong Mai.

A la date du 10 Mai, une nouvelle séance était proposée pour améliorer le bien être de la patiente et traiter son anxiété.

En MTC, le corps et l'esprit ne font qu'un. C'est le même Qi qui est à la base des processus mentaux et émotionnels. L'état de l'organe a des répercussions sur les émotions et réciproquement. Le Rein est associé à la peur et la Rate à l'excès de réflexion, aux soucis.

Mme G bénéficiait donc de la combinaison suivante : 4 RP, 6MC, 8 RP, 7C, 9F.

Le **4RP**, Gong Sun. Point de communication et d'ouverture du Chong Mai. Il harmonise le réchauffeur moyen et régule le Chong Mai.

Le **6 MC**, Neiguan, porte interne. Point de communication et d'ouverture du Yin Wei Mai. Il fait circuler le Qi et le Sang, calme l'Esprit.

Le 6MC a un grand nombre de fonctions différentes, il a un puissant effet calmant sur l'Esprit.

Ces deux points clé de méridiens curieux permettent de rééquilibrer la patiente.

Le **8RP**, Diji, pivot de la terre. Point Xi, de désobstruction du méridien de la Rate. Sachant l'interaction entre émotion et organe, la Rate s'avérait être l'organe approprié pour soulager l'anxiété de la patiente.

Le **7C** était repris pour son action apaisante de l'Esprit, et le **9F** pour son action bienfaisante pour le fœtus.

Le 23 Mai, Mme G a bénéficié d'une nouvelle séance qui reprenait la première combinaison de points.

Le 29 Mai, nous lui repropions les même points hormis le 14F, et le 25VB qui étaient devenus silencieux à l'examen.

Nous avons soumis notre intervention au Dr Montaigne, praticienne plus expérimentée, afin qu'elle nous guide quant au choix des points et au rythme des séances.

Sur ses conseils, nous avons agit sur le Zu Tai Yin afin d'optimiser la croissance du fœtus. Effectivement le mouvement Tai Yin préside la croissance fœtale, la trophicité.

Le 13 Juin, Mme G bénéficiait donc des points suivant : 3RP, 4RP, 21RP, 20V, et 13F.

Le **3RP**, Taibai, grand blanc.

C'est le point Shu, le point source (Yuan) et le point terre du méridien Zu Tai Yin. C'est un point majeur pour tonifier la Rate et dissoudre l'humidité. Comme la Rate se rattache à la Terre, qui est le centre des 5 éléments, le point source de la Rate est « le centre du centre ».

Le **4RP** en tant que point d'ouverture du Chong Mai, dont nous avons vu précédemment l'importance.

Le **21RP** nommé Dabao, c'est-à-dire contrôle général.

En effet, il contrôle les méridiens de communication du Sang de tout le corps. Il est également le point de départ du grand méridien de communication de la Rate. D'où son nom de " contrôle général ". Il agit en redonnant de la vigueur au Sang et en régulant le Qi de la poitrine.

Le **20V**, Pi Shu. Point Shu du dos de la Rate.

Il tonifie la Rate et l'Estomac, fait monter le Qi de la Rate et nourrit le Sang. Il stimule les fonctions de transformation et de transport de la Rate.

Le **13F**, Zhangmen, porte du règlement.

Point Mu de la Rate, et point de réunion des cinq organes Yin. Il favorise la libre circulation du Qi du Foie et harmonise l'Estomac et la Rate.

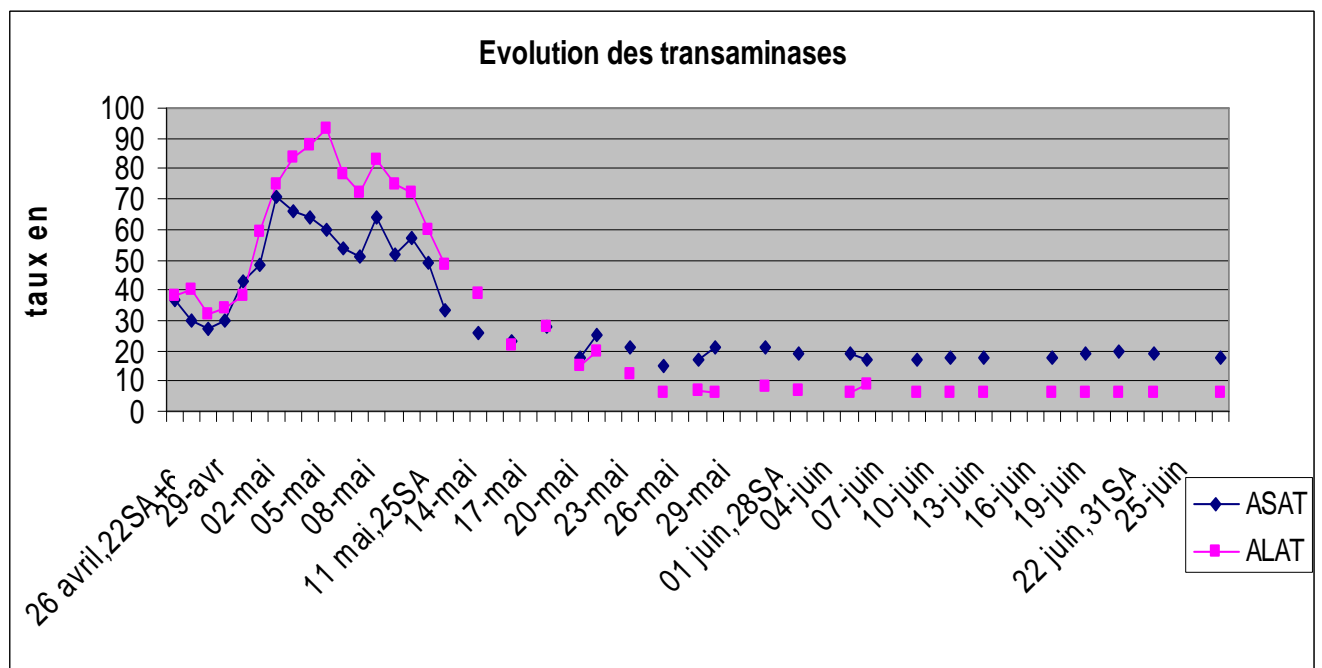
Le 24 Juin ces derniers points étaient repris une nouvelle fois.

VI. RESULTATS

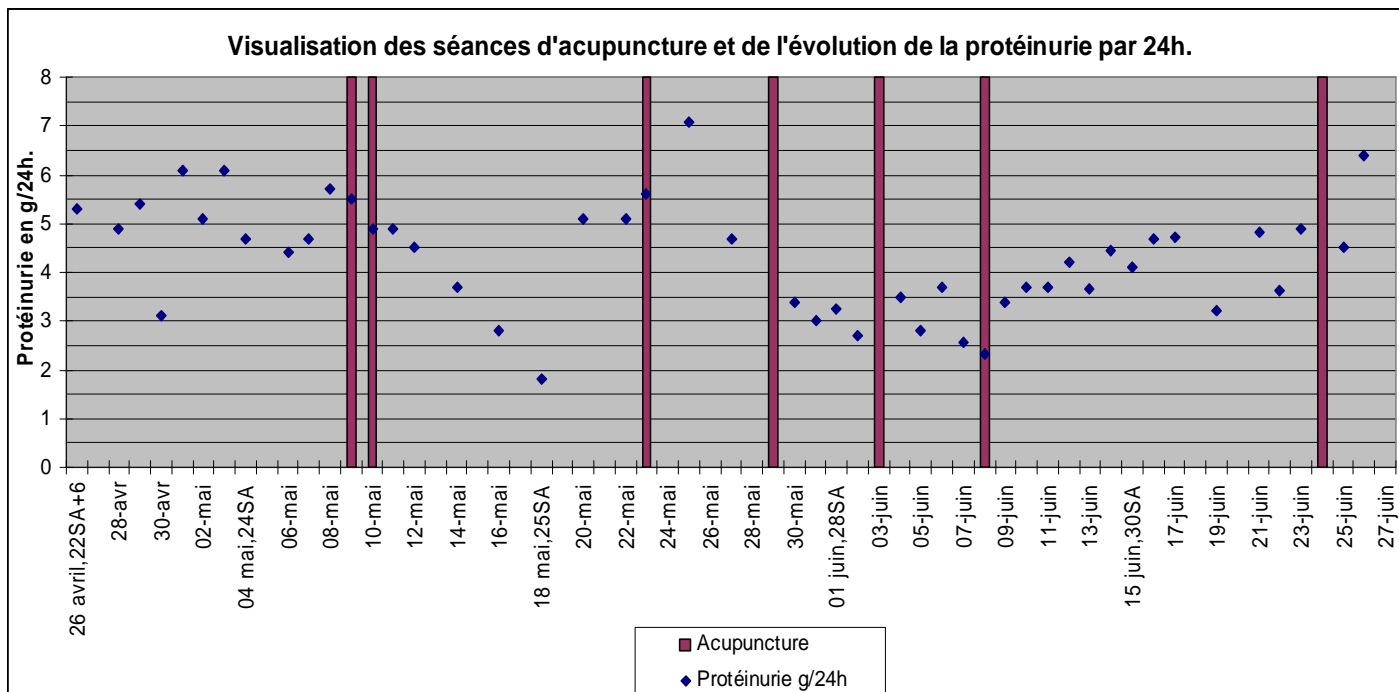
Après la première séance, l'échographie retrouvait une quantité de liquide normale et cela jusqu'à la fin de la grossesse.

La croissance foetale, bien que très inférieure à la normale est restée constante.

Au niveau de la biologie on peut constater une normalisation définitive des transaminases.



On constate également une baisse de la protéinurie après les premières séances de puncture, matérialisée par ce graphe.



Le staff médical du 15 Juin notait une pré-éclampsie à évolution exceptionnelle.

Le 27 Juin, au terme de 31 SA et 5 jours, devant des anomalies du RCF, une césarienne a été réalisée permettant la naissance d'une petite fille de 1050g criant de suite.

CONCLUSION

En définitive, l'étude de ce dossier met en exergue l'usage de l'acupuncture en synergie avec la médecine occidentale face à une pathologie complexe.

En effet, la MTC est souvent employée en obstétrique pour soulager les « petits maux » de grossesse voire restreinte à ces indications. Or pour cette situation, l'approche par la médecine chinoise a eu comme objectif de traiter la patiente dans sa globalité quelle soit physique, psychologique et socio environnementale.

Cette démarche a engendré un véritable sentiment de satisfaction de la patiente.

Il est évident que l'étude d'un seul cas ne permet pas de prouver que l'acupuncture a permis d'améliorer ou de stabiliser la pathologie de la patiente afin de faire évoluer la grossesse jusqu'à un terme de 32 SA. Il faudrait davantage d'études notamment cas/témoin ou randomisées pour permettre de déclarer scientifiquement que la prise en charge par l'acupuncture est bénéfique en cas de pré-éclampsie.

Cependant, la pratique de l'acupuncture dans ce cas, a permis au moins d'interpeller les médecins « occidentaux » et de sensibiliser toute l'équipe à l'intérêt de développer la complémentarité des traitements (occidentaux et chinois).

En outre, cette situation a eu le mérite de nous apporter, à nous, praticiens en MTC, l'envie d'explorer et d'étendre les champs d'action de l'acupuncture à notre quotidien obstétrical. La MTC a l'avantage d'être non invasive, non nocive et peu coûteuse ce qui facilite la poursuite de nos recherches dans l'intérêt de répondre à un besoin de prise en charge globale de nos patientes.

BIBLIOGRAPHIE

1. M. DEYDIER-BASTIDE, OMDr – Abrégé de Médecine Traditionnelle Chinoise – Edition Desiris – 2007.
2. **EMC** prise en charge de la pré éclampsie / (Haddad b. Beaufils m. Bavoux f.)
3. **ARTHRISIS RHEUM 1992** /Activation of the alternative complement pathway accompanies disease flares in systemic lupus erythematosus during pregnancy. (BUYON, TAMERIUS, ORDORICA, YOUNG, ABRAMSON).
4. **Am J Obstet Gynecol 2001**/ 24 hours automated blood pressure monitoring as a predictor of preeclampsia.(brown, bowyer, McHugh, Davis, mangos, Jones).
5. **Br J Obstet Gynaecol 1991**/ Doppler investigation of uteroplacental blood flow resistance in the second trimester: a screening study for preeclampsia and intrauterine growth retardation. (Bewley, cooper, Campbell).
6. **Ultrasound Obstet Gynecol 1996**/ Doppler ultrasound of the uterine arteries (Harrington, cooper, lees).
7. **Am J Obstet Gynecol 2004** /Maternal and perinatal outcomes during expectant management of 239 severe preeclamptic women between 24 and 33 weeks 'gestation. (Haddad, deis, goffinet, paniel, cabrol, sibai).
8. / 9. **Clin Obstet Gynecol 1999/ Clin Obstet Gynecol 2005**/Expectant management of severe preeclampsia remote from term.(Friedman, Schiff, lubarsky, sibai).
10. **Am J Obstet Gynecol 1995**/ Antenatal corticosteroid therapy: a meta-analysis of the randomized trials. (Crowley).
11. **Am J Obstet Gynecol 1979**/Significance of phosphatidylglycerol in amniotic fluid in complicated pregnancies. (Bustos, kulovich, Gluck, gabbe, evertson, Vargas).
12. Giovanni Maciocia - Les principes fondamentaux de la médecine chinoise – Elsevier 2^e édition.