

"

interview

Youri Bertucchi

Ostéopathe DO, diplômé en 2010 de l'Institut Toulousain d'Ostéopathie, Youri Bertucchi a suivi de nombreuses formations post-graduates notamment en ostéopathie biodynamique et sur les dysfonctions glandulaires et nerveuses

PROPOS RECUEILLIS PAR LAURENT MARC, OSTÉOPATHE DO ET ET DIPLÔMÉ DU DU EXPERTISE DE LA PERFORMANCE SPORTIVE

« En cas de prise en charge de la fertilité lors d'un second projet de grossesse, il faut penser aux conséquences post-partum sur le corps de la patiente »

Doit-on parler de prise en charge de problèmes d'infertilité ou de prise en charge de la fertilité? Je parle de prise en charge de la fertilité. Il est important de favoriser une dynamique positive.

Pour éviter des termes potentiellement nocebo? Exactement.

Comment en êtes-vous arrivé à développer cette prise en charge?

Cela est venu au hasard des consultations. Initialement, je répondais surtout à des demandes liées à des troubles de la sphère gynécologique qui m'ont amené à un travail personnel important pour approfondir le sujet (mémoires, ouvrages, formations). Surtout sur l'aspect viscéral et hormonal. Aujourd'hui, la prise en charge de la fertilité

représente 20 % de mon activité.

Comment travailler avec d'autres professionnels de santé sur cette prise en charge?

Il m'arrive de travailler avec des associations sur le sujet comme Célia Fertilité. Cela permet de rencontrer d'autres professionnels travaillant dans ce domaine. J'ai aussi des échanges avec des centres d'aide médicale à la procréation.

Quelles qualités faut-il développer pour ce type de prise en charge?

L'écoute des patientes est importante, car le cadre de soin en ostéopathie est différent de celui de la prise en charge médicale. Les patientes considèrent l'ostéopathie comme une voie parallèle ou particulière dans la prise en

charge de leurs troubles de fertilité. Il faut savoir employer un vocabulaire moins médicalisé pour apporter plus d'humanité dans la relation de soins. Toujours dans cette idée d'apporter une dynamique positive.

Des compétences spécifiques sont-elles nécessaires?

Il faut des connaissances spécifiques sur le système hormonal et son équilibre, mais aussi sur la sphère gynéco et sur la santé de la femme. J'ai suivi des formations avec des personnes connues pour maîtriser le sujet, comme Geneviève Kermorgant à Montréal. J'ai pu voir des techniques sur la région pelvienne, par manœuvre externe, mais aussi interne. Je ne peux pas utiliser ces dernières en France du fait de la législation actuelle. Les manœuvres externes n'en sont pas moins efficaces. Je me suis également formé auprès de Renzo Molinari et Nathalie Camirand, ostéopathes DO, pour d'autres aspects pour la région pelvienne et du système hormonal.

Comment mener l'interrogatoire et quels antécédents particuliers demander pour poser un diagnostic?

Chaque patiente est différente. Il faut différencier un certain nombre de situations avec des parcours spécifiques. Il y a d'abord les patientes qui sont au début de leur projet de grossesse et qui veulent se rassurer. Parmi elles, nous pouvons trouver celles qui viennent d'arrêter la pilule. Cela amène à s'interroger sur les indications initiales d'utilisation du



contraceptif: contraception, régularisation des cycles anarchiques, dysménorrhée, acné, etc. Il peut être nécessaire d'observer plusieurs cycles pour avoir une idée de l'aspect hormonal de la fertilité de la patiente.

Et pour celles qui ont déjà mis en oeuvre leur projet de grossesse depuis un certain temps?

Pour les patientes qui essayent déjà depuis plusieurs mois, il faut alors s'assurer de la régularité des cycles. Il faut aussi faire le lien avec la sphère gynéco avec les tensions utérines, les versions/positions utérines pour que l'ovule puisse aussi être capté et cheminer dans les trompes et l'utérus. Nous avons aussi des patientes présentant de l'endométriose. L'endométriose touche 10 % des femmes, mais elle n'est pas forcément diagnostiquée. Un cinquième de ces femmes ont des difficultés à avoir un enfant.

Comment prendre en charge les patientes qui suivent un programme de PMA (Procréation Médicalement Assistée) ? Pour les patientes suivant

Pour les patientes suivant un programme de PMA ou en cours d'examen pour comprendre les raisons de l'absence de la grossesse, nous devons étudier les tests et nous adapter aux traitements mis en place pour les optimiser. Parfois, certaines patientes en sont à plusieurs traitements. Il faut alors creuser pour toujours vérifier la qualité de la sphère gynécologique et a qualité de l'aspect vasculaire pour que la fonction utérine permette à l'embryon de cheminer jusqu'au corps utérin. Un grand stress est présent chez ces patientes. Il faut les apaiser, les rassurer

sur leur fertilité et investiguer la question de la qualité de vie et de l'environnement (nutrition, etc.).

Lorsque la PMA est réussie, comment l'ostéopathe peut-il accompagner ses patientes ?

Lorsque le transfert d'embryon a pris, il faut continuer à accompagner les patientes, car les fausses couches ne sont pas rares après cette étape. Si une fausse couche survient, il faut alors redonner espoir et montrer aux patientes que ce n'est pas un échec. La limitation du nombre de FIV en France est une véritable épée de Damoclès sur ces patientes. Certaines vont alors en Espagne pour continuer les FIV.

Combien de séances sont nécessaires dans cette prise en charge?

En général, avec une à deux séances il est possible d'avoir de bons résultats.

Faut-il interroger la fertilité du compagnon et comment l'intégrer dans la prise en charge?

Concernant le conjoint dans cette approche de la fertilité, il est important de s'enquérir des examens déjà réalisés. Dans 30 % des cas, l'origine de l'infertilité est féminine. Mais dans 20 %, l'origine est masculine et elle est mixte dans 40 % des cas (NDLR: ces données proviennent du grand livre de la fertilité dont les références sont disponibles dans la partie « pour aller plus loin » à la suite de cette interview). En général, les investigations sont souvent en priorité faites sur la femme, car elle consulte son gynécologue pour son projet de grossesse. Le spermogramme n'est pas systématique, et les exa« L'endométriose touche 10 % des femmes, mais elle n'est pas forcément diagnostiquée. Un cinquième de ces femmes ont des difficultés à avoir un enfant »

mens pour les femmes sont beaucoup plus lourds et plus invasifs que pour l'homme. Je propose en général de rencontrer le couple lors de la prise en charge et beaucoup d'hommes jouent le jeu. Je pense que le spermogramme devrait être bien plus systématique.

Quel conseil donneriez-vous aux ostéopathes pour améliorer leur prise en charge? S'il y a un doute sur un problème thyroïdien qui peut interférer ou perturber la fertilité de la patiente, il faut un bilan hormonal. Surtout s'il n'y a pas de résultats au bout de deux séances. Enfin, en cas de prise en charge de la fertilité lors d'un second projet de grossesse, il faut penser aux conséquences post-partum (première grossesse et accouchement) sur le corps de la patiente.

Pour aller plus loin

- Nathalie Camirand. Dysfonctions glandulaires et nerveuses
- Diagnostics et traitements ostéopathiques.
- Ageron Marque Claudine Guide pratique d'ostéopathie en gynécologie.
- Conjeaud Bruno Grossesse, hormones et ostéopathie.
- Dr lévy-Dutel, Isabelle Berthaut, Laurence Brunet, Charlotte Dudkiewicz-Sibony, Dr Carole Minker, Dr Jérôme Pfeffer - Le grand livre de la fertilité.
- Geneviève Kermorgant Le traitement gynécologique au service de la fertilité.
- Zorn & Savale Stérilité du couple

fiche clinique **ÉTUDE DE CAS**

TAUX DE RÉUSSITE et suivi de grossesse à travers 3 cas cliniques

MADAME X A 40 ANS ET SON MARI 43 ANS. DEPUIS PLUS DE 9 ANS, LE COUPLE ESSAIE D'AVOIR UN ENFANT SANS SUCCÈS. MME X N'A JAMAIS EU DE GROSSESSE. AU-JOURD'HUI MME X SE PRÉSENTE EN CONSULTATION SEULE. L'INFERTILITÉ DU COUPLE EST À CE JOUR MÉDICALEMENT INEXPLIQUÉ. LE COUPLE S'EST TOURNÉ VERS LA PMA IL Y A 2 ANS SEULEMENT APRÈS SEPT ANNÉES D'ESSAIS INFRUC-TUFUX

ANTÉCÉDENTS

Antécédents obstétricaux

Mme X n'est plus sous contraceptif depuis 9 ans. Son cycle est régulier et compris entre 27 et 29 jours. Elle a subi une salpingectomie il y a 4 ans suite à une inflammation sévère de sa trompe droite. La patiente rapporte que sa trompe gauche semble fonctionner difficilement pour cause d'adhérences.

Elle a déjà réalisé 6 inséminations artificielles qui n'ont pas donné lieu à une grossesse, soit le maximum possible. Elle est donc passée à la FIV. Sa 1re insémination a échoué. La seconde est prévue dans 6 jours.

1RE CONSULTATION

La demande de la patiente n'est pas idéale. Elle se présente six jours avant sa seconde FIV et désire qu'on la prépare à cette deuxième FIV dans le but d'en optimiser les chances de réussite.

Âgée de 40 ans et déjà à sa deuxième FIV, elle sait qu'il ne lui reste que peu d'essais pour tomber enceinte. En effet, un maximum de quatre FIV est autorisé en France et en général l'âge maximum pour être candidate à la PMA est compris entre 42 et 43 ans. De son propre aveu, la patiente est très angoissée. Son mari n'est pas

présent durant la consultation, mais elle témoigne de la solidité de son couple et de l'investissement de son compagnon dans ce projet d'enfant. Tests

- Bassin osseux : iliaque gauche restreint, type inflare.
- Les ovaires ont une mobilité correcte, mais sur une amplitude réduite, notamment à gauche. - L5 en dysfonction antérieure.
- La colonne lombaire est en première loi de Fryette à concavité droite. Les hanches sont limitées dans leur rotation externe.
- L'abdomen est relativement souple, la respiration un peu raccourcie : le test du diaphragme montre un centre phrénique un peu bas sans tension importante sur la colonne.
- La mobilité crânienne est satisfaisante.
- Les mouvements des glandes hypophyse et épiphyse sont rythmés, mais quelque peu discontinus.

Traitement

On retrouve une zone de tension sur la partie gauche du petit bassin, l'ovaire gauche est très diminué dans sa mobilité, avec une inclinaison gauche de la vessie et de l'utérus.

- L'ensemble est réajusté par des techniques à grand bras de levier, ainsi que par le travail du paramètre gauche.

- La trompe gauche est travaillée par une manoeuvre de "stacking" entre l'ovaire gauche et l'utérus. La zone est maintenant souple, sans tension et à température homogène.

- Le soin se poursuit au niveau de la tête de la patiente.

- L'hypophyse et l'épiphyse demandent un réajustement léger, mais elles sont fonctionnelles ; ce qui n'a rien d'étonnant puisque la patiente est déjà réglée sur un cycle régulier.

La consultation terminée, il est demandé à la patiente de me tenir informé des suites de sa FIV. En cas d'échec, il est prévu de prendre le temps de recevoir le couple pour une consultation chacun, afin d'évaluer le traitement ostéopathique possible avant une nouvelle FIV.

Résultat

Un mois après la consultation, la patiente rapporte le succès de sa deuxième FIV. Comme beaucoup, elle est très angoissée et redoute un avortement spontané dans les premières semaines de grossesse. Nous convenons d'un suivi de grossesse régulier, d'une part pour rassurer la patiente, mais aussi pour lui assurer une grossesse confortable.

2E CONSULTATION (SUIVI)

La patiente se présente en consultation à 10 semaines d'aménorrhée. Elle est déjà moins angoissée qu'à l'annonce de sa grossesse car elle voit les probabilités statistiques d'une fausse couche diminuer au fil des semaines. Cependant, elle reste anxieuse et rapporte un état de stress tout de même important. Tous les examens médicaux sont bons.

La patiente ressent une gêne au niveau du dos qui n'a rien d'anormal chez une femme enceinte. Elle témoigne aussi de maux de tête fugaces, ce qui ne lui était jamais arrivé auparavant.

Traitement

Son utérus est penché, tracté sur sa droite avec un bassin réduit en mobilité.

- Travail de libération de la L5 avec l'organe utérin.
- L5 en dysfonction postérieur : réajustée.
- Réajustement utérin : à trois mois de grossesse, ça se fait très bien la patiente sur le dos.
- Travail d'équilibre crânien, TOG de la racine des membres et TOG du tronc pour améliorer la respiration et la circulation globale. Notons un réajustement articulaire de T1 pendant ce travail. La patiente est ensuite suivie chaque trimestre de sa grossesse.