

- 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.

Au sein de la maternité de niveau III du Centre Hospitalier de Calais, Mireille Bailly, Pascale Ponthieu et Caroline Vandebilcke ont été confrontées justement à une situation préoccupante ayant eu une évolution surprenante chez une patiente présentant une pré-éclampsie sévère et précoce où le risque materno-foetal 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-foetal n'est plus tolérable. L'apparition de cette pathologie a été analysée selon la médecine chinoise et un protocole a été mis en place en accord avec la patiente visant à un accompagnement global de sa grossesse par acupuncture.

Cas clinique d'une patiente de 41 ans

Sixième geste, primipare, Madame G 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 semaines d'aménorrhée (SA) un retard de croissance intra-utérin (RCIU) sévère (inférieur au 3^e percentile), avec oligoamnios. La patiente est transférée au CH de Calais, 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, (nicardipine 50 LP deux fois par jour). 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 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 diastolique entre 8 et 10. Le holter tensionnel conclut à 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 foetal estimé à 315 g à l'admission (le 50^e 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.

Démarche diagnostique selon la Médecine Chinoise

Le cas de Mme G a sensibilisé l'équipe toute entière de la maternité. Peu ou pas d'espoir d'arriver à un terme et un poids foetal suffisant pour permettre une prise en charge pédiatrique du bébé.

Et c'est dans ce contexte que Mireille Bailly, Pascale Ponthieu et Caroline Vandebilcke ont proposé une approche acupuncturale complémentaire. Au vu de ses antécédents obstétricaux chargés, de sa pathologie et de l'examen clinique selon la Médecine Chinoise, un Vide de *qi* du Rein est diagnostiqué. En effet, les pouls radiaux sont faibles au niveau de la loge Rein et les points *mu* du Rein (*jingmen* : 25VB) et du Foie (*qimen* : 14F) sont retrouvés 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, le *jing* du Rein contrôle toutes les étapes de la vie.

Les Reins sont aussi la racine du *jin* et du *yang* du corps, des Organes et des Entrailles. Plus précisément, le *jin* du Rein nourrit le *jin* du Foie et aide ce dernier à contrôler le *yang* du Foie. Un Vide de *jin* du Rein

entraîne secondairement un Vide de *yin* du Foie, responsable d'une montée du *yang* du Foie. Sur le plan clinique, on peut considérer qu'un Vide de Rein peut être à l'origine de pré-éclampsie, d'oligurie, d'œdèmes et d'insomnies par échappement du *shoushaoyin*. 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 œdèmes maternels par stagnation d'Humidité.

Protocole thérapeutique

La première séance, le 9 mai, combine les points suivants : 9Rn, 9F, 3Rn, 7Rn, 7C, 2F, 25VB, 14F et 23VE.

Les 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.

A la date du 10 mai, une nouvelle séance était proposée pour améliorer le bien-être de la patiente et traiter son anxiété. Mme G bénéficiait donc de la combinaison suivante : 4RP, 6MC, 8RP, 7C, 9F.

Le 23 mai, Mme G bénéficiait d'une nouvelle séance qui reprenait la première combinaison de points.

Le 29 mai, idem hormis le 14F et le 25VB qui étaient devenus silencieux à l'examen.

Le 13 juin : 3RP, 4RP, 21RP, 20V et 13F pour agir sur le *zutaiyin* afin d'optimiser la croissance du fœtus.

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

Résultats

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

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

Au niveau de la biologie, les transaminases se normalisent définitivement (figure 1).

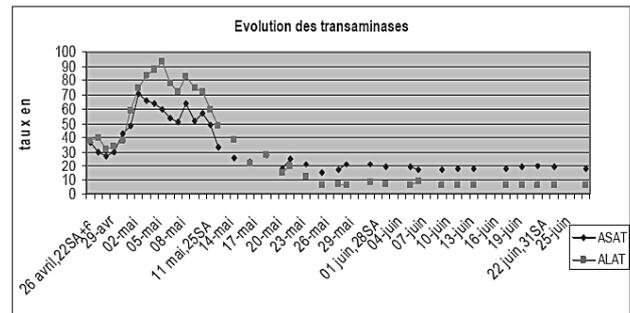


Figure 1. Evolution des transaminases.

La protéinurie baisse également après les premières séances d'acupuncture (figure 2).

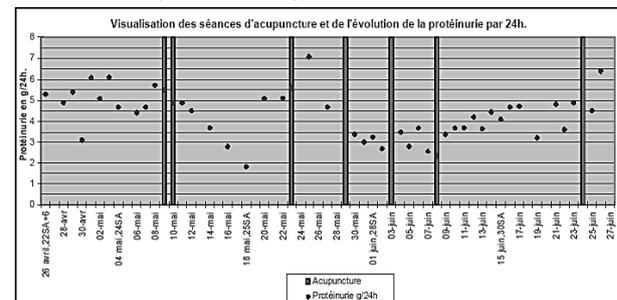


Figure 2. Baisse de la protéinurie après les séances d'acupuncture, de façon très nette suite aux deux premières.

L'équipe médicale notait une pré-éclampsie à évolution exceptionnelle et le 27 juin, au terme de 31 SA et 5 jours, devant des anomalies du RCF, une césarienne était réalisée permettant la naissance d'une petite fille de 1050g criant de suite.

En définitive, l'étude de ce dossier met en exergue l'usage de l'acupuncture en synergie avec la médecine occidentale, dans ce que l'on peut considérer comme de la médecine intégrative.

Il est évident que l'étude d'un seul cas ne permet pas de prouver que l'acupuncture améliore ou stabilise la pathologie de la patiente pour faire évoluer la grossesse jusqu'à un terme de 32 SA. Des essais contrôlés randomisés (ECR), gold standard en ce qui concerne les essais cliniques seraient nécessaires. Néanmoins d'un point de vue éthique, un ECR n'est pas possible dans ce type de pathologie et il faudrait davantage d'études

de cas ou de type cas/témoin pour considérer que la prise en charge par l'acupuncture est bénéfique en cas de pré-éclampsie.

Qimen & dystocies cervicales

Isabelle Deroo et Béatrice Vanden Bosch, sages-femmes dans une maternité à Tournai (Belgique), particulièrement confrontées aux difficultés rencontrées lors du travail d'accouchement se sont interrogées sur l'existence d'un moyen d'anticiper la survenue de la dystocie cervicale menant le plus souvent à la césarienne.

La dystocie cervicale désigne les anomalies situées au niveau du col, ce qui entraîne une dilatation dysharmonieuse de celui-ci. Ces anomalies peuvent être fonctionnelles ou anatomiques. Le diagnostic de dystocie cervicale est posé en travail après deux heures d'arrêt de dilatation. Avant de parler de dystocie cervicale, il est d'abord nécessaire de s'assurer du « bon moteur utérin » et d'une sollicitation suffisante du col par le mobile utérin. Les causes de dystocie cervicale sont multiples : anomalie au niveau du col utérin (cicatrice, fibrome, allongement hypertrophique, hymen cervical ou agglutination du col), défaut de maturation cervicale, persistance de la rétroversion utérine, anomalie d'ampliation du segment inférieur (fréquent pour les utérus cicatriciels), spasme du col utérin, présentation postérieures et bien sûr toutes les dystocies mécaniques (anomalie de bassin, macrosomie, etc.) pour lesquelles la césarienne est la seule solution.

Les dystocies entravent le bon déroulement du travail d'accouchement et allongent donc sa durée. Ce qui a un impact néfaste tant sur le fœtus (anomalies du RCF, score d'APGAR <6, diminution du pH à la naissance ainsi qu'une augmentation des prises en charge par les équipes néonatales) que sur la parturiente (fatigue, douleur, risque d'infection, hémorragie).

La solution devant une souffrance foetale aigüe pour cause d'arrêt de dilatation est le plus souvent une césarienne en urgence. Ce qui engendre fréquemment un traumatisme pour le couple qui a une vision idyllique de la naissance de leur enfant.

De ce fait, il peut être intéressant d'avoir un outil diagnostique et prédictif supplémentaire comme la palpation du 14F (*qimen*).

Physiopathologie

La dystocie cervicale peut être considérée comme une dysharmonie entre le *qi* et le Sang. Deux tableaux cliniques sont décrits : la déficience du *qi* et du Sang et la stagnation du *qi* et du Sang.

Vide de *qi* et de Sang

Les causes sont : constitution physique faible, surmenage, maladie pendant la grossesse, multiparité, rupture prématurée des membranes, efforts trop précoces ou trop importants à l'accouchement (entraînant un épuisement du *qi*). Ce type de dystocie se rencontre au cours de la deuxième phase de dilatation notamment chez les multipares à l'utérus trop lâche ou les primipares dont le travail dure trop longtemps. Les symptômes sont une hypokinésie de fréquence et d'intensité des contractions utérines, des douleurs lombaires, une asthénie, une lassitude, le souffle court, des palpitations. Le teint est pâle, tout comme la langue qui peut en outre être gonflée et tremblante ; le pouls est fin (*xi*) et faible (*ruo*). Le principe du traitement est de tonifier le *qi* et le Sang.

Stagnation du *qi* et du Sang

On la rencontre au cours de la première phase de dilatation, le plus souvent chez une primipare ayant une appréhension de l'accouchement. Les symptômes sont une hyperkinésie ou une hypertonie utérine, des contractions très douloureuses irradiant dans les lombes, un col épais spasmé, oedématié. On retrouve aussi une oppression thoracique, des éructations et nausées, un esprit déprimé ou agité, un ballonnement épigastrique et abdominal, des vertiges. La langue est rouge avec enduit lingual central blanc ou jaune et gras. Le pouls est tendu en corde (*xian*) et rapide (*shu*), glissant à la barrière (*hua*). Le principe du traitement est de régulariser le *qi*, vivifier le Sang et chasser la stagnation. C'est dans ce type de dystocie que la palpation du *qimen* aurait tout son intérêt. Et puncturer le 14F permettrait ainsi d'agir dans le but de rééquilibrer la

loge Foie qui assure la régulation du *qi*, qui renferme et conserve le Sang.

Etude diagnostique

Isabelle Deroo et Béatrice Vanden Bosch ont débuté leur étude en février 2012 pour s'achever en mai 2013, soit une durée de quatorze mois d'observation. Quarante-cinq patientes en grossesse unique entrées en début de travail ont été étudiées, toutes entre 37 à 41SA (figure 3). Le palper du 14F a été réalisé de façon bilatérale. Le *qimen* est considéré positif s'il est douloureux. Afin de ne pas influencer le déroulement normal du travail, il n'est pas divulgué les conséquences possibles du résultat à la patiente.

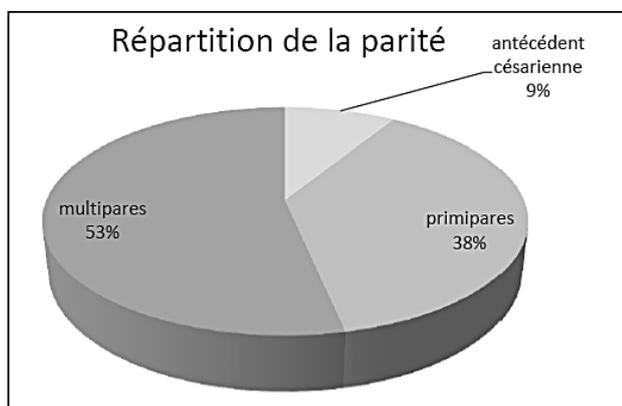


Figure 3. Répartition de la parité : 62% de multipares dont 9% aux antécédents de césarienne.

La survenue d'un accouchement dystocique survient chez 31% des femmes dans cette étude (sont considérés comme dystociques tous les accouchements instrumentalisés ou les césariennes non programmées). Ces chiffres ont été comparés avec les données périnatales recueillies en Wallonie pour l'année 2010. On retrouve un pourcentage d'accouchement dystocique (31,1%) assez similaire au taux recensé en Wallonie (27,5%). L'étude de la valeur diagnostique du dépistage passe

par le calcul de la spécificité $SP = VN / (FP + VN)$ qui correspond à la probabilité calculée en pourcentage que le signe soit absent chez les individus non atteints par la maladie recherchée ; par la sensibilité $SE = VP / (VP + VN)$ qui est la probabilité que le signe soit présent chez les individus atteints par la maladie recherchée (tableau I).

La spécificité SP est égale à 83,87% ; la sensibilité SE = 78,57%. La valeur prédictive du signe est positive à 68,75%, probabilité que le diagnostic soit vrai si le signe est présent. La valeur prédictive est négative à 89,66%, probabilité que le diagnostic soit faux si le signe est absent. L'indice de Youden = (sensibilité + spécificité - 1) est calculé à 0,62. Si cet indice négatif, alors le test est inefficace alors qu'il sera efficace s'il se rapproche du 1. Le coefficient de Q de Yule est calculé à 0,9 ; ce qui correspond à une très forte intensité de la liaison entre les deux variables (maladie/signes). Enfin le calcul du X^2 (Khi carré) est égal à 16,41 correspondant à une liaison statistiquement significative entre la maladie et le signe, avec moins de 5% de chances que la distribution résulte de hasard.

Bref, tous ces calculs médico-statistiques permettent d'évaluer la valeur diagnostique du *qimen* sensible lors d'une dystocie.

Et malgré le nombre restreint de patientes étudiées, cette étude a permis de mettre en évidence la fiabilité de ce pronostic. En effet, un *qimen* positif peut faire craindre une dystocie importante lors du travail ou de l'accouchement. Il sera donc intéressant de lever la stagnation du Foie dès la fin de grossesse ou le début du travail.

En conclusion, ce travail offre de nouvelles perspectives de diagnostic et de pronostic, mais à confirmer par de nouveaux essais de plus grande puissance, et en se comparant à un test de référence.

Tableau I. Résultats de la recherche du 14F en fonction de la présence ou pas de la dystocie.

	Accouchement dystocique	Accouchement eutocique
<i>Qimen</i> + (présent)	11 vrais positifs (VP) individus atteints chez lesquels le signe est présent	5 faux positifs (FP) le signe est présent et les individus ne sont pas atteints.
<i>Qimen</i> - (absent)	3 faux négatifs (FN) individus atteints chez lesquels le signe est absent	26 vrais négatifs (VN) le signe est absent et les individus ne sont pas atteints.



Dr Jean-Marc Stéphan
 Directeur de la revue « Acupuncture & Moxibustion »
 Coordinateur du DIU acupuncture obstétricale Lille 2
 Chargé d'enseignement à la faculté de médecine de Rouen
 Médecin acupuncteur attaché au CHG de Denain 59220
 Secrétaire Général de l'ASMAF-EFA
 ✉ jm.stephan@acupuncture-medicale.org

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Décret n° 2008-863 du 27 août 2008 complétant le code de déontologie des sages-femmes. Available from URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019386996>.
2. Arrêté du 2 novembre 2009 fixant la liste des diplômes permettant l'exercice des actes d'acupuncture par les sages-femmes. Available from URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021245638>.
3. Stéphan JM. DIU d'Acupuncture Obstétricale : tableaux d'une exposition. Acuterme, *zhubin* et mise en route du travail dans les ruptures prématurées des membranes. *Acupuncture & Moxibustion*. 2013;12(1):69-72.
4. Stéphan JM. DIU d'Acupuncture Obstétricale : tableaux d'une exposition. *Sanyinjiao* et périnée, *zhubin* et *neiting* dans le syndrome de Lacomme, sphygmologie quantitative. *Acupuncture & Moxibustion*. 2013;12(2):147-151.
5. Stéphan JM. DIU d'Acupuncture Obstétricale : tableaux d'une exposition. Canal carpien, prise en charge de la montée laiteuse, variétés occipito-postérieures et travail. *Acupuncture & Moxibustion*. 2013;12(3):240-245.
6. Stéphan JM. DIU d'Acupuncture Obstétricale : tableaux d'une exposition. *Baihui* et poussée hémorroïdaire post-partum ; qualité de vie et douleurs dans le syndrome de Lacomme. *Acupuncture & Moxibustion*. 2013;12(4):330-332.