



PHYSIOLOGIE de la GROSSESSE

La grossesse n'est pas un état c'est une dynamique.

La grossesse ne fait qu'amplifier une fragilité préexistante, toujours la même.

La grossesse n'est pas une maladie, mais à tout moment elle peut devenir « pathologique ».

Dans ces conditions, toute grossesse doit être surveillée avec rigueur et le premier devoir de toute sage-femme est de maintenir chaque femme enceinte en bonne santé, d'éviter qu'elle ne « tombe en maladie ». La consultation homéopathique, en recherchant et en notant les moindres « dérapages », doit être un moment privilégié pour rechercher et sélectionner le remède spécifique qui saura aider la mère, le moment venu, à retrouver son équilibre.

Nous allons rapidement étudier les transformations nécessaires au bon déroulement de toute grossesse, c'est-à-dire **rappeler les principes physiologiques de la grossesse.**

1°) STATIQUE GÉNÉRALE

La vie est en soi un phénomène mécanique. Les organes sont en mouvement permanent (pulsations de la circulation sanguine, contractions musculaires, respiration...)

L'organisme est lui-même, par nécessité, mobile dans son environnement : il a un axe central dit de gravité qui se déplace durant les 9 mois de grossesse

- accentuation de la lordose lombaire
- bascule du bassin en arrière
- accentuation de la cyphose dorsale
- augmentation des appuis sur l'avant pied.

L'imbibition gravidique diminue la stabilité interne de la structure en ramollissant ses systèmes de maintien.

N'oubliez pas de vérifier la symétrie du bassin, en début de grossesse. L'asymétrie peut engendrer des dysménorrhées « idiopathiques » par congestion pelvienne, des dyspareunies profondes, du fait de la contracture du pyramidal et probablement certaines infertilités.

Sous l'effet de l'imbibition gravidique, les articulations du bassin obstétrical deviennent plus souples.

- le pubis s'écarte, se cisaille, à la marche : pubalgies, syndrome de LACOMME, **sciaticque** le long des fesses, descendant rarement en-dessous, jamais jusqu'aux genoux. **NATRUM CARBONICUM, RUTA GRAVEOLANS, TRILLIUM PENDULUM, LUESINUM, SYMPHYTUM, TEREBINTHINA...**
- Tension perçue autour de l'anus
- Tension perçue à la racine interne de la cuisse
- Tension des ligaments sacro-sciatiques, entraînant le bearing-down.



QUELQUES REMÈDES :

Symphyses : CALCAREA PHOSPHORICA

Bassin : BELLIS PERENNIS

Coccyx : ARNICA, CAUSTICUM, RUTA GRAVEOLENS,

Rachis : suite de traumatisme, CONIUM MACULATUM

Tête : suite de traumatisme, NATRUM SULFURICUM

Tendons, ligaments : RUTA, RHUS TOXICODENDRON

Aponévroses, insertions périostées : RUTA

Tissus cellulaires : RHUS T.

Muscles : ARNICA, ACTEA RACEMOSA

Synoviales : BRYONIA, APIS

Glandes : CONIUM MACULATUM, BELLIS PERENNIS

Néuralgies : HYPERICUM, BELLADONNA, BRYONIA, PLUMBUM (atrophie musculaire)

Ecchymose : ARNICA, LEDUM PALLUSTRE, BELLIS PERENNIS

Œdèmes : APIS, LEDUM P., VIPERA, NATRUM SULFURICUM

Coupure : STAPHYSAGRIA

Fracture : SYMPHYTUM, RUTA, CALCAREA PHOSPHORICA

Surinfection : HEPAR SULFUR, PYROGENIUM, NAJA, CALENDULA, MYRISTICA

Crampes : NUX VOMICA, CUPRUM, MAGNESIA PHOSPHORICA, SECALE CORNUTUM, ACTEA RACEMOSA, VERATRUM ALBUM...

2°) PHÉNOMÈNES MÉTABOLIQUES

Au cours de la grossesse les métabolismes sont modifiés pour faire face aux exigences du développement de l'œuf et de ses annexes.

Le métabolisme de base est augmenté de 15 à 30%.

La prise de poids est continue. Elle répond au développement de l'œuf, de l'utérus, des glandes mammaires, de l'eau & des électrolytes et des réserves stockées.

Le métabolisme glucidique est le plus précocement et le plus profondément modifié pour répondre aux besoins énergétiques. La glycémie monte et s'oppose point par point à l'insuline. Elle est hyperglycémiante.

Nous assistons à une **élévation de la glycémie** et à une **diminution de la sensibilité à l'insuline**.

Ce sont des mécanismes adaptatifs à l'augmentation de la demande glucosée du fœtus qui grandit.

Grâce à une activité physique régulière, les taux peuvent être maintenus.

L'aggravation de l'intolérance aux hydrates de carbone conduira au diabète gestationnel.

La prédominance habituelle de l'**hyperinsulinémie**, en début de grossesse sera responsable des hypoglycémies avec baisse de la tension artérielle, le plus souvent associées à des fringales et surtout à une acétonémie apparaissant au lever et se traduisant par les nausées et les vomissements gravidiques classiques.

Un diabète potentiel préexistant provoquera l'apparition d'un diabète gestationnel avec apparition progressive d'une macrosomie ; un diabète latent, chimique ou clinique donnera un R.C.I.U. (retard de croissance in utero).

L'homéopathie n'est pas le choix d'un remède le meilleur possible, c'est avant tout le choix d'une grossesse la meilleure possible.



Quelques remèdes homéopathiques peuvent stabiliser la montée de la glycémie, selon les symptômes recueillis durant les consultations. Vous les sélectionnez avec minutie, **recherchant toujours la plus grande similitude, grâce à votre observation clinique** :

IGNATIA : manifestations nerveuses, aspect paradoxal et contradictoire de tous les signes....

LACHESIS : Troubles endocriniens, insomnie avec rêves de mort, oppression, bouffées de chaleur.

La patiente est toujours plus mal après avoir dormi.

LYCOPODIUM : Atteinte hépatique, malade qui maigrit, acétonémie, azotémie.

Les symptômes sont aggravés de 16 heure à 20 heure.

BRYONIA : soif+++ , constipation, ...

NATRUM SULFURICUM : Diarrhées après le petit déjeuner, gaz +++ , soif +++ , urine +++ , démangeaisons+++.

ACETICUM ACIDUM : soif +++ , amaigrissement, urine pâle, anémie.

SULFUR : fatigue +++ à 11 heure, diarrhée à 5 heure.

CHIMAPHILLA : Douleurs dans la région lombaire, urine +++ , mucus filant, épais, constant désir d'uriner.

Et bien d'autres.....

3°) PHÉNOMÈNES RESPIRATOIRES

Les phénomènes respiratoires accompagnent les phénomènes métaboliques dans un même mouvement. Les contractions utérines peuvent induire une dyspnée, respiration coupée, manque d'air, essoufflement après effort.

4°) ÉLIMINATION RÉNALE

La rétention est favorisée par les oestrogènes et l'insuline.

Au fur et à mesure que la grossesse avance, on note une différence entre les diurèses nocturnes et diurnes.

La compression de la veine cave inférieure provoque une difficulté de retour veineux du bas du corps.

Dans ces conditions, la partie basse du corps peut séquestrer jusqu'à 2/3 de la masse sanguine.

Il s'ensuit une baisse de la diurèse en position debout.

Le décubitus, particulièrement en position latérale gauche, se comporte comme une perfusion de sérum et de substrat.

Envie d'uriner par tension du péritoine.

5°) PHÉNOMÈNES CIRCULATOIRES

La circulation sanguine est transformée par la compression de la veine cave inférieure, au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse.

La pression artérielle a plutôt tendance à diminuer et la pression veineuse à monter dans la deuxième moitié de la grossesse.

Le débit cardiaque augmente de 30% au premier trimestre, à 50% à la fin de la grossesse.

L'accouchement peut encore majorer de 20 à 40% le débit cardiaque.



Quelques remèdes **régulateurs de la circulation sanguine**, toujours à employer selon la similitude :

HAMAMELIS : veines sensibles, douloureuses, sang noir.

PULSATILLA : cyanose des extrémités, aggravation la nuit.

AESCULUS : **aggravation** à la chaleur et à la marche, **amélioration** en position de repos, allongée.
Douleurs sacro-lombaire.

4

Répertorisation :

Varices pendant la grossesse : CARBO V., FL. AC., PULS., *arn., ars., caust., ferr., graph., ham., lyc., mill., nux v., zinc.,* *acon., apis.*

Varices de la jambe : FER., PULS., *ham, lyc., mill., zinc.*

Les contractions utérines entraînent une ischémie, avec sensation de jambes coupées, impossibilité de faire un pas de plus pendant le C.U. : Gnaphalium...

6°) LA COAGULATION

Normalement au cours de la grossesse, la coagulabilité sanguine augmente du début à la fin.

- Le fibrinogène augmente progressivement,
- Les facteurs VII, VIII, IX, et X sont nettement augmentés,
- Le T.C.K. augmente au deuxième et troisième trimestre,
- Le T.P. augmente au troisième,
- Tous les paramètres de la fibrinolyse augmentent.

Tout ceci semble avoir pour fonction de permettre l'hémostase de l'immédiat post-partum.

L'accentuation de la **tendance « hyper coagulable »** amènera un risque de thrombose ou de C.I.V.D.(coagulation intra-vasculaire disséminée), avec ses conséquences : la **maladie gravidique**.

Quelques remèdes homéopathiques peuvent, s'ils sont prescrits sur l'ensemble des signes, maintenir **l'équilibre de la coagulation**, et éviter la survenue de conséquences graves :

VIPERA : douleurs aigües, crampoïdes, aggravées en laissant pendre le membre douloureux, œdèmes +++ livides.

PULSATILLA : douleurs qui changent de place, température légère, soif négative, aggravation les jambes pendantes.

6°) ACTIVITÉ CONTRACTILE UTÉRINE

Les contractions utérines augmentent progressivement au cours de la grossesse. Le développement du muscle utérin répond essentiellement à des sollicitations hormonales et au développement de l'œuf.

Les contractions utérines préparent l'accouchement.

1,3 contraction utérine à 21-24 semaines d'aménorrhée par jour en moyenne,

2,9 " " à 28-32 semaines " "

4,9 " " à 38-40 semaines " "

Les 2/3 des contractions utérines se produisent la nuit. Leur puissance est augmentée par 4 au cours d'un rapport sexuel.

L'augmentation, au-delà d'une certaine limite, conduit à la menace d'accouchement prématuré (M.A.P.).



La **croissance fœtale et le vieillissement placentaire** apparaissent comme **liés**.

Le **ralentissement du vieillissement placentaire** conduira à une grossesse se poursuivant harmonieusement au-delà du terme théorique calculé, sans anomalie pour le fœtus et retardera le travail de l'accouchement tant que les approvisionnement fœtaux seront satisfaisants.

L'accélération brutale (infarctus placentaire, hématome retro-placentaire,) provoquera une souffrance fœtale d'autant plus aiguë que le phénomène sera important et mettra en route l'accouchement avant le terme théorique.

Une **pathologie placentaire**, soit **génétique** (artère ombilicale unique) soit **fonctionnelle** (flux utérin insuffisant) décalera vers le haut la courbe de vieillissement placentaire.

Il nous est relativement facile, grâce à « l'esprit homéopathique » de dépister les moindres dérapages et de faire une bonne prévention.

À chaque consultation, **notez les moindres plaintes de la patiente**, en leurs donnant une évaluation, une note (de 1 à 10 par exemple) ou en faisant des courbes de graduation.

Observez ainsi l'évolution des symptômes :

- prise de poids, T.A, pouls,
- malaises,
- sommeil,
- apparition d'une veine tendue,
- d'une poussée hémorroïdaire, entraînant un problème de circulation qui se compliquera d'un problème de coagulation.
- température révélant une infection, entraînant un changement des caractères des C.U., entraînant la modification du col et signant la M.A.P.

et recherchez toujours une autre cause, une « **SUITE DE** »..., que la simple grossesse. C'est ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé prévoit de réduire de moitié les accidents mortels maternels.

L'intolérance aux hydrates de carbone, la tendance à l'hyper coagulabilité, l'activité utérine sont parties intégrantes de la physiologie de la grossesse et c'est l'exagération de leur évolution qui leur confère un caractère pathologique.

En étant responsable de la surveillance de toute grossesse, nous devons veiller à maintenir la femme en bonne santé et à rétablir l'équilibre, à la moindre déviation, en proposant un traitement homéopathique spécifique, à la DOSE la plus INFINITÉSIMALE, selon la LOI de SIMILITUDE.

Mme Sylvie De SIGALONY
Sage-femme homéopathe