

2^{ème} Congrès National de la SOFMMOO

LOMBALGIES ET GROSSESSE

Le point de vue de l'obstétricien

Fritz G., Boudier E., Nisand I.
Département de Gynécologie-Obstétrique
CHU Strasbourg.



INTRODUCTION

Manque de connaissances des praticiens
« Enceinte, c'est normal d'avoir mal au dos »

Modifications physiologiques, psychologiques de la grossesse.
Souvent bien vécues, MAIS PARFOIS MAL VECUES.

Si lombalgies : CAUCHEMARD

Grossesses de + en + tardives
Patientes professionnellement de + en + actives

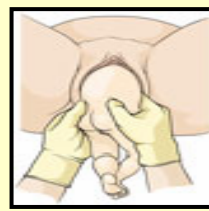
EPIDEMIOLOGIE

- Fréquence : 42-61% (études prospectives)
 - Début : 18^e semaine, puis augmentation de fréquence,
Max : 5 -7 mois
 - Pb économique: 1/5 en AT, 7 sem en moyenne (Noren, 1997)
 - 1/3 Troubles sommeil
 - F de risque : - Atcd lombalgies
 - F jeunes
 - multipares?
- (Kristiansson 1996, Oostgaardt 1993)

MODIFICATIONS ANATOMIQUES ET FONCTIONNELLES

- Symphyse pubienne .
- Articulations sacro-iliaques (+++)
- Charnières lombo-sacrée et dorso-lombaire.

**Impossible de séparer l'analyse physiologique
du bassin et de la colonne.**



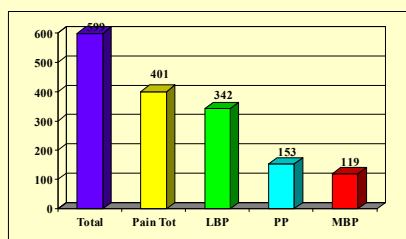
LOCALISATIONS PREFERENTIELLES



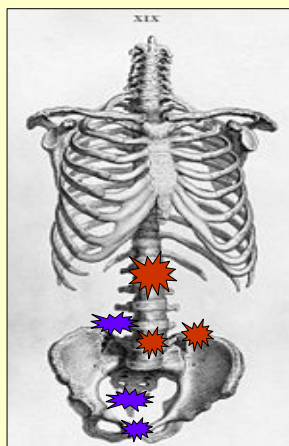
Localisations les plus fréquentes



Localisations les plus algiques



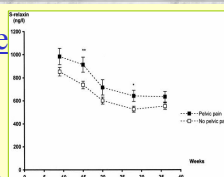
Skaggs, 2007



LOMBALGIES ET GROSSESSE: PHYSIOPATHOLOGIE

1. Relachement ligamentaire précoce

- Relaxine, pic à 12 SA



2. Distension de la paroi abdominale

Affaiblissement de la ceinture musculaire abdo

3. Déplacement du centre de gravité vers l'avant

Compensé par les muscles extenseurs spinaux

>> pas d'accentuation de la lordose (Oostgaardt 1993)

4. Facteurs biopsychologiques



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- **Pathologie rénale:** pyélonéphrite,
colique néphrétique
- **Kyste ovarien**
- **Appendicite**
- **Contractions utérines**



Kyste ovarien

SUIVI DE LA GROSSESSE

- **Suivi possible par un médecin généraliste, une sage femme ou un obstétricien**
- **7 consultations prénatales obligatoires:**
 - 1^{ère} Cs avant la fin du 3^{ème} mois
 - 1 Cs mensuelle du 4^{ème} au 9^{ème} mois
- **3 échographies recommandées**
 - T1 : 12-14 SA
 - T2 : 22 SA
 - T3 : 32 SA

EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES

- **Que si médicalement nécessaires !**
 - Suspicion conflit disco-radulaire,
 - Lombosciatiques + signes déficitaires moteurs
 - Sd de la queue de cheval
- **Recommandations SOFMMOO :**
 - Manipulations sacro-iliaque lombaire,dorsale : Pas utile de faire RX.
sauf âge < 25 ans et > 50 ans
 - Manipulations cervicales : RX obligatoires.
- **Recommandations SF Radiologie :** **Dose < 100 mSv**
 - Avant l'implantation (J8) : loi du tout ou rien
 - Jusqu'à 10 SA (organogénèse) : Risque de malfo si dose ≥ 200 mSv
 - > 10 SA : risque d'anomalies du développement cérébral > 500 mSv

RADIOLOGIE ET GROSSESSE

Examens	Dose fœtale probable
Rachis cervical	<0,01 mSv
Rachis dorsal	≈ 0,04 mSv par cliché
Rachis lombaire F+P+3/4+bassin +L5-S1 F+P	≈ 5 mSv
Pelvimétrie TDM	< 4 mSv
TDM lombaire spiralé	< 5 mSv
TDM lombo-sacré séquentiel	≈ 10 mSv

RADIOLOGIE ET GROSSESSE

- Préférer l'IRM au TDM
mais nécessite l'immobilité
- Eviter IRM au premier trimestre
- Eviter Injection de produit de contraste type Gadolinium :
peu de données publiées mais rien d'inquiétant
- Société Française de Radiologie :
« en vertu du principe de précaution: tout examen
non urgent autre que l'échographie doit être
repoussé après l'accouchement »

THERAPEUTIQUE traitement médicamenteux

■ ANTALGIQUES +++

Palier 1: - **Paracétamol**: +++ jusqu'à 4 grs/jr.
- Néfopam (Acupan®): pas de données publiées

Palier 2: - **Dextropropoxyphène**
- **Codéine**
- Tramadol : pas de données publiées

Palier 3: - **Morphine**
>> utiliser avec prudence
Pas d'effet tératogène mais expose à Sd de sevrage.

THERAPEUTIQUE traitement médicamenteux

- **AINS:** Autorisés de la 12^e semaine à 24^e semaine
AFSSAPS : CI formelle à partir 6^e mois
Risque : Insuffisance rénale aiguë foetale
Fermeture prématurée du canal artériel
Hypertension artérielle pulmonaire
Pas dose dépendant! Un seul jour de traitement suffit.
- **Corticoïdes : Prednisone ++**
corticoïde de choix: demi vie courte et faible passage transplacentaire.
Risque de majorer une intolérance au glucose !
prudence chez les femme présentant une pré éclampsie!

THERAPEUTIQUE traitement médicamenteux

- **Myorelaxant (BZD):**
Tétrazépam (Myolastan®)
 - quel que soit le terme de la grossesse à la dose efficace la plus faible possible (pas de malfo à T1)
 - risque d'hypotonie, dépression respiratoire, Sd de sevrage chez le NN
- **Douleurs neuropathiques et algies rebelles :**
Antidépresseurs tricycliques
 - Amitryptiline (Laroxyl®)
 - Clomipramine (Anafranil ®)
 - Imipramine (Tofranil®)
 - risques: hyperexcitabilité, détresse respi, troubles du tonus chez le NN

THERAPEUTIQUE Alternatives

- **Education**: garder une activité régulière, aérobic
sans répercussion fœtale, placentaire (*Larsson 2005*)
American College of Obstetrics and Gynecology (1995) :
3 fois par semaine (irréaliste)
- **Kinésithérapie** associée à exercices de relaxation.
- **Acupuncture**

THERAPEUTIQUE Alternatives

- **Balnéothérapie**
- **Manipulations vertébrales**
- **Arrêt de travail** : Insuffisant! utilité d'autres actions.
- **Physiothérapie** : contre-indiquée (sauf TENS)

EFFICACITE DES TRAITEMENTS

1) Kinésithérapie vs prise en charge conventionnelle

- Etude prospective randomisée 32 patientes vs 35 patientes
RR = -5,34 ; IC = -6,40; -4,27 (*Supputiada, 2002*)
Pas différence en terme évolution de la grossesse
- Amélioration des Douleurs : $p=0,006$ (*Garbashi, 2005*)
 $p<0,03$ (*Kihlstrand, 1999*)
AT: 12,9% (982 j) vs 21,7% (1484 j)

EFFICACITE DES TRAITEMENTS

2) Balnéothérapie vs Kinésithérapie:

Douleurs et arrêt travail (*Granah, 2007*)

- Patientes groupe kinésithérapie (134) moins bien soulagées que balnéothérapie (130)
Douleurs: 34 vs 19 ($p=0,04$).
- Plus A.T. groupe kinésithérapie/balnéothérapie ($p=0,03$).
- Evolution mère et fœtus pas de différence en particulier pas d'augmentation infections urinaires

EFFICACITE DES TRAITEMENTS

3) Acupuncture vs groupe contrôle

[Kvorning N. Acta Obstet Gynecol Scand 2004;83:246-250](#)

72 patientes randomisées en 2 gpes

37 patientes vs 35 patientes

- Douleurs (EVA): 60% améliorées ds gpe acu vs 14% ($p < 0,01$)
- Activité quotidienne: 43 % améliorées par acu vs 9% ($p < 0,01$)

Pas d'effets secondaires

EFFICACITE DES TRAITEMENTS

4) Acupuncture versus Kinésithérapie

[Wedenberg. Acta Obst. Gynecol. Scand. 2005;331](#)

60 patientes randomisées en 2 gpes

- Acupuncture: 3 X /S pdt 2 S puis 2 X/ S pdt 2 S. (10 séances)
- Kinésithérapie: séances individuelles 1 à 2 fois /S (10 séances)
exercices , conseils sur posture et correction

Amélioration des douleurs diurnes et nocturnes de façon
significative avec l'acupuncture par rapport à la kinésithérapie

CONCLUSION

- Pathologie fréquente et invalidante de la femme enceinte
- Ne pas négliger et traiter !!!
- Prise en charge pluridisciplinaire
- Intérêt des traitements « non pharmacologiques » :
kinésithérapie, balnéothérapie, acupuncture +++
- Manipulations vertébrales