Propositions de recommandations
de la SOFMMOO

Traitement par manipulations vertébrales
des rachialgies de la femme enceinte

SOFMMOO : J. Lecocq, ME. Isner, D. Bonneau
Département de Gynécologie-Obstétrique du CHU
de Strasbourg : E. Boudier, G. Fritz, I Nisand

Méthodologie

1. Analyse de la littérature (indexée ou non)
2. Consensus entre gynécologues-obstétriciens et médecins de médecine manuelle ostéopathique (MMO) : 6 réunions
3. Avis d'experts en MMO : membres du Conseil d'Administration de la SOFMMOO
4. Table ronde du congrès SOFMMOO
5. Synthèse finale et publication

Recommandations

- Conseils de précautions **centrées sur le foetus** et non sur la patiente rachialgique
- Avant tout **ne pas nuire à l'enfant** ou même ne pas laisser penser à tort que la MV a pu lui nuire
- $\rightarrow$ 4 des 5 recommandations hors rachis cervical uniquement centrées sur la grossesse (et en partie la 1ère recommandation)

Rachis cervical

1. Les recommandations de la SOFMMO concernant les manipulations vertébrales (MV) cervicales sont applicables à la femme enceinte
    1. Interrogatoire pré-manipulatif
    2. Examen clinique pré-manipulatif
    3. Respect des indications et contre-indications
    4. Médecin diplômé et compétent
    5. Pas de MV cervicale en rotation chez la femme < 50 ans
    6. Suivi médical
2. Les radiographies cervicales sont autorisées après le 1er trimestre de grossesse avec protection par tablier de plomb

Manipulations du
rachis thoracique,
du rachis lombaire,
ou des articulations sacro-iliaques

Recommandation N°1

- Chez la femme enceinte dont l'examen clinique est en faveur d'une pathologie vertébrale mécanique bénigne sans conflit disco-radiculaire, des MV médicales indirectes sont possibles sans bilan radiologique

- Commentaires :
  1. Les radiographies et TDM sont contre-indiqués pendant la grossesse sauf absolue nécessité ou en fin de grossesse
  2. Recommandations 2006 de la SOFMMOO : pas de radiographies systématiques pour MV dorsale, lombaire et sacro-iliaque
  3. Si les données cliniques font craindre une rachialgie non mécanique, une IRM est possible après le 1er trimestre.

Recommandation N° 2

- Un interrogatoire concernant la grossesse et les antécédents obstétricaux est nécessaire avant MV. S'il existe une pathologie obstétricale ou une suspicion (notamment pré-éclampsie, hypotrophie fœtale, prise d'anti-coagulants, antécédent de fausse couche,…), il est recommandé de prendre un avis auprès du médecin qui suit la grossesse.

Recommandation N° 2

- Commentaires
  1. Le diagnostic différentiel d'ordre obstétrical est plus facilement fait par le médecin qui suit la grossesse. Par exemple, une activité utérine peut se manifester par des lombalgies. certaines néphropathies se décompensent plus aisément pendant la grossesse, à l'origine de lombalgies.

  2. les MV sont susceptibles d'entraîner des variations de tension artérielle. En cas de pré-éclampsie il existe un risque de bas débit maternel et fœtal encore plus préjudiciable s'il existe déjà une hypotrophie fœtale.

Recommandation N° 2

- Commentaires

3. En cas d'anticoagulants (AC) à dose curative (HBPM), il existe un risque d'hématome retroplacentaire en cas de traumatisme même mineur. Si une fenêtre thérapeutique de 24 heures est autorisée, les MV sont possibles.

4. Le Collège Français des Gynécologues-Obstétriciens recommande les AC à dose prophylactique dans tout antécédent de thrombose veineuse profonde associée à une thrombophilie. Les MV sont possibles.

3. En cas de fausse couche à partir du 2ème trimestre, le suivi médical d'une grossesse ultérieure est complexe en raison des diverses étiologies possibles.

Recommandation N° 3

- Du fait du risque naturel plus élevé de fausses couches au 1er trimestre, il est nécessaire avant un traitement par MV d'en informer la patiente et de recueillir son consentement.

- Commentaires :

  Il n'existe pas de preuve que les MV puissent ou non être une cause de fausse couche mais la littérature est de mauvaise qualité méthodologique. Pour éviter qu'une MV ne soit considérée à tort comme à l'origine d'une fausse couche une prudence supplémentaire s'impose jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée.

Recommandation N° 4

- Chez les femmes dont le groupe rhésus est négatif, le Collège Français des Gynécologues-Obstétriciens recommande une prophylaxie anténatale systématique de l'immunisation rhésus à la 28ème semaine d'aménorrhée et dans les situations à risque de traumatismes même minimes.

  Les MV ne sont pas recommandées chez les femmes dont le groupe rhésus est négatif avant qu'elles n'aient bénéficiées de cette prophylaxie.

Recommandation N° 4

- Commentaires
  - 15 % des femmes enceintes sont de groupe rhésus négatif.
  - 750 cas d'immunisation / an.
  - Le risque d'immunisation foeto-maternelle est représenté par l'anémie fœtale pouvant conduire au décès de l'enfant.
  - La prophylaxie se fait par injection d'immunoglobulines anti-D.

Recommandation N° 5

- Les décubitus dorsal et latéral droit sont susceptibles d'entraîner une baisse de tension artérielle. Il convient d'être attentif à la survenue d'une manifestation de celle-ci et, dans ce cas, de mettre la patiente en décubitus gauche.

Recommandation N° 5

- commentaires :

  Le syndrome de compression aortico-cave en décubitus dorsal ou latéral droit ou effet Poseiro peut être préjudiciable au fœtus en entraînant une bradycardie défavorable.

  Les MV dans ces 2 positions, bien que brèves doivent être plus particulièrement prudentes. Tout malaise même minime nécessite l'arrêt de la MV et la mise en DLG.

Conclusion

1. Ces recommandations sont élaborées en concertation avec des gynécologues-obstétriciens et des médecins de MMO, avec pour priorité la protection de la grossesse : consensus

Conclusion

2. Le traitement par MV des rachialgies des femmes enceintes paraît efficace et de risque faible par rapport à d'autres traitements (mais faible niveau de preuves de la littérature), à condition qu'il soit réalisé par des médecins compétents et respectant des conseils de prudence.

3. $\rightarrow$ une meilleure collaboration et reconnaissance mutuelle entre les gynécologues et les médecins de MMO permettra une meilleure prise en charge des fréquentes lombalgies des femmes enceintes.