

# TRAITEMENTS DES LOMBALGIES DE LA FEMME ENCEINTE

## Que faire quand elles en ont plein le dos... avant d'en avoir plein les bras !

G. FILION\*, K. LEBEURIER\*\*

\*M.D., F.R.C.P. (c), M.Sc. - Psychiatre - Hôpital Ste-Justine et Hôpital Marie Enfant

\*\* Physiothérapeute - Hôpital Ste-Justine

5200 rue Belanger Est - Montréal H1T 1C9 - Québec

### INVESTIGATION ET TRAITEMENT

La lombalgie touche une femme sur deux au cours de la grossesse. Le diagnostic le plus fréquemment posé étant une atteinte de type mécanique, la majorité des patientes ne nécessiteront aucune investigation additionnelle, l'évaluation clinique étant la plupart du temps suffisante. Toutefois, certaines patientes présenteront soit une symptomatologie atypique ou des signes suggérant une lésion organique grave, liés à un risque de morbidité ou de mortalité élevé, justifiant de ce fait une investigation étiologique plus poussée. Certains examens ne présentent pas de risque significatif, tel qu'un bilan sanguin ou l'échographie, mais d'autres représentent un risque qui doit être pesé lors du choix de l'investigation.

Les mêmes considérations sont également présentes lorsqu'il est question du traitement de la lombalgie en grossesse. Alors que plusieurs thérapeutiques ne représentent aucun risque pour le fœtus, tels que les massages ou les exercices et postures, d'autres modalités thérapeutiques peuvent interférer avec le développement du fœtus de façon

variable selon le trimestre de la grossesse. Encore une fois, le risque relatif du choix de l'intervention doit être mis en perspective avec l'importance du problème de lombalgie et sa non-réponse à des modalités à moindre risque.

Pour certaines patientes, la lombalgie sévère en grossesse demande une approche multidisciplinaire pour permettre d'identifier le plus adéquatement le choix de l'investigation et l'approche thérapeutique optimale, souvent complexe. Par exemple, l'expertise du radiologiste, du nucléologiste ou d'une pharmacienne permet de prendre les meilleurs décisions en réduisant au minimum le risque pour le fœtus. Cet article ne se veut pas une revue exhaustive de toutes les avenues disponibles mais vise à souligner l'usage, en général accepté des traitements physiques mais aussi des techniques radiologiques et de la pharmacologie à notre disposition.

#### ■ INVESTIGATION

À la base, tout le monde s'accorde pour réduire au minimum toute irradiation du fœtus, ce qui ne veut pas dire qu'aucune irradiation n'est possible. Tout examen radiologique qui est médicalement nécessaire doit être

effectué mais aussi toute manœuvre pouvant réduire l'irradiation du fœtus. Dans certaines situations, telle une fracture d'un membre, la protection du fœtus par l'utilisation d'un tablier de plomb au-dessus de l'abdomen élimine à toute fin pratique le risque d'irradiation. Mais lorsqu'il s'agit du rachis lombaire, l'irradiation du fœtus ne peut être évitée et ne sera alors effectuée qu'en présence d'une nécessité médicale.

En général, on considère que l'on doit maintenir l'exposition en-dessous de 10 rads, ce qui représente en fait la dose minimale létale pour un embryon d'une journée de vie<sup>1</sup>. De plus, aucune malformation congénitale majeure n'a été observée suivant des dosages sous les 25 rads de la 14<sup>ème</sup> journée jusqu'à terme. Il y aurait possiblement augmentation du risque de 1.5 à 2 fois que l'enfant développe une leucémie s'il est exposé de 1 à 2 rads in utero mais la relation de cause à effet n'est pas claire. Si l'on considère qu'une radiographie du rachis lombaire représente autour de 275 millirads, cet examen peut être pratiqué de façon sécuritaire, mais se doit d'être médicalement requis et devrait faire suite à un examen clinique complet et optimal.

Par ailleurs, l'avancement des techniques radiologiques et plus particulièrement l'utilisation de

digitalisateur permet aujourd'hui de réduire la dose totale administrée pour un examen spécifique. En effet, les contrastes étant obtenus via un traitement informatique de l'image, la dose requise pour obtenir une image adéquate en est d'autant réduite. De plus, considérant que les tomographies par ordinateur utilisent un rayon focalisé comparativement aux radiographies conventionnelles, l'exposition potentielle du fœtus en est également diminuée.

Selon la littérature actuelle, l'imagerie par résonance magnétique semble relativement sécuritaire, n'ayant aucun effet biologique connu. De plus, ne constituant pas une radiation ionisante, elle devient même un outil pour identifier des anomalies fœtales<sup>2</sup>. Cette technique devient donc une alternative de choix lorsqu'une investigation est requise et lorsque le résultat risque de changer la conduite clinique ou thérapeutique. Par ailleurs, étant un examen assez long et pour lequel la patiente ne doit pas bouger, il peut être difficile à effectuer chez de nombreuses patientes, d'autant plus que ce sera souvent les plus souffrantes qui auront à le subir.

La cartographie osseuse, même si elle utilise de l'irradiation, représente en fait moins de risques ionisants que la plupart des radiographies conventionnelles et son niveau de risque dépend de l'isotope utilisé. En général, pour l'investigation lombaire, on utilise le technetium 99 qui présente les avantages suivants : courte demi-vie, faible concentration au niveau du fœtus, élimination rapide du produit par l'augmentation des mictions de la patiente et absence d'émission Bêta<sup>1</sup>. En pratique, lors d'une scintigraphie osseuse, la grande partie de l'irradiation reçue par le fœtus sera en relation avec la

présence de l'agent radioactif au niveau de la vessie, voisin de l'utérus gravite. Une hydratation importante associée avec des mictions fréquentes réduiront de ce fait, l'irradiation totale. De plus, la majorité des nucléolistes, sachant que la patiente est enceinte, réduiront les doses administrées au minimum requis pour obtenir un examen optimal.

## ■ TRAITEMENT

### *Physiothérapie*

Il apparaît évident que plusieurs problèmes de douleurs lombaires ou pelviennes survenant durant la grossesse ont une étiologie liée aux changements biomécaniques associés aux bouleversements physiologiques et anatomiques que l'on connaît : changements hormonaux, hyperlaxité ligamentaire, déplacement antérieur du centre de gravité, prise de poids, diminution de l'efficacité de la musculature abdominale et pelvienne, augmentation de lordose lombaire, fatigue, sans parler des facteurs émotifs qui, sans être au centre du problème, viennent souvent s'ajouter au tableau. Il importe donc de traiter la patiente dans son ensemble, prenant bien soin de réévaluer constamment sa condition en tentant de dépister tout nouveau problème qui pourrait se présenter au fur et à mesure que la grossesse évolue vers son terme<sup>3</sup>.

### *Correction posturale et positionnement*

Considérant les changements biomécaniques induits par la nouvelle condition physique de notre patiente, une vérification et une correction posturale s'imposent généralement chez la future parturiente qui ne sait souvent pas spontanément comment soulager les

surcharges de tous types imposées principalement à ses régions lombaire et sacro-iliaque (torsions, compressions, tensions, hypermobilités, subluxations) mais aussi parfois à sa symphyse pubienne (diasthase) ou à d'autres articulations. Il importe donc, dès la première rencontre, de passer en revue et de corriger toutes les postures et habitudes susceptibles d'accroître les problèmes éventuels ou déjà existants. On pourra, entre autres, analyser les besoins quant à un support additionnel au matelas, une diminution des mouvements répétitifs de rotation ou de flexion du rachis, un contrôle quant aux charges soulevées. Par exemple, un aîné de 10 ou 15 kg constitue souvent, pour la jeune mère, une charge soulevée à répétition ! L'enseignement concernant les postures de travail et de repos adéquates telles que la position fœtale en décubitus latéral avec oreiller entre les genoux, l'extension axiale assise ou debout, le support lombaire en position assise, la flexion des genoux pour soulever des charges, l'appui surélevé d'un des deux membres inférieurs en position debout prolongée, l'alternance des positions assise/debout, etc... s'avère souvent nécessaire et bénéfique. De plus, on ne doit pas négliger le fait qu'une qualité de sommeil adéquate est absolument essentielle considérant que la fatigue est l'un des facteurs induisant des postures inappropriées et des risques d'accidents.

### *Repos et cessation de travail*

Tant pour les douleurs d'origine lombaire que sacro-iliaque, le repos au lit dans des positions adéquates (accompagné ou non d'un traitement analgésique) s'avère souvent la «non-intervention» la plus bénéfique en période aiguë de douleur. L'application locale de glace, si

bien tolérée, soulagera aussi le spasme musculaire et l'inflammation locale dans les cas de syndrome facettaire, de blocage de la sacro-iliaque ou de diasthase de symphyse. La possibilité d'utiliser une aide technique à la marche (marchette, canne, béquilles) dans le but de soulager les articulations lésées d'une partie de la mise en charge ne doit pas être négligée mais considérée avec prudence, étant donné, entre autres, les changements proprioceptifs liés à la grossesse. De plus, une interruption temporaire de travail doit, dans certains cas, être envisagée compte tenu de la condition physique et/ou des conditions de travail.

### ***Électrothérapie***

A toute fin pratique, on peut dire que les modalités électrothérapeutiques telles que la diathermie à ondes courtes, les courants interférentiels ou diadynamiques et l'ultrasonothérapie demeurent contre-indiquées en grossesse en regard des régions lombaire et sacro-iliaques. Une exception s'applique cependant : le T.E.N.S., qui peut en effet être utilisé sans contre-indications au niveau postérieur de ces régions. Il reste cependant que comme dans n'importe quelle autre condition, cet outil analgésique ne doit être utilisé que quand l'étiologie des douleurs a été déterminée puisqu'on se prive, en l'utilisant, d'une grande quantité d'informations quant au comportement de la douleur. Quant au LASER, on évite de l'utiliser en péri-partum considérant la photosensibilité qui accompagne souvent les changements hormonaux liés à la grossesse.

### ***Massage et techniques musculaires***

Comme on le sait, les problèmes articulaires tant lombaires que

sacro-iliaques s'accompagnent presque toujours de manifestations musculaires associées. En effet on retrouve couramment chez la femme enceinte des tensions et spasmes musculaires au niveau des para-vertébraux lombaires, d'un ou des psoas-iliaques et/ou des muscles pelvitrochantériens. Par exemple, on doit souvent porter une attention particulière au muscle pyramidal du bassin qui, lorsqu'il est en spasme, peut produire une sciatgie par compression. Paradoxalement, bien qu'hypertoniques, ces muscles s'avèrent souvent faibles. D'autre part, le raccourcissement des ischio-jambiers constitue un facteur fréquemment associé, en plus de l'élongation et de l'affaiblissement du mur abdominal. Il importe donc d'inclure dans le traitement physiothérapeutique des techniques de massage, des exercices d'assouplissement, des techniques de relâchement musculaire (contracter-relâcher et autres) mais aussi, si la condition obstétricale le permet, des exercices de renforcement des muscles qui sont le plus susceptibles d'être sollicités dans cette nouvelle configuration corporelle, plus particulièrement la chaîne musculaire postérieure. Des techniques de relaxation musculaire et d'auto-massage à l'aide d'une balle peuvent aussi être enseignés à la future parturiente ainsi qu'à son conjoint. Le relâchement musculaire induit par ces techniques et au besoin par l'application préalable de chaleur humide locale ainsi que le rééquilibrage des forces musculaires en présence contribuent souvent à diminuer grandement les douleurs tant lombaires que pelviennes.

### ***Mobilisations articulaires***

En plus des techniques musculaires, des techniques de mobilisa-

tions peuvent être utilisées pour soulager les articulations en souffrance. Les tractions spécifiques lombaires effectuées en décubitus latéral, la traction sacrée manuelle en décubitus dorsal - ou en latéral si une irritation sacro-iliaque trop importante est présente - et la rétroversion active du bassin par la patiente sont toutes des techniques qui permettent d'induire une décoaptation lombaire postérieure généralement très confortable chez les futures mamans présentant un syndrome facettaire. Quant à celles souffrant plutôt d'un blocage ou d'une raideur sacro-iliaque, les mobilisations douces de l'iliaque et les positions de décoaptation en flexion-adduction de la hanche ou par fermeture antérieure des iliaques s'avèrent bénéfiques.

### ***Autres techniques***

Les exercices de respiration, le yoga, les techniques de biofeedback et les exercices en piscine constituent souvent des compléments intéressants aux techniques déjà énumérées. De plus, l'acupuncture peut offrir des avenues intéressantes considérant la nature souvent multifactorielle des problèmes rencontrés.

### ***Manipulation***

Bien sûr, les massages, les étirements ou les mobilisations permettent d'obtenir un certain soulagement chez de nombreuses patientes. Par ailleurs, nous sommes très loin d'un consensus sur l'utilisation des manipulations pour les dysfonctions sacro-iliaques et lombaires. Pour des raisons médico-légales, le traitement par manipulation n'est que très rarement offert à nos patientes et ce, en regard au risque de fausse couche ou de déclenchement prématuré du travail. La question non résolue étant : s'il y a fausse

couche ou début du travail, est-ce lié à la manipulation ? Comme il s'agit d'un traitement pas encore systématiquement reconnu par la collectivité scientifique, une grande prudence demeure de mise. Certaines techniques de manipulation sont d'ailleurs suggérées dans la littérature <sup>4</sup> et par certaines écoles de médecine manuelle, par exemple, d'approche ostéopathique ou chiropratique. Ceci étant dit, à quelques occasions, l'utilisation de manipulations ont permis d'obtenir un soulagement adéquat. La manipulation demeure une option qui doit de nouveau être évaluée individuellement pour chaque situation spécifique, tout en favorisant d'abord l'usage de techniques sur les tissus mous et de mobilisation sans trust.

#### ***Bandes et corsets***

Comme dans le cas des autres aides techniques, les bandes et corsets pour la lombalgie en grossesse existent sous plusieurs formes et modèles. Le principe de base demeure sensiblement le même avec certaines variantes. D'ailleurs, il est souvent intéressant de voir les améliorations faites par un manufacturier dans un pays par rapport à ce qui se fait ailleurs dans le monde. Bien sûr, l'aide technique sera sélectionnée selon le diagnostic de base pour s'assurer de son utilité et de son efficacité maximale.

La dysfonction sacro-iliaque étant la pathologie la plus fréquente, la bande pelvienne est la plus utilisée en pratique courante. L'idée de base est fondée sur le fait que durant la grossesse, il y a une augmentation de la mobilité normale du bassin, ce qui d'ailleurs favorise l'apparition de la dysfonction elle-même. Une fois la dysfonction installée, la réduction de cette mobilité a en général un impact favorable

sur la douleur, particulièrement dans les activités journalières. En effet, les patientes présenteront fréquemment des douleurs lors des positions debout prolongées et les longs déplacements, améliorées significativement par la bande pelvienne. La bande est faite d'un tissu confortable et coussiné, comme une large ceinture qui s'attache à l'aide d'un velcro. Elle s'installe au niveau des crêtes iliaques et sous l'abdomen antérieur. Elle est également utile dans les diastasis de la symphyse pubienne et est parfois utile pour la nuit. Elle n'a que peu d'efficacité si la dysfonction principale est d'origine lombaire.

Pour ce qui est des dysfonctions lombaires, les traitements physiques sont en général relativement efficaces mais il arrive que certaines patientes présentent des douleurs et un handicap fonctionnel important, limitant même leurs activités de la vie quotidienne. Dans ces conditions, le corset de type «Mother-To-Be» s'avère d'une grande utilité pour un grand nombre de patientes. Le principe de ce corset étant de déplacer légèrement vers l'arrière le centre de gravité de l'abdomen, il comprend une bande qui passe tant au-dessus qu'en-dessous de l'abdomen avec un appui postérieur moulé à la courbe lombaire de la patiente. Les patientes le portent en général lors de l'activité. Là encore, il peut exister d'autres types de supports mécaniques mais ceux mentionnés ici sont les plus utilisés dans notre service de médecine physique.

#### ***Traitement pharmacologique***

Dans la même perspective que pour l'investigation, l'utilisation de médication au cours de la grossesse doit tenir compte de la morbidité reliée à la non-utilisation du médi-

cament. Par exemple, l'épilepsie, condition qui nécessite évidemment un traitement, sera en général traitée avec la médication dont les risques associés seront le plus minimes possibles ou au moins bien connus pour en contrôler au mieux les répercussions. Il en est de même pour les atteintes de l'appareil locomoteur, qui sont rarement des conditions médicalement dangereuses mais souvent invalidantes. Pour les médicaments dont il n'est pas question ici, une vérification dans la littérature ou une consultation auprès d'un pharmacien permettra de sélectionner l'option la meilleur pour chaque situation.

En général, on s'entend pour limiter au minimum l'utilisation des médicaments durant le premier trimestre (plus spécifiquement du 18 au 55ème jour post-fécondation) où se retrouve la période embryonnaire, période l'organogénèse qui présente un risque important de lésions tératogènes. Au cours de la période foetale, les risques principaux impliquent des malformations mineures, des déficits physiologiques et un effet sur la croissance intra-utérine <sup>5</sup>. De plus, plusieurs médicaments peuvent passer dans le lait maternel et donc être indirectement administrés à l'enfant, considération importante lors de l'allaitement naturel. Nous discuterons ici uniquement des médicaments les plus utilisés dans des atteintes de l'appareil locomoteur, qui sont classés par la «Food and Drug Administration» en ordre croissant de risque, allant de A (risque négligeable), B, C, D, à X (contre-indiqué)<sup>5</sup>.

En général, on considère que pour les analgésiques, l'acétaminophène (classe B) est le médicament de choix pour le 2-3ème trimestre et devrait être utilisé avec discerne-

ment au premier trimestre. Par ailleurs, il n'y a d'évidence de tératogénéicité de l'acide acétylsalicylique (ASA) (classe C) au cours du premier trimestre alors qu'il ne devrait pas être utilisé aux 2-3ème trimestres (risque D au 3ème trimestre). L'ASA demeure malgré tout l'anti-inflammatoire de choix sauf dans les dix derniers jours de la grossesse. En ce qui concerne les anti-inflammatoires en général (classe C), certains ne présentent pas de risque important de tératogénéicité et pourraient de ce fait être utilisés sauf pour les 2-3ème trimestres à cause des risques de fermeture prématurée du canal artériel qui est sensible à l'inhibition de la synthèse des prostaglandines. Dans le doute, une vérification auprès d'un pharmacien s'impose.

Au sujet des relaxants musculaires, aucun n'est recommandé pendant la grossesse. Cependant les médicaments de type méthocarbamol seraient compatibles avec l'allaitement. Pour ce qui est des stéroïdes (classe C ou D), leur utilisation durant le premier trimestre a été associée à des malformations congénitales, et est à éviter, mais serait relativement moins à risque par la suite. Dans notre pratique, nous utilisons les stéroïdes surtout sous la forme d'infiltrations facet-taires dans la deuxième moitié de la grossesse et ce, dans les situations où le traitement conservateur ne permet pas un soulagement satisfaisant de la patiente, en évaluant les avantages et les risques pour chaque situation spécifique.

### Communication et enseignement

Considérant les changements multiples accompagnant la grossesse, une approche holistique constitue souvent un choix judicieux. Il importe donc de placer la future

mère au centre de notre intervention afin de nous assurer de sa collaboration dans la thérapie entreprise.

En effet, malgré que notre expertise constitue une ressource indé-niable, la future maman demeure la personne la mieux informée sur ses habitudes et ses conditions de vie et elle constitue ainsi une source d'information et même de solutions non négligeables pour le praticien. Le premier outil de traitement dans les atteintes péripartum, comme dans toute autre condition d'ailleurs, demeure donc l'enseignement prodigué à la patiente tant concernant les bases anatomophysiologiques de sa pathologie qu'en regard des alternatives de traitements disponibles. La sensibilisation de la future parturiente quant aux causes de sa lombalgie nous assurera une participation active et une conformité aux traitements qui s'avéreront précieuses compte tenu de la rigueur et de la constance que nécessitent souvent les changements de posture, l'adaptation des habitudes de vie et de travail et l'intégration de modalités thérapeutiques dans le quotidien. Évidemment, la disponibilité des divers intervenants devient un élément clé dans l'établissement de cette communication bidirectionnelle.

## CONCLUSION

La lombalgie lors de la grossesse ne doit pas laisser au praticien une impression d'impuissance face à cette condition. Le questionnaire et l'examen demeurent les premières étapes à l'établissement d'un diagnostic, mais si requis, toute investigation complémentaire se doit d'être faite tout en considérant

chaque situation particulière et le risque relatif pour chaque procédure. La grande majorité des douleurs lombaires de la grossesse peuvent bénéficier de traitements simples et efficaces, mais advenant une non-réponse, plusieurs autres avenues thérapeutiques sont à notre disposition et se doivent d'être évaluées et sélectionnées pour chaque patiente.

### RÉFÉRENCES

- 1) **H.T. STRASSNER** - Diagnostic procedures - in *Principles and Practice of Medical Therapy in Pregnancy* - Norbert Gleicher éditeur, Appleton et Lange, San Matéo, California, USA, pp 52-60, 1992.
- 2) **T.W. LOWE, J. WEINREB, R. SANTOS-RAMOS, F.G. CUNNINGHAM** - Magnetic resonance imaging in human pregnancy - *Obstetrics and Gynecology*, vol 66, n° 5, pp 629-633, 1985.
- 3) **M. POLDEN, J. MANTLE** - Physiotherapy in obstetrics and gynaecology - *Butterworth-Heinemann, Oxford*, 1992.
- 4) **R.X. SANDS** - Backache of pregnancy : a method of treatment - *Obstetrics and Gynecology*, vol 12, n° 6, pp 670-676, 1958.
- 5) **L. BEAULAC-BAILLARGEON** - Médicaments en vente libre et grossesse - *Québec Pharmacie*, vol 36, pp 75-79, 1989.