

## MÉDECINE MANUELLE-OSTÉOPATHIE AU COURS DE LA GROSSESSE

Freddy HUGUENIN,

Ex-Consultant de la clinique universitaire de Médecine Physique et Rééducation de Genève

### RÉSUMÉ

Tenant compte de la fréquence et de l'importance des douleurs lombaires ou pelviennes pendant la grossesse, il est indispensable de faire le point sur l'approche de ce problème en Médecine Manuelle-Ostéopathie. Définir l'influence de la biomécanique, la hiérarchie des facteurs de provocation, les spécificités des douleurs, les méthodes de diagnostic permet une stratégie thérapeutique et dans bien des cas prophylactique.

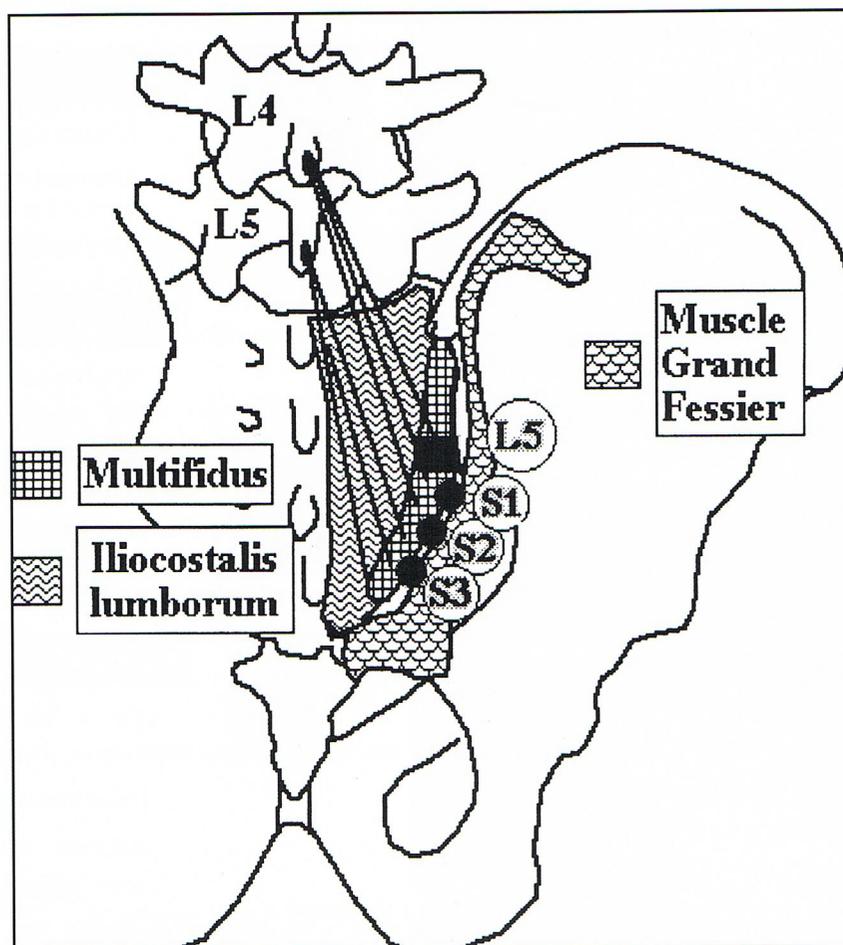
Les douleurs lombaires, les douleurs dans la région pelvienne avec ou sans sciatalgies chez les parturientes à grossesse normale ont été décrites depuis de nombreuses années.

Leur fréquence est diversement évaluée. Le plus généralement, elle a été notée entre 48 et 56 %<sup>[12, 13, 17, 20, 21, 26]</sup> (tableau I).

Pour le 48 % des parturientes, le début des douleurs se situe autour de la 24<sup>ème</sup> semaine.<sup>[20]</sup> La fréquence des douleurs sévères varie de 9 à 15 % des cas<sup>[23]</sup> à 47 % des cas<sup>[24]</sup>. Elles sont décrites comme maximales aux alentours de la 36<sup>ème</sup> semaine<sup>[23]</sup>. La persistance des douleurs dans le post-partum dépend essentiellement de deux facteurs<sup>[23]</sup> : l'intensité des douleurs durant la grossesse et l'existence d'antécédents avant la grossesse. Elle concerne les 18,7 % des patientes trois mois après l'accouchement.

TABLEAU I : FRÉQUENCE DES DOULEURS LOMBAIRES AU COURS DE LA GROSSESSE D'APRÈS LA LITTÉRATURE

FRÉQUENCE EN %	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	AUTEURS
50% et plus	21	Ostgaard et coll. 1993
48 à 90%	12,13	Kristianson et coll. 1996
48 - 56%	17	Mens et coll. 1996
47%	20	Ostgaard et coll. 1997
51%	26	Sturesson et coll. 1997



## Types de douleurs

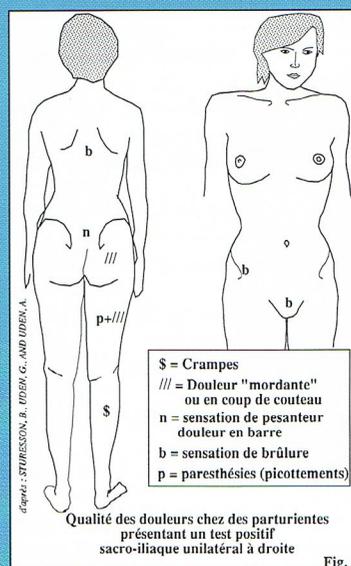
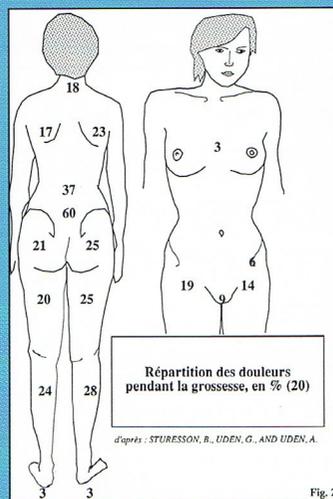
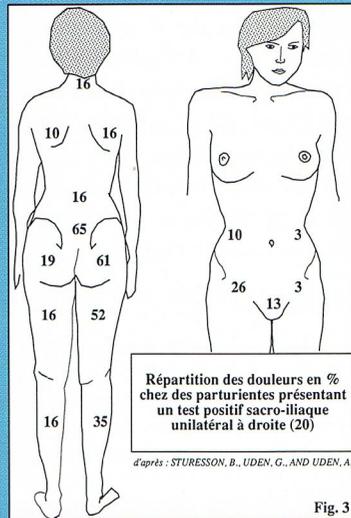
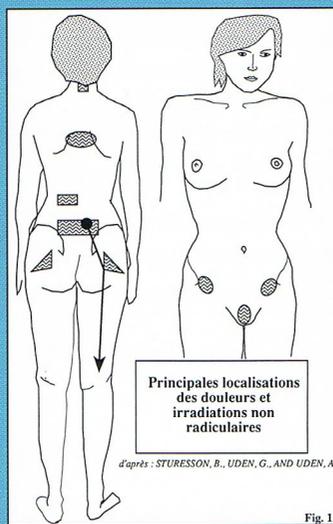
Les douleurs présentées par les femmes enceintes sont de deux types : (Tableau II)

A. Douleurs lombaires [24, 23] que l'on rencontre chez le 30 % [22] ou le 16,5 % des femmes [24]

B. Douleurs pelviennes postérieures [24, 23] que l'on rencontre chez le 42 % [22] ou le 46,5 % [22] des femmes.

TABLEAU II : RÉPARTITION DES DOULEURS SUR UN COLLECTIF DE 54 PARTURIENTES (D'APRÈS 18)

GENRE DE DOULEUR	NOMBRE DE CAS
Douleurs lombaires	9 (16,5%)
Douleurs pelviennes postérieures	25 (46,5%)
Combinaison des deux	20 (37%)
Syndrômes radiculaires	0
Total	54



## Répartition des douleurs

La plupart des publications et mon expérience est en accord avec l'observation de Noren et coll. [18] (Tableau II)

## Localisation des douleurs

La localisation diffère de ce que nous rencontrons habituellement et se situe principalement dans la région lombaire basse, les fesses, les plis de l'aîne, la symphyse pubienne. (Fig. 1) [26]

Le pourcentage de leur manifestation correspond à la fréquence des plaintes enregistrées. (Fig. 2) [26] Les douleurs engendrées par les dysfonctions sacro-iliaques sont, le plus souvent, homolatérales. (Fig. 3) [26]

## Qualité des douleurs

Le plus souvent, la patiente se plaint de douleurs en barre au niveau de la jonction lombosacrée, avec une sensation de pesanteur. Ces douleurs s'accompagnent de douleurs en coup de couteau peu durables dans la région des fesses ou de la face postérieure des cuisses. Les paresthésies affectent principalement les cuisses. Les douleurs peuvent irradier dans la région

inter-scapulaire, sous forme de sensations de brûlure et dans la région de la nuque avec un sentiment de raideur et de pesanteur. (Fig. 4) <sup>[9, 26]</sup>

### Retentissement sur les activités quotidiennes

Nos observations concordent avec l'analyse de Mens et coll. <sup>[17]</sup> (Tableau. III)

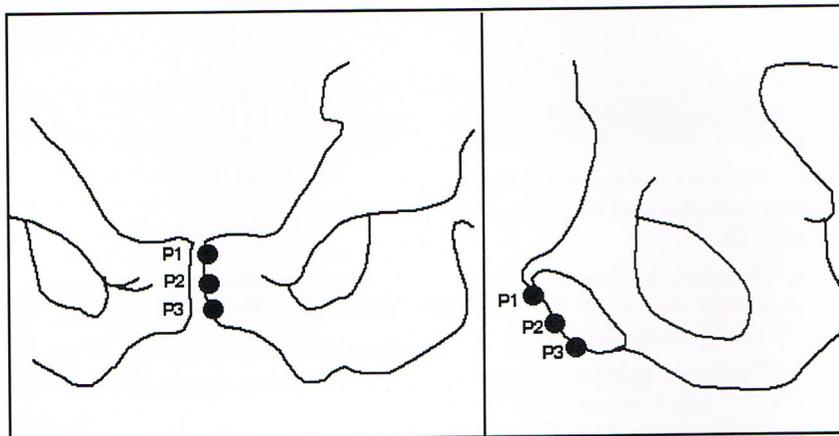
La concordance entre ce que nous avons décrit comme symptômes de dysfonctions sacro-iliaques avec ces observations est intéressante : Syndrome des vernissages (station debout prolongée), douleur de décubitus avec le syndrome de la grasse matinée, à quoi s'ajoute le signe des chaussettes, le plus souvent unilatéralement. <sup>[8, 9]</sup>

Sturesson et coll. <sup>[26]</sup> signale une sensation de jambe traînante du côté de la sacro-iliaque dysfonctionnelle chez le 27% des patientes. Cette observation exprime bien la désorganisation de la fonction musculaire par la nociception sacro-iliaque <sup>[10]</sup>

### Les procédés de diagnostic

Dans la littérature, il faut remarquer que les procédés par palpation sont rarement décrits à l'exception de Kristianson et coll. <sup>[12]</sup> qui accordent à la douleur provoquée par pression sur l'espace articulaire un coefficient de spécificité de 85%. Tous les autres auteurs ne recherchent que les tests de provocation de la douleur par des manœuvres plus ou moins réalisables <sup>[14, 24]</sup>

Pour nous, les tests de palpation des zones d'irritation tant sacro-iliaques que de la symphyse, sont l'indication première du diagnostic. <sup>[9]</sup> (fiches de palpation) Elles ont le mérite d'être reproductibles d'un examinateur entraîné à un autre et d'indiquer le sens de la thérapie qui suivra le diagnostic <sup>[11]</sup>



A ces diagnostics des dysfonctions articulaires, s'ajoutent obligatoirement l'évaluation de la souffrance ligamentaire <sup>[27, 28]</sup> : il s'agit principalement des ligaments sur- et interépineux de L5-S1, du grand et du petit ligament sacrosaciatique. Ces deux derniers peuvent être facilement palpés par le gynécologue lors de ses contrôles de toucher vaginal.

### Les hypothèses étiologiques

Plusieurs observations du post-partum semblent démontrer la prévalence de pathologies pelviennes chez la femme enceinte. (Tableau. IV)

Il faut remarquer que la laxité ligamentaire apparaît chez la primipare

TABLEAU III : ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNES PROVOCATRICES DE DOULEURS

TYPE D'ACTIVITÉ	% DE PATIENTS
Restez de bout pendant 30 mn	90
Porter un sac à provisions plein	86
Se tenir debout sur une jambe	81
Se promener pendant 30 mn	81
Monter les escaliers	79
Se retourner dans le lit	74
Avoir des rapports sexuels	68
Faire 30 mn de bicyclette	63
Se pencher en avant	62
Aller au lit ou en sortir	62
Conduire une auto pendant 30 mn	52
Nager	51
S'asseoir sur son siège favori pendant 30 mn	49
Utiliser les transports publics	46
Etre au lit plus de 30 mn	8

vers la 12<sup>ème</sup> semaine de grossesse [21, 26] alors qu'elle reste présente chez la multipare dès le début. Cette constatation peut expliquer la durée des douleurs dans le post-partum.

## La thérapie

Les recherches étiopathogéniques nous donnent de précieuses indications sur les thérapies à recommander.

D'une façon générale, en raison de la souffrance et de la laxité ligamentaire ainsi que de l'affaiblissement musculaire souvent constatés, les seules manipulations sacro-iliaques que l'on peut utiliser doivent rester très douces, dans le sens que nous avons souvent décrit d'une information de normalité donnée au système nerveux du patient et commandées par le diagnostic de la symphyse. (voir feuilles de thérapie)

Les thérapies ligamentaires très prudentes doivent se faire dans le sens d'une reprise d'élasticité, que ce soit pour les ligaments ilio-lombaires, par mobilisation douce en flexion de la charnière lombosacrée ou pour les ligaments sacro-sciatiques par mobilisation du sacrum en contre-nutation ou par la technique en toucher rectal et abaissement du sacrum en contre-nutation et résistance du doigt sur lequel le ligament est chargé.

Des infiltrations de la symphyse peuvent être utiles pour qui ne connaît ou ne maîtrise pas les techniques de médecine manuelle.

La technique d'infiltration est relativement simple. On utilise généralement un mélange de deux ml (50 mg) d'Hydrocortisone\* avec trois ml d'anesthésique local. La symphyse est rasée et soigneusement désinfectée. L'espace symphysial est en géné-

ral facilement palpable avec la main gantée et stérile. Si ce n'est pas le cas, on peut faire une anesthésie superficielle et chercher sans douleur l'espace articulaire. Après franchissement de la capsule articulaire et du cartilage, on ressent la diminution nette de la résistance qui donne la certitude de se trouver dans l'espace libre. Le liquide préparé peut alors être injecté sans peine. Il peut se produire une douleur irradiant autour de la symphyse, et parfois dans la région lombaire mais de courte durée (prévenir la patiente) (29).

## Conclusion

Nous l'avons dit, les douleurs peuvent persister dans le post-partum. Titre anecdotique, je vous cite le cas de cette patiente de 54 ans qui m'a consulté pour des douleurs en barre avec irradiations dans la cuisse droite à la marche, quotidiennes depuis 20 ans. Dans l'anamnèse, je relève un lumbago aigu lors d'une deuxième grossesse et dans les suites immédiates. La patiente n'avait été soulagée par aucun traitement, même pas par des injections de cortisone dans la région lombaire.

Radiologiquement et du point de vue général, il n'y avait rien à signaler en dehors d'une discopathie banale L5-S1 et une lombarthrose étagée. L'examen clinique ne présentait aucune pathologie lombaire, mais une sacro-iliaque du pôle supérieur et moyen à droite et un pôle moyen et inférieur homolatéraux de la symphyse. La thérapie a amené la disparition complète et immédiate de toute douleur. Le contrôle après thérapie, à trois mois, s'est révélé parfaitement négatif : la patiente était restée indolore pendant ces trois mois.

Il est donc clair que l'approche en médecine manuelle des femmes enceintes souffrant de leur pelvis ou de leur région lombaire est une démarche indispensable et que la collaboration avec les gynécologues, notamment au niveau du dépistage palpatoire peut être d'un grand secours.

TABLEAU IV : OBSERVATIONS

OBSERVATIONS	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE
Agrandissement de l'espace articulaire et de la mobilité dans 42% des cas	5, 12, 26
Gaz intra-articulaires : 28% Symphyse, 42% sacro-iliaques	17
Atteinte des ligaments pelviens, ligaments sacro-iliaques et grand ligament sacro-sciatiques, ligaments ilio-lombaires, apparition d'indentation osseuse aux points d'attache des ligaments, ce qui ne se voit jamais chez des femmes non prégnante ou chez les hommes	12, 17
Elévation du taux sérique de relaxine	26
Microtraumatisme du tissu conjonctif pelvien dû à la tonification des extenseurs du tronc	21
Dysfonction de la sacro-iliaque aussi dans le sens de douleurs projetées à partir de structures comme les disques, les facettes articulaires, les muscles	2, 26
Insuffisance ligamentaire pelvienne et instabilité	17, 21
Faiblesse musculaire des muscles de la ceinture pelvienne	17
Contraintes biomécaniques	13, 17, 21
Corrélation avec le poids du fœtus	17, 21

## BIBLIOGRAPHIE

1. BERG G, HAMMAR M, MOLLER-NIELSEN J, LINDEN U, THORNBLAD J - *Low back pain during pregnancy*.  
Obster Gynecol 71 : 71-74, 1988
2. CALGUNERI M, BIRD HA, WRIGHT V  
*Changes in joint laxity occurring during pregnancy*.  
Ann Rheum Diseases 41 : 126-128, 1982
3. ENDRESEN E. : PELVIC PAIN AND LOW BACK PAIN IN PREGNANT WOMEN - *An epidemiological study*.  
Scand J Rheumatol. 24 : 135-41. 1995
4. GRIEVE, G.P. - *Common vertebral joint problems*.  
Churchill Livington, 1981, p. 53 :  
Intrapelvic movement and tension of sacrotuberous ligament. p. 153, 283 :  
Pregnancy
5. HEYMAN J, LUNDKVIST A - *The symphysis pubis in pregnancy and parturition*.  
Acta Obstet Gynecol Scand : 12 : 191-226. 1932
6. HUGUENIN, F. - *Axes de thérapie de la ceinture pelvienne selon les données de la biomécanique*.  
Edition Ther-Ma-Med 1998. © by the author
7. HUGUENIN, F. - *La ceinture pelvienne, sacro-iliaques et symphyse*.  
Thérapie. Edition Ther-Ma-Med 1997. © by the author
8. HUGUENIN, F. - *Les syndromes spondylo-gènes : état actuel des connaissances*. pp. 153-170.  
MASSON 1996
9. HUGUENIN, F. - *Médecine Orthopédique, Médecine Manuelle, Diagnostic*.  
Masson, Paris, Milan, Barcelone, Bonn, 1991
10. HUGUENIN, F. - *Spondylogene, muskuläre Schmerzen. Ein Fall von Pseudopubalgie bei einem Marathonläufer*.  
Manuelle Medizin (1989) 27 : 22-24
11. HUGUENIN, F. - *Thérapies selon le diagnostic de la symphyse. Signe de Piédalu. Fonctions de la ceinture pelvienne*.  
Edition Ther-Ma-Med 1998. © by the author
12. - KRISTIANSOON, P. A SVARDSUDD, K. :  
*Discriminatory Power of Tests Applied in Back Pain During Pregnancy*.  
Spine VOL. 21, N° 20, October 15, 1996, pp. 2337-2344
13. KRISTIANSOON, P., SVARDSUDD, K., AND VON SCHOULTZ, B. - *Back Pain During Pregnancy: A Prospective Study*.  
Spine VOL. 21, NO. 6, March 15, 1996, pp. 702-708
14. LASLETT, M. AND WILLIAMS, M.  
*The Reliability of Selected Pain Provocation Tests for Sacroiliac Joint Pathology*.  
Spine VOL. 19, NO. 11, June 1, 1994, pp. 1243-1249
15. LEWIT, K. WOLFF, H.D. - *Conference of the pelvis*.  
Med.Man. 6 : 150, 1970
16. MACLENNAN A H, NICHOLSON R, GREEN R, BATH M - *Serum relaxin and pelvic pain of pregnancy*.  
Lancet ii : 243-245, 1986
17. MENS, J. M. A., VLEEMING, A., STOECKART, R., STAM, H. J., AND SNIJDERS, C. J. :  
*Understanding Peripartum Pelvic Pain : Implications of a Patient Survey*.  
Spine VOL. 21, NO. 11, June 1, 1996, pp. 1363-1369
18. NOREN, L., OSTGAARD, S., NIELSEN, T. F., AND OSTGAARD, H. C. - *Reduction of Sick Leave for Lumbar Back and Posterior Pelvic Pain in Pregnancy*.  
Spine VOL. 22, NO. 18, September 15, 1997, pp. 2157-2160
19. NYGAARD, I. - *Point of View*.  
Spine VOL. 21, NO. 6, March 15, 1996, pp. 709
20. OSTGAARD, H. C. - *Point of View*.  
Spine VOL. 22, NO. 16, August 15, 1997, pp. 1884
21. OSTGAARD, H. C., ANDERSSON, G. B. J., SCHULTZ, A. B., AND MILLER, J. A. A. :  
*Influence Of Some Biomechanical Factors On Low-Back Pain In Pregnancy*.  
Spine VOL. 18, N° 1, 1993. pp. 61-65
22. OSTGAARD, H. C., ROOS-HANSSON, E., AND ZETHERSTROM, G. - *Regression of Back and Posterior Pelvic Pain After Pregnancy*.  
Spine VOL. 21, NO. 23, December 1, 1996, pp. 2777-2780
23. OSTGAARD, H. C., ZETHERSTROM, G., AND ROOS-HANSSON, E. - *Back Pain in Relation to Pregnancy: A 6-Year Follow-Up*.  
Spine VOL. 22, N° 24, December 15, 1997, pp. 2945-2950
24. OSTGAARD, H. C., ZETHERSTROM, G., ROOS-HANSSON, E., AND SVANBERG, B. :  
*Reduction of Back and Posterior Pelvic Pain in Pregnancy*.  
Spine VOL. 19, N° 8, April 15, 1994, pp. 894-900
25. SMIDT, G. L., WEI, S-H., MCQUADE, K., BARAKATT, E., SUN, T., AND STANFORD, W. :  
*Sacroiliac Motion for Extreme Hip Positions : A Fresh Cadaver Study*.  
Spine VOL. 22, NO. 18, September 15, 1997, pp. 2073-2082
26. STURESSON, B., UDEN, G., AND UDEN, A. :  
*Pain Pattern in Pregnancy and "Catching" of the Leg in Pregnant Women with Posterior Pelvic Pain*.  
Spine VOL. 22, NO. 16, August 15, 1997, pp. 1880-1883
27. VLEEMING, A., POOL-GOUDZWAARD, A. L., HAMMUDOGHLU, D., STOECKART, R., SNIJDERS, C. J., AND MENS, J. M. A. :  
*The Function of the Long Dorsal Sacroiliac Ligament: Its Implication for Understanding Low Back Pain*.  
Spine VOL. 21, NO. 5, March 1, 1996, pp. 556-562
28. VLEEMING, A., POOL-GOUDZWAARD, A. L., STOECKART, R., VAN WINGERDEN, J. P., AND SNIJDERS, C. J. - *The Posterior Layer of the Thoracolumbar Fascia: Its Function in Load Transfer From Spine to Legs*.  
Spine VOL. 20, NO. 7, April 1, 1995, pp. 753-758
29. WINZELER H. - *Das symphysen-Schmerzsyndrom als medizinische Konzeption*.  
Verlag Wilhelm Maudrich, 1976 pp. 186-187