

# Lombalgies et grossesse

Dr Fabienne Viala

CH Béthune

Journées du 14 et 15 octobre 2011

# Lombalgie et lombosciatique

## ■ Fréquence:

Les douleurs lombo-pelviennes bénignes sont **fréquentes: 20 à 50%** ( si elle sont recherchées systématiquement la fréquence atteint 60 à 76%)

D'une façon générale, les femmes tolèrent cette symptomatologie, ne la signalent pas ou ne consultent pas à cause d'elle.

cohorte de 2269 femmes enceintes  
( Albert, Spine, 2002)

- 23,6% présentent un dysfonctionnement pelvien douloureux postérieur
- 10,5% présentent des lombalgies

**Elles surviennent à partir de la 18e SA jusqu'à l'accouchement, puis elles disparaissent dans les 3 mois qui suivent**

## ■ Caractéristiques cliniques:

Douleur **peu intense** (EVA < 5).

Symptomatologie **mécanique** majorée par la marche, calmée par le repos

Entrave la vie quotidienne dans 25% des cas

La conjonction des douleurs lombaires et pelviennes majore l'incapacité

L'examen clinique sans particularité

Le tableau de **lomboradiculalgie** (sciatique ou crural) par hernie discale observé dans **1 à 4%** dans les séries de la littérature

Formes déficitaires motrices rares (1 cas pour 10 000 grossesses environ). 2 syndromes de la queue de cheval publiés.

## Facteurs favorisants:

- **Biomécanique** : ne rend pas compte complètement des phénomènes douloureux rachidiens (prise de poids augmentant les contraintes mécaniques du rachis, hyperlordose progressive favorisant le conflit articulaire postérieur)

**Le rôle de la relaxine** synthétisée par le corps jaune est discuté. En effet les douleurs ne sont pas corrélées à son taux, en revanche, elles le sont bien plus au **taux des hormones progestatives** (fréquence accrue des lombalgies lors des stimulations pour FIV et selon le nombre de fœtus en gestation).

- Les lombalgies sont favorisées par une **activité professionnelle intense, physique et stressante**  
Elles paraissent plus fréquentes en cas **d'antécédents de lombalgies**

Les données sont contradictoires concernant le nombre de parité et l'âge de la mère pendant la grossesse

**Durant la grossesse, la lombalgie s'intègre dans un contexte plus large de manifestations somatiques multiples: fatigue, troubles du sommeil, douleurs musculaires**

Toutes ces manifestations sont significativement corrélées à la prise de poids, au tabagisme, au stress environnemental (professionnel ++), et à l'absence de soutien social

Radiographies: très rarement effectuées+++

Les radiographies standards sont **contre-indiquées** **durant la grossesse**

En cas de doute concernant le caractère mécanique, de forme rebelle ou hyperalgique, **seule l'IRM est réalisable (sauf au premier trimestre et toujours SANS injection de Gadolinium)**

■ Traitement:

Il est représenté par le repos, le paracétamol  
(éventuellement les infiltrations épidurales )

Les AINS sont contre-indiqués à partir du 6 mois de  
grossesse soit 24SA

A faible dose pendant un cours laps de temps :  
myorelaxants Tétrazepam Myolastan\* 50mg 1/2 à  
1 le soir

## ■ Antalgiques non opiacés (palier 1)

- ◆ On préférera le paracétamol, quel que soit le terme de la grossesse.
- ◆ L'aspirine peut être utilisée ponctuellement pendant les cinq premiers mois de grossesse (24 semaines d'aménorrhée). Au-delà de 24 SA, l'aspirine  $\geq 500$  mg/j est formellement contre-indiquée jusqu'à l'accouchement.
- ◆ Tous les AINS sont formellement contre-indiqués à partir de 24 SA (5 mois de grossesse révolus). Avant 24 SA, on les évitera si possible, même en traitement ponctuel.

## ■ Antalgiques opioïdes faibles (palier 2)

- ◆ On préférera **la** codéine (Codoliprane®), quel que soit le terme de la grossesse.
- ◆ En cas d'inefficacité de cette option, on pourra avoir recours au tramadol quel que soit le terme de la grossesse.

## ■ Antalgiques opioïdes mixtes ou forts (palier 3)

- ◆ On préférera la morphine, quel que soit le terme de la grossesse.

## ■ Corticoïdes

- ◆ Les corticoïdes peuvent être utilisés chez la femme enceinte quels que soient leurs voies d'administration, leurs posologies et **le terme de la grossesse**.

# traitements

La **médecine physique** , **KINE** +++à type d'exercices de renforcement musculaire ( 30 minutes 3 fois par semaine) paraît plus efficace que les exercices conventionnels d'assouplissement

Ceinture de maintien de la statique **PHYSIOMAT**

**POSTUROLOGIE** : Cf site Bernadette de Gasquet, (livres Marabout)

- **Evolution favorable** dans les 6 mois qui suivent l'accouchement ( corriger également les facteurs environnementaux )

# Syndrome douloureux pelvien

(« syndrome ostéo-musculo-ligamentaire abdomino-pelvien » ou « syndrome de Lacomme »)

## ■ Définition:

Difficile, souvent mal distingué des lombalgies

parmi 2269 femmes enceintes, 23,6% présentaient un dysfonctionnement pelvien douloureux ( Albert, Spine,2002)

- ✦ 6% de dysfonctionnement postérieur au voisinage des sacro-iliaques
- ✦ 2,1% de pubalgie
- ✦ 5,6% de souffrance sacro-iliaque unilatérale
- ✦ 7,8% de souffrance sacro-iliaque bilatérale
- ✦ 2% de douleurs lombo-pelviennes non systématisées

## ■ Caractéristiques cliniques:

La symptomatologie apparaît vers la 18e SA,  
maximale entre la 24 et la 36e SA

**Douleurs continues fessières** irradiant parfois face  
postérieure de cuisse jusqu'aux genoux ou une  
**pesanteur en regard de la symphyse pubienne** où  
s'insèrent les muscles grands droits de  
l'abdomen

Douleurs mécaniques à la marche à l'antéflexion  
ou au retournement dans le lit

L'examen clinique retrouve des douleurs à la  
palpation des régions douloureuses et à la  
mobilisation des sacro-iliaques

## En conclusion

Pathologie **mécanique** essentiellement **lombo-pelvienne** et **bénigne**

Prise en charge diagnostique et thérapeutique dictée par les contraintes liées à la grossesse