

■ Revues générales

Prévenir les lombalgies et douleurs du bassin pendant la grossesse

RÉSUMÉ : 50 à 75 % des femmes enceintes souffrent de lombalgie, qui reste toutefois un phénomène sous-estimé. Le risque de chronicisation des douleurs dépend des croyances de la patiente. La littérature ne fait pas état d'un "remède miracle" pour les éviter mais il existe de multiples moyens d'agir, en commençant par l'éducation thérapeutique aux bienfaits du mouvement et de l'exercice physique et par la réassurance.



G. CAILLE-REPELIN
XXX

Les lombalgies, douleurs de la ceinture pelvienne, et plus largement les rachialgies représentent un vrai sujet de santé publique puisqu'elles touchent 50 à 75 % des femmes enceintes [1]. Elles peuvent entraîner une incapacité physique importante et avoir un impact psychosocial sur les patientes et leur famille.

Elles sont sous-déclarées et mal gérées par les soignants en obstétrique, ce qui favorise un risque de chronicisation des douleurs et *a minima* une réduction plus importante de la qualité de vie.

Classées dans les "petits maux" de la grossesse au même titre que les nausées, les troubles du sommeil ou la constipation [2], elles sont souvent considérées à tort par le corps médical et les patientes comme un phénomène inévitable, inhérent à la grossesse, limitant la mobilité, ou tout simplement l'épanouissement de la femme durant sa grossesse.

Il existe des moyens de les prévenir, d'en diminuer l'intensité ou le risque de chronicisation, notamment grâce à l'éducation thérapeutique.

■ Épidémiologie

21 millions de journées de travail sont perdues chaque année pour arrêts maladie ayant pour cause une lombalgie, d'après la caisse nationale de l'assurance-maladie (Cnam). La grossesse est une période particulièrement propice puisque la majorité des femmes déclarent leur 1^{er} épisode de lombalgie durant leur grossesse [3], et pour la moitié de ces sujets, la lombalgie s'accompagne de lombosciatique [4, 5]. L'importance de la douleur est évaluée en moyenne à 7,8 sur une échelle de 15 et se situe principalement au niveau des sacro-iliaques (76,7 %) et sur la symphyse pubienne (57,2 %) (*fig. 1*) [6].

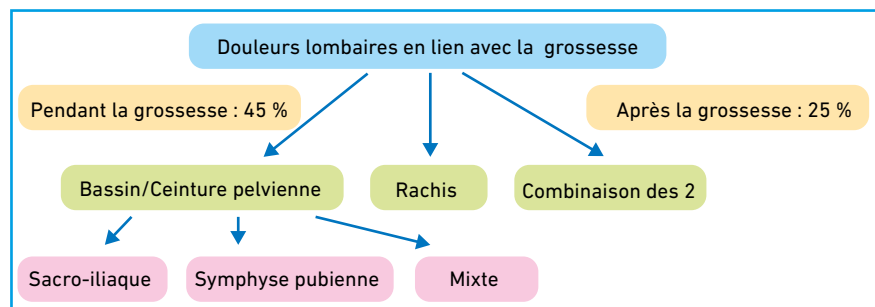


Fig. 1 : Les différentes zones douloureuses chez la femme enceinte.

Revue générale

Étiologies

S'agissant des causes, de nombreuses hypothèses sont évoquées dans la littérature comme des carences ou les troubles circulatoires, mais deux causes principales sont retrouvées de manière significative.

1. Une étiologie mécanique

L'augmentation du poids de l'utérus gravide, son antéversion, la prise de poids générale de la femme enceinte ainsi que l'augmentation du volume mammaire entraînent un déplacement du centre de gravité vers l'avant. De plus, la disten-

sion physiologique des muscles de la paroi abdominale participe à la perturbation de la statique rachidienne et pelvienne, entraînant une exagération de toutes les courbures rachidiennes avec une hyperlordose lombaire, une accentuation de la cyphose thoracique et de la lordose cervicale [7]. Il se met en place une réduction du contrôle moteur de cette zone, que l'on peut vulgariser auprès des patientes par les termes de "vigilance musculaire".

2. Une étiologie hormonale

L'augmentation de la sécrétion des œstrogènes et de la relaxine commence tôt

dans la grossesse et augmente au cours du dernier trimestre. Elle favorise le relâchement des structures ligamentaires, notamment des sacro-iliaques, entraînant une mobilité du bassin supérieure à celle présente hors état de grossesse [8, 9].

Facteurs de risque et facteurs préventifs

La sévérité des douleurs est liée à l'âge, l'avancée dans la grossesse, l'amplitude de flexion de hanche et de rotation interne [3]. La littérature rapporte différents facteurs de risque et facteurs de protection. Il y aurait un rôle de

Questions	Oui = 1	Non = 2
1. Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos.		
2. Je change souvent de position pour soulager mon dos.		
3. Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos.		
4. À cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison.		
5. À cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers.		
6. À cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer.		
7. À cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil.		
8. À cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place.		
9. À cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude.		
10. Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos.		
11. À cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni m'agenouiller.		
12. À cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise.		
13. J'ai mal au dos la plupart du temps.		
14. À cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit.		
15. J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos.		
16. À cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collant).		
17. Je ne peux marcher que sur des courtes distances à cause de mon mal de dos.		
18. Je dors moins à cause de mon mal de dos.		
19. À cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller.		
20. À cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée.		
21. À cause de mon dos, j'évite de faire des gros travaux à la maison.		
22. À cause de mon dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens.		
23. À cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude.		
24. À cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps.		
Total		
Plus le score est élevé, plus le retentissement du mal de dos est important.		

Tableau 1: Échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL).

l'origine ethnique dans la survenue de lombalgies : 89,3 % des femmes afro-américaines contre 60,5 % des femmes d'autres ethnies [3]. La sédentarité, entraînant une diminution de la masse musculaire est le facteur de risque principal. De fait, les risques de lombalgie et d'arrêt de travail sont plus faibles chez les femmes ayant un haut niveau de forme physique avant la grossesse [10].

Par ailleurs, les douleurs lombo-pelviennes ne sont pas plus fréquentes chez une femme ayant présenté des douleurs lors d'une grossesse antérieure.

■ Diagnostic

Il est intéressant de noter que seulement 32 % des patientes lombalgiques informent d'elles-mêmes le personnel soignant de leur problème [4].

Pour qualifier la douleur, l'utilisation de l'EVA (échelle visuelle analogique) est primordiale.

Il est conseillé d'évaluer le retentissement de la lombalgie sur les activités de la vie quotidienne, notamment grâce à l'échelle EIFEL (**tableau I**). L'examen clinique pourra comporter un test de Lasègue ou "test d'élévation jambe tendue" [11] pour diagnostiquer ou écarter une irritation lombosacrée du nerf sciatique (**fig. 2**). Le test est positif s'il reproduit les symptômes lors de l'élévation passive d'une jambe ; on notera le degré auquel le test devient positif pour évaluer son évolution. Le test, lorsqu'il est négatif, permet de rassurer les femmes, en écartant le terme anxiogène de "sciatique", souvent utilisé à tort, alors qu'une douleur de la région fessière provient fréquemment de la sacro-iliaque.

■ Durée et évolution

Les femmes enceintes présentant une kinésiophobie sont plus susceptibles de présenter une chronicisation de la lom-

POINTS FORTS

- La majorité des femmes déclarent leur premier épisode de lombalgie durant leur grossesse.
- Les douleurs lombo-pelviennes ne sont pas plus fréquentes chez celles ayant présenté des douleurs lors d'une grossesse antérieure.
- Le mouvement et le renforcement musculaire sont des moyens efficaces de diminuer l'intensité et la durée de l'épisode douloureux.
- L'éducation thérapeutique individualisée est nécessaire pour rendre les femmes actives de leur traitement.

balgie et des douleurs lombo-pelviennes en *per et post partum* [12].

Il est donc primordial d'agir de manière précoce, en expliquant à la patiente l'origine de ses douleurs, en lui expliquant que le mouvement et le renforcement musculaire sont des moyens efficaces de diminuer l'intensité et la durée de l'épisode douloureux.

Les étiologies hormonales et mécaniques sont aisées à vulgariser et à expliquer à la patiente. Comprendre que les douleurs du bassin sont "nécessaires" puisque le bassin se prépare à l'accou-

chement en augmentant son amplitude de mouvement permet de mieux les accepter. Comprendre que le mouvement et le renforcement musculaire permettront de diminuer l'intensité des douleurs et que la sédentarité aura tendance à les faire empirer est indispensable.

■ Traitements possibles

Une méta-analyse publiée dans le *BJSM* montre que l'exercice prénatal diminue la gravité de la lombalgie et des autres douleurs de la ceinture pelvienne, mais



Fig. 2 : Test de Lasègue ou "test d'élévation jambe tendue".

Revue générale



Fig. 3 : Exercices de renforcement musculaire.

pas sa fréquence de survenue [13]. Les exercices de renforcement musculaire améliorent l'incapacité fonctionnelle et réduisent ainsi les arrêts maladie [14]. Ainsi, la kinésithérapie pourra agir en mobilité et étirements, sur l'entretien des mobilités (fig. 3).

On retrouve dans la littérature, avec des preuves de niveau modéré, une efficacité de la balnéothérapie, de l'acupuncture, de l'ostéopathie, qui peuvent donc être conseillées en plus de séances actives de kinésithérapie ou d'une activité physique.

L'utilité du port d'une ceinture lombaire n'a pas été prouvée, mais si la patiente se sent mieux avec, il n'est pas utile de l'en dissuader [14].

Conclusion

Il est nécessaire d'encourager les femmes enceintes à bouger et à garder une activité physique, pour éviter la survenue d'épisodes de lombalgie sévère. L'éducation thérapeutique individualisée et fondée sur des preuves en début de grossesse est donc primordiale.

La prescription de séances de kinésithérapie pour les patientes présentant une kinésiophobie ou lorsque la lombalgie est installée peut limiter l'importance et la durée des douleurs, et ainsi réduire l'impact psychologique.

BIBLIOGRAPHIE

1. WALTERS C, WEST S, NIPPITA T. Pelvic girdle pain in pregnancy. *Aust J Gen Pract*, 2018; 47:439-443.
2. THOULON JM. Petits maux de la grossesse. *EMC-Gynécologie Obstétrique*, 2005; 227-237.

3. WANG SM, DEZINNO P, MARANETS I *et al.* Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. *Obstet Gynecol*, 2004;104:65-70.
4. GREENWOOD CG, STAITON MC. Back pain/discomfort in pregnancy: invisible and forgotten. *J Perinat Educ*, 2001;10:1-12.
5. PENNICK V, LIDDLE S. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013;8:CD001139.
6. RÖST C, JACQUELINE J, KAISER A *et al.* Pelvic pain during pregnancy: a descriptive study of signs and symptoms of 870 patients in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2004;29:2567-2572.
7. KAPANDJI AI. Anatomie fonctionnelle. Tome 3 Tête et rachis. *Maloine*, 2010. Chapitre 3 : Rachis lombal, pp. 84-140.
8. WAYNBERGER S, POTIN J, CHEVILLOT M *et al.* Physiologie de l'appareil locomoteur au cours de la grossesse : Le syndrome douloureux pelvien de la grossesse. *Revue du rhumatisme*, 2005;72: 181-185.
9. OLIVIER J. Gérer le mal de dos. Chapitre 7. Grossesse. *Masson*, 1997; pp. 151-164.
10. CARR C. Use a Maternity Support Binder for Relief of Pregnancy-Related Back Pain. *J Obstet, Gynecol Neonat Nurs*, 2003; 32:495-502.
11. EVELINGER S, DUFOUR X, CERIOLI A. Point d'anatomie. Focus sur le nerf sciatique et l'élévation jambe tendue : étiologie, test et niveaux de preuve. L'anatomie au service de la clinique. *Kinésithérapie la revue*, vol. 18, 2018.
12. FERNANDO M, NILSSON-WIKMAR L, OLSSON C. Fear-avoidance beliefs: A predictor for postpartum lumbopelvic pain. *Physiother Res Int*, 2020; 25:e1861.
13. DAVENPORT M, MARCHAND AA, MOTTOLA M *et al.* Exercise for the prevention and treatment of low back, pelvic girdle and lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 2019;53:90-98.
14. CLINTON S, NEWELL A, DOWNEY P *et al.* Pelvic Girdle Pain in the antepartum Population: Physical Therapy Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of functioning, Disability, and Health From the section on Women's Health and the Orthopedic Section of The American Physical Therapy Association. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 2017;41:102-125.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.