

Département de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Strasbourg

Responsable Professeur I. Nisand
Docteurs E. Boudier et G. Fritz

5513 accouchements au CHU en 2006
dont 18 à 24 % par césarienne

950 hospitalisations en 2006 pour grossesse à haut-risque
dans les seuls services de l'hôpital de Hautepierre

- Les lombalgies de la femme enceinte vues par le gynécologue

- Quel risque des MV pour la grossesse ?

Quelles techniques, hors MV,
chez la femme enceinte rachialgique ?

Docteur D. Bonneau

Les MV ($\neq$ mobilisations) ne sont pas les seules
techniques de médecine manuelle
ostéopathique (MMO) utilisables dans le
traitement des rachialgies de la femme
enceinte



Dr G. FRITZ

2^e

**CONGRÈS NATIONAL
de la SOFMMO**

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE MANUELLE
ORTHOPÉDIQUE ET OSTÉOPATHIQUE

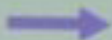


Dr G. FRITZ

MODIFICATIONS ANATOMIQUES ET FONCTIONNELLES

- Symphyse pubienne .
- Articulations sacro-iliaques (+++)
- Charnières lombo-sacrée et dorso-lombaire.

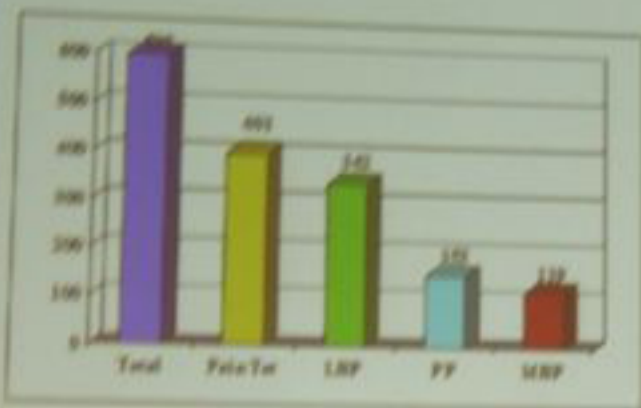
**Impossible de séparer l'analyse physiologique
du bassin et de la colonne.**



LOCALISATIONS PREFERENTIELLES

Localisations les plus fréquentes

Localisations les plus algiques



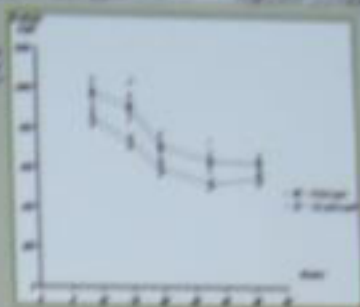
Skaggs, 2007



LOMBALGIES ET GROSSESSE: PHYSIOPATHOLOGIE

1. Relachement ligamentaire précoce

- Relaxine, pic à 12 SA



2. Distension de la paroi abdominale

Affaiblissement de la ceinture musculaire abdo

3. Déplacement du centre de gravité vers l'avant

Compensé par les muscles extenseurs spinaux

>> pas d'accentuation de la lordose (Oostgaardt 1993)

4. Facteurs biopsychologiques



RADIOLOGIE ET GROSSESSE

Examens	Dose fœtale probable
Rachis cervical	$< 0,01$ mSv
Rachis dorsal	$\approx 0,04$ mSv par cliché
Rachis lombaire F+P+3/4+bassin +L5-S1 F+P	≈ 5 mSv
Pelvimétrie TDM	< 4 mSv
TDM lombaire spiralé	< 5 mSv
TDM lombo-sacré séquentiel	≈ 10 mSv

RADIOLOGIE ET GROSSESSE

- Préférer l'IRM au TDM
mais nécessite l'immobilité
- Eviter IRM au premier trimestre
- Eviter Injection de produit de contraste type Gadolinium :
peu de données publiées mais rien d'inquiétant
- Société Française de Radiologie :
« en vertu du principe de précaution: tout examen
non urgent autre que l'échographie doit être
repoussé après l'accouchement »

THERAPEUTIQUE

traitement médicamenteux

■ **Myorelaxant (BZD):**

Tétrazépam (Myolastan®)

- quel que soit le terme de la grossesse à la dose efficace la plus faible possible (pas de malfo à T1)
- risque d'hypotonie, dépression respiratoire, Sd de sevrage chez le NN

■ **Douleurs neuropathiques et algies rebelles :**

Antidépresseurs tricycliques

- Amitryptiline (Laroxyl®)
- Clomipramine (Anafranil ®)
- Imipramine (Tofranil®)

- risques: hyperexcitabilité, détresse respi, troubles du tonus chez le NN

EFFICACITE DES TRAITEMENTS

4) Acupuncture versus Kinésithérapie

Wedenberg. Acta Obst.Gynecol.Scand. 2005;331

60 patientes randomisées en 2 gpes

- Acupuncture : 3 X /S pdt 2 S puis 2 X/ S pdt 2 S. (10 séances)
- Kinésithérapie: séances individuelles 1 à 2 fois /S (10 séances)
exercices , conseils sur posture et correction

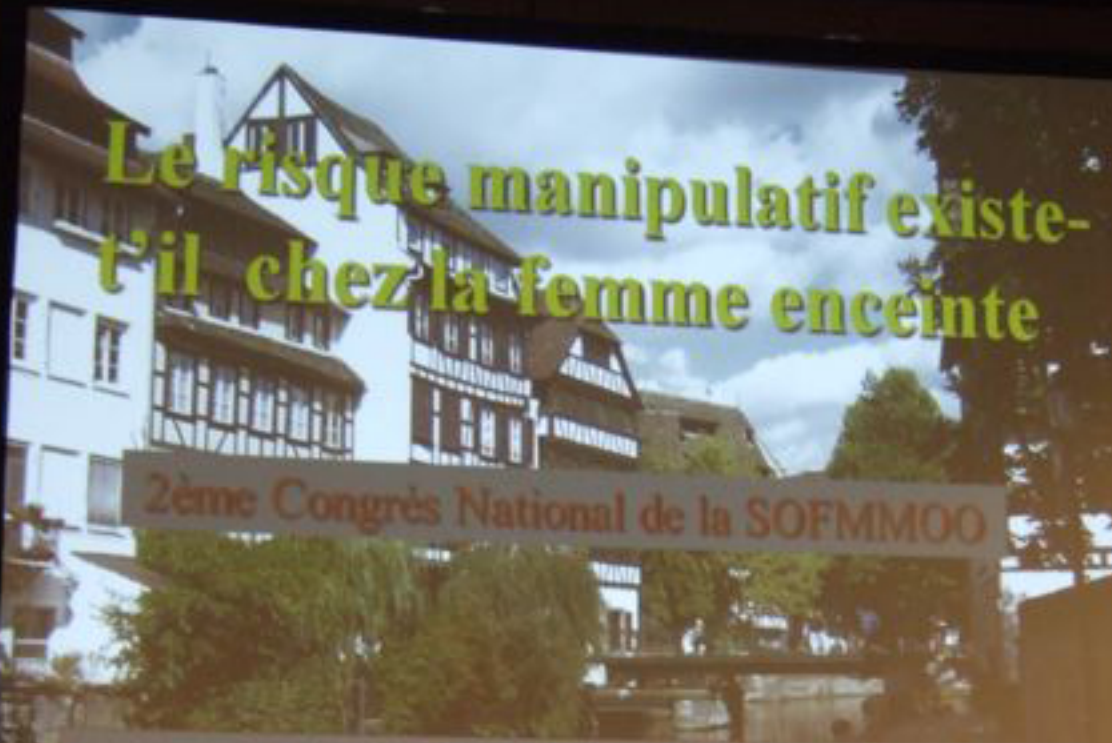
Amélioration des douleurs diurnes et nocturnes de façon significative avec l'acupuncture par rapport à la kinésithérapie



Dr E. BOUDIER

2^e

CONGRÈS NATIONAL
de la SOFMMOO



Le risque manipulatif existe-t'il chez la femme enceinte

2ème Congrès National de la SOFMMOO

E. Boudier ; Fritz G ; Nisand I
Dept Gynéco Obstétrique Strasbourg

Eléments en présence

Placenta:

Col:

Fœtus



Patiente

Médecin

Eléments
ovocyt

Effet Poseiro

Syndrome de compression Aortico -Cave

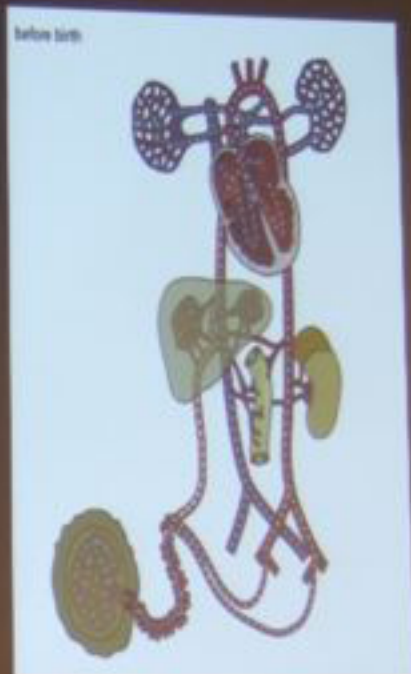
Circulation fœtale : Pas d'auto régulation.

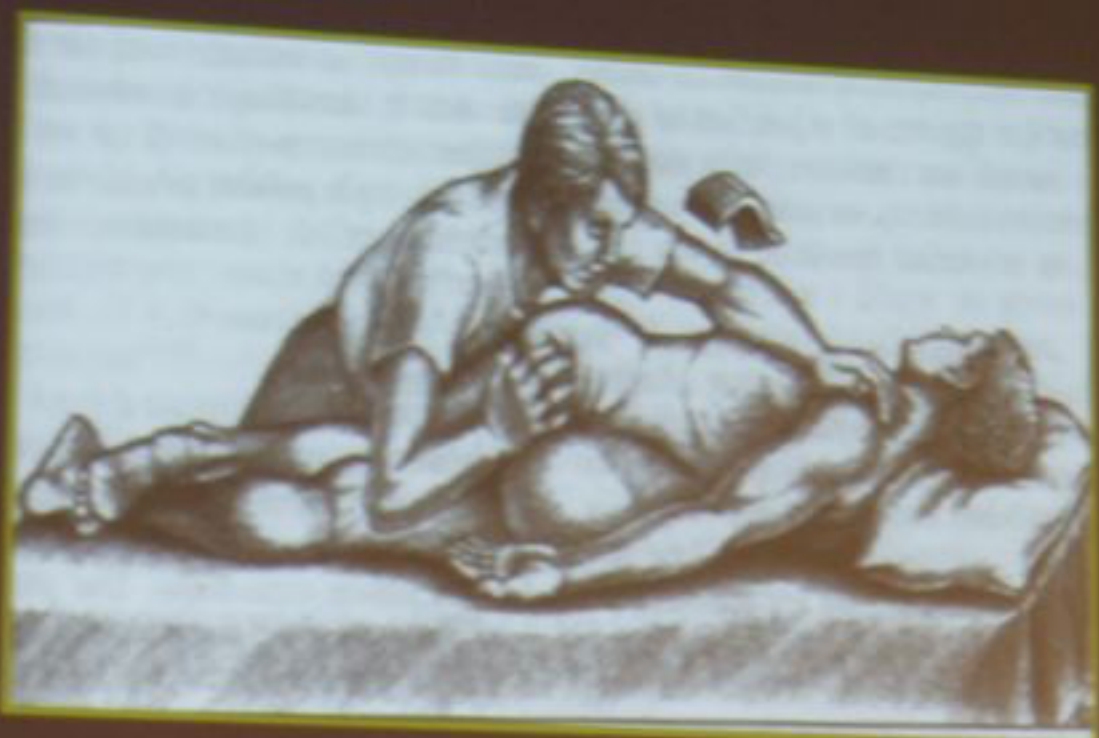
Compression Aortico cave possible

Chute du débit utérin et placentaire
10 à 20%

Bradycardie fœtale

Manipuler en décubitus latéral
gauche de 15 à 35°





Placentation rétroplacentaire



HRP

Placenta



Conclusion

Technique mal évaluée chez la femme enceinte.

Elle semble être sans conséquence fœtale.

Elle ne doit pas être utilisée dans certaines conditions en particulier chez la patiente hypertendue.

Elle nécessite une prévention Rhésus

Elle doit être utilisée après échec de traitements ayant fait preuve de leur efficacité.



SCFMS

Dr D. BONNEAU

2

CONGRÈS NATIONAL
de la SOFMMO

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE MANUELLE
ORTHOPÉDIQUE ET RÉGÉNÉRATIVE

PARIS

7 & 8 Décembre

2007

Médecine Manuelle et Grossesse

En préambule:

Les douleurs de la grossesse ne sont pas « normales »,

La médecine manuelle ne se résume pas aux seules manipulations vertébrales, d'autant plus que durant cette période ce n'est pas seulement le rachis qui souffre,

Et ne pas oublier le troisième élément :

Le bébé...



Médecine Manuelle et Grossesse

Distinguer le lombaire du pelvien

Lombaire
(Lumbar back pain)

Douleur de la ceinture pelvienne
(Pelvic girdle pain)

*(O'Connell MC, et al., -Pregnancy-related pelvic pain in pregnancy- >Spine, 1991.
Wise et al., -Pregnancy-related pelvic girdle pain- >J Am Spine J, 2004)*

Médecine Manuelle et Grossesse

Sacro-iliaque uni ou bilatérale
Posterior pelvic pain provocation test (P4 test)



Ostgaard H.C. et al., « The posterior pelvic pain provocation test in pregnant women », Eur Spine J., 1994.

Medecine Manuelle et Grossesse

Sacro-iliaque uni ou bilatérale Posterior pelvic pain provocation test (P4 test)



*Ostgaard H.C. et al., « The posterior pelvic pain provocation test in pregnant women »,
Eur Spine J., 1994.*

Médecine Manuelle et Grossesse

Contraintes mécaniques et grossesse

Modification de la symphyse pubienne

Modification de l'amplitude de mobilité des sacro-iliaques

Peu ou pas de modification de la lordose

Ostgaard H.C., et al., « Influence of some biomechanical factors on low back pain in pregnancy », Spine, 1993.

Médecine Manuelle et Grossesse

Les facteurs prédictifs des
dysfonctionnements
du squelette axial:

Pente sacrale et version pelvienne



Les techniques

Comprendre – Apprendre – Appliquer

Les techniques neuro-musculaires:

Étirements post-isométriques

Intérêt du travail quatre faces



Les techniques

Comprendre – Apprendre – Appliquer

Les techniques neuro-musculaires:

Etirements post-isométriques

Intérêt du travail quatre faces



Les techniques

Comprendre - Apprendre - Appliquer

Les techniques neuro-musculaires
Le raccourcissement tendino-corporel :
Savoir s'adapter aux variations de morphologie



Les techniques

Comprendre - Apprendre - Appliquer

Les techniques articulaires

Règle de la non douleur et du mouvement contraire

(Robert Maigne)

Se méfier de l'hyperlaxité

S'adapter au volume abdominal en jouant sur le triangle thoraco-brachial

No pas s'éterniser sur le latéro-cubitus droit

Déconseillées dans les atteintes radiculaires avérées et lors du premier trimestre...



Les techniques neuro-musculaires

Le raccourcissement tendino-corporéal :

Savoir s'adapter aux variations de morphologie



(Robert Maigne)

Se méfier de l'hyperlaxité
au volume abdominal en jouant sur le triangle thoraco-l
Ne pas s'éterniser sur le latéro-cubitus droit
illées dans les atteintes radiculaire avérées et lors du p
trimestre...



Les techniques

Comprendre - Apprendre - Appliquer

Les techniques articulaires

Règle de la non douleur et du mouvement contraire

(Robert Maigne)

Se méfier de l'hyperlaxité

S'adapter au volume abdominal en jouant sur le triangle thoraco-brachial

Ne pas s'éterniser sur le latéro-cubitus droit

Déconseillées dans les atteintes radiculaires avérées et lors du premier trimestre...



Les techniques

Comprendre - Apprendre - Appliquer

Les techniques articulaires assistées et non forcées

Elles sont précédées par un étirement post-isométrique et consistent en des mobilisations impulsives ou maintenues favorisant la translation des surfaces articulaires.



Les techniques Comprendre - Apprendre - Appliquer

Les techniques articulaires actives assistées



Les techniques

Comprendre - Apprendre - Appliquer

Les techniques articulaires périphériques
Et les techniques d'auto-rééducation



Compétence - Apprendre - Appliquer

Les techniques articulaires périphériques Et les techniques d'auto-rééducation



Conclusion

Les techniques manuelles sont d'un intérêt certain durant la grossesse:

- Elles pallient la restriction médicamenteuse
- Elles ne se réduisent pas aux seules manipulations vertébrales
- Elles nécessitent une adaptation au changement de morphologie et de mobilité du corps féminin
- Elles imposent douceur et respect
- Elles se doivent d'être connues par le gynécologue-obstétricien
- Elles témoignent d'un partenariat indispensable des différents intervenants durant la grossesse
- Elles s'intègrent dans des dispositions légales récentes



OPINION

2 CONGRÈS INTERNATIONAL
DE LA SODINMOO

PARIS

7-8 décembre

2017

FMG

La Bibliothèque

de la SODINMOO

de la SODINMOO

de la SODINMOO



Dr M-E. ISNER

2^e

CONGRÈS NATIONAL
de la SOFMMOO

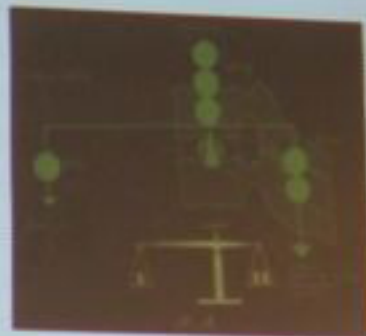
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE MANUELLE
ORTHOPÉDIQUE ET OSTÉOPATHIQUE

PARIS
7 & 8 Décembre
2007



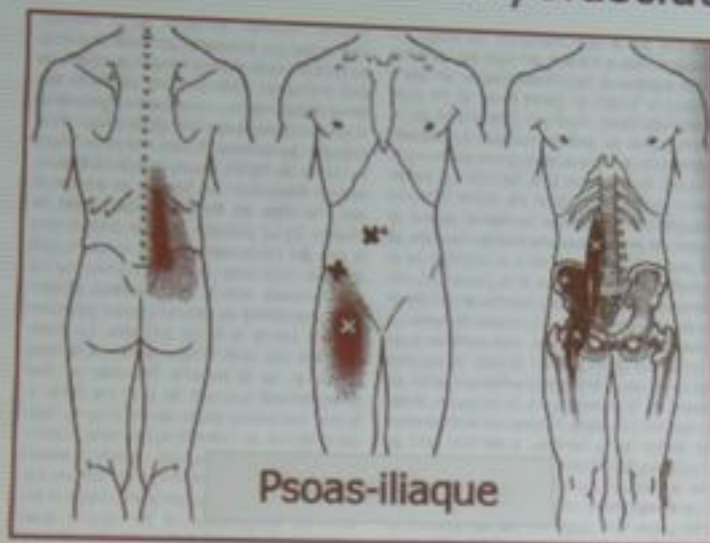
Lombalgies de la grossesse

- Modifications de la statique vertébrale
 - ↑ contraintes du joint intervertébral
 - Hypersollicitation articulaire postérieure
 - Dérangements intervertébraux mécaniques de R. Maigne
- Surcharge fonctionnelle
 - Sacro-iliaques
 - Symphyse pubienne, sacro-coccygienne



Lombalgies de la grossesse

- Distension abdominale, troubles statiques
 - Syndromes myofasciaux de Travell et Simons



Muscles spinaux courts et longs :
multifidus, ilio-costal lombaire,
longissimus du thorax

Pas de publications indexée

Contre-indications médicales

- ☐ Pathologies viscérales
 - Les mêmes que la population générale
 - ☐ Pathologies spécifiques de la grossesse
 - ☐ Rachialgies symptomatiques non mécaniques
 - ☐ Pathologies neurologiques
 - Sciatiques par conflit discoradiculaires
 - Absence de radiographies, pas de certitude diagnostique
 - Hyperlaxité ligamentaire : manipulation vertébrale peut aggraver une hernie discale
-

Manipulations vertébrales et/ou sacro-iliaques : oui...

- ☐ Autres traitements évalués (Cochrane 2007 par Pennick VE, Granath AB J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006, Lund I Acta Obstet Gynecol Scand 2006, Stuge 2003)
 - Médicaments
 - Autres moyens peu efficaces
 - ☐ Acupuncture > physiothérapie antalgique
 - ☐ Gymnastique aquatique > physiothérapie antalgique
 - ☐ Autres traitements : techniques de médecine manuelle ostéopathique
 - ☐ Absence de complications rapportées dans la littérature médicale + + +
-

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 2^{ème} trimestre, le suivi médical d'une grossesse ultérieure est complexe en raison des diverses étiologies possibles.

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 2^{ème} 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 1^{er} 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 28^{ème} semaine d'aménorrhée et dans les situations à risque de traumatismes même minimales.

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

- 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 28^{ème} semaine d'aménorrhée et dans les situations à risque de traumatismes même minimales.

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 foetale 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

- 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.

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

