

Syndrome douloureux pelvien de la grossesse et du post partum

TIMSIT Marie-Agnès

XVIe Journée scientifique Collège de Gynécologie du Midi
Samedi 3 décembre 2011

Syndrome douloureux pelvien de la grossesse (SDPG) et du post partum

- Pas de consensus sur la définition jusqu'en 2008
 - Diverses pathologies prises en compte
 - Plus de 15 terminologies différentes
- Nécessité d'une uniformisation
 - Définition le limitant aux articulations du pelvis : les sacro-iliaques et la symphyse pubienne
 - Terminologie : Pelvic Girdle Pain
 - Définition de la stabilité articulaire :

Définition du syndrome douloureux pelvien de la grossesse et du post partum

- Survient au cours de la grossesse et/ou en post partum
- Douleurs
 - ressenties autour des sacro-iliaques (SI) entre les crêtes iliaques postérieures et la racine des cuisses, peut irradier à la face postérieure des cuisses
 - et/ou avec des douleurs de la symphyse pubienne (SP)
- Gêne fonctionnelle altère la capacité à se tenir debout, à marcher ou à s'asseoir
- La douleur ou la gêne fonctionnelle liées au SDPG doivent être reproduites par des tests cliniques spécifiques.

Syndrome douloureux pelvien de la grossesse (SDPG) et du post partum

- Restreint aux douleurs musculo-squelettiques pelviennes
- Exclu les affections gynécologiques, urologiques digestives et lombaires
- Peut être associé à des lombalgies basses

Elaboration de recommandations européennes sur le diagnostic et la prise en charge du SDP

Définition de la stabilité articulaire

- Adaptation efficace des articulations à chaque contrainte mécanique par une cohésion adéquate et optimale des surfaces articulaires
- Résulte de la gravité et de l'action coordonnée des muscles et des ligaments pour produire des forces de réaction articulaire adaptées aux conditions changeantes
- La stabilité optimale est obtenue lorsque la balance entre la performance (niveau de stabilité) et l'effort est optimisée

European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain.
Vleeming et al., Eur. Spine J., 2008

Physiologie de la sacro-iliaque

- Le sacrum transmet les charges du tronc aux jambes.
- La transmission est effective et les forces de cisaillement sont minimisées sur les articulations du bassin, si le pelvis est stabilisé.

Versier, Rev. Rhum., 2009

Schéma disponible sur le site

www.em-consulte.com

Revue du Rhum 76(2009) 734-740

Physiologie de la sacro-iliaque

Ligaments de la SI

Robert et al., Rev. Rhum., 2009

Schéma disponible sur le site

www.em-consulte.com

Revue du Rhum 76(2009) 727-
733

Action musculaire sur la SI

Versier , Rev. Rhum., 2009

Schéma disponible sur le site

www.em-consulte.com

Revue du Rhum 76(2009) 734-
740

Physiologie de la symphyse pubienne

Amphiarthrose

- Mobilité quasiment nulle
- Station uni podale: quelques mouvements de cisaillement
- Grossesse : écart de 2 à 7 mm

Schéma disponible sur le site

www.em-consulte.com

Revue du Rhum 76(2009) 734-
740

Une étiologie multifactorielle

- Augmentation de la mobilité de la symphyse pubienne SDPG/ grossesses normales

Mens et al. *Obste. Gynecol Sur.*, 2009

- L'étiologie du SDPG reste hypothétique
- Plusieurs approches ont été proposées
 - hormonale
 - biomécanique
 - génétique
 - traumatique
 - dégénérative

Effet de la relaxine sur la synthèse du collagène

Mac Lennan et al., Lancet, 1986

- Taux significativement plus élevés au 3^e trimestre chez 35 SDPG/368 grossesses normales. Taux les plus élevés chez les patientes les plus invalidées.
- Taux identiques dans les 2 groupes au 3^e jour PP.

Kristiansson et al., Am. J. Obstet. Gynecol., 1999

- Taux de relaxine et de PIINP (marqueur synthèse collagène) au début de la grossesse significativement corrélés l'un positivement et l'autre négativement avec un SDP pendant la grossesse. 200 patientes, 25.7 % de SDP à la 24^e s.

Unemoni et al., J. Biol. Chem., 1990.

- Relaxine diminue la synthèse et la sécrétion du collagène par des fibroblastes humains normaux de la peau.

Petersen et al., Europ. J. Obstet. Gynecol. Reproductive Biology, 1996.

- Observation de 2 grossesses successives après FIV avec des concentrations indétectable de relaxine et un SDP.

Diminution de la synthèse du collagène =>

augmentation la laxité ligamentaire et diminution de la stabilité articulaire

Facteurs biomécaniques : les changements posturaux

- Favorisés par l'étirement des muscles abdominaux, le poids de la mère et du fœtus :
 - Augmentation de l'inclinaison de la ceinture pelvienne
 - Ecartement de la symphyse pubienne
- Microtraumatismes des tissus conjonctifs (tension/étirement) liés aux forces développées par les muscles stabilisateurs de la ceinture pelvienne pour s'opposer à la force de flexion antérieure du tronc exercée par le poids croissant de l'utérus

Garras et al., J. Bone Joint Surgery 2008; Mens et al., Spine 1996; Östgaard et al., Spine 1993.

Incidence du SDPG

Toutes études confondues : 4 à 76,4 %

Etudes, prospectives, avec, un nombre important de patientes, un examen clinique et limitées au SDP : 16 et 25 %

Utilisant la définition du SDP	Etudes prospectives	Nombre de patientes	Prévalence du SDPG
Vleeming A	Eur Spine J. 2008	revue	20 %
Larsen EC	Acta Obstet Gynecol Scand 1999	1600	16 %
Wu WH	Eur Spine J. 2004	revue	25 % 5% en PP
Albert HB	Spine 2002 Acta Obstet	2269	20.1 %
Ôstgaard HC	Spine 1994 Spine 1996	855 368	19 %SI 8%SP

Manifestations cliniques du SDPG

- Apparaît vers la 18^e semaine de gestation, pic entre la 24^e et la 36^e, du 1^{er} trimestre au 3^e mois PP
- Début insidieux ou brutal
- Douleurs souvent continues
- Mode de déclenchement des douleurs.
- Retentissement, de la simple gêne à la marche, à l'impotence fonctionnelle sévère
 - EVA moyenne de 5 à 6/10 cm,
 - 25 % des patientes ont une douleur sévère
 - 8 % ont une incapacité fonctionnelle

Wu WH et al., Eur Spine J. 2004, Wu et al., Eur Spine 2008, Noren et al., Eur Spine J. 2002, Östgaard et al., Spine 1994, Kristianson et al., Spine 1996.

Classification du SDPG

- Type 1 : douleur antérieure de la SP
- Type 2 : douleur postérieure de l'une ou l'autre des SI
- Type 3 : douleur des 2 SI
- Type 4 : forme mixte
- Type 5 : atteinte des 2 SI et de la SP

Albert et al., Spine 2002

Diagnostic du SDPG

- Essentiellement clinique
- Il peut être porté après avoir éliminé d'autres pathologies
- La pratique de tests cliniques est recommandée pour l'évaluation d'un SDPG (niveau D)
 - La plupart sont des tests de provocation de la douleur
 - Un test fonctionnel

Vleeming et al., Eur Spine J.2008.

Tests recommandés pour les sacro-iliaques

Tests de provocation de la douleur	Sensibilité	Spécificité
P4 test Posterior Pelvic Pain Provocation test ou thigh thrust test.	0.81	0.8
FABER test Flexion, ABduction, External Rotation ou test de Patrick	0.4 à 0.7	99 %
La palpation du LDSL Long Dorsal Sacro-iliac Ligament ou 4 ^e ligament ilio-transversaire conjugué	0.86-0.98	Non évaluée
Le test de Gaenslen		
Test fonctionnel		
Active Straight-Leg-Raising Test, Test de soulèvement de la jambe tendue :	0.87	0.94

Sensibilité et spécificité des 5 tests cliniques permettant au mieux d'affirmer ou d'infirmer qu'une douleur part de la sacro-iliaque

Berthelot et al. Rev. Rheum. 2009

	1 test	2 tests	3 tests	4 tests	5 tests
Sensibilité	100	93	88	43	13
Spécificité	43	62	78	81	94
Likelihood ratio+	1.8	2.4	4.1	2.3	1.1
Likelihood ratio-	0	0.12	0.14	0.7	0.92

P4 test (posterior pelvic pain provocation test) ou thigh thrust test

Cisaillement vertical de la sacro-iliaque

Berthelot, Rev. Rhum. 2009

Schéma disponible sur le site

www.em-consulte.com

Revue du Rhum 76(2009) 741-
749

- La patiente en décubitus dorsal fléchit la hanche à 90 degrés du côté examiné. L'examineur exerce une force verticale le long de l'axe longitudinal du fémur en ayant saisi fermement entre son bras et son thorax le genou de la patiente. Il peut placer son autre main sous le sacrum de la patiente pour empêcher le bassin de tourner

Le test de Patrick ou FABER

Flexion, ABduction, External Rotation

- La patiente, en décubitus dorsal, a la hanche fléchie en abduction et rotation externe avec le talon posé sur le genou opposé. L'examineur exerce une pression sur le genou du côté testé. Si une douleur est ressentie dans l'articulation sacro-iliaque, le test est positif.

La palpation du LDSL (Long Dorsal Sacro-iliac Ligament)

- La patiente en post partum est couchée sur le ventre, la femme enceinte en décubitus latéral e avec une légère flexion des hanches. La sensibilité du LDL est testée par sa palpation bilatérale directement à la partie postérieure et inférieure de l'épine iliaque postéro supérieure.

Test de Gaenslen

Cisaillement horizontal des 2 sacro-iliaques

Berthelot, Rev. Rhum. 2009

Schéma disponible sur le site www.em-consulte.com Revue du Rhum 76(2009) 741-749

- L'examineur se tient du côté testé, le sujet ayant été placé couché sur le dos au bord de la table, une cuisse est maintenue en hyperextension en dehors de la table et l'autre en hyperflexion par l'examineur ou le sujet. L'examineur utilise cette manœuvre pour forcer doucement et simultanément les deux articulations sacro-iliaques. Ce test entraîne une rotation antérieure de l'hémipelvis qui provoque une mobilité et une douleur de la sacro-iliaque. Le test est positif si la patiente ressent la douleur sur le côté testé. Cette manœuvre peut être douloureuse dans une pathologie de hanche ou une atteinte L4.

Diagnostic du SDPG

Test fonctionnel des sacro-iliaques

Active Straight-Leg-Raising Test

- Patiente en décubitus dorsal jambes écartées de 20 cm, élève alternativement l'une puis l'autre jambe de 20 cm au dessus du plan du lit
- Explore la capacité de transmettre du poids entre le rachis et les jambes
- Si la fonction des articulations SI est altérée, une augmentation de l'activité musculaire peut être nécessaire pour compenser
- Reflète l'activité musculaire
- Sensibilité 0.87, spécificité 0.94

Pour la symphyse pubienne sont recommandés

- La palpation de la SP.
- Le test de Trendelenburg modifié :
 - Patiente en appui mono-podal, hanche et genou fléchis à 90 degrés.

Diagnostic différentiel avec les lombalgies

- Un examen et tests cliniques, au cours de la grossesse permettent de différentier les lombalgies du SDPG dans 87 % (27/31) des cas, k de 0.79 (95 % CI 0.60-0.98)

Diagnostic du SDPG

- Examens biologiques : diagnostic différentiel
- Examens radiologiques : déconseillés
- Echographie : diastasis de la symphyse pubienne
- IRM sans gadolinium : diagnostic différentiel (pas au premier trimestre)

Facteurs de risque

Pendant la grossesse :

- Antécédents, de lombalgies basses, de traumatismes du bassin et de SDPG
- Multiparité
- Travaux physiquement pénibles avec port de charge
- Indice de mobilité bas
- Douleurs sévères au début de la grossesse

En post partum :

- Douleurs sévères au début de la grossesse
- Nombre élevé de sites douloureux, de tests de provocation de la douleur positifs
- Incapacité à perdre du poids en PP
- Accouchement prolongé

Ne sont pas des facteurs de risque :

la contraception, l'intervalle de temps depuis la dernière grossesse, l'IMC, le poids du bébé, le tabac, l'anesthésie épidurale, l'ethnie, la DMO et probablement l'âge

Kanakis et al., BMC Medecine 2011

Traitement du SDPG : recommandations

- Information adéquate
- Aucune étude sur les traitements médicamenteux, Paracétamol
- Les massages pourraient être utiles, (recommandation de niveau C).
- La kinésithérapie : exercices individualisés portant spécifiquement sur la stabilisation de la ceinture pelvienne, (recommandation de niveau C)
- La ceinture pelvienne seule n'est pas recommandée.
 - A porter uniquement sur de courte période, (risque d'effet délétère sur le fœtus)
 - Elle diminuerait la mobilité et la laxité des articulations SI, (recommandation de niveau D).
- L'acupuncture soulagerait les lombalgies basses et les douleurs pelviennes sans avoir d'effet délétère (recommandation de niveau B).

Vleeming et al. , Eur Spine J.2008

Pas de preuves de l'efficacité des ceintures de maternité sur la prévention et la diminution des douleurs lombaires ou du SDPG

- Revue : 10 études exploitables/115
 - Raisons
 - Nombreux modèles : 32 USA, 19 Japon, 15 Europe,
 - Évaluées dans le cadre de traitements combinés
 - Compliance non précisée
 - Effet potentiel de stabilisation des SI dans quelques études si la ceinture est portée en position haute
 - Effets secondaires rapportés
 - Modifications du rythme cardiaque du fœtus
 - Augmentation des douleurs
 - Irritations cutanées/inconfort
- => Études complémentaires

Pronostic du SDPG

- Dans 93 % des cas il disparaît dans les 3 mois PP.
- 79 % des patientes ayant un SDP sévère au cours de la grossesse sont asymptomatiques à 2 ans.
- 8 à 10% continuent à souffrir 1-2 ans après l'accouchement.
- Tend à rechuter lors des grossesses suivantes (41 % à 77 %)

Facteurs de mauvais pronostic :

- nombre élevé de tests de provocation de la douleur positifs, une EVA douleur >6, un début des douleurs à un stade précoce, une combinaison de douleur lombaire et de SDP, une douleur sur plus d'un site, indice de mobilité bas
- le manque d'éducation ou un travail peu qualifié
- la multiparité
- un travail prolongé
- un âge >29 ans

Prévention du SDPG

Pas de mesures préventives identifiées :

- Une étude sur 1350 patientes pas d'effet préventif de différents programmes pour prévenir le SDPG. Stuge et al.
- L'impact de l'accouchement sur le SDP a été très peu étudié. Il est conseillé d'éviter l'abduction prolongée des hanches.

Anatomical ultrasound study of the LDSL. Moore A et al Clin. Anat. 2010.

Documente les caractéristiques sonographiques , la longueur, l'épaisseur normale de ce ligament.

The pelvic Girdle Questionnaire: A condition specific Instrument for assessing activity limitations and symptoms in people with pelvic girdle pain. Stuge B . Physical Therapy 2011.

Questionnaire spécifique pour le SDPG le PGQ

Explore 20 activités et 5 symptômes avec une réponse en 4 niveaux

Pourrait être utile pour l'évaluation des traitements

Conclusion

- Une définition précise du SDPG, le limitant aux douleurs des articulations du pelvis et un diagnostic posé sur la base de tests cliniques devraient permettre d'uniformiser le diagnostic et la prise en charge de cette affection.
- Une perte de la stabilité et une mobilité accrue des articulations du bassin expliqueraient les douleurs impliquant des facteurs hormonaux et biomécaniques.

Conclusion

- Le SDPG concerne environ 20 % des patientes. Les douleurs sont généralement d'intensité modérée et disparaissent le plus souvent dans les mois suivant l'accouchement. Quelques patientes restent gênées durablement.
- D'autres études sont nécessaires pour, mieux comprendre sa physiopathologie, définir une procédure diagnostique, identifier précocement les patientes à risque et définir des stratégies thérapeutiques.