



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



MÉMOIRE DE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

réalisé au sein de
l'Université Claude Bernard– Lyon 1
UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

ETUDE QUANTITATIVE DESCRIPTIVE SUR LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE LACOMME

Sarah Mahieu
Née le 29 décembre 1999

Sage Anne-Laure, Ostéopathe D.O., Cabinet libéral
El Hassni Maria, Sage-femme enseignante

Directrice de mémoire
Référente pédagogique

ETUDE QUANTITATIVE DESCRIPTIVE SUR LA PRISE EN
CHARGE DU SYNDROME DE LACOMME

Remerciements

A Anne-Laure SAGE, ostéopathe libérale, ma directrice de mémoire pour son temps, sa motivation sans faille, son engagement et ses conseils précieux tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

A Maria EL HASSNI, sage-femme enseignante, ma référente pédagogique pour ses conseils dans les étapes de préparation et de vérification du mémoire.

A tous les professionnels de santé ayant relayé mon questionnaire.

A toutes les patientes ayant répondu à mon questionnaire et qui ont rendu cette étude possible.

A ma famille et mon entourage, pour leur soutien, leur aide et leurs encouragements continus.

A mes amis, pour leurs conseils et leur soutien tout au long de nos études.

Table des matières

1	Introduction.....	1
2	Matériel et méthode.....	4
2.1	Type d'étude	4
2.2	Population	4
2.3	Recrutement de la population.....	5
2.4	Exploitation des données.....	5
3	Résultats	6
3.1	Population	6
3.2	Variables démographiques	7
3.3	Objectif principal : la douleur avec et sans prise en charge	8
3.4	Objectifs secondaires	9
3.4.1	Les types de prise en charge.....	9
3.4.2	Les différents facteurs à prendre en compte dans la prise en charge du syndrome de Lacomme	11
3.4.3	Informations, diagnostic et orientation.....	12
4	Discussion	13
4.1	Résumé des principaux résultats	13
4.2	Forces et limites de l'étude	13
4.3	Discussion des résultats.....	14
4.4	Implications et perspectives	15
5	Conclusion	16
6	Bibliographie.....	17
7	Annexes.....	19

1 Introduction

Sous les effets hormonaux et mécaniques nouveaux, imposés par la grossesse, les femmes enceintes peuvent souffrir de maux divers et variés. Le syndrome de Lacomme (SdL) qui en fait partie a constitué le sujet de la présente étude.

Sur le plan statural chez la femme enceinte, les lombalgies sont retrouvées en première ligne, puis de manière moins fréquente mais non négligeable sont retrouvées les douleurs pelviennes (1). Celles-ci sont décrites dans le SdL, qui implique des douleurs entre les crêtes iliaques postérieures et le pli sous fessier, particulièrement sur l'articulation sacro-iliaque et souvent en association avec une douleur symphysaire (2–7) (Annexe I, figure 1 et 2).

Il est estimé à environ 20% la proportion de femme enceinte souffrant de ce syndrome, soit une femme sur cinq (2,3,5,8–11). Cette proportion est néanmoins observée avec une grande variabilité, allant de 4 à 76%, selon la définition choisie dans les études pour décrire les douleurs pelviennes, répertoriant jusqu'à 24 terminologies différentes (3,4,6,9). Parfois regroupées en 4 catégories et réparties de la manière suivante : douleurs sacro-iliaques unilatérale = 5.5%, bilatérale = 6.3%, symphysaire = 2.3%, la combinaison des trois = 6% (3,4,6,8).

Ces symptômes peuvent se développer du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement, avec un pic d'intensité entre la 24^e et la 36^e semaine d'aménorrhée (4,9,11,12). Aucun consensus n'a été retrouvé sur l'étiologie de ce syndrome. La littérature actuelle a mis en exergue une origine plurifactorielle et un mécanisme de développement des douleurs demeurant incertain (2,4,10,11,13,14).

Certains auteurs ont émis une théorie autour de l'augmentation chez la femme enceinte du taux de l'hormone relaxine. Cette modification physiologique engendre alors une relaxation ligamentaire et une mobilité pelvienne augmentée. Cependant aucun lien n'a pu être établi entre ces deux faits de manière fiable (4,8,10,11,13). D'autres auteurs ont décrit une origine mécanique, liée aux modifications physiques chez la femme enceinte, créant des troubles posturaux et une distension des ligaments, tel que le ligament sacro-iliaque postérieur (5,7,9–12,14). La carence en magnésium est également apparue comme un déclencheur du syndrome (15).

Tout comme pour l'étiologie, les facteurs de risques de ce syndrome n'ont pas trouvé de consensus. De fait, il existe un ensemble de facteurs de risques physiques et psychosociaux tels que les antécédents de douleurs dorsales (Odds Ratio = 2.3), les antécédents de traumatismes dorsaux ou pelviens (OR = 3.5), la multiparité (OR = 3.5), le haut niveau de stress (OR= 1.2) et le faible taux de satisfaction au travail (2–4,9,16).

Ces douleurs pelviennes ont été décrites comme lancinantes à 80%, sourdes à 50%, à type de tiraillement, brûlure et pesanteur à 65% (4,9). Elles se trouvent exacerbées aux changements de positions et suite à des positions statiques prolongées, assises comme debouts. Certaines femmes enceintes ont également éprouvé des difficultés à la marche rapide ou sur de longues distances. Parmi elles, 97% ont eu des difficultés à se relever, 82% à avoir des rapports sexuels et 30% pour dormir (2,4,9). De cette instabilité pelvienne peuvent résulter des symptômes d'inflammation ligamentaire (9).

Le diagnostic du SdL est avant tout clinique. La présence de symptômes comme les douleurs symphysaires à la marche, à l'équilibre sur une jambe, à la montée d'un escalier ou au changement de côté en position allongée ainsi qu'un antécédent de traumatisme pelvien ou dorsal orientent le diagnostic (4). Une confirmation peut être apportée par des tests de provocation de la douleur et/ou des tests de palpation de la douleur. Les tests de diagnostic recommandés sont nombreux tels que le test P4, le test de Patrick Faber, le test de Gaenslen, le test de Trendelenburg modifié, le test ASLR, la palpation du ligament sacro-iliaque postérieur et la palpation de la symphyse (2,4,12,16,17) (Annexe II). Une anamnèse complète et un examen clinique sont alors suffisants pour poser le diagnostic et aucune recommandation n'a encore été émise en faveur d'examen complémentaires en imagerie (2). L'IRM peut éventuellement être utilisée pour quantifier l'instabilité pelvienne chez la femme enceinte (4).

Une fois le diagnostic posé, diverses thérapeutiques ont été utilisées pour prendre en charge les symptômes tels que la prise d'antalgiques, l'information, la réassurance, les exercices individualisés, l'acupuncture, l'aromathérapie, le yoga, l'homéopathie, les massages, la chiropraxie, l'ostéopathie, le repos, l'aquagym, la ceinture de grossesse, les thérapies cranio-sacrées et la kinésithérapie (2,4–6,10–

14,16,18–21). La méthode qui semble être le plus référencée et le plus efficace était l'acupuncture (11). Il a été observé dans les différentes études une montée en puissance des médecines alternatives et complémentaires, surtout chez les femmes enceintes (11,13,16,18,20).

Néanmoins, aucune recommandation de prise en charge par des sociétés savantes n'a été retrouvée dans la littérature actuelle. L'aspect invalidant de ce syndrome et son impact tant physique que moral a mené à se demander, dans quelles mesures les femmes enceintes souffrant du syndrome de Lacomme sont-elles soulagées par leur prise en charge ?

Trois hypothèses ont été formulées pour répondre à cette question :

- Il existe une diminution significative de la douleur chez les femmes bénéficiant d'une prise en charge quelle qu'elle soit ;
- La médecine alternative semble être plus bénéfique que les autres prises en charge ;
- Le SdL diminue significativement les capacités physiques et perturbe le quotidien et la vie professionnelle des femmes enceintes.

Pour évaluer ces hypothèses, l'objectif principal de cette étude a été de mettre en avant une diminution significative de la douleur en comparaison pré et post prise en charge puis dans un second temps de trouver le type de prise en charge le plus efficace et de faire ressortir les éléments pertinents sur le syndrome pour soulager les patientes.

2 Matériel et méthode

2.1 Type d'étude

L'étude qui a été menée était quantitative et descriptive.

2.2 Population

La population de cette étude comprenait 66 femmes, âgées entre 18 et 40 ans.

Critères d'inclusion :

- Femmes ayant eu un diagnostic du SdL ou présentant des douleurs pelviennes y correspondant ;
- Femmes majeures sans limite de gestité ou parité.

Critères de non-inclusion :

- Femmes ayant uniquement des douleurs autres que celles retrouvées dans le SdL ;
- Femmes ayant des pathologies préexistantes à la grossesse pouvant modifier leur prise en charge ou prédisposant à des douleurs pelviennes (handicap, maladies rhumatoïdes, malformation utérine, maladie neurologique) ;
- Femmes ayant une grossesse gémellaire.

Critères d'exclusion :

- Femmes ayant été hospitalisées pendant la grossesse (menace d'accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, placenta prævia).

2.3 Recrutement de la population

Le recrutement de la population s'est fait via un questionnaire composé de 59 questions ouvertes et fermées (Annexe III), relayé par des sage-femmes libérales de la région Auvergne-Rhône-Alpes, ainsi que des services de consultation de cette même région afin d'obtenir un maximum de réponses du 15 juillet 2022 jusqu'au 26 mars 2023.

Le questionnaire a été envoyé par mail à l'ensemble des sage-femmes libérales d'Auvergne-Rhône-Alpes ayant leur adresse sur le site internet du Conseil de L'Ordre des Sage-Femmes. Il a également été transmis aux coordinatrices des services de consultation de 20 centres hospitaliers d'Auvergne-Rhône-Alpes, soit près de 900 mails envoyés au total.

Le questionnaire a été créé pour cette étude en trois parties : profil du sujet, description des douleurs, prise en charge des douleurs. L'accès au questionnaire se faisait via un lien « Google Form » ou à l'aide d'un QR code présenté sur une affiche (Annexe IV).

Avec la distribution de ce questionnaire à des patientes volontaires, il a été possible de comparer les douleurs pré et post prise en charge selon le type de soin dont le sujet a pu bénéficier. Le critère de jugement principal étant une échelle d'évaluation de la douleur (EVA : échelle visuelle analogique) allant de 0 (aucune douleur) à 10 (douleur très intense).

2.4 Exploitation des données

Le nombre de sujets nécessaires a été estimé à 30 à partir d'un mémoire traitant d'un sujet comparable (22) et a donc été obtenu lors du recrutement.

Les informations ont été recueillies sur un tableau Excel puis analysées à l'aide du test de Wilcoxon sur le logiciel BiostaTGV pour la comparaison des douleurs selon l'EVA pré et post prise en charge, variable quantitative ne suivant pas une répartition selon la loi normale.

Le seuil de significativité a été fixé à 0.05. De cette manière, une p-value inférieure à ce seuil nous indiquait un lien significatif entre les deux données analysées. A l'inverse, une p-value supérieure à ce seuil indiquait la non significativité du lien entre les deux valeurs.

3 Résultats

3.1 Population

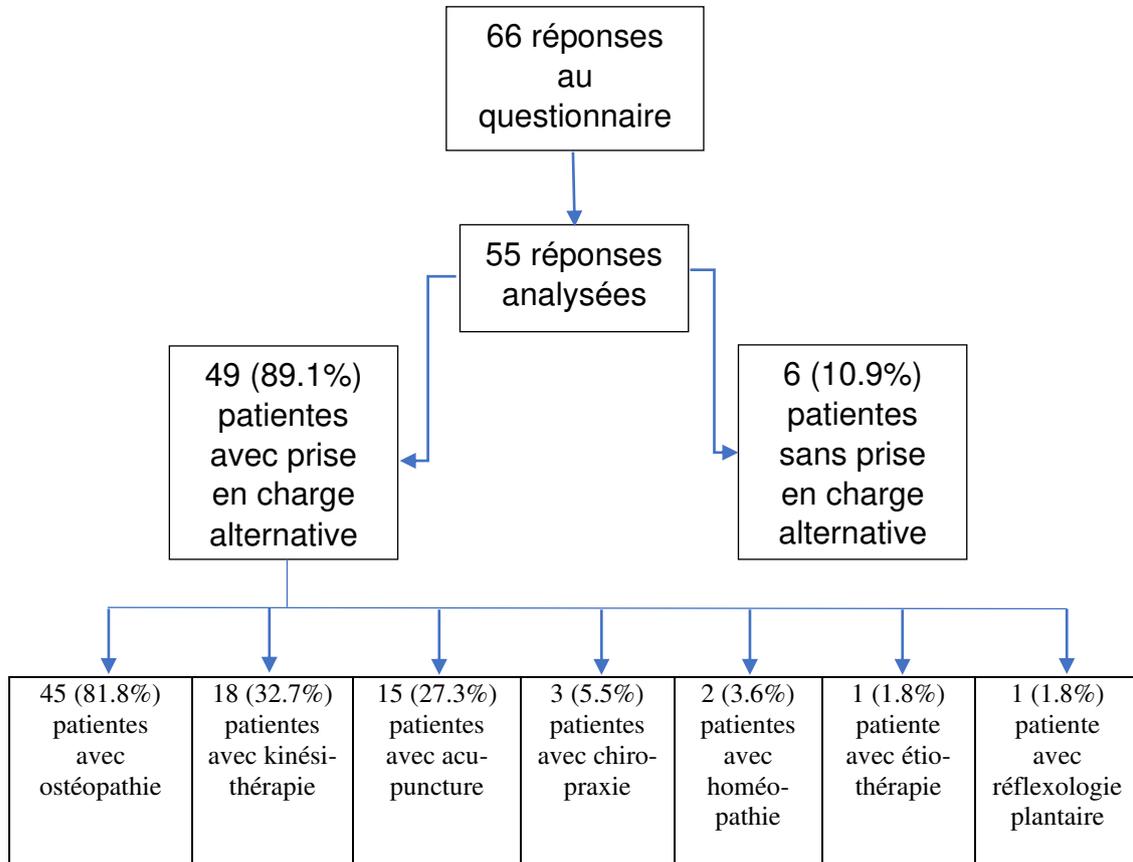


Figure 1. Répartition de la population

Après applications des critères d'inclusions, ont été exclues 6 patientes pour hospitalisation, 3 patientes ne présentant pas des douleurs correspondant au SdL et 2 patientes ayant une maladie rhumatoïde. Soit au total 11 patientes exclues de l'étude.

Le total des 7 groupes représentant chaque prise en charge est supérieur au nombre de patientes avec prise en charge alternative puisque certaines patientes ont pu bénéficier de plusieurs prises en charge.

3.2 Variables démographiques

Tableau 1. Caractéristiques populationnelles

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Total	55	100
Age		
- 18 à 25 ans	3	5,5
- 26 à 30 ans	15	27
- 31 à 35 ans	25	45,5
- 36 à 40 ans	12	22
Gestité		
- 1	18	32,7
- 2	17	30,9
- 3	10	18,2
- 4	10	18,2
Parité		
- Nullipare	17	30,9
- Primipare	28	50,9
- Multipare	10	18,2
Age gestationnel d'apparition des douleurs		
- Avant 20 SA	27	49,1
- Entre 20 et 25 SA	10	18,2
- Entre 25 et 30 SA	11	20
- Entre 30 et 35 SA	4	7,2
- Entre 35 et 41 SA	3	5,5
Antécédents staturaux		
- oui	27	49,1
- dont sciatique	17	30,9
IMC		
- < 18,5	5	9,1
- 18,5-25	30	54,6
- 25-30	13	23,6
- >30	7	12,7
Position du bébé à l'apparition des douleurs		
- Non connue	28	50,9
- Présentation céphalique	14	25,5
- Siège	7	12,7
- Présentation transverse	6	10,9
Antécédents obstétricaux		
- Accouchement par voie basse	27	49,1
- Césarienne	6	10,9

3.3 Objectif principal : la douleur avec et sans prise en charge

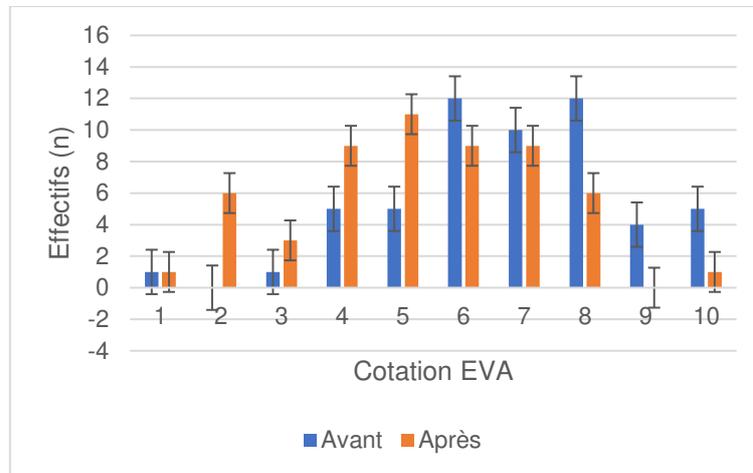


Figure 2. EVA pré et post prise en charge sur population totale

Tableau 2. Comparaison de l'EVA avec et sans prise en charge

	<i>EVA avant</i>	<i>EVA après</i>	<i>p-value</i>
Prise en charge quelconque <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	7 (6 ; 8)	5 (4 ; 7)	<0,05*
Pas de prise en charge <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	6 (5,5 ; 6,25)	5 (3,75 ; 6,25)	1
Total <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	7 (6 ; 8)	5 (4 ; 7)	< 0,05*

* : p-value < 0.05 indiquant des résultats significatifs

3.4 Objectifs secondaires

3.4.1 Les types de prise en charge

Tableau 3. Comparaison de l'EVA entre médecine alternative et pas de médecine alternative

	<i>EVA avant traitement</i>	<i>EVA après traitement</i>	<i>p-value</i>
Médecine alternative médiane (Q1 ; Q3)	7 (6 ; 8)	5 (4 ; 7)	<0,05*
Pas de médecine alternative médiane (Q1 ; Q3)	6 (6 ; 6,75)	5,5 (4,25 ; 6,75)	0,37
Total médiane (Q1 ; Q3)	7 (6 ; 8)	5 (4 ; 7)	< 0,05*

* : p-value < 0.05 indiquant des résultats significatifs

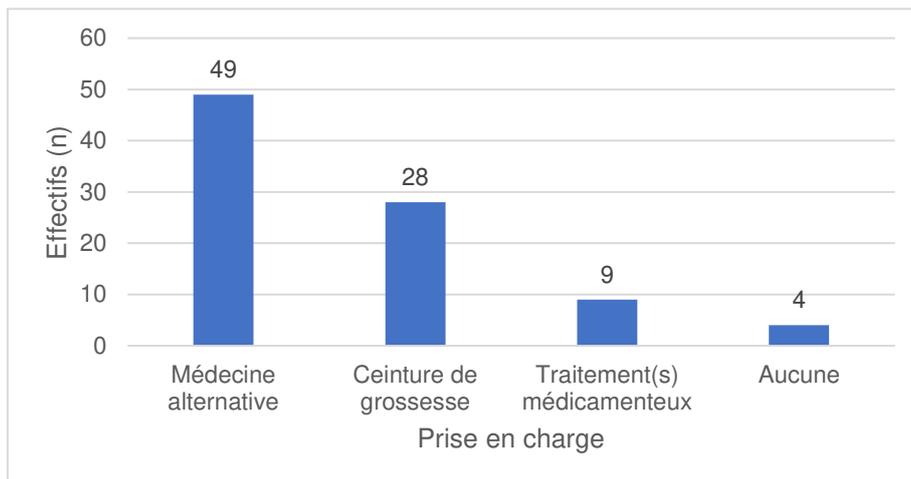


Figure 3. Types de prise en charge

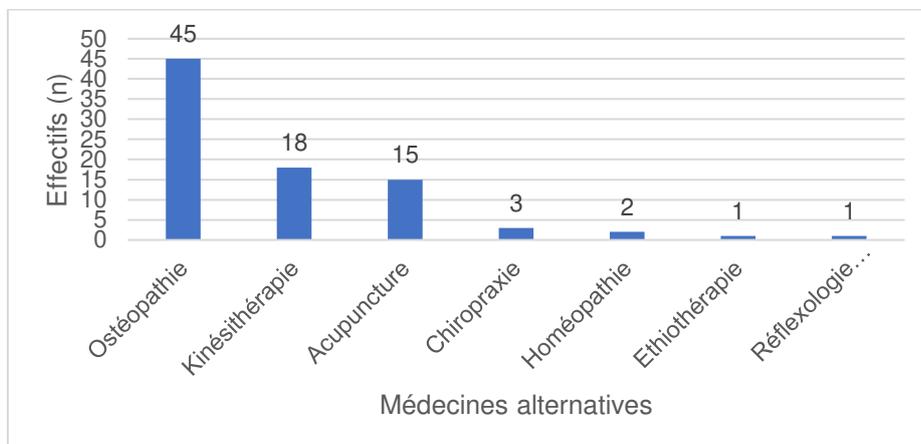


Figure 4. Types de médecine alternative

Tableau 4. Comparaison de l'EVA selon le type de prise en charge

	<i>EVA avant traitement</i>	<i>EVA après traitement</i>	<i>p-value</i>
Ostéopathie <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	7 (6 ; 8)	5 (4 ; 7)	<0,05*
Kinésithérapie <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	7,5 (6 ; 8)	6 (5 ; 6,75)	<0,05*
Acupuncture <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	8 (6 ; 8)	5 (3,5 ; 6,5)	<0,05*
Homéopathie <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	6 (5 ; 7)	3 (3 ; 3)	NA
Chiropraxie <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	9 (8 ; 9,5)	5 (3,5 ; 6)	0,37
Réflexologie plantaire <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	3 (3 ; 3)	2 (2 ; 2)	NA
Etiothérapie <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	6 (6 ; 6)	2 (2 ; 2)	NA
Aucune prise en charge <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	6 (6 ; 6,75)	5,5 (4,25 ; 6,75)	0,37
Traitements médicamenteux <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	8,5 (6,5 ; 9)	5 (5 ; 5,75)	0,06
Ceinture de grossesse <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	7,5 (6 ; 8,25)	6 (5 ; 7,25)	< 0,05*
Total <i>médiane (Q1 ; Q3)</i>	7 (6 ; 8)	5 (4 ; 7)	< 0,05*

NA : non analysable (nombre de sujets insuffisants)

* : p-value < 0.05 indiquant des résultats significatifs

Parmi les 4 médecines alternatives ayant une influence significative sur la diminution de la douleur nous retrouvons l'ostéopathie, la kinésithérapie, l'acupuncture et la ceinture de grossesse. Leurs médianes de diminution sur l'EVA sont respectivement -1 point, -0.5 point, -2 points et -1 point.

3.4.2 Les différents facteurs à prendre en compte dans la prise en charge

- Maux de grossesse associés :

Crampes 40% (n=22), sciatiques 32% (n=18), douleurs ostéo autres 32% (n=18), contractions utérines 30% (n=17).

- Pratique sportive :

Les patientes ne pratiquent pas d'activité sportive à 60% (n=33). Parmi celles qui en pratiquent une, plus de 70% font une activité douce. La médiane de l'EVA avant traitement dans les deux groupes est identique et égale à 7. Après traitement celles qui pratiquent une activité sportive descendent à 4.5 versus 6 pour celles qui ne pratiquent pas d'activité sportive.

- Vie quotidienne :

Les douleurs sont accentuées par le type d'activité à 67% et les types de mouvement à 70% (n=39). Cela implique à 94% une modification sur la vie quotidienne dont 9% d'arrêt total des activités (n=5), 56% de limitation modérée des activités (n=31) et 29% de limitation minime (n=16) (Annexe V fig. 1). Les activités les plus impactées sont les changements de position, les déplacements, le sommeil et la sexualité pour plus de la moitié de la population interrogée. (Annexe V fig. 2)

- Vie professionnelle :

L'environnement de travail est non aménagé à 58% (n=26 / 45).

53% des femmes parmi celles ayant une activité professionnelle ont eu un arrêt de travail à cause de leurs douleurs (n=24 / 45).

- Influence sur le plan psychologique :

69% des sujets ont déjà au moins 1 enfant (n=38), parmi elles 42% subissent une récurrence de leurs douleurs par rapport à une précédente grossesse (n=16).

80% des douleurs sont présentes pendant plusieurs mois (n=44). Il y a 67% des patientes pour qui les douleurs sont présentes en continu sur toute la journée (n=37) et l'EVA après traitement n'est jamais égal à 0.

62 % (n=34) des femmes répondantes estiment que leur vécu de grossesse a été entaché par leur douleurs.

3.4.3 Informations, diagnostic et orientation

53% des femmes estiment ne pas avoir eu suffisamment d'informations sur les prises en charge dont elles pouvaient bénéficier (n=29).

62% des diagnostics sont posés par le professionnel assurant le suivi de grossesse (n= 34), dont 85% sont des sage-femmes (n=29/34). 38% des femmes interrogées ne sont pas diagnostiquées ou sont diagnostiquées au décours d'une consultation ne concernant pas le suivi de grossesse (n=21).

84% des femmes interrogées ayant bénéficié d'une prise en charge alternative y ont eu recours selon leur propre initiative, ce qui indique que seul 16% des praticiens assurant le suivi de grossesse orientent vers ce type de prise en charge.

4 Discussion

4.1 Résumé des principaux résultats

Les femmes bénéficiant d'une prise en charge sont mieux soulagées que celles n'ayant aucune prise en charge. Il est à noter que les prises en charge dont les sujets de cette étude ont bénéficié ont majoritairement été débutées sur une initiative personnelle et non une orientation de la part de leur praticien.

Les femmes bénéficiant d'une prise en charge alternative sont mieux soulagées que celle n'en bénéficiant pas. L'acupuncture, l'ostéopathie, la kinésithérapie et la ceinture de grossesse étant les moyens les plus efficaces.

La douleur n'est pas le seul facteur qui doit être retenu lors de la prise en charge d'une patiente. Il existe d'autres points à prendre en compte comme l'aspect psychologique mais aussi l'accompagnement au quotidien, les maux de grossesse associés, la vie professionnelle et leurs habitudes de vie. Lors de la prise en charge actuelle, les patientes manquent d'informations, leurs douleurs ne sont pas toujours diagnostiquées et elles sont peu réorientées.

4.2 Forces et limites de l'étude

Notre étude présente une force suffisante compte tenu du nombre de sujets nécessaires atteint avec au total 55 réponses analysées. De plus, il n'a été retrouvé dans la littérature actuelle que très peu d'études dans les 5 dernières années dont aucune n'a été réalisée sur le territoire de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Le sujet étudié est un sujet n'étant l'objet d'aucune recommandation officielle par des sociétés savantes. Le questionnaire étant informatisé cela nous a permis de recruter des sujets géographiquement éloignés.

Notre étude est basée sur un questionnaire non validé par la science, impliquant des difficultés de traitement des données. Le questionnaire informatisé a pu exclure les patientes n'ayant pas accès à la technologie. Il a été difficile d'obtenir bon nombre de réponses malgré le nombre de questionnaires transmis. Pour pallier cette difficulté, l'ensemble des professionnels sollicités ont été relancé par mail une

seconde fois. Malgré un relai du questionnaire par le même type de professionnel de santé, à savoir des sage-femmes, les patientes ont pour la majorité bénéficié d'une prise en charge alternative et en particulier l'ostéopathie. La répartition des sujets n'a donc pas été homogène et équitable. L'accumulation de plusieurs prises en charge alternatives ne nous permet pas d'attribuer la diminution des douleurs à une médecine alternative en particulier. L'interprétation des résultats présentés est à faire en conscience des biais susmentionnés et la généralisation des informations trouvées s'en retrouve impactée.

4.3 Discussion des résultats

Tout comme dans notre étude, il est retrouvé dans la littérature actuelle des textes prouvant l'efficacité de certaines médecines alternatives face aux soins habituellement fournis (19,22).

Les médianes de diminution de la douleur sur l'EVA pour les prises en charge alternatives de notre étude reviennent à -2 pour l'acupuncture, -1 pour l'ostéopathie, -1 pour les ceintures de grossesse et -0.5 pour la kinésithérapie. Cette classification des médecines alternatives se retrouve dans les études actuelles. L'acupuncture ressort comme la prise en charge la plus adaptée pour le SdL face aux autres prises en charge (11,19) et particulièrement face à la kinésithérapie (23). Néanmoins, les thérapies manuelles pratiquées par les ostéopathes et les kinésithérapeutes présentent des effets positifs sur les douleurs des patientes (24).

Actuellement, bon nombre d'études font le même constat sur le manque d'étude sur le SdL avec un fort niveau de preuve (4,11,16,20,21). Ce manque d'études peut être mis en relation avec le manque de connaissances des professionnels de santé à ce sujet (25). Le manque d'information et de connaissance entre en corrélation avec les résultats mis en exergue dans notre étude : il existe plusieurs facteurs pertinents pour la prise en charge des patientes en complément de la prise en charge de leur douleur physique.

4.4 Implications et perspectives

La proposition de prise en charge alternative et un accompagnement global, avec des conseils sur les habitudes de vie et un soutien psychologique, devraient être proposés de manière plus systématique.

Un travail complémentaire devrait être accordé à l'amélioration des connaissances des professionnels de santé et à l'importance accordé aux douleurs inhérentes aux SdL.

Une étude semblable à la notre mais réalisée avec des groupes comparables, c'est-à-dire homogène et réparti de manière équitable, serait nécessaire afin de pouvoir statuer avec certitude sur l'amélioration des douleurs avec prise en charge et par type de prise en charge. Ce type d'étude bénéficierai de plus de puissance, ce qui permettrait d'élaborer des recommandations de prise en charge à destination des praticiens. De sorte, une prise en charge et des informations plus fiables pourront être proposées aux patientes.

5 Conclusion

Notre étude a permis de mettre en évidence un soulagement significatif pour les patientes ayant bénéficié d'une prise en charge, avec une EVA passant de 7 à 5 versus de 6 à 5 pour celles n'en ayant pas eu. Parmi les différentes prises en charge, les médecines alternatives semblent être plus efficaces que les autres prises en charge. Pour le groupe médecines alternatives l'EVA pré traitement est égale à 7 puis à 5 en post traitement, face au groupe sans médecine alternative avec une douleur cotée à 6 puis à 5.5. Les médecines alternatives étudiées font apparaître l'acupuncture, l'ostéopathie, la kinésithérapie et les ceintures de grossesses comme les thérapeutiques les plus efficaces. Il existe néanmoins un facteur de confusion lorsque les patientes ont bénéficié de plusieurs prises en charge, ne nous permettant pas de statuer avec certitude sur l'efficacité de chaque prise en charge versus une association de celles-ci. Ces prises en charge ont majoritairement été débutées par les patientes sans conseil préalable de leur professionnel de santé accompagnant leur grossesse. Un travail autour de l'orientation et la prise en charge de ce syndrome sont à investiguer avec des études de plus fort niveau de preuve. Une meilleure connaissance et davantage d'investissement autour du syndrome de Lacomme ne serait-elle pas la base d'une prise en charge optimisée pour les patientes.

6 Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Kit d'adaptation numérique pour les soins prénatals : exigences opérationnelles pour la mise en oeuvre des recommandations de l'OMS dans les systèmes numériques [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2022 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353326>
2. Vleeming A, Albert HB, Östgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J.* juin 2008;17(6):794-819.
3. Albert HB, Godskesen† M, Korsholm L, Westergaard JG. Risk factors in developing pregnancy-related pelvic girdle pain. *Acta Obstet Gynecol Scand.* janv 2006;85(5):539-44.
4. Kanakaris NK, Roberts CS, Giannoudis PV. Pregnancy-related pelvic girdle pain: an update. *BMC Med.* 15 févr 2011;9:15.
5. Oswald C, Higgins CC, Assimakopoulos D. Optimizing pain relief during pregnancy using manual therapy. *Can Fam Physician.* août 2013;59(8):841-2.
6. Elden H, Ladfors L, Olsen MF, Ostgaard HC, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. *BMJ.* 2 avr 2005;330(7494):761.
7. Conjeaud B. Grossesse, hormone et ostéopathie : le « Syndrome du rez-de-chaussée ». Sully. 2005.
8. Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Prognosis in four syndromes of pregnancy- related pelvic pain. 2001;6.
9. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JMA, van Dieën JH, Wuisman PIJM, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J.* nov 2004;13(7):575-89.
10. Aldabe D, Ribeiro DC, Milosavljevic S, Dawn Bussey M. Pregnancy-related pelvic girdle pain and its relationship with relaxin levels during pregnancy: a systematic review. *Eur Spine J.* sept 2012;21(9):1769-76.
11. Close C, Sinclair M, Liddle SD, Madden E, McCullough JEM, Hughes C. A systematic review investigating the effectiveness of Complementary and Alternative Medicine (CAM) for the management of low back and/or pelvic pain (LBPP) in pregnancy. *J Adv Nurs.* août 2014;70(8):1702-16.
12. Cassidy I, Jones C. A retrospective case report of symphysis pubis dysfunction in a pregnant woman. *J Osteopath Med.* oct 2002;5(2):83-6.

13. Hall H, Cramer H, Sundberg T, Ward L, Adams J, Moore C, et al. The effectiveness of complementary manual therapies for pregnancy-related back and pelvic pain. *Medicine (Baltimore)*. 23 sept 2016;95(38):e4723.
14. Lund I, Lundeberg T, Lönnberg L, Svensson E. Decrease of pregnant women's pelvic pain after acupuncture: a randomized controlled single-blind study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. janv 2006;85(1):12-9.
15. Koeger A. *Rhumatologie et grossesse*. 2023;
16. Elden H, Östgaard HC, Glantz A, Marciniak P, Linnér AC, Olsén MF. Effects of craniosacral therapy as adjunct to standard treatment for pelvic girdle pain in pregnant women: a multicenter, single blind, randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. juill 2013;92(7):775-82.
17. Charlotte Walters, Simon West, Tanya A Nippita. Pelvic girdle pain in pregnancy. 2018 [cité 25 avr 2023]; Disponible sur: [<https://www1.racgp.org.au/getattachment/940ee5f7-a493-4f94-8814-4ac1ac8611f0/Pelvic-girdle-pain-in-pregnancy.aspx>]
18. Adams J, Lui CW, Sibbritt D, Broom A, Wardle J, Homer C, et al. Women's Use of Complementary and Alternative Medicine During Pregnancy: A Critical Review of the Literature. 2009;9.
19. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cité 5 nov 2021];2015(9). Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.CD001139.pub4>
20. Hall HG, McKenna LG, Griffiths DL. Midwives' support for Complementary and Alternative Medicine: A literature review. *Women Birth*. mars 2012;25(1):4-12.
21. Pennick V, Young G. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2007 [cité 8 nov 2022];(2). Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd001139.pub2>
22. Barré E. Le syndrome de Lacomme: quelle prise en charge? *Gynécologie Obstétrique*. :93.
23. Wedenberg K, Moen B, Norling Å. A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low-back and pelvic pain in pregnancy. 2000;
24. Van Benten E, Pool J, Mens J, Pool-Goudzwaard A. Recommendations for Physical Therapists on the Treatment of Lumbopelvic Pain During Pregnancy: A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther*. juill 2014;44(7):464-A15.
25. Contreras S. À l'écoute des maux de la grossesse : le syndrome de Lacomme au CHR Mets-Thionville. *Médecine Hum Pathol*. 2014;78.

7 Annexes

Annexe I

Posterior View

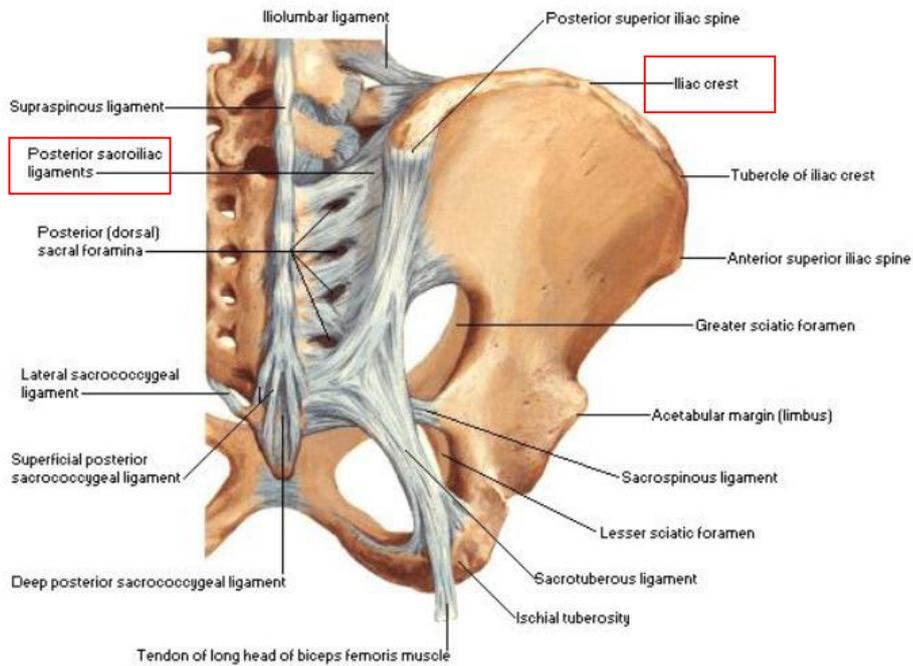


Figure 1. Vue postérieure du pelvis osseux et de ses ligaments (Atlas Netter)

Measurements - Anterior View

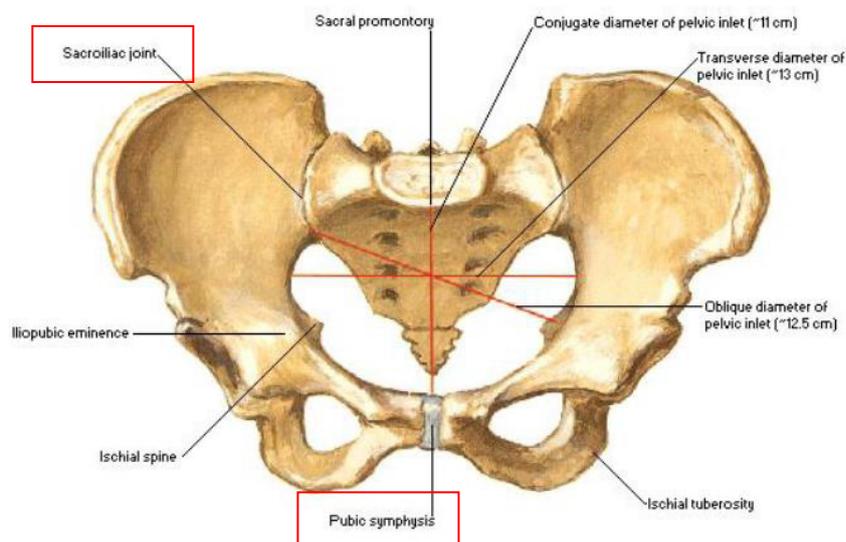


Figure 2. Vue antérieure du bassin osseux (Atlas Netter)

Annexe II

Tableau 1. Description des tests diagnostics

Type de test	Description
P4 : Posterior pain pelvic provocation	Décubitus dorsal, hanche et genou fléchis à 90°. Pression sur le genou dans l'axe du fémur. Douleur dans la région fessière.
Patrick Faber	Décubitus dorsal, hanche fléchie à 90°. Rotation et abduction pour apporter le talon au niveau du genou opposé. Douleur articulaire homolatérale.
Gaenslen	Décubitus dorsal, une jambe en flexion maximum vers le tronc, la seconde en extension maximum vers le sol. Douleur à l'articulation sacro-iliaque.
Trendelenburg modifié	Debout sur une jambe, seconde jambe avec hanche et genou fléchis à 90°. Douleur symphysaire.
ASLR : Active straight leg raise	Décubitus dorsal, jambes en extension. Levée d'une jambe tendue de 20 cm. La difficulté à effectuer ce test indique le degré de gravité.
Palpation du ligament dorsal long	Décubitus latéral, hanches et genoux fléchis. Palpation du ligament de manière bilatérale. Douleur qui persiste plus de 5 secondes après la fin de la palpation.
Palpation de la symphyse	Décubitus dorsal. Palpation de la symphyse. Douleur qui persiste plus de 5 secondes après la fin de la palpation.

Annexe III

QUESTIONNAIRE *Obligatoire

Partie I

l) 1. A quel âge gestationnel êtes-vous actuellement ? (en semaines d'aménorrhées) *

l) 2. A quelle tranche d'âge appartenez-vous ? *

Une seule réponse possible.

18 à 25 ans

26 à 30 ans

31 à 35 ans

36 à 40 ans

Plus de 40 ans

l) 3. Quelle est votre taille en centimètres ? (ex : 170) *

l) 4. Quel était votre poids avant grossesse en kilogrammes ? (ex : 68,5) *

l) 5. Quel est votre poids actuel en kilogrammes ? (ex : 73) *

l) 6. Combien de grossesse(s) avez-vous déjà eu, en comptant celle-ci ? (enfant(s) né(s), interruption de grossesse, grossesse extra utérine, mort fœtale, fausse couche : tout compris) * *Une seule réponse possible.*

1

2

3

4

Autre :

l) 7. Combien d'enfant(s) né(s) vivant(s) et viable(s) avez-vous déjà eu ? *

Une seule réponse possible.

0

1

2

3

Autre :

l) 8. Votre grossesse actuelle est une : *

Une seule réponse possible.

Grossesse unique

Grossesse multiple

l) 9. Dans quelle position votre bébé est-il actuellement ? *

Une seule réponse possible.

Présentation céphalique

Siège

Présentation transverse

Non connue

l) 10. Avez-vous des antécédents familiaux ? (Dans votre famille proche : parents, frères/sœurs, enfants) *

Plusieurs réponses possibles.

Aucun

Ostéoporose

Sciatique

Hernie discale

Maladies articulaires

Autre :

l) 11. Avez-vous des antécédents médicaux sur le plan statural ? *

Plusieurs réponses possibles.

Aucun

Ostéoporose

Sciatique

Hernie discale

Maladies rhumatoïdes

Luxation congénitale de hanche

Hyperlaxité ligamentaires (entorses, luxations fréquentes)

Fractures

Lésions suite à un accident de la voie publique

Troubles orthopédiques

Autre :

l) 12. Avez-vous des antécédents médicaux généraux ? *

Plusieurs réponses possibles.

Aucun
Maladie chronique (hypertension, diabète,
infection virale, troubles thyroïdiens)
Troubles métaboliques
Troubles circulatoires
Troubles psychiques
Troubles neurologiques
Handicap
Autre :

l) 13. Si vous avez répondu positivement à la question précédente, merci de préciser

l)14. Avez-vous des antécédents chirurgicaux ? *

Plusieurs réponses possibles.

Aucun
Opération sur fractures simple ou multiples
Appendicite
Autre :

l)15. Avez-vous des antécédents gynécologiques ? *

Plusieurs réponses possibles.

Aucun
Fibromes
Kystes ovariens
Endométriose
Cancer gynécologique (sein, ovaire, utérus ...)
Malformation utérine
Autre :

l) 16. Quels sont vos antécédents obstétricaux ? *

Plusieurs réponses possibles.

Aucun
Fausse couche
Grossesse extra-utérine
Mort foetale in utéro
Interruption volontaire/médicale de grossesse
Accouchement par césarienne
Accouchement par voie basse
Autre :

l) 17. Présentez-vous une pathologie associée à la grossesse parmi les suivantes ? *

Plusieurs réponses possibles.

Aucune
Menace d'Accouchement Prématuro
Rupture Prématuroe des Membranes
Placenta praevia
Diabète
Pré-éclampsie
Autre :

l) 18. Avez-vous été hospitalisée durant votre grossesse ? *

Une seule réponse possible.

Oui
Non

l) 19. Si oui à la question précédente, pour quelle(s) raison(s) :

l) 20. Existe-t-il d'autres maux de grossesse dont vous avez souffert dans la même temporalité? *

Plusieurs réponses possibles.

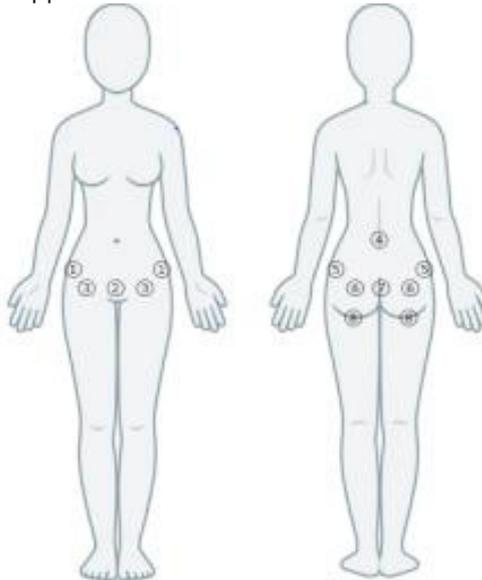
Aucun
Douleurs ostéo-articulaires autres
Contractions utérines
Infections urinaires/pyélonéphrite
Sciatique
Oedèmes
Crampes
Myalgies
Autre :

- I) 21. Exercez-vous une activité professionnelle ? *
- Une seule réponse possible.*
- Oui
 - Non
- I) 22. Si oui à la question précédente, quelle activité exercez-vous ?
- I) 23. Quelle est la position dans laquelle vous vous situez le plus souvent ? *
- Plusieurs réponses possibles.*
- Debout
 - Assise
 - En mouvement
 - Port de charges lourdes
- I) 24. Votre activité professionnelle a-t-elle été aménagée pour votre grossesse ? *
- Une seule réponse possible.*
- Oui
 - Non
 - Non concernée
- I) 25. Combien de temps, en heures, passez-vous chaque jour dans les transports ? (voiture, transports en commun, etc. ...) *
- I) 26. Etes-vous accompagnée/soutenue dans vos tâches quotidiennes ? (Courses, ménages, garde d'enfants ...) * *Une seule réponse possible.*
- Oui
 - Non
- I) 27. Pratiquez-vous une activité sportive ou de loisir régulière ? *
- Une seule réponse possible.*
- Oui
 - Non
- I) 28. Si oui à la question précédente précisez quelle(s) activité(s)

Partie II

- II) 1. A quel âge gestationnel sont apparues les douleurs ? *
- Une seule réponse possible.*
- Avant 20 SA
 - Entre 20 et 25 SA
 - Entre 25 et 30 SA
 - Entre 30 et 35 SA
 - Entre 35 et 41 SA
- II) 2. Dans quelle position votre bébé était-il lors de l'apparition des douleurs ? *
- Une seule réponse possible.*
- Présentation céphalique
 - Siège
 - Présentation transverse
 - Non connue
- II) 3. Quel type de douleur ressentez-vous ? *
- Plusieurs réponses possibles.*
- Picotements
 - Fourmillements
 - Décharges électriques
 - Douleurs lancinantes
 - Pesanteur
 - Tiraillements
 - Autre :

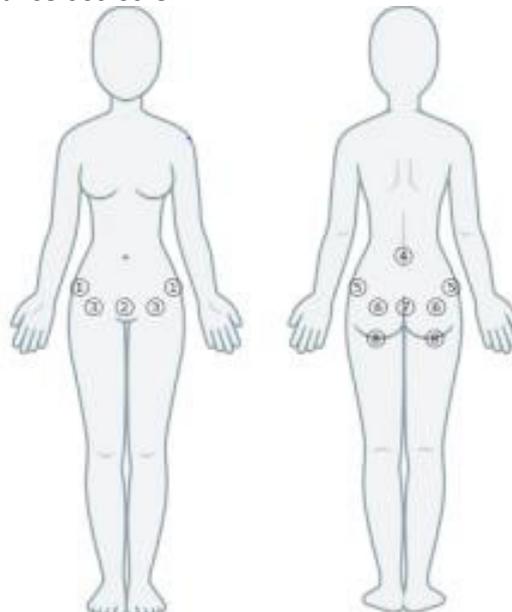
II) 4. Où vos douleurs sont-elles apparues ? *



Plusieurs réponses possibles.

- 1 : ailes iliaques en avant
- 2 : symphyse
- 3 : plis inguinaux
- 4 : lombaires
- 5 : ailes iliaques en arrière
- 6 : articulations sacro-iliaques
- 7 : sacrum
- 8 : ischions
- Autre :

II) 5. Où se situent actuellement vos douleurs ? *



Plusieurs réponses possibles.

- 1 : ailes iliaques en avant
- 2 : symphyse
- 3 : plis inguinaux
- 4 : lombaires
- 5 : ailes iliaques en arrière
- 6 : articulations sacro-iliaques
- 7 : sacrum
- 8 : ischions
- Autre :

- II) 6. Quelle a été la durée de ces douleurs ? *
- Une seule réponse possible.*
- Moins d'une semaine
 - Moins d'un mois
 - Plusieurs mois
- II) 7. A quel moment/dans quelle temporalité ressentez-vous ces douleurs ? *
- Plusieurs réponses possibles.*
- Le matin
 - L'après-midi
 - Le soir
 - La nuit
 - Toute la journée
- II) 8. Comment sont apparues ces douleurs ? *
- Une seule réponse possible.*
- Progressivement
 - Brutalement
 - Par intermittence
 - Autre :
- II) 9. Ces douleurs peuvent être accentuées par : *
- Plusieurs réponses possibles.*
- Le moment de la journée
 - Le type d'activité
 - Des mouvements particuliers
 - Autre :
- II) 10. Quelle était l'intensité des douleurs avant tout traitement ? *
- Une seule réponse possible.*
- Aucune douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur extrêmement forte
- II) 11. Quelle est l'intensité des douleurs après traitement ? *
- Une seule réponse possible.*
- Aucune douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur extrêmement forte
- II) 12. Quel est l'impact de ces douleurs sur votre vie quotidienne ? *
- Une seule réponse possible.*
- Aucun
 - Limitation minime des activités quotidiennes
 - Limitation modérée des activités quotidiennes
 - Arrêt total des activités quotidiennes
- II) 13. Quelles sont les activités quotidiennes impactées par vos douleurs ? *
- Plusieurs réponses possibles.*
- Aucunes
 - Sommeil
 - Marche/déplacement
 - Changement de position
 - Sexualité
 - Autre :
- II) 14. Vos douleurs ont-elles entaché le vécu de votre grossesse ? *
- Une seule réponse possible.*
- Oui
 - Non
- II) 15. Vos douleurs ont-elles nécessité un arrêt de travail ? *
- Une seule réponse possible.*
- Oui
 - Non
 - Non concernée
- II) 16. Avez-vous déjà eu de telles douleurs pour une précédente grossesse ? *
- Une seule réponse possible.*
- Oui
 - Non
 - Non concerné

Partie III

III) 1. Quel professionnel de santé a fait le diagnostic du syndrome ? *

Une seule réponse possible.

- Sage-femme
- Obstétricien
- Médecin généraliste
- Autre :

III) 2. Comment le diagnostic a-t-il été fait ? *

Une seule réponse possible.

- Interrogatoire seulement
- Interrogatoire + examen clinique
- Interrogatoire + examen clinique + examens complémentaires (radiographie/échographie)

III) 3. Quel a été la (les) prise(s) en charge(s) initiale de ce professionnel de santé ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
- Traitement(s) médicamenteux
- Orientation vers une médecine alternative
- Ceinture de grossesse

III) 4. Quelle a été la (les) prise(s) en charge(s) dont vous avez réellement bénéficié ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
- Traitement(s) médicamenteux
- Médecine(s) alternative(s)
- Ceinture de grossesse

III) 5. Si vous avez bénéficié d'un traitement médicamenteux, de quoi était-il composé ?

III) 6. Avez-vous correctement suivi le traitement médicamenteux prescrit ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Non concerné

III) 7. Le cas échéant, de quelle(s) médecine(s) alternative(s) avez-vous pu bénéficier ?

Plusieurs réponses possibles.

- Acupuncture
- Ostéopathie
- Chiropraxie
- Kinésithérapie
- Homéopathie
- Autre :

III) 8. La prise en charge éventuelle en médecine alternative a été décidée selon

Une seule réponse possible.

- l'initiative du professionnel
- une initiative personnelle

III) 9. A quelle fréquence avez-vous été prise en charge pour ces douleurs ?

Une seule réponse possible.

- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Une semaine sur deux
- Une fois par mois

III) 10. Comment évalueriez-vous l'efficacité de votre prise en charge ? *

Une seule réponse possible.

Pas du tout satisfaisante 1 2 3 4 5 Très satisfaisante

III) 11. Si vous avez bénéficié de plusieurs prise en charge, laquelle a été la plus satisfaisante selon vous ?

III) 12. Avez-vous été informé des différentes techniques disponibles pour vous soulager ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

III) 13. Estimez-vous qu'il y a eu un retard de diagnostic ou de prise en charge ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

III) 14. Si oui à la question précédente, expliquez pourquoi :

III) 15. Avez-vous des commentaires ? *

Annexe IV

Vous êtes enceinte et votre bassin vous fait souffrir ?



Cette étude vous concerne !

Accès direct au questionnaire via ce QR
code ou via le lien ci-dessous :
<https://forms.gle/7gHKLNN2MV327tid6>



Cette étude est un mémoire de fin d'étude portant sur le syndrome de Lacomme en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Annexe V

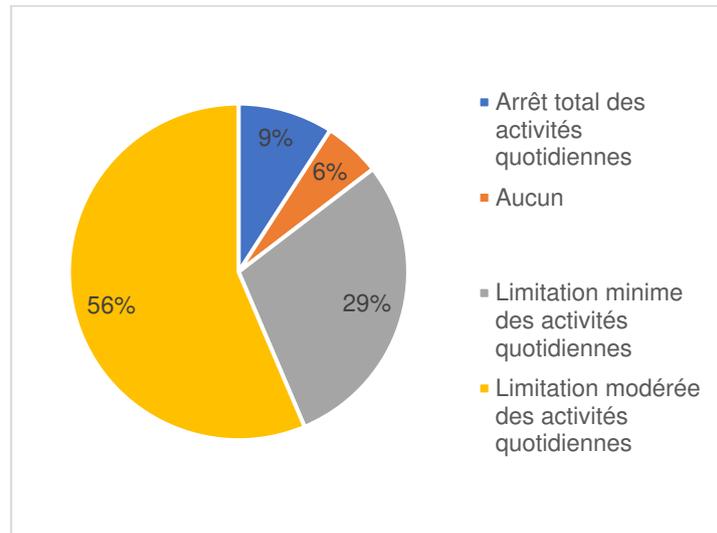


Figure 1. Impact sur les activités quotidiennes

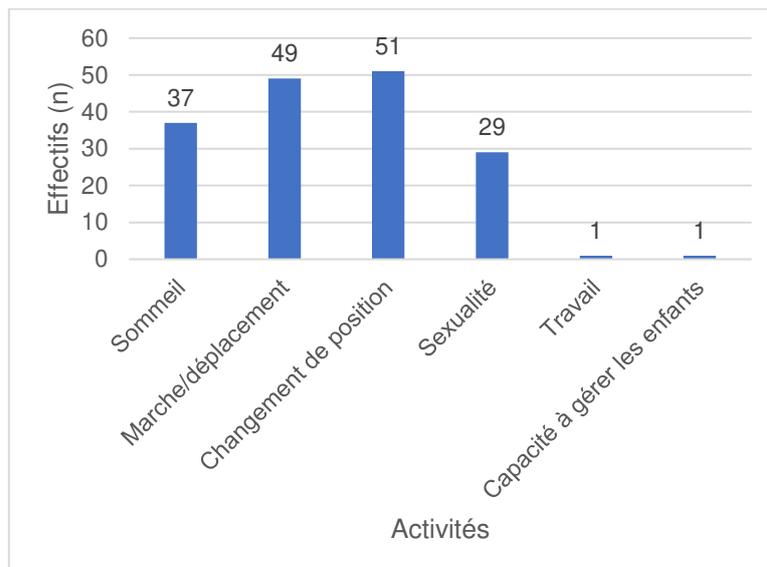


Figure 2. Types d'activités impactées

Auteur : Mahieu Sarah	Diplôme d'Etat de sage - femme.
Titre : Etude quantitative descriptive sur la prise en charge du syndrome de Lacomme	
Résumé :	
<p><i>Introduction.</i> – Le syndrome de Lacomme touche environ 20% des femmes enceintes mais aucune recommandation de prise en charge n'a été publiée par des sociétés savantes jusqu'à présent. L'impact tant physique que moral a mené à se demander dans quelles mesures les femmes enceintes sont soulagées par leur prise en charge.</p> <p><i>Objectif.</i> – L'objectif principal de l'étude a été de montrer un soulagement des douleurs lorsque les patientes bénéficient d'une prise en charge. L'identification des médecines alternatives les plus efficaces et des facteurs pertinents dans la prise en charge de la douleur ont constitué les objectifs secondaires de cette étude.</p> <p><i>Méthode.</i> – L'étude menée est quantitative descriptive par questionnaire ayant rapporté 66 réponses au total sur une période de 8 mois. Les résultats ont été analysés à l'aide du test statistique de Wilcoxon.</p> <p><i>Résultats</i> – Les patientes ayant bénéficié d'une prise en charge ont été mieux soulagées que sans prise en charge. Les médecines alternatives apparaissent plus efficaces, notamment l'acupuncture, l'ostéopathie, la kinésithérapie et les ceintures de grossesses. L'aspect psychologique, les habitudes de vie, les maux associés et les difficultés de la vie quotidienne apparaissent comme pertinents à aborder en complément de la prise en charge de la douleur.</p> <p><i>Conclusion.</i> – Une diminution significative des douleurs a été démontrée lorsque les patientes peuvent bénéficier d'une prise en charge, notamment si cette prise en charge est une médecine alternative. Le manque de connaissance et d'information sur le sujet invitent à réaliser plus ample recherche sur le syndrome de Lacomme afin d'obtenir des recommandations de prise en charge validées par la science.</p>	
Mots clés : Syndrome de Lacomme, prise en charge, douleurs, médecines alternatives	

Title : Descriptive quantitative study on the management of pelvic gridle pain
Abstract :
<p><i>Introduction.</i> – Pelvic girdle pain affects about 20% of pregnant women but no management recommendations have been published. The physical and moral impact led us to wonder : to what extent pregnant women are relieved by their care ?</p> <p><i>Objective.</i> – The main objective of the study was to show pain relief when patients receive treatment. The secondary objectives were to find the most effective treatments and the factors relevant to their global management in addition to pain management.</p> <p><i>Methods.</i> – The study conducted is quantitative descriptive by survey having reported 66 responses over a period of 8 months. The results were analyzed using the Wilcoxon statistical test.</p> <p><i>Results & Discussion.</i> – Patients who received treatment were better relieved than without treatment. Alternative medicines appear more effective, including acupuncture, osteopathy, physiotherapy and pregnancy belts. The psychological aspect, lifestyle habits, associated pregnancy aches and difficulties of daily life appear to be relevant in addition to pain management.</p> <p><i>Conclusion.</i> – A significant reduction in pain has been demonstrated when patients can benefit from treatment, especially if this treatment is alternative medicine. The lack of knowledge and information on the subject calls for further research on pelvic girdle pain in order to obtain official recommendations for management.</p>
Key words : Pelvic girdle pain, management, pain, alternative medicines