

# Les techniques manuelles et alternatives dans le traitement des douleurs pelviennes chez la femme enceinte : une revue de la littérature

## Manual and alternative techniques for the treatment of pelvic pain in pregnant women : a review of literature

SARAH BODART<sup>1</sup>, (MS, PT), JEANNE BERTUIT<sup>\*1,2</sup>, (PT, PhD)

1 Haute Ecole Libre de Bruxelles (HELB) Ilya Prigogine, Bruxelles (Belgique).

2 Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Filière Physiothérapie, Lausanne, Suisse

\* Auteur correspondant

Conflit d'intérêt: les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

---

### Keywords

Pelvic pain, pregnancy, therapy

---

**Objectives:** to highlight and update existing and conclusive scientific data related to manual and alternative treatments that alleviate pelvic pain in pregnant women.

**Methods:** from a total of 81 publications, 18 articles from different databases and published between 2006 and 2017 were selected, extracted, and analyzed. Several inclusion criteria were used: the articles should focus on pregnant women with pelvic or lumbo-pelvic pain, the interventions should relate to manual or alternative treatments, and the evaluation should focus on pain, quality of life, or epidemiological data. The studies were filtered by two grids of the Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), in which a minimum score of 80% had to be obtained.

---

### Mots clés

Douleur pelvienne, grossesse, thérapie

---

**Objectifs:** mettre en évidence et actualiser les informations scientifiques existantes relatives aux traitements manuels et alternatifs qui agissent contre les douleurs pelviennes des femmes enceintes au cours de la grossesse.

**Méthode:** sur 81 publications, 18 articles puisés dans différentes bases de données et publiés entre 2006 et 2017 ont été sélectionnés et analysés. Plusieurs critères d'inclusion ont été utilisés afin de sélectionner les articles : les articles devaient porter sur les femmes enceintes ayant des douleurs pelviennes ou lumbo-pelviennes, les interventions devaient concerner les traitements manuels ou alternatifs et les critères d'évaluation devaient être la douleur, la qualité de vie ou des données épidémiologiques. Les études ont ensuite été filtrées par deux

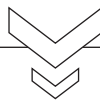
**Results:** acupuncture, pelvic belts, manual techniques, physical activity, patient education, and individual treatments are significantly different.

**Conclusions:** the authors encourage further studies with rigorous methodology using the recent tools specific to pelvic pain, such as the Pelvic Pain Questionnaire. They raise awareness regarding several existing biases due to the specificity of the sample.

grilles de lecture de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) où un score minimum de 80% devait être obtenu.

**Résultats:** l'acupuncture, le port de ceintures pelviennes, les techniques manuelles, l'activité physique, l'éducation des patientes et les traitements individuels se distinguent de façon significative.

**Conclusions:** les auteurs encouragent de nouvelles études aux méthodes rigoureuses qui utiliseront les récents outils spécifiques aux douleurs pelviennes comme le Pelvic Pain Questionnaire. Ils sensibilisent aux nombreux biais présents dus à la spécificité de l'échantillon.



## Introduction

Actuellement, 50% des femmes enceintes souffrent de douleurs pelviennes de type PGP (Pelvic Girdle Pain)<sup>(1)</sup>. Les PGP sont responsables de la majorité des arrêts-maladies (32%) durant la grossesse, illustrant l'impact socio-économique non négligeable de ce trouble musculosquelettique<sup>(2)</sup>. La douleur ressentie est significative (60 +/- 30 mm sur l'échelle visuelle analogique – EVA) et localisée dans la région postérieure du bassin, entre les crêtes iliaques et le pli fessier, et plus particulièrement en regard des articulations sacro-iliaques (SI)<sup>(3,4)</sup>. Les PGP peuvent apparaître dès le début de la grossesse mais 78% des femmes développeront ces douleurs entre la 14<sup>e</sup> et la 21<sup>e</sup> semaine de grossesse<sup>(3)</sup>. Certains facteurs de risque ont pu être mis en évidence en fonction de leur importance. Des antécédents de douleurs pelviennes lors de précédentes grossesses, des grossesses multiples et des activités professionnelles fatigantes sont les principaux facteurs de risque faisant consensus au sein de la littérature<sup>(5)</sup>.

Les étiologies sont multifactorielles et impliquent la stabilité des articulations SI. Le mécanisme de verrouillage du bassin décrit par *Vleeming* en 1996 explique comment les forces de cisaillement au niveau des articulations SI sont limitées par la combinaison optimale de deux systèmes: le forme closure et le force closure. Le premier (forme closure) est un système passif lié à la configuration anatomique des structures ostéo-cartilagineuses. Le deuxième (force closure) est un système actif lié aux muscles et ligaments situés perpendiculairement aux articulations SI favorisant la compression articulaire par une augmentation des forces de compressions. Les PGP semblent liées à des facteurs mécaniques et hormonaux qui pourraient avoir un impact sur le système force closure conduisant à une instabilité par une légère augmentation de mouvement dans les articulations pelviennes<sup>(7,8)</sup>. Par conséquent, les femmes souffrant de PGP manifestent des difficultés significatives dans les activités journalières telles que la marche, les stations debout/assis prolongées. La douleur est principalement présente le soir, suggérant que les douleurs sont les conséquences des activités réalisées au cours de la journée<sup>(3)</sup>.

Après l'accouchement, les douleurs s'atténuent d'elles-mêmes dans 93% des cas dans les 12 semaines postpartum<sup>(9)</sup>. La durée maximale des PGP varie selon les auteurs, allant de 2 à plus de 10 ans<sup>(10,11)</sup>.

Concernant l'évaluation, il est important d'isoler cliniquement les PGP des lombalgies en raison de leur traitement spécifique. Plusieurs tests cliniques sensibles et spécifiques peuvent être utilisés<sup>(12)</sup>. Les tests de palpation de la symphyse pubienne et du ligament sacro-iliaque dorsal sont retenus pour les tests de palpation. Le posterior pelvic pain provocation et le test de Patrick Faber sont suggérés pour l'évaluation des SI. Le test modifié de Trendelenburg est conseillé pour l'évaluation de la symphyse pubienne et l'ASLR test (Active Straight Leg Raise Test) pour réaliser une évaluation fonctionnelle. Seul, un test ne permet pas de confirmer la présence de PGP. Un minimum de 4 tests positifs est requis pour valider la souffrance musculo-squelettique<sup>(12)</sup>.

Les traitements élaborés sont multiples et se tournent de façon claire vers les thérapies issues des médecines alternatives et complémentaires<sup>(4)</sup>. Ce choix s'explique par l'impossibilité des futures mamans d'avoir recours à des traitements médicamenteux<sup>(13)</sup>. L'acupuncture, le port de ceintures pelviennes, la stimulation électrique des nerfs par voie transcutanée (TENS), les exercices dans et hors de l'eau, le yoga, les massages et les traitements de manipulations ostéopathiques et ses dérivés comme la thérapie crânio-sacrée sont des traitements courants et non invasifs<sup>(3,14-17)</sup>. Au vu de la diversité des techniques et du manque de consensus en termes de traitement, il semble important de clarifier l'efficacité des techniques dans la prise en charge des femmes enceintes souffrant de PGP.

L'objectif de ce travail est d'explorer les effets des techniques manuelles et alternatives dans le traitement des douleurs pelviennes chez la femme enceinte.

## Matériel et méthode

Une recherche bibliographique a été menée entre novembre 2016 et mars 2017 sur les bases de données Pubmed et Sciences Direct. Plusieurs mots clés et équations de recherche ont été utilisés (exemples de mots clés: pelvic girdle pain, pelvic pain, pregnancy, therapy, treatment).

La méthodologie de sélection des articles est illustrée à la [figure 1](#). Au total, 81 articles ont été obtenus puis filtrés selon plusieurs critères, de sorte que seul 22 articles ont été retenus. Les critères d'inclusion étaient les suivants: la po-

pulation cible devait être des femmes enceintes ayant des douleurs pelviennes ou lombo-pelviennes, les interventions devaient concerner les traitements manuels ou alternatifs, et les articles devaient être rédigés en anglais ou en français. Les critères d'évaluation ont été la douleur avec l'EVA, la qualité de vie avec divers questionnaires et des données épidémiologiques telles que les arrêts maladies au cours de la grossesse. Seules les publications entre 2006 et 2017 ont été retenues dans le but d'actualiser les connaissances. Les doublons ont été identifiés et retirés. Des éléments de la littérature grise ont été exploités. Les revues de la littérature qui y puisent des éléments n'ont pas été écartées.

D'autre part, les 22 études ont ensuite été filtrées par les grilles de lecture de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)<sup>(18)</sup> (version 2000). La grille pour les articles thérapeutiques permet d'évaluer un manuscrit en fonction de 12 critères repartis sur les différentes sections: introduction (présence des objectifs), méthodologie (type de plans, calcul de l'échantillon, statistiques utilisées), résultats (cohérence de la présentation) et implication clinique. La grille pour les revues de synthèse évalue les articles en fonction de 11 critères: introduction (présence des objectifs), méthodologie (méthodes de sélection des articles, grilles de lecture, méthodologie de synthèse des résultats), résultats (cohérence de la présentation) et implication clinique. Un score minimum de 80% devait être obtenu par les grilles afin d'être sélectionné. Au final, 18 articles ont été retenus, dont 10 articles bibliographiques et 8 articles interventionnels.

## Résultats

Les [tableaux 1 et 2](#) illustrent les résultats de la recherche bibliographique.

En ce qui concerne les revues de synthèse, il demeure un manque probant d'études à haut niveau de preuve. La majorité des auteurs ne se risque pas à recommander un traite-

ment particulier. Certains éléments ressortent néanmoins de la lecture de ces articles. L'acupuncture et le port de ceinture pelvienne par intermittence, le fait que les traitements doivent être administrés de façon individuelle ainsi que l'éducation des patientes se démarquent.

Pour les articles thérapeutiques, aucune evidence based ne peut être identifiée pour la pratique car les études révèlent des résultats trop hétérogènes. Néanmoins, le maintien d'une activité physique, le port de ceintures lombo-pelviennes et l'acupuncture auriculaire et classique ainsi que le yoga semblent représenter de bonnes pistes de traitement.

## Discussion

L'objectif de ce travail était d'explorer les effets des techniques manuelles et alternatives dans le traitement des douleurs pelviennes chez la femme enceinte. Suite à une revue de la littérature nous avons pu mettre en avant plusieurs techniques de traitements.

Les exercices de stabilisation de bassin ne sont pas particulièrement recommandés durant la grossesse. L'impossibilité de faire travailler le transverse en est la cause principale<sup>(31)</sup>. Des résultats sont néanmoins significatifs en cas de douleurs localisées à la symphyse pubienne<sup>(20)</sup>. Plusieurs auteurs s'accordent sur les bienfaits de garder une activité physique régulière au cours de la grossesse<sup>(4,14)</sup>. L'aquagym, moins traumatisante grâce à son milieu aquatique, s'avère être une option intéressante lors de la seconde partie de la grossesse<sup>(32)</sup>.

Concernant l'acupuncture, sa pratique est considérée comme sans danger<sup>(29)</sup>. Cependant, la majorité des études consultées révèlent un niveau de preuve faible. Les protocoles sont très variables, surtout pour ce qui concerne les traitements de comparaison, et le mécanisme physiologique qui s'y rapporte reste obscur. De plus, les travaux sont de courte durée. Néanmoins, les résultats sont encourageants sur les différents critères d'évaluation.

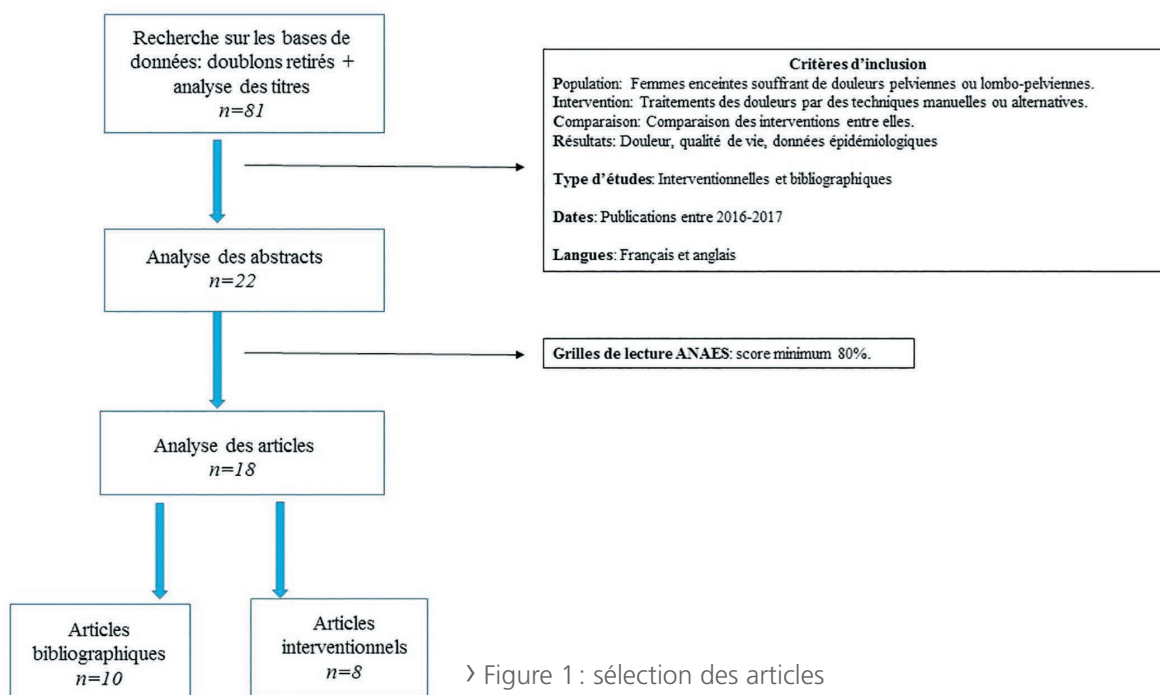


Figure 1 : sélection des articles

› Tableau 1 : synthèse des articles<sup>(4, 13-17, 19-22)</sup>

Auteurs/année	Type d'étude - Objectifs	Interventions	Nb d'études incluses	Résultats
<b>Borggren (2007)</b>	Revue narrative de la littérature : investiguer la place des soins chiropraxiques durant la grossesse.	Chiropraxie	33	Recommandé pour traiter les symptômes musculo-squelettiques. Technique sans danger et efficace. Manque de publication.
<b>Ee et al. (2008)</b>	Revue systématique : évaluer l'efficacité de l'acupuncture pour traiter les douleurs lombo-pelviennes durant la grossesse.	Acupuncture	3	Niveau d'évidence limité. Manque de RCT dans le domaine.
<b>Close et al. (2014)</b>	Revue systématique : évaluer l'efficacité des CAM* pour le traitement des douleurs lombo-pelviennes durant la grossesse.	CAM*	8	Niveau d'évidence limité. Manque de RCT dans le domaine rendant impossible la mise en place de recommandations <i>Evidence Based Practice</i> .
<b>Gukte et al. (2015)</b>	Revue systématique : explorer les effets de la physiothérapie sur les douleurs lombo-pelviennes pendant la grossesse.	Exercices – Aquagym – Ceinture pelvienne – Ostéopathie – Electrothérapie – Yoga – Acupuncture – Education-Relaxation	34	Niveau de preuve important pour l'acupuncture et le port de ceintures pelviennes. Niveau de preuve faible pour les exercices. Niveau de preuve très limité pour les autres interventions.
<b>Hall et al. (2016)</b>	Revue systématique : évaluer l'efficacité des thérapies manuelles pour le traitement des douleurs lombo-pelviennes pendant la grossesse.	Massage – Manipulation-ostéopathiques	10	Niveau de preuves trop limité pour les recommander. Manque de publications avec haut niveau de preuve.
<b>Pennick et Liddle (2015)</b>	Revue systématique : évaluer les niveaux de preuve des traitements des douleurs lombo-pelviennes pendant la grossesse.	Exercices-Prowphylaxie – Ceinture pelvienne – Ostéopathie – Ultrasons – Acupuncture – Thérapies Manuelles	26	Niveau d'évidence modéré pour l'acupuncture et les exercices. Niveau d'évidence faible pour les autres interventions. Manque d'étude avec des hauts niveaux d'évidence.
<b>Van Kampen et al. (2015)</b>	Revue systématique : évaluer l'efficacité de la kinésithérapie prénatale.	Exercices-Ceinture – Thérapies crânio-sacrée – Massage périnée – Réflexologie – Relaxation – Entraînement aérobie – Aquagym	54	Pour le traitement des douleurs lombo-pelviennes, la plupart des thérapies réduisent la douleur. Cependant aucune recommandation ne peut être établie.
<b>Vermani et al. (2010)</b>	Revue : évaluer le diagnostic et le traitement des douleurs lombo-pelviennes pendant la grossesse.	Education – Thérapie physique – TENS – Acupuncture – Ceinture	NR	Les traitements individuels, l'éducation, les ceintures et les exercices sont recommandés.
<b>Verstraete et al. (2013)</b>	Revue : proposer un traitement adéquat pour les douleurs lombo-pelviennes au cours de la grossesse.	Exercices-Education – Acupuncture – Ceinture	68	Les exercices physiques bien dosés en séries et en répétitions, l'acupuncture et l'éducation des patientes sont recommandés.
<b>Vleeming et al. (2008)</b>	Revue : établir des guidelines pour le diagnostic et le traitement des douleurs pelviennes au cours de la grossesse.	Exercices – Ecole du dos – Massage – Mobilisation – Ceinture – TENS – Aquagym – Acupuncture	NR	Les traitements individuels, transmettre des informations, rassurer les patientes, l'acupuncture et les exercices de stabilisation sont recommandés. Aucun niveau d'évidence pour le massage, l'école du dos, les manipulations, les mobilisations, les ceintures en tant que traitement unique

CAM\* (Complementary and Alternative Medicine): acupuncture, ostéopathie et chiropraxie. – NR: Chiffre exact non renseigné

› Tableau 2 : synthèse des articles thérapeutiques (23-30)

Auteurs/année	Echantillon	Type d'étude	Comparaison	Durée et fréquence	Critères	Résultats
<b>Elden et al. (2008)</b>	n=386	RCT	3 groupes : Acupuncture + Traitement standard Traitement standard + Exercices de stabilisation Groupe contrôle : Traitement standard seul	6 sem. 1-2x/sem.	Données sur la grossesse, la mère, l'accouchement et le fœtus. Utilisation de questionnaires.	Aucun effet négatif ou influence sur la mère, l'accouchement, le fœtus ou la grossesse. L'acupuncture permet de diminuer les plaintes de la mère.
<b>Elden et al. (2013)</b>	n=123	RCT	2 groupes : Thérapie crânio-sacrée + Traitement standard Groupe contrôle : Traitement standard	6 sem. 1-2x/sem.	Douleurs : EVA, arrêts maladies Incapacités : <i>Oswestry disability Index</i> Qualité de vie : <i>European Quality of Life Measure</i>	Moins de douleurs et d'incapacité le matin. Pas d'effet sur l'intensité de la douleur et sur le taux d'absentéisme.
<b>Haakstad et al. (2014)</b>	n=105	RCT	2 groupes : Exercices d'aérobic (60') Groupe contrôle (sans cours d'aérobic)	12 sem. 1-2x/sem.	Questionnaires sur la présence des douleurs et sur les incapacités.	Pas de différence entre les groupes.
<b>Kordi et al. (2013)</b>	n=105	RCT	3 groupes : Ceintures pelviennes + Informations Exercices de stabilisation + Informations Groupe contrôle : Informations générales	3-6 sem. 3x/sem.	Douleurs : EVA Incapacités : <i>Oswestry disability Index</i> Qualité de vie : <i>WHOQOL-BREF questionnaire</i>	Pour le groupe avec ceinture, l'intensité des douleurs est diminuée et les incapacités améliorées par rapport aux autres groupes. A court terme, donner des informations et des ceintures est plus favorable que les exercices ou juste des informations.
<b>Martins et Silva (2014)</b>	n=60	RCT	2 groupes : Yoga Hatha Prophylaxie + Livret de postures	10 sem. 1x/sem.	EVA	EVA réduite dans le groupe de yoga comparé au groupe « postures orientées ».
<b>Sklempe Kovic et al. (2016)</b>	n=45	RCT	2 groupes : Exercices de résistance et d'aérobic + Marche rapide 30'/jour Groupe contrôle : Traitement standard	2x/sem. Ou 1x/jour (GC)	EVA, <i>Roland-Morris Disability questionnaire</i> et <i>Pelvic Girdle Questionnaire</i>	Différence entre les groupes pour les 3 critères en faveur du groupe interventionnel. Les exercices réduisent la sévérité des douleurs et le niveau d'incapacité.
<b>Vas et al. (2014)</b>	n=212	RCT	3 groupes : Acupuncture auriculaire + Traitement standard Placebo acupuncture auriculaire + Traitement standard Groupe contrôle : Traitement standard	2 sem. 1x/sem.	EVA, <i>Roland-Morris Disability questionnaire</i> Qualité de vie : <i>SF12</i>	Le groupe test se différencie significativement des autres.
<b>Wang et al. (2009)</b>	n=159	Pilot RCT	3 groupes : Acupuncture auriculaire Acupuncture auriculaire placebo Groupe contrôle	1 sem. 7x/sem.	EVA, <i>Disability Rating Index Questionnaire</i> et un questionnaire sur l'anxiété (STAI).	80 % du groupe test note une réduction significative (30 %) de la douleur et des incapacités.

Pour l'électrothérapie, l'application du courant antalgique tel que le TENS n'a été testé que sur un échantillon réduit et sans distinction franche des douleurs pelviennes<sup>(32)</sup>. Peu de travaux récents existent. Aucun effet secondaire n'a été rapporté. Bien que les niveaux de preuve restent faibles, les études vont toutes dans le même sens et démontrant une baisse de la douleur mesurée par EVA30.

Les ceintures pelviennes doivent être placées sous l'épine iliaque antero-supérieure<sup>(33)</sup>. Il faut distinguer les ceintures pelviennes rigides qui semblent avoir des résultats positifs sur les douleurs localisées à la symphyse pubienne et non-rigides qui diminuent les douleurs localisées postérieurement<sup>(4)</sup>. Les ceintures pelviennes doivent être portées de façon régulière mais sur une courte période<sup>(4)</sup>.

Le massage n'est pas validé en tant que traitement unique contre les PGP. Par contre, il s'avère être un adjuvant de choix, par exemple pour agir sur les tensions musculo-tendineuses notamment du muscle piriforme<sup>(19)</sup>.

L'application de techniques manuelles est préférable lors du début de la grossesse, de façon à aider le corps de la femme à s'adapter<sup>(34)</sup>. La thérapie crânio-sacrée obtient des résultats concluants sur les douleurs du matin<sup>(21)</sup>. La position de traitement doit aussi être prise en compte puisque la morphologie des patientes peut perturber le bon déroulement des séances. En effet, la position adoptée durant les soins doit permettre d'être relâchée. Une fois passé le cinquième mois de grossesse, la femme se sent souvent inconfortable dans la position de décubitus dorsal complet et la mise en décubitus ventral est impossible.

Enfin, l'éducation des patientes ne recueille pas de validité scientifique mais semble néanmoins reconnue comme utile et conseillée cliniquement. Certains éléments influencent inévitablement le résultat comme l'effet thérapeute-dépendant<sup>(4)</sup>.

Plusieurs biais peuvent être constatés, notamment la question des termes employés pour désigner les douleurs pelviennes liées à la grossesse qui peuvent être variables. L'assimilation anciennement faite entre douleurs lombaires et douleurs pelviennes reste un problème de taille qui porte toujours à confusion.

En ce qui concerne la prévalence, des taux importants compris entre 4% et 76% sont publiés dans la littérature<sup>(4)</sup>. Cela s'explique par les différences méthodologiques des études et par l'assimilation des deux terminologies expliquée précédemment.

Les articles thérapeutiques procèdent souvent en comparant un traitement générique face au traitement évalué par la question de recherche. Le protocole de ce traitement standard demeure souvent flou. Il peut s'agir d'exercices, de stretching ou simplement de prophylaxie. Les dosages et fréquences sont généralement absents ou incomplets.

Notons que « la fausse acupuncture » peut faire référence à plusieurs dispositifs. Au cours de ce travail, une technique « non invasive » a été identifiée, c'est-à-dire qui utilise des aiguilles émoussées qui se replient dans la main du praticien

au lieu de s'insérer dans la peau lors des phases stimulatrices tout en donnant l'illusion de ponction. Une autre méthode qui consiste à apposer des aiguilles à des endroits connus pour ne donner aucun effet a également été recensée<sup>(24)</sup>. Il faut donc être attentif à ce que reprend réellement cette appellation.

Dans les travaux sur l'acupuncture auriculaire, le traitement doit être effectué du côté douloureux. Si la douleur est bilatérale, l'application se fait du côté de l'oreille la plus sensible. Pour déterminer ce paramètre, un test comparatif avec une pression exercée est réalisé au préalable<sup>(25)</sup>.

Dans les thérapies ostéopathiques, les effets d'un traitement peuvent prendre quelques jours à se faire sentir<sup>(34)</sup>. Cet élément rend obsolètes les études qui prennent une mesure dans un court laps de temps après l'intervention du praticien.

La limitation à certains langages dans la recherche d'études appauvrit les travaux de synthèse. Pour l'acupuncture, par exemple, l'inclusion de publications orientales aurait pu apporter des ressources supplémentaires<sup>(24)</sup>.

Les principaux critères d'évaluation retenus dans les études sont la douleur, le taux d'absentéisme au travail et l'aisance dans les activités de la vie quotidienne. Différents scores, index et questionnaires sont utilisés pour évaluer les paramètres précédemment cités. Ils divergent d'une étude à l'autre, rendant la comparaison des résultats difficile. D'autre part, le niveau d'éducation de la population testée joue un rôle prépondérant dans l'utilisation de ces outils de mesure. L'indicateur le plus spécifique est sans aucun doute le Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ) (Voir annexe pp.52-53), tout récemment adapté pour les pays francophones. Toutefois, dû à sa récente adaptation, les études qui y ont recours commencent seulement à paraître<sup>(35)</sup>.

Certains biais relatifs à ce travail sont également à noter. De manière générale, le fait que ce travail exploite des articles tirés d'un nombre restreint de banques de données est une limitation, tout comme la restriction du langage de la recherche. La période choisie pour la sélection des articles a été limitée à onze ans (2006-2017). Dans certains cas, l'analyse des articles, qu'ils soient inclus ou exclus, a été rendue difficile par leur forme particulière (absence de structure IMRED, publications hors format). Enfin, seul un lecteur a travaillé à l'analyse de ces articles.

## Conclusions

Certains traitements apparaissent intéressants dans la prise en charge des PGP et présentent l'avantage d'être cités dans la littérature même si les validations restent incomplètes: l'acupuncture, les ceintures, les techniques manuelles, l'activité physique, l'éducation des patientes et les traitements individuels. L'hétérogénéité méthodologique des études menées jusqu'à aujourd'hui ne permet pas d'isoler une évidence basée strict pour la pratique. Une prise en charge variée et pluridisciplinaire demeure donc essentielle pour agir sur les différents points. L'intérêt de suivre les publications futures dans le domaine est à souligner car de récents outils de mesure tels que le Pelvic Girdle Questionnaire permettront des travaux de meilleure qualité. Il faut garder à l'esprit que les effets thérapeute-dépendant et placebo ont une action non négligeable.

## Implications pour la pratique

- L'acupuncture et les ceintures pelviennes sous certaines conditions montrent des diminutions de douleur significatives mesurées par EVA.
- Les techniques manuelles et le maintien d'une activité physique régulière et adaptée (yoga et aquagym) est conseillé alors que les exercices spécifiques de type stabilisation sont à proscrire.
- L'éducation des patientes et les traitements individuels sont à favoriser.

## Contact

Auteur correspondant\* : Jeanne Bertuit  
 Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV)  
 Avenue de Beaumont 21  
 1011 Lausanne, Switzerland.  
 e-mail : [jeanne.bertuit@hesav.ch](mailto:jeanne.bertuit@hesav.ch)

## Bibliographie

1. Robinson HS, Mengshoel AM, Veierød MB, et al. Pelvic girdle pain: potential risk factors in pregnancy in relation to disability and pain intensity three months postpartum. *Man Ther* 2010(6); 15(6): 522–528.
2. Dørheim S, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2013; 120(5): 521–530.
3. Bertuit J, Van Lint CE, Rooze M, et al. Pregnancy and pelvic girdle pain: analysis of pelvic belt on pain. *J Clin Nurs*. 25. 2017.
4. Vleeming A, Albert HB, Östgaard HC, et al. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J* 2008; 17(6): 794–819.
5. O'Sullivan PB, Beales DJ. Diagnosis and classification of pelvic girdle pain disorders—Part 1: A mechanism based approach within a biopsychosocial framework. *Man Ther* 2007; 12(2): 86–97.
6. Vleeming A, Volkers AC, Snijders CJ, et al. Relation between form and function in the sacroiliac joint. Part II: Biomechanical aspects. *Spine* 1990; 15(2): 133–136.
7. Aldabe D, Milosavljevic S, Bussey MD. Is pregnancy related pelvic girdle pain associated with altered kinematic, kinetic and motor control of the pelvis? A systematic review. *Eur Spine J* 2012; 21(9): 1777–1787.
8. Mens J, Pool-Goudzwaard A, Stam HJ. Mobility of the pelvic joints in pregnancy-related lumbopelvic pain: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv* 2009; 64(3):200-208.
9. Girard M-P, Marchand A-A, Stuge B, et al. Cross-cultural Adaptation of the Pelvic Girdle Questionnaire for the French-Canadian Population. *J Manipulative Physiol Ther*. 2016, 39(7): 494-499.
10. Bergström C, Persson M, Mogren I. Pregnancy-related low back pain and pelvic girdle pain approximately 14 months after pregnancy - pain status, self-rated health and family situation. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14(1): 48.
11. Gutke A, Olsson C, Vollestad N, et al. Association between lumbopelvic pain, disability and sick leave during pregnancy - a comparison of three Scandinavian cohorts. *J Rehabil Med* 2014; 46(5): 468–474.
12. Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy-related pelvic joint pain. *Eur Spine J* 2000; 9(2): 161–166.
13. Ee CC, Manheimer E, Pirota MV, et al. Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198(3): 254–259.
14. Vermani E, Mittal R, Weeks A. Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review. *Pain Pract Off J World Inst Pain* 2010; 10(1): 60–71.
15. Close C, Sinclair M, Liddle SD, et al. A systematic review investigating the effectiveness of Complementary and Alternative Medicine (CAM) for the

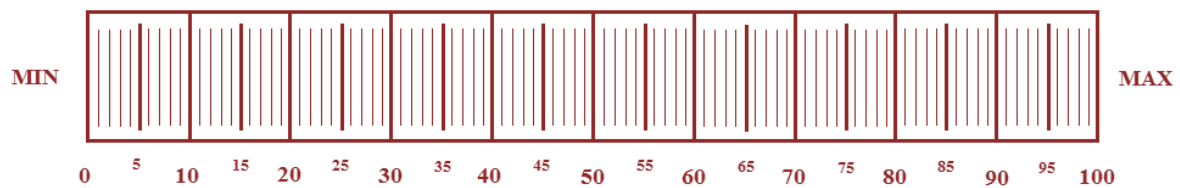
- management of low back and/or pelvic pain (LBPP) in pregnancy. *J Adv Nurs* 2014; 70(8): 1702–1716.
16. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 9: CD001139.
  17. Hall H, Cramer H, Sundberg T, et al. The effectiveness of complementary manual therapies for pregnancy-related back and pelvic pain: A systematic review with meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2016; 95(38): e4723.
  18. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations – Janvier 2000, ANAES-HAS.
  19. Borggren CL. Pregnancy and chiropractic: a narrative review of the literature. *J Chiropr Med* 2007; 6(2): 70–74.
  20. Gutke A, Betten C, Degerskär K, et al. Treatments for pregnancy-related lumbopelvic pain: a systematic review of physiotherapy modalities. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94(11): 1156–1167.
  21. Van Kampen M, Devoogdt N, De Groef A, et al. The efficacy of physiotherapy for the prevention and treatment of prenatal symptoms: a systematic review. *Int Urogynecology J* 2015; 26(11): 1575–1586.
  22. Verstraete EH, Vanderstraeten G, Parewijck W. Pelvic Girdle Pain during or after Pregnancy: a review of recent evidence and a clinical care path proposal. *Facts Views Vis ObGyn* 2013; 5(1): 33–43.
  23. Elden H, Östgaard H-C, Glantz A, et al. 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* 2013; 92(7): 775–782.
  24. Wang S-M, Dezinno P, Lin EC, et al. Auricular acupuncture as a treatment for pregnant women who have low back and posterior pelvic pain: a pilot study. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201(3): 271.e1-9.
  25. Vas J, Aranda-Regules JM, Modesto M, et al. Auricular acupuncture for primary care treatment of low back pain and posterior pelvic pain in pregnancy: study protocol for a multicentre randomised placebo-controlled trial. *Trials* 2014; 15(1): 288.
  26. Sklempe Kokic I, Ivanisevic M, Uremovic M, et al. Effect of therapeutic exercises on pregnancy-related low back pain and pelvic girdle pain: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *J Rehabil Med* 2017; 49(3): 251–257.
  27. Kordi R, Abolhasani M, Rostami M, et al. Comparison between the effect of lumbopelvic belt and home based pelvic stabilizing exercise on pregnant women with pelvic girdle pain: a randomized controlled trial. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2013; 26(2): 133–139.
  28. Haakstad LAH, Bø K. Effect of a regular exercise programme on pelvic girdle and low back pain in previously inactive pregnant women: A randomized controlled trial. *J Rehabil Med* 2015; 47(3): 229–234.
  29. Elden H, Ostgaard HC, Fagevik-Olsen M, et al. Treatments of pelvic girdle pain in pregnant women: adverse effects of standard treatment, acupuncture and stabilising exercises on the pregnancy, mother, delivery and the fetus/neonate. *BMC Complement Altern Med* 2008; 8(1): 34.
  30. Martins RF, Pinto e Silva JL. Treatment of pregnancy-related lumbar and pelvic girdle pain by the yoga method: a randomized controlled study. *J Altern Complement Med* 2014; 20(1): 24–31.
  31. Bjelland EK, Owe KM, Pingel R, et al. Pelvic pain after childbirth: a longitudinal population study. *Pain* 2016; 157(3): 710–716.
  32. Keskin EA, Onur O, Keskin HL, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation improves low back pain during pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 2012; 74(1): 76–83.
  33. Albert HB, Godskesen M, Westergaard JG. Incidence of four syndromes of pregnancy-related pelvic joint pain. *Spine* 2002; 27(24): 2831–2834.
  34. Carr DJ. The safety of obstetric acupuncture: forbidden points revisited. *Acupunct Med J Br Med Acupunct Soc* 2015; 33(5): 413–419.
  35. Gutke A, Kjellby-Wendt G, Öberg B. The inter-rater reliability of a standardised classification system for pregnancy-related lumbopelvic pain. *Man Ther* 2010; 15(1): 13–18.



## Questionnaire sur les douleurs à la ceinture pelvienne

(Version française (Québec))<sup>a</sup>

Avant de commencer, en vous référant à l'échelle d'intensité de la douleur, veuillez indiquer sur l'échelle de 0 à 100 ci-dessous le niveau actuel de votre douleur à la ceinture pelvienne:



Résultat:            / 100

Dans quelle mesure trouvez-vous difficile de réaliser les activités listées ci-dessous en raison de douleur au niveau de la ceinture pelvienne (voir image)? Pour chaque activité, veuillez cocher la case qui décrit le mieux votre état actuel.

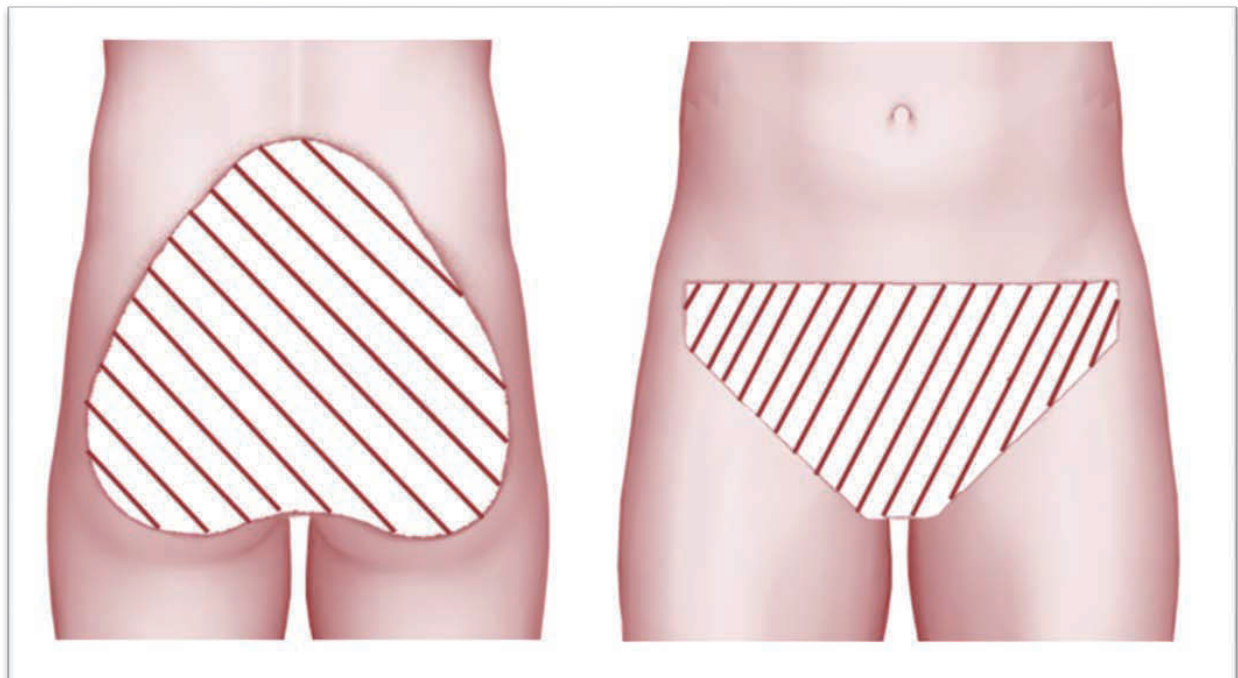


Figure : Les zones hachurées localisent la région de la ceinture pelvienne.

<sup>a</sup> Stuge B, Garratt A, Krogstad Jenssen H, Grotle M. The pelvic girdle questionnaire: a condition-specific instrument for assessing activity limitations and symptoms in people with pelvic girdle pain. *Phys Ther.* 2011 Jul;91(7):1096-108.

Girard MP, Marchand AA, Stuge B, Ruchart SM, Descarreaux M. Cross-cultural Adaptation of the Pelvic Girdle Questionnaire for the French-Canadian Population. *J Manipulative Physiol Ther.* 2016 39(7):494-499.



Dans quelle mesure trouvez-vous difficile de réaliser les activités listées ci-dessous en raison de douleur au niveau de la ceinture pelvienne? Pour chaque activité, veuillez cocher la case qui décrit le mieux votre état actuel.

En raison de vos douleurs à la ceinture pelvienne, à quel point trouvez-vous difficile de :	Pas du tout (0)	Un peu (1)	Modérément (2)	Beaucoup (3)
1. Vous habiller				
2. Vous tenir debout moins de 10 minutes				
3. Vous tenir debout plus de 60 minutes				
4. Vous pencher vers l'avant				
5. Être assis moins de 10 minutes				
6. Être assis plus de 60 minutes				
7. Marcher moins de 10 minutes				
8. Marcher plus de 60 minutes				
9. Monter des escaliers				
10. Réaliser des tâches domestiques				
11. Porter des objets légers				
12. Porter des objets lourds				
13. Vous lever/vous assoir				
14. Pousser un panier d'épicerie				
15. Courir				
16. Faire des activités sportives*				
17. Vous allonger				
18. Vous tourner dans votre lit				
19. Avoir une vie sexuelle normale*				
20. Pousser quelque chose avec votre pied				

\* Si ce n'est pas applicable à votre situation, cochez la petite case à la droite du tableau.

Quel niveau de douleur ressentez-vous :	Aucune douleur (0)	Douleur faible (1)	Douleur modérée (2)	Douleur sévère (3)
21. Le matin				
22. Le soir				

En raison de votre douleur au niveau de la ceinture pelvienne, à quel point :	Pas du tout (0)	Un peu (1)	Modérément (2)	Beaucoup (3)
23. Votre jambe /vos jambes se dérobe(nt)-elle(s)? (Faiblesse soudaine)				
24. Faites-vous les choses plus lentement?				
25. Votre sommeil est-il perturbé?				

<sup>a</sup> Stuge B, Garratt A, Krogstad Jenssen H, Grotle M. The pelvic girdle questionnaire: a condition-specific instrument for assessing activity limitations and symptoms in people with pelvic girdle pain. *Phys Ther.* 2011 Jul;91(7):1096-108.

Girard MP, Marchand AA, Stuge B, Ruchart SM, Descarreaux M. Cross-cultural Adaptation of the Pelvic Girdle Questionnaire for the French-Canadian Population. *J Manipulative Physiol Ther.* 2016 39(7):494-499.

UQTR



Université du Québec  
à Trois-Rivières