



HAL
open science

L'apport de l'ostéopathie dans le traitement des douleurs pelvipérinéales résistantes chez la femme dans la période du post-partum : étude prospective et descriptive du 1er mai au 30 juin 2013

Anne-Victoire Piot

► **To cite this version:**

Anne-Victoire Piot. L'apport de l'ostéopathie dans le traitement des douleurs pelvipérinéales résistantes chez la femme dans la période du post-partum : étude prospective et descriptive du 1er mai au 30 juin 2013. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01087094

HAL Id: dumas-01087094

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01087094v1>

Submitted on 25 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DE SAGES-FEMMES
UFR de médecine et des sciences de la santé
BREST

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES.
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE 2014**

Présenté et soutenu par :

Anne-Victoire Piot
Née le 15 janvier 1991

L'apport de l'ostéopathie dans le traitement des douleurs
pelvipérinéales résistantes chez la femme dans la période du
post-partum.

Etude prospective et descriptive du 1^{er} mai au 30 juin 2013.

Directeur de mémoire : Docteur Saquer
Président du jury : Professeur Collet

Remerciements

A Madame Delpech-Dunoyer, sage-femme enseignante à l'école de Brest, guidante et conseillère méthodologique de ce travail, pour sa disponibilité et son soutien.

Au Docteur Saquer, médecin ostéopathe, expert et directeur de ce travail, pour ses conseils professionnels et son aide dans le recrutement des patientes.

A toutes les femmes ayant accepté de donner de leur temps en répondant aux questionnaires.

A ma famille et mes amis, pour leur aide et leurs encouragements, notamment pour la relecture de ce travail.

Sommaire

INTRODUCTION.....	6
I. OSTEOPTHIE ET DOULEUR PELVIPERINEALE DANS LE POST-PARTUM ..	8
1. L'ostéopathie	8
1.1 Définition.....	8
1.2 Fondements	8
1.3 Législation	9
1.4 Principes	10
1.5 Traitement.....	11
2. La douleur	12
2.1 Echelle multidimensionnelle : Questionnaire de Douleur de Saint Antoine ou QDSA	13
2.2 Echelle mesurant l'impact sur la qualité de vie : Questionnaire Concis de la Douleur ou QCD14	
3. L'ostéopathie chez la femme dans le post-partum	14
3.1 Les douleurs lombopelviennes et pelvipérinéales	14
• Douleurs postérieures	14
• Douleurs antérieures	16
3.2 La prise en charge ostéopathique	16
II. MATERIEL ET METHODE.....	18
1. Objectif	18
2. Type d'étude	18
3. Population ciblée	18
3.1 Critères d'inclusion	18
3.2 Critères d'exclusion	18
4. Recueil des données.....	18
4.1 Premier questionnaire.....	19
4.2 Deuxième questionnaire	19
5. Analyse des données.....	19
III. RESULTATS	20
1. Les patientes	20
1.1. Caractéristiques principales	20
1.2. Les antécédents.....	22

2. La consultation ostéopathique	25
2.1 Caractéristiques de la douleur	25
2.2 Le Questionnaire de Douleur de Saint Antoine (QDSA)	28
2.3 Le Questionnaire Concis de la Douleur (QCD).....	28
3. A distance de la consultation ostéopathique.....	29
3.1 Evolution de la douleur	29
3.2 Ressenti	31
3.3 Satisfaction	32
3.4 Autres traitements	32
4. En résumé	33
IV. DISCUSSION	35
1. Avantages et inconvénients : discussion sur la méthode choisie	35
1.1 Biais de recrutement	35
1.2 Limites	36
1.3 Points positifs et atouts de l'étude prospective.....	36
2. Apport de l'ostéopathie	37
2.1 En période post natale	37
2.2 Activité et capacité physique	39
2.3 Incontinence urinaire	40
2.4 Dyspareunie	41
2.5 Relation mère-enfant	42
2.6 Dépression du post-partum	43
3. Proposition : les compétences de la sage-femme dans les douleurs pelvipérinéales.....	44
CONCLUSION.....	45
REFERENCES.....	46
ANNEXES.....	50
Annexe I Questionnaire de Douleur de Saint Antoine (QDSA)	50
Annexe II Questionnaire Concis de la Douleur (QCD).....	51
Annexe III Questionnaire 1	52
Annexe IV Questionnaire 2	60

Introduction

Chez la femme dans la période péri et post-partum, les physiologies métaboliques, mécaniques et psychiques sont bouleversées.

La grossesse est une période d'anabolisme progressif et d'imprégnation hormonale extrêmement importante. L'accouchement va faire basculer tous ces changements en quelques instants.

Le bassin d'une femme est en perpétuelle mobilité et l'est encore plus durant la période anté et post-natale. Il s'adapte continuellement pendant la grossesse : mobilité du coccyx, de la symphyse pubienne ou encore étirement des muscles insérés sur les os du bassin. Il s'adapte également lors de l'accouchement par la mobilité de la dyade coccyx-sacrum avec nutation et contre nutation et pendant le post-partum où les structures reprennent peu à peu leur place initiale (1–3).

D'après une analyse de 2012, 1 femme sur 3 ressent des douleurs pelviennes encore 3 mois après l'accouchement (4,5). 40% d'entre elles caractérisent cette douleur comme une invalidité modérée à sévère dans la vie de tous les jours et 10 à 20% de ces femmes signalent que ces douleurs pelviennes avaient débuté lors de la grossesse (6).

Le post-partum est une période charnière pour la mère pendant laquelle la douleur est souvent présente. Cette douleur est d'autant plus importante s'il y a eu des traumatismes périnéaux, utilisation d'instruments obstétricaux, déchirures vaginales, épisiotomies lors de l'accouchement. La douleur est également due aux cisaillements du bassin, à la remise en place progressive des muscles du plancher pelvien qui prennent appui sur le petit bassin.

Les douleurs engendrées situées au niveau du petit bassin sont encore appelées douleurs pelviennes, et les douleurs au niveau du périnée sont appelées douleurs périnéales.

Depuis plusieurs années, la prise en charge de la douleur fait partie des priorités de santé publique. Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), les douleurs périnéales sont une des principales physiopathologies du post-partum. 42 à 92% des accouchées souffrent de douleurs périnéales en post-partum immédiat (7–9). La douleur dans cette période du post-partum est un frein au vécu psychologique de la femme devenue mère et peut fragiliser le lien mère-enfant ainsi que les relations avec le conjoint tant morales que physiques (reprise tardive des rapports sexuels et dyspareunies) (10).

Selon les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens constituent le traitement recommandé en suites de couches (11,12). D'autres moyens non médicamenteux sont utilisés. Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin, l'ostéopathie est officiellement reconnue comme une méthode thérapeutique manuelle (13).

Le corps humain est caractérisé par 3 systèmes (ostéo-articulaire, viscéral et cranioc-sacré) et est considéré comme une unité en mouvement. Ainsi le travail de l'ostéopathe est d'harmoniser et rééquilibrer les lignes de forces, d'ajuster les structures du bassin, de maintenir la bonne mobilité des articulations sacro-iliaques et la bonne élasticité du système ligamentaire (14).

Ainsi l'ostéopathie pourrait-elle soulager les douleurs pelvipérinéales persistantes chez les femmes en post-partum ? La consultation ostéopathique entraîne-t-elle une modification de la douleur ? Peut-on constater une diminution de cette douleur voire une disparition totale améliorant le confort et la satisfaction des patientes ?

Pour cela une étude auprès de femmes consultant un ostéopathe en post-partum a été réalisée.

Le but de cette étude est d'identifier l'apport de l'ostéopathie dans le traitement des douleurs pelvipérinéales résistantes chez la femme dans la période du post-partum (dans les trois mois suivant l'accouchement).

Dans un premier temps, l'ostéopathie sera présentée de manière générale avec son histoire, ses fondements, le cadre législatif ainsi que ses principes et traitements. Puis des données générales sur la douleur et plus précisément sur les connaissances actuelles des douleurs pelvipérinéales seront explicitées. Enfin, les champs de l'ostéopathie chez la femme dans la période du post-partum seront définis.

Dans un deuxième temps, la méthodologie de l'étude menée sera expliquée ainsi que les résultats obtenus.

Enfin, les données de l'étude seront analysées puis comparées à la littérature et une tentative de réponse à la problématique posée initialement sera mise en avant.

I. Ostéopathie et douleur pelvipérinéale dans le post-partum

1. L'ostéopathie

1.1 Définition

La définition de l'ostéopathie a été établie par la Convention Européenne d'Ostéopathie à Bruxelles en 1987.

« L'ostéopathie est une science, un art, une philosophie des soins de santé, étayée par des connaissances scientifiques en évolution. » (15)

- La science comprend les connaissances comportementales, chimiques, physiques et biologiques concernant la prévention de la maladie et le soulagement du malade ainsi que la préservation et le rétablissement de la santé.
- L'art est la thérapeutique qui harmonise les rapports de mobilité des structures anatomiques.
- La philosophie englobe le concept d'unité de la structure de l'organisme et de ses fonctions.

1.2 Fondements

Le premier penseur de l'ostéopathie fut Andrew Taylor STILL. Il entraîne ensuite beaucoup de monde dans son sillage notamment John Martin LITTLEJOHN et William Garner SUTHERLAND (15,16).

Andrew Taylor STILL (1828-1917)

Son père était pasteur et avait la double activité de médecin et fermier. A.T. STILL commence à étudier la médecine aux côtés de son père et reçoit ensuite une formation académique à Kansas city dans le Missouri. En 1865, l'épidémie de méningite emporte quatre de ses enfants. L'enseignement médical le laisse sceptique, il se met à étudier le corps humain et son anatomie détaillée préférant utiliser son savoir mécanique et physique pour l'appliquer à l'anatomie plutôt que de suivre les dogmes de l'université. En 1874, une épidémie de dysenterie dans une réserve indienne dont il s'occupe fait des ravages. Il découvre que le dos des malades est chaud alors que leur abdomen est froid et que, s'il peut relâcher les muscles avec ses mains, il ramène la chaleur vers le tube digestif et fait disparaître les symptômes.

Le 22 juin 1874, il élabore ainsi une nouvelle approche médicale définie de la manière suivante : « les ostéons sont les points de départ que je suppose être la cause des conditions pathologiques » avec ostéons = os en grec et pathê/pathire = souffrance/souffrir. A.T. STILL continue de développer son sens tactile et son art de la

palpation sur les patients de plus en plus nombreux malgré les réticences des médecins de l'époque.

En 1892, il fonde le premier collège d'ostéopathie « The American School of Osteopathy » à Kirksville dans le Missouri. Ce collège est à la fois un lieu d'enseignement et un centre de soins.

En 1897, le diplôme de « Doctor of Osteopathy » est officiellement reconnu.

John Martin LITTLEJOHN (1865-1947)

Originaire d'Écosse, il migre aux États-Unis en 1892. Souffrant de douleurs à la nuque et à la gorge, il se rend au collège de Kirksville pour y être soigné et est séduit par les méthodes employées par A.T. STILL. Il y entre donc et se forme à l'ostéopathie en complément de ses études de médecine. Il étudie plus largement la physiopathologie et la biomécanique alors que la recherche d'A.T. STILL s'articule essentiellement sur la relation structure/fonction s'intéressant à la libre circulation des fluides dans le corps et se référant essentiellement à l'anatomie. J.M. LITTLEJOHN préfère une ostéopathie fondée sur la physiologie plutôt que sur l'anatomie.

En 1913, il retourne en Angleterre et fonde à Londres la « British School of Osteopathy » en 1917.

William Garner SUTHERLAND (1873-1954)

Imprimeur puis journaliste il s'inscrit au collège de Kirksville en 1898. Il commence à avoir des « idées folles » (selon ses propres mots) sur le crâne étant marqué par l'agencement des os du crâne et émet l'hypothèse d'un possible mouvement des structures crâniennes. Ainsi en 1929, il parle de « Mouvement Respiratoire Primaire » (MRP) évoquant l'existence d'un système cranio-sacré.

L'apport de W.G. SUTHERLAND à l'ostéopathie cranio-sacrée est immense, c'est lui qui a créé cette forme d'ostéopathie et les techniques d'ostéopathie crânienne.

Aux États-Unis, malgré ces recherches et l'émergence de nouveaux docteurs ostéopathes, la relation entre médecine et ostéopathie demeure conflictuelle jusqu'en 1962. C'est à cette date que fusionnent les « Medical Doctor » MD et les « Doctor of Osteopathy » DO. Aujourd'hui leur cursus universitaire est identique.

En France, le docteur Robert LAVEZZARI crée le premier enseignement d'ostéopathie en 1932. L'ostéopathie reste confidentielle jusque dans les années 1950, il crée donc la « Société Française d'Ostéopathie » (SFO) seulement en 1952 réunissant plusieurs confrères à la fois français et européens.

1.3 Législation

L'ostéopathie est reconnue en France comme une méthode thérapeutique manuelle depuis 2002. L'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des

malades et à la qualité du système de soins encadre la pratique professionnelle de l'ostéopathie (13).

Deux décrets et deux arrêtés datés du 25 mars 2007 sont parus au Journal Officiel de la République Française. Ils sont relatifs à la formation, aux modalités de composition du dossier, aux actes et aux conditions d'exercices ainsi qu'aux établissements de formation et à leurs agréments (17,18).

Nous avons ainsi :

« L'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé :

1° aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers autorisés à exercer, titulaires d'un diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire (DIU) sanctionnant une formation suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine délivré par une université de médecine reconnu par le Conseil National de l'ordre des médecins.

2° aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues par le décret du 25 mars 2007.

3° aux titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie et d'user du titre d'ostéopathe délivrée par l'autorité administrative. »

« Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques.

Pour la prise en charge des ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulation et de mobilisation non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé. »

1.4 Principes

L'ostéopathie est basée sur le fait que le corps possède tout ce dont il a besoin pour fonctionner. Ainsi trois grands principes en découlent (19,20) :

- Le corps humain est une unité biologique. Celle-ci est caractérisée par les systèmes ostéo-articulaire, viscéraux et crano-sacré. Toutes les parties du corps sont reliées entre elles et sont indissociables les unes par rapport aux autres.
- La structure gouverne la fonction. Elles sont dépendantes. Ainsi, s'il y a une perte de mobilité des structures, la fonction qu'elle remplit sera diminuée ou perturbée et il en résultera un trouble fonctionnel.
- Le corps humain possède ses propres mécanismes de régulation et de défense.

1.5 Traitement

L'ostéopathie traite un dysfonctionnement du corps humain, comme toute thérapie manuelle, et agit sur la cause des symptômes.

Cette thérapie s'intéresse plus particulièrement au système myo-fascio-squelettique, au niveau des muscles, des fascias, des tendons, des ligaments, des articulations, des os. Elle concerne plus généralement le tissu conjonctif mou ou dur.

A tout dysfonctionnement correspond une « lésion ostéopathique ». Le dysfonctionnement ostéopathique affecte d'une part la structure (qui est le rapport anatomique entre deux os), et d'autre part la fonction (qui est la diminution de l'amplitude et de la direction).

Dès que les structures commencent à se mobiliser anormalement la lésion est présente, sans qu'il y ait altération des tissus. La structure répond à une agression qui peut être liée au stress, à l'environnement ou l'hygiène de vie, à l'alimentation, un traumatisme, des efforts répétés, un trouble de la posture ou encore une maladie. Cette réaction est mécanique et est accompagnée par une restriction de la mobilité de cette structure et par conséquent de sa fonction.

Il existe trois types de traitement ostéopathique (19–22) :

- La palpation active qui est le traitement fonctionnel.
Cette technique mobilise les tissus de façon aggravée par étirement passif : pression prolongée, pétrissage, tractions, massage, roulement.
- La manipulation avec impulsion.
Le but est d'appliquer sur une articulation une force brève, plus ou moins intense, rapide (high velocity) et de faible amplitude (low amplitude). Cette technique fonctionne en bras de levier qui nécessite deux points d'appui à distance. Il n'est pas obligatoire d'entendre un craquement pour être efficace.
- Le Mouvement Respiratoire Primaire (MRP) nécessaire dans le traitement crânien.
Il s'agit de traiter les lésions crâniennes par palpation au niveau du crâne.

La notion de diagnostic implique une perception et sous entend une démarche sensorielle. Trois séquences simultanées sont nécessaires au diagnostic ostéopathique global. Il comprend le diagnostic palpatoire qui s'intéresse à la mobilité et au mouvement des tissus, le diagnostic étiologique qui s'inscrit dans un processus de cause à effet et le diagnostic d'exclusion qui permet de ne pas aller au-delà de la pratique.

Le traitement ostéopathique, dont le principe essentiel est l'ajustement de l'organisme, intervient ensuite.

2. La douleur

La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) comme étant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage ».

La douleur signale un dysfonctionnement de l'organisme, une lésion ou une maladie. Elle est donc nécessaire et constitue un véritable signal d'alarme permettant de se protéger en réagissant. Après un traitement, la douleur dite « aiguë » disparaîtra. La persistance d'une douleur (au moins trois mois) définit une douleur chronique. Dans ce cas de douleur chronique, il n'y a plus d'apport d'informations d'alarme pour l'organisme et ce dernier amplifie la douleur en la gardant en mémoire. Celle-ci persiste et devient alors une véritable pathologie indépendante de sa cause initiale nécessitant une réelle prise en charge.

Evaluer la douleur n'est pas facile car il s'agit d'un phénomène complexe, entièrement subjectif. Il n'y a pas d'examen biologique, radiologique ou électro-physiologique qui soient spécifiques de la douleur chez l'homme.

Des échelles et des questionnaires sont à disposition afin d'évaluer la douleur en essayant d'être le plus objectif possible. Ces grilles se sont progressivement affinées au cours de ces dernières années et notamment par le CLUD (Comité de LUTte contre la Douleur).

Le CLUD est un centre de réflexion et de proposition travaillant en collaboration effective et permanente avec les services cliniques, la pharmacie et les services administratifs et techniques.

Les principes du CLUD sont décrits dans les recommandations du collège national des médecins de la douleur de juin 1998. Ainsi selon les articles L. 710-3-1 et 710-3-2 de la loi n°95-116 de 4 février 1995, les établissements de santé sont tenus de prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent.

Une des missions du CLUD est d'améliorer la prise en charge de la douleur en proposant les orientations les plus adaptées à la situation locale.

Une revue de la littérature a été menée par Delavierre et al. de 1990 à 2010 dans le but de décrire les outils permettant l'évaluation des douleurs pelvipérinéales chroniques et préciser leurs indications (23).

Dans ce type de douleurs, la pratique nécessite d'utiliser des outils faciles et rapides à mettre en place. Ils ont pour objectifs l'évaluation de la sévérité des symptômes, l'appréciation de la gêne liée aux symptômes et du retentissement sur la qualité de vie, le suivi de l'évolution et de la réponse thérapeutique. Ainsi, les échelles recommandées sont les échelles d'intensité de type échelle visuelle analogique (EVA), les schémas corporels et des questionnaires abrégés type version courte du Questionnaire de Douleur de Saint Antoine (QDSA) ou Questionnaire Concis de la Douleur (QCD).

2.1 Echelle multidimensionnelle : Questionnaire de Douleur de Saint Antoine ou QDSA

Pour prendre en compte des composantes affectives ou émotionnelles de la douleur, Melzack (1975) a proposé un questionnaire comportant 102 mots permettant de décrire l'expérience douloureuse. Ces mots sont issus du vocabulaire utilisé par les patients présentant différents types de douleur. Ils ont été soumis à l'approbation des malades et médecins, ainsi seuls les mots qui ont obtenus 65% d'approbation ont été retenus. Le questionnaire ainsi créé se nomme le Mac Gill Pain Questionnaire (MPQ) et permet une évaluation multidimensionnelle, quantitative et qualitative de la douleur.

Le MPQ a été validé par un grand nombre d'études cliniques, il s'est avéré sensible et fidèle dans l'évaluation des douleurs aiguës et chroniques (24).

Ces études ont montré que la composante sensorielle était plus affectée dans les douleurs aiguës tandis que la composante affective l'était plus dans les douleurs chroniques (25).

Le MPQ a été validé comme moyen d'évaluation avant et après traitement ou administration d'analgésiques. Le traitement entraîne une modification significative des composantes sensorielles, affectives et cognitives.

Le MPQ a été adapté et traduit en français en 1984 par François Boureau sous la forme du Questionnaire de Douleur de Saint Antoine ou QDSA (26).

Le QDSA est une échelle verbale multidimensionnelle qui permet de faire ressortir les aspects sensoriels et affectifs de la douleur par une auto-évaluation. Il contient 58 mots répartis en 16 catégories proposant des dimensions permettant de décrire l'expérience douloureuse par le patient.

Le QDSA nécessite un bon niveau de compréhension et un vocabulaire assez riche. Il faut vérifier la compréhension de l'utilisation du questionnaire. Il n'est pas indiqué en cas de douleur intense et/ou d'extrême fatigue. C'est un questionnaire de 16 sous-classes (neuf sensorielles et sept affectives). Le patient sélectionne les adjectifs puis les note de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement).

Les limites du QDSA sont l'inaptitude à la compréhension de tous les adjectifs (pour les patients ayant un niveau socioculturel bas), l'inadaptation à la répétition à intervalles rapprochés et le temps nécessaire au remplissage du fait de la longueur du questionnaire. Il existe ainsi une version abrégé du QDSA comportant 16 adjectifs, plus simple et plus rapide à utiliser (27).

C'est ce questionnaire qui a été utilisé pour notre étude.

2.2 Echelle mesurant l'impact sur la qualité de vie : Questionnaire Concis de la Douleur ou QCD

Afin de mesurer l'impact d'une douleur chronique sur la qualité de vie des patients il est nécessaire de se référer à des échelles.

Ainsi, le Brief Pain Inventory (BPI) a initialement été développé en 1994 pour évaluer la douleur du cancer. Il existe une forme traduite en français sous le nom du Questionnaire Concis de la Douleur (QCD). Cet auto questionnaire permet d'objectiver l'intensité de la douleur, sa localisation, son soulagement ainsi que ses interférences dans la vie quotidienne (retentissement social, relations, incapacité fonctionnelle, détresse psychologique) (28).

Ce questionnaire est recommandé par le groupe « IMMPACT » (the Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials) dont l'objectif est de développer un consensus international pour une standardisation des études concernant la douleur chronique (29).

En janvier 2013, le Comité de LUTte contre la Douleur (CLUD) de Toulouse a rédigé un protocole de prise en charge des douleurs faibles à modérées et des douleurs fortes de patients substitués par buprénorphine ou méthadone pour une pharmacodépendance majeure aux opiacés dans lequel il indique qu'il est nécessaire d'évaluer le retentissement sur la vie quotidienne par des échelles appropriées. L'emploi du Questionnaire Concis sur les Douleurs est ainsi fortement conseillé (30).

Notre étude ne traite pas de ce type de douleurs mais nous pouvons constater que ce questionnaire est utilisé dans d'autres domaines pour sa facilité d'emploi et sa fiabilité.

3. L'ostéopathie chez la femme dans le post-partum

3.1 Les douleurs lombopelviennes et pelvipérinéales

La grossesse entraîne des modifications de la statique pelvienne qui augmente les contraintes mécaniques s'exerçant sur le rachis lombaire, les articulations sacro-iliaques et la symphyse pubienne et sont souvent responsables de phénomènes douloureux. Les douleurs lombaires et sacrées affectent 24 à 87 % des femmes enceintes (31).

- Douleurs postérieures
- ✓ Facteurs hormono-ligamentaires

La grossesse entraîne une hyper laxité ligamentaire et articulaire généralisée qui apparaît dès le premier trimestre et est maximale au troisième trimestre.

L'imprégnation hormonale joue un rôle important dans l'analyse des étiologies des lombalgies. Les principales hormones concernées sont les oestrogènes et la relaxine. Les oestrogènes sont produits en grande quantité au cours de la grossesse et imprègnent les fibrocartilages.

La relaxine est produite en grande partie par le corps jaune et l'endomètre. Cette hormone polypeptidique est donc produite de façon plus importante pendant la grossesse.

Elle a un puissant effet métabolique. Elle stimule la dégradation du collagène, ce qui engendre une relaxation du myomètre, un relâchement des structures ligamentaires et un relâchement des tissus conjonctifs musculaires et tendineux, en particulier au niveau du bassin. De nombreuses études se sont intéressées à la relation pouvant exister entre le taux sérique de relaxine et la survenue des douleurs lombopelviennes de la grossesse. Une grande discordance est constatée dans les résultats ne permettant pas de conclure clairement. Ces discordances s'expliquent par des différences dans la technique de dosage de la relaxine et dans la sélection plus ou moins restrictive des patientes. Cependant, la relaxine semble bien jouer un rôle central dans le relâchement des ligaments pelviens au cours de la grossesse sans que l'on puisse pour autant prédire par un dosage sérique, le risque de douleur lié à ce relâchement (32).

✓ Facteurs mécaniques

Le déplacement progressif du centre de gravité en bas et en avant sollicite extrêmement la cinquième vertèbre lombaire et entraîne une hyper lordose compensatrice et une bascule antérieure du bassin. Cette modification de la statique rachidienne augmente les contraintes mécaniques qui s'exercent sur les vertèbres lombaires, les articulations sacro-iliaques, la symphyse pubienne, articulations non porteuses dont le rôle normal est d'absorber les forces venant de différentes directions.

✓ Facteurs musculaires

Les modifications de la statique du rachis et du pelvis ainsi que l'affaiblissement des moyens de contention ligamentaires sollicitent exagérément la musculature para-vertébrale provoquant l'irritation des nerfs rachidiens postérieurs à leur passage au contact des articulaires postérieurs. Les muscles para-vertébraux ont ainsi tendance à se contracter.

✓ Facteurs vasculaires

La compression de la veine cave inférieure, surtout en décubitus dorsal, est un facteur aggravant du fait de la congestion et de l'hypoxie qu'elle pourrait provoquer dans les corps vertébraux et les muscles para-vertébraux.

- Douleurs antérieures

Ces douleurs sont centrées sur le pubis et réalisent le « syndrome de relâchement douloureux des symphyses » ou « syndrome ostéomusculoligamentaire abdominopelvien » décrit par Maurice Lacomme.

La physiopathologie est la suivante : le relâchement gravidique de la symphyse pubienne à un moment où les contraintes mécaniques qui s'y exercent augmentent et où les muscles, tendons et ligaments qui s'insèrent à proximité sont davantage sollicités.

L'incidence du syndrome est variable du fait de l'intensité des douleurs qui est différente d'une femme à l'autre. Ces douleurs apparaissent généralement au cours du quatrième mois, s'intensifient en devenant maximales au troisième trimestre et persistent fréquemment après l'accouchement. Les femmes la décrivent comme une sensation de pesanteur douloureuse abdominopelvienne centrée sur la région rétropubienne avec irradiations inguinocrurales.

Lors du toucher vaginal, présence d'une triple douleur :

- à la pression de la région rétro symphysaire
- à celle de la surface quadrilatère de l'os iliaque (en avant de l'épine sciatique)
- à la traction des releveurs de l'anus.

3.2 La prise en charge ostéopathique

Une grossesse programme fréquemment d'importantes modifications anatomiques et physiologiques sur le corps de la jeune mère. Certaines sont temporaires et disparaissent dès l'accouchement, d'autres s'installent et sont durables voire pérennes. L'absence de retour à la normale s'avère quelquefois douloureux. L'ostéopathie peut s'avérer une aide efficace pour obtenir une antalgie confortable, permettre aux tissus et organes de retrouver une harmonie dans leur rapports intrinsèques.

Les lésions les plus fréquemment observées concernent bien évidemment le bassin, soumis à des modifications de transmission pondérale progressive durant la grossesse et brutalement à une distension maximale durant l'accouchement. Des lésions ostéo-articulaires bien sûr mais aussi osseuses (torsion intra-osseuse), musculaires, ligamentaires, fasciales, viscérales sont ainsi relevées. Ces tensions seront donc responsables de lombo-pygalgies, de sciatalgies, de pelvialgies, de périnéalgies, pudendalgies, névralgies obturatrices, dyspareunies, vaginisme, troubles urinaires, etc. qui terniront la joie de l'enfantement parfois jusqu'à devenir un enfer douloureux.

Il convient dans le cadre du post-partum de proposer aux personnes chez qui le retour à la physiologie non gravide n'a su ou pu se faire correctement de proposer une assistance médicale ou paramédicale : kinésithérapie, rééducation périnéale, sophrologie, acupuncture et ostéopathie trouvent alors leur place dans l'arsenal thérapeutique. Pour ce qui le concerne, l'ostéopathe s'attachera à repérer, entre autres, une disjonction sacro-iliaque ou pubienne, une contracture du pyramidal du bassin ou

bien du muscle obturateur voire d'un muscle périnéal, une lésion viscérale au sens ostéopathique. L'expérience semble faire estimer qu'une femme sur trois présente une flexion ou une torsion de vessie en post-partum (environ 1/10 dans le cas général). Avec quelques gestes simples, doux et respectueux, utilisant souvent la respiration de la patiente comme moteur de libération, un ostéopathe aguerri peut obtenir la normalisation des tensions et donc l'antalgie qui permettra un retour à une vie « normale ».

Il n'y a pas d'intérêt à proposer un examen systématique en post-partum. Si le corps ne souffre pas c'est qu'il a correctement réussi à s'adapter. On ne proposera une consultation qu'aux patientes présentant un syndrome algique persistant d'autant plus s'il n'a pas fait sa preuve au regard des examens complémentaires traditionnels.

Pour ce qui concerne les délais d'intervention pour une intervention ostéopathique en post-partum, l'idéal semble, hors urgence caractérisée (coccygodynie suraiguë, pygalgie fulgurante) de respecter un délai de 3 à 7 semaines permettant une diminution du taux de relaxine. En cas de lésion viscérale pelvienne ne concernant pas l'utérus, on préférera patienter 40 jours pour un maximum de sécurité. En cas de torsion utérine il est conseillé d'attendre la survenue du retour de couches (19,33–35).

II. Matériel et méthode

1. Objectif

L'objectif de cette étude est d'identifier l'apport de l'ostéopathie dans le traitement des douleurs pelvipérinéales dans le post-partum en cotant notamment l'impact de la douleur sur la vie quotidienne des femmes en post-partum.

2. Type d'étude

Etude prospective descriptive réalisée entre le 1^{er} mai et le 30 juin 2013 auprès de femmes consultant un médecin ostéopathe en moyenne trois mois après l'accouchement pour des douleurs pelviennes et périnéales pendant le post-partum.

3. Population ciblée

3.1 Critères d'inclusion

Les patientes consultant un médecin ostéopathe ont été conviées à participer à l'étude à condition qu'elles répondent aux critères suivant :

- Grossesse physiologique.
- Accouchement par voie basse ou par césarienne. Les douleurs pelvipérinéales peuvent en effet être présentes aussi bien après un accouchement par voie basse que par césarienne.
- Ressentir une douleur pelvienne ou périnéale en pré ou post-partum.
- Etre en période du post-partum.
- Pas de contre indication à la pratique de l'ostéopathie dans le post-partum.

3.2 Critères d'exclusion

- Contre-indications à l'ostéopathie.
- Les patientes ayant déjà été vues en ostéopathie ou acupuncture depuis leur accouchement, cette intervention extérieure étant susceptible de contaminer les données de base du post-partum naturel.

4. Recueil des données

Les données ont été recueillies par une méthode qualitative et quantitative réalisée à partir de deux questionnaires établis avec l'expertise d'un médecin ostéopathe.

Les questionnaires ont été testés entre le 15 et le 19 avril 2013 afin de vérifier leur pertinence et apporter des modifications éventuelles. Il n'y a pas eu de modifications sur le questionnaire 1, en revanche une précision a été ajoutée dans le questionnaire 2 concernant le délai d'atténuation de la douleur après la consultation.

4.1 Premier questionnaire

Les patientes sont invitées à remplir le questionnaire 1. Ce questionnaire comprend des données administratives afin de permettre un suivi ultérieur. Un numéro est attribué à chaque femme pour conserver le caractère anonyme. Puis, des données anamnestiques sont demandées avec les antécédents, les renseignements sur les précédentes grossesses et sur celle qui vient de se dérouler, les traitements en cours. Les femmes localisent ensuite leurs douleurs sur un schéma.

Puis elles cotent cette douleur à l'aide d'une échelle numérique de 0 à 10.

Enfin, elles la qualifient par le Questionnaire de Douleur de Saint Antoine (QDSA) (questionnaire de qualificatifs avec un degré d'intensité de 0 à 4) et évaluent le retentissement sur la vie quotidienne par le Questionnaire Concis de la Douleur (QCD) (questionnaire de 6 items gradués de 0 à 10) tous deux utilisés par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

4.2 Deuxième questionnaire

Environ 15 jours après la consultation les patientes sont contactées par téléphone.

Leur douleur est à nouveau cotée à l'aide de l'échelle numérique de 0 à 10 et l'évolution de la douleur par rapport à la consultation leur est demandée.

Le QDSA ainsi que le QCD sont remplis une nouvelle fois.

En fin de questionnaire, elles sont invitées à exprimer leurs éventuelles remarques.

Ces questionnaires permettent ainsi une évaluation de la douleur à deux temps différents, au moment de la consultation et 15 jours après lors de la réévaluation.

5. Analyse des données

Les données ont été exploitées sous Microsoft EXCEL 2007.

III. Résultats

Entre le 1^{er} mai et le 30 juin 2013, soixante-treize patientes en post-partum ont consultées dans le cabinet d'ostéopathie du Docteur Saquer à Hennebont pour des douleurs. Parmi elles trente-cinq répondaient aux critères d'inclusion. Les autres concernaient des lombalgies pures, cervicothoracalgies, podalgies. Deux patientes sont restées injoignables pour compléter le deuxième questionnaire et une patiente n'a pas souhaité répondre au deuxième questionnaire. Le nombre total de patientes ayant participé à l'étude est donc de trente-deux, soit 44% d'inclusion.

1. Les patientes

1.1. Caractéristiques principales

Age

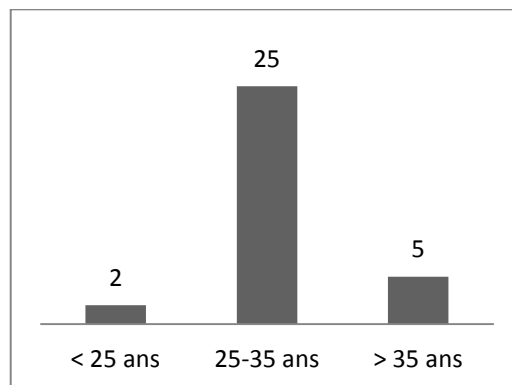


Figure 1 : Âge des patientes

Les trente-deux patientes de l'étude étaient âgées de 24 à 40 ans ; la moyenne d'âge est de 31,3 ans. La plupart des femmes (78%) avait entre 25 et 35 ans.

Activité professionnelle

Les patientes exercent des professions diverses. Sept sont dans le milieu médical (aide-soignante, infirmière, kinésithérapeute, orthophoniste) ; dix d'entre elles exercent dans des bureaux et les autres étaient : comédienne, coiffeuse, toiletteuse, esthéticienne, courtier, professeur des écoles, responsable de jeunes enfants...

Ainsi, plus de la moitié des patientes exerce un métier en position courbée, debout ou mettant en jeu la capacité physique.

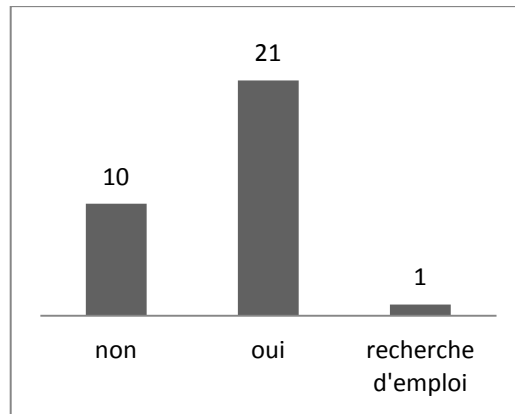


Figure 2 : Reprise du travail après l'accouchement

Vingt et une patientes étaient en congé post-natal, soit 66%. 33% avaient repris leur travail et une patiente était en recherche d'emploi.

Indice de Masse Corporelle (IMC)

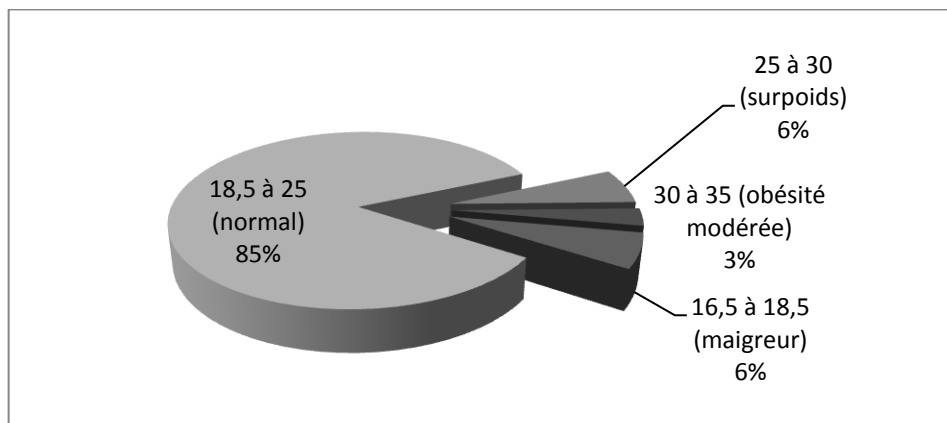


Figure 3 : IMC des patientes

Concernant l'IMC avant la grossesse, deux patientes apparaissaient maigres avec un IMC de 16,4 et 17,7. Deux patientes étaient en surpoids et présentaient une obésité modérée avec un IMC égal à 30,4. Au total, l'IMC moyen de ces femmes en début de grossesse était de 21,2.

Activité sportive

	Somme de oui	Somme de non
Avant naissance	20	12
Après naissance	2	30

Tableau 1 : Activité sportive des patientes

L'activité sportive des patientes était variée et les sports oscillaient entre le vélo, la marche ou course à pied, la gymnastique, l'aquagym, la natation. La répartition n'était pas équitable, 63% des patientes pratiquaient un des sports avant la naissance de leur enfant et parmi elles seulement deux avaient repris l'activité sportive un mois après la naissance.

1.2. Les antécédents

Parité

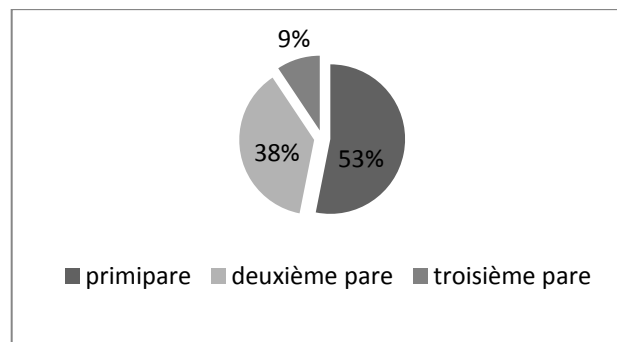


Figure 4 : Parité des patientes

Plus de la moitié (53%) des patientes était des nullipares. Quinze patientes étaient des multipares, pour douze d'entre elles c'était une deuxième grossesse et pour les trois autres une troisième grossesse.

Accouchement

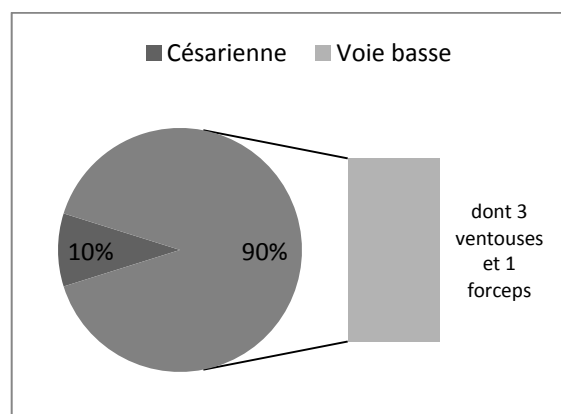


Figure 5 : Mode d'accouchement

Les patientes ont accouché en moyenne au terme de 39 semaines d'aménorrhées et le terme de la naissance s'étalait de 37 à 41 semaines d'aménorrhées.

Dans 90% des cas, c'était un accouchement par voie basse avec l'aide d'une ventouse pour trois d'entre elles et de forceps pour une patiente. Seulement trois femmes de l'étude ont eu recours à une césarienne.

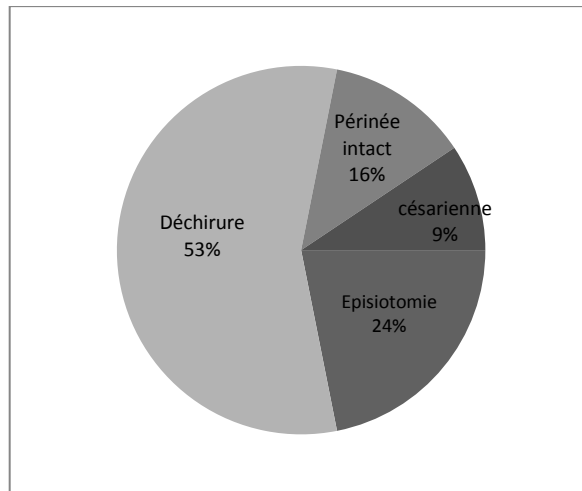


Figure 6 : Etat du périnée après l'accouchement

75% des patientes ont subi une épisiotomie ou une déchirure, pour sept d'entre elles une épisiotomie et pour les dix-huit autres une déchirure. En revanche, le degré de la déchirure n'est pas renseigné.

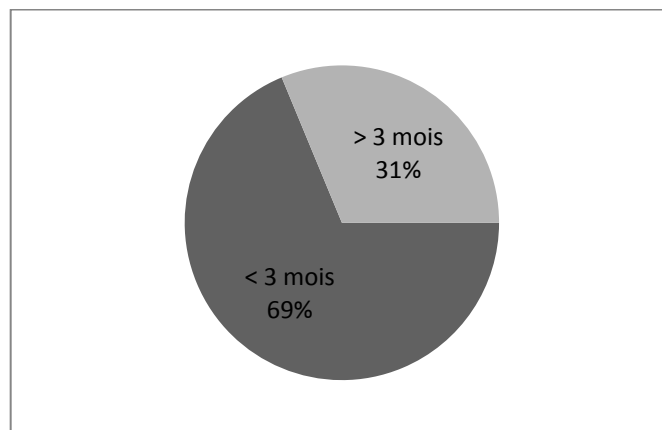


Figure 7 : Date de consultation en post-partum

Les patientes ont consulté un ostéopathe entre 1 mois et 10 mois après leur accouchement. La date de consultation était en moyenne 3 mois après l'accouchement. Néanmoins, la majorité (69%) des patientes avait consulté avant 3 mois post-partum.

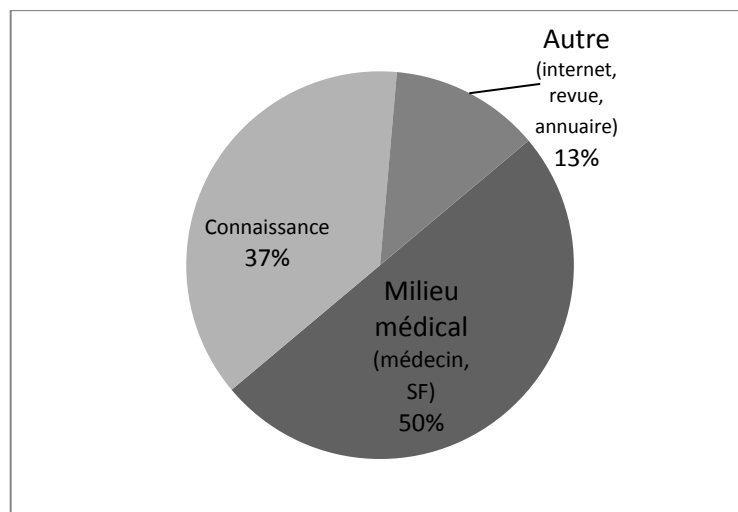


Figure 8 : Découverte de l'ostéopathie

Pour la moitié des patientes interrogées, le rendez-vous était pris sur le conseil d'un professionnel de santé. Parmi les trente-deux patientes, douze d'entre elles avaient été conseillées par une connaissance et quatre avaient recherché par elles même par le biais de livre, internet ou autre.

Ostéopathie / Parité	0	1	2	Total
Non	16	8	2	26
Oui	1	4	1	6
Total	17	12	3	32

Tableau 2 : Patientes ayant déjà consulté un ostéopathe en fonction de la parité

Six des trente-deux patientes avaient déjà eu recours à l'ostéopathie. Une des patientes était primipare mais les cinq autres étaient multipares et connaissaient l'ostéopathie suite à leurs grossesses précédentes.

2. La consultation ostéopathique

2.1 Caractéristiques de la douleur

Apparition

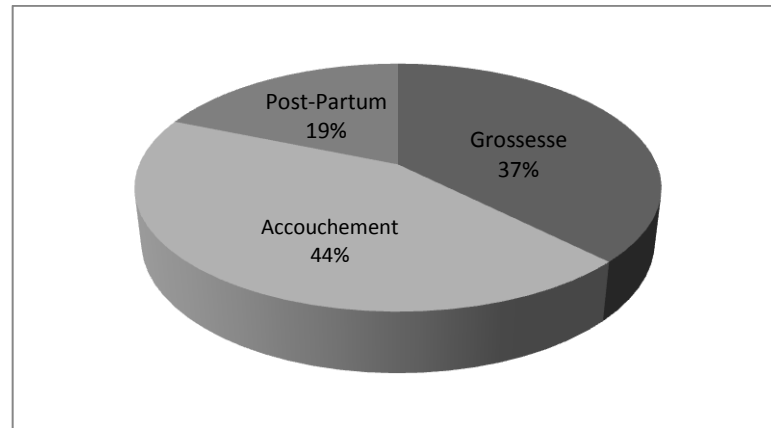


Figure 9 : Date d'apparition de la douleur

La douleur s'est manifestée à des moments différents selon les patientes. Le plus souvent (44%), la douleur est apparue à l'accouchement.

Chez 37% des patientes, la douleur est survenue pendant la grossesse et essentiellement lors du troisième trimestre de la grossesse.

Pour les six patientes restantes, soit 19%, la douleur s'est révélée dans le post-partum. Elle est apparue en moyenne vers le troisième mois après l'accouchement. Parmi ces dernières, pour une des patientes ayant accouché pour la deuxième fois, la douleur s'était révélée en post-partum après son premier accouchement.

Localisation

Dans le premier questionnaire, les patientes étaient invitées à localiser leur douleur sur le schéma suivant :

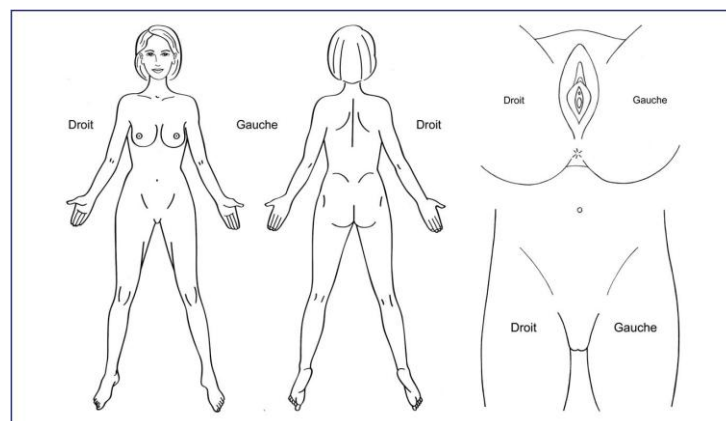


Figure 10 : Schéma permettant de localiser la douleur

Les douleurs des patientes sont le plus souvent intriquées et les femmes signalent des douleurs postérieures basses (coccyx, sacrum, fesses), antérieures (périnée, fosse iliaque) ou encore au niveau du dos (lombalgie, rachialgie). Néanmoins, il y a parfois des douleurs exclusivement fessières ou pelvipérinéales.

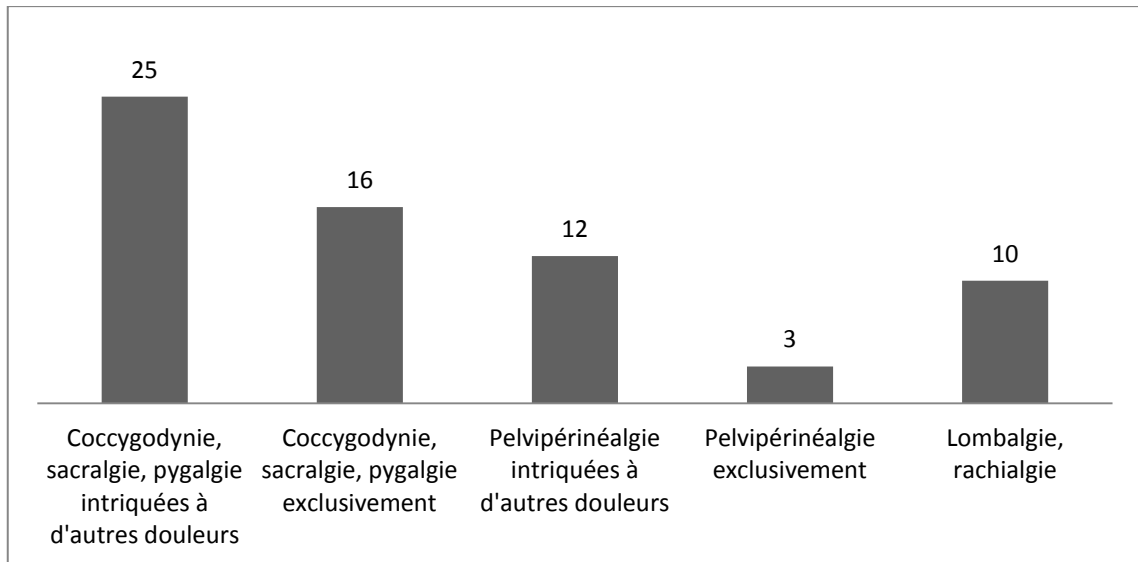


Figure 11 : Localisation de la douleur

Les douleurs fessières sont présentes chez vingt-cinq patientes et seize d'entre elles signalent des douleurs fessières exclusivement. D'autre part, les pelvipérinéalgies sont présentes chez douze patientes dont trois pour qui ces douleurs sont pelvipérinéales exclusivement.

Chez les patientes signalant des douleurs de dos, il y avait d'autres douleurs pelviennes ou périnéales associées (antérieures ou postérieures) ; en effet, elles ne seraient pas incluses dans l'étude si leur douleur n'était qu'exclusivement dorsale.

Il est important de noter la difficulté pour cerner exactement la douleur puisque les douleurs des patientes sont extrêmement imbriquées les unes aux autres.

Aussi, chez vingt-cinq patientes soit 78%, la douleur est essentiellement fessière. Et, parmi ces 78%, la douleur fessière est étendue au périnée (pour cinq patientes) et parfois jusqu'au dos également (pour six patientes).

Peu de patientes se plaignent de douleurs fessières ou pelvipérinéales exclusives. Les douleurs sont en fait extrêmement intriquées et liées entre elles. Les douleurs sont résumées sur le schéma suivant :

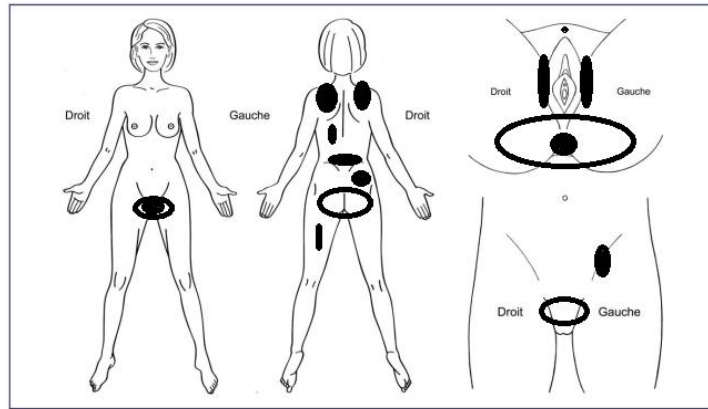


Figure 12 : Schéma récapitulatif des douleurs

Intensité

A cause de leur douleur, les patientes signalent des difficultés résumées sur le diagramme suivant :

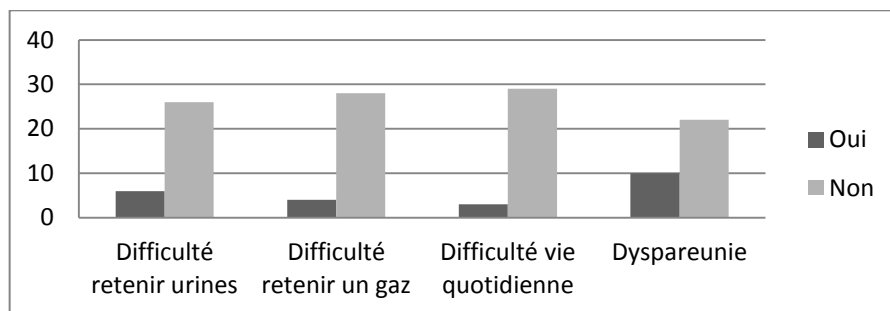


Figure 13 : Difficultés liées à la douleur

Les dyspareunies sont les difficultés les plus évoquées. Dans notre étude, elles concernent dix femmes soit 31% des patientes.

Toutes ces femmes avaient subi une épisiotomie ou une déchirure à l'exception d'une patiente avec périnée intact.

Les femmes ayant eu une césarienne ne signalent pas de dyspareunie. De même pour les femmes de plus de 35 ans.

Puis viennent les difficultés à retenir les urines touchant six femmes de l'étude soit 19%. Parmi ces 19%, en plus de l'incontinence urinaire, certaines femmes se plaignent d'incontinence fécale associée.

En regroupant les difficultés urinaires et fécales, ces dernières touchent 25% des patientes de l'étude.

Paradoxalement, les femmes de l'étude de plus de 35 ans ne sont pas touchées par les incontinenances urinaires ou fécales.

Valeur EN	Nb patientes
3	2
4	6
5	4
6	5
7	6
8	5
9	4
MOYENNE	
EN=6,2	

Tableau 3 : Intensité de la douleur des patientes cotée par l'échelle numérique lors de la première consultation

Sur l'échelle numérique allant de 0 à 10, l'intensité de la douleur des patientes variait entre 3 et 9 et elles cotaient leur douleur en moyenne à 6,2.

2.2 Le Questionnaire de Douleur de Saint Antoine (QDSA)

Les répercussions de la douleur des patientes sur leur capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne ont été évaluées grâce au QDSA. Les items correspondant à la douleur et la qualité de vie des femmes dans le post-partum ont été compréhensibles par l'ensemble des femmes.

Le score s'évalue sur une échelle allant de 0 à 64. Dans l'étude, le score moyen est de 12,4 et s'étale de 0 à 49.

A noter que la patiente avec un QDSA nul signalait une douleur globale non qualifiable par les mots du QDSA et évaluait sa douleur avec une EN à 4.

Le ressenti de la douleur a été hétérogène. En effet l'évaluation de la douleur pouvait être caractérisée par un tiraillement, un élancement, une lourdeur, un coup de poignard ou encore une décharge électrique. Elle était qualifiée comme étant énervante, épuisante, pénétrante, exaspérante, insupportable ou encore obsédante. (Listes non exhaustives.)

2.3 Le Questionnaire Concis de la Douleur (QCD)

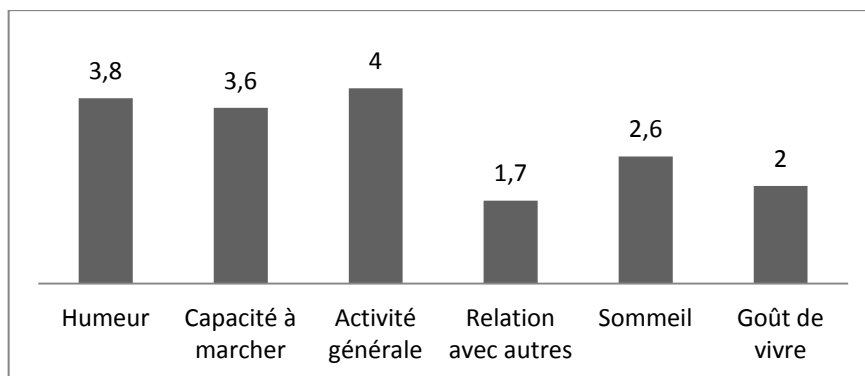


Figure 14 : QCD lors de la première consultation

Par le QCD, la douleur a été évaluée sur une échelle de 0 à 10 dans plusieurs items comme l'humeur, la capacité à marcher, l'activité générale, la relation avec les autres, le sommeil et le goût de vivre.

Ainsi, les domaines les plus affectés par la douleur sont l'activité générale avec une échelle en moyenne de 4, puis l'humeur et la capacité à marcher avec une moyenne de 3,8 et 3,6 respectivement.

Le sommeil, le goût de vivre et la relation aux autres paraissent moins atteints par la douleur des patientes.

3. A distance de la consultation ostéopathique

3.1 Evolution de la douleur

Les patientes ont été recontactées par téléphone en moyenne 16 jours après la consultation. Il n'y a pas eu de complications suite à la consultation d'ostéopathie.

Valeur EN	Nb patientes
0	11
1	3
2	8
3	5
4	3
5	1
8	1
MOYENNE	
EN=1,8	

Tableau 4 : Intensité de la douleur des patientes cotée par l'échelle numérique 15 jours après la consultation

Les patientes cotaient leur douleur à 1,8 en moyenne. Onze patientes estimaient leur douleur comme étant nulle. La douleur était inférieure à 5 pour 94% des patientes. Pour une patiente, la douleur était identique à la douleur initiale, cette patiente signalait que la douleur initiale avait disparu mais qu'il y avait eu déclenchement d'une autre douleur suite à la consultation. Par ailleurs, la douleur a diminué pour toutes les patientes.

Par rapport à la première consultation, l'évaluation numérique de la douleur est passée de 6,2 à 1,8. L'évolution moyenne est de - 4,4 points.

Concernant le QDSA, le score était de 5,7 lors de la réévaluation. Pour deux patientes il était plus élevé que lors de la première consultation. Une de ces deux patientes est la patiente pour qui une autre douleur a été déclenchée suite à la consultation. Pour les autres patientes, le score avait évolué en diminuant.

Entre les deux temps de l'étude, le QDSA est passé de 12,4 à 5,7. Il y a donc une diminution globale de 6,7 points.

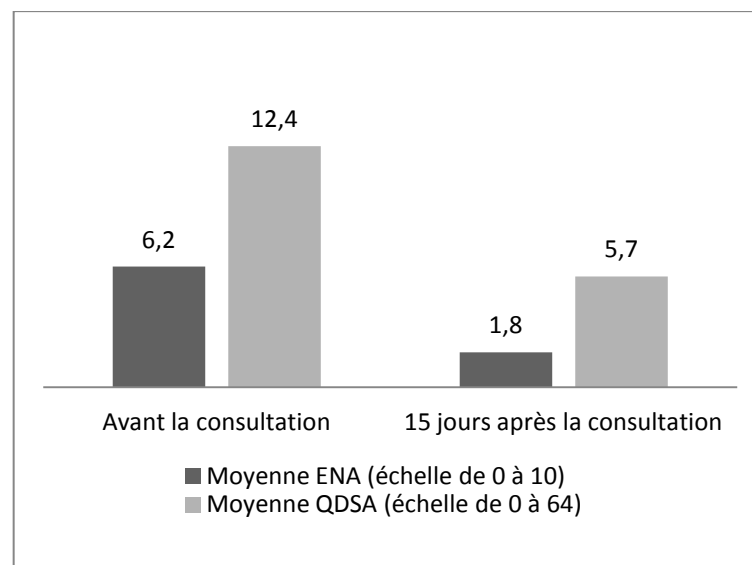


Figure 15 : Evolution de l'EN et du QDSA avant et après la consultation ostéopathique

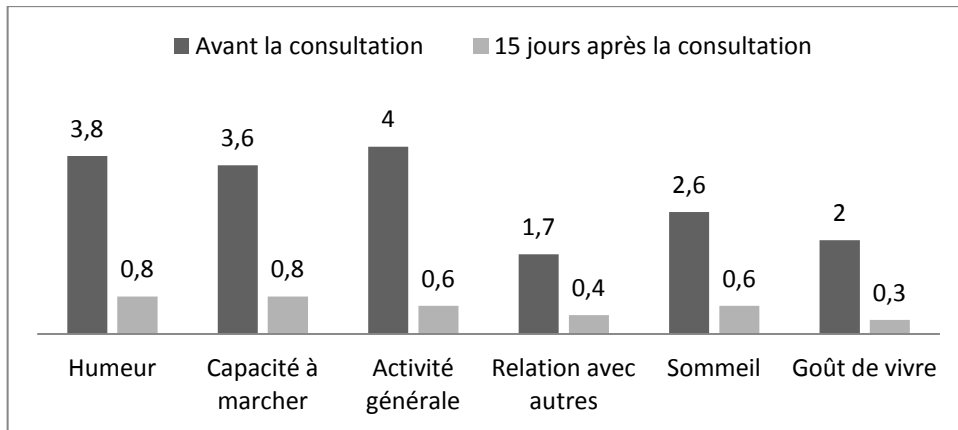


Figure 16 : Evolution du QCD avant et après la consultation ostéopathique

Chez toutes les patientes, le QCD a évolué en diminuant pour chaque item. Le score est inférieur à 1 en moyenne pour tous les items.

3.2 Ressenti

Consécutivement à la consultation, les patientes ont été soulagées après 4,7 jours en moyenne. Nous pouvons ainsi noter une amélioration de la douleur du point de vue des patientes, en faveur de l'ostéopathie. Néanmoins, cette estimation ne prend pas en compte trois avis : celui des trois patientes pour lesquelles la douleur est restée identique.

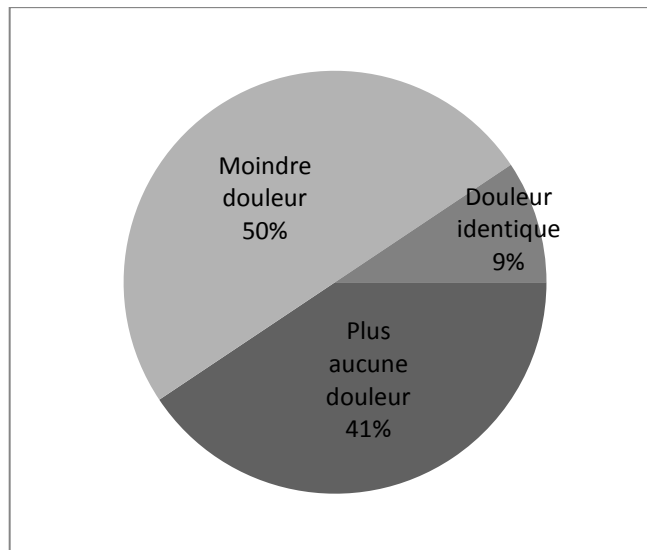


Figure 17 : Ressenti des patientes après la consultation ostéopathique

Chez treize patientes la douleur avait totalement disparu. La moitié des patientes ressentait une moindre douleur par rapport à la première consultation et trois patientes évaluaient leur douleur comme étant identique.

Une des patientes estimant sa douleur identique précisait qu'il s'agissait d'une douleur différente ; sa douleur initiale avait totalement disparu.

Ainsi, aucune patiente n'a décrit une aggravation de la douleur et 91% des patientes ont ressenti une amélioration de leur douleur suite à la consultation d'ostéopathie.

3.3 Satisfaction

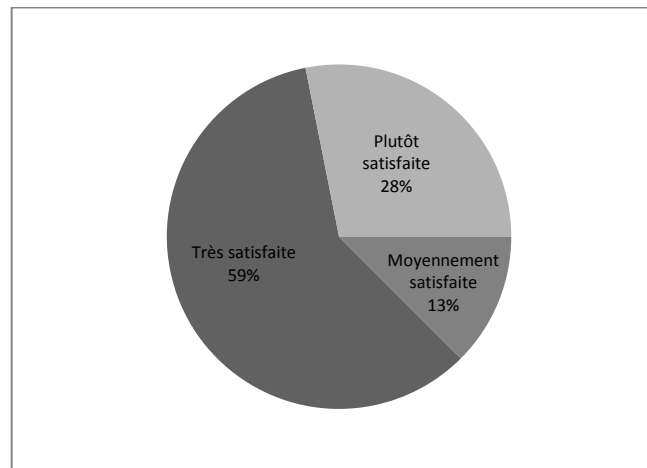


Figure 18 : Satisfaction des patientes

Les patientes ont été dans l'ensemble assez satisfaites, en effet 87% d'entre elles ont estimé être « très satisfaite » ou « plutôt satisfaite ». Les 13% restantes ont déclaré être « moyennement satisfaite ».

3.4 Autres traitements

Sept patientes prenaient un traitement, type paracétamol, avant la consultation ostéopathique. La douleur de ces patientes oscillait entre 5 et 9 sur l'échelle numérique. La patiente estimant sa douleur à 5 la décrivait comme une « *douleur enracinée* » et avait pris du paracétamol d'octobre 2011 à juin 2012 sans amélioration. Il s'agit de la patiente évoquée précédemment dont la douleur est apparue en post-partum suite à sa première grossesse et qui est venue en consultation ostéopathique après la naissance de son deuxième enfant.

Les sept patientes citées ne prenaient plus d'antidouleur après la consultation.

Cependant, après la consultation ostéopathique, deux patientes ont eu recours à une autre méthode thérapeutique : l'homéopathie.

Pour l'une des deux la douleur était passée de 7 à 4 ; elle ne prenait pas d'antalgique avant la consultation et s'était dite moyennement satisfaite de la consultation ostéopathique.

Paradoxalement, l'autre patiente était très satisfaite de la consultation ostéopathique. L'évolution de sa douleur allait de 7 à 5. A noter : cette patiente prenait de l'homéopathie lors de sa grossesse et pendant l'accouchement et disait « *en prendre régulièrement pour son confort.* »

Concernant les trois patientes citées plus haut pour lesquelles la douleur après la consultation ostéopathique était identique à la douleur initiale, deux d'entre elles ne prenaient aucun traitement antidouleur.

4. En résumé

L'objectif du travail exposé est d'identifier l'apport de l'ostéopathie dans le traitement des douleurs pelvipérinéales dans la période du post-partum. Afin de répondre à cette problématique revenons sur l'étude menée auprès des femmes ayant consulté pour ce type de douleurs chez un médecin ostéopathe.

Tout d'abord, pour la plupart des femmes (81%) la douleur est apparue pendant la grossesse ou lors de l'accouchement. Seule 19% des femmes décrivaient une apparition de la douleur en post-partum. De plus, les douleurs sont extrêmement intriquées et imbriquées les unes avec les autres. Il en résulte une certaine difficulté de la part des patientes pour localiser la douleur de façon précise.

Puis, l'intensité de la douleur des femmes ainsi que le retentissement dans le quotidien ont diminué après le traitement ostéopathique.

L'évaluation sur l'échelle numérique a diminué chez toutes les patientes et était inférieure à 2 lors de la réévaluation. Une seule patiente signalait la même évaluation de la douleur mais sa douleur, quinze jours après la consultation ostéopathique, était différente par rapport à la première douleur évoquée. 84% des patientes ont franchement amélioré leur qualité de vie avec une diminution du QDSA supérieure ou égale à 4 points.

Ensuite, 91% des femmes ont ressenti une amélioration de leur douleur. 41% n'avaient « *plus aucune douleur* » et 50% décrivaient une « *moindre douleur* ». Cette amélioration s'est établie en 4,7 jours en moyenne. La satisfaction des patientes est ainsi corrélée puisque 87% des patientes ont été satisfaites : 59% étaient « *très satisfaite* » et 28% « *plutôt satisfaite* ».

Enfin, sur les sept patientes qui avaient recours à des antalgiques, aucune d'entre elles n'a continué à en utiliser après la consultation ostéopathique. Cependant une de ces patientes a eu recours à un autre traitement : l'homéopathie. Mais elle signalait « *en prendre fréquemment pour son confort.* » et était « *très satisfaite* » de la consultation ostéopathique. En revanche, une autre patiente de l'étude a également eu recours à l'homéopathie après la consultation. Elle ne prenait aucun traitement auparavant et s'estimait « *moyennement satisfaite* » de la consultation ostéopathique.

Ainsi, une séance d'ostéopathie dans le cadre des douleurs pelvipérinéales apporte manifestement des bénéfiques objectifs comme l'intensité de la douleur ou encore la

qualité de vie évaluée par le QDSA. Des bénéfices subjectifs sont notables comme le ressenti et la satisfaction des patientes.

IV. Discussion

Cette partie consiste à présenter les résultats obtenus avec les questionnaires établis en lien avec les concepts de la première partie.

Tout d'abord, les points forts ainsi que les limites de l'étude seront exposés. Ensuite, les résultats précédemment exposés seront confrontés aux données de la littérature actuellement disponibles ayant un lien avec les douleurs pelvipérinéales du post-partum. Puis, une tentative de réponse à la problématique initialement posée sera proposée. La problématique était la suivante : y a-t-il un intérêt d'un traitement ostéopathique pour des douleurs pelvipérinéales en post-partum ? Enfin, des propositions pour les sages-femmes dans le post-partum seront évoquées.

1. Avantages et inconvénients : discussion sur la méthode choisie

Cette étude comporte certains points d'amélioration qui nécessitent une pondération des résultats. Il existe effectivement des biais de subjectivité.

1.1 Biais de recrutement

Dans un premier temps, l'étude a été réalisée dans un seul cabinet d'ostéopathie et donc avec un seul ostéopathe. Le recrutement des patientes paraît ainsi restreint et localisé. Cet aspect du recrutement est un inconvénient d'une part mais présente un certain avantage d'autre part. En effet, la diversité actuelle de la formation des ostéopathes ne rentre pas en compte dans le traitement réalisé auprès des patientes de notre étude puisqu'elles n'ont été manipulées que par un seul ostéopathe.

Qui plus est, le délai d'obtention d'un rendez-vous est d'environ trois semaines, ainsi beaucoup de femmes souffrant de douleurs pelvipérinéales suraiguës sont vues par des confrères.

Le biais de recrutement est également dû à la réputation qui fait que les gynécologues adressent les périnéalgies chez le Docteur Saquer et les lombalgies chez un confrère.

Dans un deuxième temps, le recrutement lui-même est un biais. En effet, la plupart des patientes sont adressées par un confrère : gynécologue, sage-femme, médecin traitant, kinésithérapeute, autre ostéopathe. Ainsi, peu de patientes consultent directement du fait de l'effet tabou de la douleur après l'accouchement. De plus, ce motif de consultation n'apparaît qu'après un délai d'exaspération qui peut parfois être très long.

Enfin, cette étude ne comporte pas d'étude cas-témoins. Il aurait été intéressant de constituer un groupe contrôle, c'est-à-dire étudier l'évolution parallèle des douleurs

pelvipérinéales chez des femmes consultant un ostéopathe dans la période du post-partum et d'autres ne consultant pas. Afin de recruter et d'adresser un maximum de patientes, il aurait fallu mettre en place un réseau. Cela ne paraissait pas réalisable par manque de temps et de moyens.

1.2 Limites

D'une part, le faible effectif de recrutement n'a pas permis de réaliser une analyse statistique significative. En effet les critères d'inclusion de notre étude étaient précis et restreints, ainsi seulement 44% des patientes ayant consulté en post-partum ont pu participer à l'étude.

D'autre part, un recul de quinze jours paraît sans doute un peu court pour établir des résultats significatifs. Une étude à long terme aurait été avantageuse afin d'approfondir l'effet de l'ostéopathie sur les douleurs pelvipérinéales liées à la grossesse, les mauvaises postures ou encore l'accouchement. Il aurait été ainsi intéressant d'observer l'évolution de la douleur à distance de la consultation (disparition, réapparition éventuelle, nécessité d'une deuxième consultation ostéopathique...).

Il aurait été pertinent d'étudier le devenir de la douleur des patientes lors d'une prochaine grossesse afin d'évaluer l'impact des manœuvres ostéopathiques puisque les douleurs pelvipérinéales ont tendance à devenir chroniques et sont toujours présentes jusqu'à 10 ans plus tard. En effet, les femmes redoutent ces douleurs et évitent parfois de nouvelles grossesses (36). Ces projets à long terme sont par eux-mêmes difficiles à mettre en œuvre.

1.3 Points positifs et atouts de l'étude prospective

Tout d'abord, l'étude se déroule dans la période postnatale. Il n'y a donc pas de gêne de l'utérus gravide.

De plus, par comparaison aux études existantes, notre étude a un caractère original car peu d'étude sur le sujet ont été traitées pendant la période post natale.

Ensuite, les questionnaires utilisés pour notre étude sont des questionnaires comportant des grilles validées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et le Comité de LUTte contre la Douleur (CLUD). L'utilisation simple des questionnaires a permis la réalisation aisée de l'étude auprès des patientes.

Enfin, l'utilisation de questionnaires a permis une évaluation de la douleur et de la qualité de vie de façon subjective certes mais du point de vue de la patiente elle-même.

2. Apport de l'ostéopathie

2.1 En période post natale

Date d'apparition de la douleur

Dans cette étude, la majorité des patientes décrit une apparition des douleurs pelvipérinéales lors de l'accouchement ; cette apparition concerne 44% des patientes. Pour deux patientes, la douleur citée datait de la grossesse précédente. 37% des patientes signalent une apparition lors de la grossesse.

Ces résultats diffèrent avec les données retrouvées dans la littérature. Environ 45% des femmes souffrent de douleurs pelviennes pendant la grossesse et ces douleurs persistent après l'accouchement dans 25% des cas. A plus long terme il y a une diminution mais dans 7% des cas elles ont tendance à devenir chroniques et sont toujours présentes jusqu'à 10 ans plus tard. Les femmes redoutent ces douleurs et évitent parfois de nouvelles grossesses (7,9,36,37).

Les douleurs lombaires et périnéales pendant la grossesse sont un facteur prédictif, ces femmes ont généralement des douleurs semblables qui durent dans le post-partum (38).

Date de consultation

Les patientes de l'étude ont consulté entre le premier et le dixième mois post-partum et 69% des femmes avant le troisième mois.

Cette date de consultation est en rapport avec la présence de la douleur des femmes décrite dans la littérature puisque jusqu'à 5 mois post-partum, 1 femme sur 3 ressent encore des douleurs pelvipérinéales (39).

La date de consultation des femmes paraît donc cohérente.

Parité et mode d'accouchement

Plus de la moitié (53%) des patientes de l'étude était des primipares. La plupart des patientes avaient accouché par voie basse (90%) et quatre d'entre elles ont eu une extraction instrumentale. De plus, 77% ont subi une déchirure ou une épisiotomie et 16% avaient un périnée intact.

La littérature indique que la parité et le mode d'accouchement influencent l'intensité des douleurs pelvipérinéales. Dans une étude de 2002 comprenant 1193 femmes, les primipares sont plus fréquemment douloureuses (30% chez les primipares à 8 semaines post-partum au lieu de 22% dans la population générale). 63% des femmes ayant eu une épisiotomie, 49% lors de déchirures et 13% avec un périnée intact sont douloureuses en post-partum immédiat (40).

Intensité de la douleur

Chez les patientes de l'étude, la douleur avant la consultation ostéopathique oscillait entre 3 et 9 sur l'échelle allant de 0 à 10. Parmi elles, sept prenaient un traitement antalgique type paracétamol (leur douleur allait de 5 à 9).

Or, selon l'ANAES, afin que les patients soient soulagés au mieux, la prise en charge de la douleur doit se faire lorsque la douleur est estimée à un minimum de 3 sur l'échelle numérique. De 3 à 5, les antalgiques prescrits peuvent être du paracétamol ou encore des Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS), ce sont des antalgiques non opioïdes qui appartiennent au palier I. Entre 5 et 7, des antalgiques opioïdes faibles proposés sont du palier II type codéine et au-delà des antalgiques de palier III sont proposés : des opioïdes forts type morphine (41).

Nous pouvons nous interroger quant à l'origine de cette prise en charge non satisfaisante de la douleur. Les douleurs en suites de couches sont souvent négligées car elles apparaissent comme « normales » après un accouchement. En effet, cela paraît comme une évidence pour les femmes d'avoir des douleurs lombaires, pelviennes ou périnéales après un accouchement. Elles ne prennent parfois pas d'antalgiques ou n'osent pas consulter se disant que c'est une période charnière qui s'estompera avec le temps. De plus, la question de l'allaitement maternel se pose. Mais les antalgiques de palier I sont compatibles avec l'allaitement maternel, les femmes auraient donc pu en bénéficier.

Évolution de la douleur

Dans l'étude, le score de douleur sur une échelle de 0 à 10 était initialement coté à 6,1 en moyenne. Quinze jours après la consultation ostéopathique, le score avait diminué chez toutes les patientes. Il était évalué à 1,8 en moyenne. La douleur a donc diminuée de 4,4 points.

Une étude a été menée par une étudiante sage-femme de l'école de Metz en 2009 sur le traitement des douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires (OML) dans le post-partum chez 39 accouchées voie basse (42). C'est une étude qui comprend un groupe témoin et qui est prospective avec une évaluation répétée de la douleur à J0, J2 et J10 du post-partum. Toutes les accouchées du groupe témoin ont eu un traitement de paracétamol à 3g par jour qui leur a été proposé pour l'ensemble des douleurs du post-partum. Pour les accouchées du groupe de l'étude, le traitement proposé était le même traitement médicamenteux que pour les patientes du groupe témoin associé à un traitement ostéopathique.

A dix jours du post-partum, les douleurs avaient totalement disparu contrairement au groupe témoin où la moitié des femmes avait encore des douleurs importantes.

L'ostéopathie permet de soulager rapidement et de faire disparaître les douleurs ostéomusculoligamentaires. En effet la majorité des femmes du groupe traité par

ostéopathie n'avait plus de douleur au dixième jour du post-partum contrairement aux femmes du groupe témoin.

L'ostéopathie semble être une alternative efficace sur les douleurs du bassin.

D'autre part, certaines douleurs pelvipérinéales chroniques comme les dyspareunies, vulvodynies, coccydynies, et autres douleurs pelviennes sont très invalidantes et restent sans réponse thérapeutique satisfaisante.

Dans son étude en 2008, Grimaldi regroupe 86 dossiers de patientes douloureuses exposant six situations cliniques de référence : dyspareunie, périnéodynie, syndrome urétral, pesanteur pelvienne et utérus polyomateux, pubalgie après hystérectomie et dysménorrhées, douleurs ovulatoires, endométrioses. Dans 71% des résultats, la douleur est nettement améliorée après deux séances d'ostéopathie (43).

Malgré les échantillons restreints, ces résultats sont encourageants et sont en faveur de l'ostéopathie dans l'amélioration des douleurs pelvipérinéales.

2.2 Activité et capacité physique

Avant la naissance de leur enfant, 62% des patientes de l'étude pratiquaient une activité sportive et seules deux d'entre elles avaient repris une activité physique dans le post-partum. L'évaluation de la capacité sportive est complexe dans la période charnière du post-partum puisqu'il faut du temps avant de pouvoir reprendre les activités sportives.

Nous pouvons cependant noter que la non reprise sportive des patientes était essentiellement due aux douleurs.

L'évaluation par le Questionnaire Concis de la Douleur (QCD) confirme cette idée. Nous pouvons ainsi noter que la douleur a une influence essentiellement sur la capacité à marcher (3,6 sur l'échelle du QCD) ainsi que sur l'activité générale des patientes (4 sur l'échelle du QCD qui est la valeur la plus élevée de l'étude).

Ces données correspondent à l'étude d'Olsson et al. de 2012 en Suède (4).

Dans leur étude prospective auprès de 242 femmes, ils ont évalué la caractérisation de la douleur pendant la grossesse et après la naissance auprès des femmes et ont apprécié si cette douleur influençait la capacité physique pendant la grossesse et le post-partum.

Les résultats montrent que 10% des femmes considèrent leur douleur comme étant dramatique. Ces femmes ont un niveau d'incapacité physique dans le post-partum plus élevé que les femmes qui ne considèrent pas leur douleur comme étant exagérée. Les douleurs lombopelviennes ont une influence sur la capacité physique dans le post-partum.

Ces résultats sont intéressants mais à réévaluer car pour 1 femme sur 3 le niveau de dramatisation de la douleur est très variable et évolue tout le temps.

2.3 Incontinence urinaire

19% des patientes de l'étude signalent des difficultés pour retenir leurs urines. Ces patientes avaient accouché par voie basse et parmi elles, une seule avait eu recours à une extraction instrumentale. La moitié de ces patientes était des primipares.

Ces résultats correspondent aux données de la littérature, les troubles urinaires du post-partum ont une fréquence d'environ 20% (44,45).

Cette incontinence est favorisée par l'accouchement par voie basse. L'utilisation du forceps ou d'autres instruments ne l'augmente pas de manière significative. Il existe des lésions minimales pelviennes qui peuvent se cumuler à chaque accouchement et préparer un terrain propice à l'apparition d'une incontinence. Celle-ci apparaîtra plus tardivement au cours des grossesses ou parfois à la ménopause.

Dans une étude prospective de 1997, Tetzschner a publié un travail portant sur 146 femmes évaluées en cours de grossesse (entre 30 et 40 semaines d'aménorrhées) puis 12 semaines après l'accouchement. Il confirme l'augmentation des latences en post-partum aussi bien chez les primipares que chez les multipares (46).

Il est très souhaitable de prendre en charge précocement une rééducation pelvienne préventive afin de limiter les incontinenances urinaires.

En regroupant les incontinenances urinaires et fécales de notre étude, elles concernent 25% des patientes.

Les tissus conjonctifs sont directement impliqués dans la qualité du « soutien » périnéal. Toute altération de ce support conjonctif, acquise ou congénitale, est responsable des incontinenances urinaires et fécales ainsi que de prolapsus. L'accouchement par voie vaginale est un des principaux facteurs de risque, en effet il engendre une certaine faiblesse pelvienne qui en serait la cause (47).

L'incontinence urinaire et fécale, les déchirures ainsi que les prolapsus après les traumatismes obstétricaux sont fréquemment présents après un premier accouchement.

Une étude menée en 2004 par Amostequi a eu pour but de montrer les solutions qui pourraient être efficaces pour prévenir ces dommages (48). Après compréhension physiologique et bio mécanique de l'évolution musculaire lors de la grossesse, l'accouchement et le post-partum, la prévention globale se concrétise de la manière suivante. Premièrement, une prévention anté natale avec une préparation spéciale du périnée et des muscles abdominaux pendant la grossesse est nécessaire utilisant des techniques de massage et des étirements périnéaux. Un traitement ostéopathique au niveau des articulations du bassin facilite ensuite la mobilisation et libère les tensions s'il y en a. Deuxièmement, une prévention pendant le travail consiste à respecter la physiologie et les positions naturelles. Enfin, une dernière prévention en post-partum est centrée sur les exercices périnéaux, abdominaux et au niveau du diaphragme. Dans cette période du post-partum, un traitement ostéopathique précoce permet de faciliter l'involution des tissus largement distendus pendant la grossesse et permet également la bonne remise en place des articulations sollicitées pendant l'accouchement.

2.4 Dyspareunie

Dans le cadre des algies pelvipérinéales chroniques, la dyspareunie tient une place importante. Elle est définie comme une douleur au cours du coït chez la femme sans contraction de la vulve.

Dans l'étude menée précédemment, 31% des femmes étaient gênées par des dyspareunies.

Les données de la littérature évoquent des dyspareunies associées aux douleurs pelvipérinéales chez environ 40% des femmes 2 semaines après leur premier accouchement (8).

Les problèmes sexuels dans le post-partum sont fréquents du fait des douleurs pelvipérinéales. En effet, d'après une étude prospective de 2010, beaucoup de femmes voient leur désir sexuel abaissé, connaissent une diminution de la lubrification vaginale, ne sont pas satisfaites de leur vie sexuelle ou encore souffrent de dyspareunie mais peu de professionnels de santé en parlent (10).

Parmi les femmes concernées par la dyspareunie, une seule avait un périnée intact, toutes les autres avaient subi une épisiotomie ou une déchirure.

Dans la littérature, les femmes ayant eu un périnée intact ont une meilleure appréhension de la vie sexuelle dans le post-partum que les femmes ayant eu une déchirure ou une épisiotomie. Dans un échantillon de 1249 accouchées, les troubles sexuels du post-partum sont associés à la dépression, la fatigue et la douleur périnéale (7). Il est important de noter que les déchirures lors de l'accouchement causent moins de douleurs périnéales que l'épisiotomie. Les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) adoptent une politique restrictive quant aux épisiotomies systématiques chez les primipares (12).

L'étiologie des dyspareunies peut être organique, inflammatoire, traumatique ou encore psychogène. L'écoute longue et attentive au-delà de la douleur est nécessaire pour comprendre le contexte psychoaffectif. Les dyspareunies peuvent être induites par des difficultés sexuelles, des conflits conjugaux ou des troubles névrotiques divers. Les facteurs déclenchant sont souvent intriqués, complexes et l'étiologie n'est jamais linéaire de la névrose à la douleur, de la dépression à la dyspareunie. C'est sur ces terrains fragiles, chez les patientes déprimées chroniques, chez les patientes angoissées ou obsessionnelles que les minimes lésions organiques vont provoquer une souffrance dont la perception va dépasser la lésion (49).

La dyspareunie consécutive à une déchirure vaginale ou une épisiotomie par exemple peut persister longtemps après que la vulve ait retrouvé son intégrité, comme s'il persistait au niveau psychologique une blessure qui atteint le schéma corporel en ranimant sans cesse la sensation douloureuse. Cette blessure psychologique peut succéder à un accouchement traumatisant, à une intervention gynécologique ou encore à un accident (49).

La douleur est classiquement considérée comme équivalent dépressif. Parfois la personne a conscience d'être triste et se trouve en même temps angoissée, crispée, tendue au point que son corps lui fait mal. Ces femmes consultent directement un psychiatre mais le plus souvent leur gynécologue ou médecin traitant. Il est donc important d'établir une double écoute traduisant la plainte « *j'ai mal* » en un « *je vais mal* ». Souvent, les algies pelviennes représentent la somatisation de l'angoisse. On sait que la douleur a une forte tonalité subjective et que l'anxiété et l'anticipation de la douleur peuvent renforcer la sensation douloureuse elle-même (50).

Il est urgent de prendre en charge ces douleurs lors des rapports sexuels afin que les relations dans le couple soient harmonieuses. Les douleurs pelvipérinéales entraînent donc un retour plus difficile des relations sexuelles et sont un frein à la stabilité du couple.

2.5 Relation mère-enfant

Par le Questionnaire Concis de la Douleur (QCD), les femmes ont évalué, à l'aide d'une échelle allant de 0 à 10, l'impact de leurs douleurs pelvipérinéales sur leur relation aux autres, leur goût de vivre ou encore leur humeur. Avant la consultation ostéopathique, la douleur en lien avec la relation aux autres est évaluée à 1,7, avec le goût de vivre à 2 et avec l'humeur à 3,8. Plusieurs domaines psychiques sont atteints, ce qui va nécessairement engendrer une altération non négligeable de la vie quotidienne des femmes.

Quinze jours après la consultation ostéopathique, une diminution de la douleur dans chaque domaine est observée puisque les femmes évaluaient cette fois l'impact de leur douleur sur la relation aux autres à 0,4, sur le goût de vivre à 0,3 et sur leur humeur à 0,8.

Le temps des suites de couches participe à la maturation psychique de la femme, ce temps est donc essentiel à l'instauration des premières relations mère-enfant. La période de suites de couches représente une étape importante dans le devenir mère, phénomène qui se poursuit et ne prend jamais fin. Avec la médicalisation de l'accouchement, le corps, les interrogations, les doutes et les ressentis de la jeune mère sont très souvent placés au second plan. L'intérêt principal est axé sur l'appréciation de la psychologie de la grossesse et de l'accouchement, sur un plan purement médical.

L'attachement mère-nouveau-né se fait plus aisément s'il n'y a pas de douleur.

L'importance du diagnostic et du traitement des états dépressifs maternels pré et post-nataux pose un problème de santé publique. L'apaisement de la souffrance maternelle permet à celle-ci de s'engager dans le processus de maternalité en cours et de répondre aux interactions nécessaires à son bébé. Pour le nouveau-né, la dépression maternelle entraîne des troubles du développement psychique durables que l'on peut espérer prévenir en intervenant sur la relation précoce mère-bébé en cours d'organisation et en soulageant la souffrance maternelle (51).

Par la consultation ostéopathique, un soulagement de la douleur est présent chez toutes les femmes de notre étude. L'ostéopathie serait donc un moyen d'améliorer les relations mère-enfant en estompant les douleurs pelvipérinéales maternelles afin que les mères soient plus disponibles dans cette relation avec leur nouveau-né.

2.6 Dépression du post-partum

Le post-partum constitue une période de fragilité psychologique. Un changement d'identité s'opère ; en effet la femme passe de l'adulte capable et autonome à une jeune mère remplie de doutes sur ses capacités. La naissance oblige à faire le deuil du statut d'adulte capable, du statut de femme enceinte et encore du statut de l'enfant imaginaire. Des mouvements d'identification s'effectuent de la femme vers sa propre mère. Ces phénomènes s'opèrent afin que la femme ait d'elle l'image d'une mère suffisamment bonne pour son enfant.

Dans l'étude, les patientes ont évalué la répercussion de leur douleur sur la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne par le Questionnaire de Douleur de Saint Antoine (QDSA). Avant la consultation ostéopathique, elles évaluaient ce score à 12,4 en moyenne et quinze jours après ce score avait diminué chez toutes les femmes et était descendu à 5,7 en moyenne.

Les symptômes de la dépression du post-partum sont trois fois plus importants chez les femmes souffrant de douleurs pelvipérinéales par rapport aux femmes sans douleur.

Dans une étude de 2011, Gutke et al ont mené l'étude suivante : à 3 mois post-partum 308 femmes répondaient à un questionnaire concernant l'intensité de leurs douleurs périnéales, leur qualité de vie, leur niveau d'activité ainsi que leurs symptômes dépressifs (6). En définitive, 33% des patientes (soit 1 femme sur 3) décrivaient des douleurs périnéales et, parmi elles, 40 % qualifiaient ces douleurs comme des incapacités dans la vie quotidienne allant de modérées à sévères. Plus de la moitié (53%) des incapacités du post-partum (les douleurs périnéales, la qualité de vie, le niveau d'activité ainsi que les symptômes dépressifs) étaient dues aux douleurs périnéales. L'intensité de la douleur est la principale cause du niveau d'incapacité.

Il est donc nécessaire de ne pas négliger les douleurs pelvipérinéales en suites de couches. Les dépister et les prendre en charge rapidement permettra de les faire diminuer et pourra sans doutes réduire les dépressions du post-partum.

3. Proposition : les compétences de la sage-femme dans les douleurs pelvipérinéales

La période des suites de couches est une étape charnière dans la vie d'une femme. Comme évoqué précédemment, les douleurs pelvipérinéales fréquemment présentes sont un obstacle non négligeable dans la vie quotidienne. Elles empêchent l'instauration des relations de la mère avec le nouveau-né ou avec le conjoint et donc altère la formation de la triade familiale.

La sage-femme a un rôle important dans la relation avec la toute nouvelle accouchée car le champ de ses compétences s'étend après la période du post-partum aussi bien pour l'accouchée que pour le nouveau-né : elle aide, écoute, soutient, encourage, conseille la femme durant le séjour à la maternité mais également lors de consultations à domicile ou encore en cabinet libéral.

Pendant l'étude lors d'un des rappels, une femme a confié : *« J'aurais aimé être manipulée par une femme, j'appréhendais beaucoup le contact avec un homme mais j'ai été tout de même agréablement surprise par l'efficacité de la consultation ostéopathique. »* L'ostéopathe en question me disait quelques mois plus tard (sans qu'il y ait de relation avec les propos de la patiente) : *« L'ostéopathie pendant la période du post-partum devrait être prise en charge par les sages-femmes. Cette spécialité ne peut être abandonnée aux mains d'ostéopathes classiques. La relation d'intimité s'établit plus aisément avec une sage-femme et les femmes consulteraient plus facilement une femme pour ce genre de douleurs. La sage-femme est donc idéalement placée pour prendre en charge et soulager les douleurs pelvipérinéales de l'accouchée. »*

L'ostéopathie est envisageable pour les sages-femmes en suites de couches. Des formations d'ostéopathie destinées aux sages-femmes existent. Depuis les décrets du 25 mars 2007 (17,18), une sage-femme peut pratiquer des actes d'ostéopathie si elle est titulaire soit d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire ; soit d'un diplôme délivré par des établissements de formation agréés qui dispensent une formation en ostéopathie réservée aux professionnels de santé ; soit d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'user du titre d'ostéopathe délivrée par le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Une sage-femme peut ainsi prendre en charge les rachialgies, lombalgies et tensions ligamentaires en période de gestation ; les rachialgies et pelvipérinéalgies en post-partum ainsi que les difficultés posturales gênant l'allaitement chez la jeune maman et chez son bébé.

Conclusion

Au terme de ce travail et au regard des résultats, il semble que l'ostéopathie obtienne des résultats positifs sur les douleurs pelvipérinéales pendant la période du post-partum.

Les trente-deux femmes de l'étude prospective descriptive ont été en majorité satisfaites de la consultation ostéopathique. Après évaluation de la douleur et de la qualité de vie par des questionnaires validés par des études précédentes, une diminution significative de la douleur ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie des femmes suite à la séance ont été mises en évidence. Malgré la présence de facteurs de risque de douleurs pelvipérinéales dans la population étudiée, des bénéfices ont concrètement été obtenus. Aucune complication n'a été relevée à la suite de l'étude.

Les douleurs pelvipérinéales entravent le mode de vie quotidien des accouchées que ce soit dans leur activité sportive, ou en augmentant les incontinences, la dyspareunie et la dépression du post-partum ou encore en altérant la relation mère-enfant.

L'ostéopathie peut être considérée comme une alternative thérapeutique efficace pour le traitement des douleurs pelvipérinéales résistantes en post-partum. Ceci est intéressant puisque des formations ostéopathiques sont accessibles pour les sages-femmes.

Il n'est pas rare qu'après leur accouchement, les femmes consultent pour des douleurs lombaires. L'ostéopathie paraissant efficace sur les douleurs pelvipérinéales en post-partum, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'elle l'est également au niveau des douleurs lombaires. Une étude sur les lombalgies en post-partum pourrait donc avoir son intérêt.

Références

1. De Gasquet B. Les suites de couches. Doss Obstétrique. 2008;(373):22-26.
2. Jaquin D. Il était une fois... le bassin en ostéopathie obstétricale. Doss Obstétrique. 2008;(373):4-10.
3. Jaquin D. Le coccyx: selon l'ostéopathe. Doss Obstétrique. 2002;(309):20-21.
4. Olsson CB, Grooten WJA, Nilsson-Wikmar L, Harms-Ringdahl K, Lundberg M. Catastrophizing during and after pregnancy: associations with lumbopelvic pain and postpartum physical ability. *Phys Ther.* janv 2012;92(1):49-57.
5. Robinson HS, Mengshoel AM, Veierod MB, Vollestad N. Pelvic girdle pain: potential risk factors in pregnancy in relation to disability and pain intensity three months postpartum. *Man Ther.* déc 2010;15(6):522-528.
6. Gutke A, Lundberg M, Östgaard HC, Öberg B. Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms. *Spine.* mars 2011;20(3):440-448.
7. Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynecol.* mars 1997;104(3):330-335.
8. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia--a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* avr 2008;137(2):152-156.
9. Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* oct 2004;191(4):1199-1204.
10. Rathfisch G, Dikencik BK, Kizilkaya Beji N, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Adv Nurs.* 2010;66(12):2640-9.
11. Peter EA, Janssen PA, Grange CS, Douglas MJ. Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after childbirth: a randomized controlled trial. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 30 oct 2001;165(9):1203-1209.
12. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France CNGOF. Recommandations pour la pratique Clinique: L'épisiotomie, soins apportés à l'épisiotomie en suites de couches. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2006.
13. Article 75 de la loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin. *J Off.* 5 mars 2002;4418.
14. Jaquin D. Présentation biomécanique de l'ostéopathie. Doss Obstétrique. 2002;(309):12-15.
15. GRAND PUBLIC - Registre des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie [Internet]. [cité 15 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.osteopathie.org/58-grand-public.html>

16. Historique de l'Ostéopathie. Collège d'Études Ostéopathiques [Internet]. [cité 15 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.osteopathie-canada.ca/page/historique-de-l'osteopathie>
17. Décret n°2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation. J Off. 25 mars 2007;73:5662.
18. Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. J Off. 25 mars 2007;73:5662.
19. Issartel L, Issartel M. L'ostéopathie exactement. Au bout des doigts qui sentent, pensent et voient: la santé. Paris: Robert Laffont; 1983. 391 p.
20. Tricot P. La palpation tissulaire profonde. Doss Obstétrique. oct 2002;(309):7-11.
21. Courivaud C. Intérêt de l'ostéopathie pendant la grossesse. Mémoire de sage-femme. Ecole de sages-femmes Nancy; 2005.
22. Javerliat P. Précis de matière ostéopathique. Sully; 2008. 245 p.
23. Delavierre D, Rigaud J, Sibert L, Labat JJ. Evaluation des douleurs pelvipérinéales chroniques. Prog En Urol. 2010;20:865-871.
24. Reading AE. A comparison of the McGill Pain Questionnaire in chronic and acute pain. Pain. juin 1982;13(2):185-192.
25. Reading AE. A comparison of pain rating scales. J Psychosom Res. 1980;24(3-4):119-124.
26. Boureau F. Pratique du traitement de la douleur. Vélizy Coublay: Doin; 1988. 402 p.
27. Boureau F, Luu M, Doubrere JF, Gay C. Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs: comparaison avec le Mac Gill pain questionnaire de Melzack. Thérapie. 1984;39:119-129.
28. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. Ann Acad Med Singapore. mars 1994;23(2):129-138.
29. Turk DC, Dworkin RH, Burke LB, Gershon R, Rothman M, Scott J, et al. Developing patient-reported outcome measures for pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain. 5 déc 2006;125(3):208-215.
30. Comité de LUTte contre la Douleur CLUD. Prise en charge des douleurs faibles à modérées et des douleurs fortes de patients substitués par buprénorphine ou méthadone pour une pharmacodépendance majeure aux opiacés. 2013;11.
31. Gabriel R, Quereux C, Eschard J-P, Guerin C, Wahl P. Les troubles de la statique pelvienne au cours de la grossesse. Le pelvis féminin, statique et dynamique. Masson; 1993. p. 100-105.
32. Waynberger S, Potin J, Chevillot M, Perrotin F. Physiologie de l'appareil locomoteur au cours de la grossesse: le syndrome douloureux pelvien de la grossesse. Rev Rhum. sept 2005;72(8):681-685.

33. Congeaud B. Grossesse, hormones et ostéopathie. Le « Syndrome du rez-de-chaussée ». Sully; 2008. 318 p.
34. Solano R. Ostéopathie pour les bébés. Seuil; 2010. 160 p.
35. Saby J-P. Bien naître par l'ostéopathie. Sully; 2013. 141 p.
36. Brynhildsen MD J, Hansson A, Persson A, Hammar MD P. Follow-Up of Patients With Low Back Pain During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* févr 1998;91(2):182-186.
37. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JMA, Wuisman PIJM, Östgaard HC. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J.* 27 août 2004;13(7):575-589.
38. Gutke A, Östgaard HC, Öberg B. Predicting Persistent Pregnancy-Related Low Back Pain. *Spine.* mai 2008;33(12):E386-E393.
39. Ostgaard HC, Roos-Hansson E, Zetherström G. Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy. *Spine.* déc 1996;21(23):2777-2780.
40. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth Berkeley Calif.* juin 2002;29(2):83-94.
41. Livret Douleur avril 2010. Réseau douleur. [Internet]. [cité 25 sept 2013]. Disponible sur: http://www.reseaudouleurfc.fr/doc/recom/Livret_Douleur_version_avril_2010.pdf
42. Ancel E. Traitements des douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires dans le post-partum. Mémoire de sage-femme. École de sages-femmes Metz; 2009.
43. Grimaldi M. Le périnée douloureux sous toutes ses formes. Apport de la médecine manuelle et ostéopathie. Étude clinique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* sept 2008;37(5):449-456.
44. Mellier G. Troubles urinaires du post-partum. Le pelvis féminin, statique et dynamique. Masson; 1993. p. 130-135.
45. Chaliha C, Kalia V, Santon S, Sultan A. Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence. *Obstetrics & Gynecology.* 1999;94: 689-694.
46. Tetzschner T, Sorensen M, Jonsson L, Lose G, Christiansen J. Delivery and pudendal nerve function. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76(4):324-331.
47. Fratton B, Jacquetin B. Le rôle du traumatisme obstétrical. L'incontinence urinaire féminine. Masson; 1998. p. 68-80.
48. Amóstegui Azcúe JM, Ferri Morales A, Lillo De La Quintana C, Serra Llosa ML. Urinary incontinence and other pelvic floor damages: ethiology and prevention strategies. *Rev Med Univ Navarra.* déc 2004;48(4):18-31.
49. Steg G. La dyspareunie. Algies pelviennes chroniques sans cause cliniquement évidente. Masson; 1981. p. 105-117.

50. Pasini W, Contat A. Sexualité et douleur chez la femme. Algies pelviennes chroniques sans cause cliniquement évidente. Masson; 1981. p. 283-293.
51. Chardeau P. Pre and postnatal depressions: importance of detection and care. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. janv 2000;29(1 Suppl):52-56.

Annexes

Annexe I Questionnaire de Douleur de Saint Antoine (QDSA)

Nous aimerions connaître les répercussions de votre douleur pelvienne et périnéale sur votre capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne.

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur.

Pour préciser le type de douleur que vous ressentez, répondez en mettant une croix pour la ou les réponses qui vous concernent.

	0 Absent Non	1 Faible Un peu	2 Modéré Modérément	3 Fort Beaucoup	4 Extrêmement fort Extrêmement
Elancement					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coup de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillement					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Score = _____ / 64.

Annexe II Questionnaire Concis de la Douleur (QCD)

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre douleur.

(Avec 0 = pas de douleur et 10 = douleur maximale imaginable)

HUMEUR

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

CAPACITE A MARCHER

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

ACTIVITE GENERALE

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

RELATION AVEC LES AUTRES

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

SOMMEIL

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

GOUT DE VIVRE

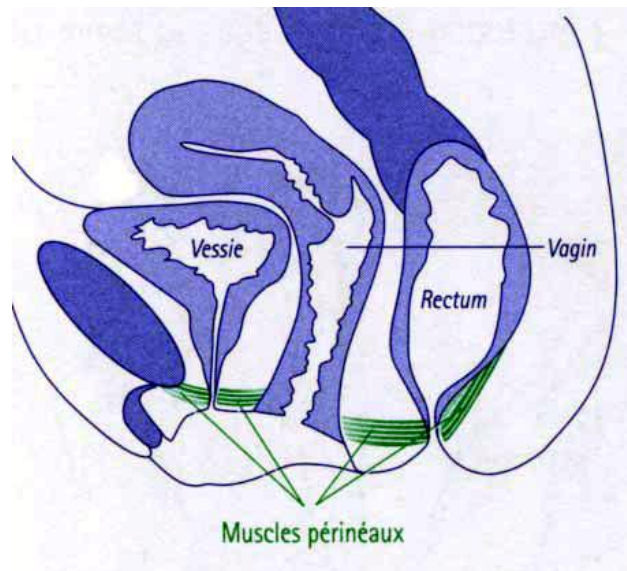
Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Annexe III Questionnaire 1

Bonjour,

Étudiante sage-femme en 3^{ème} année à l'école de Brest, j'effectue mon mémoire de fin d'études sur l'ostéopathie après l'accouchement, pendant la période du post-partum. L'objectif de mon travail est l'ostéopathie dans le traitement des douleurs pelviennes et périnéales.

Afin de ne pas confondre avec les douleurs utérines, voici la définition et la localisation du périnée : le périnée est l'ensemble des muscles qui soutiennent les organes génitaux situés au niveau du bassin, il s'étend de la vulve à l'anus.



Plusieurs informations sont nécessaires, ainsi je vous demande mesdames qui consultaient pour ce type de douleurs de remplir un questionnaire.

Si vous le permettez, je souhaite vous contacter par téléphone environ 15 jours après la consultation.

Vous pouvez être assurée de la confidentialité des renseignements demandés. Pour l'anonymisation des questionnaires un numéro vous est attribué composé de la 1^{ère} lettre de votre nom, de la 1^{ère} lettre de votre prénom et de votre jour de naissance. (Mon numéro serait ainsi AVP15)

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Anne-Victoire Piot

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX (entorses, fractures, traumatismes, opérations au niveau de l'abdomen...)

ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES (chirurgie, infection génitale, règles douloureuses, troubles de la statique pelvienne)

Avez-vous une contraception ?
Si oui, laquelle ?

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX (nombre d'accouchements, fausses couches, IVG)

Accouchement	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Date			
Terme			
Grossesse -pathologique -douleur pelvienne ou périnéale			
Présentation (tête ou siège)			
Mode (accouchement voie basse avec ou sans instruments (ventouse, forceps ou spatules) ou accouchement par césarienne)			
Péridurale			
Périnée intact ? Déchirures ? Épisiotomie ?			
Poids de l'enfant			
Douleur pelvienne ou périnéale pendant le post-partum			
Aviez-vous consulté un ostéopathe pour des douleurs pelviennes ou périnéales ?			
Aviez-vous des difficultés à retenir vos urines ?			
Aviez-vous des difficultés à retenir un gaz ?			
Aviez-vous des difficultés dans la vie quotidiennes ?			
Aviez-vous des douleurs à la reprise des rapports sexuels ?			
Aviez-vous suivi une rééducation périnéale ? • Manuelle			
• Avec une sonde, électrostimulation (biofeedback)			

Date d'accouchement :

Déroulement de la grossesse et de l'accouchement :

Avez-vous déjà consulté un ostéopathe pour cette grossesse ? Oui / Non

Avez-vous un traitement médical en cours ? Oui / Non

Si oui, lequel ?

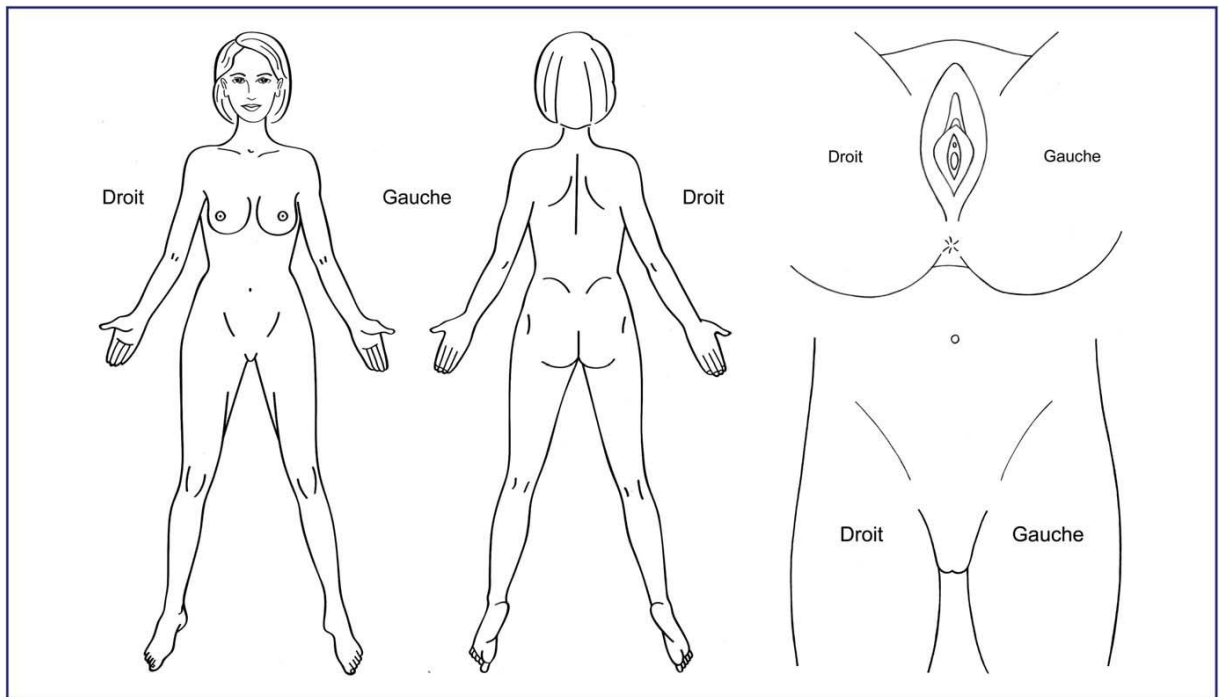
Depuis combien de temps ?

DOULEUR

- Date d'apparition :

- Localisation :

Faites une ou plusieurs croix sur le schéma à l' (ou les) endroit (s) douloureux



- Intensité globale sur une échelle numérique de 0 à 10 : _____
(Avec 0 = pas de douleur et 10 = douleur maximale imaginable)
- Avez-vous pris un traitement médical pour ces douleurs ? Oui / Non

Si oui, lequel ?

Depuis combien de temps ?

Par qui avez-vous connu l'ostéopathie ?

- Par un médecin
- Par une sage-femme
- Par une connaissance
- Par un livre ou une revue
- Autre :

Nous aimerions connaître les répercussions de votre douleur pelvienne et périnéale sur votre capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne.

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur.

Pour préciser le type de douleur que vous ressentez, répondez en mettant une croix pour la ou les réponses qui vous concernent.

	0 Absent Non	1 Faible Un peu	2 Modéré Modérément	3 Fort Beaucoup	4 Extrêmement fort Extrêmement
Elancement					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coup de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillement					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Score = _____ / 64.

Questionnaire de Douleur de Saint Antoine (QDSA),

ANAES, Service des Recommandations et Références Professionnelles. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. 1999.

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre douleur.
(Avec 0 = pas de douleur et 10 = douleur maximale imaginable)

HUMEUR

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

CAPACITE A MARCHER

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

ACTIVITE GENERALE

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

RELATION AVEC LES AUTRES

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

SOMMEIL

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

GOUT DE VIVRE

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Questionnaire Concis de la douleur (QCD),

ANAES, Service des Recommandations et Références Professionnelles. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. 1999.

Annexe IV Questionnaire 2

Date de la consultation ostéopathique : ___/___/_____
Numéro : ___-___-___
Date de naissance : ___/___/_____
Adresse :
Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___

Avez-vous repris le travail depuis la dernière consultation ? Oui / Non

Poids actuel : _____

Evènements marquants depuis la consultation :

DOULEUR

- Intensité globale sur une échelle numérique de 0 à 10 : _____
(Avec 0 = pas de douleur et 10 = douleur maximale imaginable)

- Ressenti (cochez ce qui correspond à votre état actuel)
 - Aucune douleur
 - Moindre douleur
 - Idem / douleur initiale
 - Pire

- Avez-vous pris un traitement médical pour la douleur depuis la consultation ?
Oui / Non
Si oui, lequel ?

- Avez-vous eu recours à une autre méthode pour soulager la douleur depuis la consultation ? (kiné, acupuncture, piscine, ...)
Oui / Non
Si oui, laquelle ?

- En combien de jours la consultation ostéopathique a-t-elle eu un effet sur votre douleur ?

Quelle est votre impression sur l'ostéopathie ?

- Très satisfaite
- Plutôt satisfaite
- Moyennement satisfaite
- Plutôt insatisfaite
- Très insatisfaite

Avez-vous des remarques particulières à la suite de votre consultation ?

Nous aimerions connaître les répercussions de votre douleur pelvienne et périnéale sur votre capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne.

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur.

Pour préciser le type de douleur que vous ressentez, répondez en mettant une croix pour la ou les réponses qui vous concernent.

	0 Absent Non	1 Faible Un peu	2 Modéré Modérément	3 Fort Beaucoup	4 Extrêmement fort Extrêmement
Elancement					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coup de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillement					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Score = _____ / 64.

Questionnaire de Douleur de Saint Antoine (QDSA),

ANAES, Service des Recommandations et Références Professionnelles. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. 1999.

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre douleur.
(Avec 0 = pas de douleur et 10 = douleur maximale imaginable)

HUMEUR

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

CAPACITE A MARCHER

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

ACTIVITE GENERALE

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

RELATION AVEC LES AUTRES

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

SOMMEIL

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

GOUT DE VIVRE

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Questionnaire Concis de la douleur (QCD),

ANAES, Service des Recommandations et Références Professionnelles. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. 1999.

RESUME

Objectif. Le but de l'étude est d'identifier l'apport de l'ostéopathie dans le traitement des douleurs pelvipérinéales résistantes chez la femme dans la période du post-partum.

Matériel et méthode. Une étude prospective descriptive a été menée entre le 1^{er} mai et le 30 juin 2013 auprès d'un médecin ostéopathe. Les femmes en post-partum consultant pour des douleurs pelviennes et/ou périnéales étaient invitées à remplir un premier questionnaire lors de la consultation ostéopathique. Une évaluation et qualification de la douleur par une échelle numérique et par le Questionnaire de Douleur de Saint Antoine (QDSA) y étaient renseignées ainsi qu'une évaluation sur le retentissement dans la vie quotidienne par le Questionnaire Concis de la Douleur (QCD). Quinze jours après, elles étaient recontactées afin d'évaluer l'évolution de la douleur.

Résultats. Trente-deux femmes ont été incluses et ont consulté en moyenne trois mois après l'accouchement. Pour 81% des patientes, les douleurs sont apparues lors de la grossesse et/ou lors de l'accouchement et sont extrêmement liées les unes aux autres. Suite à la consultation, l'évaluation numérique de la douleur est passée de 6,2 à 1,8, le QDSA de 12,4 à 5,7 et les items du QCD ont diminué de façon significative. 91% des femmes ont ressenti une amélioration de leurs douleurs et 87% ont été satisfaites de la consultation ostéopathique.

Conclusion. Une séance d'ostéopathie en post-partum dans le cadre des douleurs pelvipérinéales soulage les patientes. Il existe une amélioration de la douleur et de l'impotence fonctionnelle.

Mots-clés : Douleurs pelvipérinéales. Post-partum. Ostéopathie. Traitement.

Titre : L'apport de l'ostéopathie dans le traitement des douleurs pelvipérinéales résistantes chez la femme dans la période du post-partum.

Auteur : Anne-Victoire PIOT

Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2014