



HAL
open science

À l'écoute des maux de la grossesse

Sophie Contreras

► **To cite this version:**

Sophie Contreras. À l'écoute des maux de la grossesse : Le syndrome de Lacomme au CHR Metz-Thionville. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-02095475

HAL Id: hal-02095475

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02095475>

Submitted on 10 Apr 2019

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
École de Sages-Femmes de Metz

À l'écoute des maux de la grossesse

Le syndrome de Lacomme

au CHR Metz-Thionville

Mémoire présenté et soutenu par

Sophie Contreras

Née le 26 mai 1990

Promotion 2010/2014

Université de Lorraine
École de Sages-Femmes de Metz

À l'écoute des maux de la grossesse

Le syndrome de Lacomme
au CHR Metz-Thionville

Mémoire présenté et soutenu par

Sophie Contreras

Née le 26 mai 1990

Promotion 2010/2014

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur

Remerciements

Toute ma reconnaissance va à l'ensemble des personnes qui, de près ou de loin, ont participé à l'aboutissement de ce mémoire, notamment :

Mon directeur de mémoire, Monsieur Bouschbacher, médecin gynécologue-obstétricien, pour son implication, sa compréhension, et surtout sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce travail.

Mesdames Mangeot et Spyckerelle, sages-femmes cadres enseignantes, pour m'avoir guidée et orientée dès les premières étapes de mes recherches.

Madame Bigler, médecin généraliste acupuncteur, et Monsieur Rostoker, médecin du sport ostéopathe, pour leur accueil, et le témoignage enrichissant autour de leur pratique professionnelle.

Un grand merci à ma famille et à mes amis, pour leurs encouragements et leur appui précieux, en particulier :

Mes sœurs et mon frère, pour leur écoute et leurs conseils indispensables.

Jean-Luc, mon beau-père, qui a généreusement donné de son temps pour m'aider à réaliser la mise en page de ce mémoire.

Adeline, Céline, Tiphaine, et Caroline, mes amies, qui ont accepté de poser pour les photographies d'illustration.

Enfin, j'ai une pensée particulière pour mes camarades de promotion, tout spécialement Marine, Laetitia, Mylène, Eva et Liza. Merci pour votre présence, votre soutien, et les souvenirs que je garderai de ces quatre années à vos côtés.

SOMMAIRE

Introduction	3
Partie I. Définition du sujet	4
1 Le syndrome de Lacomme	5
1.1 Définition.	5
1.2 Épidémiologie.	5
1.3 Anatomie et physiologie	6
1.4 Physiopathologie du syndrome de Lacomme.	12
1.5 Diagnostic	13
1.6 Conséquences sur la grossesse	20
1.7 Prise en charge	21
2 Le rôle de la sage-femme au sein de cette prise en charge	27
2.1 Les compétences de la sage-femme	27
2.2 Les dispositifs de formation continue	28
Partie II. Présentation de l'enquête et de ses résultats	32
1 Méthodologie de recherche	33
1.1 Problématique.	33
1.2 Hypothèses	33
1.3 Objectifs	33
1.4 Présentation de l'enquête	33
2 Résultats de l'enquête	36
2.1 Population	36
2.2 Connaissances des professionnels concernant le syndrome de Lacomme	38
2.3 Prise en charge réalisée au CHR Metz-Thionville	42
2.4 Projets de formation complémentaire	45

Partie III. Discussion	48
1 Le diagnostic du syndrome de Lacomme du point de vue des professionnels	49
1.1 Connaissance globale du sujet	49
1.2 Regard des professionnels sur l'épidémiologie	50
1.3 La place du diagnostic	50
2 Mise en place de la prise en charge	53
2.1 Les prérequis des professionnels	53
2.2 Confrontation entre les pratiques actuelles et la littérature	53
2.3 Efficacité de la prise en charge	57
3 Besoins en matière de formation	58
3.1 Une demande des professionnels	58
3.2 Support le plus adapté au relais de l'information	58
4 Constatations générales sur le sujet	61
4.1 Études antérieures	61
4.2 Précision de la définition actuelle	61
Conclusion	64
Bibliographie	65
Annexes	67

Introduction

Le syndrome de Lacomme est une pathologie que l'on classe souvent parmi les troubles mineurs de la grossesse. Connu de nom, il est fréquemment évoqué par les professionnels de l'obstétrique en tant que diagnostic, étant reconnu la plupart du temps grâce à sa description clinique très caractéristique. Ainsi, en tant qu'étudiante sage-femme, je me suis souvent retrouvée confrontée au syndrome de Lacomme, en particulier au cours de consultations prénatales.

La Haute Autorité de Santé ou le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français n'ont pas encore émis de recommandations à son égard, la plupart des caractéristiques de cette pathologie étant encore en cours d'étude. En conséquence, il semble que le syndrome de Lacomme reste relativement méconnu des professionnels.

Ce mémoire a été rédigé dans le but de déterminer la place qui est accordée au syndrome de Lacomme par les professionnels du CHR Metz-Thionville. Son rôle n'est pas d'émettre un jugement sur les pratiques actuelles, mais de les analyser. L'objectif principal est de proposer des pistes de réflexion pouvant permettre d'optimiser la prise en charge des patientes souffrant de cette pathologie.

Une partie visant à définir le sujet va être abordée dans un premier temps, incluant d'une part la description du syndrome de Lacomme, grâce aux informations retrouvées actuellement dans la littérature, et d'autre part le rôle de la sage-femme dans sa prise en charge.

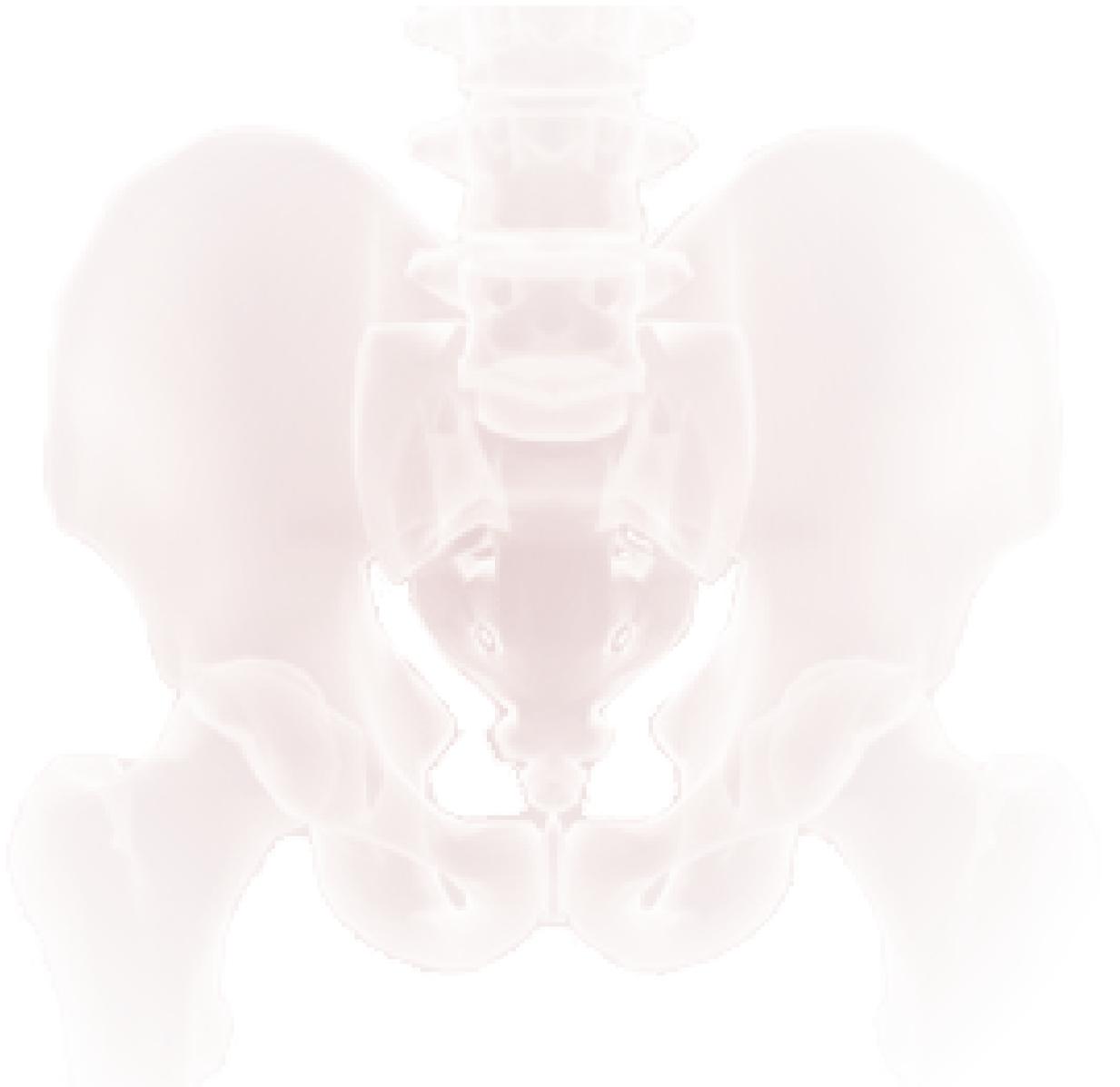
Dans un deuxième temps, l'étude réalisée au Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville sera exposée, au travers d'une description de la méthodologie de recherche, puis du traitement des réponses recueillies à l'issue de l'enquête.

Enfin, la discussion va permettre d'analyser et de commenter les résultats, avec pour objectif d'établir une réflexion autour de la situation actuelle, et éventuellement de proposer des voies d'amélioration des pratiques des professionnels concernant le syndrome de Lacomme.

PARTIE I

D

Définition du sujet





1 Le syndrome de Lacomme

1.1 DÉFINITION

Décrit par Maurice Lacomme en 1962, ce syndrome survient généralement en fin de grossesse. [1] On retrouve diverses façons de le dénommer, comme « arthropathie de la symphyse pubienne », « instabilité de la symphyse pubienne », ou « douleur pelvienne » [2].

Il est constitué d'une douleur symphysaire basse, médiane, irradiant parfois dans la racine des cuisses, vers le bas, surtout bilatérale [1]. On peut retrouver une irradiation vers les ligaments sacro-iliaques, en arrière, associée ou non à la douleur symphysaire [3].

Les symptômes peuvent apparaître à partir du premier trimestre de grossesse, pendant le travail, et jusque dans le post-partum [2].

La douleur est activée par les mouvements de torsion du corps, et changer de côté en position allongée peut se révéler difficile. Une impotence fonctionnelle peut en résulter, avec une démarche assez caractéristique, dite « en canard », très accentuée, et une forte douleur à chaque pas [1].

1.2 ÉPIDÉMIOLOGIE

L'incidence du syndrome de Lacomme retenue dans l'EMC est de l'ordre de 7,3 % [1].

D'après une revue de la littérature de 2004, l'incidence moyenne retrouvée dans diverses études s'élève à 45,3 % durant la grossesse, et à 24,7 % dans le post-partum. Les auteurs précisent néanmoins que l'influence culturelle n'est pas prise en considération, car tous les résultats analysés proviennent d'études occidentales [4].

Un article de 2011 estime l'incidence du syndrome de Lacomme entre 16 et 25 % durant la grossesse, et entre 5 et 8,5 % dans la période du post-partum allant jusqu'à deux ans après l'accouchement. Pour ces résultats, les auteurs se basent sur les *European Guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain*, qui donne une incidence moyenne entre 4 et 76,4 %, mais arrivent à un résultat plus restreint en ne sélectionnant, parmi les études, que celles concernant des patientes dont les symptômes ont été objectivement vérifiés [2].

Dans le même sens, les *European Guidelines* concluent en donnant une incidence moyenne de 20 % dans le péripartum, toutes patientes confondues [3].

Nous ne pouvons que constater la difficulté d'établir une incidence de référence, étant donné la grande variabilité des résultats retrouvés. Ceci est partiellement dû au fait que longtemps, le syndrome de Lacomme a été considéré comme une « épidémie d'hystérie » ou un trouble mineur de la grossesse [4]. Par ailleurs, nous n'avons pas retrouvé d'étude française, mais essentiellement des articles issus d'autres pays européens.

1.3 ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

1.3.1 Le pelvis féminin

■ Généralités concernant l'anatomie du bassin

● Les os du bassin

Le bassin osseux est composé du sacrum, du coccyx, et de deux os pairs, les os coxaux (figure 1).

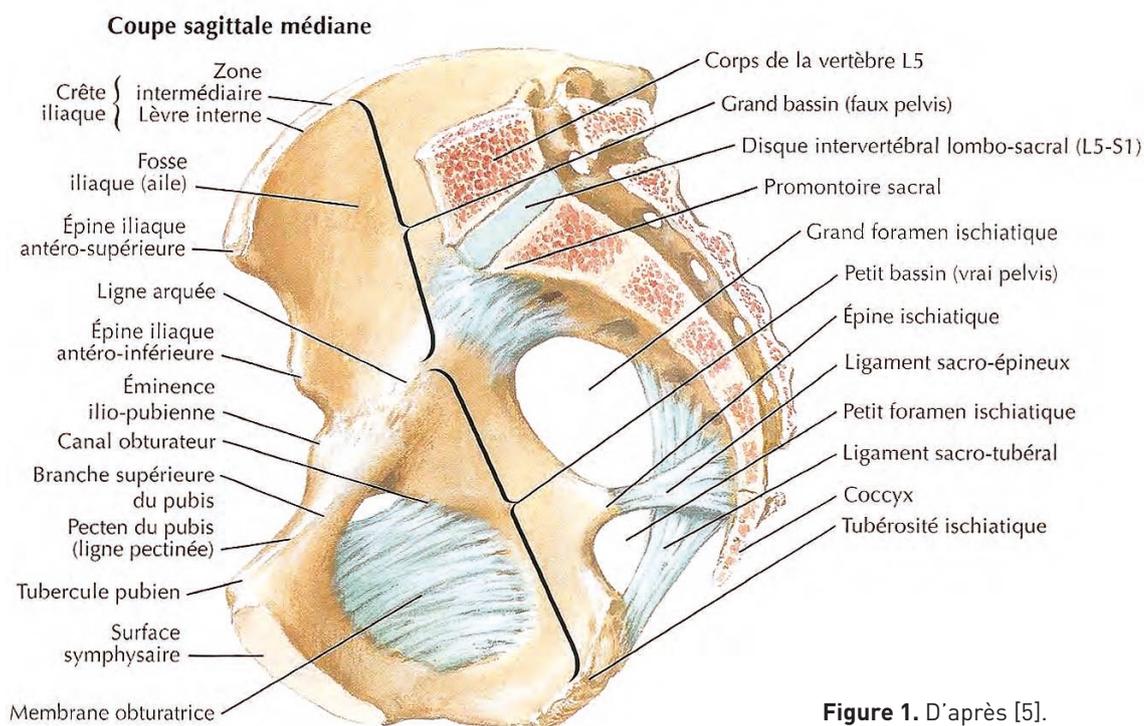


Figure 1. D'après [5].

● Articulations et ligaments

Le bassin présente des articulations intrinsèques et extrinsèques. Les articulations intrinsèques constituent les rapports entre les os propres du bassin, c'est-à-dire le sacrum, le coccyx, et les os coxaux droit et gauche [6]. Ces articulations sont au nombre de trois.

- **La symphyse pubienne** réunit le pubis droit et gauche. Au milieu, on retrouve le disque interpubien, un fibrocartilage osseux tenant le rôle d'intermédiaire entre les deux surfaces. Les ligaments assurant la stabilité de l'articulation sont placés au pôle supérieur (ligament pubien supérieur), au pôle inférieur (ligament sous-pubien, ou arqué), et sur les faces antérieure et postérieure [6].
- **L'articulation sacro-coccygienne** réunit le pôle inférieur du sacrum et la première vertèbre coccygienne. Le soutien de l'articulation est assuré par des ligaments à la face antérieure de l'articulation (ligament vertébral commun antérieur), et à la face postérieure (ligament vertébral commun postérieur, et interlamaires des articulations vertébrales en superficiel) [6].
- **Les articulations sacro-iliaques** réunissent le sacrum (au niveau des vertèbres sacrées S1 et S2) et les deux os coxaux, sous forme d'un rail plein (l'os coxal) et d'un rail creux (le sacrum). Les ligaments assurant le renfort de cette articulation sont placés à proximité immédiate (ligaments sacro-iliaques ventraux antérieurs et postérieurs), ou plus à distance de l'articulation (ligament sacro-tubéral qui relie le sacrum à la tubérosité de l'ischion et ligament sacro-épineux qui relie le sacrum à l'épine sciatique) [6].

La mobilité permise par ces articulations est peu importante. Les seuls mouvements possibles sont ceux de nutation (bascule du bassin vers le haut et l'avant), permettant d'augmenter l'ouverture du bassin en particulier lors de l'accouchement, et le mouvement contraire de contre-nutation (bascule du bassin vers le bas et l'arrière) [6, 7].

Les articulations extrinsèques constituent les rapports entre le bassin osseux et le reste du squelette, c'est-à-dire la cinquième vertèbre lombaire (L5) et le fémur, os de la cuisse. Ces articulations ne sont pas impliquées dans la physiopathologie du syndrome de Lacomme.

● *Les muscles pelviens féminins*

Le pelvis féminin est à la fois tapissé de muscles le long de ses parois osseuses et fermé à sa partie inférieure par ce qu'on appelle le diaphragme pelvien. [8] Les muscles pelviens ne sont pas impliqués dans la physiopathologie du syndrome de Lacomme (**figure 2**).

● *Les muscles périnéaux*

Le périnée est l'ensemble des parties molles situées en dessous du diaphragme pelvien [9] (**figure 3**).

■ Anatomie et physiologie des viscères pelviens

● *L'appareil génital féminin*

L'appareil génital féminin est composé par les organes voués à la reproduction [6, 10].

Son innervation est assurée par le plexus honteux interne [10].

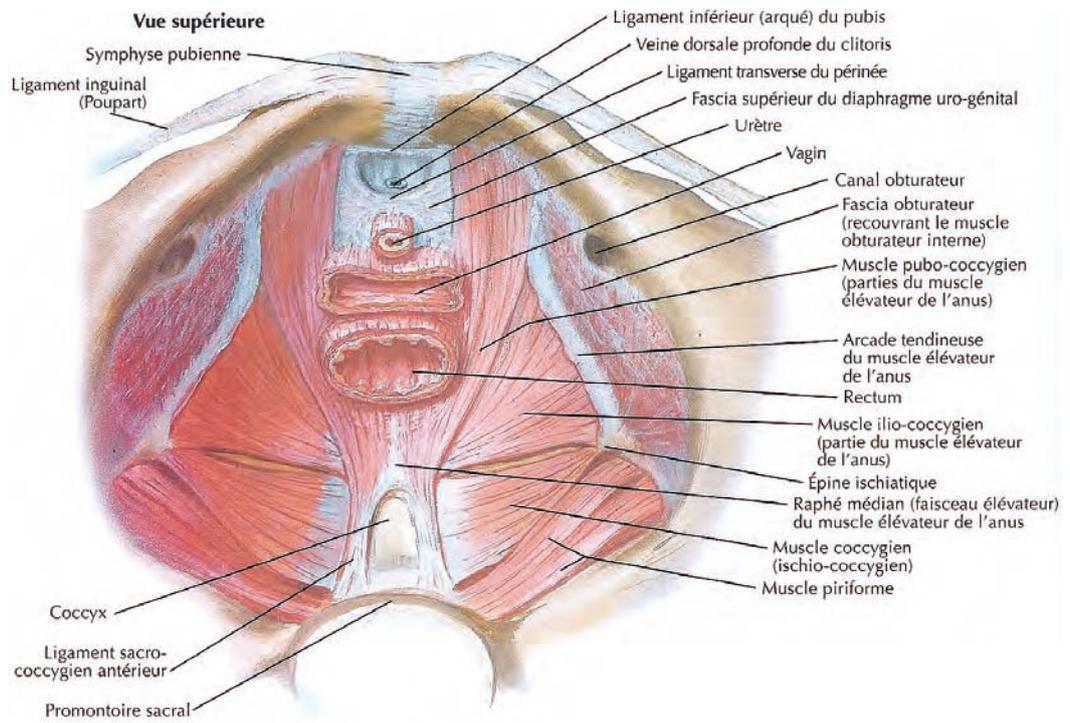


Figure 2. D'après [5].

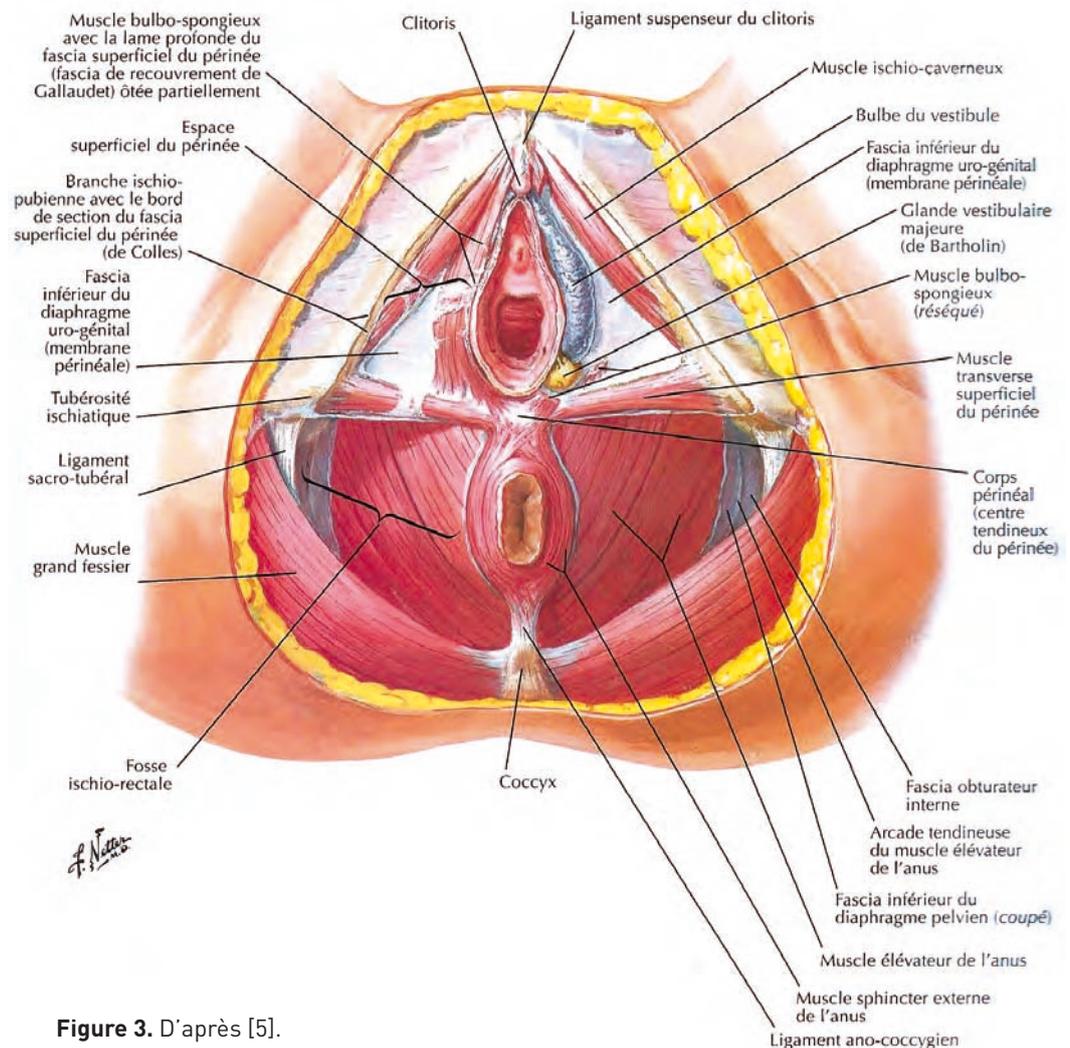


Figure 3. D'après [5].

- L'utérus est composé de trois parties : le corps, le col au niveau inférieur et l'isthme en guise de liaison entre les deux. Le corps est triangulaire et possède une taille comparable à celle d'une petite mandarine lorsqu'il est non gravide : son poids est d'environ 50 grammes [10].

L'utérus non gravide trouve un rapport supérieur avec le péritoine abdominal et les anses grêles, et un rapport inférieur et antérieur avec la vessie (en effet, l'utérus repose sur son pôle supérieur). Le rectum et le cul de sac de Douglas se trouvent derrière l'utérus [6].

La fixité de l'organe doit être garantie mais une certaine mobilité doit être conservée pour assurer la gestation. L'isthme est le point central de fixité, mais le corps et le col peuvent bouger. Le périnée et la paroi vaginale constituent un appui pour l'utérus, mais ce sont surtout les ligaments qui assurent le maintien [10] :

- les ligaments ronds, qui relient les angles latéro-supérieurs de l'utérus au Mont de Vénus sur les grandes lèvres, après un passage dans le canal inguinal. Ils sont responsables de l'antéversion utérine ;
- les ligaments larges sont constitués d'un accolement du tissu péritonéal qui recouvre l'utérus. Ils sont positionnés latéralement à celui-ci et renferment les trompes de Fallope, le ligament rond, le mésomètre (les vaisseaux de l'utérus) et le mésosalpynx (les vaisseaux des trompes) ;
- les ligaments utéro-sacrés, qui lient le col de l'utérus au sacrum, en contournant le rectum ;
- les ligaments utéro-ovariens, qui lient chacun des ovaires au corps utérin.

L'innervation est assurée par des nerfs utérins en provenance du plexus hypogastrique [10].

- Le vagin est le conduit musculo-membraneux destiné à la copulation et à l'évacuation du contenu utérin [6].
- Les annexes utérines sont composées par les trompes de Fallope et les ovaires. Ce sont les organes dédiés à l'ovulation et à la fécondation [6].

● *La vessie*

La vessie assure la continence de l'urine entre deux mictions. Elle est placée devant l'utérus [10].

La vessie est innervée par les systèmes sympathique et parasympathique, qui assurent respectivement la continence et la miction [10].

● *Le rectum*

Le rectum est la partie terminale du tube digestif, entre le colon sigmoïde et l'anus. Il se compose d'une ampoule rectale dilatée et d'un canal anal, qui est directement relié à l'anus [5, 6].

Le rectum possède un rapport antérolatéral avec le cul de sac de Douglas, un repli péritonéal qui le sépare de l'utérus et du vagin [6].

L'innervation du rectum est sympathique et parasympathique, pour permettre respectivement la défécation et la continence anale [6].

■ Les modifications induites par la grossesse

● *L'utérus gravide*

L'utérus gravide connaît au cours de la grossesse une modification de sa taille. En effet, pelvien durant les premières semaines de grossesse, il atteint le bord supérieur de la symphyse pubienne à la fin du deuxième mois, puis poursuit sa croissance en devenant abdominal jusqu'à la fin de la grossesse. À terme, la hauteur utérine physiologique est de 33 centimètres, avec une largeur d'environ 23 centimètres, pour un organe pesant entre 900 et 1 200 grammes. La paroi est souple et élastique à terme ; pour cela, on observe tout d'abord une hypertrophie puis un amincissement de la paroi, qui atteint quatre à cinq millimètres d'épaisseur à terme [11].

La forme de l'utérus tend à devenir ovoïde à terme chez la primipare, ou s'étaler dans l'abdomen d'une multipare. Étant parfois rétroversé en début de grossesse, l'utérus se redresse et se place en position antéversée au troisième trimestre, pour permettre la fin du développement fœtal. L'antéversion est plus ou moins marquée, selon la qualité de la paroi abdominale. Le grand axe est souvent dextroversé [11].

On observe également en fin de grossesse le développement du segment inférieur, une entité propre à la grossesse, aux dépens de l'isthme. C'est une partie de l'utérus qui possède une paroi particulièrement fine et peu vascularisée, très appliquée sur la présentation. Chez la multipare, le développement du segment inférieur peut être concomitant du début de travail [11].

Le col de l'utérus se modifie principalement pendant le travail, où l'on s'assure du caractère physiologique de son effacement et de sa dilatation [11].

● *Les nouveaux rapports de l'utérus*

La face antérieure de l'utérus gravide est en majeure partie en rapport avec la paroi abdominale. Le segment inférieur est au contact de la vessie, au travers du cul-de-sac vésico-utérin, composé de péritoine [11].

L'aorte abdominale et la veine cave inférieure constituent le rapport postérieur de l'utérus gravide, avec la colonne vertébrale. Le cul-de-sac de Douglas le sépare du rectum [11].

Sur la face supérieure reposent le colon transverse, refoulant l'estomac, ainsi que le bord inférieur du foie et de la vésicule biliaire. Les trompes de Fallope et les ligaments rond et propre de l'ovaire s'y trouvent également [5, 11].

Latéralement, on retrouve les uretères de part et d'autre du segment inférieur. Le côté droit est occupé par le colon ascendant, avec l'appendice, largement au-dessus de la crête iliaque, et le colon descendant se trouve du côté gauche avec les anses grêles [11].

● *Le retentissement ligamentaire*

La grossesse nécessite une augmentation considérable du volume utérin. Les différents systèmes de soutien de l'appareil génital possèdent une capacité d'adaptation physiologique à la grossesse [12].

Le système de soutien intrinsèque concerne les ligaments propres à la fixation de l'utérus : les lames sacro-recto-génito-pubiennes, les ligaments larges et les ligaments ronds. Les ligaments ronds s'adaptent à la croissance utérine en s'hypertrophiant [11]. Par contre, toute tension exercée sur les lames peut déséquilibrer les lignes de force du bassin osseux en exerçant une traction sur leur point d'ancrage sacré. Ce phénomène est responsable de la plupart des syndromes ligamentaires et des lombalgies [12].

Le système de soutien extrinsèque concerne le plancher pelvien, comprenant le périnée et le coccyx. L'augmentation de la pression exercée sur cet ensemble peut engendrer des coxalgies (au niveau du coccyx) ou une pesanteur pelvienne avec incontinence [12].

Dans certains ouvrages, le rôle de la « relaxine », qui est produite durant la grossesse, est évoqué. Cette hormone serait responsable de l'hyperlaxité ligamentaire dans tout le corps, et en particulier au niveau de la symphyse pubienne. Ceci permet l'augmentation du diamètre du bassin au moment de l'expulsion et permet la naissance par voie basse [13, 14].

1.3.2 Les mécanismes de la douleur

La douleur se définit par une sensation pénible, manifestée sous différentes formes (brûlure, piqûre, crampe, pesanteur, étirement...) d'intensité et d'extension variables. Elle est associée à des lésions tissulaires, réelles ou potentielles, ou décrite comme si ces lésions existaient [15]. Ainsi, elle peut être nociceptive (suite à des stimuli douloureux), neuropathique (suite à une lésion de la fibre nerveuse elle-même), ou psychogène (sans déclencheur anatomique).

Le mécanisme est contrôlé par le système nerveux central (SNC), et relayé par le système nerveux périphérique (SNP) [16].

- Le SNC se compose principalement de l'encéphale, du cervelet et de la moelle épinière.
- Le SNP regroupe différents types de fibres nerveuses, classifiées selon leur rôle et leur destination. Les fibres afférentes apportent l'information au SNC et les fibres motrices relayent les ordres moteurs aux différentes parties du corps concernées. La plupart des nerfs contiennent à la fois des fibres nerveuses afférentes et motrices.

Les fibres responsables de la transmission de la douleur sont les fibres afférentes musculaires du groupe III et IV, les mécanorécepteurs et thermorécepteurs du groupe A δ (douleur aiguë à type de piqûre), et ceux du groupe C (douleur diffuse à type de brûlure). Ces fibres peuvent être soit somatiques (perception au niveau de la peau), soit viscérales (perception au niveau des organes et des tissus des cavités thoraco-abdominales) [16].

Le seuil de perception de la douleur est le même pour tous les individus, mais la tolérance peut varier d'une personne à l'autre, en étant très influencée par les émotions associées à la douleur.

1.4 **PHYSIOPATHOLOGIE DU SYNDROME DE LACOMME**

1.4.1 *Les étiologies évoquées*

Les étiologies du syndrome de Lacomme restent encore très peu connues, même si la recherche depuis ces dernières années nous a permis une plus grande compréhension des mécanismes mis en jeu. La plupart des syndromes de Lacomme n'ont aucun déclencheur prouvé [2, 3, 17].

Dans certains manuels d'obstétrique des années 1980 à 1990, l'hypokaliémie est évoquée comme étant une étiologie certaine [13, 18]. Elle n'est plus du tout évoquée dans les études plus récentes. Cependant, la carence en magnésium est encore beaucoup retrouvée en ce qui concerne les étiologies métaboliques possibles [19].

Actuellement, une prédisposition multifactorielle propre à la grossesse et au post-partum semble être la cause principale du syndrome de Lacomme [2].

- Le rôle de l'hormone « relaxine », très peu évoqué dans les années 1990, a désormais un rôle établi dans l'apparition des symptômes. Ses récepteurs, directement sur les ligaments, lui permettent de provoquer une hyperlaxité dans le péripartum. Ceci engendre une instabilité pelvienne, responsable d'une gêne dans l'articulation sacro-iliaque et dans la symphyse pubienne [14, 17]. Si le système neuromoteur n'est pas capable de compenser ce phénomène, la douleur peut apparaître [3]. La « Théorie Biomécanique » évoquée à partir de 2011 fixe un seuil de disjonction symphysaire supportable à 10 millimètres [2].
- L'augmentation du diamètre de l'abdomen porte le centre de gravité du corps en un point plus antérieur, ce qui pourrait participer au déséquilibre de la ceinture pelvienne évoqué précédemment, et favoriser l'apparition de microtraumatismes conjonctifs douloureux dans l'effort de résister à la flexion antérieure du tronc due au poids fœtal [14, 17].
- D'autres théories plus discutées mettent en cause l'effet Poseiro, qui implique une hyperpression douloureuse dans les veines pelviennes et lombaires, due à la compression de la veine cave par l'utérus [17]. La prédisposition génétique est sporadiquement évoquée [2].

1.4.2 Les facteurs de risque

Une fois encore, on retrouve parfois des contradictions entre les études, concernant les facteurs de risque [17].

- Unanimentement, un haut niveau de preuve est accordé pour les facteurs suivants : des antécédents de douleurs lombaires en dehors de la grossesse (en particulier pendant les règles), un syndrome de Lacomme lors d'une grossesse précédente, ou un antécédent de traumatisme osseux du bassin [2, 4, 17].
- L'influence d'une charge de travail élevée ou une activité éprouvante reste incertaine. Un article [4] considère ce facteur à haut risque, tandis que d'autres [3, 17] émettent des réserves, considérant les contradictions dans les conclusions des diverses études.
- La multiparité et l'âge maternel sont également des facteurs très discutés. Une explication plausible considère que les deux ont un lien, et que les patientes d'une part primipares très jeunes et d'autre part multipares plus âgées ont un risque plus élevé de développer un syndrome de Lacomme. Le bassin est respectivement peu préparé à la nidation, ou risque de présenter des lésions tissulaires dues aux grossesses précédentes [4].
- L'anesthésie péridurale ne constitue pas un facteur de risque au développement d'un syndrome de Lacomme dans le post-partum [2, 17]. Un article nuance cependant ce propos en précisant que sur onze études, deux ont montré un effet significatif, ce qui veut probablement dire qu'un effet existe, mais qu'il est trop faible pour être significatif [4].
- La liste des facteurs non à risque est similaire parmi les différents articles. On y retrouve entre autres la prise de contraceptifs oraux, l'intervalle de temps entre les grossesses, l'indice de masse corporel maternel, le tabagisme, les antécédents d'avortements, l'ethnie maternelle, la densité osseuse, et enfin la présence ou non d'une aide-ménagère à domicile [2, 3, 4, 17, 20].

1.5 DIAGNOSTIC

1.5.1 Clinique

■ Motif de consultation

● *La douleur*

La patiente décrit une pesanteur douloureuse dans le bas-ventre, avec une sensation de « bébé très bas », et des douleurs inguinales associées irradiant jusque dans le haut des cuisses. La douleur est difficile à décrire, étant parfois en « coup de poignard », diffuse, ou à type de brûlure, mais toujours continue [4, 18].

La douleur est ostéo-musculaire, de localisation souvent incertaine et variable [4], mais siège principalement au niveau des releveurs de l'anus, des muscles du périnée, des

articulations sacro-iliaques, de la symphyse pubienne, et également sur le trajet du ligament rond de l'utérus (de la région inguinale à la corne) [18, 21].

Dans la plupart des cas, la douleur apparaît au cours de la 18^e semaine, et atteint son pic d'intensité entre la 24^e et la 36^e semaine de grossesse. Elle peut perdurer ou apparaître dans le post-partum, et persister jusqu'à 18 mois après la naissance (pour environ 10 % des femmes) [20]. Les rémissions plus longues peuvent faire craindre un passage à la chronicité [2, 4, 17].

Sur une Échelle Visuelle Analogique de 100 millimètres, cette douleur est en moyenne chiffrée entre 50 et 60 millimètres durant la grossesse [4]. Il a été reporté qu'elle baissait en intensité dans le post-partum [2].

● *Les difficultés à la mobilisation*

D'une façon générale, en plus de la douleur, c'est surtout l'anticipation de celle-ci et la peur d'avoir mal qui engendrent les modifications de la motricité [2].

Les patientes peuvent faire état d'une sensation inhabituelle de gêne dans la cuisse à la marche, comme une très courte paralysie des muscles jambiers, et parfois même d'une sorte de craquement lors de la flexion de la hanche [2, 4].

La douleur occasionne une difficulté à se retourner dans le lit, une gêne à la marche qui peut aller jusqu'à l'impotence dans les cas les plus graves, avec impossibilité de parcourir de longues distances [2, 14]. L'utilisation d'une canne, de béquilles ou d'un fauteuil roulant peut devenir indispensable [4]. Enfin, les rapports sexuels deviennent souvent très difficiles [4].

Un indice appelé « *Oswestry Disability Index* » mesure l'interférence de la douleur avec la pratique des activités de la vie quotidienne. Une étude menée en Australie en 2012 montre ainsi que quatre femmes enceintes souffrant de douleurs pelviennes sur cinq témoignaient d'un changement négatif de leur quotidien, à cause des difficultés à la mobilisation [20]. De la même façon, un indice appelé « *Pregnancy Mobility Index* » (PMI), développé par Van de Pol, mesure les capacités de la femme enceinte à accomplir diverses activités de la vie quotidienne [17].

■ *Les tests praticables lors de l'examen clinique*

On ne peut que regretter l'absence de test standardisé de référence dans le dépistage du syndrome de Lacombe [3]. Mais lors de l'examen, le praticien peut pratiquer certains tests cliniques de dépistage, qui peuvent confirmer ou infirmer le diagnostic.

Tout d'abord, lors de la palpation utérine, le praticien peut constater l'existence d'une douleur à la réalisation d'une pression symphysaire, et supra-symphysaire en cas de mobilisation du segment inférieur, qui irradie en direction des cornes utérines et des ligaments ronds [22]. De plus, la palpation du point de Mac Burney provoque une douleur [23].

Au cours d'un toucher vaginal, il existera une douleur dans le cas où l'examineur exerce une pression osseuse derrière la symphyse pubienne, ou sur la zone située latéralement à

celle-ci [22]. D'autre part, la traction du muscle élévateur de l'anus avec un doigt en crochet provoque également une douleur [18, 24]. Dans tous les cas, un examen cervical doit être réalisé afin de pouvoir constater une modification de longueur ou d'ouverture du col, associée à la possible présence de contractions utérines [18].

Certains tests ont été jugés pertinents à réaliser lors de l'établissement du diagnostic de syndrome de Lacomme, par exemple dans les *European Guidelines* [3].

- Dans le cas d'une douleur dans l'articulation sacro-iliaque, le « P4 test » (*Posterior Pelvic Pain Provocation Test*, autrement dit test de provocation d'une douleur dans le pelvis postérieur) est le plus indiqué (figure 4). Il se pratique lorsque la patiente est en décubitus dorsal, avec la hanche et le genou fléchis de façon à former chacun un angle de 90 degrés. L'examineur exerce une pression à la face interne du genou vers l'extérieur, tout en bloquant la hanche controlatérale en gardant sa main sur la crête iliaque. Le test est positif lorsque la patiente ressent une douleur glutéale du côté où la jambe est fléchie, provoquée par l'écartement forcé de la symphyse.



Figure 4. Le « P4 test ».

Le « *Patrick's Faber test* » peut également être réalisé (figure 5). Il consiste à exercer une pression sur la face interne du genou d'une patiente en décubitus dorsal, dont le talon repose sur le genou controlatéral. Le test est positif si la patiente ressent une douleur dans les ligaments sacro-iliaques ou dans la symphyse pubienne.



Figure 5. Le « Patrick's Faber test ».

Le « *Gaenslen's test* » provoque une douleur à la stimulation des articulations sacro-iliaques, mais il est difficilement réalisable en fin de grossesse, car il est nécessaire que la patiente maintienne le genou fléchi contre son thorax.

- Si la douleur est clairement ressentie au niveau de la symphyse pubienne, un test très rapide peut être réalisé. Il s'agit du test de provocation de la douleur de la symphyse, ou « *Modified Trendelenburg's test* » (figure 6). Ce test est positif si la patiente, debout sur un seul pied, ressent une douleur symphysaire en fléchissant la hanche et le genou à 90 degrés.
- Il existe également un test qui pourrait permettre de mesurer les capacités fonctionnelles du pelvis. Il s'agit de l'« *Active straight leg raise test* » (ou test du lever actif d'une jambe tendue). Ainsi, la patiente est installée en décubitus dorsal, les deux jambes tendues et écartées de vingt centimètres l'une de l'autre. La consigne est d'essayer de lever les jambes alternativement, en les gardant tendues, d'au moins vingt centimètres au-dessus du support. Ensuite, la patiente doit noter l'exercice de zéro à cinq en fonction du degré de difficulté éprouvé (aucune difficulté égal zéro et incapable d'effectuer l'exercice à cinq). Ce test pourrait permettre d'effectuer un suivi des capacités motrices des patientes touchées par le syndrome de Lacomme.



Figure 6. Le « *Modified Trendelenburg's test* ».

Le « *P4 test* » et l'« *Active straight leg raise test* » sont le plus souvent évoqués dans les différents articles concernant les douleurs pelviennes. Toutefois, il est nécessaire de réaliser tout test nécessitant un décubitus dorsal efficacement et rapidement, afin que la position reste bien tolérée par la patiente [20].

1.5.2 Paraclinique

L'utilisation de l'imagerie médicale est très limitée pendant la grossesse. En effet, les expositions irradiantes sont contre-indiquées [14].

L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) peut être suggérée durant la grossesse, présentant les avantages d'une résolution supérieure, et permettant une meilleure visualisation des tissus mous ou des réactions inflammatoires [2]. Les *European Guidelines* confirment que l'IRM est une technique d'imagerie particulièrement intéressante dans l'élimination des autres possibilités de diagnostics [3].

La radiographie du bassin peut montrer un élargissement pelvien et un écartement au niveau de la symphyse [25]. Elle n'est pas réalisée en cours de grossesse, mais est possible dans le

post-partum, où l'on peut observer des érosions et une sclérose des berges de la symphyse pubienne ou de la face iliaque de l'articulation sacro-iliaque [26]. Cependant, cet examen fait preuve d'une faible spécificité [27], et les recommandations récentes des *European Guidelines* en 2008 le classent comme inadapté au diagnostic du syndrome de Lacomme durant la grossesse [3].

De la même façon, la réalisation de scanners ou de scintigraphies a été estimée par les *European Guidelines* impertinente dans l'établissement du diagnostic de syndrome de Lacomme [2, 3].

1.5.3 Différentiel

Souvent, le diagnostic de syndrome de Lacomme intervient après élimination de toutes les autres possibilités liées aux douleurs abdomino-pelviennes durant la grossesse : le diagnostic est posé en l'absence de symptomatologie associée, et dans le cadre d'un examen obstétrical normal [13]. Cette définition nous permet d'écarter un grand nombre de diagnostics autres, pouvant être très variés, appartenant essentiellement au domaine gynéco-obstétrical, rhumatologique, chirurgical ou médical.

Lors de la grossesse, et en cas d'une consultation d'urgence pour douleurs abdomino-pelviennes diffuses et intenses, il convient de réaliser avant tout un enregistrement cardiotocographique, afin de dépister la présence de contractions utérines pouvant évoquer une menace d'accouchement prématuré. De la même manière, la réalisation d'une échographie obstétricale, avec localisation et observation de l'implantation placentaire, doit être effectuée afin de s'assurer de l'absence d'anomalies de placentation.

La réalisation d'un bilan sanguin, avec une numération sanguine et une mesure de la protéine C réactive, permet d'éliminer la présence d'un syndrome infectieux et donc de nombreux diagnostics ayant des symptômes similaires.

■ Pathologies gynécologiques et obstétricales

- Au cours de la grossesse, la menace d'accouchement prématuré se manifeste par la présence de contractions utérines à des intervalles inférieurs à dix minutes (douloureuses ou non) et/ou par la modification cervicale. Dans ce cas, les douleurs abdomino-pelviennes sont rythmées, ce qui diffère du syndrome de Lacomme, où la douleur est plutôt constante [22]. L'absence de contractions utérines telles que décrites précédemment à l'enregistrement cardio-tocographique, ou celle d'une modification cervicale, permettent d'éliminer ce diagnostic.
- À terme, ces mêmes symptômes, plus ou moins accompagnés d'une rupture des membranes, évoquent le début de travail. En l'absence de rupture des membranes, et de modifications cervicales, la présence de contractions utérines seules correspond parfois à un faux début de travail. C'est encore la palpation de l'utérus et l'enregistrement cardio-tocographique qui permettent d'écarter ce diagnostic, par l'absence de contractions utérines [22].

- Au cours du travail, l'apparition brutale d'une douleur abdomino-pelvienne, d'une hémorragie, et/ou d'une détérioration du bien-être fœtal doit immédiatement évoquer un hématome rétroplacentaire ou une rupture utérine. Une rapide échographie confirme l'un ou l'autre de ces diagnostics, qui constituent tous deux des urgences obstétricales [22, 28].
- Parmi les pathologies pouvant intervenir quel que soit le terme, la nécrobiose des fibromes est envisagée si la patiente a des antécédents de fibromes utérins. Cette pathologie très douloureuse cause une hyperthermie, et peut être confirmée ou infirmée en réalisant une échographie abdominale, sur laquelle le fibrome apparaît hyperéchogène, et entouré d'un halo hypoéchogène [25]. La chorioamniotite est également une pathologie grave, à envisager en cas d'infection génitale associée ou de rupture prématurée des membranes. Cette pathologie provoque également une hyperthermie, et une élévation du taux sanguin de protéine C réactive, tous deux absents de la symptomatologie du syndrome de Lacomme [25].
- Exceptionnellement, la présence d'un syndrome de Lacomme peut être constatée en début de grossesse. Au premier trimestre, toute douleur pelvienne aiguë doit faire suspecter en premier lieu une grossesse extra-utérine, ou une fausse couche spontanée. Ces hypothèses peuvent être confirmées ou infirmées par la mesure du taux sanguin de β -HCG, et la présence de métrorragies. Une échographie par voie transvaginale doit également être réalisée afin de visualiser les annexes et le contenu utérin : ainsi, à ce moment de la grossesse, la torsion d'un kyste ovarien peut aussi être mise en évidence [28].

Il n'est pas pertinent d'évoquer ici la pré-éclampsie ou les pathologies hépatiques comme diagnostics différentiels du syndrome de Lacomme, compte tenu de la localisation des douleurs, qui est plutôt épigastrique, à l'opposé de la région pelvienne [25].

■ Pathologies rhumatologiques

- Actuellement, un consensus stipule que les lombalgies durant la grossesse constituent une pathologie très différente des douleurs pelviennes, et nécessitent donc d'être exclues du diagnostic avant de pouvoir parler de syndrome de Lacomme [2]. La différence entre les deux tient du fait qu'en cas de lombalgies, la douleur est localisée autour des vertèbres lombaires, au-dessus du sacrum, alors que dans le cas du syndrome de Lacomme les douleurs, certes diffuses, sont toutefois localisées en dessous de la limite sacrale supérieure. Par ailleurs, l'évolution est différente, puisque les lombalgies vont généralement en s'aggravant dans le post-partum, alors que le syndrome de Lacomme connaît son pic d'intensité au cours de la grossesse et tend à la résolution spontanée dans le post-partum [17]. Il est important de noter que le « *P4 Test* » évoqué dans les tests diagnostiques praticables au cours de la grossesse est négatif dans le cas des lombalgies [17].

- Les sciaticques sont des douleurs pouvant très facilement être confondues avec le syndrome de Lacomme au cours de la grossesse. En effet, le trajet du nerf sciatique, où les douleurs sont ressenties, est proche des zones douloureuses dans le cas de douleurs pelviennes pendant la grossesse. La réalisation de l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) permet de visualiser au niveau lombosacré l'existence d'une anomalie des disques intervertébraux à l'origine de la sciatique [28].
- Dans le post-partum, des pathologies un peu plus rares peuvent être à l'origine de douleurs pelviennes. Une disjonction symphysaire ayant eu lieu à l'accouchement, ou une coccygodynie, c'est-à-dire des douleurs au niveau du coccyx et de l'articulation sacro-coccygienne peuvent être à l'origine de douleurs pelviennes [2, 18].

■ Pathologies médicales et chirurgicales

- La plupart des pathologies urinaires sont à l'origine de douleurs pelviennes pouvant évoquer durant la grossesse le syndrome de Lacomme. L'infection urinaire, fréquente durant la grossesse, peuvent se manifester par une gêne pelvienne. En effet, les brûlures mictionnelles ne sont pas toujours présentes. La réalisation d'un examen cytobactériologique des urines permet de confirmer ou d'infirmier ce diagnostic. La pyélonéphrite ou la colique néphrétique peuvent présenter des douleurs iliaques sur tout le trajet de l'uretère. Ces diagnostics sont le plus souvent écartés par l'absence de signes associés, tels que l'hyperthermie, la pollakiurie, la dysurie ou l'hématurie [25].
- Certaines pathologies gastro-intestinales sont également à l'origine de douleurs pelviennes. La constipation ou l'occlusion intestinale, favorisées par la diminution des mouvements péristaltiques durant la grossesse, sont évoquées face à une absence inhabituelle de selles, un abdomen distendu à la palpation et parfois des signes digestifs associés comme des vomissements ou une perte d'appétit. La réalisation d'une échographie de l'abdomen sans préparation permet de confirmer ou d'infirmier le diagnostic [25]. Au cours de la grossesse, il est tout à fait possible pour une patiente de présenter une appendicite, difficile à diagnostiquer à cause des nouveaux rapports entre les organes : la jonction iléo-cæcale ne se trouve plus au niveau du point de Mac Burney, emplacement caractéristique de la douleur en dehors de la grossesse, sauf éventuellement au premier trimestre. Cette pathologie présente néanmoins des signes d'infection à rechercher afin de confirmer le diagnostic, comme l'hyperthermie, ou une hyperleucocytose, difficile à interpréter, car elle est physiologique en cours de grossesse [2, 25].
- Des pathologies tissulaires chroniques, plus rares, peuvent également être la cause de douleurs pelviennes durant la grossesse, comme des lésions syphilitiques ou tuberculiques du pubis [2].

1.6 CONSÉQUENCES SUR LA GROSSESSE

1.6.1 Altération du bien-être maternel

La douleur provoquée par le syndrome de Lacomme est telle que le quotidien de la patiente se trouve très souvent altéré. Ainsi, des activités pratiquées habituellement, comme l'entretien de la maison, l'activité professionnelle, la marche ou les rapports sexuels, deviennent incompatibles avec la grossesse [14]. Les douleurs de la ceinture pelvienne constituent la cause la plus fréquente d'arrêts de travail dans le post-partum, et au cours de la grossesse [17]. Par ailleurs, l'inconfort perpétuel engendre souvent une anxiété grandissante accompagnée de troubles du sommeil et d'un syndrome dépressif [23].

Cette pathologie est très régulièrement décrite comme étant un inconfort mineur de la grossesse [20]. La tendance actuelle est de classer ces douleurs dans les conséquences physiologiques de l'adaptation du corps féminin à sa nouvelle condition, ce qui peut contribuer à retarder la prise en charge, et favoriser l'accroissement de la douleur et l'apparition d'incapacités motrices [27]. Une étude australienne de 2011 a montré que seulement seize patientes sur un échantillon de quarante-cinq femmes souffrant de douleurs pelviennes durant leur grossesse ont bénéficié d'une quelconque forme de prise en charge. Les raisons de cette absence de traitement étaient variées, mais la plupart des femmes interrogées ont déclaré en avoir parlé à la personne qui suivait la grossesse, recevant en échange une explication sur la normalité du phénomène, mais aucune proposition de prise en charge [20]. Les douleurs pelviennes au cours de la grossesse, qu'elles soient aiguës ou chroniques, ne doivent pas constituer une fatalité pour les femmes gestantes, mais bénéficier d'une prise en charge appropriée au niveau de douleur ou d'incapacité motrice, afin de limiter l'impact psychosocial de cette affection [20].

1.6.2 Complications obstétricales

La douleur, éventuellement l'impotence fonctionnelle produite par le syndrome de Lacomme, engendre beaucoup de fatigue et de lassitude exprimées par les patientes. Celles-ci sont plus facilement en demande d'une naissance anticipée, et donc d'un déclenchement de l'accouchement [2]. Le syndrome de Lacomme n'est pas une indication de déclenchement artificiel du travail prévue par la Haute Autorité de Santé (HAS), un tel déclenchement ne peut donc se faire qu'à partir de 39 semaines d'aménorrhée (avec un calcul du terme précis), un score de Bishop supérieur ou égal à 7, et en l'absence d'utérus cicatriciel. Le travail suivant un déclenchement artificiel est plus à risque de dystocies et de nécessité de pratiquer une césarienne en urgence [29].

1.6.3 Complications médicales

Les étiologies du syndrome de Lacomme ne constituent pas en elles-mêmes un risque pour le déroulement de la grossesse. En effet, ce sont plutôt les symptômes d'apparition

secondaires ou l'alitement prolongé suite aux incapacités motrices qui sont facteurs de risque.

L'anxiété, l'angoisse, ainsi que la fatigue et le manque de sommeil augmentent le risque pour la patiente de présenter une menace d'accouchement prématuré [30].

L'immobilité peut favoriser l'apparition de pathologies thromboemboliques telles que les thromboses veineuses et constitue donc un facteur de risque de l'embolie pulmonaire en l'absence de prévention adaptée (bas de contention, injections d'héparine de bas poids moléculaire...) [20].

1.7 PRISE EN CHARGE

1.7.1 Actions de prévention

En l'absence d'études sur ce point, les *European Guidelines* ne préconisent à l'heure actuelle aucune prévention permettant d'éviter l'apparition du syndrome de Lacomme [3]. Cependant, il est possible de mettre certaines choses en place, lorsque le diagnostic est posé, afin de minimiser la douleur et la gêne à la mobilité dans l'immédiat, et les complications sur le long terme : par exemple, l'éducation des patientes permet de préserver le dos et de prévenir le déséquilibre de la ceinture pelvienne [17]. Par ailleurs, il a été prouvé que les problèmes musculaires favorisaient l'apparition de cette pathologie. Ainsi, le travail corporel tel que l'école du dos permet d'apprendre à soulever des charges ou simplement à se relever du lit sans danger pour les muscles lombaires ou pelviens [17]. Il faut d'une manière générale éviter les activités qui augmentent l'intensité de la douleur (souvent, monter les escaliers), et de soulever des charges lourdes [27]. Il faut éviter de se tenir assise avec les hanches ou la colonne trop fléchies, car cela crée une traction douloureuse sur les ligaments pelviens [17].

Pendant le travail, et pour les mêmes raisons, il convient d'éviter à la patiente souffrant du syndrome de Lacomme de rester trop longtemps en position gynécologique, avec les cuisses en abduction, d'autant plus que l'effet de l'anesthésie péridurale l'empêche de ressentir l'engourdissement [27]. Des positions en décubitus latéral ou à quatre-pattes doivent être favorisées [2].

Dans tous les cas, la prévention des formes sévères avec incapacité motrice majeure passe par la détection précoce des facteurs de risque et la réalisation des tests diagnostiques, ce qui permet de mettre en place dans les plus brefs délais une prise en charge adaptée de la patiente. Par exemple, il est intéressant de noter que le P4 test positif des deux côtés et les tests de provocation de la douleur sont associés à une importance plus grande de la douleur à 30 semaines d'aménorrhées [31].

1.7.2 Stratégies thérapeutiques

■ Présentation des principales possibilités de prise en charge

À l'heure actuelle, nous ne disposons pas d'étude comparative des différents traitements du syndrome de Lacomme qui soit satisfaisante. La meilleure approche est donc pluridisciplinaire [2]. Il est important de commencer par poser le diagnostic de syndrome de Lacomme. En effet, il peut facilement être confondu avec un épisode de lombalgies durant la grossesse, alors que les deux traitements sont très différents [17]. Dans tous les cas, une information éclairée est primordiale, et il a été prouvé que les patientes prenaient une part plus importante dans la prise en charge qui leur était proposée si elles avaient été informées au préalable [3].

■ La méthode « classique » médicamenteuse

Le champ de prescription médicamenteux est réduit durant la grossesse, du fait de la présence foetale.

● *Traitement antalgique*

- Le paracétamol peut être utilisé ponctuellement, sans risques majeurs pour la mère et le fœtus, mais il n'y a aucune efficacité dans le cadre du syndrome de Lacomme [2].
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont un bien meilleur effet. Cependant, ils sont contre-indiqués pendant la grossesse, sauf au deuxième trimestre, pour un traitement n'excédant pas cinq jours. Il peut donc être utilisé lors des crises douloureuses majeures du deuxième trimestre, et surtout dans le post-partum [2, 25].
- Si la douleur est surtout localisée au niveau de la symphyse pubienne, il est possible de pratiquer une infiltration locale de corticoïdes au cours de la grossesse pour soulager l'inflammation [2].
- Dans quelques études, l'utilisation d'une analgésie péridurale (à dose unique ou avec un dispositif permettant une diffusion plus longue) s'est montrée utile dans les épisodes de douleurs les plus intenses. C'est une méthode transitoire et exceptionnelle de soulagement, qui ne doit pas devenir une habitude de prise en charge [2].

● *Traitement étiologique*

Le syndrome de Lacomme disparaît spontanément, à l'accouchement ou dans le post-partum. Des études supplémentaires sont encore nécessaires pour déterminer un traitement étiologique qui soit efficace. Au cours des années, le traitement proposé a déjà beaucoup évolué.

- Dans les années 1970, les manuels d'obstétrique préconisaient un traitement à base de vitamines B1, B6 et B12, et de sels de potassium [18, 21].

- Dans les années 1980, c'est le même traitement qui est indiqué, avec l'ajout d'une supplémentation en magnésium (il est précisé que c'est « *le dernier traitement à la mode* ») [26]. Un autre ouvrage de cette période ne conseille aucun traitement et stipule que « *souvent, il suffit de rassurer la patiente* » [24].

Actuellement, on cherche à avoir une action sur les trois étiologies les plus évoquées du syndrome de Lacomme. La part mécanique des étiologies de cette pathologie est due au déséquilibre du bassin, causé par le poids du fœtus et l'augmentation de taille de l'utérus. Pour remédier à cette instabilité, il est possible, surtout dans le post-partum ou dans les formes chroniques, de réaliser une fusion chirurgicale de l'articulation pelvienne qui est douloureuse [2]. Ce type de chirurgie n'est pratiqué qu'en dernier recours, dans les formes les plus invalidantes. Par ailleurs, pour libérer la pression exercée sur le bassin, le déclenchement artificiel du travail ou la césarienne programmée restent deux issues très rarement pratiquées mais possibles [2].

■ L'acupuncture et la médecine traditionnelle chinoise

La médecine traditionnelle chinoise regroupe toutes les pratiques comprenant une stimulation de points par le massage ou la poncture (c'est l'acupuncture). Cette pratique prend en compte la patiente dans sa globalité, en interrogeant l'ensemble des symptômes, le vécu, le psychisme, ou l'environnement social [19].

Il serait difficile de décrire l'ensemble de la théorie de la médecine chinoise en quelques lignes mais, en quelques mots, l'acupuncture est une médecine de l'équilibre du corps. Les explications qui suivent découlent d'une rencontre avec madame Annick Bigler, médecin acupuncteur à Strasbourg, co-auteur (avec Christian Rempp) du livre *La pratique de l'acupuncture en obstétrique*, paru en 1992. Le corps humain est partagé entre son côté Yin et son côté Yang. Le Yin représente le féminin, la stase, le nourricier, il domine tout au long de la grossesse, et dans le bas du corps. Le Yang est le côté masculin, le mouvement, en fin de grossesse il amène les contractions et provoque la descente du bébé. Il domine dans la partie haute du corps. On retrouve la notion de la présence de cinq fluides (dont l'énergie Qi et le Sang), cinq organes (Cœur, Poumon, Foie, Rate et Reins) et cinq viscères qui leur sont associés. L'interrogatoire permet de comprendre, selon les spécificités et le rôle de chaque organe, les points qu'il faudra piquer.

Physiologiquement, un mouvement se crée entre le Yang qui descend et le Yin qui monte : c'est une « respiration énergétique » qui est perturbée par le poids foetal. Lorsque l'énergie Yang a du mal à descendre, cela crée un reflux gastro-œsophagien, et lorsque l'énergie Yin a du mal à monter, cela entraîne le syndrome de Lacomme. Il faut donc piquer un point sur le méridien Yin et un point sur le méridien Yang : en général, le 9Rn (Zhu Bin) et le 44E (Nei Jing). Si ces points ne suffisent pas, il faut ajouter le 6Rn (qui est bon pour toute douleur chez la femme) ou des points du méridien du foie (le 3F ou le 11F).

Il est possible d'associer l'acupuncture aux techniques de massages, en réalisant des effleurages circulaires des jambes, des cuisses, du dos (en augmentant graduellement la pression), des pressions du pouce sur la face dorsale du pied, un massage de la région lombaire (pincer-rouler, pétrissage des fessiers), et des massages des pieds [23].

Les études réalisées montrent que l'acupuncture est une technique efficace durant la grossesse dans la prise en charge du syndrome de Lacomme [2, 17].

Une consultation dure vingt minutes. Les douleurs peuvent être majorées dans l'immédiat, avec un soulagement dès le lendemain. En général, trois séances sont nécessaires [23].

■ L'ostéopathie

L'ostéopathie fonctionne sur un principe de globalité du corps : il y a un équilibre entre sa structure et sa fonction, le « potentiel vital » s'active pour rétablir l'harmonie dans le corps. L'approche est très complexe et diffère selon la formation initiale du praticien [19].

Une première approche en ostéopathie évoque le déséquilibre causé par l'hyperlaxité ligamentaire, responsable des troubles musculo-squelettiques lors de la grossesse. En effet, si la patiente a des antécédents de traumatismes osseux compensés habituellement, l'hyperlaxité peut entraîner le retour du déséquilibre préexistant [19].

Il s'agit de rétablir la biomécanique physiologique de l'utérus gravide : être mobile avec un système d'attaches souple. Pour cela, on va pratiquer la mobilisation globale de l'utérus [12]. La Mappemonde[®] réalise un étirement général des ligaments utérins (réalisation de rotations d'une amplitude de 60°). Elle doit être associée à deux autres manipulations, le Ballet des essuie-glaces[®], qui recherche une inclinaison de 45° pour étirer les ligaments larges, et la Balançoire de l'utérus[®], qui étire les lames et les ligaments ronds *via* un glissement antéro-postérieur de l'utérus [12]. Une réserve est à évoquer : l'article ne précise pas s'il y a des contre-indications à ces manipulations. Par exemple, le cas d'une menace d'accouchement prématuré.

Bertrand Rostocker, médecin du sport et ostéopathe à Yutz, rencontré dans le cadre de nos recherches, assimile le syndrome de Lacomme à une souffrance du nerf pudendal. La manipulation comporte donc des craquements, des appositions des mains : elle vise à détendre les muscles et créer une inflammation locale par traction des os, pour décoincer le nerf. On manipule aussi l'articulation sacro-iliaque. La prise en charge se fait sur une à trois séances, complétées de la pratique d'exercices conseillés au domicile. Allongée sur le dos, la patiente tire doucement le genou vers l'épaule du côté opposé avec la main, ce qui provoque un étirement des muscles pelvi-trochantériens. Cependant, cet exercice est contre-indiqué en cas de menace d'accouchement prématuré, et de réalisation assez difficile en fin de grossesse. Le praticien précise que les femmes enceintes lui sont adressées par leur médecin traitant, sur conseil de leur sage-femme, ou prennent rendez-vous d'elles-mêmes. Très peu sont adressées par des gynécologues.

■ L'homéopathie

L'homéopathie est une pratique qui présente une conception globale de l'individu et de ses maladies. Le traitement homéopathique comporte des substances animales, minérales et végétales, qui sont diluées (à des doses infinitésimales) et dynamisées (mélangées énergétiquement). L'homéopathie est basée sur trois principes : la similitude, la dynamisation, et l'individualisation [19].

Le principe de similitude stipule qu'une même substance, qui à forte dose est toxique pour un sujet sain, est capable à très petite dose de soulager le symptôme qu'elle provoque. Les dilutions sont exprimées en CH (centésimale hahnemannienne), et plus le chiffre est élevé, plus le nombre de dilutions a été important lors du processus de fabrication. Paradoxalement, plus la substance a été diluée, plus l'effet sera important sur l'organisme.

La dynamisation est nécessaire pour redonner aux substances une efficacité, atténuée suite aux multiples dilutions. Elle se pratique en secouant énergétiquement le mélange.

L'individualisation de l'homéopathie est primordiale, et s'applique à travers un interrogatoire, pour adapter le traitement aux caractéristiques propres de chaque individu [19].

L'homéopathie est intéressante lors de la grossesse, car sans danger pour la mère ou le fœtus. Il n'y a pas ou peu d'effets secondaires au traitement et, sur prescription, la sécurité sociale rembourse 35 % [32, 33]. Les granules se prennent en sublingual, au moins cinq minutes avant ou après tout repas, dans une bouche vide.

Pour le syndrome de Lacomme, le protocole retrouvé dans les services à l'hôpital Bel Air de Thionville (57) propose un traitement par Murex Purpurea, 5 à 15 CH, à raison de cinq granules deux à quatre fois par jour [32, 33]. Pour soulager les douleurs locales, certaines études préconisent l'ajout de Bellis Perennis ou d'Arnica Montana [34].

■ Le travail corporel et la ceinture de maintien obstétricale

Pendant la grossesse, des conseils faciles à mettre en application peuvent permettre d'atténuer la douleur du syndrome de Lacomme. Par exemple, dans les premiers stades ou lors d'épisodes très douloureux, le repos alité est indiqué, surtout avec un coussin sous les jambes pour les surélever [2, 17]. Les douleurs se manifestent souvent lorsque les femmes se tournent dans leur lit, mais le fait de bloquer les jambes l'une contre l'autre à ce moment atténue la douleur [17].

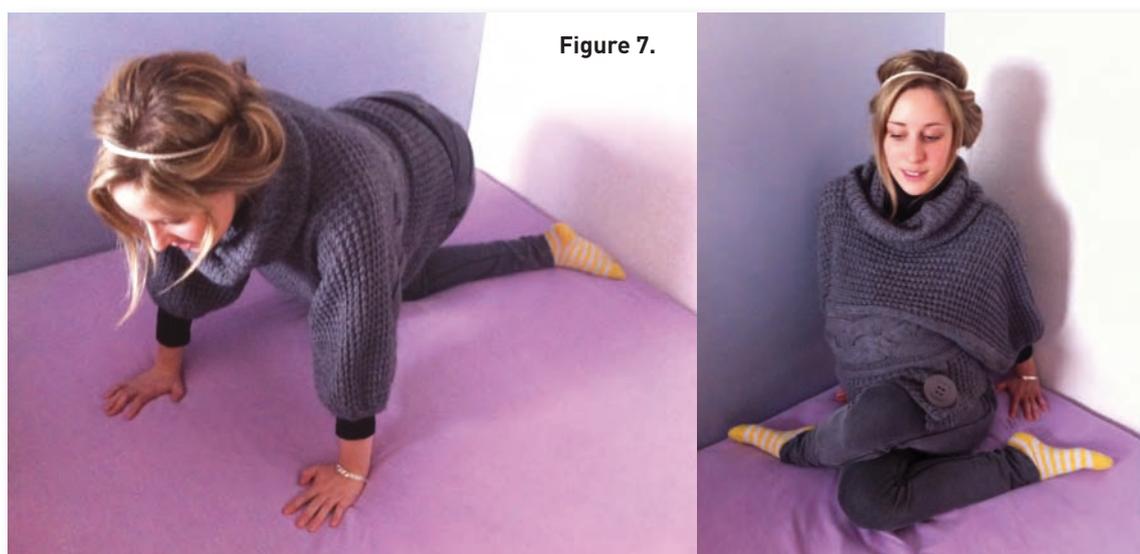
La pratique d'une activité physique adaptée au quotidien, comme la gym douce, le yoga, ou les activités aquatiques telles que l'aquagym ou la préparation à la naissance en piscine, peuvent baisser l'intensité de la douleur [3]. Dans le post-partum, il est utile de pratiquer un programme personnalisé d'exercices physiques ciblant la ceinture lombaire [2, 3].

Bernadette De Gasquet, créatrice de la méthode qui porte son nom, propose un certain nombre d'exercices, adaptés à la grossesse, qui permettent de soulager les douleurs symphysaires.

Au quotidien, elle conseille de ne pas se cambrer, et d'éviter les positions en appui sur une seule jambe (comme en terrain accidenté ou dans un escalier), afin de ne pas créer d'angulations qui font pression sur la symphyse. Il faut gagner les articulations, en gardant le périnée serré, le bassin basculé, et expirer lors des efforts [35].

Les postures d'assouplissement décrites dans *Bien-être et maternité* permettent aux muscles et aux ligaments de se laisser étirer, mais il faut prendre garde à ne jamais les pratiquer avec le dos cambré, sous peine d'aggravation des symptômes.

Le « Papillon » se pratique assise en tailleur, plante de pied contre plante de pied. Des petits balancements du corps permettent de rapprocher les fesses des pieds, et petit à petit de laisser descendre les genoux au sol. L'assouplissement peut aussi se faire dans d'autres positions : debout, une simple nutation (bascule du bassin) vers l'avant permet de redresser la colonne et d'éviter la cambrure [35]. Avec un départ à quatre pattes, la personne croise les jambes, de manière à placer le creux du genou contre la cuisse opposée, puis s'assoit tout doucement entre ses deux pieds. Cette position permet d'étirer l'articulation sacro-iliaque, et est particulièrement efficace lors de douleurs sur ces articulations [19] (figure 7).



La ceinture de maintien obstétricale permet un soulagement des symptômes, mais ne doit être utilisée que sur de courtes périodes [3, 17, 27]. Physiomat[®] est une petite ceinture élastique qui soulage beaucoup les sensations de pesanteur sur le bas du ventre. Elle doit être portée horizontalement, sur les hanches (pas au creux des reins comme une ceinture de pantalon) [35].

■ Autres

La pratique de techniques de massages est possible, mais surtout dans le cadre d'une prise en charge individuelle et adaptée, associée à d'autres méthodes [3].

Il peut arriver, dans les formes sévères, avec une incapacité motrice majeure, que les patientes aient à utiliser des béquilles ou un fauteuil roulant [27].



2 Le rôle de la sage-femme au sein de cette prise en charge

2.1 LES COMPÉTENCES DE LA SAGE-FEMME

2.1.1 Compétences générales

L'article L. 4151-1 du Code de la santé publique rappelle que : « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement [...].* »

L'article R. 4127-325 du Code de la santé publique stipule que : « *Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né.* » [36]

2.1.2 Droits de prescription

Il est précisé à l'article L. 4151-4 du Code de la santé publique que : « *Les sages-femmes peuvent prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé pris après avis de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.* »

L'arrêté du 12 octobre 2011 liste les médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. Les antalgiques de type paracétamol, tramadol, nefopam et les associations de paracétamol et de codéine ou de tramadol sont prescriptibles par les sages-femmes en primo-prescription, ainsi que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (uniquement dans le post-partum immédiat). Les médicaments homéopathiques, ainsi que les vitamines et sels minéraux *per os* peuvent aussi être prescrits en primo-prescription [36].

2.1.3 Pratique de l'acupuncture

L'article R. 4127-318 du Code de la santé publique mentionne que : « *La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un État membre de la Communauté Européenne.* » Actuellement, le seul diplôme figurant sur cette liste est le diplôme interuniversitaire d'acupuncture obstétricale [36].

2.1.4 Pratique de l'ostéopathie

L'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 présente les conditions d'usage du titre d'ostéopathe : « *L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la Santé [...].* » Les personnes autorisées à faire usage du titre d'ostéopathe sont les médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers titulaires d'un diplôme interuniversitaire sanctionnant une formation reconnue.

Les actes dont la pratique est autorisée sont listés dans le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. Ils ne concernent que : « [...] *les manipulations ayant pour seul 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.* » [36]

2.2 LES DISPOSITIFS DE FORMATION CONTINUE

Toute sage-femme a le devoir déontologique de compléter sa formation initiale par des formations complémentaires régulières au cours de sa carrière. Certains de ces diplômes interuniversitaires (DIU) ou de ces formations peuvent être d'une grande utilité dans la prise en charge du syndrome de Lacomme.

2.2.1 Les formations

■ Généralités

Les formations qui se déroulent sur quelques jours sont proposées par des organismes spécialisés dans la formation des professionnels de santé. Elles peuvent être soit organisées en interne, au sein même d'un établissement de soins, et réservées aux agents de la structure, soit ouvertes à certaines professions de santé, avec une inscription libre (pouvant cependant être proposée par un établissement de santé à ses agents) [37]. Ces organismes sont, par exemple, Medic Formation, l'ADCO (Ateliers pour le Développement des Connaissances Obstétricales), l'ODPC (Organisme de Développement Professionnel Continu), ou encore l'Institut De Gasquet.

Le financement des formations est différent si le professionnel est en libéral, salarié, ou demandeur d'emploi. Ces modes de financement sont soumis à des règles, qui fixent le nombre d'heures de formation maximal par an, par exemple.

Les professionnels libéraux peuvent bénéficier d'un crédit d'impôts, faire appel au fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux, ou s'inscrire à une formation agréée par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu [38].

La formation des sages-femmes hospitalière est permise par le concours de l'établissement de santé, dans le cadre d'un plan de formation, ou à l'initiative de l'agent avec accord de l'employeur, grâce au droit individuel à la formation (20 heures par année de service) [37].

Le Pôle Emploi peut prendre certaines formations en charge dans le cas des demandeurs d'emploi [38].

■ Quelques formations utiles dans la prise en charge du syndrome de Lacomme

● *Le yoga en périnatalité*

Cette formation propose d'apprendre à guider les femmes enceintes dans la pratique du yoga, pour leur apporter le bien-être et pour soulager les symptômes douloureux de la grossesse. Une partie de cette formation enseigne la façon dont on peut améliorer le placement du bassin pour éviter l'apparition de douleurs pendant la grossesse [39, 40].

● *L'ostéopathie obstétricale*

Une formation de quelques jours ne permet pas de pouvoir faire usage du titre d'ostéopathe, mais elle permet de se sensibiliser à la discipline, pourquoi pas avant de s'inscrire au diplôme interuniversitaire. En abordant les limites et les contre-indications de l'ostéopathie, le professionnel de santé comprend mieux l'ostéopathie, et les cas dans lesquels elle peut être pratiquée, par exemple dans la prise en charge du syndrome de Lacomme [41, 42].

● *La médecine traditionnelle chinoise*

La découverte de l'acupuncture et de l'acupressure en quelques jours permet de mesurer les avantages d'une telle prise en charge en péripartum. Au cours de la formation, un certain nombre de pathologies récurrentes en obstétrique sont abordées, dont le syndrome de Lacomme. Cependant, afin de pouvoir réaliser une pratique globale de l'acupuncture, le diplôme universitaire est nécessaire. Cette formation peut être réalisée en préalable à l'inscription [43, 44, 45].

● *L'homéopathie*

La sage-femme possède dans ses compétences le droit de prescription de tout médicament homéopathique [36]. Cette formation apporte au praticien les connaissances concernant les bases de l'homéopathie et les schémas thérapeutiques habituels [46, 47].

● *Les formations « De Gasquet »*

Bernadette De Gasquet a développé divers programmes de formation, destinés aux professionnels, concernant le travail postural de la femme enceinte. La formation sur le thème « maternité » traite d'une façon générale les positions d'accouchement ou les préparations corporelles à la naissance, en 42 heures [48]. Une autre, sur le thème « abdominaux », comporte un module d'exercices spécifiques pour les maux de dos, et enseigne entre autres aux sages-femmes à différencier les douleurs musculaires, discales, et sacro-iliaques, en 35 heures de formation [49]. L'un des objectifs communs de ces deux formations est de pouvoir prévenir et atténuer certains troubles de la grossesse, dont le syndrome de Lacomme.

1.2.2.2 Les diplômes universitaires

■ **Généralités**

En se référant aux articles R. 4127-339 et R. 4127-340 du Code de la santé publique, seuls les DIU figurant sur la liste établie par le Conseil national de l'ordre des sages-femmes peuvent être mentionnés par la sage-femme sur sa plaque ou ses imprimés professionnels. Par ailleurs, seuls les diplômes délivrés par des universités sont reconnus [50].

■ **Quelques exemples de diplômes universitaires**

● *DIU d'acupuncture obstétricale*

Ce diplôme est préparé dans les universités de Paris, Strasbourg, Lille, Montpellier, Nîmes et Rouen [50]. L'arrêté du 2 novembre 2009 précise que seules les sages-femmes titulaires d'un DIU d'acupuncture obstétricale sont autorisées à pratiquer cette discipline [36]. La formation s'étale sur deux ans, avec cinq sessions de 21 heures (effectuées les week-ends) par an.

● *DIU d'homéopathie*

Ce diplôme est préparé dans les universités de Paris, Nantes, Marseille, Clermont-Ferrand, Reims et Lille [50]. Ce DIU permet aux sages-femmes qui le souhaitent d'approfondir leurs connaissances sur les médicaments homéopathiques, qu'elles ont l'autorisation de prescrire (arrêté du 12 octobre 2011) [36]. Par exemple, à l'université de Paris 13, le DIU d'homéopathie se prépare en trois ans, à raison de 84 heures réparties en huit séminaires par an, qui sont organisés les week-ends. La dernière année est spécifique selon la profession du participant [51].

● *Diplôme d'ostéopathe*

C'est un cas particulier, car les sages-femmes désirant exercer des actes en ostéopathie peuvent passer un DIU d'ostéopathie (accessible dans une dizaine d'universités dont celle de Strasbourg), ou bien participer à une formation agréée réservée aux professionnels de santé [36].

Par exemple, l'IFBO (Institut Franco-Britannique d'Ostéopathie) est une école agréée dispensant ces formations, qui durent cinq ans [52]. Le diplôme universitaire, par exemple à l'université de Bordeaux Segalen, comporte 300 heures de formation réparties sur deux ans, dont 100 heures de stage obligatoire. Les heures théoriques sont réparties en cinq sessions de deux jours par an [53].

PARTIE II

P **Présentation de l'enquête et de ses résultats**





1 Méthodologie de recherche

1.1 PROBLÉMATIQUE

Le syndrome de Lacomme est une pathologie fréquemment rencontrée au cours de tout suivi de grossesse. Comment le syndrome de Lacomme est-il actuellement connu et pris en charge au sein du centre hospitalier régional de Metz/Thionville ?

1.2 HYPOTHÈSES

Le syndrome de Lacomme est une pathologie mal connue des professionnels de l'obstétrique.

La prise en charge du syndrome de Lacomme peut se faire à travers une large variété de traitements.

En l'absence d'une prise en charge standard recommandée, une grande variété de schémas thérapeutiques sont réalisés, pour une efficacité très aléatoire.

L'utilisation des différents traitements de façon synergique optimise la prise en charge de la douleur associée au syndrome de Lacomme.

La formation complémentaire permet aux sages-femmes de proposer un plus grand nombre de ces traitements.

1.3 OBJECTIFS

- Mettre en évidence la méconnaissance du syndrome de Lacomme au sein d'une population de praticiens réalisant le suivi de la grossesse.
- Montrer que chaque professionnel préconise une prise en charge différente de celles mises en place par ses collègues.
- Promouvoir les différentes formations complémentaires accessibles aux sages-femmes.

1.4 PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

1.4.1 Type d'étude

Dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, nous avons réalisé une étude prospective ponctuelle auprès des professionnels de santé. Ceux-ci ont été invités à répondre à un questionnaire distribué en service hospitalier ayant pour thème le syndrome de Lacomme.

1.4.2 L'outil

Le questionnaire, disponible en annexe (**annexe I**), est composé de vingt questions. Celles-ci sont de différentes sortes : fermées, semi-ouvertes, ouvertes et questions à choix multiples.

Cet outil peut se décomposer en trois grandes parties. Tout d'abord, les premières questions permettent une évaluation des connaissances de la personne interrogée sur le syndrome de Lacomme, puis sur la prise en charge qu'elle préconise face à cette pathologie. Ensuite, le professionnel est questionné quant à ses besoins en matière d'informations à ce sujet, et enfin, les dernières questions, dites « d'identité », permettent de mieux cibler le profil personnel et professionnel de la personne ayant répondu au questionnaire.

Le logiciel utilisé pour la réalisation des graphiques est Illustrator CS5® de Adobe.

1.4.3 Lieu de l'étude et population étudiée

L'étude a été effectuée au sein du CHR Metz-Thionville, comprenant l'hôpital Bel Air de Thionville et l'hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME) sur le site de Mercy à Metz. Ces deux établissements hospitaliers ont été choisis pour leur similitude concernant les services proposés et le niveau de soins (ce sont deux établissements de niveau IIB), et également pour leur proximité géographique, ce qui a grandement facilité la diffusion du questionnaire.

L'étude s'adressait aux gynécologues-obstétriciens, aux internes en service de gynécologie-obstétrique, et aux sages-femmes étant amenés à prendre en charge des femmes enceintes dans le cadre de leur suivi de grossesse. En 2013, la totalité de l'équipe du pôle femme-mère-enfant du CHR Metz-Thionville comportait 140 sages-femmes, 36 gynécologues-obstétriciens et 40 internes (chiffres communiqués par les responsables administratifs du pôle).

1.4.4 Critères d'inclusion

Le questionnaire a été proposé aux gynécologues-obstétriciens, aux internes, et à toutes les sages-femmes travaillant au CHR Metz-Thionville, compte tenu de la possibilité pour eux de réaliser les consultations de suivi de grossesse, ou de se retrouver confrontés à un cas de syndrome de Lacomme en service de suites de couches.

1.4.5 Durée et méthodologie

Quelques questionnaires ont été distribués dans tous les services de chacun des deux établissements concernés par l'étude. Lors de la répartition des enveloppes, les indications concernant la date limite de réponse et la population cible ont été transmises aux sages-femmes présentes en service. Ces informations étaient également écrites sur chaque enveloppe de recueil des questionnaires complétés.

Des questionnaires vierges ont également été remis à chacun des secrétariats de consultations, afin qu'ils soient transmis aux médecins et aux internes (parallèlement à la possibilité de remplir un de ceux déposés dans les services).

L'étude a débuté le 7 décembre 2013 (jour de distribution des enveloppes en service), et les tout derniers questionnaires ont été récupérés à la date limite du 15 février 2014. Entre temps, plusieurs rappels ont été effectués, sous forme de visites dans les services et dans les secrétariats. Ces visites ont permis de récupérer les questionnaires déjà remplis, et de rappeler aux sages-femmes qu'une étude était en cours.

Un total de 52 réponses a été recueilli sur cette période, dont 46 sages-femmes, 3 gynécologues-obstétriciens et 3 internes.

1.4.6 Biais

Les questions concernant les connaissances des professionnels à propos du syndrome de Lacomme ne permettent pas de déterminer avec certitude les personnes qui ont sélectionné la bonne réponse ou non. En effet, comme vu dans la première partie du mémoire, les différentes études apportent des informations qui peuvent être assez différentes les unes des autres, en particulier concernant l'épidémiologie.

La population ayant répondu au questionnaire est difficilement interprétable en matière de statistiques. Il n'est pas possible d'établir des pourcentages avec un nombre de participants aussi peu élevé.



2 Résultats de l'enquête

2.1 POPULATION

2.1.1 Participation à l'enquête

Les chiffres concernant le nombre de professionnels au CHR Metz-Thionville ont été communiqués par les responsables du pôle Femme-Mère-Enfant et concernent l'année civile de 2013.

Note : dans les différentes figures qui vont suivre (tableaux et graphiques), les gynécologues-obstétriciens seront désignés par l'abréviation G-Obs.

N = 216	Questionnaire rempli	Nombre d'agents au CHR Metz-Thionville
Sages-femmes	46	140
G-Obs	3	36
Internes	3	40
Total	52	216

Tableau I. Participation des agents

2.1.2 Sexe

N = 52	Hommes	Femmes	Total
Sages-femmes	0	46	46
G-Obs	1	2	3
Internes	0	3	3
Total	1	51	52

Tableau II. Réponses selon le sexe

2.1.3 Établissement d'exercice

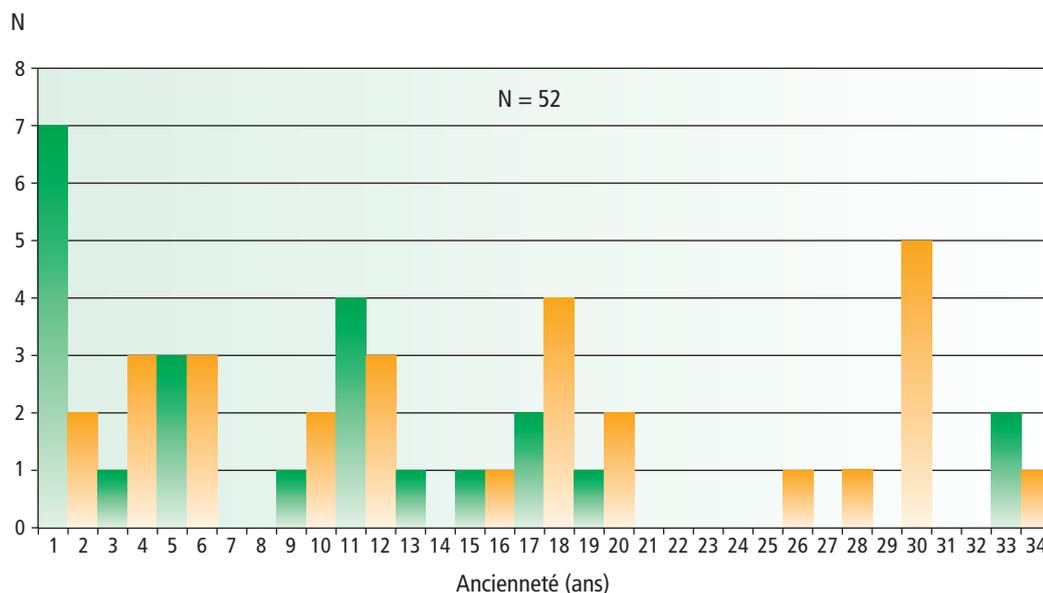
Répartition des professionnels entre l'hôpital Bel Air de Thionville, ou l'Hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME) de Metz.

N = 52	Bel Air, Thionville	HFME, Metz	Total
Sages-femmes	23	23	46
G-Obs	2	1	3
Internes	3	0	3
Total	28	24	52

Tableau III. Établissement d'exercice

2.1.4 Années d'expérience dans le secteur maternité

Les professionnels ayant répondu au questionnaire déclarent une ancienneté d'exercice allant de 1 an à 34 ans.

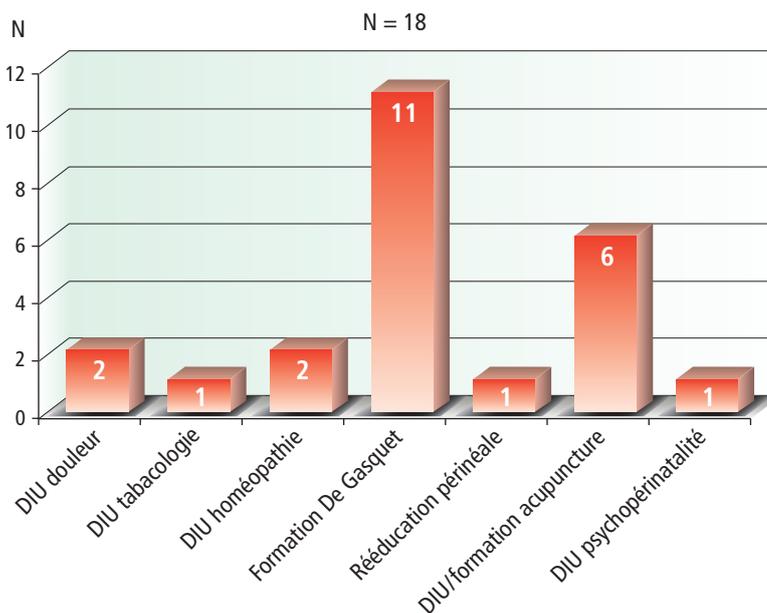


Graphique 1. Année d'expérience dans le secteur maternité

2.1.5 Formations effectuées ou diplômes universitaires obtenus

■ Sages-femmes

Ce graphique met en évidence les différents diplômes universitaires ou formations effectuées par les sages-femmes du CHR Metz-Thionville, et pour chacune le nombre de professionnelles concernées. Certaines d'entre elles en ont effectué plusieurs.



Graphique 2. Formation complémentaire des sages-femmes

■ Pour les gynécologues-obstétriciens et les internes du CHR Metz-Thionville

Deux des gynécologues-obstétriciens possèdent un DU d'échographie, additionné à une formation en médecine de la reproduction pour l'un, et aux DU de chirurgie vaginale et de colposcopie pour l'autre.

Un interne possède une formation en gynécologie de l'enfant et de l'adolescent.

2.2 CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS CONCERNANT LE SYNDROME DE LACOMME

2.2.1 Définition du syndrome de Lacomme

Ce tableau résulte du regroupement des réponses de deux questions différentes. Ainsi, il est possible de voir sur le même tableau si la personne interrogée connaît le syndrome de Lacomme, et si elle a bénéficié de cours à ce sujet durant sa formation.

N = 52	Connaissez-vous le syndrome de Lacomme ?			Avez-vous bénéficié de cours sur le syndrome de Lacomme ?			
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Sans réponse	Total
Sages-femmes	46	0	46	27	16	3	46
G-Obs	3	0	3	0	3	0	3
Internes	2	1	3	0	3	0	3
Total	51	1	52	27	22	3	52

Tableau IV. Connaissance du syndrome de Lacomme par les professionnels

2.2.2 Épidémiologie

■ Durant la grossesse

Le tableau suivant permet de voir dans quel ordre de pourcentage les professionnels placent l'incidence du syndrome de Lacomme durant la grossesse.

N = 52	0 à 25 %	25 à 50 %	50 à 75 %	75 à 100 %	Total
Sages-femmes	19	22	5	0	46
Internes	1	0	2	0	3
G-Obs	1	2	0	0	3
Total	21	24	7	0	52

Tableau V. Prévalence durant la grossesse

■ En post-partum

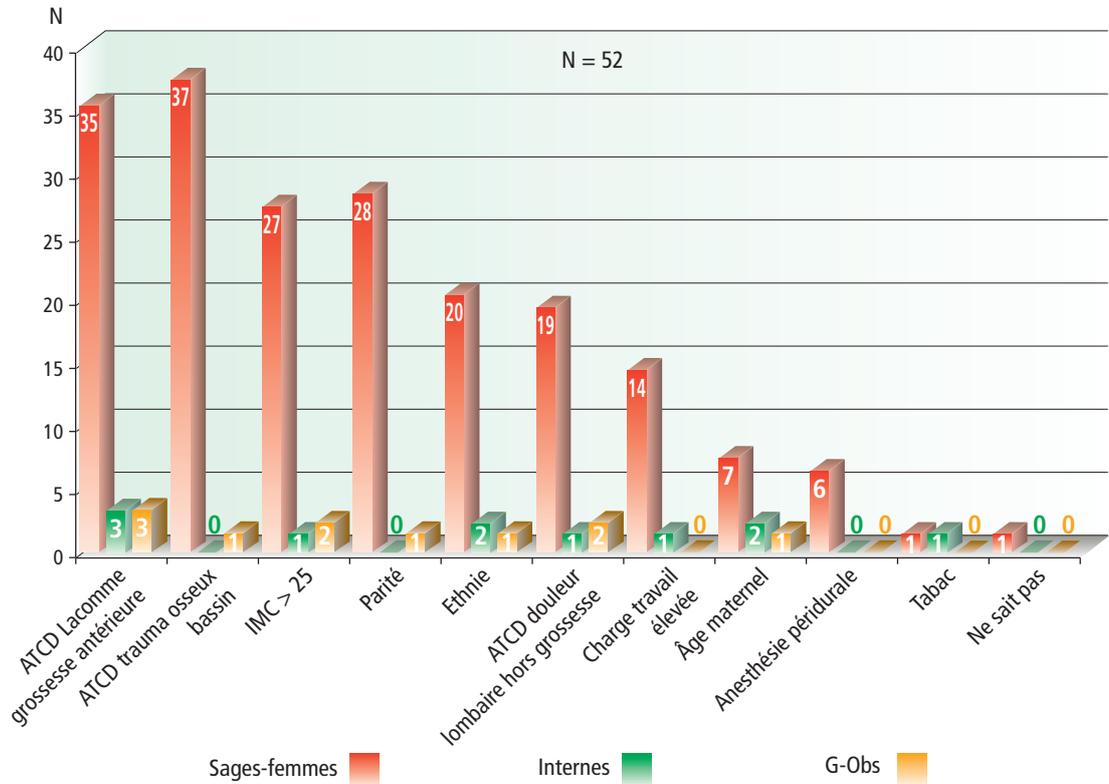
Le tableau suivant permet de voir dans quel ordre de pourcentage les professionnels placent l'incidence du syndrome de Lacomme dans le post-partum.

N = 52	0 à 25 %	25 à 50 %	50 à 75 %	75 à 100 %	Sans réponse	Total
Sages-femmes	37	4	3	0	2	46
Internes	1	2	0	0	0	3
G-Obs	2	1	0	0	0	3
Total	40	7	3	0	2	52

Tableau VI. Prévalence dans le post-partum

2.2.3 Facteurs de risque

Les professionnels ont sélectionné, parmi les propositions d'une question à choix multiples, les réponses qui représentent pour eux un facteur de risque du syndrome de Lacomme. Le nombre de réponses n'est pas limité.



Graphique 3. Facteurs de risque

2.2.4 Tests diagnostiques

■ Connaissance d'un ou plusieurs tests

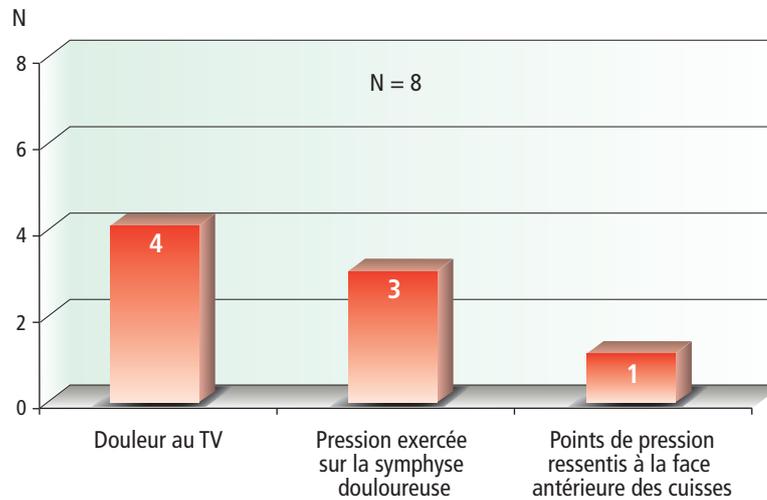
Ce tableau recense, par profession, le nombre de personnes connaissant un ou plusieurs tests de dépistage du syndrome de Lacomme.

N = 52	Oui	Non	Total
Sages-femmes	8	38	46
Internes	0	3	3
G-Obs	1	2	3
Total	9	43	52

Tableau VII. Connaissance des tests diagnostiques

■ Tests connus

Parmi les neuf personnes qui connaissent et/ou pratiquent un test de dépistage, huit ont exprimé, par l'intermédiaire d'une question ouverte, la nature du test en question.



Graphique 4. Tests connus par les professionnels

■ Utilisation du test de dépistage dans la pratique

Les professionnels interrogés ont été invités à juger de l'utilité d'un test diagnostique du syndrome de Lacomme. Ce graphique présente les résultats obtenus, en fonction de la connaissance préalable ou non d'un ou plusieurs tests.

N = 52		Utiles	Non utiles	Pas de réponse	Total
Sages-femmes	Connus	8	0	0	8
	Non connus	19	4	15	38
Internes	Connus	0	0	0	0
	Non connus	2	1	0	3
G-Obs	Connus	1	0	0	1
	Non connus	2	0	0	2
Total		32	5	15	52

Tableau VIII. Utilisation des tests

2.3 PRISE EN CHARGE RÉALISÉE AU CHR METZ-THONVILLE

2.3.1 Informations nécessaires à la prise en charge

■ Statut d'acquisition des informations

Ce tableau répartit les professionnels en deux catégories, selon qu'ils jugent avoir en leur possession toutes les informations nécessaires à la prise en charge du syndrome de Lacomme ou non.

N = 52	Informations nécessaires à la prise en charge acquises	Manque d'informations nécessaires à la prise en charge	Total
Sages-femmes	6	40	46
Internes	0	3	3
G-Obs	0	3	3
Total	6	46	52

Tableau IX. Acquisition des connaissances nécessaires à la prise en charge

■ Informations acquises

Ce tableau détaille quelques caractéristiques des professionnels estimant avoir en leur possession suffisamment d'informations pour prendre en charge cette pathologie (N = 6).

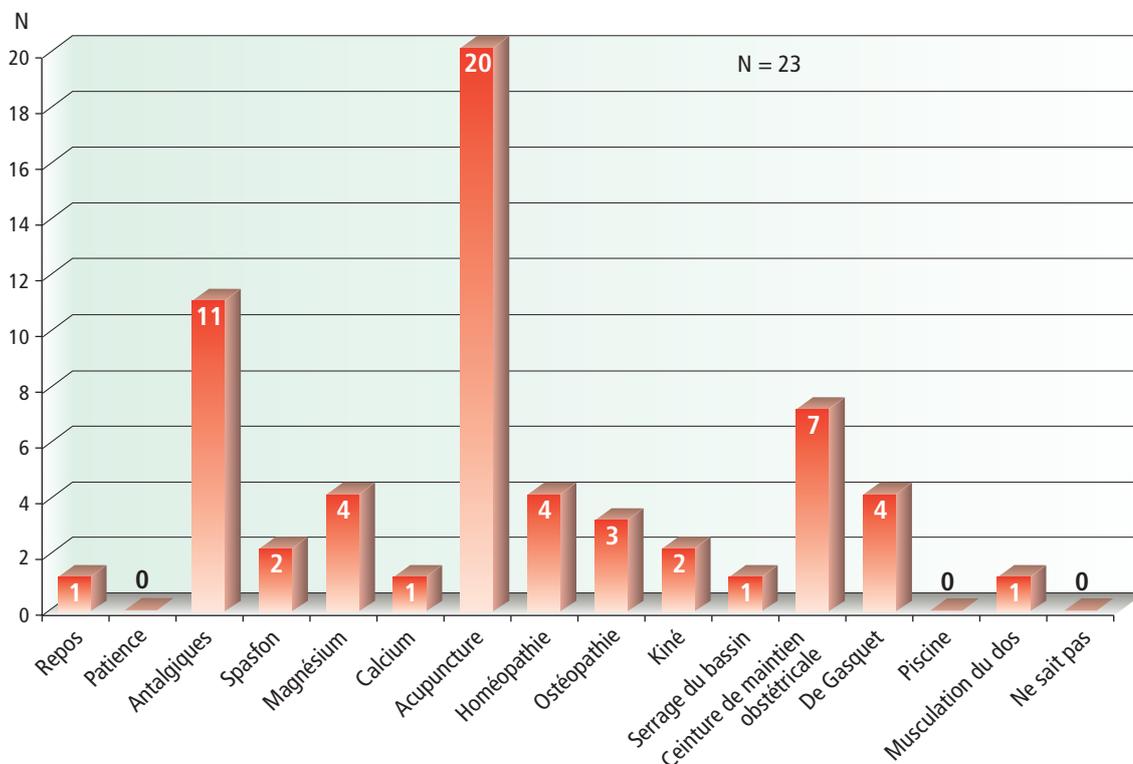
Cours à ce sujet	Formation complémentaire	Tests diagnostiques connus	Efficacité de la prise en charge actuelle
Oui	Aucune	Oui	Modérée
Oui	Aucune	Non	Bonne
Oui	Aucune	Non	Bonne
Oui	Aucune	Non	Très bonne
Oui	DIU acupuncture	Non	Bonne
Oui	DIU acupuncture Formation de Gasquet	Non	Bonne

Tableau X. Connaissances acquises

2.3.2 Prise en charge proposée par les sages-femmes

■ Hôpital Femme-Mère-Enfant de Metz

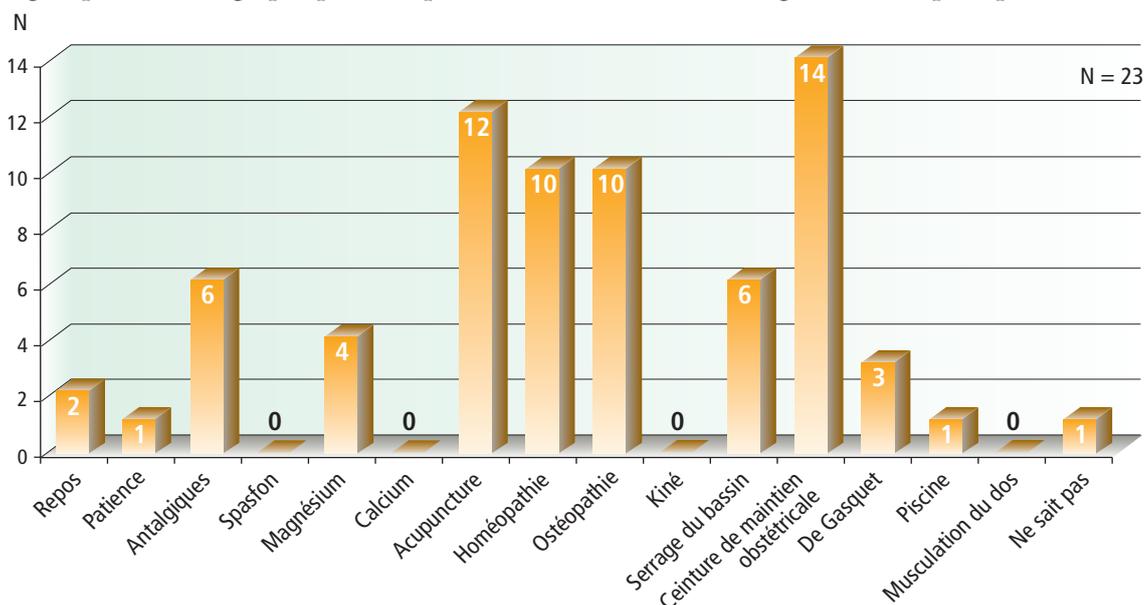
Les différentes options de prise en charge proposées à l'HFME de Metz sont regroupées dans ce graphique, avec pour chacune le nombre de sages-femmes qui la préconisent.



Graphique 5. Prise en charge des sages-femmes à HFME

■ Hôpital Bel Air de Thionville

Les différentes options de prise en charge proposées à l'hôpital Bel Air de Thionville sont regroupées dans ce graphique, avec pour chacune le nombre de sages-femmes qui la préconisent.



Graphique 6. Prise en charge des sages-femmes à Bel Air

■ Comparatif entre les deux sites

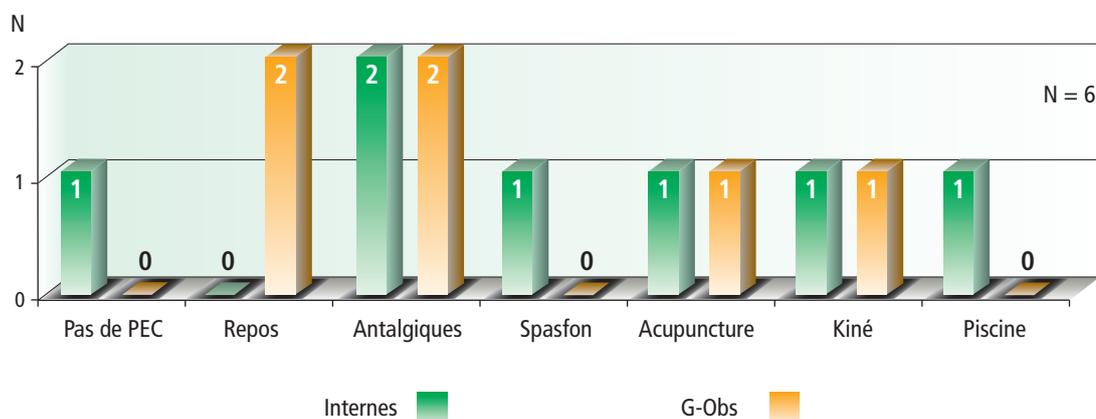
Ce tableau permet de comparer les thérapeutiques proposées par les deux établissements, et d'avoir un total pour chaque proposition de prise en charge regroupant toutes les sages-femmes du CHR ayant répondu au questionnaire.

	Repos	Patience	Antalgiques	Spasfon	Magnésium	Calcium	Acupuncture	Homéopathie	Ostéopathie	Kiné	Serrage du bassin	Ceinture de maintien obstétricale	De Gasquet	Piscine	Musculation du dos	Ne sait pas
Thionville	2	1	6	0	4	0	12	10	10	0	6	14	3	1	0	1
Metz	1	0	11	2	4	1	20	4	3	2	1	7	4	0	1	0
Total	3	1	17	2	8	1	32	14	13	2	7	21	7	1	1	1

Tableau XI. Comparatif de la prise en charge des sages-femmes entre Bel Air et HFME

2.3.3 Prise en charge proposée par les gynécologues-obstétriciens et les internes

Les différentes options de prise en charge proposées par les gynécologues-obstétriciens et les internes du CHR Metz-Thionville sont regroupées dans ce graphique, avec pour chacune le nombre de praticiens qui la préconisent.



Graphique 7. Prise en charge par les internes et les gynécologues-obstétriciens, tous sites confondus

2.3.4 Retour des patientes concernant la prise en charge proposée

Les retours qui sont donnés aux professionnels par les patientes ont été classés en deux catégories : l'intensité de l'efficacité (très bonne, bonne, plus ou moins bonne, mauvaise) et la rapidité ou la durée d'effet (immédiat, temporaire).

N = 52	Très bonne	Bonne	Plus ou moins	Mauvaise	Immédiate	Temporaire	Pas de retour	Vide	Total
Sages-femmes Metz	7	1	3	3	0	1	4	4	23
Sages-femmes Thionville	5	3	5	1	2	1	4	2	23
G-Obs	0	0	2	1	0	0	0	0	3
Internes	0	1	1	0	0	0	0	1	3
Total	12	5	11	5	2	2	8	7	52

Tableau XII. Retours concernant l'efficacité de la prise en charge
Vert : retour positif – Jaune : retour moyen – Rouge : retour négatif – Bleu : absence de réponse

2.4 PROJETS DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE

2.4.1 Demande d'informations sur le syndrome de Lacomme

■ Utilité d'un complément d'informations

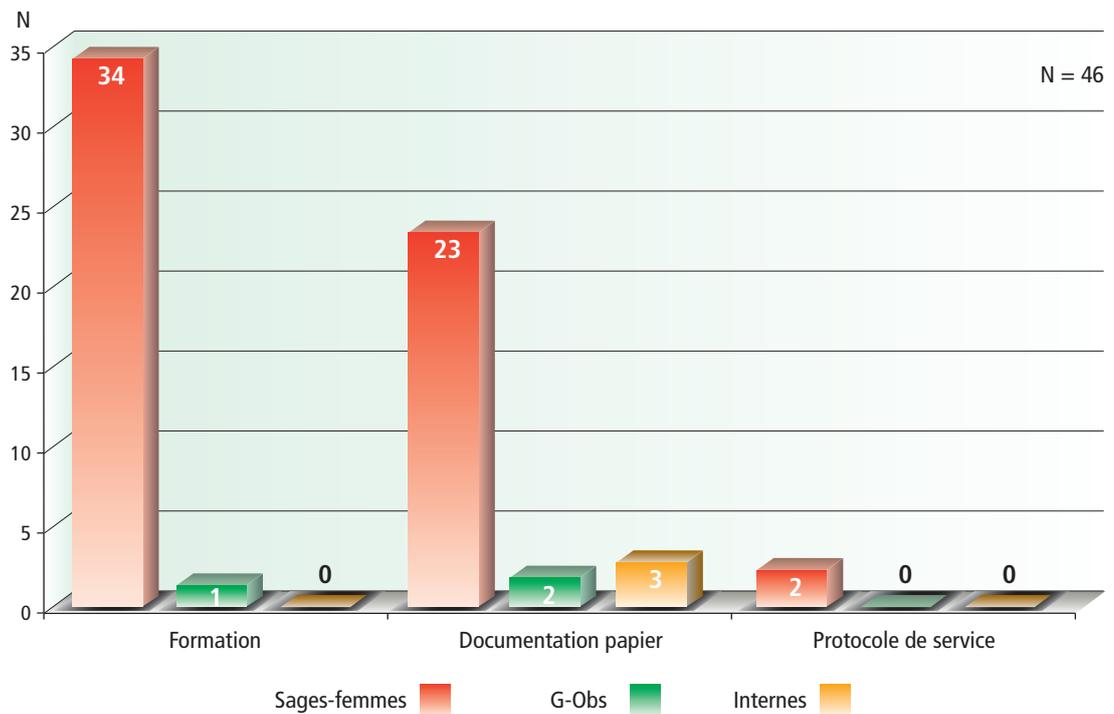
Ce tableau répartit les professionnels en deux catégories, selon qu'ils jugent avoir besoin d'un complément d'informations concernant le syndrome de Lacomme, ou non.

N = 52	Besoin d'un complément d'informations	Pas besoin d'un complément d'informations	Total
Sages-femmes	40	6	46
Internes	3	0	3
G-Obs	3	0	3
Total	46	6	52

Tableau XIII. Demandes d'informations complémentaires

■ Type de support

La possibilité d'envisager une formation ou de la documentation papier a été proposée aux professionnels ayant estimé avoir besoin d'informations complémentaires sur le syndrome de Lacomme. La création d'un protocole de service a été proposée à deux reprises dans la ligne « autres ».



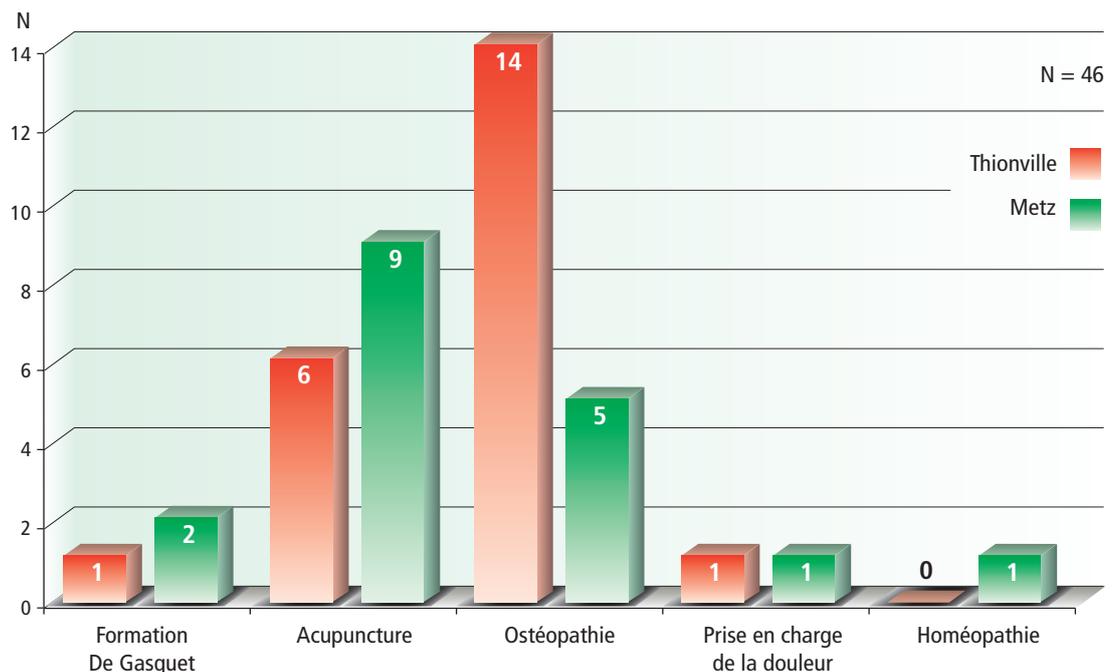
Graphique 8. Type de support des informations complémentaires

II.2.4.2 Formations et diplômes interuniversitaires

■ Utilité d'une formation ou d'un DIU particulier dans la prise en charge du syndrome de Lacomme

● Réponses des sages-femmes de Metz et Thionville

Ce graphique regroupe les cinq formations ou DIU proposés par les sages-femmes du CHR, en réponse à cette question ouverte.



Graphique 9. DIU ou formation utiles à la prise en charge

● Réponses des gynécologues-obstétriciens et des internes

Chacun des trois internes interrogés propose un type de formation différente : l'ostéopathie, l'école de kinésithérapie, ou encore la tenue en cours de formation d'un cours théorique sur la conduite à tenir face au syndrome de Lacomme.

Un gynécologue-obstétricien évoque le DIU de pelvipérinéologie.

■ Formations ou DIU prévus dans un avenir proche

Certains professionnels ayant répondu à l'enquête prévoient de suivre une formation ou de s'inscrire à un DIU prochainement, ce qui apparaît dans le tableau suivant.

	Ostéopathie	Acupuncture	Homéopathie	Rééducation périnéale	Psychiatrie périnatale	Ec ho	DU pelvipérinéologie	Sans réponse	Total
Sages-femmes	1	5	1	1	1	0	0	37	46
Internes	0	0	0	0	0	1	0	2	3
G-Obs	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Total	1	5	1	1	1	1	1	41	52

Tableau XIV. DIU ou formations prévues par les professionnels

PARTIE III

D

Discussion





1 Le diagnostic du syndrome de Lacomme du point de vue des professionnels

1.1 CONNAISSANCE GLOBALE DU SUJET

1.1.1 Première approche

Lorsqu'il est demandé aux professionnels du CHR Metz-Thionville s'ils connaissent le syndrome de Lacomme, 51 sur 52 répondent oui (**tableau IV**).

De plus, la population des personnes ayant répondu à l'enquête est assez variée. D'une part, le nombre d'années d'ancienneté s'étend de 1 an à 34 ans d'exercice dans un service d'obstétrique (**graphique 1**), avec une médiane des réponses entre 11 ans et 12 ans. D'autre part, la proportion des réponses entre les professionnels exerçant à l'hôpital Bel Air, et ceux exerçant à HFME est presque équivalente : parmi les 52 réponses, 24 proviennent de HFME et 28 de Bel Air (**tableau III**). Ces éléments nous permettent d'affirmer que le syndrome de Lacomme est connu de la plupart des sages-femmes, des internes et des gynécologues-obstétriciens, quels que soient leur ancienneté ou leur établissement d'exercice.

Pourtant, peu d'informations sont disponibles dans la littérature concernant ce trouble de la grossesse. On peut donc se demander ce que « connaître » signifie dans ce contexte : soit les professionnels ont répondu oui en évoquant une connaissance de données scientifiques relatives à cette pathologie, soit leur réponse témoigne du fait que le syndrome de Lacomme est souvent rencontré au cours de leur pratique professionnelle.

1.1.2 Place du syndrome de Lacomme dans la formation initiale

Nous pouvons constater qu'aucun interne en gynécologie-obstétrique ou gynécologue-obstétricien de la population ne mentionne avoir suivi un cours à ce sujet durant leurs études de médecine. Il est donc probable que de tels cours ne soient pas au programme des études de médecine (**tableau IV**).

Par contre, une majorité de sages-femmes, 27 sur 46 (**tableau IV**), déclarent avoir eu un enseignement concernant le syndrome de Lacomme inclus dans la formation initiale. Cette inégalité entre les réponses attribuées aux sages-femmes peut s'expliquer par le fait que toutes

ne sont pas en provenance de la même école de sages-femmes, ou éventuellement de la nature du cours qui a été dispensé. Si le syndrome de Lacomme a été évoqué sans être approfondi au cours d'un enseignement relatif à un autre mécanisme, sans bénéficier d'un cours ciblé uniquement sur ce sujet, cela a pu engendrer des réponses négatives.

D'une façon générale, avec 27 réponses positives sur 52 (**tableau IV**), on peut considérer que l'enseignement du syndrome de Lacomme au cours de la formation initiale n'est pas systématique.

1.2 REGARD DES PROFESSIONNELS SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE

D'une façon générale, dans la littérature, la prévalence n'est pas connue avec certitude. Ce constat se retrouve auprès des professionnels du CHR, invités à donner une estimation de la prévalence au cours de la grossesse et dans le post-partum.

Durant la grossesse (**tableau V**), les professionnels estiment la prévalence du syndrome de Lacomme parmi les propositions qui vont de 0 à 75 %. Ainsi, 21 professionnels sur 52 ont choisi « 0 à 25 % », 24 sur 52 ont choisi « 25 à 50 % », et 7 sur 52 ont sélectionné « 50 à 75 % ». On peut constater que la plupart des réponses placent la prévalence du syndrome de Lacomme durant la grossesse entre 0 à 50 %.

Dans le post-partum (**tableau VI**), l'estimation de la prévalence est similaire, et va de 0 à 75 %. Parmi les réponses, 40 sur 52 concernent la proposition « 0 à 25 % », 7 sur 52 la proposition « 25 à 50 % », et 3 sur 52 la proposition « 50 à 75 % ». Cette fois, la majorité des professionnels placent plutôt la prévalence du syndrome de Lacomme dans le post-partum entre 0 et 25 %.

Ces réponses s'accordent avec les données scientifiques, à savoir que l'épidémiologie du syndrome de Lacomme reste incertaine. Il y a peut-être une part de subjectivité dans les réponses des professionnels, probablement attribuable à la variabilité importante du seuil de résistance à la douleur des patientes.

1.3 LA PLACE DU DIAGNOSTIC

1.3.1 Par la mise en évidence de facteurs de risque

Le dépistage et le diagnostic du syndrome de Lacomme passe par la mise en évidence des facteurs de risque au sein de la population de patientes qui consultent durant leur grossesse, ou examinées en service de suites de couches dans le post-partum.

Avoir un antécédent de syndrome de Lacomme au cours d'une grossesse antérieure, un antécédent de traumatisme osseux du bassin, ou un antécédent de douleurs lombaires en

dehors de la grossesse constitue un facteur de risque (haut niveau de preuve). Les réponses des professionnels, invités à sélectionner parmi une liste les facteurs qui leur semblent à risque (**graphique 3**), sont relativement en accord avec ces trois éléments. Les propositions « antécédent de syndrome de Lacomme au cours d'une grossesse antérieure », et « antécédent de traumatisme osseux du bassin » sont les deux propositions les plus sélectionnées (respectivement 41 et 38 sélections du facteur sur 52 réponses). Par contre, « antécédent de douleurs lombaires en dehors de la grossesse » a été moins retenu par les professionnels en tant que facteur de risque potentiel, puisqu'il n'a été sélectionné que 22 fois parmi les 52 réponses.

Certains éléments restent à l'heure actuelle encore discutés dans les différentes études, dont la parité, l'âge maternel, et une charge de travail élevée. Les différentes études ayant été menées à ce sujet sont soit non significatives, soit contradictoires entre elles. Un lien étroit entre la parité et l'âge maternel (très jeunes primipares ou grandes multipares plus âgées) a été évoqué pour expliquer ces contradictions. Cette incertitude se reflète dans les réponses des professionnels (**graphique 3**). En effet, ces critères se trouvent dans la médiane au niveau de la fréquence de sélection, et ne sont donc ni dans les deux plus choisis, ni dans les deux moins choisis. La proposition « parité » obtient 29 sélections sur 52 réponses, alors que les propositions « charge de travail élevée » et « âge maternel » ont été un peu moins sollicitées (respectivement 15 et 10 fois sur 52).

Un certain nombre d'éléments ont été déterminés « non à risque » de façon unanime dans les différentes études. Parmi ceux-ci figurent l'ethnie maternelle, l'Indice de Masse Corporelle (IMC), une anesthésie péridurale (pour des effets dans le post-partum), ou encore la consommation de tabac. Parmi les réponses des professionnels (**graphique 3**), les critères « anesthésie péridurale » et « tabagisme » sont les deux éléments qui ont été le moins sélectionnés, avec respectivement 6 et 2 réponses sur 52 les incluant au choix, ce qui est tout à fait conforme aux résultats retrouvés dans la littérature. Par contre, les critères « IMC » et « ethnie maternelle » ont été relativement plébiscités (respectivement 30 et 23 réponses sur 52 les incluant dans les facteurs de risque), et se trouvent dans les cinq facteurs les plus choisis parmi les dix proposés.

Il apparaît que les éléments ayant un haut niveau de preuve de constituer des facteurs de risque dans la littérature sont facilement isolés par les professionnels de l'obstétrique. Cependant, il paraît difficile au groupe ayant répondu au questionnaire de reconnaître les éléments anamnestiques qui ne sont pas des facteurs de risque à l'apparition d'un syndrome de Lacomme. Au regard de ces résultats, le risque au cours de la pratique pourrait être, par exemple, d'éliminer trop vite d'autres diagnostics possibles, en présence d'éléments injustement considérés comme des facteurs de risque du syndrome de Lacomme.

1.3.2 Par l'utilisation des tests cliniques diagnostiques

Les tests cliniques pour dépister le syndrome de Lacomme peuvent être de différentes natures.

Tout d'abord, il existe des tests caractéristiques qui sont assez répandus. Ceux-ci sont décrits dans différentes études ou articles, dont certains sont en français. Ce sont des tests simples, impliquant la réalisation d'un toucher vaginal, ou non : la douleur est provoquée par une pression externe exercée sur la symphyse pubienne, ou lors du toucher vaginal, lorsqu'un appui est réalisé sur les os du bassin. Ces tests sont connus de quelques-uns des professionnels ayant répondu au questionnaire (**tableau VII**) : 9 personnes sur 52, dont 8 sages-femmes, déclarent connaître un test clinique pouvant aider à diagnostiquer le syndrome de Lacomme. Parmi ces réponses, 4 concernent une douleur lors de la réalisation de l'examen vaginal, 3 concernent la douleur provoquée lors d'une pression sur la symphyse pubienne, et une réponse n'est pas exploitable, car elle ne concerne pas un test clinique, mais une caractéristique de la douleur.

D'autres tests existent, mais ceux-ci ne sont pas évoqués dans la littérature ou dans les études françaises. On les retrouve décrits dans une étude australienne, et également dans les *European Guidelines* de 2004. Le « *P4 test* », le « *Patrick's Faber test* », le « *Modified Trendelenburg's test* » sont des tests cliniques diagnostiques qui sont réalisables facilement et rapidement, avec une manipulation très simple des jambes d'une patiente en position allongée, ou debout. Le fait qu'ils soient inconnus en France peut probablement s'expliquer par le peu d'études ayant été réalisées à ce sujet. Pourtant, il pourrait être intéressant pour les professionnels de se les approprier, afin de s'en servir dans la pratique courante.

Les professionnels ayant participé à l'étude se montrent favorables à l'utilisation de tests cliniques pour le diagnostic du syndrome de Lacomme. En effet, qu'ils aient connaissance d'un de ces tests, ou non, 32 personnes sur 52 déclarent qu'un test de ce genre leur est utile ou leur serait utile (s'ils n'en connaissent pas) dans leur pratique quotidienne. Il est également intéressant de noter que parmi les 9 personnes connaissant déjà un des tests cliniques, aucune ne déclare qu'il ne lui est pas utile dans sa pratique.

1.3.3 Avantages de la connaissance des méthodes diagnostiques

Actuellement, le diagnostic du syndrome de Lacomme passe surtout par la clinique. En effet, la douleur et les circonstances de sa survenue sont caractéristiques, ainsi que les difficultés à la mobilisation engendrées.

Cependant, connaître les facteurs de risques de survenue d'un syndrome de Lacomme, ainsi que des tests cliniques réalisables facilement pourraient permettre de réaliser une prise en charge adaptée de la douleur dès l'apparition des symptômes. Bien qu'il n'existe pas de réelle prévention, le fait de traiter suffisamment tôt dans la grossesse pourrait éviter les formes sévères à proximité du terme, et les complications pouvant survenir.

De plus, dès lors que le diagnostic du syndrome de Lacomme devient plus simplement réalisable, il sera probablement plus facile de le dépister lors du diagnostic d'autres pathologies. Ainsi, cela peut le rendre plus visible lorsqu'il est associé ou à l'origine d'un autre trouble, et permettre sa prise en charge.



2 Mise en place de la prise en charge

Une bonne connaissance du sujet par les professionnels, et leur capacité à réaliser le diagnostic clinique du syndrome de Lacomme, constituent deux éléments essentiels à la mise en place d'une prise en charge adaptée.

2.1 LES PRÉREQUIS DES PROFESSIONNELS

Au regard des questions ayant été posées au préalable dans le questionnaire, il a été demandé aux professionnels s'ils pensaient avoir en leur possession toutes les informations qui leur sont nécessaires à la prise en charge du syndrome de Lacomme (**tableau IX**). Une grande majorité d'entre eux, c'est-à-dire 46 professionnels sur 52, estime manquer d'informations à propos de cette pathologie.

Parmi les six personnes estimant avoir toutes les informations nécessaires à la prise en charge du syndrome de Lacomme en leur possession (**tableau X**), toutes sont des sages-femmes, et déclarent avoir bénéficié de cours à ce sujet lors de leur formation initiale. La plupart (4 réponses sur 6) n'ont pas suivi de formation en particulier. Seules deux d'entre elles ont un DIU d'acupuncture, en plus d'une formation De Gasquet pour l'une des deux.

On remarque aussi qu'au début du questionnaire, 51 personnes sur 52 déclaraient connaître le syndrome de Lacomme (**tableau IV**). Cependant, à cette question, 46 personnes sur 52 estiment ne pas avoir toutes les informations nécessaires à la prise en charge en leur possession (**tableau IX**). Ceci témoigne à nouveau de la méconnaissance du syndrome de Lacomme : bien que les professionnels le connaissent de nom, ils estiment cependant ne pas en savoir assez à son sujet pour le prendre en charge. Nous verrons ultérieurement que ces mêmes personnes sont réceptives à la transmission d'informations qui pourraient pallier ce manque (**tableau XIII**).

2.2 CONFRONTATION ENTRE LES PRATIQUES ACTUELLES ET LA LITTÉRATURE

2.2.1 Approche pluridisciplinaire

Par l'intermédiaire d'une question libre, les professionnels ont exprimé la nature de la prise en charge qu'ils proposent actuellement aux patientes souffrant d'un syndrome de

Lacomme. Actuellement, en l'absence d'étude comparative significative des traitements du syndrome de Lacomme, une prise en charge de type pluridisciplinaire est préférable. Ainsi, les différents traitements possibles peuvent être proposés aux patientes, ce qui leur permet de prendre une part active dans le choix du traitement. Cela peut favoriser l'adhésion et l'observance de la prise en charge proposée.

Les réponses formulées par les professionnels cadrent avec cet objectif de pluridisciplinarité. Les sages-femmes de Thionville (**graphique 5**), de Metz (**graphique 6**), les gynécologues obstétriciens et les internes (**graphique 7**) proposent une large variété de traitements. La prise en charge peut comprendre aléatoirement le repos, les traitements allopathiques (antalgiques, Spasfon[®], calcium, magnésium), l'acupuncture, l'homéopathie, le travail corporel (kinésithérapie, ostéopathie, postures De Gasquet, natation, musculation du dos), ou encore la prescription d'une ceinture de maintien obstétricale.

2.2.2 Nature des traitements proposés

■ Traitements empiriques

Les études disponibles dans la littérature s'accordent toutes pour dire que la prescription de paracétamol est inefficace dans le cadre du traitement étiologique du syndrome de Lacomme. Ceci dit, il paraît juste de l'associer à un antispasmodique de type Spasfon[®] dans le traitement des contractions utérines pouvant survenir en complication de cette pathologie. Il s'agit des contractions de Braxton Hicks, qui viennent augmenter la douleur. Cette stratégie thérapeutique ne doit donc pas être pratiquée exclusivement, et être associée à un autre type de prise en charge, qui sera plus porté sur les étiologies du syndrome de Lacomme.

Au sein du CHR Metz-Thionville, la prescription de paracétamol ou d'antispasmodiques de type Spasfon[®] est assez souvent pratiquée. Parmi les 46 sages-femmes ayant répondu au questionnaire (**tableau XI**), 17 déclarent prescrire des antalgiques de type paracétamol dans le cadre de la prise en charge du syndrome de Lacomme, et 2 déclarent prescrire des antispasmodiques de type Spasfon[®]. Les réponses des sages-femmes sont relativement équilibrées entre Bel Air et HFME. La tendance est similaire lorsqu'on observe les réponses des gynécologues-obstétriciens et des internes (**graphique 7**). Parmi les 6 réponses, 4 personnes prescrivent du paracétamol, et une seule prescrit du Spasfon[®]. Il serait intéressant de savoir dans quel but sont réalisées ces prescriptions : est-ce en tant que traitement étiologique systématique, ou en tant que traitement des contractions qui peuvent être associées, en prévention de l'évolution vers une menace d'accouchement prématuré ?

Par contre, le traitement par prescription de magnésium ou de calcium n'est pas évoqué du tout dans les études ayant été menées à l'étranger. À l'heure actuelle, ce type de traitement ne semble donc pas recommandé : des études complémentaires sur les effets d'une prescription de magnésium ou de calcium dans un cas de syndrome de Lacomme seraient nécessaires pour évaluer son efficacité. Les réponses des professionnels du CHR sont en

accord avec la littérature : aucun interne ou gynécologue-obstétriciens sur les 6 répondants ne prescrit de calcium ou de magnésium dans le cadre de la prise en charge du syndrome de Lacomme (**graphique 7**). Par contre, 8 sages-femmes sur 46 prescrivent encore du magnésium, mais une seule d'entre elles prescrit du calcium (**tableau XI**).

■ Traitements issus de méthodes « alternatives »

● *Acupuncture*

Bien que la plupart des traitements pouvant être proposés dans le cadre d'un syndrome de Lacomme soient encore en cours d'évaluation, certaines méthodes ont d'ores et déjà fait leurs preuves au cours d'études significatives. L'acupuncture, par exemple, a été reconnue comme une méthode efficace dans la prise en charge du syndrome de Lacomme. Les sages-femmes détentrices d'un DIU en acupuncture, que ce soit à Metz ou à Thionville, proposent des séances au cours de la grossesse ou dans le post-partum, de façon ponctuelle, sur demande des patientes lors des consultations de suivi de grossesse ou au cours d'une hospitalisation dans l'établissement.

L'utilisation de l'acupuncture a été citée par la majorité des professionnels dans les questionnaires : 34 d'entre eux mentionnent la proposition de séances d'acupuncture dans leur prise en charge du syndrome de Lacomme. Les sages-femmes exerçant à Metz semblent avoir particulièrement recours à cette technique, puisqu'elles sont 20 sur 23 à la mentionner, contre 12 sur 23 pour les sages-femmes exerçant à Thionville, ce qui reste supérieur à la moitié d'entre elles (**tableau XI**). Les gynécologues-obstétriciens et les internes sont 2 sur 6 à préconiser le recours à l'acupuncture dans leur prise en charge (**graphique 7**).

● *Travail corporel et ceinture de maintien obstétricale*

L'ensemble de ce que l'on appelle le travail corporel, constitué par les postures faisant partie de la méthode De Gasquet, la natation ou la gym douce compatibles avec la grossesse, ont également été prouvées comme étant bénéfiques à la prise en charge de la douleur, associées à d'autres traitements. C'est aussi le cas pour le port d'une ceinture de maintien obstétricale.

La méthode De Gasquet, qui comprend un ensemble de postures (compatibles avec la grossesse) inspirées du yoga, a été évoquée de façon équilibrée par les sages-femmes du CHR. Parmi les 46 sages-femmes (**tableau XI**), 7 proposent la pratique de ces postures. Deux autres propositions concernent la pratique d'exercices en piscine, et la musculation du dos, qui sont toutes deux évoquées dans la littérature comme ayant un intérêt dans la prise en charge du syndrome de Lacomme. En ce qui concerne ce type de prise en charge, seul un interne parmi le groupe de 6 professionnels constitué par les gynécologues-obstétriciens et les internes (**graphique 7**) propose la pratique d'exercices en piscine.

Le port d'une ceinture de maintien obstétricale s'est aussi révélé efficace dans la gestion de la douleur et la réduction des difficultés à la mobilisation liées au syndrome de Lacomme.

Bien que cela ne soit pas décrit dans la littérature, certaines sages-femmes pratiquent le « serrage du bassin », à l'aide d'un drap ou d'une écharpe passée autour des hanches de la patiente. Parmi les 46 réponses de sages-femmes (**tableau XI**), 7 pratiquent cette méthode, dont 6 à Thionville. Les effets de cette technique s'apparentent au port d'une ceinture obstétricale, qui est souvent prescrite à la suite d'un serrage du bassin pour en poursuivre les effets sur le long terme. Elle est souvent prescrite par les sages-femmes, 21 d'entre elles l'ont citée comme faisant partie de leur prise en charge du syndrome de Lacomme, dont 14 à Thionville (ce qui représente plus de la moitié des réponses de sages-femmes à Thionville).

Ces pratiques n'apparaissent pas dans les réponses des gynécologues-obstétriciens ou des internes recueillies au cours de l'étude (**graphique 7**).

● *Ostéopathie, kinésithérapie et homéopathie*

Les autres méthodes, comme l'ostéopathie, la kinésithérapie ou l'homéopathie, ont déjà fait preuve de leur efficacité au cours d'études générales concernant la pratique dans sa globalité, mais nécessiteraient de bénéficier d'études spécifiques concernant leur effet face à un syndrome de Lacomme. Ces disciplines sont proposées aux patientes au CHR : sur 46 sages-femmes, 14 prescrivent de l'homéopathie (dont 10 réponses de Thionville), 13 proposent une consultation chez un ostéopathe (dont 10 à Thionville), et 2 une consultation chez un kinésithérapeute. Deux réponses du groupe « gynécologues-obstétriciens et internes » orientent vers une consultation de kinésithérapie.

La proportion de réponses en faveur de ces pratiques reste mitigée. Pourtant, en ce qui concerne l'homéopathie par exemple, un protocole de service est accessible par les professionnels au CHR. Il serait peut-être intéressant de savoir si ce sont les patientes qui ne sont pas intéressées par ce genre de traitements, ou s'ils sont peu proposés par les professionnels.

● *Différence entre les deux sites*

Les réponses des gynécologues-obstétriciens et des internes sont insuffisantes pour être comparables entre les sites de Metz et de Thionville. Cependant, les réponses des sages-femmes, à égalité entre les deux sites, permettent de mettre en évidence le fait que certains traitements sont préférentiellement proposés à Metz ou à Thionville (**tableau XI**).

Les sages-femmes exerçant à HFME sont une grande majorité à intégrer les séances d'acupuncture dans leur prise en charge du syndrome de Lacomme, contre la moitié des sages-femmes exerçant à Bel Air. La pratique de l'acupuncture a, en effet, été une particularité de la maternité Sainte-Croix depuis 1985, sous la direction de Monsieur Bouschbacher et de Madame Mangeot. Cet établissement constituait d'ailleurs à cette époque l'une des références françaises en la matière (avec les équipes de Strasbourg et de Nîmes), tant sur le plan clinique qu'au niveau de la formation. Celle-ci, d'une durée de 120 heures, correspondait approximativement à l'actuel DIU.

Par contre, on constate que toutes les propositions incluant du travail corporel (l'ostéopathie, la ceinture de maintien obstétricale, la méthode De Gasquet) sont plus souvent citées parmi la population de sages-femmes exerçant à l'hôpital Bel Air que celles exerçant à HFME. Cette constatation pourrait par exemple conduire à une étude comparative de l'efficacité des traitements proposés sur les deux sites. On pourrait également chercher l'origine de cette différence de sensibilité pour les différentes techniques (un projet de service, une formation proposée en interne), et s'en servir pour amener chacune d'entre elles dans l'établissement qui n'y est pas encore sensibilisé.

■ L'abstention

Parmi toutes les réponses recueillies, certaines ont une orientation plutôt tournée vers l'absence de traitement. Proposer une période de repos à la patiente, en prescrivant un arrêt de travail par exemple, est parfaitement indiqué dans le cadre du syndrome de Lacomme, à condition de proposer également d'autres types de traitements pouvant permettre d'améliorer la gestion de la douleur et des difficultés motrices au quotidien. Les professionnels sont 5 sur 52 à évoquer le repos dans leur prise en charge (**tableau XI** et **graphique 7**). Ceci dit, on ne peut pas savoir si le repos n'est pas implicite dans les différentes réponses recueillies, puisqu'il ne constitue pas un traitement à proprement parler.

Par contre, parmi les 52 réponses (**tableau XI** et **graphique 7**), une sage-femme propose de faire preuve de patience, et une autre de ne pas mettre en place de traitement. Ces réponses peuvent illustrer le fait que le syndrome de Lacomme reste mal connu, et que certains professionnels ne sont pas à l'aise quant à la mise en place d'une prise en charge qui soit adaptée.

2.3 EFFICACITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

À l'issue de l'enquête, nous ne pouvons pas donner de réponses concernant ce point, tous les traitements n'ayant pas bénéficié d'études significatives concernant leur efficacité. D'autre part, dans cette étude, ce sont les professionnels qui ont été interrogés, il est donc impossible de bénéficier d'une réelle évaluation de l'efficacité de la prise en charge, tant que l'on ne s'adresse pas directement aux patientes.

Néanmoins, une question portait sur le retour obtenu de la part des patientes concernant l'efficacité de la prise en charge proposée (**tableau XII**). Pour cette question, 15 réponses sur 52 mentionnent l'absence de retour, ou sont laissées vides : ce critère manifeste la difficulté pour les professionnels d'obtenir un retour de la part de patientes qu'ils ne sont pas forcément amenés à rencontrer à nouveau.

Le retour est considéré comme positif si la réponse mentionne « très bon », « bon », ou « immédiat ». Le retour est positif dans 18 questionnaires sur 52.

Le retour est moyen si la réponse mentionne « plus ou moins efficace » ou « temporaire », ce qui est le cas dans 13 questionnaires sur 52.

Certaines réponses mentionnent un retour négatif, lorsque la réponse mentionne « mauvais », dans 5 questionnaires sur 52.

Même si ces résultats ne sont pas exploitables, il apparaît que le retour est plus souvent positif que négatif. Une étude plus poussée, s'adressant directement aux patientes, pourrait être menée pour confirmer cette tendance.



3 Besoins en matière de formation

Dans la prise en charge du syndrome de Lacomme, nous avons pu constater qu'une prise en charge pluridisciplinaire était la plus indiquée. Il est probable que cela ne soit pas la seule pathologie concernée par ce constat, ce qui donne une importance considérable aux formations complémentaires.

3.1 UNE DEMANDE DES PROFESSIONNELS

Parmi les 52 professionnels interrogés, 46 souhaiteraient bénéficier d'informations complémentaires au sujet du syndrome de Lacomme (**tableau XIII**). À noter que les personnes en demande d'informations sont les mêmes que celles ayant estimé ne pas avoir en leur possession toutes les informations nécessaires à la prise en charge de cette pathologie (**tableau IX**). Ces résultats montrent que les professionnels du CHR seraient tout à fait réceptifs à la délivrance d'un complément d'informations concernant cette pathologie.

3.2 SUPPORT LE PLUS ADAPTÉ AU RELAIS DE L'INFORMATION

3.2.1 Selon les préférences des professionnels interrogés

Il a été demandé aux personnes ayant exprimé le désir d'obtenir plus d'informations concernant le syndrome de Lacomme de préciser la nature du support de l'information qu'ils souhaitaient recevoir. Deux propositions ont été faites : une formation, ou une documentation sur support papier (**graphique 8**), avec la possibilité de faire une proposition alternative dans

la ligne « autre ». Au vu des réponses recueillies, les professionnels sont plutôt en attente d'une formation : 35 d'entre eux ont choisi cette méthode, sur les 46 personnes demandeuses d'informations.

La possibilité d'éditer un document papier à propos du syndrome de Lacomme et de sa prise en charge intéresserait 28 personnes sur 46. À noter que ce mode de transmission des informations est particulièrement favorisé par les gynécologues-obstétriciens et les internes : 5 sur 6 ont choisi cette proposition.

La création d'un protocole de service est le seul mode de transmission des informations sur le syndrome de Lacomme ayant été sollicité par le biais de la case « autre » : deux sages-femmes ont fait cette proposition. Il serait intéressant d'interroger à nouveau les professionnels en mentionnant cette proposition parmi les choix, afin de voir si d'autres personnes se montreraient intéressées.

3.2.2 Les formations ou diplômes interuniversitaires

■ Apports des formations ou des diplômes interuniversitaires déjà disponibles

Certaines formations complémentaires pouvant se montrer utiles dans la prise en charge du syndrome de Lacomme existent déjà, et sont accessibles aux professionnels de l'obstétrique (aussi bien aux sages-femmes, qu'aux gynécologues-obstétriciens ou aux internes). Parmi celles-ci, on retrouve essentiellement le DIU d'acupuncture, d'homéopathie, les formations proposées par l'institut De Gasquet, la formation d'ostéopathe ou encore le DIU d'ostéopathie.

● Du point de vue des sages-femmes

Les réponses des sages-femmes, interrogées sur les formations ou DIU qui leur paraîtraient les plus pertinents pour aider à prendre en charge le syndrome de Lacomme, sont en accord avec ces propositions (**graphique 9**).

Les formations qui sont le plus souvent proposées sont le DIU d'acupuncture et la formation d'ostéopathe. Le DIU d'acupuncture a été cité par 9 sages-femmes sur 23 à Metz, et 6 sages-femmes sur 23 à Thionville. La formation d'ostéopathe a été citée par 14 sages-femmes sur 23 à Thionville, et 5 sur 23 à Metz. Il est intéressant de relever qu'une fois encore, les sages-femmes de Bel Air semblent favoriser une formation concernant plutôt l'ostéopathie, et les sages-femmes d'HFME considèrent que la formation en acupuncture serait la plus pertinente.

Les formations « De Gasquet », ou l'homéopathie, ont été peu citées. En effet, respectivement 3 et une seule sage-femme sur 46 ont rappelé l'utilité de ces formations. Cela peut s'expliquer de plusieurs façons. D'une part, la formation De Gasquet est celle qui a déjà été suivie par le plus grand nombre de sages-femmes (**graphique 2**) : 11 sages-femmes sur 46 y ont déjà

participé. Ainsi, il est possible que les personnes ayant déjà bénéficié de cette formation ne l'aient pas mentionnée à nouveau en réponse à cette question. En ce qui concerne l'homéopathie, les sages-femmes se réfèrent probablement déjà aux protocoles qui ont été conçus et qui sont disponibles dans les services, sans concevoir ce que leur apporterait une formation spécifique sur ce point.

Une formation sur la prise en charge de la douleur, comme le DIU prise en charge de la douleur, a également été évoquée par deux sages-femmes. Cette formation peut certainement apporter des éclairages sur certains points, mais reste probablement un peu trop générale pour apporter des informations concrètes sur le syndrome de Lacomme.

● *Du point de vue des gynécologues-obstétriciens et des internes*

Plusieurs formations ont été citées de façon isolée. Une formation en ostéopathie ou en kinésithérapie peut bien sûr se révéler utile à la prise en charge du syndrome de Lacomme. Par contre, le DIU de pelvi-périnéologie semble un peu éloigné de ce sujet, étant consacré à la description et au traitement des prolapsus pelviens.

L'une des propositions concerne la tenue d'un cours théorique lors de la formation initiale. Ce serait en effet une possibilité, mais il faudrait voir dans quel contexte ce sujet serait abordé (avec quelles autres pathologies pourrait-on le regrouper, à quel stade de la formation peut-on l'aborder, par exemple).

■ **Une formation sur la prise en charge du syndrome de Lacomme**

Serait-il envisageable de créer une formation réservée exclusivement au syndrome de Lacomme ? Probablement pas, puisque bien qu'étant un trouble fréquent de la grossesse, la délivrance d'informations à ce sujet, même de façon très approfondie, ne devrait pas nécessiter plus de quelques heures.

Par contre, lorsqu'on sait que la prise en charge du syndrome de Lacomme passe par une approche pluridisciplinaire, regroupant plusieurs traitements totalement différents, comme l'acupuncture, l'ostéopathie, l'homéopathie ou le travail corporel, il est juste de penser que la prise en charge de cette pathologie ne peut pas être effectuée par une seule personne. À moins bien sûr que celle-ci ait suivi une formation ou un DIU à propos de chacune de ces disciplines, ce qui constitue un nombre d'heures de formation considérable. De plus, celles-ci ne sont pas toujours en accord avec les projets personnels de formation de chacun.

Ainsi, serait-il possible de mettre en place une formation qui regrouperait une courte partie descriptive des principales disciplines de méthodes de traitement alternatives ? Un tel type de formation pourrait être envisagé, afin constituer une sorte de « trousse de secours » pour les professionnels de l'obstétrique : quelques méthodes rapides et simples enseignées dans une formation courte, qui permettraient d'améliorer la prise en charge des « petits maux de la grossesse ».



4 Constatations générales sur le sujet

4.1 ÉTUDES ANTÉRIEURES

Nos recherches visant à définir le sujet ont commencé par la consultation de manuels d'obstétrique et d'encyclopédies médicales en langue française. Quelle que soit la date d'édition, le syndrome de Lacomme, s'il est évoqué, l'est par une phrase isolée, ou éventuellement un court paragraphe. Les informations à ce sujet sont peu abondantes, et les données varient beaucoup selon les auteurs : par exemple, le traitement conseillé est toujours différent. Il fait bien souvent partie d'un chapitre consacré aux « petits maux de la grossesse ».

La terminologie du sujet est assez difficile à cibler. Décrit par Maurice Lacomme, un obstétricien français, le syndrome de Lacomme ne porte ce nom que dans les pays francophones. Doté de nombreuses dénominations, on l'appelle fréquemment aussi « relâchement douloureux des symphyses », ou plus simplement « douleur pelvienne ». Les études rédigées en anglais évoquent préférentiellement la « pelvic girdle pain », littéralement « douleur de la ceinture pelvienne », mais il arrive aussi de rencontrer le terme « *pelvic instability* », traduit par « instabilité pelvienne ».

Il est important de noter qu'aucune étude de référence n'a été conduite à ce sujet en France durant ces dernières années. La Haute Autorité de Santé (HAS), ainsi que le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ne proposent pas de recommandations évoquant le syndrome de Lacomme ou l'une des terminologies qui lui sont associées. Les seules études de référence ont été conduites à l'étranger : dans certains pays d'Europe du Nord (Norvège, Suède, Danemark), en Australie, ou au Canada. Le document se rapprochant le plus à ce jour d'un guide de référence au sujet du syndrome de Lacomme est constitué par les *European Guidelines for diagnosis and treatment of pelvic girdle pain* de 2004.

4.2 PRÉCISION DE LA DÉFINITION ACTUELLE

4.2.1 Épidémiologie

La prévalence du syndrome de Lacomme, que cela soit durant la grossesse ou dans le post-partum, est difficile à déterminer, et n'est pas connue avec certitude à l'heure actuelle. Les études présentent des résultats très différents entre elles : cela s'explique par le fait que les

critères d'inclusion des patientes aux études sont variables. Par exemple, durant la grossesse, la prévalence est proche de 80 % lorsqu'on se base uniquement sur les caractéristiques des douleurs évoquées par les patientes, alors qu'on est plutôt proche de 25 % lorsque le diagnostic est fait de façon objective.

Il est important de rappeler que d'après les *European Guidelines*, une femme sur cinq environ souffrirait du syndrome de Lacomme dans le péripartum, ce qui n'est pas négligeable.

4.2.2 Étiologies

Les causes de cette pathologie restent peu connues à ce jour. Les trois principaux axes de réflexion sont assez éloignés les uns des autres.

L'origine métabolique (hypokaliémie, hypocalcémie, hypomagnésémie) a longtemps été favorisée, mais semble désormais écartée, car elle est totalement absente dans les différentes études étrangères.

Actuellement, une intrication des causes hormonales et mécaniques est favorisée, toutes deux étant liées aux changements induits par la grossesse. Le poids de l'utérus gravide provoquerait un déséquilibre du bassin, et l'hormone relaxine favoriserait ce phénomène en étant responsable de l'hyperlaxité ligamentaire propre à la grossesse.

Ces pistes de réflexion sont néanmoins encore à l'état de théorie, et les recherches se poursuivent à ce sujet. La théorie hormonale, la plus récente, est également la plus intéressante dans la recherche de nouveaux traitements, mais reste particulièrement délicate à exploiter : il est risqué d'agir au niveau hormonal au cours de la grossesse.

4.2.3 Diagnostic différentiel

Le syndrome de Lacomme regroupe plusieurs symptômes, en particulier une douleur symphysaire irradiant dans les ligaments sacro-iliaques et la racine des cuisses, pouvant être associée avec une démarche caractéristique, plus ou moins invalidante pour la patiente. Ces symptômes sont fréquents au cours de la grossesse, et peuvent correspondre également à d'autres pathologies.

La question se pose, par exemple, concernant la menace d'accouchement prématuré. Le rapport entre ces deux pathologies est étroit, considérant que la menace d'accouchement prématuré fait partie à la fois du diagnostic différentiel et des complications du syndrome de Lacomme. Ainsi, la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré doit-elle se faire aux dépens de celle du syndrome de Lacomme ? Oui et non. Si l'on considère que la menace d'accouchement prématuré est une complication d'un syndrome de Lacomme préexistant au cours de la grossesse, il convient de traiter les deux simultanément, afin d'éviter les récives. Au contraire, si l'on considère que les deux pathologies sont totalement étrangères, le traitement de la menace d'accouchement prématuré va se substituer à ce qui pourrait être mis en place pour la prise en charge du Lacomme.

De la même façon, la frontière entre syndrome de Lacomme et disjonction symphysaire est mince. La disjonction symphysaire doit-elle être considérée comme une forme de syndrome de Lacomme, une de ses étiologies, ou une complication ? La disjonction symphysaire provoque sans contexte un important déséquilibre du bassin, associé à une forte douleur de la symphyse pelvienne, et une difficulté à la mobilisation, ce qui cadre avec l'une des étiologies éventuelles du syndrome de Lacomme. Par ailleurs, l'un des traitements proposés contre les formes chroniques du syndrome de Lacomme comprend la fusion chirurgicale, à l'aide de plaques de métal, de la symphyse. Il semblerait donc que la disjonction symphysaire puisse être soit une forme grave du syndrome de Lacomme, évoluant vers la chronicité, soit une pathologie différente. Doit-on la prévenir chez les patientes souffrant d'un syndrome de Lacomme, comme une complication, ou au contraire la diagnostiquer comme une pathologie différente et modifier les stratégies thérapeutiques ?

Ayant été à ce jour peu étudié, le syndrome de Lacomme risque encore d'être tour à tour oublié, lors du diagnostic d'une pathologie provoquant des symptômes similaires, ou au contraire évoqué à tort, aux dépens d'une pathologie nécessitant un traitement différent.

Conclusion

Ce mémoire nous a permis d'observer le rapport des professionnels exerçant au CHR de Metz-Thionville avec le syndrome de Lacomme. D'une façon générale, les gynécologues-obstétriciens, internes et sages-femmes interrogés reconnaissent manquer d'informations concernant cette pathologie.

Il est apparu que l'absence de consensus visant à définir le traitement le plus efficace contribue à créer une disparité concernant la prise en charge, notamment entre les sages-femmes exerçant dans des établissements différents.

Les professionnels se montrent favorables à la création d'un document au sujet du syndrome de Lacomme. Celui-ci récapitulerait les données connues à son sujet, et la prise en charge qu'il est possible de proposer : la rédaction d'un protocole de service pourrait éventuellement correspondre à cette demande.

Une formation à propos des principaux troubles mineurs de la grossesse, dont le syndrome de Lacomme, pourrait être créée. Les principaux traitements alternatifs issus de l'acupuncture, de l'ostéopathie ou de l'homéopathie y seraient présentés : ceci permettrait aux professionnels de se familiariser avec ces techniques nouvelles, et de les proposer plus facilement aux patientes.

À l'heure actuelle, le syndrome de Lacomme reste difficile à définir clairement. Les études réalisées à son sujet proviennent en majeure partie de pays étrangers : elles sont récentes, peu nombreuses, et souvent contradictoires entre elles.

Ainsi, sa prévalence, que cela soit au cours de la grossesse ou dans le post-partum, n'est pas connue avec certitude, et ses étiologies éventuelles, de nature très différente, sont discutées et soumises à des études complémentaires. L'absence d'études comparatives concernant l'efficacité de ses différents traitements complique particulièrement sa prise en charge.



Bibliographie

- [1] J.M. Thoulon. Petits maux de la grossesse. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Elsevier Masson ; 2011. Vol. 1, p. 6.
- [2] N.K Kanakaris, C.S. Roberts, P.V. Glannoudis. Pregnancy-related pelvic girdle pain: an update. BMC Medicine 2011.
- [3] A. Vleeming, H.B. Albert, H.C. Ostgaard, B.Sturesson, B. Stuge. European Guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain 2008.
- [4] W.H. Wu, O.G. Meijer, K. Uegaki, J.M.A. Mens, J.H. Van Dieën, P.I.J.M. Wuisman, H.C. Ostgaard. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP): Terminology, clinical presentation, and prevalence 2004.
- [5] Frank H. Netter. Atlas d'anatomie humaine, 4^e édition. Ed. Masson ; 2007.
- [6] Professeur Braun. Cours d'anatomie du bassin en PCEM1. UHP Nancy, année scolaire 2009/2010.
- [7] Karine Schnitzler. Cours sur le Bassin Obstétrical en première phase d'école de Sage-Femme. École de Sages-Femmes de Metz, année scolaire 2011/2012.
- [8] Madame le Docteur Pecqueux. Cours sur le Pelvis en première phase d'école de Sage-Femme. École de Sages-Femmes de Metz, année scolaire 2010/2011.
- [9] Madame le Docteur Pecqueux. Cours sur le Périnée en première phase d'école de Sage-Femme. École de Sages-Femmes de Metz, année scolaire 2010/2011.
- [10] Madame le Docteur Sigriest. Cours sur l'Appareil génital féminin en première phase d'école de Sage-Femme. École de Sages-Femmes de Metz, année scolaire 2010/2011.
- [11] Madame Grosclaude. Cours sur l'Utérus Gravide en première phase d'école de Sage-Femme. École de Sages-Femmes de Metz, année scolaire 2010/2011.
- [12] Dominique Jacquin, Ostéopathe DO. Odyssée de l'utérus gravide. Les dossiers de l'obstétrique 2008 mars ; 369.
- [13] H. De Tourris, R. Henrion, M. Delecour. Manifestations ostéo-musculo-articulaires. Abrégé illustré, Gynécologie et obstétrique, 6^e édition. Éditions Masson ; 1994.
- [14] M.A. Timsit. Grossesse et douleurs rhumatologiques lombaires basses et de la ceinture pelvienne. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2004 ; 32 : 420-6.
- [15] Définition de la douleur, site Internet de l'Encyclopédie Larousse médical en ligne (consulté le 15/09/2013 à 16h00) <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/douleur/12591>
- [16] Professeur F. Marchal. Cours physiologie des systèmes nerveux et du muscle. PCEM1, années 2008/2009.
- [17] P. Katonis, A. Kampouroglou, A. Aggelopoulos, K. Kakavelakis, S. Lykoudis, A. Makrigiannakis, K. Alpantaki. Pregnancy-related low back pain. Hippokratia 2011 ; 15 : 205-10.
- [18] J. Baudet, F. Daffos. Les syndromes ostéo-musculo-articulaires de la grossesse. Obstétrique pratique, Maloine 1977.
- [19] Sage-femme et « petits » maux de la grossesse : autre regard, autres pratiques. Dossier thématique édité par le Collège National des Sages-femmes de France (CNSF), Groupe de travail coordonné par C. Dupond, 2012.
- [20] H. Pierce, C. S. E. Homer, H. G. Dahlen, J. King. Pregnancy-related lumbopelvic pain: listening to Australian Women. Hindawi publishing corporation, Nursing research and practice ; 2012.
- [21] B. Seguy, J. Chavinie, B. Michelon. Nouveau manuel d'obstétrique, tome I : Physiologie obstétricale. Intermedica ; 1971 : 2^e édition.
- [22] C. Tchobroutsky, J-F. Oury (dir.). Douleurs abdomino-pelviennes et grossesse. Prendre en charge et traiter une femme enceinte préconception-grossesse-post-partum. Éd. Medsi/Mc Graw-Hill ; 1988 : 92-7.
- [23] J. Mangeot, Sage-Femme. Massothérapie chinoise et syndrome de Lacomme. Congrès FAFORMEC, Strasbourg, 2002.
- [24] J.R Giraud, M. Tournaire. Pathologie oséo-articulaire. Surveillance et thérapeutique obstétricale. Éd. Masson ; 1981 : 282-5.
- [25] F. Vendittelli. Syndrome douloureux abdominal-pelvien pouvant motiver une consultation en urgence au cours d'une grossesse. Faculté de médecine de Grenoble, octobre 2003.
- [26] P. M'Bappe. Pathologies rhumatologiques de la grossesse. Hôpital Tenon.
- [27] D. A. Mitchell, D. M. Esler. Pelvic instability: Painful pelvic girdle in pregnancy. Australian Family Physician 2009 juin ; 38(6) : 409-10.
- [28] C. Spielvogel. La douleur de la femme enceinte en dehors de celle du travail. 32^{es} journées nationales de la médecine périnatale, Besançon, 2002.
- [29] Synthèse des recommandations professionnelles relatives au déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhées, HAS, avril 2008 (consulté le 22/02/2014 à 22h00) http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_synthese.pdf

- [30] M.L. Eszto. Cours sur la Menace d'Accouchement Prématuro. Première année de deuxième phase des études de sage-femme, année scolaire 2012/2013, École de sages-femmes Pierre Morlanne.
- [31] H. S. Robinson, M. B. Velerod, A.M. Mengshoel, N. K. Vollestad. Pelvic girdle pain – associations between risk factors in early pregnancy and disability or pain intensity in late pregnancy: a prospective cohort study. BMC Musculoskeletal disorders 2010.
- [32] Dr Thierry Laporte (médecin homéopathe), Sabine Biondi-Spaccesi (sage-femme). Homéopathie et grossesse. Lettre du réseau Périnat Sud 2009 janvier ; 11.
- [33] Protocole concernant l'utilisation de l'homéopathie en gynécologie-obstétrique, CHR Metz-Thionville, Hôpital Bel Air, Chef de projet Amélie Goebel, octobre 2009-2010.
- [34] Bellis Perennis, Annie-Paule Amouroux (sage-femme homéopathe formatrice en homéopathie). Document distribué par homéoformation, juillet 2011.
- [35] Dr Bernadette De Gasquet. Bien-être et maternité. Éditions Albin Michel ; 2009.
- [36] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (Éd.). Les compétences de sages-femmes et le code de déontologie. Septembre 2012.
- [37] Les offres de formation continue, site internet du conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes (consulté le 01/02/2014 à 17h00) http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/le_developpement_professionnel/la_formation_continue_des_sagesfemmes_hospitalieres_/index.htm
- [38] Informations sur le financement des formations, Site Internet de Medic Formations (consulté le 23/02/2014 à 15h00) <http://www.medicformation.fr/financement.php>
- [39] Formation Yoga en périnatalité, Site Internet de Medic Formations (consulté le 01/02/2014 à 16h00) <http://www.medicformation.fr/formations/yoga-en-perinatalite-f132.htm>
- [40] Formation Yoga et maternité, Site Internet de l'ADCO (consulté le 01/02/2014 à 16h30) <http://www.adco-sages-femmes.com/pages/calendrier/fiche.php?SSID=0931vcuuih7fo9t98vih359m1&id=2815&ANNEE=2014>
- [41] Formation Ostéopathie dans le champ obstétrical, Site internet de Medic Formations (consulté le 01/02/2014 à 16h00) <http://www.medicformation.fr/formations/osteopathie-dans-le-champ-obstetrical-f130.htm>
- [42] Formation Ostéopathie et Maternité, Site Internet de l'ADCO (consulté le 01/02/2014 à 16h30) <http://www.adco-sages-femmes.com/pages/calendrier/fiche.php?SSID=0931vcuuih7fo9t98vih359m1&id=2987&ANNEE=2014>
- [43] Formation Médecine Traditionnelle Chinoise et Acupression, Site Internet de Medic Formations (consulté le 01/02/2014 à 16h00) <http://www.medicformation.fr/formations/medecine-traditionnelle-chinoise-et-acupression-f128.htm>
- [44] Formation acupuncture et maternité, Site Internet de l'ADCO (consulté le 01/02/2014 à 16h30) <http://www.adco-sages-femmes.com/pages/calendrier/fiche.php?SSID=0931vcuuih7fo9t98vih359m1&id=2837&ANNEE=2014>
- [45] Initiation à l'acupuncture obstétricale, Site Internet de l'Aspazie (consulté le 01/02/2014 à 17h00) <http://www.aspazie.fr/formations/initiation-a-l-acupuncture-obstetrical.php>
- [46] Homéopathie appliquée à la périnatalité, Site Internet de Medic Formations (consulté le 01/02/2014 à 16h00) <http://www.medicformation.fr/formations/homeopathie-appliquee-a-la-perinatalite-module-1-f187.htm>
- [47] Formation homéopathie en périnatalité, Site Internet de l'ADCO (consulté le 01/02/2014 à 16h30) <http://www.adco-sages-femmes.com/pages/calendrier/fiche.php?SSID=0931vcuuih7fo9t98vih359m1&id=3011&ANNEE=2014>
- [48] Positions d'accouchement et protection du périnée en pré, per et post partum, Site Internet de l'Institut De Gasquet (consulté le 01/02/2014 à 17h30) <http://www.degasquet.com/?q=page/positions-daccouchement-et-protection-du-p%C3%A9rin%C3%A9e-en-pr%C3%A9-et-post-partum>
- [49] Education périnéo-abdominale et prévention des diastasis, Site Internet de l'Institut De Gasquet (consulté le 01/02/2014 à 17h30) <http://www.degasquet.com/?q=page/education-p%C3%A9rin%C3%A9o-abdominale-et-pr%C3%A9vention-des-diastasis>
- [50] Liste des titres de formations autorisés par le CNOSE, site internet du conseil national de l'ordre des sages-femmes (consulté le 01/02/2014 à 15h00) http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1634_dudiujuin2013.pdf
- [51] Diplômes universitaires, site internet de l'université de Paris 13, UFR Santé, Médecine, Biologie humaine (consulté le 03/02/2014 à 04h00) www.smbh.univ-paris13.fr/formations/du-diu/69-medecines-complementaires/258-du-homeopathie.html
- [52] Formation professionnelle d'ostéopathie, site internet de l'IFBO (consulté le 01/02/2014 à 18h00) http://www.formation-osteopathie.com/index.php?option=com_content&view=article&id=16&catid=10&Itemid=146
- [53] Catalogue des formations, site internet de l'université de Bordeaux Segalen (consulté le 03/02/2014 à 04h00) www.univ-bordeauxsegalen.fr/fr/etudes/catalogue-des-formationen/formationen-par-type/SDU/MED/diu-medecine-manuelle-osteopathie.html

Annexes

ANNEXE I

Questionnaire de Sophie Contreras, étudiante sage-femme

Bonjour,

Je m'appelle Sophie et je suis étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'école de Metz. Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études, je souhaiterais réaliser un état des lieux de la prise en charge du syndrome de Lacomme au sein du CHR de Metz-Thionville.

Ce questionnaire est destiné aux gynécologues-obstétriciens, aux internes en gynécologie-obstétrique, ainsi qu'aux sages-femmes. L'anonymat sera évidemment garanti durant toutes les étapes de l'enquête et de son exploitation.

Par avance, merci de consacrer quelques minutes de votre temps afin d'y répondre, chaque retour supplémentaire étant une aide bienvenue vers l'aboutissement de mon travail.

1) Connaissez-vous le syndrome de Lacomme ?

- Oui
- Non

2) Avez-vous bénéficié de cours à ce sujet durant votre formation ?

- Oui
- Non

3) Selon vous, quelle proportion de femmes souffrent de cette pathologie ?

Au cours de la grossesse :

- 0 à 25%
- 25 à 50%
- 50 à 75%
- 75 à 100%

Dans le post-partum :

- 0 à 25%
- 25 à 50%
- 50 à 75%
- 75 à 100%

4) Parmi ces propositions, lesquelles peuvent-être selon vous des facteurs de risque pour cette pathologie ?

- Antécédent de douleurs lombaires en dehors de la grossesse
- Indice de masse corporelle supérieur à 25
- Tabagisme
- Antécédent de syndrome de Lacomme au cours d'une grossesse antérieure
- Charge de travail élevée
- Anesthésie péridurale (pour des douleurs dans le post-partum)
- Age maternel
- Antécédent de traumatisme osseux du bassin
- Ethnie maternelle
- Multiparité

5) Avez-vous déjà eu connaissance de l'existence de tests diagnostiques spécifiques à cette pathologie ?

- Oui
- Non

6) Si oui, lesquels ?

7) Vous sont-ils utiles ? Ou si vous les connaissiez, vous seraient-ils utiles ?

- Oui
- Non

8) Pensez-vous avoir en votre possession toutes les informations nécessaires à la prise en charge de cette pathologie ?

- Oui
- Non

9) Quelle prise en charge préconisez-vous actuellement face à une patiente souffrant du syndrome de Lacomme ? (Plusieurs réponses possibles)

10) Quels sont les retours que vous obtenez de la part des patientes concernant son efficacité ?

11) D'après vous, quel diplôme universitaire ou formation complémentaire vous serait utile pour étoffer cette prise en charge ?

12) Cela vous semblerait-il utile de bénéficier d'un complément d'information au sujet du syndrome de Lacomme et de sa prise en charge ?

- Oui
- Non

13) Si oui, sous quelle forme ?

- Formation
- Documentation papier
- Autre (précisez) :

14) Etes-vous...

- Un homme
- Une femme

15) Profession :

- Gynécologue-obstétricien
- Interne en gynécologie-obstétrique
- Sage-Femme

16) Lieu d'exercice :

- Metz
- Thionville

17) Service actuel (pour les sages-femmes) :

18) Années d'expérience dans le secteur maternité :

19) Diplômes universitaires ou formations complémentaires en votre possession :

20) Diplômes universitaires ou formations complémentaires prévus :

Le syndrome de Lacomme est un diagnostic facilement évoqué en obstétrique, que ce soit au cours de la grossesse ou dans le post-partum, par exemple face à un épisode de douleurs pelviennes décrites comme des tiraillements. D'intensité variables, les symptômes peuvent également inclure une gêne à la marche, pouvant aller jusqu'à l'impotence fonctionnelle.

Les sages-femmes et les médecins gynécologues-obstétriciens constituent des interlocuteurs privilégiés de la patiente. Lorsque des symptômes similaires à ceux du syndrome de Lacomme se manifestent, au cours de la grossesse, pendant le travail, ou en service de suites de couches, c'est tout naturellement que les femmes s'adressent à eux pour obtenir un soulagement.

Cette étude réalise une observation des pratiques concernant le syndrome de Lacomme au Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville, par le biais d'une analyse de la connaissance du sujet par les professionnels, et de la prise en charge habituellement proposée.

L'objectif est de faciliter le diagnostic de cette pathologie, et d'en optimiser le traitement, en proposant aux professionnels des outils de formation adaptés. Ainsi, il serait possible de donner une meilleure visibilité au syndrome de Lacomme dans le péripartum, et par extension, aux autres « petits maux de la grossesse ».