

# Dorsalgia joasă la gravide și lăuze. Principii de reabilitare medicală

Iulia Filipescu<sup>2</sup>,  
Mihai Berteanu<sup>2,3</sup>,  
G.A. Filipescu<sup>1,3</sup>,  
Radu  
Vlădăreanu<sup>1,3</sup>

1. Clinica  
de Obstetrică-Ginecologie,  
Spitalul Universitar de Urgență  
„Elias”, București, România

2. Clinica de Recuperare,  
Medicină fizică și Balneologie,  
Spitalul Universitar de Urgență  
„Elias”, București, România

3. UMF „Carol Davila”,  
București, România

Autor de corespondență:  
Dr. Iulia Filipescu  
E-mail: yul120a@yahoo.com

## Abstract

Low dorsalgia associated with pregnancy is an important but often neglected pathology that may have a potentially negative impact on quality of life, with an estimated incidence rate of 60-70%. Dorsalgias that occurred during pregnancy and during the confinement have been known and recognized for centuries, being described by Hippocrates, Vesalius, Pinean and Hunter. In 1962, Walde was the first to recognize and differentiate pelvic pain from lumbar pain. The prevalence of pregnancy associated with inferior dorsalgia is higher in the third trimester when postural changes and weight increase occur. Submaximal maternal exercise does not adversely affect fetal heart rate. No studies in pregnant women have shown that mild exercise would cause fetal impairment. The benefits of medical rehabilitation vary depending on the age of the pregnancy, the period of confinement, and the aim is to reduce pain, increase functionality and limit disability.

**Keywords:** dorsalgia, medical rehabilitation, kinetotherapy, pregnancy, confinement

## Rezumat

Dorsalgia joasă asociată sarcinii reprezintă o patologie importantă, însă deseori neglijată, care poate avea un potențial impact negativ asupra calității vieții, fiind estimată o rată a incidenței de aproximativ 60-70%. Dorsalgiile apărute pe parcursul sarcinii și în perioada lăuziei au fost cunoscute și recunoscute de multe secole, fiind descrise de Hipocrate, Vesalius, Pinean și Hunter. În 1962, Walde a fost primul care a recunoscut și diferențiat durerile pelviene de durerile lombare. Prevalența sarcinii, asociată cu dorsalgia inferioară, este mai crescută în trimestrul al treilea, când apar modificările posturale și greutatea crescută. Exercițiile materne submaximale nu afectează în mod negativ frecvența cardiacă fetală. Niciun studiu la gravide nu a demonstrat că exercițiile fizice ușoare ar produce deteriorarea funcțiilor fetale. Beneficiile reabilitării medicale sunt diferite în funcție de vârsta sarcinii, de perioada de lăuzie și vizează reducerea durerii, creșterea funcționalității și limitarea dizabilității.

**Cuvinte-cheie:** dorsalgie, reabilitare medicală, kinetoterapie, sarcină, lăuzie

Submission date:  
1.03.2018  
Acceptance date:  
12.03.2018

## Low back pain in pregnancy and post-partum period. Principles for medical rehabilitation

Suggested citation for this article: Filipescu I, Berteanu M, Filipescu GA, Vlădăreanu R.

Low back pain in pregnancy and post-partum period. Principles for medical rehabilitation. Ginecologia.ro. 2018;19(1):22-23.

## Introducere

Durerea la nivelul coloanei lombosacrate apare foarte frecvent în sarcină din cauza modificărilor posturale și a laxității ligamentare. Sarcina în sine este un factor favorizant pentru apariția durerii lombare joase. În mod evident, în timpul sarcinii, centrul gravitației este deplasat anterior, ceea ce dezechilibrează momentul unui cuplu de forțe aplicat pe coloana lombară. Aproximativ 75% din gravide vor experimenta durere lombară joasă în timpul sarcinii, durerea cea mai intensă fiind spre finalul sarcinii.

În urma unui studiu prospectiv pe 3 ani s-a demonstrat că, dintre toate femeile participante, 20% vor rămâne cu dureri lombare și după 3 ani, iar 5% vor dezvolta durere abia după sarcină. Durerea lombară este definită prin durere în zona cuprinsă între ultimele vertebre dorsale și sacru, asociată sau nu cu iradiere în membrele inferioare, ce determină limitarea activităților și impotență funcțională. Regiunea lombară este constituită din 5 vertebre unice, care susțin greutatea crescută și mențin curbura lordotică. Pentru a menține stabilitatea și a asigura suportul, regiunea lombară este

conectată și susținută prin următoarele ligamente: ligamentul longitudinal anterior și superior, ligamentul flava, ligamentul interspinos, ligamentul supraspinal și intertransvers. De asemenea, este susținută de mușchii spatelui, mușchii pelvieni și musculatura abdominală.

Cauza este reprezentată de o combinație de factori mecanici, hormonal, circulatori și psihosociali.

**Factori mecanici:** pe parcursul sarcinii, creșterea graduală a dimensiunii uterului gravid modifică mecanismul corpului, cu schimbarea centrului de gravitație, compresia măduvei spinării și presiune crescută pe vena cavă. **Factori circulatori:** retenția de lichide conduce la congestie venoasă și hipoxie la nivelul coloanei vertebrale lombare.

**Factori hormonal:** concentrația hormonului relaxină poate crește de 10 ori, provocând laxitate ligamentară și scăderea concentrației de colagen. **Factori psihosociali:** durerea asociată tragediei, depresia și intensitatea durerii determină o creștere a interferenței durerii.

Factorii de risc asociați sunt: istoric de durere lombară, avorturi multiple, numărul de sarcini, perioade de amenoree, index de masă corporală crescut, sedentarism. De asemenea, femeile cu istoric de durere lombară,

afecțiuni preexistente precum hernie de disc și modificări de statică ale coloanei vertebrale pot avea o predispoziție crescută și o afectare severă și de lungă durată.

Tratamentul specific de recuperare are următoarele obiective: ameliorarea durerii, restaurare biomecanică, stabilizare lombo-pelvică, coordonare, conservare funcțională și prevenție.

Următoarele tehnici de kinetoterapie pot fi utilizate pe parcursul sarcinii:

- exerciții de stretching pentru extensorii gâtului și scalenii, rotatorii interni ai umărului, extensorii coloanei lombare, adductorii șoldului și ischiogambieri, flexorii piciorului;
- exerciții de tonifiere a musculaturii abdominale;
- exerciții de stabilizare;
- antrenamentul mușchilor pelvieni;
- exerciții pentru creșterea forței și rezistenței;
- exerciții pentru creșterea mobilității articulare;
- exerciții de tonizare a membrilor superioare și inferioare;
- exerciții de relaxare și exerciții respiratorii.

Pacientele vor fi îndrumate să înțeleagă propriile simptome și vor fi motivate să rămână active pe tot parcursul sarcinii. Exercițiul fizic regulat în timpul sarcinii ajută la prevenirea decon condiționării fizice din această perioadă, previne instalarea unor boli musculoscheletale, ajută nașterea să devină mai ușoară și facilitează recuperarea fizică după naștere.

Una dintre controversele care apar atunci când se discută pe tema kinetoterapiei la gravide este creșterea excesivă a temperaturii corporale, cu efecte negative asupra fătului. Exercițiile submaximale scurte (până la 65-70% din frecvența cardiacă maximă) nu au efecte adverse asupra frecvenței cardiace fetale. Bradicardia fetală a fost semnalată în literatură în timpul exercițiului fizic matern, cu revenire în aproximativ 3 minute după terminarea efortului, urmată de o scurtă perioadă de tahicardie fetală. Fătul nu are mecanisme de termoliză, cum ar fi transpirația, sau mecanisme legate de respirație. Totuși, reducerea temperaturii centrale la gravide este subordonată unor mecanisme de homeostazie competente, astfel încât nu afectează dezvoltarea fetală. Nou-născuții din mame care au continuat eforturile fizice susținute și în ultimul trimestru de sarcină au o greutate mai mică la naștere cu până la 310 g față de medie, fără să prezinte modificări în lungime sau în circumferința craniană.

Utilizarea exercițiului fizic pentru mame reprezintă un mare beneficiu pentru a face față necesităților sarcinii, nașterii și revenirii mai rapide la starea anterioară. Exercițiul fizic poate fi menținut pe toată perioada sarcinii și lăuziei, la același nivel ca în afara sarcinii, fiind diferențiat pe cele două perioade, pre- și post-partum, și efectuându-se după o serie de indicații specifice fiecărei perioade. Este important să amintim că, dacă în timpul sarcinii organismul matern are la dispoziție 9 luni pentru a se adapta la toate schimbările prin care trece, după naștere modificările sunt mult mai dramatice: uterul involuează rapid, se declanșează secreția lactată, apare sau persistă durerea de spate, iar cicatricele pot fi dureroase.

Unii autori recomandă începerea exercițiilor în perioada 2-6 săptămâni post-partum, alții, mai permisivi și nedorind să impună limite stricte, consideră că mama poate să înceapă activitatea fizică în momentul când se simte pregătită. Exercițiile fizice post-partum permit femeii să simtă că poate controla cel puțin o mică parte a vieții ei și scad incidența depresiei post-partum.

Fizioterapia ridică multe controverse și este utilizată cu precauție. Ultrasunetele sunt interzise în timpul sarcinii, deoarece poate să conducă la expunerea la ultrasunete a fătului. Contraindicația majoră se menține mai ales în primul trimestru de sarcină, când are loc organogeneza. Cu toate că o ecografie abdominală folosește frecvențe mult mai mari, contraindicația ultrasunetelor este absolută la gravide. Aplicarea de TENS în timpul sarcinii cu scopul de a facilita nașterea și de a scădea intensitatea durerii a stârnit multe controverse. Un studiu prospectiv efectuat la gravide în travaliu (electrozii de la aparatul TENS aplicându-se la nivelul vertebrelor D10 și L2) a observat reducerea duratei travaliului – 244 de minute versus 358 de minute la primipare și 159 de minute versus 256 de minute la multipare.

Tratamentul medicamentos cu corticosteroizi, care face parte din categoria C, poate fi utilizat pe parcursul sarcinii. Se consideră că dozele de 10 mg/zi sunt sigure, dar dozele mai mari de 20 mg/zi impun precauție. Antiinflamatoarele nesteroidiene nu sunt considerate teratogene și pot fi utilizate până în săptămâna a 30-a. Pentru inhibitorii selectivi COX2 nu există date suficiente. Doze mici de aspirină, de peste 160 mg, pot fi administrate în timpul sarcinii.

## Concluzii

Studiile au arătat că femeile gravide cu dorsalgie joasă care participă atât la educație, cât și la terapie fizică (electrostimulare, TENS) vor avea o scădere semnificativă a durerii și a dizabilității, o calitate a vieții superioară și îmbunătățirea testelor fizice. Nu există studii umane care să sugereze că gravidele trebuie să scadă intensitatea exercițiilor pentru a scădea limita superioară a frecvenței cardiace în timpul efortului, însă datorită creșterii nevoilor de oxigen, intensitatea exercițiilor trebuie adaptată. ■

**Conflict of interests:** The authors declare no conflict of interests.

## Bibliografie

1. Artral R, O' Toole M. Guidelines of American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports Med.* 2003;37:6-12.
2. Fine P, Burgio K, Borello-France D, et al. Teaching and practicing of pelvic floor muscle exercises in primiparous women during pregnancy and the postpartum period. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:107.e1-107.e5.
3. Wolfe LA, Weissgerber TL. Clinical physiology of exercise in pregnancy: a literature review. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003;25(6):473-83.
4. Wolfe LA, Hall P, Webb KA, Goodman L, Monga M, McGrath MJ. Prescription of aerobic exercise during pregnancy. *Sports Med.* 1989;8(5):273-301.
5. Veille JC. Maternal and fetal cardiovascular response to exercise during pregnancy. *Semin Perinatol.* 1996;20(4):250-62.
6. Williams M. Keeping fit for pregnancy and labour. London, National Childbirth Trust. 1970.
7. Mottola MF, Fitzgerald HM, Wilson NC, Taylor AW. Effect of water temperature on exercise - induced maternal hyperthermia on fetal development in rats. *Int J Sports Med.* 1993;14(5):248-51.
8. Chabrol H, Callahan S. Prevention and treatment of postnatal depression. *Expert Rev Neurother.* 2007;7(5):557-76.