

COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS  
*Président : Professeur F. Puech*

**EXTRAIT**  
**des**  
**Mises à jour**  
**en Gynécologie**  
**et Obstétrique**

**Publié le 10 décembre 2010**

*Nota. Le « texte long » des recommandations pour la pratique clinique incluant les communications des experts et les références bibliographiques est publié dans un numéro spécial du Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction (Vol. 39 / suppl. 2 au n°8) sous la référence : J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342*



—

TRENTE-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
*Paris, 8-11 décembre 2010*

# Acupuncture et grossesse : état des connaissances

E. AZRIA, M. KOSKAS, D. CHABAT, D. LUTON \*  
(Paris)

## Résumé

*L'acupuncture est une des médecines dites « complémentaires » les plus populaires dans le monde occidental. Si son utilisation est en augmentation dans la plupart des spécialités médicales, l'obstétrique n'est pas en reste. On peut de plus observer un effort croissant pour soumettre cette médecine à l'évaluation et aux canons méthodologiques de la recherche clinique. L'objectif de cette revue de la littérature scientifique est de faire un état des lieux de nos connaissances sur l'intérêt des méthodes d'acupuncture dans certaines indications obstétricales. Nous avons notamment examiné les données sur l'intérêt de ces méthodes dans le traitement des nausées et vomissements gravidiques, celui des lombalgies et douleurs pelviennes de la femme enceinte, dans la version des fœtus en présentation du siège, à sa place dans le déclenchement du travail et l'analgésie perpartum.*

*Mots clés : acupuncture, vomissements gravidiques, lombalgies, déclenchement du travail, présentation du siège, analgésie pendant le travail*

\* Groupe hospitalier Bichat Claude-Bernard - APHP - Service de gynécologie-obstétrique - Université Paris 7 Diderot - 46 rue Henri Huchard - 75018 Paris

Correspondance : elie.azria@bch.aphp.fr

**Déclaration publique d'intérêt**  
Aucun conflit d'intérêt.

## INTRODUCTION

L'acupuncture rassemble un ensemble de techniques issues et adaptées de la médecine chinoise traditionnelle vieille de plus de deux millénaires. Le large éventail de symptômes pour lesquels elle est employée a contribué à en faire l'une des médecines dites « complémentaires » qui jouissent de la meilleure reconnaissance en Occident. Comme en témoignent un certain nombre d'études, son utilisation est en augmentation [1], notamment pour des indications obstétricales [2]. On estimait en 2004 que plus d'un tiers de la population américaine avait déjà eu recours à l'acupuncture [3] et que les femmes étaient pour 60 % d'entre elles prêtes à l'utiliser en cours de grossesse [4].

L'acupuncture pourrait constituer une alternative intéressante, particulièrement en cours de grossesse où les médicaments pharmacologiques utilisables sont limités. Son innocuité est probablement une des raisons principales de cet engouement [5, 6]. Il faut aussi voir les possibilités d'auto-prescription et d'utilisation en association avec les soins habituels comme des atouts de cette approche. L'effet de mode et le goût pour les spiritualités alternatives ne sont probablement pas étrangers à l'attrait qu'elle exerce. C'est aussi en raison de l'impuissance de la médecine occidentale dans certaines situations que des approches alternatives, comme l'acupuncture, ont pu trouver un public de plus en plus important.

Les praticiens qui utilisent l'acupuncture oscillent entre deux approches distinctes ; une approche traditionnelle qui repose sur la circulation du « *qi* » et ce que les Anglo-Saxons appellent la *western medical acupuncture* (WMA) [7]. Les promoteurs de cette seconde approche, convaincus de l'intérêt de la technique, sont à l'inverse plus que réservés quant aux théories explicatives proposées par les médecins traditionnels chinois et ont cherché des explications rationnelles aux effets de l'acupuncture. La WMA est présentée davantage comme une

partie de la médecine occidentale conventionnelle que comme une médecine alternative. Elle consiste en une adaptation des modalités de l'acupuncture chinoise aux savoirs anatomiques, physiologiques et physiopathologiques les plus récents. Il semble, au vu de travaux de neurophysiologie, que les mécanismes d'actions reposent sur ses effets neurostimulants et neuromodulateurs, faisant intervenir un certain nombre de neuromédiateurs aujourd'hui identifiés [8]. L'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique et par émission de positrons a également contribué à montrer l'effet de ces stimulations sur le système limbique [9-11]. En plus de cet effort pour interpréter rationnellement les mécanismes d'actions de ces manipulations, les tenants de cette école revendiquent leur attachement aux principes de l'*evidence-based medicine* [7]. C'est ainsi que les évaluations suivant les canons méthodologiques de l'EBM se sont multipliées dans de nombreuses indications où l'acupuncture était mise à contribution.

Cette approche, particulièrement répandue au Royaume-Uni et en Suède, est cependant loin de fédérer tous les praticiens acupuncteurs du monde occidental, et l'approche traditionnelle continue d'occuper une place très importante. Si l'approche *evidence-based* dans la pratique traditionnelle qui repose sur la circulation du « *qi* » est loin d'être centrale, on observe aujourd'hui avec intérêt l'acupuncture se prêter de plus en plus aux canons de la rationalité scientifique occidentale.

Nous envisagerons dans les pages qui suivent l'acupuncture dans certaines indications au cours de la grossesse sous l'angle de son évaluation scientifique.

## ACUPUNCTURE EN OBSTÉTRIQUE, LES INDICATIONS

Si le traitement de symptômes comme la douleur ou la nausée figure aux premiers rangs des indications de l'acupuncture, l'obstétrique n'est pas en reste. Des textes anciens remontant à la dynastie Jin (265-420) rapportent déjà l'utilisation de l'acupuncture chez la femme enceinte. La discipline fait aujourd'hui en France l'objet d'un enseignement universitaire (DIU d'acupuncture obstétricale) et nombreuses sont les indications obstétricales dans lesquelles l'acupuncture est préconisée. Celles qui ont fait l'objet d'évaluations rigoureuses sont cependant plus rares.

L'acupuncture a été proposée durant la grossesse avant le travail pour les vomissements gravidiques, les céphalées, les lombalgies, les

douleurs pelviennes, la constipation ou encore pour favoriser la version des fœtus en présentation du siège. Elle a été proposée pour le déclenchement du travail, ou encore l'analgésie perpartum. Dans le post-partum, on a pu l'utiliser pour le traitement de certaines affections mammaires, des hémorroïdes ou de certaines formes d'états dépressifs du post-partum.

Nous concentrerons ici notre analyse de la littérature sur sa place dans les lombalgies et douleurs pelviennes, le traitement des nausées et vomissements au cours de la grossesse, la version des fœtus en présentation du siège, l'induction du travail et l'analgésie perpartum.

## LOMBALGIES ET DOULEURS PELVIENNES

Les lombalgies et douleurs pelviennes font partie des complications dites mineures de la grossesse les plus fréquentes, puisqu'elles concerneraient de 25 à 90 % des femmes enceintes [12]. Si ces douleurs sont souvent modérées, elles entraînent chez la majorité des patientes des troubles du sommeil [13] et dans 8 % des cas ces symptômes sont considérés par la patiente comme très invalidants [14]. Le bénéfice de mesures comme le port de ceintures de contention ou la physiothérapie n'a pu être clairement établi [15, 16] et les anti-inflammatoires non stéroïdiens étant contre-indiqués en cours de grossesse, l'acupuncture fait ainsi figure de thérapie complémentaire au potentiel intéressant.

Au vu des données actuelles de la littérature, il existe des arguments qui permettent de penser que l'acupuncture associée aux prises en charge prénatales habituelles de ces douleurs semble plus efficace pour soulager la douleur que les soins dits « standards ».

Concernant les douleurs pelviennes, un seul essai, méthodologiquement acceptable, évalue l'effet de l'acupuncture [17]. Incluant 386 femmes enceintes, les auteurs comparent l'acupuncture associée aux soins dits standards, aux soins standards seuls et aux soins standards associés à des exercices posturaux. Cet essai randomisé multicentrique montre une réduction significative des douleurs dans le groupe acupuncture par rapport aux soins standards seuls et aux soins standards associés aux exercices posturaux.

La même équipe a, en 2008, publié un nouvel essai comparant cette fois l'acupuncture à l'application d'aiguilles non pénétrantes (SHAM) [18]. Ces aiguilles, comme le montrent les travaux de Park *et al.* sont des dispositifs dont l'application est non seulement indiscernable

de l'aiguille pénétrante, mais en plus inactive, ce qui lui confère les propriétés idéales pour constituer le traitement des contrôles dans les essais en double aveugle contre placebo [19]. Cet essai en double aveugle montre qu'il n'existe pas de différence en termes de réduction de la douleur, de qualité de vie ou d'inconfort. Il existe cependant une réduction du nombre de femmes ayant un score de handicap élevé. Cet essai, qui montre que la pénétration de l'aiguille joue un rôle mineur dans l'effet de l'acupuncture dans cette indication, a ainsi pour effet de relativiser l'impact réel de celle-ci, laissant penser que le mécanisme d'action serait peut-être en rapport avec un effet placebo.

Une revue de la Cochrane mise à jour en 2007 incluant 8 études randomisées (1 305 patientes) évalue de manière globale les interventions pour prévenir et traiter les douleurs pelviennes et les lombalgies de la femme enceinte [20]. Cette revue montre que 60 % des patientes traitées par acupuncture se disent soulagées alors qu'elles ne sont que 14 % dans le groupe de celles n'ayant qu'un traitement standard. Ce que les auteurs soulignent, c'est l'importance des biais potentiels dans 7 des 8 études, la seule ayant une méthodologie garantissant un certain contrôle des biais étant celle de Elden *et al.* dont il a déjà été fait mention précédemment [17]. En conséquence, même si les résultats montrent une certaine supériorité de l'acupuncture par rapport aux prises en charge dites standards, une grande prudence doit accompagner la lecture de ces résultats. Le bénéfice de l'acupuncture pourrait n'être que le fait de son effet placebo. De plus, même si l'acupuncture semble supérieure à la physiothérapie, il est difficile de dire si cet effet est spécifique ou s'il est lié au fait que l'acupuncture était pratiquée en consultation individuelle alors que la physiothérapie l'était en groupe.

Une autre revue de la littérature publiée en 2008 conclut elle aussi que les données sont aujourd'hui trop limitées pour dire sans réserve que l'acupuncture associée aux soins standards apporte un bénéfice par rapport aux soins standards seuls [21]. C'est également ce que concluent les auteurs d'une revue de la littérature plus générale sur l'acupuncture en cours de grossesse publiée en 2009 [22] et qui, en plus des autres essais repris dans les précédentes revues, intègre l'essai randomisé en simple aveugle de Lund *et al.*, publiée en 2006, comparant l'utilisation d'aiguilles pénétrantes et d'aiguilles insérées en sous-cutané sans stimulation [22]. Dans cette étude, comme dans celle de Elden *et al.*, il n'est pas noté de différence d'effet entre les 2 façons de procéder.

Dans toutes les études mentionnées, les effets indésirables rapportés sont rares, mineurs et le plus souvent transitoires.

À ce stade, il semble donc qu'il faille davantage d'études bien conduites pour pouvoir conclure que ce traitement complémentaire apporte un bénéfice réel et spécifique en termes de réduction des lombalgies et douleurs pelviennes de la femme enceinte.

## NAUSÉES ET VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

Les nausées et vomissements affectent jusqu'à 70 % à 80 % des femmes au premier trimestre de leur grossesse. Outre l'inconfort parfois majeur que ces symptômes peuvent occasionner, ils sont aussi responsables d'un absentéisme qui peut concerner jusqu'à un quart d'entre elles [23] et de troubles hydro-électrolytiques parfois sévères. L'efficacité parfois limitée des médications pharmacologiques et leurs effets secondaires ont fait que dans cette indication, des approches alternatives comme l'acupuncture et des méthodes dérivées comme l'électro-acupuncture ou l'acupression ont été proposées.

La stimulation par pression du point 6MC (P6 en anglais) ou point *Neigan*, situé à la face antérieure du poignet, a fait l'objet d'un certain nombre d'études. L'acupression peut se faire soit par pression digitale, éventuellement par la patiente elle-même, ou par le port d'un bracelet spécial. L'électro-stimulation est quant à elle une méthode non invasive de stimulation électrique à partir d'électrodes positionnées au niveau des acupoints.

Les résultats des évaluations anciennes, rarement optimales d'un point de vue méthodologique en raison des difficultés rencontrées pour mener des essais en aveugle avec un placebo crédible, sont contradictoires. Pour Dundee *et al.*, l'acupression du 6MC est efficace sur les nausées sévères et les vomissements, mais sans effet sur les nausées modérées [24], alors que dans l'étude de Belluomini *et al.* c'est l'inverse qui est observé [25]. O'Brien, en 1996, dans un essai randomisé contre placebo incluant un effectif relativement important, montrait une réduction significative de la fréquence des symptômes dans les deux groupes et illustrait l'importance de l'effet placebo, sans effet spécifique retrouvé pour l'acupression [26]. Les conclusions de Rosen *et al.* à propos d'un essai randomisé contre placebo évaluant l'effet de l'électro-stimulation du point 6MC, effectué à partir d'un effectif de 187 patientes, donnent quant à elles des résultats inverses [27]. Les auteurs montrent, dans cet essai bien conduit, l'intérêt de la technique afin de diminuer l'intensité et la fréquence des symptômes.

Il en va de même de l'essai australien menée par Smith *et al.* dans lequel près de 600 patientes ont été randomisées dans quatre groupes avant 14 SA (acupuncture traditionnelle, acupression 6MC, SHAM, pas d'intervention) [28]. Si un effet bénéfique de l'acupuncture a pu être mis en évidence contre placebo (SHAM) et contre l'absence d'intervention, les auteurs montrent également qu'une part de l'effet est non spécifique et en rapport avec un effet placebo [29].

Une méta-analyse des essais randomisés incluant plus de 1 600 patientes a été publiée en 2006 [30]. Celle-ci montre que l'acustimulation, quelle que soit la méthodologie utilisée, entraîne une réduction des nausées (RR 0,47 ; 95 % CI 0,35-0,62) et une réduction des vomissements (RR 0,59 ; 95 % IC 0,51-0,68) par rapport aux contrôles. Les méthodes semblant être les plus efficaces étant les méthodes non invasives, l'acupression et l'électro-stimulation.

Il apparaît donc, au vu de cette littérature scientifique, que ces méthodes peuvent avoir un intérêt dans la prise en charge des nausées et vomissements gravidiques.

## VERSION DES FŒTUS EN PRÉSENTATION DU SIÈGE

On estime qu'à terme, 3 à 4 % des fœtus sont en présentation du siège. Cette présentation, considérée par certains comme dystocique, est associée à un pronostic néonatal moins bon que celui des présentations céphaliques et à un taux de césarienne beaucoup plus élevé, surtout depuis la publication en 2000 du *Term Breech Trial* [31]. Réduire le nombre de fœtus en siège est donc un enjeu important et les stratégies qui favoriseraient le retournement de ces fœtus méritent d'être évaluées.

En France, le recours à la version par manœuvre externe est aujourd'hui le choix le plus fréquemment retenu. L'acupuncture est toutefois depuis longtemps présentée par la médecine chinoise traditionnelle comme une des alternatives à ces manœuvres. Les textes anciens recommandent l'application de chaleur issue de la combustion d'un bâtonnet d'*Artemisia Vulgaris* (l'armoise commune) au niveau du point d'acupuncture *Zhiyin* ou V67 (BL67 en anglais), dernier point du méridien de la vessie. Cette technique d'acupuncture connue sous le nom de moxibustion, dont l'effet est difficile à expliquer à partir des connaissances physiologiques actuelles, agirait via la production d'œstrogènes placentaires et la modification du ratio PGF2a/ PGE2 en



stimulant l'activité foetale, augmentant ainsi la probabilité que le fœtus en siège se retourne. Bien qu'il n'y ait pas eu de placebo, l'augmentation de la mobilité foetale après acupuncture a été mise en évidence par Cardidi et Weixin dans un essai randomisé ouvert, où les patientes étaient invitées à compter les mouvements foetaux [32]. Ces données ont été corroborées par celle de Neri *et al.* à partir de l'analyse du RCF [33].

Si le mécanisme d'action est encore obscur et difficilement acceptable aux yeux d'une médecine occidentale qui se veut rationnelle, l'intervention est suffisamment simple et reproductible pour permettre une évaluation scientifiquement acceptable. Le critère de jugement est par ailleurs, dans l'indication des fœtus en présentation du siège, parfaitement objectif et d'un intérêt clinique certain. C'est ainsi que l'effet de la moxibustion a fait, dans cette indication, l'objet d'un certain nombre d'essais randomisés.

Si une revue de la Cochrane qui avait exclu les études publiées en chinois concluait en 2005, sur la base de 3 essais randomisés avec des effectifs jugés insuffisants, qu'il fallait davantage d'essais de bonne qualité méthodologique pour pouvoir démontrer l'intérêt de la technique, une revue plus récente publiée en 2009 était quant à elle plus affirmative quant à cet intérêt [34]. Dans cette dernière qui est associée à une méta-analyse, ce sont 6 essais randomisés incluant un total de 1 087 femmes enceintes qui ont été retenus. Le traitement par moxibustion du V67 était débuté entre 28 et 33 SA, souvent pratiqué par les femmes elles-mêmes ou leur compagnon. Une version par manœuvre externe était préconisée dans la plupart des essais si le fœtus était toujours en siège à 36 ou 37 SA. Le critère de jugement principal était le plus souvent le taux de présentations céphaliques à 35 SA ou après traitement. Ce taux était de 72,5 % dans le groupe moxibustion *versus* 53,2 % dans le groupe contrôle, soit un risque relatif (RR) de 1,36 (95 % IC ; 1,17-1,58). Après exclusion des études jugées de moindre qualité [2], le RR restait de 1,30 (95 % IC ; 1,06-1,59). Si cette revue montre une réduction du taux de présentations podaliques chez les patientes traitées par moxibustion, elle n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative en termes de taux de césarienne, score d'Apgar à 5 minutes inférieur à 7 ou de taux de complications (notamment l'incidence des accouchements prématurés). Il existe toutefois une tendance qui va dans le sens d'une réduction du taux de césariennes, du taux de scores d'Apgar inférieur à 7 et d'extractions instrumentales.

Les auteurs concluent ainsi que la moxibustion est une technique sûre et plus efficace que les mesures posturales ou l'expectative pour obtenir la version spontanée d'un fœtus en siège.

On peut reprocher aux essais relevés de n'avoir pas utilisé de placebo dans les groupes témoins. Contrairement aux dispositifs SHAM en acupuncture, la moxibustion se prête plus difficilement au placebo. De plus, devant le caractère très objectif du critère de jugement, l'importance de l'absence de placebo peut être relativisée.

Depuis la publication de cette méta-analyse, un nouvel essai randomisé a été publié dans la revue *Obstetrics & Gynecology* par l'équipe de Michel Boulvain en Suisse [35]. Dans cet essai, le protocole de moxibustion était parfaitement standardisé, le recours à la version par manœuvre externe possible en cas d'échec et le critère de jugement principal était le taux de présentations céphaliques à l'accouchement. Dans cet essai, contrairement à ceux qui avaient été inclus dans la méta-analyse décrite précédemment, les auteurs ne mettent pas en évidence de différence entre le groupe moxibustion et le groupe contrôle, avec 37 % de présentations céphaliques à l'accouchement dans le premier, contre 41 % dans le second (RR 0,93 ; 95 % IC 0,66-1,30). Un des éléments qui fait la force de cet essai par rapport aux précédents, c'est que l'intervention n'est proposée qu'à partir de 34 SA, terme à partir duquel la probabilité de version spontanée est beaucoup plus faible. Dans les autres essais, elle était souvent proposée à partir de 28 SA. Dans la méta-analyse de Vas, on note à ce propos que l'effet de la moxibustion est plus important avant 32 SA qu'après [34]. Un autre intérêt de cet essai pour notre pratique réside dans sa validité externe. Il n'est pas improbable que le fait que l'essai ait été réalisé dans le cadre d'une médecine occidentale, alors que bon nombre des précédents avaient été faits en Chine, ait joué un rôle. La forte imprégnation culturelle vis-à-vis de l'acupuncture est bien sûr très différente en Chine et en Europe et l'acceptation de la technique pourrait agir sur un mode placebo. De plus, l'hétérogénéité des caractéristiques anthropométriques et cliniques des populations des différents essais pourrait aussi contribuer à invalider une pratique qui semble efficace dans un certain environnement lorsqu'elle est appliquée dans un autre. Confortant cet argument, Vas *et al.*, dans leur méta-analyse, montrent que la proportion de versions est très différente entre les études pratiquées dans les pays européens (46,3 %) et celles réalisées en Asie (84,8 %) [34].

Aussi, s'il semble de plus en plus clair que la moxibustion puisse avoir un intérêt dans cette indication en Asie et que la technique est sûre, tant d'un point de vue maternel que fœtal [36], les données obtenues à partir d'essais réalisés avec des populations occidentales dans le contexte de la médecine occidentale ne permettent pas à ce jour de conclure.

## INDUCTION DU TRAVAIL

L'induction spontanée de la parturition met en jeu une cascade de phénomènes complexes qui, malgré les importants progrès réalisés, sont encore aujourd'hui loin d'être totalement compris. Les méthodes que nous utilisons actuellement pour permettre la maturation cervicale et induire le travail ne sont que partiellement efficaces, et de nombreuses césariennes sont encore pratiquées pour des échecs de déclenchement.

Le recours à l'acupuncture a été proposé dans le but de favoriser la maturation du travail et l'induction de la parturition. Les mécanismes qui pourraient expliquer l'effet de l'acupuncture dans l'induction du travail sont purement spéculatifs et pourraient être en rapport avec une stimulation utérine via des stimulations nerveuses et des modifications hormonales. Une des hypothèses est que la stimulation neuronale induite par l'aiguille est responsable d'une stimulation utérine par libération centrale d'ocytocine ou par stimulation parasymphatique de l'utérus [37].

Un nombre encore assez limité d'essais a été consacré à l'évaluation de cette approche dans la maturation cervicale.

Une mise à jour datant de 2009 de la revue de la Cochrane publiée en 2004 retenait 2 essais randomisés [38, 39] incluant 212 patientes [40]. Si à partir de ceux-ci on retrouve une augmentation du risque de recours à d'autres méthodes d'induction du travail dans le groupe contrôle par rapport à celui traité par acupuncture (RR 1,45 ; 95 % IC 1,08-1,95), l'acupuncture ne réduit pas de façon significative la durée entre l'intervention et l'entrée en travail, ni le risque de césarienne (RR 0,43 ; 95 % IC 0,17- 1,11).

Les auteurs de la revue notent de plus que les études sont méthodologiquement moyennes avec des effectifs limités [40]. Aucune n'est en double aveugle et aucune des analyses n'a été réalisée en intention de traiter. C'est ainsi que les auteurs ont suspendu leur avis quant à l'utilisation de l'acupuncture dans cette indication, en attendant de disposer de données provenant d'essais plus solides.

Ce sont ces mêmes auteurs qui, en 2008, avaient publié l'essai le plus important sur la question [41]. En utilisant les dispositifs SHAM pour le groupe contrôle, les investigateurs ont montré dans cet essai contrôlé randomisé qui incluait 364 patientes arrivées à terme que l'acupuncture ne réduisait pas le recours aux prostaglandines (RR 1,20 ; 95 % IC 0,96-1,51) ; à l'ocytocine (RR 0,89 ; 95 % IC 0,60-1,32) ; ou à l'association ocytocine plus amniotomie (RR 0,87 ; 95 % IC 0,57-1,33).

Ils montraient enfin que l'acupuncture ne permettait pas de réduire le délai entre l'intervention et l'accouchement. Il faut cependant noter que les groupes après randomisation n'étaient pas tout à fait comparables, notamment pour ce qui est du score de Bishop qui était un peu moins favorable dans le groupe acupuncture. Il semble toutefois qu'après ajustement sur ce score, les résultats soient inchangés [41].

Un autre essai sur l'induction du travail chez les femmes ayant dépassé le terme, de méthodologie acceptable, a été publié en 2010 dans le *British Journal of Obstetrics and Gynecology* [42]. L'essai en double aveugle réalisé au Danemark porte sur 125 femmes randomisées à 41 SA et 6 jours. Là encore, aucune différence n'a pu être mise en évidence entre l'acupuncture et l'utilisation des dispositifs SHAM concernant la mise en travail.

Un dernier essai randomisé, lui aussi publié en 2010, comparait l'électroacupuncture au déclenchement par misoprostol [43] et retrouvait des différences, notamment le taux d'accouchement par voie basse, dans le sens d'une augmentation des accouchements par voie naturelle après électroacupuncture. Il apparaît à la lecture de ladite publication que ces différences puissent être davantage dues au risque d'hypertonie utérine et effets secondaires fœtaux du misoprostol, qu'à une éventuelle efficacité de l'acupuncture.

Il est vrai qu'on peut reprocher aux derniers essais mentionnés d'avoir initié les protocoles d'acupuncture trop proches du terme pour permettre l'obtention d'un quelconque effet, et qu'ainsi il ne peut être exclu qu'un effet aurait pu être mis en évidence avec un autre protocole. Toutefois, ceux-ci présentent l'intérêt d'être pragmatiques et adaptés aux attentes des cliniciens. C'est au moment où le terme est atteint que se pose la question du déclenchement et si on devait entreprendre des traitements par acupuncture bien avant le terme, tant bien même celui-ci aurait un effet, il faudrait probablement traiter de nombreuses femmes qui seraient entrées en travail spontanément pour éviter un déclenchement pharmacologique.

Il apparaît ainsi, même si les techniques d'acupuncture jouissent d'une très bonne acceptation par les patientes [35, 44], **et contrairement à la lecture que certains font des résultats publiés [45], que leur efficacité dans la maturation cervicale et le déclenchement du travail n'est à ce jour pas démontrée.**

## ANALGÉSIE PERPARTUM

La douleur qui est associée aux contractions utérines en cours du travail a été décrite par certains comme une des plus intenses [46]. Cette douleur, causée à la fois par les contractions utérines, la dilatation cervicale et l'étirement des structures vaginales et pelviennes, est très certainement modulée par l'ensemble des émotions qui s'expriment à l'occasion de ce moment si particulier. Morgan *et al.* montraient que soulager la douleur ne suffisait pas nécessairement à rendre le déroulement du travail satisfaisant pour toutes les parturientes [47], et il apparaît aujourd'hui évident que cette satisfaction ne peut être obtenue que par une prise en charge individualisée. Dans cette perspective, des approches complémentaires basées dans leurs principes sur une prise en charge centrée sur l'expérience de la patiente ont été décrites et parmi elles nous retrouvons l'acupuncture.

L'acupuncture, seule ou en complément des méthodes traditionnelles, a ainsi fait l'objet d'un certain nombre d'évaluations dans cette indication.

Au total ce sont dix essais contrôlés qui ont été réalisés et publiés sur la question. Sept d'entre eux qui mettaient à contribution des échelles visuelles analogiques pour l'évaluation de la douleur ont été intégrés dans le cadre d'une méta-analyse récemment publiée [48]. La relativement faible qualité méthodologique de ces études, déjà relevée précédemment concernant par exemple l'absence très fréquente d'« aveugle », n'est pas non plus ici sans poser de problèmes. Ce défaut n'est cependant pas le plus gênant et les biais sont dans ces essais très fréquents.

Les conclusions de cette méta-analyse sont assez similaires à celles de la revue plus générale publiée en 2006 par Smith *et al.* dans le cadre de la Cochrane sur les méthodes dites « complémentaires » [49]. À savoir que les méthodes d'acupuncture pourraient avoir un intérêt pour la gestion de la douleur en cours du travail (augmentation des scores de satisfaction maternelle ou moindre recours à des produits pharmacologiques), mais que les études actuelles sont, tant d'un point de vue méthodologique que du nombre de patientes incluses, insuffisantes pour conclure et permettre de définir la place de ces méthodes. Là encore aucun effet adverse n'a été rapporté.

## CONCLUSION

Difficile lorsqu'on a été élevé dans les facultés du vieux continent et dans des hôpitaux qui portent des noms comme ceux de Bichat et Claude Bernard de comprendre et d'accepter des approches reposant sur des théories totalement étrangères aux systèmes physiologiques qui constituent nos références. Cependant, le paradigme anglo-saxon de l'*evidence-based medicine*, qui a pris une place considérable dans la pratique médicale occidentale, a placé dans l'échelle des niveaux de preuve les résultats de l'essai clinique bien au-dessus de la congruence aux connaissances physiologiques. Ce faisant, des approches issues de savoirs traditionnels comme l'acupuncture sont en train de se rapprocher et d'intégrer progressivement un système occidental se voulant rationnel.

L'acupuncture et ses techniques connexes rencontrent un succès grandissant pour le traitement de certains troubles de la grossesse. À la lecture des données issues de la littérature scientifique, il apparaît de façon assez claire que, pratiquée ou encadrée par des praticiens bien formés, ses effets indésirables sont extrêmement limités. Néanmoins, mis à part pour les nausées et vomissements gravidiques, les données concernant son efficacité thérapeutique, bien que pour certains promoteurs, sont encore loin d'être univoques et les essais thérapeutiques de qualité manquent pour permettre aujourd'hui de statuer. Les données actuelles ne permettent pas d'envisager le recours à l'acupuncture en routine sans évaluation complémentaire pour soulager les lombalgies ou douleurs pelviennes de la femme enceinte, favoriser la version des fœtus en présentation du siège, déclencher le travail ou soulager la douleur pendant le travail. Dans toutes ces indications, si un bénéfice thérapeutique existe, il est fort probable, comme le montrent certains des travaux présentés, que celui-ci soit, pour partie au moins, lié à un effet placebo. Ceci explique que des effets souvent plus importants soient rapportés dans les études réalisées avec des populations culturellement proches de cette médecine traditionnelle.

L'évaluation scientifique de cette approche thérapeutique n'a été initiée que récemment, et on peut espérer que les données qui seront recueillies dans les années à venir permettront de mieux en préciser la place dans notre médecine occidentale. Pour améliorer la qualité des travaux de recherche dans ce domaine, un référentiel méthodologique destiné spécifiquement à l'évaluation des méthodes d'acupuncture a été élaboré et publié en 2001 (STRICTA : *ST*andards for *R*eporting *I*nterventions in *C*ontrolled *T*rials of *A*cupuncture) [50]. Plus que la pratique

en routine de l'acupuncture, c'est donc avant tout cette recherche qu'il faut aujourd'hui promouvoir. Nous devons cependant garder à l'esprit que l'essai clinique contrôlé, bien qu'il soit le *gold standard* méthodologique de l'évaluation scientifique en épidémiologie clinique, trouve ses limites pour l'évaluation d'un certain nombre d'interventions non standardisables. Andrew Kotaska l'a très bien montré à propos d'une intervention complexe comme l'accouchement des fœtus en présentation du siège [51], et il est possible que les traitements acupunctureaux qui se prêtent difficilement à une standardisation en pâtissent dans les évaluations dont ils sont et seront l'objet.

## Bibliographie

- [1] MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. The escalating cost and prevalence of alternative medicine. *Prev Med* 2002;35(2):166-73.
- [2] Allaire AD, Moos MK, Wells SR. Complementary and alternative medicine in pregnancy: a survey of North Carolina certified nurse-midwives. *Obstet Gynecol* 2000;95(1):19-23.
- [3] Barnes PM *et al.* Complementary and alternative medicine use among adults: United States 2002. *Adv Data* 2004;(343):1-19.
- [4] Wang SM *et al.* Complementary and alternative medicine for low-back pain in pregnancy: a cross-sectional survey. *J Altern Complement Med* 2005;11(3):459-64.
- [5] Yamashita H *et al.* Systematic review of adverse events following acupuncture: the Japanese literature. *Complement Ther Med* 2001;9(2):98-104.
- [6] Ernst E, White AR. Prospective studies of the safety of acupuncture: a systematic review. *Am J Med* 2001;110(6):481-5.
- [7] Western medical acupuncture: a definition. *Acupunct Med* 2009;27(1):33-5.
- [8] Zhao ZQ. Neural mechanism underlying acupuncture analgesia. *Prog Neurobiol* 2008;85(4):355-75.
- [9] Hui KK *et al.* Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from fMRI studies in normal subjects. *Hum Brain Mapp* 2000;9(1):13-25.
- [10] Dhond RP *et al.* Acupuncture modulates resting state connectivity in default and sensorimotor brain networks. *Pain* 2008;136(3):407-18.
- [11] Pariente J *et al.* Expectancy and belief modulate the neuronal substrates of pain treated by acupuncture. *Neuroimage* 2005;25(4):1161-7.
- [12] Mogren IM, Pohjanen AI. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. *Spine (Phila Pa 1976)* 2005;30(8):983-91.
- [13] Wang SM *et al.* Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. *Obstet Gynecol* 2004;104(1):65-70.
- [14] Wu WH *et al.* Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J* 2004;13(7):575-89.
- [15] Stuge B, Hilde G, Vollestad N. Physical therapy for pregnancy-related low back and pelvic pain: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(11):983-90.
- [16] Depledge J *et al.* Management of symphysis pubis dysfunction during pregnancy using exercise and pelvic support belts. *Phys Ther* 2005;85(12):1290-300.
- [17] Elden H *et al.* Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. *BMJ* 2005;330(7494):761.
- [18] Elden H *et al.* Acupuncture as an adjunct to standard treatment for pelvic girdle pain in pregnant women: randomised double-blinded controlled trial comparing acupuncture with non-penetrating sham acupuncture. *BJOG* 2008;115(13):1655-68.
- [19] Park J *et al.* Validating a new non-penetrating sham acupuncture device: two randomised controlled trials. *Acupunct Med* 2002;20(4):168-74.
- [20] Pennick VE, Young G. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD001139.
- [21] Ee CC *et al.* Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(3):254-9.
- [22] Smith CA, Cochrane S. Does acupuncture have a place as an adjunct treatment during pregnancy? A review of randomized controlled trials and systematic reviews. *Birth* 2009;36(3):246-53.
- [23] Klebanoff MA *et al.* Epidemiology of vomiting in early pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985;66(5):612-6.
- [24] Dundee JW, McMillan CM. Clinical uses of P6 acupuncture antiemesis. *Acupunct Electrother Res* 1990;15(3-4):211-5.
- [25] Belluomini J *et al.* Acupressure for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, blinded study. *Obstet Gynecol* 1994;84(2):245-8.
- [26] O'Brien B, Relyea MJ, Taerum T. Efficacy of P6 acupressure in the treatment of nausea and vomiting during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(2):708-15.



- [27] Rosen T *et al.* A randomized controlled trial of nerve stimulation for relief of nausea and vomiting in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003;102(1):129-35.
- [28] Smith C, Crowther C, Beilby J. Acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy: a randomized controlled trial. *Birth* 2002;29(1):1-9.
- [29] Smith C, Crowther C. The placebo response and effect of time in a trial of acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy. *Complement Ther Med* 2002; 10(4):210-6.
- [30] Helmreich RJ, Shiao SY, Dune LS. Meta-analysis of acustimulation effects on nausea and vomiting in pregnant women. *Explore (NY)* 2006;2(5):412-21.
- [31] Hannah ME *et al.* Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet* 2000;356(9239):1375-83.
- [32] Cardini F, Weixin H. Moxibustion for correction of breech presentation: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280 (18):1580-4.
- [33] Neri I *et al.* Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation: a randomized controlled study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004;15(4):247-52.
- [34] Vas J *et al.* Correction of nonvertex presentation with moxibustion: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201(3):241-59.
- [35] Guittier MJ *et al.* Moxibustion for breech version: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2009;114(5):1034-40.
- [36] Guittier MJ *et al.* Side-effects of moxibustion for cephalic version of breech presentation. *J Altern Complement Med* 2008; 14(10):1231-3.
- [37] Tempfer C *et al.* Influence of acupuncture on maternal serum levels of interleukin-8, prostaglandin F2alpha, and beta-endorphin: a matched pair study. *Obstet Gynecol* 1998;92(2):245-8.
- [38] Rabl M *et al.* Acupuncture for cervical ripening and induction of labor at term--a randomized controlled trial. *Wien Klin Wochenschr* 2001;113(23-24):942-6.
- [39] Gaudernack LC, Forbord S, Hole E. Acupuncture administered after spontaneous rupture of membranes at term significantly reduces the length of birth and use of oxytocin. A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(11):1348-53.
- [40] Smith CA, Crowther CA. Acupuncture for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(1):CD002962.
- [41] Smith CA *et al.* Acupuncture to induce labor: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008;112(5):1067-74.
- [42] Modlock J, Nielsen BB, Uldbjerg N. Acupuncture for the induction of labour: a double-blind randomised controlled study. *BJOG* 2010.
- [43] Gribel GP, Coca-Velarde LG, Moreira de Sa RA. Electroacupuncture for cervical ripening prior to labor induction: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet* 2010 Jun 8.
- [44] Selmer-Olsen T, Lydersen S, Morkved S. Does acupuncture used in nulliparous women reduce time from prelabour rupture of membranes at term to active phase of labour? A randomised controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(12):1447-52.
- [45] Lim CE *et al.* Effect of acupuncture on induction of labor. *J Altern Complement Med* 2009;15(11):1209-14.
- [46] Melzack R. The myth of painless childbirth (the John J. Bonica lecture). *Pain* 1984;19(4):321-37.
- [47] Morgan BM *et al.* Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet* 1982;2(8302):808-10.
- [48] Cho SH, Lee H, Ernst E. Acupuncture for pain relief in labour: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2010;117(8):907-20.
- [49] Smith CA *et al.* Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4):CD003521.
- [50] MacPherson H *et al.* Standards for reporting interventions in controlled trials of acupuncture: the STRICTA recommendations. *Complement Ther Med* 2001;9(4):246-9.
- [51] Kotaska A. Inappropriate use of randomised trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery. *BMJ* 2004;329(7473):1039-42.