

Rééducation pelvi-périnéale et grossesse

Sophie Flandin-Crétinon
Sage-femme enseignante

Ecole de sages-femmes
Hôpital FOCH
Suresnes (92)



Introduction



- Pendant la grossesse l'Incontinence urinaire (IU) est le trouble le plus fréquent (30 à 50 % des femmes)
- Il faut développer les moyens de prévention dès la période prénatale (accouchement)
- La rééducation pourrait contribuer à la prévention
- Son apport réel en prévention primaire, secondaire et surtout tertiaire est méconnu
- Nous devons prendre en compte les tendances pour orienter notre pratique clinique.

La recherche et la rééducation prénatale

- A ce jour la plupart des études s'inscrivent dans une démarche de prévention primaire ou secondaire
- Certaines études populationnelles s'inscrivent dans une démarche de santé publique
- Très peu d'études et avec des résultats non significatifs sur la prévention tertiaire pour le traitement de l'IU pendant la grossesse ([Woldringh 2007](#))

Le contexte

- Prévenir l'Incontinence urinaire de la femme est un objectif de santé publique (Loi 2004)
- L'IU et la grossesse sont clairement associées à un risque d'IU post-natale
- Mais reste à déterminer les lésions musculaires et nerveuses en lien avec la grossesse et leur implication
- Identifier les facteurs de risque modifiables accessibles à une prévention représente une priorité
- Il est important de s'inscrire dans une évaluation à long terme

Fritel. X., Pelvic Floor and Pregnancy. *Gynecol Obstet Fertil*, 2010, 38 (5), pp.332-46.

La rééducation périnatale

- Son intérêt reste controversé pour prévenir ou diminuer les troubles pelvi-périnéaux et surtout l'IU
- Le bénéfice en période post-natale et surtout à long terme (> 6 mois) reste à démontrer en population générale
- La rééducation périnatale pourrait diminuer le risque de périnée complet associé aux épisiotomies et le temps d'expulsion

Hay-Smith. J. And al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal et postnatal women. Cochrane database of systematic reviews 2008

Fritel X, de Tairac R, Bader G, Savary D, Gueye A, Deffieux X, Fernandez H, Richet C, Guilhot J, Fauconnier A. Preventing Urinary Incontinence with Supervised Prenatal Pelvic Floor exercices, Obstet Gynecol. 2015 Aug;126(2):370-7.

L'éducation périnéale prénatale

- La délivrance **d'instructions orales et écrites** semble avoir un effet préventif
- Elle inclut un travail de **renforcement musculaire** du périnée en **auto-rééducation**
- **Inscrire les exercices dans une routine** permet une plus forte **adhésion** sur le long terme (12 mois)

Stafne. S-N. and al., Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy ?, BJOG, july 2012

L'intérêt d'un programme intensif

- Au plus le **programme est intensif** au plus la rééducation semble efficace
- L'efficacité à titre préventif semble significative dans une population ciblée de Primipares asymptomatiques (30% d'IU en moins 6 mois après l'accouchement)

Boyle. R. and al., Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal et postnatal women. Cochrane database of systematic reviews 2012

Comment définir un programme intensif ?

- Instructions écrites et orales (anatomie, anatomie fonctionnelle, éducation comportementale, verrouillage à l'effort)
- Diagnostic de contraction périnéale correcte
- Entraînement musculaire quotidien supervisé par des séances avec un rééducateur (> 8)
- Programme d'exercices permettant un renforcement musculaire

L'intérêt de la supervision

- Un programme **supervisé**, d'une durée d'au moins 8 semaines et qui comprend les principes du renforcement musculaire semble recommandé pour prévenir l'IU

Stafne. S-N. and al., Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy ?, BJOG, july 2012

Le dépistage des facteurs de risque

- Il présente un intérêt pour orienter les messages de prévention en prénatal
- Lors de la première grossesse, la pratique d'exercices musculaires périnéaux (PFMT) semble prévenir l'IU en fin de grossesse et jusqu'à 6 mois
- La rééducation périnéale prénatale semble indiquée chez les patientes **Primipares ou avec autres facteurs de risque** (surcharge pondérale, macrosomie, forceps)

Battut. A., Incontinence et prolapsus. Quelle prévention en ante-partum ?, La revue sage-femme (2010) 9, 227-239

Les pistes pour la pratique clinique

- Dépister les facteurs de risque (CPN, PNP)
- Ne pas négliger les patientes symptomatiques
- Accorder une place importante à l'éducation périnéale à généraliser pendant la grossesse
- Introduire si possible un programme intensif
- Proposer un programme d'auto-rééducation
- Superviser le programme

Un logigramme thérapeutique

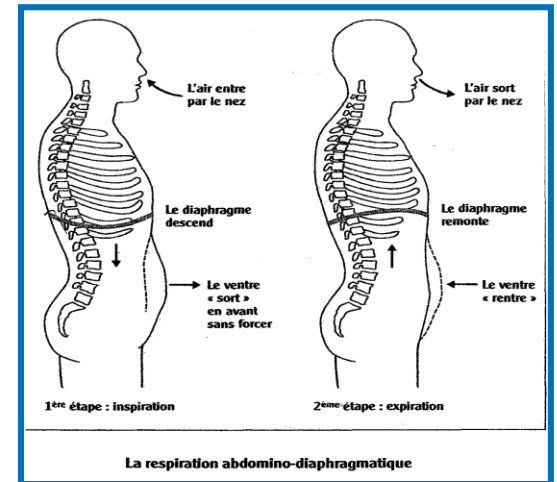
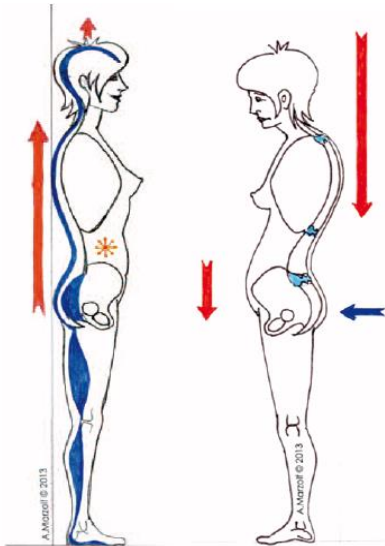
1 - Evaluation de départ :

- Prévention primaire ou secondaire
 - ➔ Education comportementale
 - ➔ Travail d'auto-rééducation (renforcement musculaire)
 - ➔ Supervision lors des CPN ou des séances de PNP
- Prévention tertiaire
 - ➔ Education comportementale (renforcement musculaire)
 - ➔ Travail d'auto-rééducation
 - ➔ Supervision lors de séances de rééducation

2 - Evaluation post-natale (3 mois) /orientation

L'éducation comportementale (1)

- S'aider de planches anatomiques ou d'autres supports visuels
- Permettre aux patientes de repérer leur périnée et d'en comprendre le fonctionnement



L'éducation comportementale (2)

- Education mictionnelle et défécatoire : Surélever les pieds sur un petit tabouret, ne pas se pencher en avant, ne pas pousser, respecter l'envie...
- Lutter contre la constipation ++ : règles hygiéno-diététiques



L'éducation comportementale (3)

- Alimentation: régime adapté à la grossesse et à l'IMC de départ (recherche DG)
- Activité physique adaptée à favoriser: éviter les sports avec fort impact
- Apprendre à faire les gestes quotidiens sur l'expiration et non pas sur le bloqué/poussé
- soulever une charge lourde de façon ergonomique
- Verrouillage à l'effort : toux éternuements, rire..
- Intégrer les mesures de prévention dans le quotidien



Sophie FLANDIN-CRETINON
Décembre 2015



L'auto-rééducation

- S'inscrire dans un programme de renforcement musculaire : prescription
- Exercices quotidiens : série de 10 contractions de 10 s (> 5 s) avec puissance maximale et série de contractions rapides (entre 10 et 50)
- 3 fois/jour en variant les positions : debout, allongée, couchée
- Intégrer les exercices dans la routine quotidienne



Modèle de progression de *l'American Collège Of Sports Médecine*

Force : 3 séries de 8 à 12 contractions musculaires maximales (CMM), vitesse modérée, puis repos 1 à 2 mn entre les séries, de 2 à 3 fois/sem jusqu'à 4 à 5 fois/sem

Endurance : 3 séries de 15 contractions minimum (40 à 60 % de l'effort maximal) avec repos < 90 s entre les séries

Rapidité –coordination : « The Knack » contractions volontaires, rapides et répétées en réponse à une situation spécifique (toux, saut avec écart, soulever charge lourde)

Dumoulin. C. Optimiser la rééducation périnéale dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort, réalités en Gynco-obst, #152_Mars 2011

La supervision (1)

- Renforcer le climat de confiance
- Encourager et favoriser l'adhésion
- Intégrer les exercices à une routine
- Contrôler et renforcer la pratique des exercices musculaires
- Accompagner l'apprentissage du verrouillage à l'effort



La supervision (2)

- Pas de « modèle » recommandé à ce jour
- Au moins 8 RV avec le rééducateur à partir de 24 SA
- La prévention primaire n'est pas généralisable à ce jour en l'absence de niveau de preuve suffisant
- L'impact économique est à considérer
- Il faut développer des modèles alternatifs de prise en charge.

Les spécificités de la grossesse

Importantes pour adapter la prise en charge :

- Accessibilité aux soins facilitée (dépistage)
- Période transitoire avec modifications multiples à considérer ; physiques, psychologiques
- Temps « compté »
- Échéance et enjeu de l'accouchement et de ses suites



Sophie FLANDIN-CRETINON
Décembre 2015

Evaluation de départ

- Créer une relation de confiance
- Définir des objectifs personnels
- Utiliser les questionnaires si nécessaire (symptômes, qualité de vie)
- Identifier les facteurs de risque responsables ou aggravants (histoire obstétricale ++)
- Pratiquer une évaluation clinique de la fonction périnéale
- Proposer un schéma thérapeutique

Rechercher les symptômes

- Incontinence urinaire d'effort (Urgenturie)
→ *fréquence, quantité, circonstance*
- Incontinence lors des rapports sexuels
- Dyspareunie
- Incontinence fécale
→ *fréquence, nature, circonstance*

Place de l'examen clinique

- L'inspection périnéale
 - Au repos et à l'effort
 - Morphologie de la vulve, béance
 - Distance ano-vulvaire et cicatrices
 - Anus : plis, hémorroïdes
- Le Toucher vaginal
 - Evaluation des Pressions thoraco-abdominales à l'effort
 - Dépister les inversions de commande périnéale et les dysynergies

Le Testing périnéal

selon LAYCOCK, Modified Oxford Grading System 2008

Score	Qualité de la contraction	Maintien	Nombre
0	Aucune	0 s	0
1	Traces	1 s	1
2	Bien perçue sans résistance	< 5 s	2
3	Bien perçue sans résistance	> 5 s	3
4	Perçu avec petite résistance	> 5 s	4
5	Perçu avec forte résistance	> 5 s	5

Le suivi en post-natal

- Informer les patientes du caractère parfois transitoire de la symptomatologie post-natale
- Reprendre les messages de prévention et d'éducation et les adapter au contexte
- Positionner la visite post-natale comme un temps important d'évaluation
- Proposer des orientations adaptées en lien avec les recommandations (CNGOF 2015)

Conclusion



- Pas de consensus à ce jour concernant la rééducation prénatale.
- Il semble adapté de promouvoir l'éducation des patientes en population générale
- La pratique d'exercices du périnée en prénatal semble devoir être encouragée
- Il apparaît pertinent d'utiliser le temps de la grossesse (CS et PNP) pour développer la prévention
- Les travaux sont à poursuivre notamment pour évaluer les autres troubles (IA) et la prévention tertiaire

Références

Articles clés :

- Fritel. X., Pelvic Floor and Pregnancy. *Gynecol Obstet Fertil*, 2010, 38 (5), pp.332-46.
- Hay-Smith. J. And al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal et postnatal women. *Cochrane database of systematic reviews* 2008
- Fritel X, de Tayrac R, Bader G, Savary D, Gueye A, Deffieux X, Fernandez H, Richet C, Guilhot J, Fauconnier A. Preventing Urinary Incontinence with Supervised Prenatal Pelvic Floor exercices, *Obstet Gynecol*. 2015 Aug;126(2):370-7.
- Battut. A., Incontinence et prolapsus. Quelle prévention en ante-partum ?, *La revue sage-femme* (2010) 9, 227-239
- Stafne. S-N. and al., Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy ?, *BJOG*, july 2012
- Boyle. R. and al., Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal et postnatal women. *Cochrane database of systematic reviews* 2012
- Morkved. S., Effect of pelvic Floor Muscle Training During Pregnancy and after Childbirth on Prevention and Treatment of Urinary Incontinence, *A Susteàatic Review*, *BJSM*, 2014; 48(4): 299-310

Support auto-gestion :

Outil d'information et de prise en charge de l'incontinence urinaire. Institut universitaire de gériatrie de Montréal / European research area in ageing