

Faire ou ne pas faire le stop-pipi ?

Là est la question

L'évolution d'une pratique

HENRI PORTERO

Depuis fort longtemps le stop-pipi a été considéré par les thérapeutes avertis comme un moyen pédagogique et ponctuel permettant une prise de conscience de ce que doit être la bonne contraction du plancher pelvien. Hélas, peu à peu des dérives ont amené de nombreuses patientes et certains praticiens à utiliser ce test comme « un exercice musclant » et/ou « de contrôle de la miction ».

MOTS CLÉS

Dyssynergie vésico-sphinctérienne
Prise de conscience du plancher pelvien
Stop-pipi

Après avoir pris naissance aux États-Unis en 1948 sous l'impulsion d'Arnold Kegel [1], la rééducation périnéale ne réapparaît qu'en 1970 en Suède grâce aux travaux de Magnus Fall sur la stimulation électrique [2] et 1977 en France. Elle ne commence à se développer qu'à partir de 1980.

Les différentes techniques de rééducation du plancher pelvien sont alors mises en place : le travail manuel, le biofeedback, l'électrostimulation fonctionnelle, les cônes, la rééducation comportementale. Le stop-pipi apparaît et est conseillé. La terminologie déclinant l'interruption du jet d'urine est variée : stop-pipi, pipi-stop, stop-jet, stop-test. Pour certains il permet d'objectiver la contraction périnéale et d'évaluer sa qualité. Mais il sera ultérieurement contre-indiqué en cas de résidu post-mictionnel [3, 4]. Au cours de cette même période, d'autres thérapeutes conseillent d'interrompre le jet en début de miction comme premier exercice d'apprentissage [5] ou de le faire dès l'accouchement en début de chaque miction une seule fois [6, 7].

Dans la pratique quotidienne, des dérives apparaissent rapidement. Le stop-pipi, qui est un exercice permettant la prise de conscience de la bonne contraction périnéale, est progressivement utilisé comme un moyen de renforcement musculaire ! Nombreuses sont les patientes qui intègrent cet exercice comme le seul exercice de musculation. Elles oublient les contractions périnéales qu'elles doivent effectuer dans le cadre d'un programme d'auto-entretien à domicile, en complément des séances pratiquées chez le masseur-kinésithérapeute.

Muscle-t-on son périnée en pratiquant cet exercice à chaque miction, c'est-à-dire de 3 à 6 ou 7 fois par jour seulement ?

Peu à peu les thérapeutes vont changer leurs pratiques et faire ressortir le côté pédagogique de cet exercice. Il doit permettre aux patientes de mieux localiser la zone pelvienne. Ainsi dans la littérature le stop-pipi va apparaître comme un test d'identification et de prise de conscience de la bonne contraction périnéale et prendre sa place dans l'arsenal thérapeutique et pédagogique des masseurs-kinésithérapeutes pratiquant la rééducation urogynécologique.

Sampselle et DeLancey en 1992 [8] ont développé l'*Urine Stream Interruption Test* (UST) pour évaluer l'efficacité des muscles du plancher pelvien en fonction de la parité. Il a été montré que le temps pour couper le jet d'urine augmentait avec la parité.

Sampselle en 1993 [9], nous dit que l'UST peut être utilisé par les praticiens comme un moyen d'évaluation de la progression de la force des muscles du plancher pelvien.

Au VI^e Congrès International sur la rééducation du plancher pelvien du GRRUG en 1994 [10], Cotelle O conseille de « *démystifier le stop-pipi, et ne lui laisser qu'une valeur de « test » anecdotique* », il serait « *utile de temps en temps dans les débuts d'une prise de conscience difficile* ».

En 1995, le groupe de travail sur « L'évaluation et l'état des connaissances concernant l'incontinence urinaire de l'adulte » de l'ANDEM [11], émet des réserves sur la généralisation du stop-jet. Cet exercice ne devrait être utilisé que dans le cadre de l'apprentissage correct des exercices du plancher pelvien. En effet, une mauvaise mise en œuvre de cet exercice peut entraîner des

Cadre de Santé Kinésithérapeute. Centre Hospitalier Côte de Lumière, 75 avenue d'Aquitaine, BP 10 393, 85 108 Les sables d'Olonne Cedex. E-mail : Henri.PORTERO@ch-cotedelumiere.fr

Article reçu le 05/09/05
Accepté le 16/11/05

inconvenients non négligeables tels que : dyssynergie vésico-sphinctérienne, résidu post-mictionnel et risques infectieux.

Bourcier en 1995 [12] rejoint l'ANDEM, précisant que le stop-test fonctionnel de la musculature périnéale est une technique d'évaluation et non un exercice rééducatif. *Il risque d'entraîner une perturbation des réflexes mictionnels intégrés.* Ce test doit être réalisé à vessie pleine, et il propose une cotation afin d'évaluer la qualité de l'interruption volontaire mictionnelle :

- 0 : impossibilité de ralentir, le jet est continu ;
- 1 : ralentissement partiel mais sans arrêt ;
- 2 : maintien du ralentissement du jet mais arrêt en fin de miction ;
- 3 : arrêt du jet urinaire ;
- 4, 5 : arrêt net, puissant, aisé, en fin de miction (pour 4), au milieu de la miction (pour 5).

Pour lui, une cotation inférieure à 3 signe un déficit sphinctérien net. Cela nécessitera un ré-entraînement musculaire. Dans ces conditions, les patientes mettent en action des groupes musculaires parasites tels que les fessiers et les adducteurs. Les cotations 4 et 5 doivent encourager les patientes à entretenir la musculature dans le temps.

Grosse et Sengler parlent d'image de l'interruption du jet d'urine [13]. N'oublions pas le côté pédagogique du langage ; donner des images aux patientes les aide à mieux comprendre ce que doit être la contraction périnéale. Les répliques sont nombreuses et nous retiendrons la phrase suivante : « *madame, imaginez que vous coupez le jet d'urine* » ou « *coupez le jet d'urine* » ou encore « *faite comme si vous coupez le jet d'urine* ».

En 2000, le *National Guideline Clearing House* se propose dans l'*Evidence-based clinical practice guideline : continence for women* [14] de contracter le plancher pelvien pour contrôler la capacité que l'on a pour arrêter le jet d'urine. Il est précisé de ne pas faire l'exercice plus d'une fois par semaine. Cette pratique permet aux patientes de s'auto-évaluer par rapport à la mise en œuvre correcte des exercices de musculation du plancher pelvien. Sur le site internet de la *National Association For Continence* [15], il est bien précisé que le stop-test n'est pas un exercice de musculation du plancher pelvien mais bien un moyen d'identification de cette zone musculaire. Il est conseillé de l'effectuer 2 fois par mois pour voir si la force musculaire a progressé.

Les Australiens rejoignent également ce courant et, par l'intermédiaire d'une brochure éditée par le *Women's Health Victoria and Women's Health Statewide* en 2001, conseillent d'utiliser le stop-test comme un moyen de localisation des muscles du plancher pelvien et non comme un exercice [16]. Ils déclinent aux patientes les

conseils de la façon suivante : « pour trouver les muscles qui contrôlent votre jet d'urine, pendant que l'urine passe, essayer d'arrêter le jet à mi-chemin. Essayer de tenir 3 secondes et relâcher. Si votre plancher pelvien est faible, vous trouverez difficile de ralentir ou d'arrêter le jet d'urine. Ceci vous aide à identifier les muscles, vous devrez vous exercer plus tard ».

En 2003, la revue « Le Généraliste » présente un dossier sur les fuites urinaires rédigé par le Dr Pascale Naudin-Rousselle sous la direction scientifique des professeurs Gérard Amarenco et Vincent Delmas ; le stop-pipi y est formellement contre-indiqué, celui-ci pouvant faire apparaître une dyssynergie fonctionnelle, gêner la vidange vésicale complète, générer un reflux vésico-urétéral [17].

En 20 ans de pratique, le stop-pipi en tant qu'exercice s'est vu progressivement fermer les portes pour des raisons bien claires : il ne muscle pas, il peut perturber l'équilibre vésico-sphinctérien et générer un résidu mictionnel. Soyons vigilant, ne gardons que l'image de l'interruption du jet d'urine pour aider à la prise de conscience de la contraction du plancher pelvien et évitons de pratiquer le stop-pipi.

À la question posée initialement, la réponse est : NE PAS FAIRE LE STOP-PIPI. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Kegel A.H. Progressive resistance exercise in the functional restoration of perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948;56:238-48.
- [2] Fall M, Erlandson BE, Sundin T, Waagstein F. Intravaginal electrical stimulation in urinary incontinence. An experimental and clinical study. *Scand J Urol Nephrol* 1977;44:41-7
- [3] Serment G, Rossi D. L'incontinence urinaire d'effort. Symposium sur l'incontinence urinaire Marseille 26-27 mars 1988;13-27.
- [4] Sengler J. Rééducation de la personne âgée incontinente. Symposium sur l'incontinence urinaire Marseille 26-27 mars 1988;151-5.
- [5] Minaire P. La rééducation de l'incontinence urinaire. Symposium sur l'incontinence urinaire Marseille 26 et 27 mars 1988;168-73.
- [6] Cotelle O. La rééducation du post-partum. Symposium sur l'incontinence urinaire Marseille 26 et 27 mars 1988;90-6.
- [7] Kunst D. La rééducation périnéale dans le post-partum ou la prévention du prolapsus et de l'IUE. Symposium sur l'incontinence urinaire Marseille 26 et 27 mars 1988;70-81.
- [8] Sampsel CM, DeLancey JO. The Urine Stream Interruption Test and pelvic muscle function. *Nurs Res* 1992;41:73-7.
- [9] Sampsel CM. Using a stopwatch to assess pelvic muscle strength in the urine stream interruption test. *Nurse Pract* 1993;18:14-6, 18-20.

- [10] Cotelte O. L'incontinence urinaire du pré-partum. In : Groupe de Recherche en Rééducation d'Uro-gynécologie, sexologie et colo-proctologie. Rééducation du plancher pelvien. VI^e Congrès international. Saint Etienne 23-24-25 juin 1994.
- [11] Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Prise en charge de l'incontinence urinaire de l'adulte. Paris : ANDEM ; 1995.
- [12] Bourcier A. Dysfonctionnements du plancher pelvien féminin. Kinésithérapie Scientifique 1995;351;7-30.
- [1] Grosse D, Sengler J. Rééducation périnéale. Paris : Masson ; 1998.
- [13] National Guideline Clearinghouse. Evidence-based clinical practice guideline. Continence for women. 2000 Jan.
- [14] National Association for Continence. http://www.nafc.org/about_incontinence/faqs/faq3.htm
- [15] Women's Health Victoria and Women's Health Statewide. Strengthen your inside : the importance of pelvic floor exercises for young women August 2001. http://www.whv.org.au/factsheets/continence_pamphlet.htm
- [16] Naudin-Rousselle P. Les fuites urinaires des plus de 65 ans. La FMC du généraliste. Le Généraliste N° 2244 ; 11 avril 2003.

INSTRUCTIONS DE PRÉSENTATION D'UN MANUSCRIT DE CONTRIBUTION ORIGINALE (texte court, pour une version plus détaillée, effectuer une demande à l'adresse ci-dessous)

La contribution originale est une publication scientifique présentant des données originales n'ayant pas fait l'objet d'une publication. L'auteur doit répondre à 5 questions : Pourquoi j'ai fait ce travail ? Comment j'ai fait ce travail ? Qu'est-ce que j'ai observé ? Qu'est-ce que j'en pense ? Qu'est-ce qui est utile pour la profession ?

Instructions spécifiques aux auteurs

6-8 pages maximum manuscrites de texte par article (corps du texte = 15 000 caractères maximum – espaces compris).

Tous les éléments suivants doivent être systématiquement présents : titre, liste des auteurs, résumés structurés français et anglais (la revue pourra traduire et/ou vérifier les éléments en langue anglaise), mots clés (3 à 6 maximum) en français, corps du texte, références (moins de 15), figures et légendes (1 à 4 maximum), tableaux et légendes (1 à 4 maximum), photographies d'illustration (1 à 4 maximum)

Présentation du manuscrit

Le texte sera dactylographié en double interligne, marge à gauche, sur le recto seulement de la page. Si le texte est saisi sur matériel informatique, pensez à nous joindre la disquette ou le CD-rom (Mac ou PC, Word de préférence) avec un seul fichier informatique correspondant strictement à la version papier qui sera toujours fournie. Le manuscrit doit être numéroté de la première à la dernière page. Le manuscrit doit être dactylographié en double interligne sur papier 21 x 29,7 cm. Saisir de préférence en Times corps 12, double interligne, avec une marge gauche de l'ordre de 5 cm. Saisir « au kilomètre », en évitant les soulignés, l'usage du gras et des mots en capitales. Utilisez des sauts de pages pour identifier les parties suivantes :

Page de titre

Le titre de l'article, les noms, titres et affiliations de chaque auteur ainsi que l'adresse, le numéro de téléphone, de fax et le e-mail de l'auteur à qui sera adressée la correspondance, doivent figurer sur la première page du manuscrit.

Titre de l'article

Il devra être le plus court possible et bien résumer le sens du texte. Il devra être tapé en minuscules, sauf l'initiale du premier mot. Un sous-titre pourra compléter le titre principal.

Liste des auteurs

Le nom du (ou des) auteur(s) sera (ont) précédé(s) (du ou des) prénom(s) écrit(s) en toutes lettres. Les titres et affiliations que les auteurs souhaitent voir apparaître au bas de la première page de leur article doivent être claires et concises.

Résumé

Le texte devra être précédé d'un résumé (pas plus de 15 lignes dactylographiées) et de mots clés (pas plus de 5, classés par ordre alphabétique). Le résumé doit faire comprendre de façon synthétique le message principal du texte, ainsi que sa problématique. En aucun cas, il ne s'agit du

début du texte (introduction). Si votre texte est rédigé selon les principes de la « position forte », le résumé reprend les deux dernières phrases de l'introduction (l'objectif du travail), les premières phrases de chaque paragraphe de la méthode (protocole utilisé, méthode d'évaluation,...), une à deux phrases commentant les tableaux du chapitre résultats, et la première phrase de discussion (l'implication majeure de ce travail).

Corps du texte

Il y a 4 principes de rédaction à respecter : précision, clarté, brièveté et lisibilité. Tout texte doit être rédigé selon quatre chapitres : l'introduction, la méthode, les résultats et la discussion. Seule la discussion peut être rédigée au présent le reste devant être rédigé au passé. L'introduction présente ce qui est connu, inconnu et la question que l'auteur se pose. La méthode reprend les modalités de sélection, l'intervention appliquée ou l'observation réalisée, les modalités d'évaluation et les modalités de traitement des données (statistiques, éthique...). Les résultats commentent les idées principales des figures et des tableaux rédigés par l'auteur. Le choix de ces illustrations est primordial, elles doivent faire l'objet d'une sélection attentive et d'une présentation mettant en valeur ces résultats. Les données sont citées une seule fois, il n'y a pas de références et pas d'opinions, uniquement des faits. La discussion expose l'implication majeure du travail, les forces et faiblesses du travail (biais, méthode et résultats), les forces et faiblesses par rapport aux autres études, l'hypothèse explicative des résultats et les questions sans réponses. Le texte doit être rédigé avec des phrases construites, mais pas trop longues pour donner un certain confort de lecture. Pensez à rédiger une idée par phrase.

Il faut impérativement réserver le style télégraphique aux énumérations et encadrés.

Il faut faire apparaître clairement les titres et les sous-titres.

Il faut documenter l'article, autant que possible, par des références. Il faut être concis ; les textes gagnent ainsi en clarté. Il faut composer ses tableaux et figures avant de rédiger son texte. Il faut toujours penser à ce que l'on veut dire avant de commencer à écrire ; prendre du recul par rapport à son sujet ; se relire avant d'envoyer son texte afin d'en vérifier à la fois l'orthographe et la lisibilité (un bon exercice consiste à isoler sur une feuille séparée le plan de son manuscrit pour en valider le déroulement logique).

N'oubliez pas que l'idée principale de chaque paragraphe doit figurer dans la première phrase du paragraphe. De même, les premiers mots d'une phrase constituent la position forte, c'est là où doit figurer l'idée principale.

Références, tableaux et figures

Les références seront numérotées dans leur ordre d'apparition dans le texte, de [1] à [n] et regroupées en fin de texte de 1 à n. Les titres des

revues seront abrégées selon les usages de la National Library of Medicine. Mentionner tous les auteurs jusqu'à six ; au-delà utilisez et al. Si vos références ne sont pas appelées dans le texte, et qu'elles ne sont données qu'à titre d'information et d'orientation de lecture pour compléter le contenu de l'article, il s'agit d'une « Pour en savoir plus ». En ce cas, la liste devra être donnée dans l'ordre alphabétique.

Donner un titre explicite à chaque tableau. Ils doivent être numérotés dans l'ordre d'apparition dans le texte par des chiffres en romain et en italique (exemple : *Tableau I*). Des notes de bas de tableaux peuvent expliquer les abréviations utilisées ou la présentation des lignes et colonnes. Tout ce qui n'est pas un tableau est appelé « figure ». Les figures sont toujours indispensables pour illustrer un article ; elles permettent d'en faciliter la lecture et, ainsi, de mieux en comprendre le propos. Seuls peuvent être utilisés les documents originaux ; il est en effet interdit de reproduire des photocopies ou photographies tirées d'autres ouvrages ou revues, sans l'accord préalable de l'éditeur de l'original et le paiement de droits de reproduction.

Toutes les légendes des illustrations seront regroupées sur des feuillets séparés, numérotées en correspondance avec les photos ou les schémas, et écrites lisiblement. Toutes les illustrations (photographies, schémas...) doivent être appelées dans le texte dans leur ordre d'apparition de la façon suivante : *figure 1, figures 2 et 3* (en chiffres arabes et en italiques).

Les dessins, schémas et photographie sont fournis en noir et blanc ou en couleur sur un support de bonne qualité. Pour les photographies, utilisez des diapositives, ou des photos couleur sur papier brillant sont acceptées. Pour chaque photo, bien indiquer le haut et le bas, la droite et la gauche, ainsi que son numéro d'ordre. Les photographies numériques sont possibles. Quelle que soit l'origine de la photo numérique (appareil numérique, scanner,...) la photo doit être sauvegardée au format de 300dpi. Attention d'utiliser un crayon papier pour écrire au dos des photos, car l'encre d'un stylo peut maculer la photo sous-jacente de façon indélébile.

Votre manuscrit, en 3 exemplaires (+ 1 disquette informatique) et à envoyer à l'adresse suivante :

Editions MASSON
Kinésithérapie
Secrétariat de Rédaction (Mme Nathalie LUCAS)
21, rue Camille Desmoulin
92789 Issy les Moulineaux cedex 9
Tél : 01 73 28 16 81
Fax : 01 73 28 16 89
Mail : kine@masson.fr