

Intérêt de la rééducation périnéale en fonction de la date de prise en charge avant et après les 3 mois du post-par tum

Étude rétrospective sur 10ans

J.C. PASQUIER(1), H. PORTERO(2)

(1) Gynécologue-Obstétricien, Service de Gynécologie-obstétrique. (2) MK, Unité de Rééducation uro-gynécologique, Centre hospitalier de la Cote de lumière, 75, avenue de l'Aquitaine, F85119 Les Sables d'Olonne Cedex.

Le but de cette étude est d'évaluer l'influence de la date de prise en charge de la rééducation par rapport à celle de l'accouchement (précoce ou retardée) sur les troubles vésico-sphinctériens et l'insuffisance musculaire périnéale de cette période.

Matériel et méthode

MATÉRIEL

L'étude porte sur 84 patientes ayant accouché de 1 à 4 fois par voie basse.

L'âge de ces patientes varie de 20 à 44ans. Elles ont toutes été traitées dans l'Unité de Rééducation Uro-Gynécologique du Centre hospitalier des Sables d'Olonne entre 1986 et 1996. Le recrutement de l'unité se fait principalement à partir des patientes ayant accouché dans le service ou ayant suivi les cours de préparation psychoprophylactique.

Toutes les patientes souffraient de troubles vésico-sphinctériens ou d'insuffisance de force du plancher pelvien, ou les deux simultanément.

54 patientes ont commencé leur rééducation périnéo-sphinctérienne dans les 3 mois qui ont suivi l'accouchement.

Les 30 autres patientes ont été traitées entre le 3^e et le 12^e mois de la période post-partum.

MÉTHODE

Le protocole de prise en charge a été strictement identique pour toutes les patientes et débute par une information très détaillée sur les différents problèmes que rencon-

trent les femmes au niveau de la sphère uro-génitale dans la période postnatale[1]. Le but de cette première séance est d'obtenir le consentement éclairé des patientes afin que leur participation tout au long du traitement soit optimale.

Le traitement, en fonction de l'interrogatoire, des bases cliniques, des troubles mictionnels et de l'évaluation de la force musculaire des muscles releveurs de l'anus, associe la rééducation périnéale, l'électrostimulation fonctionnelle, le biofeedback et la prise en charge comportementale[2-4]. L'électrostimulation est utilisée de façon très ponctuelle et seulement pour les patientes qui perçoivent difficilement ce que doit être une contraction du plancher pelvien.

Aucune des patientes n'a bénéficié de relaxation ou d'un traitement médicamenteux.

Aucun bilan uro-dynamique n'a été effectué.

L'évaluation de la force des muscles releveurs de l'anus a été effectuée par le même thérapeute avant et après le traitement rééducatif. Classiquement cette évaluation est cotée de 0 à 5[2].

- 0: pas de contraction palpable
- 1: une contraction très faible est ressentie sous le doigt.
- 2: contraction faible mais perçue sans aucun doute.
- 3: contraction bien perçue mais insuffisante pour être contrariée par une opposition modérée.
- 4: contraction de bonne force mais l'opposition applicable n'est pas intense.
- 5: contraction maximale, résistante à une opposition forte tenue 3 ~ 5 secondes.

L'évaluation des résultats subjectifs est faite en fonction de la disparition ou non de la sensation de gêne et de pesanteur, de la disparition ou de la diminution des besoins mictionnels mais aussi en fonction de la disparition ou non des fuites, et des protections utilisées. Les patientes auront le choix pour évaluer leurs progrès entre cinq rubriques[5]:

- guérison
- nette amélioration
- amélioration modérée
- inchangé
- aggravé

Nous avons utilisé le test-t de Student pour comparer les résultats des deux populations. La signification statistique est arbitrairement admise lorsqu'il existe un risque de se tromper inférieur à 5% ($p < 0,05$).

Tirés à part: H. PORTERO, à l'adresse ci-dessus.

Résultats

Nous désignons le groupe post-partum précoce par les lettres PPP et le groupe post-partum tardif par les lettres PPT.

Les deux groupes présentent un grand nombre de caractéristiques très proches.

Le groupe PPP compte 54 patientes d'âge moyen 30 ans (20 à 40), la parité moyenne 1,85 enfants (1 à 4), l'incontinence urinaire à l'effort est trouvée chez 46 d'entre-elles (85%), l'incontinence mixte chez 8 patientes (15%) et les troubles liés à une instabilité vésicale (mictions impérieuses, pollakiurie, fuites) chez 11 patientes (20%).

La fréquence des fuites est répartie de la façon suivante:

- plus d'une fuite par jour : 3 patientes (27%)
- une par jour à une par semaine: 28 patientes (57%)
- une par semaine à une par mois: 7 patientes (14%)
- moins d'une fuite par mois: 1 patiente (2%)

L'incontinence évolue en moyenne depuis 61 mois.

La fréquence mictionnelle diurne est en moyenne de 7 (3 à 15), la fréquence nocturne est de 1 (0 à 4).

L'examen clinique du groupe PPP met en évidence 35 cystocèles (stade 1 : 32 soit 59 %, stade 2 : 3 soit 6 %, stade 3 : 0), 21 rectocèles (stade 1 : 20 soit 37 %, stade 2 : 1 soit 2 %, stade 3 : 0).

L'évaluation musculaire périnéale varie de 0 à 3 avec une moyenne de 1,91.

Les patientes du groupe PPP ont effectué en moyenne 11 séances de rééducation (5 à 20).

Dans le groupe PPT comptant 30 patientes, l'âge moyen est de 31 ans (21 à 44), la parité moyenne est de 1,77 enfants (1 à 4), 28 d'entre-elles souffrent d'incontinence urinaire à l'effort soit 93%, 6 autres d'incontinence urinaire mixte soit 20%, et 7 présentent des troubles liés à une instabilité vésicale.

La fréquence des fuites est proche de celle du groupe PPP:

- plus d'une fuite par jour : 6 patientes (20%)
- une par jour à une par semaine: 17 patientes (57%)
- une par semaine à une par mois: 6 patientes (20%)
- moins d'une fuite par mois: 1 patiente (3%)

Dans le groupe PPT l'incontinence évolue depuis 68 mois en moyenne.

La fréquence mictionnelle diurne est de 8 (3 à 15) et nocturne de 1 (0 à 3).

L'examen clinique du groupe PPT met en évidence 14 cystocèles (stade 1: 13 soit 43%, stade 2: 1 soit 3%, stade 3: 0), 4 rectocèles (stade 1: 4 soit 13%, stade 2 : 0, stade 3: 0).

L'évaluation musculaire périnéale varie de 0 à 3 avec une moyenne de 1,93.

Dans ce groupe, les patientes ont effectué en moyenne 13 séances de rééducation (5 à 25).

Les résultats subjectifs dans les deux groupes mettent en évidence une bonne évolution thérapeutique, avec cependant un plus grand nombre de guérisons dans le groupe PPT, soit environ 17% de plus (*tableau I*). La différence de résultats entre les deux groupes est significative.

Les résultats concernant l'évaluation de la force musculaire périnéale montrent que dans les deux groupes les cotations du périnée sont de bonne qualité avec un écart significatif en faveur du groupe PPT pour la cotation Cinq (*tableau II*).

TABLEAU I. – Résultats subjectifs (en %).

Paramètres	Guérison	Nette amélioration	Amélioration modérée	Inchangé	Aggravé
Post-partum précoce	50	31,48	14,81	3,7	0
Post-partum tardif	66,67	30	3,33	0	0

TABLEAU II. – Résultats Évaluation de la force musculaire périnéale (en %).

Paramètres	Zéro	Un	Deux	Trois	Quatre	Cinq
Post-partum précoce	0	0	5,56	42,59	46,30	5,56
Post-partum tardif	0	0	0	40	40	20

Les résultats montrent une nette tendance à l'amélioration des symptômes dans le groupe où la rééducation est entreprise après le troisième mois qui suit l'accouchement, que ce soit sur le plan subjectif ou objectif.

Discussion

A notre avis les raisons pour lesquelles les résultats sont meilleurs dans le groupe PPT sont multifactorielles:

Il existe après l'accouchement par voie basse une certaine sidération de l'appareil vésico-sphinctérien et du plancher pelvien du fait du traumatisme obstétrical.

La douleur liée au délabrement vaginal et à la dégradation du revêtement épithélial va disparaître en quelques jours à quelques semaines, et perturber les sensations proprioceptives.

La cicatrisation musculaire et aponévrotique va se faire en plusieurs semaines et donc les capacités dynamiques des muscles périnéaux altérés par l'accouchement vont progressivement redevenir normales (hormis les accouchements dystociques ayant entraîné une dénervation musculaire partielle).

Les facteurs hormonaux: la période du post-partum est caractérisée par une insuffisance ovarienne globale (effet de la prolactine sur la commande hypothalamohypophysaire) qui induit une atrophie du tube génital comparable à celle de la femme ménopausée.

En cas d'allaitement cette atrophie peut durer plusieurs mois et la fragilité vaginale des femmes qui allaitent est bien connue (vaginites fréquentes, dyspareunies).

La reprise de l'activité ovarienne (après le retour de couches) va induire de nouveau une trophicité vaginale et sphinctérienne satisfaisante (retour de la sécrétion œstrogénique, estradiol, estrone du follicule ovarien).

L'équilibre psychologique et familial: les nouvelles adaptations imposées par l'arrivée de l'enfant au foyer sont mises en place plus ou moins progressivement. Le respect du temps nécessaire, propre à chaque femme est un atout indispensable. La rééducation pourra débuter lorsque la disponibilité sera plus grande.

Conclusion

Le début de la rééducation périnéo-sphinctérienne chez les patientes en période de post-partum peut être envisagé après le troisième mois qui suit l'accouchement sans crainte d'altérer les résultats fonctionnels, la tonicité périnéale, l'incontinence urinaire d'effort et autres troubles vésico-sphinctériens.

Cette étude met également en évidence l'intérêt d'une collaboration étroite entre le masseur-kinésithérapeute et l'équipe obstétricale dès le début de la surveillance prénatale afin que les futures parturientes mieux informées et motivées puissent envisager une rééducation périnéale post-partum sereinement, sans précipitation, dans un délai qui leur permettra d'obtenir une récupération maximale de leur plancher pelvien.

Références

1. COTELLE O. Accouchement et continence urinaire. Rééducation urogynécologique postnatale (Thèse de médecine), Paris, Université ParisVI 1983.
2. COTELLE O. Guide pratique de rééducation urogynécologique. Paris: Ellipses 1985.
3. PIGNE A, KUNST D. Le périnée obstétrical. Indication de la rééducation dans le post-partum. *Ann kinésithér* 1988; 15: 365-7.
4. GROSSE D, SENGLER J, JOLY B. Les techniques de stimulation dans la rééducation vésico sphinctérienne. *J Urol* 1993; 99: 229-42.
5. SENGLER J, PETER M, JURASCHECK F, JURASCHECK E, GROSSE D. Place de la rééducation dans le traitement de l'incontinence urinaire féminine. *Ann Read Méd Phys* 1987; 30: 127-42.