

ÉDUCATION DU CONTRÔLE PÉRINÉAL CHEZ LA FEMME

Henri PORTERO¹

MOTS CLÉS

Périnée
Information
Éducation
Apprentissage moteur
Renforcement musculaire

“ **L'éducation motrice périnéale commence par la prise de conscience et s'achève par un travail musculaire adapté au profil pathologique de la patiente** ”

La rééducation uro-gynécologique ou périméo-sphinctérienne a été abordée pour la première fois outre-atlantique par le Dr Arnold Kegel en 1948 [1]. Elle est certainement, dans le cadre de la kinésithérapie, un des versants les plus délicats à aborder. En effet, quoi de plus intime et secret que la sphère uro-génitale et pelvienne ; les sujets évoluant autour de celle-ci sont, pour beaucoup d'entre nous, encore tabou.

Pour cela, la prise en charge de patientes présentant des troubles de la sphère uro-génitale, nécessitera une attention toute particulière. Rien ne devra être inventé ou fait à tâtons en fonction de ses expériences personnelles ou de son propre vécu.

Côté praticien, l'interrogatoire de la patiente nous paraît être un préalable, un élément essentiel avant toute mise en place d'une rééducation périnéale [2]. En effet, la culture, l'éducation, le milieu social, le milieu professionnel seront des éléments à prendre en compte d'emblée.

Côté patiente, certains pré-requis à cette rééducation, et ce quel que soit l'âge, nous paraissent revêtir une importance fondamentale :

- les capacités mnésiques correctes ;
- les capacités de compréhension bonnes ;

- la volonté de s'investir ;
- le consentement éclairé de la patiente.

La particularité de la zone anatomique à traiter par rapport au grand nombre des autres secteurs que nous avons l'habitude de prendre en charge, est qu'elle est cachée. Non visible, son abord est plus difficile, l'accès à la musculature périnéale et l'évaluation de sa force ne peut se faire que par voie vaginale ou rectale.

Dans le cadre de la pratique quotidienne, 30 à 50 % des femmes, même jeunes, sont dans l'incapacité de contracter leur plancher pelvien [3]. La prise en charge rééducative de la patiente sera donc rigoureuse. L'apprentissage moteur devra suivre une suite logique de différentes phases.

PREMIÈRE PHASE

Elle fait une large place à l'information et l'éducation. Cette phase est pour une grande partie visuelle, associée à des mots simples. À l'aide de dessins, de planches d'anatomie, nous permettons à la patiente de localiser les muscles du plancher pelvien.

L'accès à ceux-ci ne pouvant se faire que par le toucher vaginal ou rectal, nous justifions les techniques invasives.

¹ Kinésithérapeute cadre de Santé
Centre hospitalier "Côte de Lumière"
Les Sables d'Olonne (85)

Dans l'analyse de la littérature, cette information préalable est mise en place systématiquement par tous les auteurs [2].

L'information ne se limite pas seulement aux muscles du plancher pelvien. Nous abordons la notion du caisson manométrique abdominal, l'implication du périnée, du diaphragme et des muscles abdominaux dans la statique pelvienne et l'apparition d'éventuelles fuites urinaires.

Ainsi, dessins, planches anatomiques simples, sont les premiers outils qui participent à l'éducation motrice du périnée, ils favorisent la localisation et la compréhension de l'équilibre de la statique pelvienne.

Lors de cette phase nous faisons également un parallèle entre les muscles du plancher pelvien et les autres muscles striés du reste du corps. Les lésions musculaires générées par l'accouchement par voie basse, sont comparables aux lésions musculaires de n'importe quel sportif et donc, après cicatrisation, le réentraînement musculaire est identique aux programmes proposés pour les autres muscles.

DEUXIÈME PHASE

Cette phase est verbale. Nous utilisons une terminologie qui va permettre à la patiente de verbaliser ou de conceptualiser ce qu'il se produit lors d'une contraction du périnée ou de comment doit-on faire pour contracter celui-ci. Les mots et les phrases sont simples, facilement identifiables.

Cette terminologie doit être riche et variée. Elle s'adapte au profil de la patiente en fonction de son éducation, de sa culture, de ses origines sociales, éventuellement de son expérience sexuelle. La proximité anatomique de la sphère uro-génitale et ano-rectale et le travail synergique de tous les muscles de ces deux zones nous permet de faire un rapprochement dans l'exécution des exercices musculaires périnéaux.

Nous donnons quelques exemples de phrases utilisées pour aider ou guider la patiente vers un meilleur contrôle musculaire :

- retenez-vous de faire pipi ;
- faites comme si vous faisiez le stop-pipi ;

- retenez un gaz, un suppositoire ou un ovule vaginal ;
- retenez-vous d'aller à la selle ou de "faire caca" ;
- serrez le vagin.

En ce qui concerne le stop-pipi ou le stop-test, cela doit rester uniquement un moyen pédagogique. L'image de l'interruption du jet d'urine aide à l'identification des muscles, et donc à la prise de la contraction périnéale [4].

Durant cette phase nous faisons parfois référence à ce qui a été acquis lors de l'enfance par rapport à la notion de propreté et à la socialisation de l'individu [5]. Les habitudes mictionnelles acquises tôt sont souvent retrouvées chez la patiente adulte.

“L'image de l'interruption du jet d'urine aide à l'identification des muscles, et donc à la prise de contractions périnéales”

TROISIÈME PHASE

La phase tactile enfin est une phase de construction et de représentation physique dans l'espace de son périnée. Durant cette phase, nous associons à tous les gestes palpatoires les différentes expressions citées ci-dessus.

- Nous débutons par un contact externe effectué soit par le thérapeute, soit par autopalpation au niveau du noyau fibreux central du périnée (NFCP). Nous guidons la patiente pour qu'elle ressente l'élévation du NFCP ou la dépression générée par la contraction demandée.
- Lors du toucher vaginal nous évaluons la force musculaire des différents faisceaux du levator ani. La palpation des faisceaux pubo-coccygiens du levator ani sera plus aisée par un toucher vaginal monodigital, cela permet de crocheter un faisceau unilatéralement et suivre son trajet à travers la paroi vaginale. Nous ferons le lien avec les schémas d'anatomie utilisés lors de l'information en expliquant que les faisceaux palpés sont ceux passant de part et d'autre du vagin et allant du pubis au coccyx.
- La dépression du muscle sur son trajet par le doigt intravaginal du thérapeute est une technique qui peut aider la patiente à prendre conscience du changement d'état du muscle lors de la contraction par rapport au relâchement.
- La dépression du NFCP vers le bas par un doigt intravaginal et remontant lors de la contraction est également un des moyens permettant une prise de conscience de cette contraction périnéale.

- Le stretch réflexe du levator ani induit le réflexe myotatique. Après avoir étiré brièvement et intensément les faisceaux musculaires, les doigts n'opposent plus de résistance à la contraction provoquée. La patiente pourra alors ressentir le déplacement des doigts lié à la contraction.

Ce type de prise en charge n'est possible qu'à condition d'obtenir de la part de la patiente une contraction palpable ou perceptible.

L'électrostimulation

En cas d'absence de contraction périnéale et en dehors de toute contre-indication, l'électrostimulation est un moyen passif d'aide à la perception de cette contraction. Elle est utilisée ponctuellement et est une aide à l'éveil musculaire [2].

Une fois la contraction ressentie, nous demandons à la patiente d'accompagner la stimulation électrique d'une contraction volontaire du périnée. Et progressivement, nous passerons à un travail actif en supprimant la stimulation électrique.

Le biofeedback

Qu'il soit manométrique ou électromyographique, il permet à la patiente de prendre conscience instantanément de la contraction. La présence du kinésithérapeute auprès de la patiente revêt un caractère essentiel. Il a un rôle de guidance durant la séance de biofeedback. Il aide la patiente à comprendre et à analyser les signaux renvoyés par l'appareil.

L'élimination des contractions parasites (abdominaux, fessiers, adducteurs de hanche) et surtout de l'inversion de commande (action de pousser au lieu de serrer) fait partie également de l'apprentissage moteur de cette zone. En pratique, il est possible de tolérer une contraction légère des muscles fessiers ou adducteurs de hanche en même temps qu'une contraction périnéale, plutôt que de ne rien obtenir.

Progressivement, avec une meilleure prise de conscience et l'augmentation de force du plancher pelvien, nous aidons la patiente à évoluer vers une contraction analytique périnéale.

CONCLUSION

L'apprentissage ou l'éducation motrice proposée, dépendra du profil de la patiente qui a été établi à l'issue de l'interrogatoire et de l'examen clinique de celle-ci.

Dès que la patiente aura compris ce qui lui est demandé, et donc acquis une prise de conscience correcte, alors pourra commencer le travail musculaire adapté à sa pathologie. Nous pourrions privilégier un renforcement musculaire des fibres de type I ou de type II, éduquer la patiente vers un verrouillage périnéal avant effort ou vers des contractions longues sous-maximales afin d'inhiber la vessie.

Ce travail du plancher pelvien sera associé plus tard à des efforts reproduits sur table et lors des activités de la vie quotidienne. Le résultat obtenu perdurera dans le temps à condition de mettre en place un travail d'entretien musculaire régulier et efficace.

L'éducation motrice périnéale commence par la prise de conscience et s'achève par un travail musculaire adapté au profil pathologique de la patiente. L'évaluation de l'efficacité de cette éducation ou rééducation sera mesurée par un nouveau bilan et également à l'aide d'échelle de qualité de vie [2]. Ce type d'apprentissage moteur est facilement transposable à l'homme. ■

Indexation Internet :
Apprentissage
Éducation
Périnée

Bibliographie

1. KEGEL AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948;56:238-48.
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire à l'exclusion des affections neurologiques*. Paris : ANAES, 2000.
3. GROSSE D, SENGLER J. *Rééducation périnéale*. Paris : Masson, 1998.
4. PORTERO H. Faire ou ne pas faire le stop-pipi ? Là est la question. L'évolution d'une pratique. *Kinésithérapie, La Revue* 2006;51:39-41.
5. AVEROUS M. Un fléau scolaire méconnu : l'infection urinaire et les troubles mictionnels de la fillette. *Progrès en Urologie* 2004;14:1228-30.