MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

DE LA PREVENTION DU RISQUE D'INCONTINENCE URINAIRE LIE A LA GROSSESSE

à la réalisation d'un livret de sensibilisation destiné aux femmes enceintes

Rapport de travail écrit personnel
présenté par **Sophie FANTI**
étudiante en 3ème année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute
2001-2002

PRESENTATION DU LIEU DE STAGE

Ce travail a été réalisé :

du 10 septembre au 26 octobre 2001

à l'Hôpital Emile Muller

20 rue du docteur Laennec

68100 Mulhouse

A propos de l'établissement :

Cet établissement fait partie du Centre Hospitalier de Mulhouse.

- Médecin chef : Docteur J. Sengler.
- Cadre supérieur de santé en masso-kinésithérapie : Monsieur D. Grosse.
- Nombre de lits : 93 lits d'hospitalisation complète,
  15 lits court séjour et 78 lits moyen séjour.
- Nombre de demi-pensionnaires : 15 places en hôpital de jour.
- Nombre d'externes : 100 par jour.
- Pathologies rencontrées : neurologie, traumatologie, rhumatologie.
- Composition du plateau technique : - 8 médecins de rééducation.
  - 37,5 masseurs-kinésithérapeutes.
  - 8 ergothérapeutes.
  - 3 orthophonistes.
  - 1,3 psychomotriciennes.
  - 0,5 infirmière.
  - 1 personne en physiothérapie.
  - 4 orthoprothésistes
  - 3 maîtres nageurs sauveteurs

Référent : Monsieur Marc GROSS

Donne l'autorisation à : Sophie FANTI

De présenter son travail écrit à la soutenance orale dans le cadre du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute.

Date : 9 Avril 2002

Signature et cachet de l'établissement :

GROSS

DEPARTEMENT DE REEDUCATION - RHUMATOLOGIE
CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE
HOPITAL EMILE MULLER
20, Rue du Docteur Laennec - B.P. 1370
68070 MULHOUSE CEDEX
Tél. 03.89.64.61.05

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements tout particuliers pour leur participation à ce travail à :

- Monsieur Marc Gross, pour son encadrement, et pour m'avoir guidée dans la rédaction de ce travail
- Monsieur Dominique Grosse, pour m'avoir fait profiter de son expérience dans le domaine de l'uro-gynécologie et pour ses précieux conseils sur le sujet
- Madame Françoise Belloir, pour m'avoir fait partager la pratique de cette rééducation avec passion
- Mesdames Marie-Andrée Planche et Sophie Gobert, pour leurs lectures avisées

Merci à mes proches pour leur soutien

SOMMAIRE

RESUME Page

1. Introduction 1

2. Place du masso-kinésithérapeute auprés de la femme enceinte 2

3. Le livret 2

3.1. Intérêt du livret 2

3.2. Population ciblée 4

3.3. Composition du livret 4

4. Rappels anatomophysiologiques 5

4.1. Le plancher pelvien, statique pelvienne 5

4.2. Physiologie du système urinaire et de la continence 7

4.3. Modifications gravidiques des organes et des différents systèmes 9

4.3.1. Augmentation du volume de l'utérus et conséquences 10

4.3.2. Conséquence de l'imprégnation hormonale pendant la grossesse 10

4.3.3. Modifications de la statique lombo-pelvienne 10

4.4. Le plancher pelvien lors de l'accouchement 11

4.4.1. Notion d'antéversion et rétroversion de bassin 11

4.4.2. Le relâchement périnéal 12

4.4.3. Résumé des conséquences de l'accouchement 13

5. Troubles mictionnels et grossesse 13

5.1. Définition de l'incontinence 13

5.2. Facteurs de risque 14

6. Prévention 15

6.1. Dépistage pendant la grossesse 15

6.2. Population non à risque : éducation collective 15

6.2.1. Information 16

6.2.2. Travail respiratoire 16

6.2.3. Les muscles du plancher pelvien 17

6.2.3.1. Prise de conscience 17

6.2.3.2. Travail abdomino-périnéal 18

6.2.4. Kinésithérapie posturale 20

6.2.5. Les abdominaux 22

6.2.6. Hygiène de vie 22

6.3. Population à risque : éducation individuelle 23

6.4. Les limites 24

7. Conclusion 25

BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES

RESUME

La grossesse est un des principaux pourvoyeurs d'incontinences urinaires. Ce trouble est fréquent et ses répercussions économiques et socio-psychologiques ne sont pas négligeables.

Ainsi, ce travail s'inscrit dans le cadre d'une action préventive auprès des femmes enceintes. Son aboutissement est la réalisation d'un livret où 3 thèmes sont abordés : mieux connaître son corps, faire des exercices adaptés, avoir une bonne hygiène de vie.

Le travail écrit vient justifier le livret par des notions anatomiques et physiopathologiques. Puis l'aspect préventif est développé en discernant deux populations, l'une à risque d'incontinence urinaire, l'autre non.

Enfin, malgré les limites de toute action préventive, ce livret semble une première approche de sensibilisation envers l'existence de troubles urinaires éventuels.

Mots clés : incontinence urinaire, prévention, grossesse.

1. INTRODUCTION

L'incontinence urinaire concerne environ 2 millions de femmes en France. La fréquence et l'importante répercussion socio-psychologique de ce trouble fonctionnel ne sont pas négligeables [29].

Un des grands pourvoyeurs de l'incontinence urinaire chez la femme reste sans doute le traumatisme obstétrical. C'est au début des années 1980 que A. Bourcier (kinésithérapeute), Pr Minaire, Pr Pigné présentent la rééducation périnéale comme prioritaire par rapport à la rééducation classique du post-partum qui concerne surtout la sangle abdominale. Nombreuses sont les femmes pour qui l'incontinence urinaire reste encore un sujet tabou et pour qui la région périnéale relève du domaine de l'inconnu. Aujourd'hui, une femme ne devrait plus considérer l'incontinence pendant la grossesse et le post-partum comme un phénomène inévitable, sorte de tribut à payer pour revendiquer le droit d'être mère.

Grâce à la connaissance actuelle de la physiopathologie de l'incontinence urinaire et des dysfonctionnements périnéaux, nous avons pu adapter une prévention et une rééducation adéquate de l'incontinence. C'est dans le cadre d'une action d'éducation sanitaire que chaque femme devra donc être sensibilisée à ce risque potentiel et éventuellement savoir y faire face.

Pendant la grossesse, le kinésithérapeute occupe une place de choix dans cette prévention, ce travail prénatal permettant de préparer la rééducation postnatale et dans cette optique, il nous a semblé intéressant de réaliser un livret de sensibilisation destiné aux femmes enceintes.

2. PLACE DU KINESITHERAPEUTE AUPRES DE LA FEMME ENCEINTE [25] [32]

Actuellement, dans certaines maternités, le kinésithérapeute s'inclut dans le programme de prise en charge des patientes, en étroite collaboration avec l'équipe de la maternité.
La prise en charge kinésithérapique spécifiquement liée à la grossesse est globale. Ses objectifs sont ceux liés aux modifications physiologiques de l'appareil locomoteur et de la statique, des appareils circulatoire et respiratoire. Ainsi, il est fréquent que la femme enceinte se plaigne de lombalgies, de troubles circulatoires, de troubles digestifs, autant de troubles que le kinésithérapeute prend en charge.
Ses objectifs sont aussi orientés vers la "préparation périnéale" dans un souci de prévention de troubles mictionnels éventuels. A ce niveau, une prise en charge individuelle de chaque parturiente serait idéale afin de s'assurer de la bonne compréhension et la réalisation correcte des exercices préconisés.

3. LE LIVRET

3.1. Intérêt du livret

Il s'avère que la grossesse est souvent un facteur déclenchant de problèmes d'incontinence urinaire. Ils peuvent parfois apparaître dès le premier trimestre et dans ce cas, ces fuites persisteraient dans le post-partum mais dans la plupart des cas, ils apparaissent au dernier trimestre et sont souvent réversibles par la suite. [15] [16] [28][29]

Quoiqu'il en soit, ces incontinences reflètent une altération périnéale et il nous semble important de ne pas attendre la période postnatale pour sensibiliser les femmes à ce problème éventuel.

Actuellement, une information sur le thème de l'incontinence urinaire est réalisée par le kinésithérapeute dans de nombreuses maternités, les jours suivant l'accouchement [6] [annexe 1]. Des conseils sont prodigués aux jeunes mamans en attendant la consultation postnatale 6-8 semaines après accouchement, au cours de laquelle le gynécologue détermine si une rééducation périnéale est nécessaire ou non. Elle l'est dans 60% des cas [16].

Durant la grossesse, le kinésithérapeute peut aborder le "thème du périnée" sous d'autres aspects puisque l'incontinence urinaire n'est souvent pas la préoccupation première de ces femmes, comparé à l'intérêt porté au déroulement de leur accouchement et des complications éventuelles. Afin que cette prévention ait tout de même un impact, le kinésithérapeute peut, par exemple, orienter sa séance vers 3 thèmes :

- l'acquisition d'une meilleure perception de son corps (éducation sanitaire)
- le périnée par rapport à l'accouchement
- le périnée après l'accouchement : prévention du risque d'incontinence urinaire

Dans le livret réalisé, ces 3 thèmes sont intégrés à travers des explications simples, succinctes et accessibles à toutes. Cette brochure viendrait en complément des informations reçues durant la grossesse et permettrait à la femme d'avoir un support écrit qu'elle pourrait relire à tout moment. Elle pourrait être distribuée notamment lors de séances collectives animées par le kinésithérapeute où chaque exercice sera reproduit par la patiente sous contrôle du kinésithérapeute, ou au mieux, lors de séances individuelles.
Il s'agit là d'une première approche de sensibilisation réalisée durant la grossesse, période où la femme est davantage à l'écoute de son corps, le deuxième relais s'effectuera en période postnatale.

3.2. Population ciblée

Ce livret de sensibilisation s'adresse à toutes les femmes enceintes, primipares ou multipares. Parmi elles, nous discernons deux populations :

- une population non à risque d'incontinence urinaire
- une population à risque d'incontinence urinaire : constituée des femmes présentant une incontinence urinaire en début de grossesse [16].

3.3. Composition du livret

A travers une présentation ludique, des explications simples et des schémas illustratifs, nous débutons ce livret par une brève sensibilisation de la femme enceinte au risque d'incontinence urinaire lié à la grossesse (page 2), puis trois chapitres sont décrits :

- chapitre 1 : « mieux connaître son corps » : il s'agit pour la femme d'acquérir quelques notions simples d'anatomie concernant son corps pendant la grossesse (page 4 : situation de l'utérus, du système urinaire, intestinal, le caisson abdominal ; page 5 : le périnée ; page 6 : l'incontinence urinaire).

- chapitre 2 : « faire des exercices adaptés, en toute sécurité pour la mère et l'enfant » : nous proposons quelques exercices faciles à réaliser chez elle. Ces exercices ont pour vocation de faire prendre conscience de son corps, et notamment du périnée (donc impact ultérieur sur une incontinence urinaire éventuelle et sur la rééducation postnatale). Nous signalons qu'il ne s'agit en aucun cas de traiter une incontinence urinaire déjà existante sans avis médical (page 8). Les exercices proposés sont :
  - page9 : percevoir sa respiration par l'apprentissage de la respiration abdomino-diaphragmatique.

- page 10 : prendre conscience de son périnée.
- page 11 : apprendre à contracter et relâcher son périnée.
- page 12 : prendre conscience de la mobilité du bassin.
- page 13 : le travail des abdominaux et plus particulièrement du muscle transverse.

- chapitre 3 : « avoir une bonne hygiène de vie » : des conseils sont prodigués de façon à les adapter dans la vie quotidienne (page 16).

La motivation du choix de ces trois chapitres auprès des femmes enceintes est justifiée dans la suite de ce travail.

4. RAPPELS ANATOMOPHYSIOLOGIQUES

4.1. Le plancher pelvien, statique pelvienne [33]

Le plancher pelvien ou périnée est l'ensemble des parties molles (formations musculo-aponévrotiques) qui ferment, en bas, l'excavation pelvienne. Il supporte les viscères du petit bassin en position orthostatique et se divise en 3 plans (superficiel, moyen, profond). Nous insistons sur la description du plan profond qui présente un rôle important dans la rééducation :

il comprend en avant, le releveur de l'anus et en arrière, l'ischio-coccygien. Le releveur de l'anus, muscle essentiel dans le travail du plancher pelvien, plat pair, symétrique est constitué de 2 faisceaux :

- un faisceau externe sphinctérien, véritable sangle autour du rectum, s'insérant sur tout le pourtour de l'os iliaque, se dirigeant obliquement en bas, en arrière et en dedans, et

dont ses fibres se réunissent au centre, au niveau d'un ligament fibreux allant du coccyx à l'anus (=raphé ano-coccygien)

- un faisceau interne élévateur s'insérant de la face postérieure du pubis, se dirigeant en bas, en arrière et en dedans. Il envoie une expansion qui cravate l'urètre (à la jonction vésico-urétrale). Il se termine en 2 faisceaux dont l'un sur la face antérieure du sphincter de l'anus et l'autre passe derrière la face latérale du vagin pour se terminer au niveau du noyau fibreux central de périnée. Il joue un rôle majeur dans la statique pelvienne par une action de soutènement et de suspension active des viscères pelviens.

Il est donc important que le périnée et ses formations conjonctives et ligamentaires voisines [27] soient intègres pour assurer le maintien des viscères dans l'enceinte abdominale au repos et à l'effort. Le périnée, qui, nous le rappelons, constitue la paroi inférieure du caisson abdominal, ne doit donc pas se déformer et lorsque le diaphragme et /ou des abdominaux se contractent (poussée abdominale), il y a équilibre avec la résistance offerte par le périnée (retenue volontaire ou réflexe) :
lors de la poussée abdominale, l'utérus vient buter sur le raphé ano-coccygien et s'y arrête. Lors de la retenue, la contraction des releveurs refoule en haut et en avant les viscères tandis qu'il y a compression de l'urètre par le vagin. Les muscles releveurs s'opposent donc à la ptose pelvienne et témoignent de toute leur importance dans cette statique pelvienne [16] [5] [24] [34 [10] [1] [annexe II]

Dans le livret : après avoir rappelé quelques notions liées à la grossesse en page 4 (situation du fœtus et de l'utérus par rapport aux organes voisins), nous assimilons le caisson

abdominal à une maison fermée en bas par le périnée, véritables fondations de la maison. Nous décrivons brièvement l'anatomie du périnée et son rôle, page 5.

4.2. Physiologie du système urinaire et de la continence

Le système vésico-sphinctérien est très complexe et nous rappelons dans ce chapitre uniquement certains grands principes :

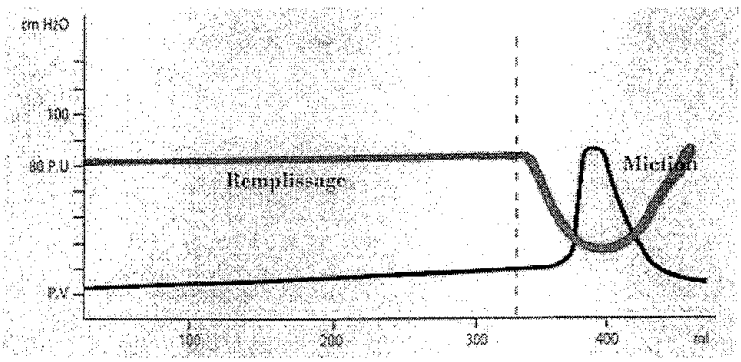
- la vessie : c'est un réservoir imperméable, contractile qui se laisse passivement distendre pendant la phase de remplissage (à basse pression) et qui se contracte pendant la miction [18]. Elle comprend une base et un dôme (constitué par le détrusor qui est un sphincter lisse).
- le sphincter urétral : - constitué d'un sphincter lisse (qui maintient par sa contraction 50% de la pression dans l'urètre au repos

  - constitué d'un sphincter strié contenu dans le plan moyen du plancher pelvien (= sphincter externe de l'urètre), formé de fibres rapides et lentes, qui assure une fermeture efficace de la vessie pour éviter les fuites urinaires et qui se relâche volontairement pour permettre la miction. Le sphincter externe de l'urètre participe à la pression de clôture cervico-urétrale qui permet la fermeture de l'urètre. Cette pression de clôture (PC) à pour valeur :

PC = (110 cm d'eau – l'âge) +/- 10

Lorsque la vessie se remplit, la pression vésicale reste basse (5 à 15 cmH2O) et la pression urétrale élevée (80 cmH2O). Pendant la miction, le phénomène s'inverse c'est-à-dire que la pression vésicale augmente (30 cmH2O ou plus) dû à la contraction du détrusor, et la pression urétrale diminue dû à la relaxation sphinctérienne.

La qualité de la continence et de la miction résulte donc d'un équilibre vésico-sphinctérien entre les forces d'expulsion (pression intra-vésicale générée par la poussée abdominale ou par la vessie pendant le remplissage ou la contraction) et de retenue (pression et résistance urétrale). [5] [10] [16] (figure 1) [annexe III]



PU : pression urétrale PV : pression vésicale

Figure 1

Lors d'un effort : l'augmentation de la pression intra abdominale est directement transmise à la vessie et la contraction des releveurs au bon moment permet l'augmentation de la pression de clôture urétrale (figure 2). Cette transmission de pression se traduit par l'équation suivante :

$$\mathbf{PV + PE < PC + PE}$$

PV : pression vésicale qui, même en fin de remplissage reste inférieure à 20 cm d'eau.

PC : pression de clôture.

PE : pression d'effort (la toux correspond à une pression de 200 cm d'eau par ex.)

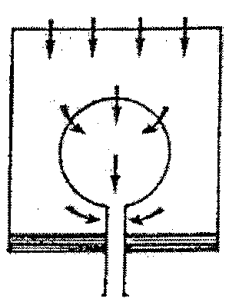


Figure 2 : théorie de Enhörning

4.3. Modifications gravidiques des organes et des différents systèmes [31]

Lors de la grossesse, toutes les données physiologiques sont quelque peu modifiées. Des précisions nous semblent importantes afin de mieux comprendre cette "fragilisation" du système et donc l'intérêt de notre démarche préventive.

La croissance du fœtus dans la cavité abdominale entraîne des modifications au niveau de l'enceinte abdomino-pelvienne (délimitée en haut par le diaphragme, en avant et latéralement par le transverse de l'abdomen, en arrière par la colonne vertébrale et en bas par le périnée) [annexe IV].

4.3.1. Augmentation du volume de l'utérus et conséquences

L'utérus, petit organe de 50g chez la nullipare peut atteindre 700g en fin de grossesse et contenir 4-5l. Cette augmentation de volume et l'ascension de la masse utérine va entraîner une compression sur les organes voisins.

- Au niveau du bas appareil urinaire : la vessie est repoussée en haut et en avant et à terme, sa base se distend. La progestérone la rend hypotonique et la capacité vésicale augmente. L'urètre subit une élongation avec hypertonie urétrale. Ces modifications pourront être responsables d'impériosité mictionnelle, de pollakiurie, de dysurie, de rétention urinaire, d'infection [5] [38] ... même s'il existe une relative protection physiologique contre l'incontinence urinaire d'effort par une amélioration de la pression de clôture et des transmissions au 3^{e} trimestre [16] [21] [22] [33].
- Au niveau du haut appareil urinaire : il existe une dilatation des uretères et des cavités pyélocalicielles surtout à droite, dû à la compression par l'utérus, sa dextrorotation et à l'imprégnation en progestérone (relâchement) dès le début de la grossesse [21].

4.3.2. Conséquence de l'imprégnation hormonale pendant la grossesse

L'imprégnation oestroprogestative de la grossesse aura des répercussions :

- vasculaires : hypervascularisation périnéale
- ligamentaires : laxité des ligaments du petit bassin
- musculaires : hypertrophies des fibres musculaires et hypotonie du périnée [27]

De plus, l'augmentation de la progestérone jusqu'à la 36^{e} semaine est responsable d'une diminution de l'excitabilité des muscles striés et d'une hypotonie des muscles lisses et en particulier de la vessie et du côlon.

Dans le livret : dans certaines limites, nous pouvons agir sur l'hypotonie périnéale par une prise de conscience de cette région et par un travail actif périnéal.

4.3.3. Modifications de la statique lombo-pelvienne

La femme enceinte a une silhouette typique. L'expansion abdominale vers l'avant avec le relâchement de sa paroi et des muscles extenseurs du rachis entraîne des modifications de la statique lombo-pelvienne avec accentuation de la cyphose dorsale et de la lordose lombaire [3] [27]. Ceci a pour conséquence d'exagérer l'antéversion de bassin avec une horizontalisation du sacrum et une bascule vers l'arrière et le haut du coccyx. La résultante des forces va donc s'orienter vers la fente uro-génitale et non plus vers la région anococcygienne, ce qui favorise la survenue d'incontinence et la tendance au prolapsus [5] [14] [30] [8] (figure 3).

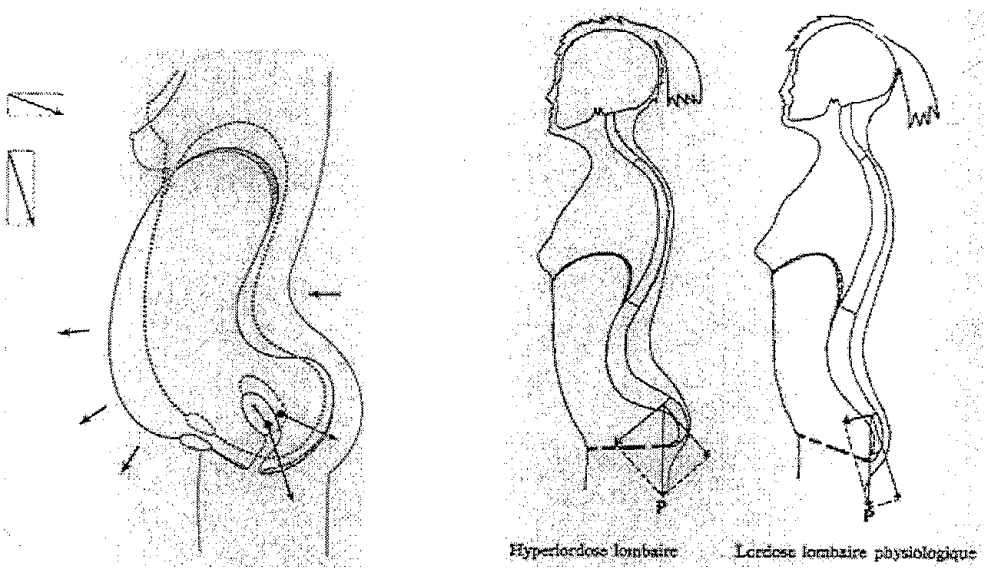


figure 3 : statique lombo-pelvienne et contraintes périnéales

Dans le livret : des exercices de correction de la lordose lombaire et de rétroversion pelvienne sont décrits page 12. Cette correction a pour but de translater la pression intra-abdominale vers l'arrière sur la région anococcygienne nettement plus résistante et favorise la contraction périnéale dans la plupart des cas [17]. Nous décrivons ces exercices en 6.2.4.

4.4. Plancher pelvien lors de l'accouchement

Dans ce chapitre, la complexe mécanique obstétricale n'est pas développée. Nous rappelons simplement quelques éléments :

4.4.1. Notion d'antéversion et de rétroversion de bassin

Pour faciliter l'engagement et le dégagement de la présentation, le bassin doit être dans un plan perpendiculaire à la présentation c'est-à-dire en rétroversion (figure 4) [13]. Pour la descente, l'antéversion est plus appropriée. D'où l'intérêt de sensibiliser la femme à la mobilité de son bassin.

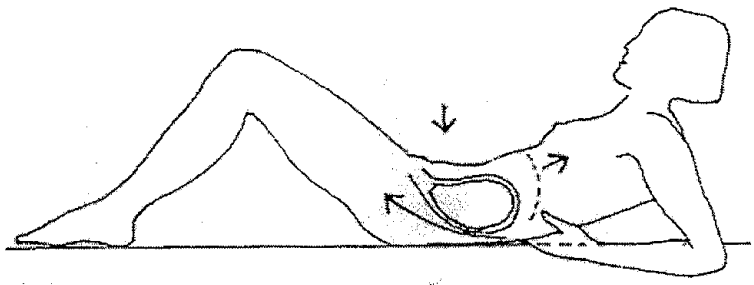


Figure 4 : Rétroversion de bassin

4.4.2. Relâchement périnéal

Il est essentiel au moment de l'expulsion afin de ne pas opposer de résistance à la poussée. La respiration contribue à ce relâchement. Ainsi, la poussée en expiration forcée est conseillée car nous obtenons un serrage maximum des abdominaux profonds pour la force additionnelle à la contraction utérine et une remontée du diaphragme pour le relâchement périnéal (figure 5) [5].

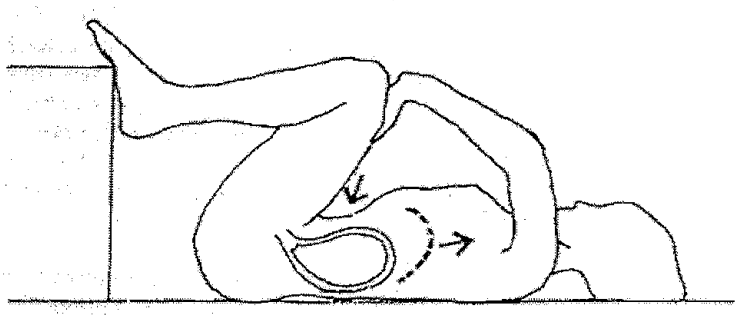


Figure 5 : Poussée sur l'expiration

Dans le livret : l'apprentissage de la mobilité du bassin et le relâchement périnéal associé au travail respiratoire ont donc un intérêt pour l'accouchement. Cette acquisition faite pendant la grossesse permet à la femme de solliciter son périnée très vite après l'accouchement et de récupérer plus vite. Ces exercices sont décrits en 6.2. et repris dans le livret pages 9, 11 et 12.

4.4.3. Résumé des conséquences de l'accouchement [5]

	Conséquences de l'accouchement normal	Conséquences de l'accouchement anormal
Mécanisme	-distension des éléments musculaires -microlésion -affaiblissement du pouvoir contractile des releveurs	-efforts expulsifs immodérés, expression utérine -élongation des fibres ligamentaires -rupture du seuil d'élasticité
Conséquences	-béance vulvaire et/ou colpocèles -incontinence urinaire transitoire	-rupture interstitielle : syndrome douloureux -rupture musculaire : déchirure périnéale -atteinte de l'appareil sphinctérien : incontinence urinaire -atteinte de l'appareil suspenseur et de soutènement : prolapsus

5. TROUBLES MICTIONNELS ET GROSSESSE

5.1. Définition de l'incontinence

L'incontinence est due à un déséquilibre vésico-sphinctérien entre les forces d'expulsion qui sont supérieures aux forces de retenue. Pendant la grossesse, nous rencontrons essentiellement 2 types d'incontinence [20] :

- incontinence urinaire d'effort : elle se traduit par une perte involontaire d'urine en jet, concomitante à un effort qui augmente la pression abdominale (toux, éternuement, rire, port de charge, sport,...) [9] [12] [13] [21] [37]. L'incontinence urinaire d'effort s'explique, le plus souvent, par une défaillance du plancher pelvien qui n'assure plus son rôle de soutènement des organes pelviens. Par conséquent, l'urètre quitte partiellement ou totalement l'enceinte des pressions abdomino-pelviennes et les hyper-pressions intra-abdominales sont uniquement transmises à la vessie (et non plus à la portion proximale de l'urètre et à la vessie) (figure 6). L'inversion de gradiant de pression se traduit alors par l'équation : **PV + PE > PC**

PV : pression vésicale PC : pression de clôture PE : pression d'effort

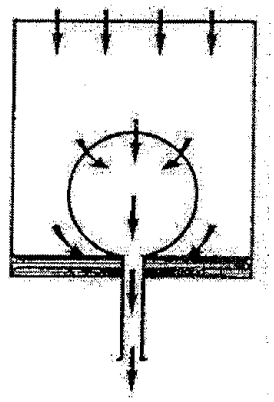


Figure 6 : Théorie de Enhörning

- incontinence par instabilité vésicale : elle est due à une dysfonction du moteur vésical présentant des contractions prématurées du détrusor, non inhibées pendant la phase de remplissage et qui submergent la puissance du sphincter urétral. Elle peut se traduire par une pollakiurie (augmentation de la fréquence des mictions s'effectuant avec des petits volumes, une impériosité mictionnelle (besoin urgent, non inhibable) [5].

5.2. Facteurs de risque [23] [15]

Facteurs de risque inhérents à la femme	Facteurs de risque inhérents à la grossesse
-Anatomie féminine (urètre court) -Antécédents familiaux de prolapsus / d'incontinence -Antécédents obstétricaux -Mauvais état nutritionnel et physique -Mauvaise constitution tissulaire (peau claire) -Mauvaise musculature périnéale -Trouble de la commande périnéale	-Modification de la statique lombo-pelvienne -Prise de poids -Modifications hormonales et vasculaires -Risque d'accouchement dystocique -Hyperpression intrapelvienne [16] -Constipation [8] [35]

6. PREVENTION

6.1. Dépistage pendant la grossesse

La prévention du risque d'incontinence urinaire débute dès les premiers mois de grossesse. La consultation prénatale est un moment privilégié au cours duquel chaque femme devrait bénéficier de ce dépistage, malheureusement souvent omis. Il passe par :

- un interrogatoire bien mené [5] [10]
- l'évaluation et prévention des facteurs de risque (chap.5.2.) ex : lutter contre la prise de poids, la constipation...
- un examen périnéal minutieux en début de grossesse à la recherche de déficiences musculaires par un testing qui doit être au moins à 3 (annexe V) [10] et voir si la contraction volontaire des releveurs de l'anus est acquise. Notons que beaucoup de femmes sont incapables d'une telle contraction et dans prés de 30% des cas, il existe des contractions parasites associées comme serrer les cuisses (contraction des adducteurs), serrer les fesses (contraction des fessiers) ou une inversion de commande périnéale à type de poussée (contraction des abdominaux).

Ainsi, il s'agit de dépister les femmes à risque d'incontinence et celles l'étant moins, de façon à avoir une conduite à tenir adaptée. Pour les femmes à risques d'incontinence, la prise en charge individuelle par le kinésithérapeute est préconisée (chap 6.3.). Pour la population non à risque, le kinésithérapeute effectuera une éducation collective.

6.2. Population non à risque d'incontinence urinaire : éducation collective

Il s'agit pour ces femmes dont le risque d'incontinence est moindre de bénéficier d'une éducation collective. Le kinésithérapeute aborde différents thèmes :

6.2.1. Information

C'est une étape essentielle pour parvenir à la collaboration de la patiente. L'information doit sensibiliser sans toutefois inquiéter!

Des explications sur le mécanisme d'accouchement, sur la notion de facteurs de risque d'incontinence urinaire, sur le rôle du périnée et du fonctionnement génito-urinaire sont données. Des planches anatomiques, des moulages de bassin féminin pour montrer la situation profonde intra vaginale de ces muscles, peuvent être utilisés. Nombreuses sont les femmes qui présentent un défaut important de leur schéma corporel (ignorance totale de leur morphologie, incapacité à situer le périnée et le faire travailler, difficulté et réticences à parler de cette "zone-là", ...)

Cette information permet à la femme de mieux comprendre son corps et l'intérêt des exercices proposés, d'aborder cette région anatomique plus aisément, d'être sensibilisée à une rééducation dans le post-partum et d'en comprendre l'intérêt.

6.2.2. Travail respiratoire [32]

La respiration est le principe de base accompagnant tout travail musculaire. Il est donc essentiel de pouvoir combiner ultérieurement le contrôle respiratoire à la contraction ou relâchement périnéal nécessaire pour l'accouchement et pour après.

Installation : La femme est installée en position dite en « grenouille » (décubitus avec tronc relevé à 45°, hanches fléchies et en abduction, plantes de pieds jointes), position qui sera préconisée pour le travail périnéal, par la suite.

Déroulement de l'exercice : apprentissage de la respiration abdomino-diaphragmatique :

Le kinésithérapeute demande une expiration lente, complète et à petit débit, par la bouche entrouverte, tout en cherchant à rentrer le ventre. Le temps expiratoire sera suivi d'une inspiration nasale avec expansion du ventre. Le temps inspiratoire est égal au double du temps inspiratoire. Nous préconisons 3 séries de 10 respirations réalisées quotidiennement avec des périodes de repos entre chaque série.

6.2.3. Les muscles du plancher pelvien

6.2.3.1. Prise de conscience

C'est une étape essentielle pour localiser précisément la région à travailler et pour la distinguer ensuite des muscles voisins avec lesquels elle est souvent confondue. Pour cela, nous proposons l'exercice suivant dans le livret :

Repérage du plancher pelvien : sentir les muscles en situation de résistance : [7]

La femme est en position assise sur une chaise et nous lui demandons de souffler fortement dans un ballon de baudruche, c'est-à-dire de souffler de l'air à haute pression. Ceci nécessite la contraction des muscles abdominaux qui resserre l'abdomen et le refoule en partie vers le haut (thorax). Une partie de la pression va vers le bas et comprime le périnée (figure 7).

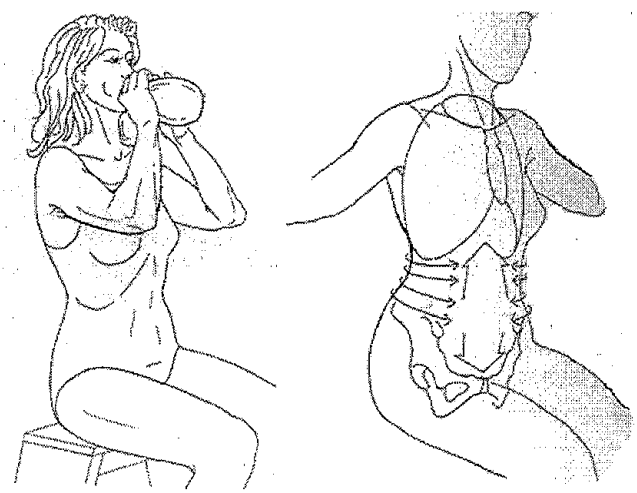


Figure 7 : Sentir le plancher pelvien en situation de résistance

Le kinésithérapeute explique à la femme que la zone qu'elle sent se mettre en jeu, en bas du bassin est *globalement* la zone du plancher pelvien. Elle peut ressentir soit un déclenchement de la miction (tonus faible), une sensation de bombement vers le bas (tonus suffisant pour éviter la miction) soit un resserrement voire une ascension (tonus très fort). Notons qu'il s'agit là plus d'un test que d'un véritable exercice à répéter.

Il est possible que certaines femmes ne parviennent pas à percevoir la zone du plancher pelvien par ce biais, car ces sensations sont parasitées par la contraction des abdominaux, la concentration sur la souffle,... Dans ce cas, une prise de conscience plus classique par l'intermédiaire du contraste contraction/relâchement du périnée sera plutôt préconisée. (chap 6.2.3.2.)

6.2.3.2. Travail abdomino-périnéal

Dans le travail périnéal proposé dans le livret, nous recherchons 2 aspects :

- le relâchement périnéal : cette détente totale représente le tonus de base des muscles du plancher pelvien au repos. C'est la principale qualité demandée au plancher pelvien lors de l'accouchement pour permettre aux structures de s'étirer au maximum sans se déchirer. Cette détente totale représente le tonus de base des muscles du plancher pelvien au repos.
- la tonicité périnéale : surtout recherchée après l'accouchement pour permettre une bonne statique pelvienne et un soutènement efficace des viscères et éviter les incontinences.

Installation : La femme est installée en position dite « en grenouille ». Cette position relâche la sangle abdominale, met en tension l'aponévrose obturatrice ce qui favorise la contraction périnéale, et évite la contraction des adducteurs de cuisse.

Déroulement de l'exercice : Le kinésithérapeute demande une contraction lente de 4-5 sec. et sous maximale (pour éviter le recrutement des muscles parasites). Pour faciliter l'exercice, il utilise des situations imagées de retenue d'un gaz (ou d'interruption du jet mictionnel). Cette contraction va entraîner une ascension du noyau fibreux central du périnée et nous pouvons conseiller à la femme de percevoir cette ascension à l'aide d'une autopalpation ou à l'aide d'un miroir. Cette contraction est suivie d'une période de repos de 8-10 sec où un relâchement le plus total est demandé (temps de repos égal au double du temps de travail). A domicile, nous conseillons au début des séries courtes de 10 contractions par jour, le soir au coucher afin d'obtenir une parfaite concentration sur ce travail périnéal. Puis, des séries de 15-20 contractions sont préconisées, répétées 2 à 3 fois par jour [4].

Progression : - dans un 1er temps, seules les notions de contraction/relâchement sont demandées.

- dans un 2ème temps, le travail respiratoire est contemporain du travail périnéal avec une expiration lente, profonde sur la contraction périnéale (mise en jeu des abdominaux lors de l'expiration, ce qui exerce une pression sur le périnée).

- dans un 3ème temps, nous demandons un relâchement du périnée sur le temps expiratoire (intérêt lors de l'accouchement où la poussée se fait sur le temps expiratoire avec un relâchement périnéal maximum souhaité).

- dans un 4ème temps, nous proposons tous ces exercices en variant les positions (décubitus puis assis, debout) afin d'obtenir un travail périnéal possible en toute position aussi souvent que possible, le but étant d'aller vers une automatisation. Et il est souhaitable qu'ultérieurement, la femme parvienne à verrouiller son périnée à l'effort, dans certaines

circonstances telles la toux, la pratique sportive, le port de charges...et également à dissocier le travail périnéal de la respiration.

Toutefois, précisons que pendant la grossesse, il s'agit essentiellement d'une prise de conscience et d'un entretien de l'état trophique plus que d'un véritable renforcement musculaire. Notons également les limites de l'instruction verbale et/ou écrite qui ne sont pas le moyen idéal d'apprentissage de la contraction périnéale (comparé à la contraction faite sous contrôle intra-vaginal du kinésithérapeute lors d'une séance individuelle).

❖ A propos du « Stop Pipi » : de nombreuses femmes associent le travail périnéal au Stop Pipi et ce sujet est l'objet de nombreuses controverses. Rappelons que le Stop Pipi est uniquement un test de prise de conscience et que sa répétition acharnée pourrait perturber l'enchaînement des réflexes mictionnels et induire des signes d'instabilité vésicale. C'est pour cette raison que volontairement, nous ne parlons pas de cet exercice aux femmes et que seule l'image d'interruption d'urine ou de gaz est proposée [11] .

6.2.4. Kinésithérapie posturale [7] [26]

Nous avons vu l'intérêt de la correction de la lordose lombaire de la femme enceinte et de rétroversion de bassin. (chap. 4.3.3.)

En complément du travail du plancher pelvien, il est donc indispensable que la femme prenne conscience de la mobilité sacro-lombaire.

Pour cela, le kinésithérapeute propose un exercice, en quadrupédie, d'anté/rétroversion de bassin. Il peut être réalisé face à un miroir dans un premier temps pour une meilleure prise de conscience.

Position de départ : la patiente se positionne en quadrupédie, hanches et genoux fléchis à 90°, membres supérieurs en appui au sol à 90° d'antépulsion, tête en double menton, dos en rectitude (nous pouvons utiliser un bâton placé le long du rachis en guise de rappel extéroceptif).

Déroulement de l'exercice :

- *1er mouvement* : réaliser un mouvement de bascule de bassin en antéversion («monter le coccyx ou les ischions ») ce qui augmente la lordose lombaire (figure 8).

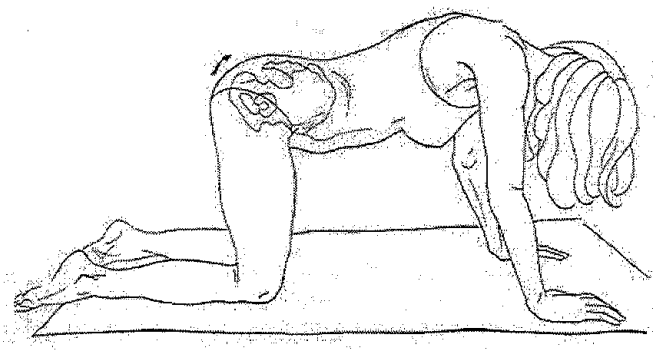


Figure 8 : Antéversion de bassin

- *2ème mouvement* : réaliser un mouvement inverse de bascule de bassin en rétroversion (« abaisser le coccyx en amenant les ischions entre les cuisses ») ce qui permet l'effacement de la lordose lombaire (figure 9).

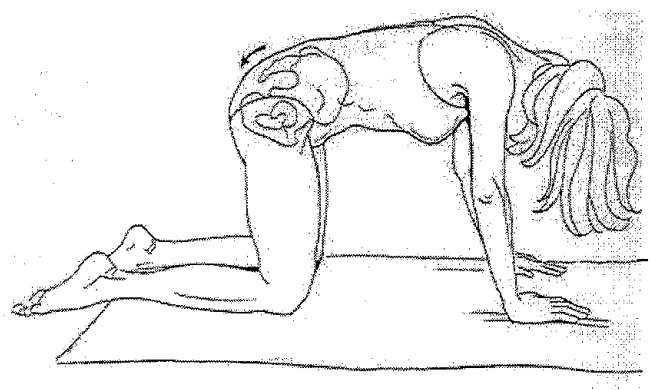


Figure 9 : Rétroversion de bassin

Le kinésithérapeute doit faire prendre conscience à la femme que le mouvement débute au niveau du bassin puis se prolonge au niveau du rachis. L'exercice peut aussi être modifié en débutant le mouvement au niveau lombaire puis qui se répercute au niveau pelvien.
Ces exercices sont couplés à la respiration, la rétroversion s'effectuant sur le temps expiratoire. Ils sont réalisés 10 fois avec 10 sec. de repos entre chaque exercice .

6.2.5. Les abdominaux [32]

Nous avons vu que la contraction des abdominaux joue un rôle important lors de l'expulsion. Or, en fin de grossesse, ils sont très distendus (allongement d'1/3 de leur longueur), ce qui rend leur contraction volontaire souvent difficile. Il est donc intéressant d'inclure le travail des abdominaux et notamment du muscle transverse avec des exercices de « rentré de ventre » réalisés dés que la contraction périnéale est effective.
Installation : la position quadrupédique est adoptée, rachis en rectitude, tête en double menton.
Déroulement de l'exercice : sur le temps expiratoire, bouche entrouverte, le périnée contracté, nous demandons une contraction du transverse « en rentrant le ventre », associée à une rétroversion de bassin. Sur le temps inspiratoire, la femme relâche la contraction musculaire et revient en position neutre de bassin. Cet exercice est proposé dans le livret.

6.2.6. Hygiène de vie

Eduquer les femmes par rapport à leur musculature périnéale et tous les exercices appropriés qui l'accompagnent est un excellent moyen de prévention des risques d'altération périnéale après l'accouchement. Mais l'efficacité de cette prévention passe

déjà et avant tout par une bonne hygiène de vie au quotidien. Nous le précisons dans le livret.

Conseils d'hygiène de vie (d'après A. Bourcier) [5]:

Il faut impérativement :
- éviter de porter des charges
- renoncer au tabac en cas de toux chronique
- limiter la surcharge pondérale
- pratiquer régulièrement la gymnastique périnéale
- verrouiller le périnée à l'effort

Il est recommandé de :
- vider son rectum régulièrement
- traiter tout début de constipation [35]
- éviter les boissons qui excitent la vessie (thé, café, vin blanc, boissons gazeuses)
- uriner avant les rapports sexuels

6.3. Population à risques : éducation individuelle [12] [18] [30][36]

La population à risques se compose des femmes enceintes présentant une incontinence urinaire dès le début de la grossesse ou les femmes ayant présenté une incontinence transitoire non traitée après un accouchement précédent.

En plus d'une éducation collective possible, une prise en charge individuelle par rééducation vésico-sphinctérienne peut être menée par le kinésithérapeute, sur prescription médicale entre le 3ème et 7ème mois. L'objectif de cette rééducation pelvipérinéale prénatale puis post natale est de diminuer l'importance des fuites et leur durée.

A l'exception de la stimulation électrique qui est contre-indiquée pendant la grossesse [19], les techniques habituelles de rééducation vésico-sphinctérienne sont utilisées à savoir :

- prise de conscience et développement du schéma corporel du plancher pelvien, si nécessaire avec contrôle intra-vaginal par le thérapeute ou autopalpation par la patiente
- travail manuel périnéal pour développer les qualités musculaires si le périnée est faible, avec possibilité de biofeedback
- travail de l'indépendance de la respiration pendant la contraction et le relâchement périnéal
- apprentissage du verrouillage périnéal et utilisation dans les activités de la vie quotidienne
- travail de la statique lombo-pelvienne
- entretien de la perception des muscles abdominaux
- éducation des règles d'hygiène de vie

6.4. Limites

Il est justifié de penser que le rôle préventif du kinésithérapeute pendant la grossesse présente des limites.

Les conseils donnés sont souvent noyés au milieu de préoccupations jugées plus importantes pour les femmes enceintes ce qui remet en cause leur réceptivité et la faisabilité des programmes d'exercice proposés à domicile. Il a été démontré que seules 15 à 25 % des femmes réalisent effectivement les programmes préconisés en travail personnel [16].

Enfin, l'étude de Pump et Wyman démontre qu'environ une femme sur deux est incapable d'une contraction correcte du plancher pelvien sous instruction verbale (ou écrite). L'apprentissage par contrôle palpatoire semble la meilleure méthode d'apprentissage.

Malgré la connaissance de ces limites, il nous semble tout de même intéressant de proposer notre programme éducatif pendant la grossesse. Le but est que la femme soit sensibilisée à l'existence possible d'incontinence urinaire et qu'elle puisse solliciter très vite son plancher pelvien après la naissance grâce à l'apprentissage fait pendant la grossesse. Il s'agit d'une approche de première intention, ce sujet étant réabordé à d'autres occasions par la suite.

7. CONCLUSION

Le kinésithérapeute joue un rôle important dans la rééducation uro-gynécologique en période postnatale. La prévention dans ce domaine, notamment vis à vis des troubles mictionnels est aussi de son ressort et cette sensibilisation gagnerait à se développer davantage auprès des femmes enceintes afin de les préparer à d'éventuels symptômes urinaires liés à la grossesse, période critique pour la région périnéale. Le but est de diminuer à long terme le taux d'incontinence urinaire chez la femme.

C'est dans cette optique qu'il nous a semblé intéressant d'élaborer un livret de sensibilisation qui viendrait appuyer la démarche du kinésithérapeute.

Aussi, il serait peut-être intéressant de réaliser une étude statistique basée sur deux populations de femmes, l'une ayant bénéficié de cette sensibilisation pendant la grossesse, l'autre non, et ainsi d'objectiver les bienfaits d'une telle prévention sur le risque d'incontinence urinaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. AMARENCO G. - Explorations urodynamiques et troubles de la miction. – Ed. Agence 3 C.
2. APPELL R. A., BOURCIER A.P., LA TORRE F. – Pelvic Floor Dysfunction Investigations et Conservative Treatment – Ed. Casa Editrice Scientifica Internazionale, 1999.
3. AUBAIL R. – Biomécanique de la ceinture lombo-pelvienne – Groupe de rech. en rééd. uro-gynéco (GRRUG), 6e congrès international St Etienne France, Rééducation du plancher pelvien 23- 25/6/1994, p.96-103.
4. BAUDIER G. – Pratique en rééducation uro-gynécologique - Prise en charge pratique de l'incontinence urinaire sous la direction de G. Serment – Santé Communication 1996, p89-105.
5. BOURCIER A. – Le plancher pelvien Explorations Fonctionnelles et réadaptation Ed. Vigot 1991.
6. BRUNO M. - Livret d'information du post-partum - GRRUG – 6e congrès international St Etienne France – Rééducation du plancher pelvien 23-25/6/1994, p173-177.
7. CALAIS – GERMAIN B. – Le Périnée Féminin et l'accouchement, - Eléments d'Anatomie, - applications pratiques – Ed. Désiris 2000,158 p.
8. CAPDEPON C. – Rééducation périnéale et post-partum - Kinésithérapie scientifique n° 373 décembre 1997 p. 10-19.
9. COSTA P. – Mécanismes de la continence à l'effort chez la femme - Actualités en urodynamique : l'insuffisance sphinctérienne de la femme – Société internationale Francophone d'urodynamique (SIFUD), éd. Elsevier, 2000, p25-33.

10. COTELLE – BERNEDE O. – Guide Pratique de la rééducation uro-gynécologique, 3e édition Ellipses 1990, Ed. Marketing.
11. COTELLE – BERNEDE O. – Le stop Pipi – Dossiers de l'obstétrique n° 209 août/septembre 1993, p15-17.
12. COTELLE – BERNEDE O. – L'incontinence urinaire du pré-partum - GRRUG - 6e congrès international St Etienne France 23-25/6/1994, p 133-138.
13. DE GASQUET – PISTRE B. – L'incontinence urinaire d'effort chez les multigestes : constats et propositions de prévention en pré, per et post-partum – Dossiers de l'obstétrique n° 220 août/sept. 1994 p 2-24.
14. DUMONT P. – Prévention des pathologies périnéales et des troubles de la statique pelvienne – Kinésithérapie scientifique n° 373 déc. 1997 p. 34-40.
15. GAUCHERAND P. – Le Périnée dans le post-partum – Kinésithérapie Scientifique n° 373 déc. 1997, p 4-7.
16. GROSSE D., SENGLER J. – Rééducation périnéale – Ed. Masson 1998, 133p.
17. GROSSE D., SENGLER J. – Rachis et Périnée - GRRUG – 7e congrès international St Etienne France 28-29/6/1996, p58-64.
18. GROSSE D., SENGLER J. – Evaluation des techniques de rééducation périnéale – Ann. Réadaptation Méd.Phys, Elsevier, Paris,1996, 39, p61-78.
19. GROSSE D., VALAN COGNE G. – Techniques d'électrostimulation dans la rééducation périnéo-sphinctérienne – Kinésithérapie scientifique 1997 déc. n° 373, p. 25-31.
20. HERRY M., FERNANDEZ H. – L'incontinence urinaire – EMC ,Elsevier Paris, AKOS Encyclopédie Pratique de médecine 3 – 1270, 1998 4 p.

21. JACQUETIN B., FATTON B., - Physiologie des troubles mictionnels de la grossesse et de l'accouchement – SIFUD – Actualité en urodynamique : l'incontinence urinaire féminine – Ed. Elsevier 1998 p21-80.

22. JACUETIN B., FATTON B. – Grossesse, accouchement et insuffisance sphinctérienne – SIFUD – Actualité en urodynamique : l'insuffisance sphinctérienne de la femme – Ed. Elsevier 2000, p199-211.

23. JACQUETIN B. – Prolapsus génitaux – Revue du praticien T51, 2001, p.1609-1618.

24. KAMINA P. – Anatomie Gynécologique et Obstétrique – Paris Ed. Maloine, 1984.

25. LECLERC R. – Kinésithérapie urogynécologique et maternité – Cahier de Kinésithérapie 2001, fasc. 209 – 210, n° 3 – 4, p.39-55.

26. LEHMENS J.M. – Gym Câline – 127 exercices pour la jeune mère et son bébé – Ed. Doin Payot Lausanne, Paris, 1988.

27. MARES P. – Evolution de la statique pelvienne au cours de la vie de la femme – GRRUG - 6e congrès international St Etienne France, 23-25/6/1994, p85-104.

28. MELLIER G. – Trouble urinaire de la grossesse et du post-partum – SIFUD, Troubles mictionnels de la grossesse et du post-partum 1994, p27-32.

29. MINAIRE P., SENGLER J., JACQUETIN B. – Epidémiologie de l'incontinence urinaire –Ann. Réadaptation Méd. Phys., 1995, 38, Ed. Elsevier Paris, p.1-8.

30. MINAIRE P., SABOT E., BRAIZE C., CAPDEPON C., CHEVALLARD J. – Rééducation pelvipérinéale – Ed. Techniques EMC – Kinésithérapie – rééducation fonctionnelle, 26 – 515 – A. 10, 1994, 11p.

31. MOUCHEL J. – Conséquences potentielles de la grossesse et de l'accouchement sur la statique pelvienne – 18e journée de gynécologie et d'obstétrique de Franche Comté juin 1999 (groupement européen de Périnéologie), p17-26.

32. NOURDIN - BIZOUARD F., GOUSSOT- SOUCHET M. – Kinésithérapie de la parturiente – EMC, Elsevier Paris, Kinésithérapie, Rééd. Fonctionnelle, 26-510-A-10,1996, 8p.

33. PIGNE A. – Anatomie fonctionnelle du périnée obstétrical – SIFUD, Les troubles mictionnels de la grossesse et du post-partum, 1994, p45-50.

34. PUTZ R., PABST R. – Atlas d'anatomie Humaine SOBOTTA Tome 2, Tronc, Viscères, Membres inférieurs – 3^{e} éd. Médicales internationales 1993.

35. RENAUD A. – Grossesse et constipation – Conséquences Fonctionnelles – GRRUG, 6^{e} congrès international St Etienne France 23-25/6/1994, p145-147.

36. SCHUSSLER B., LAYCOCK J., NORTON P., STANTON S. – Pelvic Floor Re-education Principles and Pratice Ed Springer Verlag – London 1994.

37. SERMENT G., ROSSI D. – Incontinence urinaire d'effort – Prise en charge de l'incontinence urinaire sous la direction de G. Serment, Santé Communication 1996, p35-40.

38. SERMENT G. – Modifications gravidiques de l'appareil urinaire – SIFUD, Les troubles mictionnels de la grossesse et du post-partum 1994, p15-17.

ANNEXES

ANNEXE I

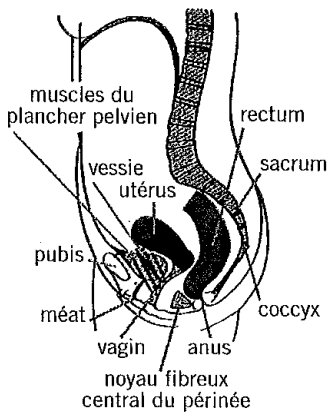
conseils
aux jeunes mamans pour retrouver la ligne en toute sécurité

Pr Bernard Jacquetin - Gynéco-obstétrique (Clermont-Ferrand)

M. Dominique Grosse - Rééducation fonctionnelle (Mulhouse)

La grossesse et l'accouchement
ont entraîné des modifications
dans votre corps.
Certaines sont visibles, d'autres moins.
La mode, la culture du jeune et beau,
l'obsession du ventre plat...
tout cela pousse la jeune maman à vouloir
faire très vite les "abdominaux".

faire les abdominaux ?
oui, mais !



Quelques rappels élémentaires

Comparons le ventre à une maison : le toit est représenté par votre diaphragme, les murs sont en arrière, la colonne et les muscles s'y rattachent, sur les côtés et en avant les abdominaux.
Les fondations de cette maison sont le périnée ou plancher pelvien (ensemble musculaire risquant de souffrir de l'accouchement).
Cette musculature est essentielle pour vous, c'est elle qui évite les fuites urinaires, c'est encore elle qui s'oppose à la descente (prolapsus) des différents organes.
Le périnée doit bien se contracter à chaque effort, à chaque augmentation de pression dans l'abdomen.
Or, ce périnée après l'accouchement est au moins aussi distendu que vos abdominaux, et l'on sait que chez la moitié des femmes, il ne se contracte plus ou mal.

distention du plancher périnéal
et béance musculaire

Faire des abdominaux,
c'est faire la façade avant les fondations.

Mais que faut-il faire alors ?

La période entre l'accouchement et le retour de couches, en général 6 à 7 semaines, est une période à risques pour le périnée.
Celui-ci est distendu, fragilisé par l'accouchement. Il y a toujours des micro-traumatismes ; de plus, en raison des modifications hormonales, la qualité, l'élasticité de ces tissus est déficitaire.
La reprise de l'activité physique de la jeune maman doit se faire «dans le bon ordre» : la priorité est au périnée.
Il faut d'abord être sûr de la qualité du périnée avant de faire des abdominaux. Votre médecin en jugera lors de la visite post-natale.

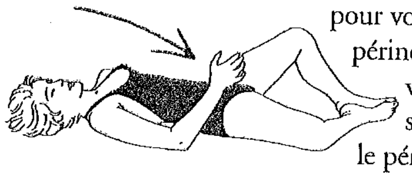
Jamais de travail des abdominaux avant le retour de couches (en général 6 à 7 semaines après l'accouchement).

Alors ne peut-on rien faire pendant 6 semaines ?

Si, bien au contraire, il faut d'abord renforcer les fondations.
Très rapidement, dès votre sortie de maternité,
vous devez essayer de favoriser la contraction du périnée.

Reconsolidez les fondations.

Mais alors pendant 6 semaines que puis-je faire pour mon ventre ?



Dès que votre périnée se contracte bien, vous pouvez commencer à travailler les muscles abdominaux profonds, les plus efficaces d'ailleurs pour votre sangle abdominale et sans danger. Contractez votre périnée, contrôlez le mouvement. Puis en expirant, rentrez le ventre, plaquez le dos au sol. Gardez toujours les pieds au sol. Cet exercice peut aussi se faire à 4 pattes : contractez le périnée puis rentrez le ventre en soufflant.

Sous couvert d'un périnée efficace, vous pouvez débuter une retonification des abdominaux profonds.

Mais si j'ai déjà quelques petits problèmes urinaires ?

C'est un signe d'alerte, mais ce n'est pas grave. Il ne faut pourtant pas sous-estimer ces fuites même minimes. Vous devez vous aussi travailler le périnée comme décrit. Mais surtout, vous devez en parler à votre médecin à la visite post-natale.

Il vous prescrira si nécessaire quelques séances de rééducation du périnée chez un thérapeute spécialisé et vous pourrez, après le travail du périnée, commencer vos abdominaux.

Surtout n'hésitez pas à en parler à votre médecin lors de la visite post-natale.

Mais si on attend pour les abdominaux, n'est-ce pas plus difficile après ?

Non il n'y a aucune urgence. De plus, vous préservez votre avenir, car votre récupération du "traumatisme" de l'accouchement sera plus complète.

Vous avez le temps pour retonifier les abdominaux et retrouver votre ligne.

Et si j'ai mal au dos, faut-il aussi attendre ?

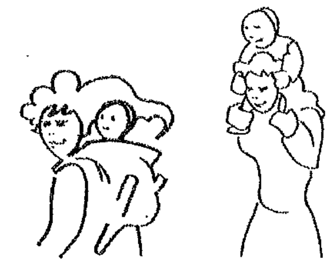
Votre thérapeute connaît ces problèmes, il peut vous soulager et vous donnera de nombreux conseils pratiques pour votre vie quotidienne.

1 Etre à la hauteur

Mettez vous à la hauteur de votre action.

2 avoir la charge le plus près de soi

Portez votre enfant le plus près possible de votrecolonne vertébrale.



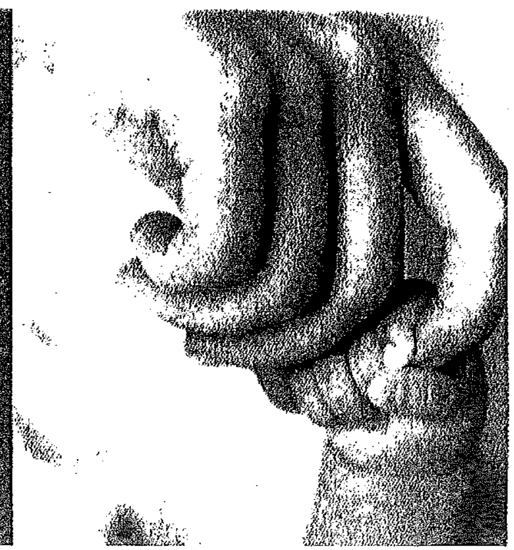
Il n'y a aucune raison de ne pas s'occuper de votre mal de dos rapidement.

En conclusion
après l'accouchement

Entraînez-vous d'abord à reconsolider votre périnée

Prenez soin de votre dos

Attendez la visite post-natale et l'avis du gynécologue avant de faire des abdominaux "classiques".



d'un travail précoce des abdominaux ?

Les exercices classiques des abdominaux sont intenses, prolongés.
Ils développent une surpression importante dans le ventre, qui va encore "étirer" le périnée déjà affaibli : le travail précoce des abdominaux va donc encore distendre le périnée déjà affaibli.

Le travail intense, précoce des abdominaux va encore distendre le périnée, donc "fragiliser les fondations".

les risques

> faire apparaître de petites **fuites urinaires**

> si elles sont déjà présentes, les aggraver, en **retarder la guérison**

> mais surtout, le risque est de voir apparaître bien plus tard une **incontinence** ou un **prolapsus** bien plus gênant.

Comment faire ?

Plusieurs règles sont à respecter.

La position

Dans cette position, vous pouvez sans risques contracter votre périnée.

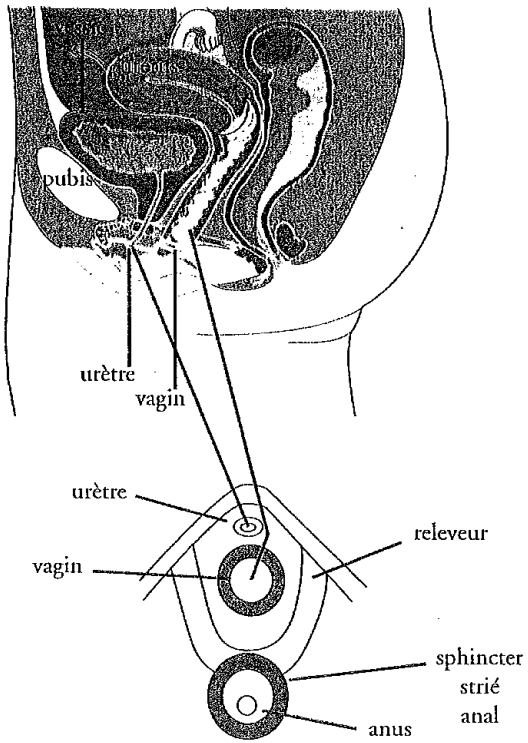
L'exercice

Faites comme si "vous interrompiez une miction" ou comme si vous "remontiez l'anus dans le ventre". Contractez votre périnée 5 à 6 secondes puis relâchez 10 secondes.

Le contrôle

En posant un doigt sur le noyau fibreux central du périnée entre la vulve et l'anus (cf. schéma), vous pouvez contrôler si votre périnée se contracte bien.
Lors d'une bonne contraction vous sentirez un mouvement : le périnée est attiré en haut et en avant, il se "dérobe" sous le doigt. Pendant ces exercices, il est important de ne pas bloquer la respiration, de rester détendue, de ne pas soulever les fesses, croiser les genoux, contracter les abdominaux.
Ces muscles sont particulièrement "fatigables" ; respectez la durée de repos entre les contractions, faites plutôt de nombreuses séances courtes (6 à 10 contractions) et répétées plutôt qu'un "marathon".

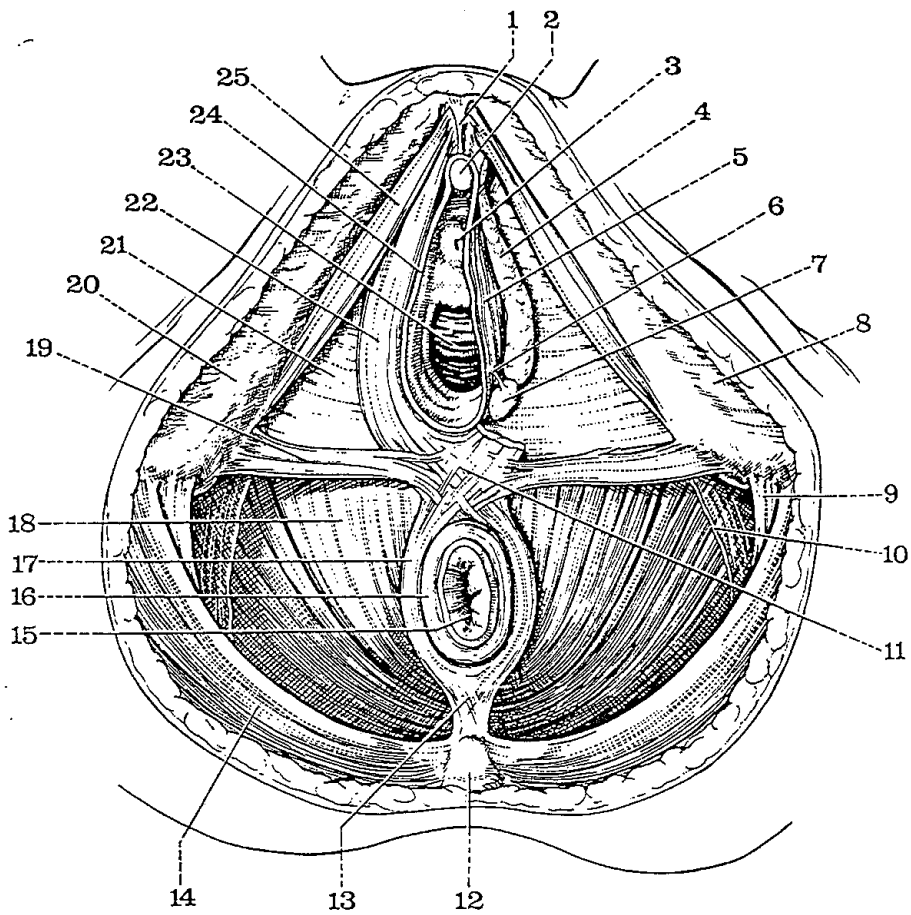
apprenez à contracter régulièrement votre périnée ; si vous avez un doute sur l'efficacité de votre contraction, demandez conseil à votre médecin, sage-femme ou kinésithérapeute.



ANNEXE II

Les muscles superficiels du périnée chez la femme (d'après Netter)

1. *Ligament suspenseur du clitoris.*
2. *Clitoris.*
3. *Urètre.*
4. *Bulbe vestibulaire.*
5. *Muscle constricteur de la vulve.*
6. *Canal de la glande de Bartholin.*
7. *Glande de Bartholin.*
8. *Fascia de Colles.*
9. *Grand ligament sacro-sciatique.*
10. *Aponévrose de l'obturateur interne.*
11. *Noyau fibreux central du périnée.*
12. *Coccyx.*
13. *Raphé ano-coccygien.*
14. *Muscle grand fessier.*
15. *Canal anal.*
16. *Faisceau sous-cutané du sphincter externe.*
17. *Faisceau superficiel du sphincter externe.*
18. *Muscle releveur de l'anus.*
19. *Muscle transverse superficiel du périnée.*
20. *Branche ischio-pubienne.*
21. *Aponévrose périnéale moyenne.*
22. *Muscle bulbo-caverneux.*
23. *Cavité vaginale.*
24. *Orifice inférieur du vagin.*
25. *Muscle ischio-caverneux.*



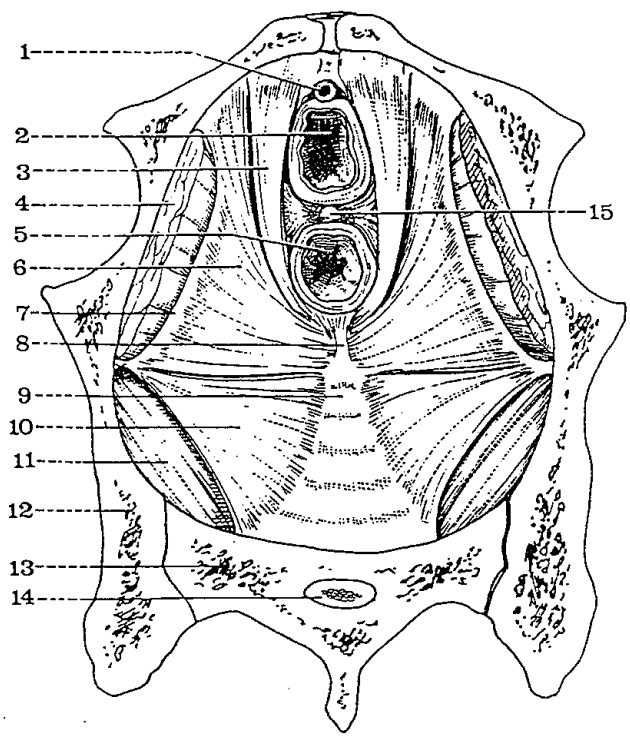


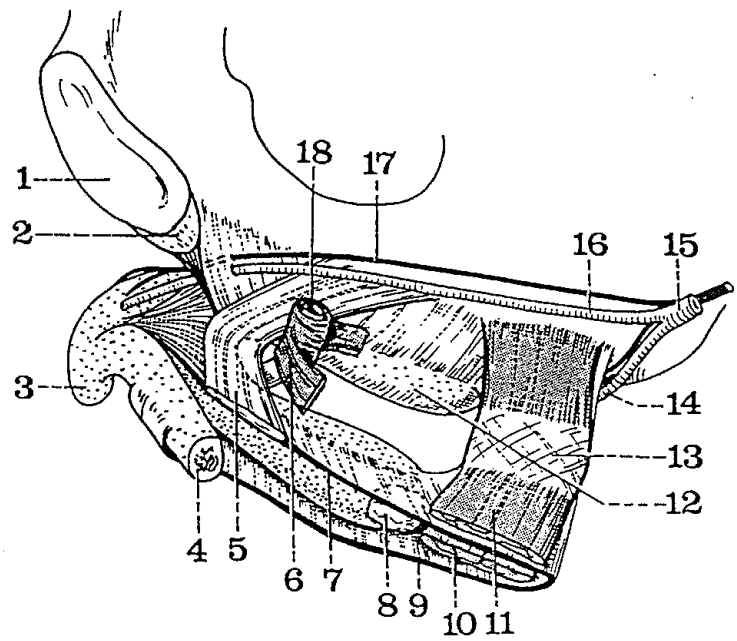
FIGURE 3

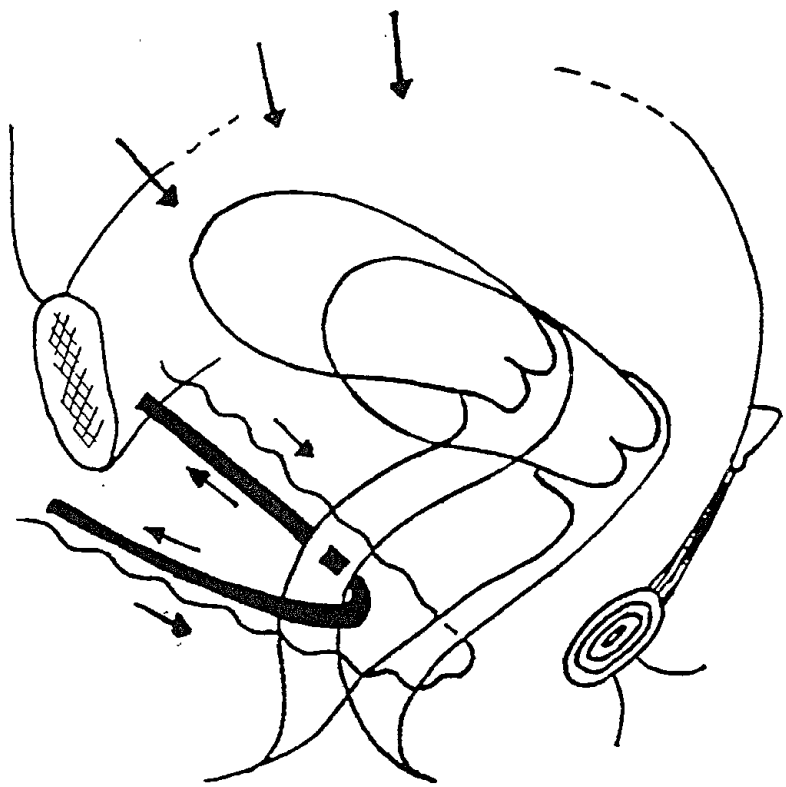
Vue supérieure du plancher pelvien chez la femme.

1. *Urètre.*
2. *Vagin.*
3. *Portion élévatrice du releveur de l'anus.*
4. *Muscle obturateur interne.*
5. *Ampoule rectale.*
6. *Portion sphinctérienne du releveur de l'anus.*
7. *Arc tendineux du releveur.*
8. *Raphé ano-coccygien.*
9. *Coccyx.*
10. *Muscle ischio-coccygien.*
11. *Muscle pyramidal du bassin.*
12. *Os iliaque sectionné.*
13. *Sacrum.*
14. *Canal sacré.*
15. *Noyau fibreux central du périnée.*

Constitution anatomique du périnée chez la femme (d'après Monod et Duhamel).

1. *Symphyse pubienne.*
2. *Arcuatum.*
3. *Clitoris.*
4. *Corps caverneux.*
5. *Ligament transverse du pelvis.*
6. *Sphincter strié de l'urètre.*
7. *Feuillet inférieur de l'aponévrose périnéale moyenne ou lame fixatrice.*
8. *Glande de Bartholin.*
9. *Aponévrose périnéale superficielle.*
10. *Muscle transverse superficiel du périnée.*
11. *Muscle transverse profond du périnée.*
12. *Bulbe vestibulaire.*
13. *Noyau fibreux central du périnée.*
14. *Artère périnéale superficielle.*
15. *Artère honteuse interne.*
16. *Artère périnéale profonde.*
17. *Nerf honteux interne.*
18. *Urètre.*





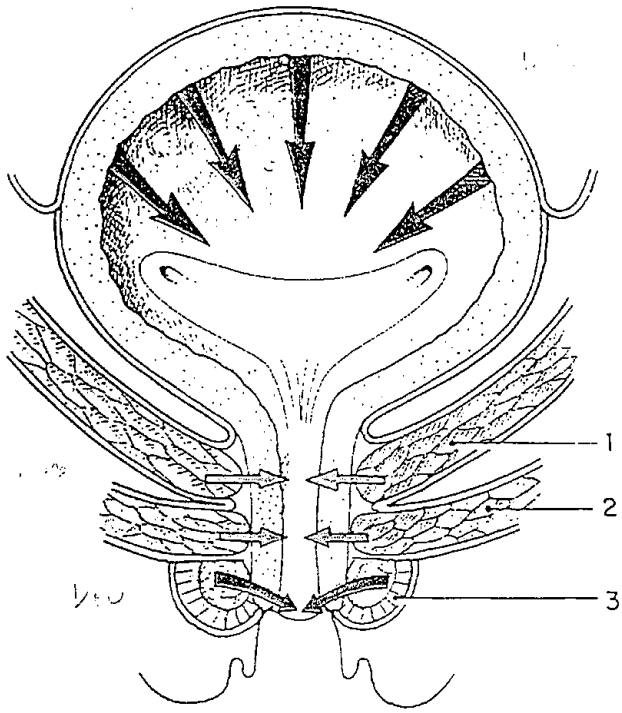
Action du faisceau élévateur des releveurs de l'anus pendant sa contraction (▬)

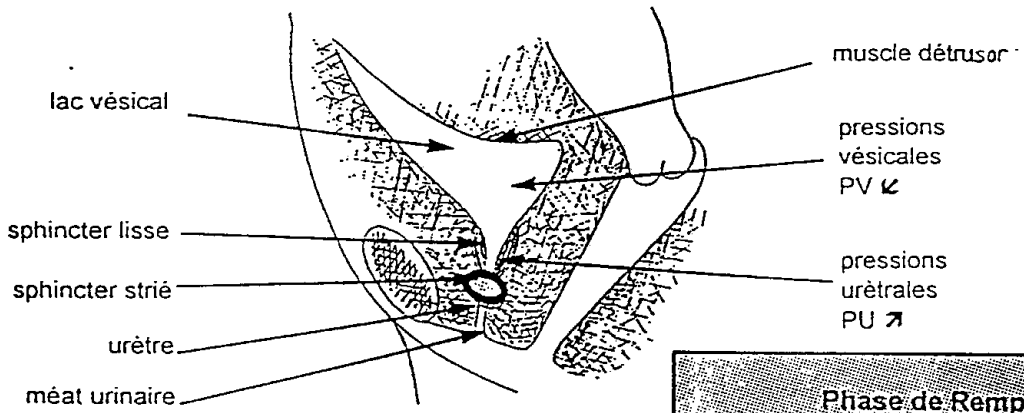
et au cours de la poussée abdominale (∼).

ANNEXE III

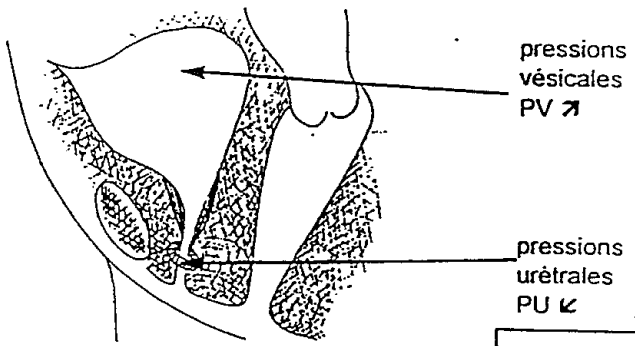
Forces d'expulsion (en bleu) et de retenue (en rouge) chez la femme

1 – m. élévateur de l'anus
2 – m. sphincter de l'urètre
3 – mm. ischio et bulbo-caverneux





Phase de Remplissage puis de Contention
les pressions urétrales sont élevées
les pressions vésicales sont basses



Phase de Miction
les pressions vésicales augmentent
les pressions urétrales diminuent

ANNEXE IV

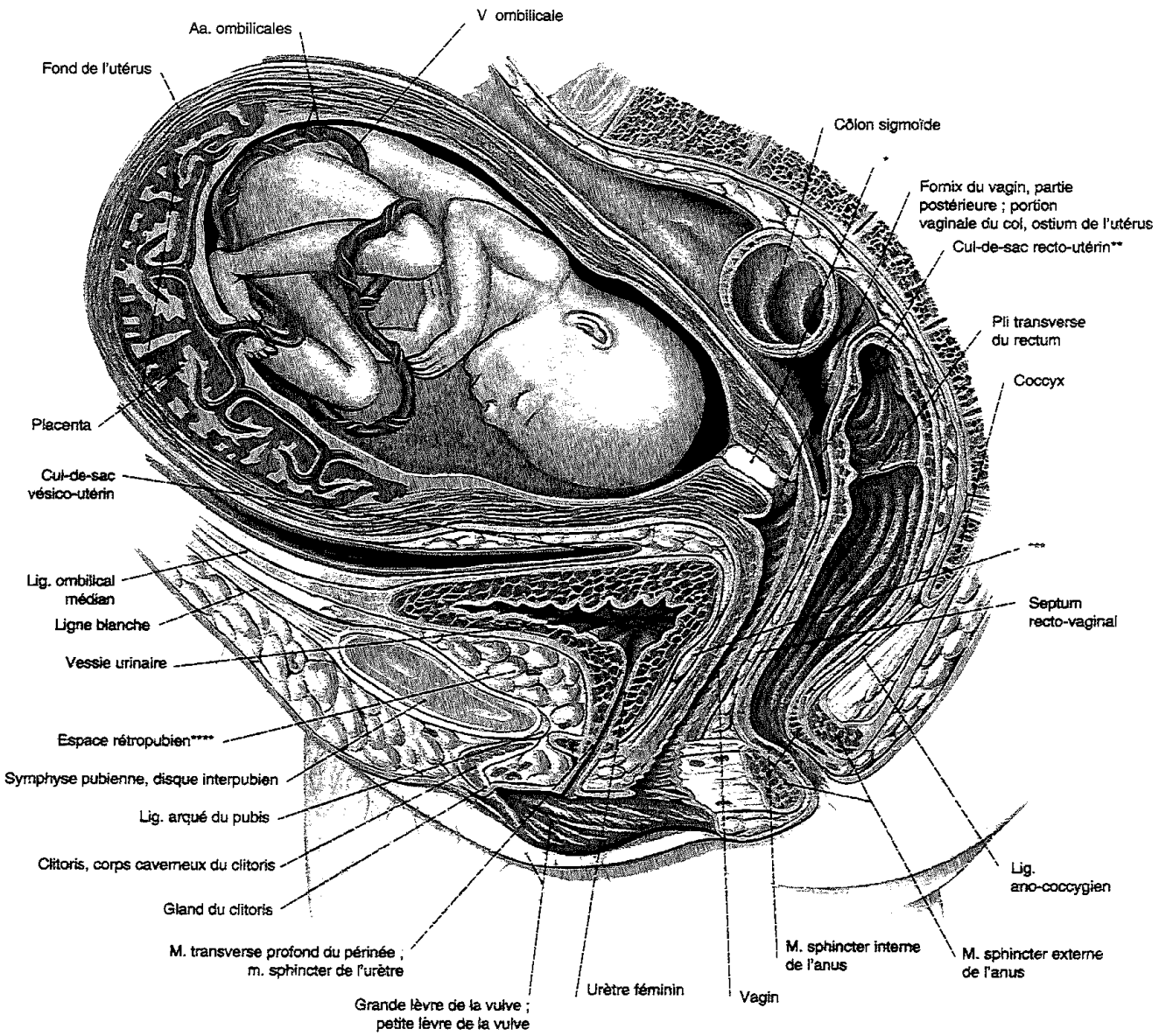


Fig. 1044 Utérus avec un fœtus ;
bassin sectionné dans le plan médian ;
vue latérale (g).
A la fin de la grossesse, la paroi de l'utérus est encore plus mince.

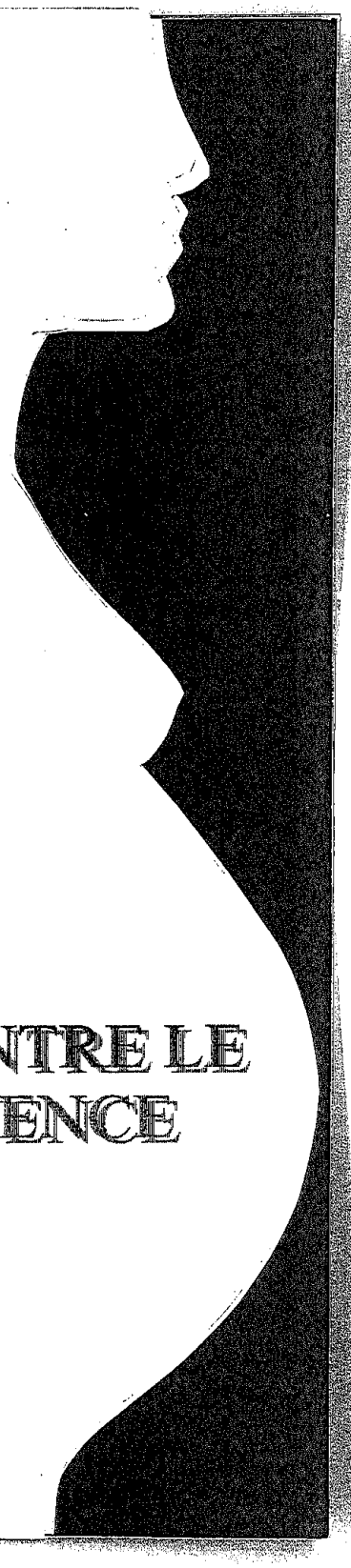
* Bouchon muqueux de KRISTELLER dans le canal cervical de l'utérus
** En clinique : cul-de-sac de DOUGLAS
*** En clinique : septum vésico-vaginal
**** En clinique : espace de RETZIUS

ANNEXE V

Testing des muscles releveurs de l'anus.

Cotation	*Effet*	*Fatigue*
0	Pas de contraction perçue	
1	Contraction très faible, n'entraînant pas de déplacement	
2	Contraction faible, léger déplacement vers le haut et l'avant	2 fois 2 secondes
3	Contraction nette, les doigts sont ascensionnés et réunis sur la ligne médiane	3 fois 3 secondes
4	Résistance modérée vers le bas et l'arrière n'empêchant pas le déplacement dans toute l'amplitude	4 fois 4 secondes
5	Résistance importante, déplacement complet	5 fois 5 secondes

PRESERVER SON PERINEE PENDANT LA GROSSESSE:



UNE PREVENTION CONTRE LE RISQUE D'INCONTINENCE URINAIRE

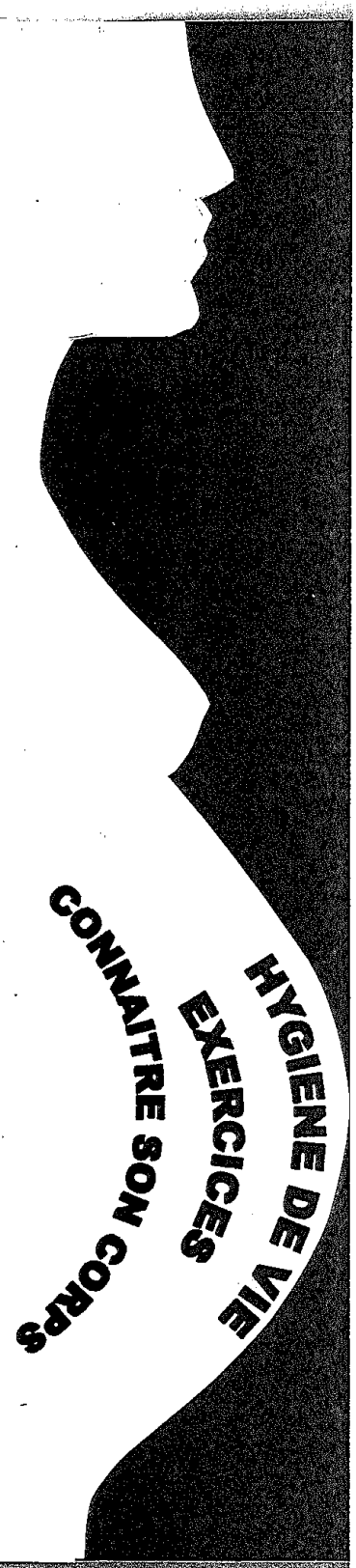
L'incontinence urinaire touche environ deux millions de femmes en France, tous âges confondus.

Elle reflète une insuffisance du périnée et la grossesse est très souvent un facteur déclenchant.

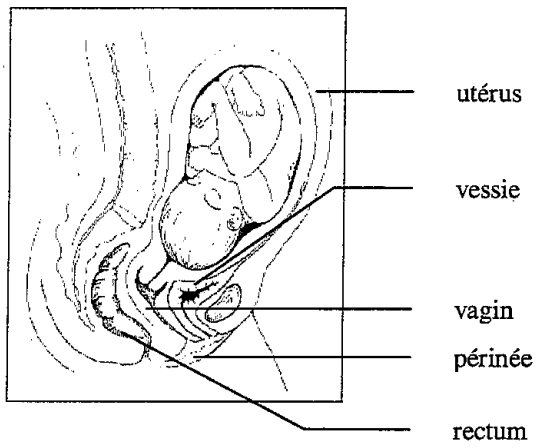
Votre corps se modifie tout au long de votre grossesse. Certains changements sont visibles, d'autres non.

MIEUX CONNAITRE

SON CORPS



Le foetus se développe dans l'utérus qui est une cavité musculaire évoluant tout au long de la grossesse.



Ce développement va entraîner des compressions au niveau des organes voisins et notamment du système urinaire en avant, et du système intestinal en haut et en arrière.

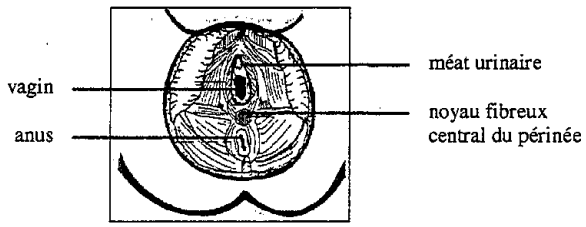
Cet ensemble d'organes se situe dans l'abdomen (ou caisson abdominal). Pour faciliter la compréhension, comparons l'abdomen à une maison dont le toit serait le diaphragme, les murs en arrière seraient la colonne avec les muscles s'y rattachant, les murs de côté et en avant seraient les abdominaux et les fondations seraient le ***périnée ou plancher pelvien***

Qu'est-ce que le périnée ?

C'est l'ensemble de la musculature qui ferme en bas le petit bassin et qui soutient l'ensemble des organes. D'où nécessité de fondations solides pour s'opposer à la descente d'organes et aux fuites urinaires.

Il est perforé de 3 orifices :

- l'anus en arrière
- le vagin et le méat urinaire en avant



Il est constitué de plusieurs plans musculaires avec en profondeur l'élément essentiel appelé ***releveurs de l'anus*** (ils entourent le vagin et l'anus et envoient des expansions au muscle du ***noyau fibreux central du périnée.*** Il est donc possible de contracter volontairement ces muscles pour les faire travailler mais aussi de les relâcher(importance lors du passage du fœtus)

Et si mon périnée est déficient … quels sont les risques ?

Les pathologies urinaires pouvant apparaître lors de la grossesse (parfois avant) sont de plusieurs sortes et vous pouvez peut-être entendre certains termes comme :

- ***incontinence urinaire d'effort*** : c'est la perte involontaire d'urine pendant l'effort . (Pour tout effort, la contraction des abdominaux entraîne une augmentation de la pression intra-abdominale sur le périnée)
- ***pollakiurie*** : c'est l'augmentation de la fréquence des mictions.
- ***impériosité mictionnelle*** : c'est un besoin urgent d'uriner que l'on ne peut arrêter.

FAIRE DES EXERCICES ADAPTES

EN TOUTE SECURITE

POUR LA MERE ET L'ENFANT

HYGIENE DE VIE

EXERCICES

Ces exercices ont pour but de vous faire prendre conscience de votre corps, de vous préparer à l'accouchement tout en apprenant à protéger votre périnée.

Il ne s'agit en aucun cas de traiter une incontinence urinaire déjà existante sans avis médical ou de pratiquer ces exercices s'il existe une quelconque contre-indication médicale !

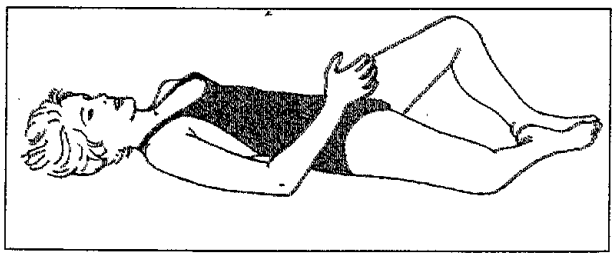
Ces exercices pourront être repris après l'accouchement (après la consultation postnatale)

Percevoir sa respiration

Bien respirer permet notamment une bonne ventilation de son organisme et ainsi une bonne oxygénation du bébé. C'est aussi un principe fondamental accompagnant tout travail musculaire, notamment le jour de l'accouchement.

Position de l'exercice : allongée confortablement sur le dos, un coussin sous le tronc pour le surélever à 45° et détendre les abdominaux, les membres inférieurs sont fléchis et écartés avec les plantes de pieds jointes.

Déroulement de l'exercice : soufflez lentement et profondément par la bouche entrouverte en cherchant à rentrer le ventre. A la fin de cette expiration, inspirez par le nez en cherchant à sortir le ventre. Vous pouvez poser votre main sur votre ventre pour mieux percevoir les mouvements de l'abdomen. Faites 3 séries de 10 respirations avec des périodes de repos entre chaque série.



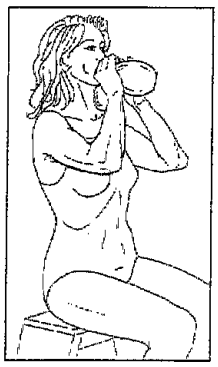
Prendre conscience de son périnée

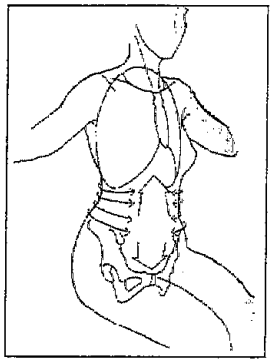
Il s'agit, tout d'abord de ressentir ce qu'il se passe dans votre organisme.

Ce test permet de percevoir *globalement* la zone du plancher pelvien (=périnée).

Position de l'exercice : assise sur une chaise

Déroulement de l'exercice : soufflez fortement dans un ballon de baudruche (ou mimez l'action). Vous sentirez une zone située en bas du bassin se mettre en jeu en même temps que vous soufflez. C'est là que se situe *globalement* la zone du périnée (les abdominaux se contractent et compriment les viscères notamment vers le bas, donc il y a contrainte sur le périnée)





Différentes sensations peuvent être perçues :

- le déclenchement d'une miction (tonus faible)
- une sensation de bombement vers le bas (tonus suffisant pour éviter la miction)
- une contraction forte, un resserrement (tonus très fort)

Contracter et relâcher son périnée

Cet exercice permet de bien sentir son périnée par le contraste contraction-relâchement de ce muscle. L'intérêt de la contraction n'est pas de «muscler » le périnée mais de conserver ses qualités (modifiées par la grossesse) et donc récupérer plus rapidement après l'accouchement. Le relâchement facilitera le passage du bébé.

Position de l'exercice : la même que dans l'exercice de respiration

Déroulement de l'exercice : vous contractez le périnée comme si vous vouliez" retenir un gaz". Maintenez cette contraction pendant 5-6 sec. puis relâchez 10 sec.
Faites l'exercice par séries courtes de 10 contractions plusieurs fois par jour.

Contrôle : pour s'assurer que la contraction ait lieu au bon endroit, posez un doigt sur le noyau fibreux central du périnée, entre la vulve et l'anus et vous devez sentir que le périnée est attiré en haut et en avant. Veillez pendant l'exercice à ne pas bloquer la respiration et à garder les autres muscles détendus (fesses,abdominaux, cuisses,...)

Progression :

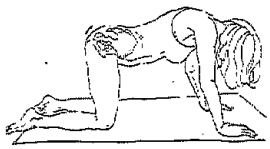
- vous pouvez coupler la respiration apprise à l'exercice (expirer profondément sur la contraction périnéale, puis dans un 2ème exercice, expirer en relâchant le périnée).
- faites l'exercice assis, debout, avant un effort (toux, sport...)

Prendre conscience de la mobilité du bassin

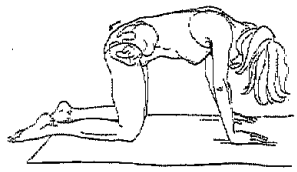
Le bassin est l'obstacle osseux que le fœtus doit franchir à l'accouchement. Pour faciliter ce passage, l'apprentissage de la mobilité du bassin est importante. Le bassin est fermé, en bas, par le périnée et lors de la grossesse, le bassin est le plus souvent en antéversion (= la cambrure lombaire est accentuée). Cette cambrure augmente les contraintes sur le périnée : il faut donc la limiter au maximum.

Position de l'exercice : à 4 pattes, dos plat, tête dans l'axe de la colonne vertébrale.

Déroulement de l'exercice : réalisez un mouvement de bascule de votre bassin comme si vous vouliez monter le coccyx, tout en creusant le bas du dos, ce qui augmente la cambrure : le bassin est en antéversion



Puis faites le mouvement inverse comme si vous vouliez abaisser le coccyx entre les cuisses tout en cherchant à arrondir le bas du dos et effacer la cambrure, le tout en soufflant. Le bassin est en rétroversion. (positionnement plus favorable pour le périnée).



Faites l'exercice 10 fois avec 10 sec. de repos entre chaque exercice.

Progression : puis vous pouvez faire cet exercice en position couchée sur le dos avec un petit coussin sous les genoux pour les fléchir légèrement.,en position assise, debout....

En ce qui concerne le travail abdominal ...

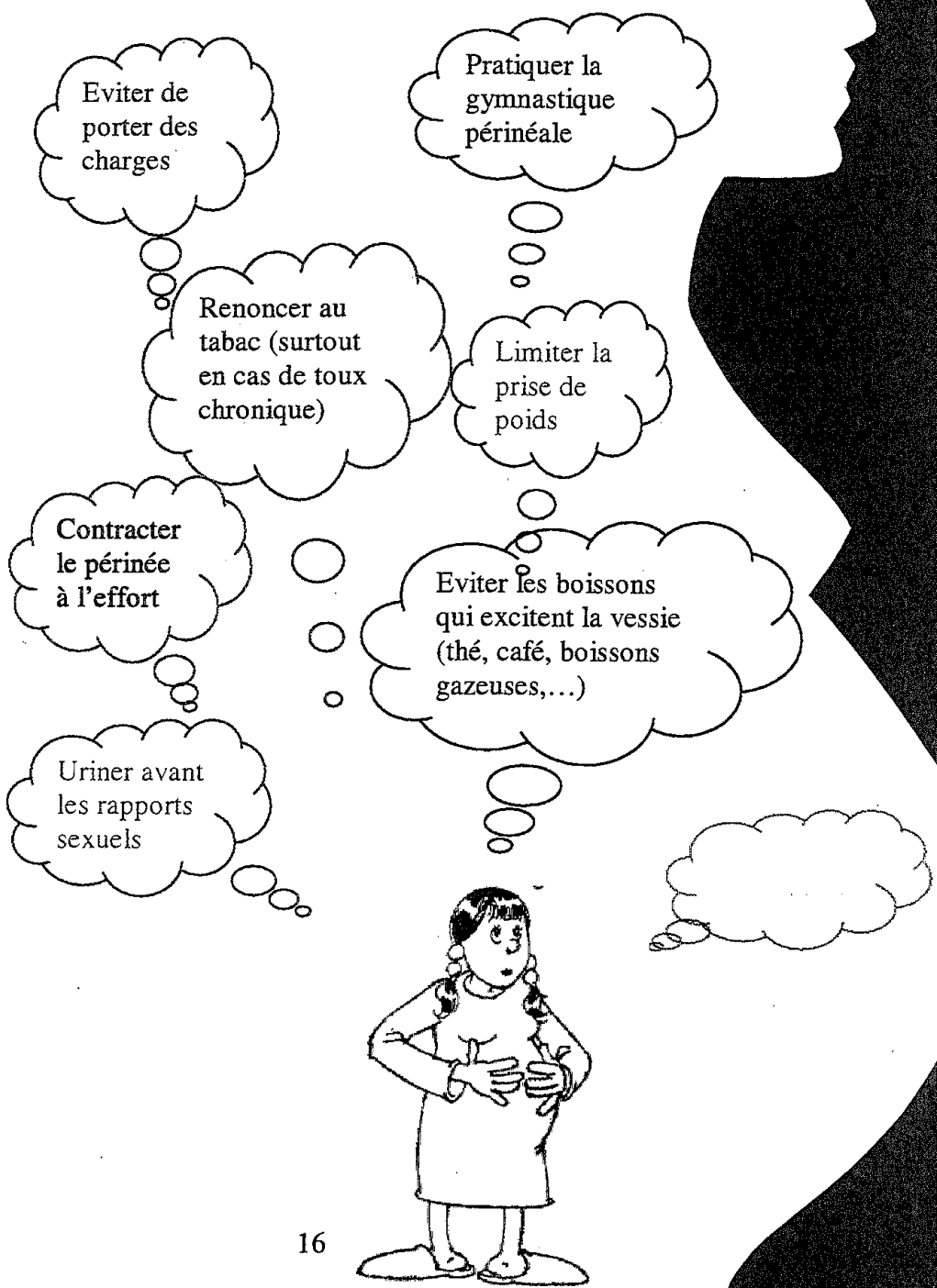
Le travail classique des abdominaux pendant la grossesse est **contre-indiqué** car il développe une surpression importante sur le ventre donc sur le périnée et risque de provoquer des contractions utérines associées.
Un travail plus adapté est donc nécessaire.

Position de l'exercice : à 4 pattes, dos plat, tête dans l'axe de la colonne vertébrale.

Déroulement de l'exercice : soufflez par la bouche entrouverte tout en contractant le périnée.
En même temps, faites une rétroversion de bassin (dos rond) et " rentrez votre ventre ".
Puis inspirez en relâchant la contraction musculaire et revenez en position de départ de l'exercice.
Faites 10 fois cet exercice avec un temps de repos de 10 sec. entre chaque exercice.

AVOIR UNE BONNE

HYGIENE DE VIE


Eviter de porter des charges
Pratiquer la gymnastique périnéale
Renoncer au tabac (surtout en cas de toux chronique)
Limiter la prise de poids
Contracter le périnée à l'effort
Eviter les boissons qui excitent la vessie (thé, café, boissons gazeuses,...)
Uriner avant les rapports sexuels