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

LA REEDUCATION POST-PARTUM :

PROPOSITION D'UN LIVRET D'INFORMATION

POUR LES PATIENTES

Rapport de travail écrit personnel
présenté par **Marion COLOMBAIN**
étudiante en 3ème année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute
2006-2007.

SOMMAIRE

RESUME
1. INTRODUCTION 1
2. ANATOMIE 2
2. 1. La paroi lombo-abdominale 2
2. 2. La paroi antéro-latérale de l'abdomen 2
2. 3. Le diaphragme thoracique 2
2. 4. Le plancher pelvien 3
3. PHYSIOLOGIE 4
3. 1. Le caisson hydrique 4
3. 1. 1. Rôle orthopédique 5
3. 1. 2. Rôle viscéral 5
3. 1. 3. Rôle respiratoire 5
3. 2. L'enceinte pelvienne 6
4. GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET CONSEQUENCES 7
5. LA REEDUCATION POST-PARTUM 9
5. 1. Le bilan masso-kinésithérapique 9
5. 2. Le traitement masso-kinésithérapique 10
5. 2. 1. L'information et l'éducation des patientes 10
5. 2. 2. L'abord pelvi-rachidien 11
5. 2. 3. L'abord périnéo-sphinctérien 12
5. 2. 3. 1. Les techniques manuelles 12
5. 2. 3. 2. L'électrostimulation 13
5. 2. 3. 3. Le biofeedback 14
5. 2. 3. 4. L'automatisation 14
5. 2. 4. L'abord de la sangle abdominale 15
5. 2. 4. 1. Le concept ABDO-MG ® 15
5. 2. 4. 2. Le matériel [ABDOMG] 16
5. 2. 4. 3. Le principe 17
5. 2. 4. 4. La méthode 18
5. 2. 4. 5. Les protocoles 19
5. 2. 5. Les conseils d'hygiène de vie 20
6. LE LIVRET 20
6. 1. Comment a-t-il été réalisé ? 20
6. 2. A qui s'adresse t-il ? 20
6. 3. Les objectifs 21
6. 4. Le contenu 21
6. 4. 1. Que s'est-il passé pendant 9 mois ? 22
6. 4. 2. Alors comment fonctionne votre corps ? 22
6. 4. 3. La rééducation 22
6. 4. 4. Des conseils pour votre hygiène au quotidien 23
7. DISCUSSION 24
8. CONCLUSION 25
BIBLIOGRAPHIE
ANNEXES

1. INTRODUCTION

Durant l'année 2006, les femmes ont mis au monde 796 800 enfants en France. La fréquence et l'importance des troubles du post-partum ne sont pas négligeables.

Pour y pallier, les objectifs thérapeutiques de la rééducation en post-partum sont nombreux, afin de répondre aux différentes conséquences physiopathologiques de la grossesse et de la voie d'accouchement.

Après la dernière guerre, la rééducation post-natale était principalement basée sur la gymnastique abdominale " classique ". Puis dans les années soixante-dix, elle s'est focalisée sur la prise en charge du périnée, à en oublier la sangle abdominale.

Aujourd'hui, l'approche holistique de la patiente est plus communément appréciée et il convient de considérer la notion de compétence abdomino-lombo-périnéale.

Ainsi, toute femme doit pouvoir bénéficier au cours de son séjour à la maternité d'une information claire et adaptée sur la rééducation en post-partum. Elle ne doit plus considérer ses soucis comme un phénomène inévitable, *« sorte de tribut à payer pour revendiquer le droit d'être mère ».* C'est dans cette optique que nous avons voulu réaliser un livret consacré à la rééducation du post-partum.

2. ANATOMIE

Les enceintes thoraco-abdomino-lombo-pelvi-périnéales forment un ensemble fonctionnel indissociable [13]. Plus communément dénommée cavité abdomino-pelvienne, cette enceinte est limitée par une paroi dorsale ostéo-musculaire et une paroi ventro-latérale musculo-aponévrotique. Le diaphragme thoracique sépare le thorax de l'abdomen. En bas, la cavité est fermée par le plancher pelvien.

2. 1. La paroi lombo-abdominale

Une charpente osseuse composée du rachis vertébral et des os du bassin s'érige postérieurement. Tout autour s'enchevêtrent des muscles et des aponévroses parcourus d'arcs vasculo-nerveux qui habillent le squelette osseux. L'ensemble réalise la poutre composite de Rabischong. Les principaux tissus mous sont les muscles grand et petit psoas, carré des lombes, grand dorsal, spinaux, les piliers du diaphragme ainsi que l'aponévrose thoraco-abdominale.

2. 2. La paroi antéro-latérale de l'abdomen

Elle est constituée de différentes structures. De la superficie à la profondeur, nous trouvons principalement la peau, les fascias, les couches musculaires constituées par les sept muscles abdominaux puis les aponévroses.

2. 3. Le diaphragme thoracique

C'est un ensemble musculo-aponévrotique très large, aplati et mince. En forme de dôme, il cloisonne la cavité thoracique de la cavité abdominale. Le diaphragme prend ses insertions en arrière sur les faces antéro-latérales des vertèbres lombaires et réalise des

arcades fibreuses transversales, latéralement sur les six dernières côtes, en avant sur la face postérieure de l'apophyse xiphoïde du sternum ; toutes les fibres issues de ces points d'insertions convergent vers un centre commun, et disparaissent dans un tissu aponévrotique appelé centre phrénique.

2. 4. Le plancher pelvien

Le plancher pelvien (fig. 1), ou encore périnée, désigne différentes parties anatomiques variables selon les auteurs. Nous appelons ici périnée l'ensemble musculo-aponévrotique et ligamentaire qui ferme le petit bassin à sa partie inférieure. Il forme un hamac qui soutient dans sa concavité les organes pelviens : d'avant en arrière, la vessie, le vagin et l'utérus, puis le rectum. Ces derniers sont contenus entre le péritoine pelvien au dessus et l'ensemble des muscles périnéaux en dessous. Nous pouvons dissocier trois plans au niveau de ce plancher :

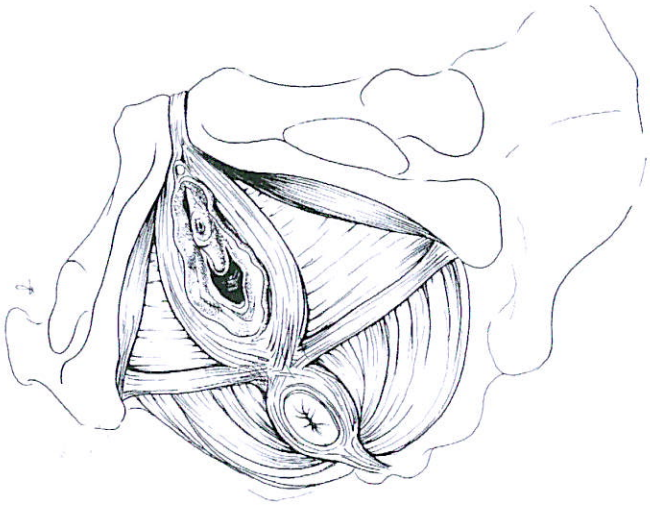


Figure 1 : muscles du périnée

- Le plan superficiel : il a une forme losangique qui est divisée par une ligne unissant les deux tubérosités ischiatiques en un triangle uro-génital antérieur à pointe supérieure et un triangle anal postérieur à pointe inférieure. Il contient les muscles érectiles et le sphincter externe de l'anus.
- Le plan moyen : il se situe uniquement dans le triangle uro-génital. Le sphincter externe de l'urètre et les muscles transverses profonds le composent.
- Le plan profond : il est avant tout représenté par le muscle élévateur de l'anus, lui-même constitué par deux lames musculaires disposées symétriquement des parois

latérales vers le centre de l'excavation, circonscrivant la fente uro-génitale, véritable point faible en forme de fer à cheval ouvert en avant. Muscle puissant, l'élévateur de l'anus a un rôle majeur en rééducation périnéale. Il est particulièrement important que le faisceau le plus médian de l'élévateur (le faisceau pubo-rectal) soit tonique, pour soutenir activement les viscères de cette région [5]. Le muscle ischio-coccygien, qui est moins important, se trouve sur ce même plan, en arrière de l'élévateur.

Au croisement des muscles de la région, sur la ligne médiane, se constitue le noyau fibreux central du périnée (centre tendineux du périnée). C'est une zone de tissu fibro-conjonctif où viennent s'insérer la plupart des muscles du plancher pelvien. Situé au centre de la structure, le noyau y constitue comme une clé de voûte [5] pour l'intégrité du rôle de soutien.

3. PHYSIOLOGIE

Le corps humain présente deux caissons :

- Un caisson pneumatique : c'est le caisson thoracique, plein d'air contenu dans les poumons, il est donc compressible.
- Un caisson hydrique : c'est le caisson abdominal, arborant une dominante liquidienne importante, il est donc peu compressible mais reste déformable.

3. 1. Le caisson hydrique

Au niveau du caisson abdominal, le corset musculaire formant la paroi antéro-latérale de l'abdomen est nommé « sangle abdominale ». Celle-ci relie les structures osseuses que sont les côtes, le sternum, le rachis et le bassin. Le tonus de base des muscles de la sangle

participe au maintien corporel. En dynamique, la sangle abdominale assure trois rôles fondamentaux : orthopédique, viscéral et respiratoire [13].

3. 1. 1. Rôle orthopédique

D'abord, les muscles droits de l'abdomen et obliques externes, assistés par les muscles obliques internes, assurent un abaissement, un enfoncement puis un enroulement des côtes. Ceci concourt à une diminution des trois diamètres du thorax (vertical, transversal et sagittal). Puis la contraction de la sangle entraîne une bascule du bassin en rétroversion. Enfin, la contraction du muscle transverse principalement garantit l'augmentation de pression dans l'enceinte abdomino-pelvienne. Cette dernière phase est impliquée dans la mécanique viscérale.

3. 1. 2. Rôle viscéral

L'abaissement du centre phrénique, lors de l'inspiration, lié à la mise en tension des muscles abdominaux crée une augmentation de la pression à l'intérieur du caisson abdominal. Ces abdominaux ont une aptitude principale à orienter, réguler et moduler la transmission des pressions de deux manières :

- Soit vers la cavité pelvienne, permettant la miction, la défécation ou encore l'expulsion chez la femme.
- Soit vers les voies aéro-digestives lors de l'expiration active (rôle prépondérant).

3. 1. 3. Rôle respiratoire

La respiration est un principe fondamental accompagnant tout travail musculaire. Elle permet d'apporter l'oxygène nécessaire à la vie de notre organisme et d'éliminer le dioxyde

de carbone. L'association des rôles orthopédique et viscéral confère à la sangle abdominale son rôle primordial d'expirateur actif. Souffler, rire, se moucher, tousser, éternuer, porter sont autant d'efforts qui nécessitent une coordination scrupuleuse de l'enceinte thoraco-abdomino-pelvienne. Le mouvement expiratoire comprend trois temps (fig. 2). *« Le point de départ du mouvement se situe au niveau de l'appendice xiphoïde puis du gril costal »* [14]. Cette expiration thoracique active engendre une diminution des trois diamètres thoraciques. Ensuite, la contraction du transverse crée une expiration abdominale active (cependant le mouvement d'air se situe dans le thorax). Le bassin, qui est attiré en rétroversion, constitue le troisième temps de l'expiration active. *« Le but de l'expiration active n'est absolument pas de diminuer la pression, mais de faciliter l'orientation de la pression en fonction de l'effort sollicité »* [13].

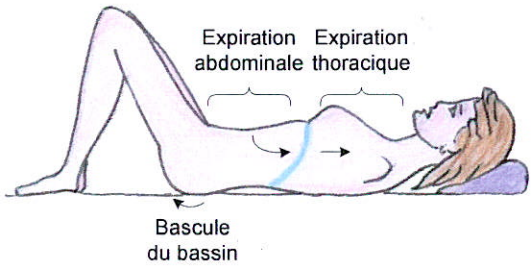


Figure 2 : l'expiration

En résumé, *« l'action prépondérante énergétique et protectrice de la sangle abdominale est de créer une force propulsive chargée de mobiliser la masse viscérale vers les voies aériennes »* [13] et de créer ainsi un point d'appui au centre fibreux du diaphragme pour son action costale.

3. 2. L'enceinte pelvienne

L'ensemble du plancher pelvien, mais surtout le muscle élévateur de l'anus, constitue une fronde musculaire puissante. Cette dernière assure un rôle de soutènement statique (par sa

tonicité) mais surtout dynamique, sa contraction entraînant les viscères vers le haut et l'avant en même temps qu'elle permet une certaine fermeture de la fente uro-génitale. Ce mécanisme garantit la continence et évite la ptose d'un ou plusieurs des viscères contenus dans le petit bassin.

La physiologie de la continence urinaire et anale peut être conceptualisée comme le résultat d'un équilibre entre les forces d'expulsion et les forces de retenue [6]. Lors d'un effort, la pression intra-abdominale augmente et est directement transmise aux organes pelviens. Pour compenser, il faut que les muscles du plancher pelvien se contractent plus intensément, ce qui augmente donc les pressions de clôture et assure la continence. Les muscles périnéaux doivent être synchrones avec les variations de pression du caisson abdominal. De plus, pour une continence maximale, il est nécessaire que chaque viscère ait une orientation précise par rapport au plancher pelvien sous-jacent. Nous rappelons l'importance de l'orientation oblique en bas et en avant de l'urètre et du vagin : toute augmentation des forces de pression abdominale augmente également la pression sur l'urètre (fig. 3) [7].

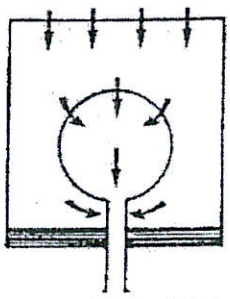


Figure 3 : théorie d'Enhörning

4. GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET CONSEQUENCES

La plupart des études épidémiologiques associent les troubles du plancher pelvien à la maternité et à la voie d'accouchement [4]. Durant la grossesse, de nombreux changements

s'opèrent. Tout le système ligamentaire va subir plusieurs vagues de relâchement sous l'effet hormonal pour élargir le bassin et le rendre adaptable. Du fait de la plus grande souplesse des articulations et du poids de l'enfant qui déporte l'abdomen vers l'avant, le rachis lombaire est contraint en hyperlordose. De nombreuses femmes enceintes éprouvent des douleurs lombaires [10]. Il n'est pas rare que ces douleurs s'accentuent après l'accouchement et durent quelques mois. Les pubalgies et les douleurs sacro-iliaques sont également fréquentes. Le bassin est généralement antéversé, ce qui accroît les appuis dirigés vers le périnée antérieur, pourtant plus fragile que le périnée postérieur [16]. Le relâchement du plancher pelvien entraîne un changement d'orientation de l'urètre. L'altération de l'équilibre biomécanique déstabilise l'ensemble du fonctionnement, les pressions sont alors dirigées vers la fente uro-génitale plus fragile [3] [10]. Ainsi, nous retrouvons une incontinence urinaire en post-partum dans 15 à 40 % des cas selon les auteurs [21] et une incontinence fécale plus rare (1 à 5 % des cas). Des douleurs périnéales sont présentes dans 20 % des cas à deux mois du post-partum, ce qui se répercute lors des rapports sexuels (dyspareunies). L'accouchement par voie vaginale, en particulier lors de l'expulsion (quand apparaît la tête de l'enfant), distend le plancher pelvien et comporte un risque de lésion nerveuse type pudendale. La dénervation partielle du périnée pourrait toucher jusqu'à 80 % des femmes en post-partum [4]. Les muscles abdominaux n'échappent pas aux effets de la grossesse. Ils subissent un allongement conséquent, jusqu'à quinze centimètres pour les droits de l'abdomen. En post-partum, environ la moitié des femmes éprouvent ainsi des gênes voire des douleurs lorsqu'elles font des mouvements.

« En résumé, la grossesse, considérée comme un acte physiologique, déstabilise les synchronismes thoraco-abdomino-pelviens » [13].

Une prise en charge kinésithérapique est donc proposée et paraît essentielle pour permettre à la jeune maman d'être en harmonie avec son nouveau corps.

5. LA REEDUCATION POST-PARTUM

La rééducation du post-partum et principalement du périnée s'est développée en France dans les années soixante-dix par l'intermédiaire de Monsieur Bourcier. Malgré ce développement assez récent, les techniques ont beaucoup évolué grâce aux progrès constants de la science. Ces dernières années, elles ont modifié les stratégies de prise en charge, notamment thérapeutique, des patientes.

5. 1. Le bilan masso-kinésithérapique

Comme dans toute prise en charge, pour pouvoir traiter avec justesse, il est indispensable de dresser un bilan complet de la patiente. Celui-ci comprend tout d'abord un interrogatoire scrupuleux de la maman, tant au niveau de son historique global que de son vécu périnéal. Il est un temps essentiel pour établir un contact privilégié entre le thérapeute et la patiente, et instaure ainsi un climat de confiance. En effet, *« quoi de plus intime et secret que la sphère uro-génitale et pelvienne ?»* [19]. Les sujets traitant de cette intimité sont, pour beaucoup d'entre nous, encore tabous. La relation patiente/thérapeute est primordiale, pour que la femme puisse se livrer. Le second temps du bilan est l'examen clinique. Il associe principalement une évaluation manuelle du plancher pelvien, de la ceinture abdominale (fig. 4) et du rachis. Il comprend également l'évaluation de la douleur dans chacun de ces territoires. La femme quantifie le retentissement fonctionnel de la douleur dans la vie quotidienne mais aussi sexuelle.

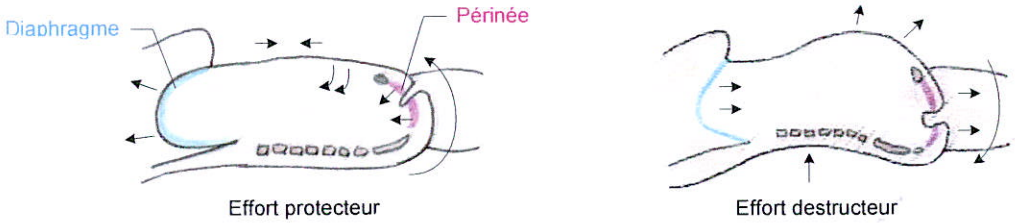


Figure 4 : les effets de la sangle abdominale

5. 2. Le traitement masso-kinésithérapique

Ces dernières années, deux notions sont apparues : la précocité et la globalité. *« Le paradoxe est que la rééducation périnéale nécessite un délai de latence de 90 jours alors qu'elle devrait logiquement être entreprise dès la visite post-natale »* [9]. Actuellement, elle est pratiquée dès le retour de couche voire avant selon l'application de techniques hypopressives. En ce qui concerne la globalité, il est nécessaire de rééquilibrer *« toutes les parties et fonctions du corps malmenées non seulement par l'accouchement mais également par les contraintes de la grossesse et de la période post-natale »* [16]. La prise en charge rééducative comprend de ce fait trois grandes dominantes : périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et abdominale.

5. 2. 1. L'information et l'éducation des patientes

La première phase de la prise en charge fait une large place à l'information et l'éducation. Elle consiste à aviser au plus tôt les femmes, soit en dernière partie de grossesse, soit immédiatement après l'accouchement [16]. La première entrevue doit reposer sur l'explication du schéma thérapeutique pour parvenir à l'adhésion de la patiente à la méthode. De nombreuses années de prescription de " gymnastique abdominale " ne simplifient pas la tâche. La femme a souvent dans l'idée que les séances de rééducation vont reprendre les

exercices de gymnastique suédoise avec battements de jambe et flexion de tronc [10]. Ce temps est bien révolu.

Le masseur-kinésithérapeute a pour mission de présenter l'anatomie des régions concernées à l'aide de schémas simples, d'expliquer les causes des troubles, de décrire les différentes techniques qu'il va utiliser lors de la prise en charge et *« d'obtenir le consentement éclairé de la patiente »* [21]. Il faut également que la femme ait la volonté de s'investir dans sa rééducation car le travail personnel en dehors des séances est capital [19].

5. 2. 2. L'abord pelvi-rachidien

Selon les recommandations de l'ANAES, *« la prise en charge rééducative s'appuie sur les recommandations de la conférence de consensus " prise en charge kinésithérapique du lombalgique " de 1998 »*. Dans 10 % des cas, la lombalgie aiguë évolue vers la chronicité [11]. Cette sphère pelvi-rachidienne n'est donc pas à négliger. Elle est abordée de manière globale vis-à-vis de la patiente. De ce fait, nous tenons compte de sa douleur, de ses capacités fonctionnelles et de son état physique, de sa situation socioprofessionnelle mais aussi de son état psychologique [22]. Cependant, dans le post-partum, il existe des spécificités. Le thérapeute doit distinguer les douleurs d'origine pelvienne pure de celles d'origine rachidienne afin d'adapter au mieux le traitement. Les structures musculaires ou ligamentaires qui ont souffert durant l'accouchement doivent être sollicitées au minimum. Cela nécessite de structurer *« les exercices en fonction de leur retentissement sur la région périnéo-sphinctérienne et la sangle abdominale »* [21]. Le thérapeute a à sa disposition une palette de techniques telles que les exercices thérapeutiques (ou gymnastique médicale), le massage, l'électrothérapie antalgique et de stimulation fonctionnelle, la balnéothérapie…

Nous sommes attentifs à l'équilibration du pelvis et *« à la normalisation des articulations des os du bassin »* [16] (symphyse pubienne, sacro-iliaques et sacro-coccygienne). Une vigilance particulière pour la protection du rachis est instaurée parce que celui-ci a été sollicité durant la grossesse et l'est encore en post-partum.

5. 2. 3. L'abord périnéo-sphinctérien

Toute grossesse, tout accouchement sont *« traumatiques pour le périnée, même si les apparences sont trompeuses et que tout semble s'être bien passé »* [9]. Le plancher pelvien, fondation même de notre caisson abdominal, est donc traité en première intention.

La rééducation périnéo-sphinctérienne répond à un triple objectif :

- Gynécologique : avec la statique pelvienne
- Urogynécologique : avec la continence urinaire et anale au repos et à l'effort
- Antalgique : avec les activités de la vie quotidienne et l'eupareunie.

5. 2. 3. 1. Les techniques manuelles

Non visible, le périnée est une région difficile à aborder ; l'accès à sa musculature et l'évaluation de sa force se fait par voie vaginale ou rectale. Même sans traumatisme obstétrical, la femme a souvent du mal à contracter son périnée. La prise en charge débute par une prise de conscience de l'enceinte pelvienne. Toute rééducation bien conduite doit commencer par des techniques d'appréciation et de qualification manuelles ; le thérapeute justifie les techniques invasives à la patiente. La composante " verbale " de cette phase est fondamentale. Elle va permettre à la femme de conceptualiser ce qu'il se passe à l'intérieur de son corps lors d'une contraction périnéale. Le langage est simple et adapté selon le profil de la patiente. Par exemple, à l'aide de représentations mentales, nous demandons de venir serrer

les doigts de l'examinateur, comme des portes d'ascenseur qui se referment. L'image de l'interruption du jet d'urine contribue également à l'identification des muscles, et ainsi à la prise de conscience de la contraction périnéale [19]. Par complémentarité, il est nécessaire d'apprendre le relâchement musculaire pour permettre de vrais temps de repos. Nous pouvons aussi utiliser le noyau fibreux central du périnée : par une autopalpation, la patiente ressent l'élévation de ce noyau due à la contraction de la musculature périnéale, ceci facilite la prise de conscience. Ensuite, la perception du périnée est affinée, c'est-à-dire que la patiente ne doit pas avoir de contraction parasite ou compensatoire telle que la contraction des adducteurs, des fessiers ou des abdominaux (le plus fréquemment). Le kinésithérapeute surveille aussi l'inversion de commande : action de pousser au lieu de serrer. Différentes techniques sont alors utilisées. L'une consiste à mettre en tension le muscle élévateur de l'anus en le déprimant vers le bas et l'arrière, dans une position d'étirement maximal ; la contraction volontaire est obtenue grâce à l'étirement des structures. La technique du stretch-reflex, étirement bref et intense de la musculature engendre une contraction réflexe du plancher pelvien (utilisation du réflexe myotatique) que la patiente doit poursuivre.

Une fois cet éveil musculaire effectué, comme tout autre muscle strié, le périnée est soumis à différents protocoles de renforcement. Le masseur-kinésithérapeute applique, lors de la contraction et au fur et à mesure de la progression, une légère résistance manuelle qui s'accroît parallèlement au potentiel de la patiente.

5. 2. 3. 2. L'électrostimulation

Il est recommandé à la patiente de ne pas commencer ses exercices avant d'avoir récupéré ad integrum son plancher pelvien. Les séances d'électrothérapie ne sont entreprises qu'à partir de la sixième semaine selon l'avis du médecin prescripteur ou plus tard suivant le

retour de couche. En effet, la récupération de l'innervation des muscles striés et lisses du plancher pelvien est indispensable à une fonction normale du périnée.

Lorsque la contraction périnéale est peu perceptible voire absente, l'électrostimulation (par le biais de sonde intra-vaginale ou d'électrodes) aide à la perception de cette contraction [19]. Il existe peu de problèmes inhérents au traitement par électrostimulation. Il est cependant nécessaire de connaître les quelques contre-indications pouvant interrompre le traitement momentanément, voire récuser le recours à cette technique. Cette dernière reste par ailleurs transitoire : dès l'amélioration de la contraction, le travail actif manuel est entrepris.

5. 2. 3. 3. Le biofeedback

La rétroaction biologique ou biofeedback est une méthode de rééducation utilisant, dans un but d'apprentissage par conditionnement, une rétro-information externe apportée transitoirement par une chaîne de mesure capable d'objectiver les performances. Elle consiste en une prise de conscience instantanée et objective d'une fonction physiologique non révélée au niveau de la conscience, en l'occurrence la contraction du plancher musculaire pelvien. Durant les séances, le thérapeute a un rôle de guidance. Des explications sur la technique et les signaux émis par les appareils sont essentielles pour la patiente.

5. 2. 3. 4. L'automatisation

Une fois la prise de conscience de la contraction et du relâchement de la musculature périnéale acquise, la patiente l'intègre dans les actions de la vie quotidienne telles que la toux, le rire, le port de charge… Le verrouillage périnéal avant effort ou les contractions longues sous-maximales afin d'inhiber la vessie sont des exercices préconisés [19]. La contraction va être automatisée. C'est la phase dite de " reprogrammation neuro-musculaire ".

La rééducation périnéo-sphinctérienne a démontré son efficacité dans le traitement du post-partum. Une étude a montré que six semaines après l'accouchement, 34 % des femmes n'étaient pas capables d'effectuer une contraction volontaire évaluable du plancher pelvien. Ce pourcentage a été ramené à 6 % après six semaines de rééducation [4]. La restauration rapide d'une bonne tonicité périnéale avec possibilité de verrouillage actif et soutenu à l'effort doit être obtenue avant tout travail abdominal [18] [16].

5. 2. 4. L'abord de la sangle abdominale

Initiée dans les années cinquante, la rééducation abdominale classique montre actuellement ses limites (création de pressions excessives dirigées vers le bas) et des effets secondaires non négligeables avec principalement l'augmentation du risque de prolapsus. Aujourd'hui, nous proposons une nouvelle gymnastique abdominale non génératrice de pression sur le périnée et protectrice du rachis. Elle peut ainsi être débutée précocement.

Lorsque la femme est césarisée, des douleurs cicatricielles peuvent persister. Elles sont traitées en post-opératoire immédiat par électrostimulation antalgique, s'il n'existe pas de contre-indication à cette technique.

5. 2. 4. 1. Le concept ABDO-MG ®

Développé par le masseur-kinésithérapeute Luc Guillarme, le concept Abdo-MG est né en 1975. Après de longues années d'études et de recherches, les résultats l'ont poussé à proposer une méthode la plus physiologique possible. Le concept Abdo-MG est une méthode de rééducation spécifiquement abdominale, fondée sur le souffle. Il repose sur l'apprentissage d'une synergie thoraco-abdomino-pelvienne visant à protéger toutes les zones faibles de

l'enceinte abdomino-pelvienne. Le traitement kinésithérapique selon ce concept s'est orienté vers deux objectifs [13] :

- *« Lutter contre les force de contraintes et de résistance à la bonne transmission des pressions ».*
- *« Eveiller proprioceptivement puis dynamiquement la sangle abdominale dans un rôle de moteur de la transmission des pressions viscérales ».*

5. 2. 4. 2. Le matériel [ABDOMG]

- L'embout d'exsufflation ® : l'embout son (fig. 5)

Il est introduit en bouche et maintenu entre les lèvres de la patiente (et non pas serré par les dents). L'embout son est constitué de deux parties : l'une buccale, l'autre pour le son. Cette dernière comporte deux orifices de sortie assurant le maintien d'une fréquence régulière, lors du souffle de l'utilisateur.

Figure 5 : embout d'exsufflation

- Les électrodes Abdo-MG ®

Elles sont reliées par un câble au stimulateur. En forme de boomerang, les électrodes sont appliquées l'une sous l'appendice xiphoïde et l'autre sur l'extrémité pubienne de l'abdomen, pendant toute la durée de la séance.

- Le stimulateur Réflexson ® (fig. 6)

Il diffuse un courant excito-moteur, biphasique rectangulaire symétrique à moyenne nulle. Le thérapeute règle l'intensité du courant. Les autres paramètres sont pré-programmés et fixes dans la mesure où l'objectif est uniquement d'accompagner une contraction volontaire abdominale. Le stimulateur est muni d'un micro. Le déclenchement s'effectue soit manuellement, soit par la fréquence du son du souffle.

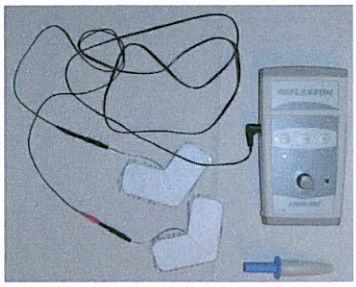


Figure 6 : le stimulateur Réflexson ®

5. 2. 4. 3. Le principe

Comme vu précédemment dans le chapitre " Physiologie ", la sangle abdominale transmet les pressions à orientation crâniale quand il s'agit d'une expiration forcée. Ce travail de force s'effectue en l'absence de résistance et de contrainte sur le trajet du flux pressionnel. Pour s'assurer de cette condition, le thérapeute munit la patiente d'un embout d'exsufflation®. Cet embout renseigne le thérapeute sur le son du souffle effectué. Le calibrage de l'embout répond à des normes anatomiques et physiologiques qui assurent la régulation d'un flux laminaire. L'apport de l'électrostimulation apparaît *« comme un adjuvant à la récupération de la tonicité et de la dynamique abdominales ».* Tous les types de fibres musculaires sont sollicités par le couplage stimulation abdominale et contraction abdominale volontaire associée à une expiration guidée.

5. 2. 4. 4. La méthode

Le concept Abdo-MG est une rééducation *« thoraco-abdominale expiratoire qui respecte le travail physiologique des muscles expirateurs dynamiques ».* Le mouvement expiratoire s'effectue en trois temps : l'expiration thoracique active, l'expiration abdominale active et la rétroversion du bassin (cf. chapitre Physiologie). Ainsi, la femme travaille sa musculature abdominale en utilisant le souffle. Tout au long du mouvement expiratoire et principalement lors de la rétroversion, nous demandons une contraction du plancher musculaire pelvien.

Figure 6 : position decubitus

En pratique, la patiente commence les exercices en décubitus, la tête fléchie de 30° et reposant sur un coussin, les genoux fléchis à 110° et maintenus serrés, les pointes de pied décollées de la table afin de mettre en tension les chaînes musculaires postérieures. L'embout est introduit en bouche. Les électrodes, collées sur le ventre, sont reliées au stimulateur. Puis le thérapeute explique le déroulement de la rééducation abdomino-expiratoire : association d'une expiration dans l'embout son avec la réalisation des trois mouvements expiratoires cités ci-dessus. La production du son du souffle a un effet biofeedback sonore pour la patiente qui se doit d'effectuer et d'entendre celui-ci comme régulier. En même temps, la fréquence du son déclenche l'électrostimulation, les abdominaux se contractent, la patiente accompagne le mouvement. Dans la progression d'acquisition, l'exercice se fait ensuite en position assise puis debout (fig. 7 et 8).

Figures 7 et 8 : positions assise et debout

Une fois que la femme a acquis le mouvement expiratoire, elle continue à faire chez elle des séries avec l'embout, mais sans le stimulateur. Dès la première séance, il est important d'intégrer ce réflexe abdominal de protection dans les activités et les efforts de tous les jours (toux, éternuement, port de charge).

5. 2. 4. 5. Les protocoles

Au cabinet du thérapeute, la patiente réalise 10 séries de 5 expirations en décubitus puis 5 séries de 5 expirations en position assise et 5 séries de 5 expirations en position debout si le mouvement expiratoire est acquis. Entre chaque série, un temps de repos est observé.

Pour un auto-traitement à domicile, la patiente effectue quelques séries de 5 expirations dans les différentes positions, 1 à 2 fois par jour.

Ces protocoles sont indicatifs, il faut bien évidemment adapter chaque prise en charge en fonction du sujet (fatigabilité, participation, compréhension…).

Cette technique dite de "gymnastique hypopressive" réhabilite fonctionnellement la musculature abdominale sans solliciter à outrance le plancher musculaire pelvien [10] [13].

Elle confère une régulation de la respiration et une répartition appropriée des pressions intra-abdominales. En même temps, nous restituons au périnée son rôle dans les activités.

En général après une dizaine de séances de rééducation, les femmes récupèrent une sangle abdominale compétente, protégeant le plancher pelvien, et une musculature pelvienne tonique. Il est actuellement de bon ton de favoriser une rééducation sur un mode global et d'associer différentes techniques plutôt que de se contenter d'une méthode isolée.

5. 2. 5. Les conseils d'hygiène de vie

Durant toute la prise en charge rééducative, nous prodiguons des conseils et des informations pratiques à nos patientes. A la fin du traitement, nous recommandons quelques règles à observer pour conserver les résultats obtenus dans le long terme. Ce thème sera développé dans le chapitre " livret ".

6. LE LIVRET

6. 1. Comment a-t-il été réalisé ?

Après avoir rencontré masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et parturientes, nous avons pensé qu'il serait profitable de proposer un livret d'information et de sensibilisation aux jeunes mamans. Ayant réalisé notre travail à la polyclinique Majorelle de Nancy, nous nous sommes basés sur les techniques mises en pratique par l'équipe de l'établissement.

6. 2. A qui s'adresse t-il ?

Ce livret a été conçu pour toutes les femmes, primipares ou multipares, venant d'avoir un enfant. Basé pour une part sur le concept Abdo-MG, ce livret ne peut être remis que par les

thérapeutes ayant été formé à cette méthode. Il sera distribué à chaque femme lors de l'hospitalisation en post-natal.

6. 3. Les objectifs

Les politiques de santé sont à l'heure de la prévention. La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 déclare que les problèmes de santé publique mettent en relief la nécessité de développer une politique de prévention ambitieuse. L'information du patient est devenue une préoccupation commune à l'ensemble des professionnels de santé. Elle a fait l'objet de recommandations de la part de l'ANAES.

Notre livret s'inscrit donc dans ce projet. Nous avons tenté de proposer un document accessible au plus grand nombre de femmes possible, dans le but de leur offrir la possibilité de s'investir dans leur santé. Dans notre culture, la région pelvienne féminine reste encore trop souvent taboue. De nombreux professionnels de santé constatent une insuffisance voir une absence d'éducation périnéale [3] [4] [10] [16] [18]. Or deux des piliers de la rééducation sont l'information et la prévention [22]. Il est donc de notre compétence et de notre devoir de sensibiliser les femmes aux conséquences et solutions proposées lors d'un accouchement. Ainsi, le livret a pour objectif d'informer et de prévenir des troubles dus à la grossesse et à l'accouchement mais également, à plus long terme, de démystifier l'incontinence et le prolapsus, principales complications avec le temps et d'y apporter des solutions.

6. 4. Le contenu

Sans se substituer à l'intervention du masseur-kinésithérapeute, le livret cherche à éclairer les patientes sur le post-partum et sa rééducation. Présentant une mise en page

attractive, il doit être utile, clair et agréable. La vulgarisation des termes techniques le rend à la portée de toutes.

Quatre grands chapitres le divisent : Que s'est-il passé pendant 9 mois ? ~ Alors comment fonctionne votre corps ? ~ La rééducation ~ Des conseils pour votre hygiène au quotidien.

6. 4. 1. Que s'est-il passé pendant 9 mois ?

Après une brève introduction, ce chapitre développe les bases rudimentaires de l'anatomie. Il est illustré de schémas annotés qui permettent aux femmes de visualiser plus aisément leur corps. Il s'agit également pour la femme d'acquérir quelques notions simples concernant les changements physiques durant la grossesse.

6. 4. 2. Alors comment fonctionne votre corps ?

Vient ensuite le temps de l'accouchement. Nous y décrivons les différentes phases de celui-ci afin que la femme prenne conscience du mécanisme mis en jeu et des perturbations logiques qui en découlent. Nous cherchons à démontrer que les problèmes consécutifs au post-partum sont légitimes et qu'il n'y a aucune raison de les taire. Il est de ce fait nécessaire de dédramatiser ces situations et d'offrir une écoute privilégiée aux patientes.

6. 4. 3. La rééducation

La troisième partie traite de la prise en charge kinésithérapique. Nous commentons rapidement le bilan. Les jeunes mamans sont ainsi préparées à ce que nous pouvons leur demander et elles appréhendent beaucoup moins ce premier face à face thérapeutique. Suit

ensuite le traitement. Nous donnons un plan général de celui-ci pour être le plus représentatif possible, même si toutes les patientes ne bénéficieront pas de chaque étape.

6. 4. 4. Des conseils pour votre hygiène au quotidien

Les conseils d'hygiène de vie sont une pièce maîtresse du traitement. Ils déterminent souvent l'efficacité de celui-ci et permettent de faire perdurer les résultats obtenus. Ainsi un travail d'entretien musculaire régulier et efficace est recommandé à la patiente, pendant deux mois au moins, qu'il concerne le périnée ou la sangle abdominale [19]. Pour cela, des exercices à pratiquer à la maison lui seront enseignés [16]. A la fin du livret, une page blanche est laissée à disposition de la patiente pour y inscrire les conseils et exercices donnés oralement par le thérapeute lors des séances.

Nous devons également nous assurer des connaissances ergonomiques de la femme *« dans le cadre de la prévention des rachialgies, en particulier en lien avec ses nouvelles activités »* [21]. Dans le livret, nous éclairons la jeune maman sur les positions de l'allaitement, le port de l'enfant. Nous transmettons aussi des recommandations sur le choix du matériel de puériculture.

Nous portons une mention spéciale pour le stop-pipi qui ne doit être en aucune façon une technique de rééducation.

En ce qui concerne la sexualité, une question revient très fréquemment : quand reprendre les rapports sexuels après la naissance d'un bébé ? Le retentissement de l'accouchement sur la sexualité féminine est très variable d'une personne à l'autre. Pour certaines, les modifications psychologiques comme la transformation de la silhouette, ou la femme plus mère qu'amante, sont prédominantes. Pour d'autres, il sera plutôt question d'une dyspareunie, souvent due à une épisiotomie [18]. Les douleurs bénéficient d'un traitement

physique vu au chapitre sur l'abord périnéo-sphinctérien. Cependant, le rôle du thérapeute consiste aussi à rassurer les femmes. Il ne faut pas précipiter les choses. Toutes les réactions physiologiques génitales sont ralenties en intensité et en durée, jusqu'à environ trois mois post-partum. Le retour aux rapports se fait en moyenne à la septième semaine. Prendre le temps de renouer avec son corps, d'éprouver du désir semble la ligne de conduite la plus adaptée.

7. DISCUSSION

Sans un souci de temps, nous aurions pu mener une enquête plus approfondie sur les connaissances de base des jeunes mamans et leurs attentes vis-à-vis de la rééducation post-natale. Actuellement, nous n'avons pas encore mis en place la distribution du livret au sein de la polyclinique Majorelle de Nancy. Elle ne débutera qu'en juillet 2007, après avoir trouvé des fonds pour la publication. Nous ne sommes donc pas en mesure de savoir comment va être accepté le livret et quel impact il aura.

De plus, la rééducation en post-partum est un domaine très vaste qui recoupe différentes sphères : périnéale, lombo-pelvi-fémorale et abdominale. Il nous a été difficile de vulgariser un vocabulaire complexe et d'aller à l'essentiel tout en étant assez explicite. De ce fait, le livret est tout de même assez long à lire. Il se destine plutôt aux jeunes mamans impliquées et désireuses de se prendre en charge par elles-mêmes.

Par ailleurs, ce travail atteint également ses limites dans la mesure où il est basé sur le concept ABDO-MG. Ce dernier commence seulement à se développer. Pourtant, il est

indispensable que le thérapeute qui délivre le livret ait reçu une formation spécialisée sur ce concept et qu'il pratique la technique.

8. CONCLUSION

Parmi une population vieillissante, il est possible que les femmes soient de plus en plus nombreuses à présenter des lésions apparentes ou latentes, secondaires à la grossesse et à l'accouchement. *« Les femmes vont être plus nombreuses à vivre plus longtemps et à rester suffisamment actives pour présenter un incontinence ou un prolapsus des organes pelviens »* [4]. Il semble indispensable de promouvoir la prévention auprès de toutes les mères. Mais cela serait une erreur de vouloir limiter la prévention au post-partum. C'est une globalité qui passe par *« le choix des activités physiques de la jeune mère, par la préparation à la naissance, l'accouchement et le retour de couche »* [18]. Ainsi, les actions préventives parmi lesquelles figure ce livret ne peuvent être menées que par une équipe pluridisciplinaire qui associe médecins, sages-femmes, professeurs d'activité physique et masseurs-kinésithérapeutes.

BIBLIOGRAPHIE

1. 1er Congrès de la Société Internationale de Rééducation en Pelvi-périnéologie – KS, mars 2006, n°464, 52p.

2. BOURCIER A., DENTZ J.-P. – La statique pelvienne – KS, septembre 1992, n°315, p.9 - 44.

3. BOURCIER A., JURAS J. – Urodynamique et réadaptation en urogynécologie – 1ère éd. – Paris : Vigot, 1986 – 360p.

4. BOURCIER A., MC GUIRE E., ABRAMS P. – Dysfonctionnements du plancher pelvien : physiologie et investigations – 1ère éd. – Paris : Elsevier, 2005 – 386p.

5. CALAIS-GERMAIN B. – Le périnée féminin et l'accouchement : éléments d'anatomie et exercices pratiques d'application – 1ère éd. – Paris : Adverbum, 1997 – 159p.

6. COTELLE-BERNEDE O. – Guide pratique de rééducation uro-gynécologique – 3ème éd. – Paris : Ellipses, 1990 – 139p.

7. COTELLE O. – Guide pratique de rééducation uro-gynécologique – 4ème éd. – Paris : Ellipses, 2005 – 144p.

8. CURRALADAS J. – Ces enfants qui nous cassent le dos : protéger son dos quand on s'occupe des tout-petits – 1ère éd. – Paris : Frison-Roche, 2000 – 117p.

9. DENTZ J.-P. – La rééducation abdominale : de l'espoir à l'hérésie – KS, octobre 2006, n°470, p.43 - 44.

10. GALLIAC-ALANBARI S. – Gymnastique abdominale dans le cadre du post-partum – KS, mars 2004, n°442, p37 - 45.

11. GOURIET A. – Lombalgie : prise en charge active – KA, 22 février 2007, n°1057, p.18 - 21.

12. GROSSE D., SENGLER J. – Rééducation périnéale – 1ère éd. – Paris : Masson, 1998 – 136p. – Collection : Le point en rééducation 7.

13. GUILLARME L. – Rééducation thoraco-abdomino-pelvienne par le concept ABDO-MG® : la renaissance abdominale par le souffle – 1ère éd. – Paris : Frison-Roche, 2004 – 492p.

14. GUILLARME L., XHARDEZ Y. – Rééducation abdomino-expiratoire par le concept ABDO-MG® - KS, avril 2007, n° 476, p.35 - 49.

15. LACROIX A., ASSAL J-P – L'éducation thérapeutique des patients : Nouvelles approches de la maladie chronique – 1ère éd. – Paris : Vigot, 1998 – 205p. – Education du patient.

16. LECLERC Roland – La rééducation post-partum – KS, octobre 2006, n°470, p.47 - 48.

17. Les dysfonctionnements périnéaux et leurs traitements – KS, Mars 2004, n°442, 56p.

18. PELISSIER J., COSTA P., LOPEZ S., MARES P. – Rééducation vésico-sphinctérienne et anorectale – 1ère éd. – Paris : Masson, 1992 – 520p. – Collection : Problèmes en médecine de rééducation.

19. PORTERO H. – Education du contrôle périnéal chez la femme – KS, février 2007, n° 474, p.34 - 36.

20. Rapport du Congrès – XVIIIème Congrès de la Société Internationale Francophone d'urodynamique – InCare – Mulhouse : les 6, 7 et 8 avril 1995 – 96p.

21. Recommandation de l'ANAES - Rééducation dans le cadre du post-partum – KA, 26 juin 2003, n°902, p.8 - 11.

22. ANAES – Rééducation dans le cadre du post-partum – Kinésithérapie, les annales, juillet 2003, n°19, p30 - 37.

23. XHARDEZ Y. et collaborateurs – Vade-Mecum de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle – 5ème éd. – Paris : Maloine, 2004 – p.1028 - 1030, p.1176 - 1177, p.1186 - 1189.

ANNEXES

ANNEXE I

Livret d'information pour les patientes :

« REEDUCATION POST-NATALE : NAITRE ET RENAITRE »

Ci-joint avec le mémoire.

Rééducation Post-Natale :

Naitre et Renaitre

Sommaire

Que s'est-il passé pendant 9 mois ? 4

Alors comment fonctionne votre corps ? 8

La rééducation

- Le bilan kinésithérapique 11
- Le traitement 12

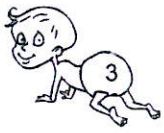
Des conseils pour votre hygiène au quotidien 22

Se réconcilier avec son corps

après l'arrivée de bébé

Tout à la joie de câliner votre enfant, vous en oubliez parfois de penser un peu à vous et à votre corps. La naissance d'un enfant revêt des allures de big-bang personnel. Tous les domaines de la vie sont touchés et le corps est chamboulé. Ce livret a été conçu pour vous guider et vous éclairer dans la renaissance de votre corps.

Le masseur kinésithérapeute propose une rééducation dite «post-partum» qui prend en compte la femme dans sa globalité.



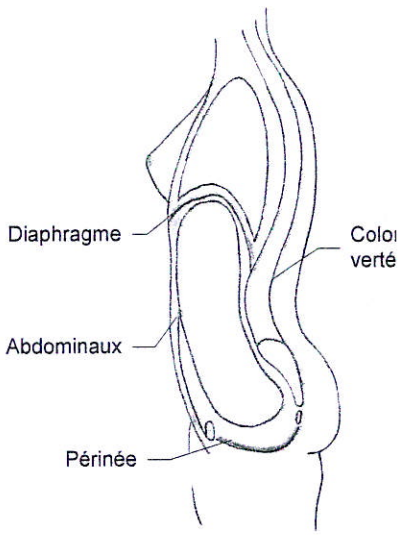
Que s'est-il passé pendant 9 mois ?

Tout au long de la grossesse, le corps ne cesse de se modifier. Le développement de l'enfant à l'intérieur de la mère demande une grande adaptation.

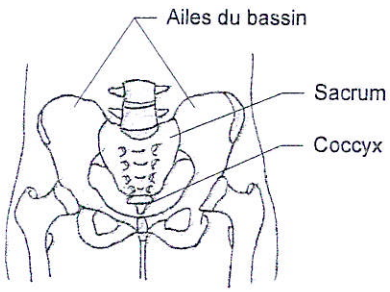
Au-delà du visible, c'est-à-dire du ventre qui s'arrondit, des seins qui s'épanouissent, de la prise de poids, il y a des mécanismes d'ajustement extraordinaires. Le foetus se développe rapidement dans l'utérus qui ne cesse de croître. Et tout autour, les éléments se préparent et s'adaptent.

Pour schématiser, nous pouvons comparer le ventre à une maison :

- le toit serait le diaphragme (le muscle de la respiration)
- les murs seraient les abdominaux en avant et sur les côtés, et la colonne et les muscles l'entourant en arrière
- les fondations seraient le plancher pelvien encore appelé périnée

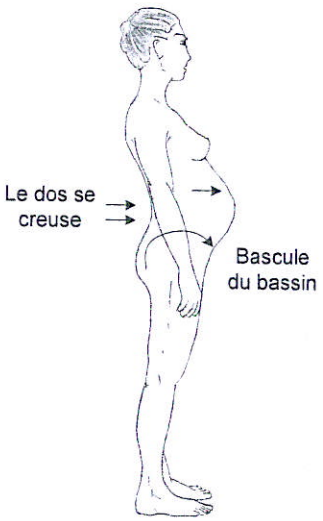


La colonne lombaire et le bassin osseux



Le bassin est formé par plusieurs os reliés les uns aux autres par des ligaments, sortes d'attache autour des articulations. Lors de la grossesse et surtout pendant l'accouchement, les ligaments qui unissent les différentes pièces osseuses se distendent (par l'action des hormones*). Les os s'écartent, le bassin s'élargit pour permettre le passage de l'enfant.

Comme les ligaments maintiennent moins bien les articulations et que le poids de l'enfant emmène le ventre de la mère vers l'avant, le bas du dos se creuse pendant la grossesse. Le bassin bascule en avant (c'est l'antéversion).



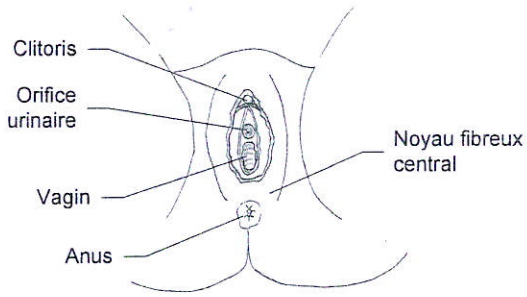
Le diaphragme

Le diaphragme est une vaste nappe musculaire qui sépare le thorax de l'abdomen. Cette cloison se présente sous la forme d'une voûte.

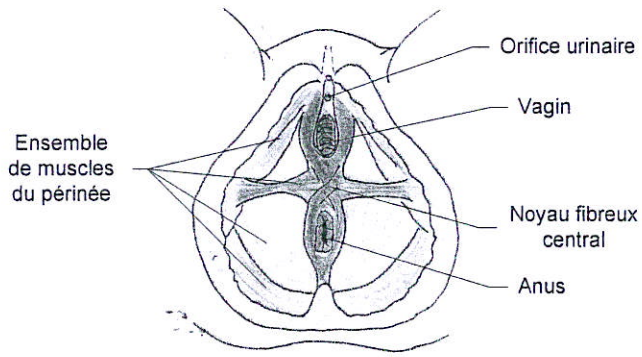
* *substances produites par les organes de notre corps*

Le périnée

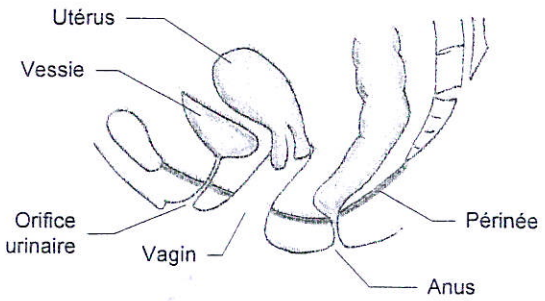
Le périnée forme un hamac qui soutient les organes pelviens ; d'avant en arrière, la vessie, le vagin et l'utérus, puis le rectum. Il est formé par l'ensemble des muscles qui ferment le bassin en bas. Le plancher pelvien est composé par plusieurs faisceaux de muscles, disposés en fer à cheval autour des différents orifices. Au milieu se trouve le noyau fibreux central (ou centre tendineux du périnée), c'est là où se rassemblent les fibres musculaires.



Chez la femme, cette région est traversée par trois orifices : l'orifice urinaire, le vagin et l'anus. C'est donc également un lieu de passages.



Le périnée est le muscle qui travaille également pendant les rapports sexuels.

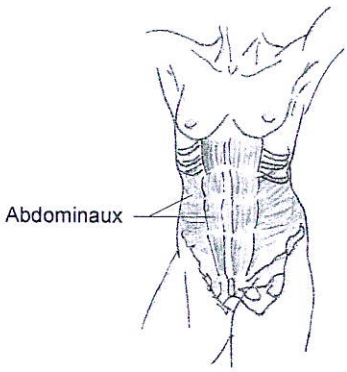


Durant la grossesse, le périnée est également sous l'influence des hormones, et il se relâche. Aussi, le poids du bébé de plus en plus important augmente les pressions appliquées sur le plancher pelvien. Le périnée est donc très fragilisé pendant cette période.

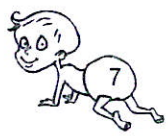
Les abdominaux

Les abdominaux sont un ensemble de plusieurs muscles.

Ces muscles ont un grand rôle de maintien des organes et des intestins (d'où le terme « sangle abdominale »). Ils dirigent également les pressions à l'intérieur du corps. Nous le verrons plus tard.

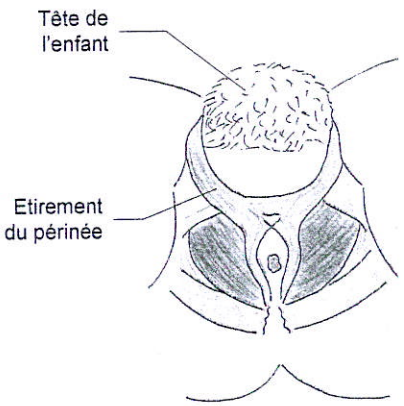


Durant la grossesse, le ventre se détend progressivement, comme un ballon qui se gonfle. Certains abdominaux s'allongent d'environ quinze centimètres.



Lors de l'accouchement

La première phase correspond à la dilatation : le col de l'utérus se dilate, les contractions utérines poussent le foetus vers le bas. La tête du bébé vient s'appuyer sur le périnée, dernier passage à franchir. C'est alors la deuxième phase de l'accouchement, appelée l'expulsion. La femme va pousser en contractant les abdominaux. Le périnée se distend pour laisser passer l'enfant. Une épisiotomie (section de la vulve et des muscles du périnée) peut être pratiquée lors de certains accouchements pour faciliter le passage de la tête de l'enfant.



Ainsi, le périnée est plus ou moins « traumatisé » selon le poids du bébé, le nombre de poussées intenses, la façon dont l'enfant est sorti, s'il y a eu une épisiotomie...

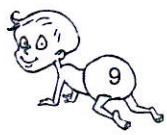
Et si mon enfant est né par césarienne?

Si l'enfant n'est pas né par voie basse mais par césarienne, une rééducation périnéale est également souvent nécessaire. Pendant toute la grossesse, le poids de l'enfant a augmenté les pressions sur le périnée, donc ce dernier peut être affaibli.

Les suites de couches

Après un accouchement, la jeune maman a parfois quelques difficultés à retrouver la forme. Au rang des problèmes de santé rencontrés, nous pouvons noter :

- Des douleurs au niveau du périnée dues à une épisiotomie, ou simplement dues à la distension des fibres musculaires.
- Des douleurs dans le bas du dos car pendant la grossesse, le dos se creuse et des tensions musculaires et ligamentaires se créent dans cette région. Des douleurs en regard de la péridurale peuvent aussi persister.
- Des douleurs au niveau du bassin et surtout du coccyx : lors de l'accouchement, des mouvements entre les différents structures osseuses peuvent engendrer des douleurs qui perdurent après la naissance de bébé.
- Douleurs lors des rapports sexuels (dyspareunies).
- Douleurs des muscles de la sangle abdominale qui ont bien souvent du mal à revenir à leur état normal après l'accouchement.
- Une incontinence urinaire et/ou anale.



Rassurez-vous, pour beaucoup de ces problèmes, des programmes de rééducation existent ! Et c'est pour cela qu'il est important de parler de ces petits soucis dès l'apparition des signes et de ne pas attendre « d'avoir le temps » de prendre soin de vous!

La rééducation post-partum a également un grand rôle de prévention que les jeunes mamans ne soupçonnent pas forcement. En effet, une rééducation adaptée après l'accouchement vous permettra à plus long terme, de prévenir le risque d'incontinence urinaire et/ou anale, mais également le risque de prolapsus plus connu sous le terme de « descente d'organe ».

LA REEDUCATION

Le bilan kinésithérapique

Votre médecin vous a prescrit une dizaine de séances de rééducation post-partum. La première consultation permet au thérapeute de dresser un bilan assez global. Celui-ci vous pose quelques questions sur vos habitudes de vie, sur vos antécédents, sur la façon dont s'est passé votre accouchement ou encore des informations sur votre bébé.

Puis le masseur kinésithérapeute réalise un examen clinique, c'est-à-dire qu'il regarde la statique de votre corps (la façon de vous tenir), qu'il fait un examen de la vulve, du vagin, de la force du périnée et la manière dont il se contracte (évaluation a l'aide d'un toucher vaginal).

Le masseur-kinésithérapeute élabore ensuite un programme de traitement adapté à votre situation.

Contrairement aux idées reçues, la prise en charge peut débuter rapidement, avant les 6 semaines anciennement recommandées, si le traitement bénéficie de techniques douces hypopressives (sans générer de pression intra-abdominale).

Pour mieux connaître son corps

Prise de conscience de la respiration

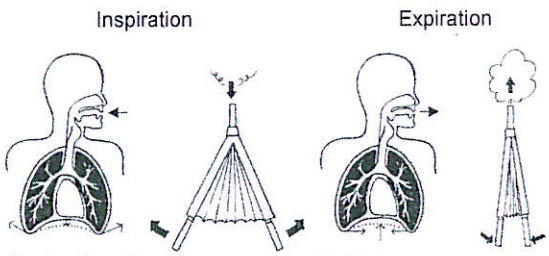
Il est indispensable pour vous de sentir ce qui se passe dans votre corps.

La respiration permet d'apporter l'oxygène nécessaire à la vie de notre corps. Pour que nos muscles se contractent, ceux-ci ont besoin d'oxygène. Il faut donc bien respirer lors de tout exercice.

- L'inspiration : c'est lorsque l'air entre dans les poumons et que le ventre se gonfle. L'inspiration est essentiellement réalisée par le diaphragme qui s'abaisse.

- L'expiration : l'air sort des poumons et le ventre se dégonfle. Au repos, c'est le diaphragme qui se relâche. Lors d'un effort, il faut également une contraction des abdominaux pour expulser l'air.

Le kinésithérapeute vous aide à percevoir votre respiration et à la corriger si besoin.



Confortablement installée sur le dos, les genoux légèrement fléchis pour détendre les abdominaux, posez une main sur votre ventre pour sentir les mouvements de l'abdomen.

Quand vous soufflez lentement et profondément par la bouche, le ventre doit rentrer, comme lorsqu'un ballon se dégonfle. Puis inspirez par le nez, le ventre se soulève, comme un ballon qui se gonfle.

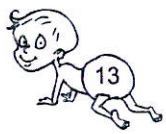
Faites quelques séries de 10 respirations, avec des temps de repos entre chaque série.

Cet exercice vous permettra de vous détendre et débutera un voyage à la découverte de votre corps.

La colonne lombaire et le bassin osseux

Selon le bilan, le thérapeute normalise ou non votre bassin et votre colonne à l'aide de techniques manuelles.

Il peut également repositionner un coccyx (petit os du bassin) souvent douloureux.



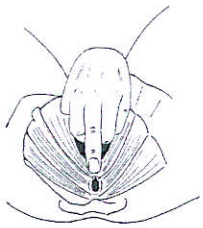
Le travail du périnée

Il n'est pas facile de prendre conscience de son plancher pelvien et de le contracter.

Toute rééducation bien conduite doit commencer par des techniques manuelles. Le toucher vaginal permet au thérapeute une évaluation in situ. Le kinésithérapeute vous aide à percevoir la contraction mais aussi le relâchement périnéal. Il utilise différentes techniques comme par exemple, l'étirement musculaire, la sollicitation de réflexes ou encore les représentations mentales. Ces dernières sont subjectives mais très efficaces : l'image d'une porte d'ascenseur qui se ferme ou les pétales d'une fleur qui se referme vous aide à mieux comprendre le mouvement.

CHEZ VOUS

Allongez vous confortablement sur le dos, les jambes écartées, la tête reposant sur un coussin, le tronc relevé à 45°. Posez l'extrémité de votre index ou de votre majeur sur le noyau fibreux central. Imaginez que vous voulez retenir un gaz : ceci entraîne généralement une contraction globale du périnée et vous sentez l'ascension du noyau fibreux central sous votre doigt. L'image de l'interruption du jet d'urine peut également vous aider. Vous pouvez aussi utiliser un miroir pour voir la contraction.



Nous apprendrons ultérieurement à ce qu'il n'y ait pas de contractions parasites des muscles avoisinants (comme les abdominaux, les fessiers ou encore les adducteurs).

⚠ **Il ne faut jamais faire de stop pipi, l'interruption du jet d'urine n'est pas un exercice mais seulement un test dans le bilan !**

Si votre périnée est faible, une rééducation par électro-stimulation peut être envisagée.

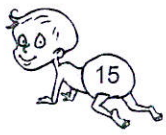
La stimulation électrique fonctionnelle

Qu'est ce que c'est ?

Des électrodes sont placées en regard du périnée, soit à l'extérieur sur la peau, soit à l'intérieur par l'intermédiaire d'une sonde intra-vaginale. Un appareil envoit des micro-impulsions électriques au niveau des muscles. Pour obtenir une stimulation optimale sans inconfort pour la patiente, le stimulus est ajusté progressivement. L'électrostimulation reproduit fidèlement le processus mis en jeu lors d'une contraction musculaire volontaire.

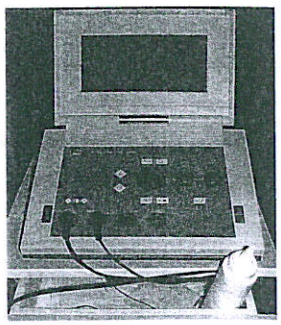
Le programme peut avoir plusieurs objectifs :

- Il vous permet de prendre conscience de la contraction de votre périnée.
- Au début de la rééducation, lorsque le mouvement est encore difficile à réaliser, le kinésithérapeute demande d'accompagner la contraction automatique engendrée par l'appareil, c'est-à-dire que vous contractez volontairement le périnée.
- Par son action directe sur les fibres musculaires, la stimulation électrique renforce le plancher périnéal.
- En changeant le mode d'utilisation de l'électrostimulation, celle-ci a également un rôle d'antidouleur.



En revanche, si le périnée se contracte de façon satisfaisante, un simple travail bio-feed-back suffira.

Le bio-feed-back



Qu'est ce que c'est ?

Le bio-feed-back, ou en français la rétro-action biologique, utilise le même type d'appareil que la stimulation électrique fonctionnelle. Ceci permet à la patiente d'avoir un contrôle direct de la qualité de la contraction périnéale.

Le plus souvent, ces techniques utilisent une sonde vaginale. Les contractions périnéales sont représentées sur un écran d'ordinateur, par une courbe variable selon la force et le temps des contractions.

Le rééducateur surveille la facilité ou la difficulté de l'exercice. Il peut ainsi adapter le niveau d'exigence de l'exercice et veille à d'éventuelles corrections.

Le plancher pelvien, fondation de votre maison intérieure, étant reconstruit, il vous faut à présent apprendre à s'en servir avec le reste du corps.

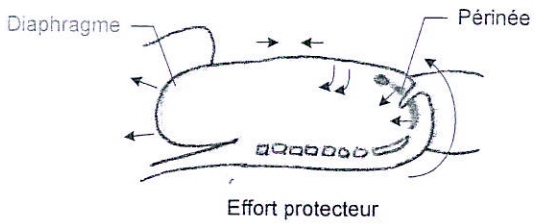
Le concept ABDO-MG®

Le fonctionnement normal du corps est une synergie de tous les muscles, c'est-à-dire que les abdominaux et le périnée travaillent ensemble. Ce concept ABDO-MG est une technique de rééducation globale fondée sur le souffle.

Quelques notions pour comprendre

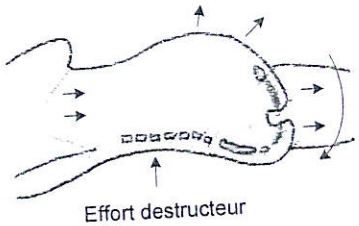
Lors d'un effort

Souffler, rire, se moucher, tousser, éternuer, porter sont autant d'efforts qui nécessitent une coordination scrupuleuse entre le thorax, l'abdomen et le bassin (c'est-à-dire l'enceinte thoraco-abdomino-pelvienne). Normalement, les côtes inférieures s'abaissent, les abdominaux se contractent pour diriger la pression vers le haut et l'intérieur, le bassin bascule vers l'arrière (= rétroversion).



Effort protecteur

Or, il existe souvent un défaut de transmission de ces pressions : les abdominaux sont faibles, il y a une pression dirigée vers le bas et l'extérieur, et la bascule du bassin se fait vers l'avant (=antéversion). Le ventre est incompétent.



Effort destructeur

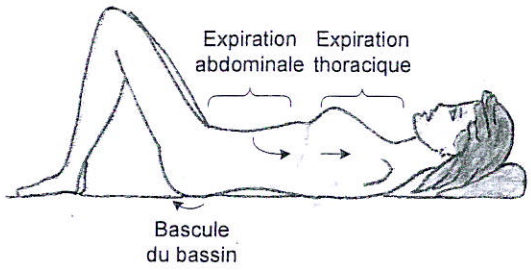
L'objectif principal du concept ABDO-MG® est de récupérer une sangle abdominale compétente travaillant en synergie avec le périnée. Lors des activités d'efforts, les pressions sont dirigées vers le haut et expulsées lors de l'expiration par la bouche. Le terme de « technique hypopressive » est aussi utilisé.

La méthode

C'est avant tout l'apprentissage d'une coordination entre une expiration guidée et une contraction efficace de la paroi abdominale. Le mouvement s'effectue en trois temps :

- Expiration dite « thoracique » : les côtes sont abaissées par la contraction des abdominaux.
- Expiration abdominale : le ventre rentre et le nombril se déplace vers le haut.

~ Bascule du bassin en arrière : les abdominaux continuent à se contracter en dirigeant les pressions vers le haut, le bassin bascule.



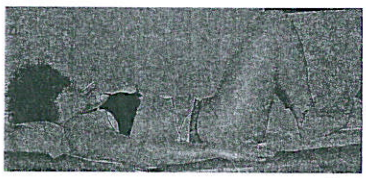
Les positions

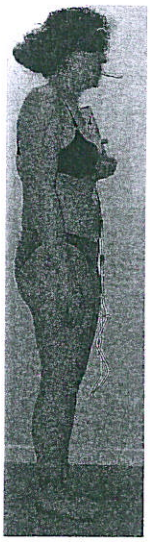
L'exercice peut se réaliser dans différentes positions :

~ Allongée sur le dos, un coussin sous la tête, les genoux fléchis et serrés, les pointes de pied décollées du sol.

~ Assise sur le bord d'un tabouret, le dos légèrement arrondi, la tête droite, genoux fléchis et serrés, les pointes de pied décollées du sol.

~ Debout, la tête droite

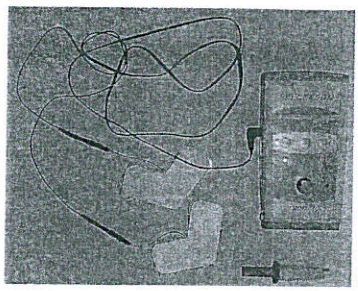




Le matériel : le Réflexon®

~ L'embout pour souffler

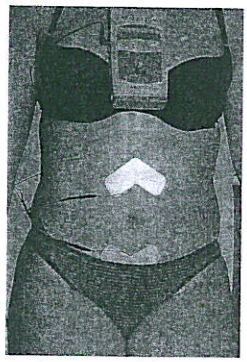
Pour vous permettre de souffler en continu et de façon régulière, un petit embout est placé entre les lèvres.



~ L'appareil de stimulation électrique

Il accompagne la contraction des abdominaux faite par vous-même. Deux électrodes sont placées sur le ventre.

Lors de l'expiration, l'embout émet un petit sifflement qui déclenche l'appareil et la stimulation électrique accompagne la contraction volontaire.

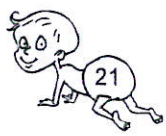


La pratique

Pour commencer, faites l'exercice en position allongée, c'est le plus facile. 10 séries de 5 expirations sont généralement proposées (mais à adapter selon la patiente). Il faut respecter des temps de repos entre chaque série. Le kinésithérapeute vous guide et vous corrige. Puis l'objectif est d'intégrer ce réflexe abdominal dans les activités et les efforts de tous les jours. Le soignant vous demande de tousser en reproduisant le mouvement de l'exercice. Petit à petit, à force de répétitions, le réflexe abdominal s'installe et vous récupérez un ventre compétent.

Pour progresser, l'exercice se fait ensuite en position assise puis debout.

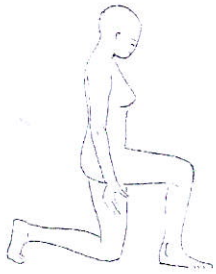
A la fin des dix séances de rééducation, votre thérapeute fait un bilan et détermine s'il est nécessaire ou non de refaire quelques séances. En général, le traitement est suffisant.



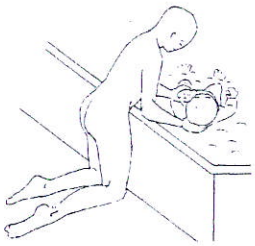
Des conseils pour votre hygiène au quotidien

~ Continuez à faire les exercices à la maison et mettez-les en pratique dans la vie quotidienne

~ Baissez vous en pliant les jambes et non le dos ; par exemple lorsque vous prenez votre enfant dans son lit (choisissez de préférence un lit réglable en hauteur).



~ Pour faire prendre son bain à votre enfant : quand il est petit, posez la baignoire sur un meuble à votre hauteur. Si la baignoire est basse, agenouillez-vous face à celle-ci et posez vos avant-bras sur le rebord de façon à soulager votre dos.



~ Utilisez une poussette pour amener l'enfant plutôt qu'un cosy toujours trop lourd à porter.

~ Portez l'enfant le plus proche de votre corps, son dos collé contre vous

~ Prenez du temps pour vous, reposez vous, partagez les taches avec le papa !

~ En ce qui concerne la sexualité, une question revient très fréquemment : quand reprendre les rapports sexuels après la naissance d'un bébé ?

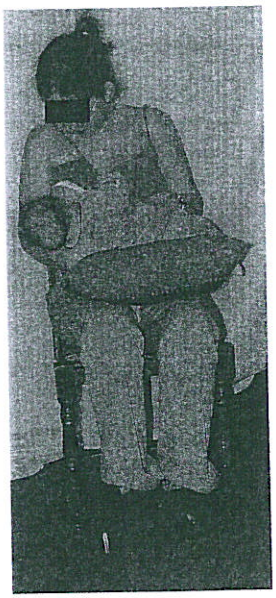
Le retour aux rapports se fait en moyenne à la septième semaine. Cependant, prendre le temps de renouer avec son corps, d'éprouver du désir semble la ligne de conduite la plus adaptée.

L'allaitement

Lors de l'allaitement au sein, vous devez vous installer avec votre bébé correctement de façon à vous détendre et vous sentir à l'aise. Vous pouvez adopter plusieurs positions avec votre enfant:

~ La position assise classique:

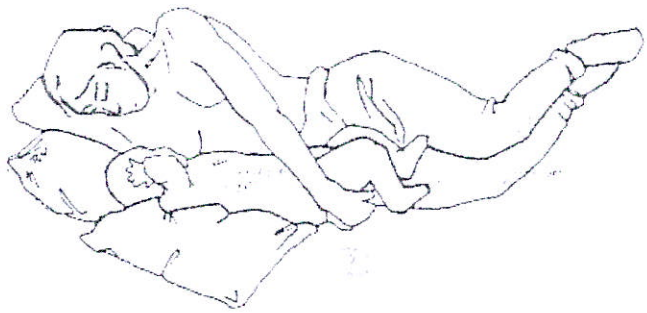
Asseyez-vous correctement, votre dos est droit. Vos jambes sont relevées à l'aide d'un marche pied, pour évitez les tensions dans le dos. L'enfant est posé sur vos genoux avec un coussin pour ne pas que vous le portiez.



~ La position en « ballon de rugby »

Il faut mettre autant de coussins qu'il est nécessaire sous la tête du bébé afin que sa bouche soit au niveau du sein.

~ La position allongée



Allongez-vous sur le côté, les jambes repliées. Placez un oreiller sous votre tête et derrière votre dos. Installez l'enfant en face de vous.

Cette position vous permet de bien vous reposer si vous êtes fatiguée ou césarisée.