



Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise

Association Loi 1901 n° 0784014641

29 rue de Versailles - 78150 Le Chesnay

Tel : 01.39.43.12.04 – Fax : 01.39.43.13.58

E-Mail : cpav@medical78.com

Web: <http://www.nat78.com>

REEDUCATION DU POST-PARTUM

Juin 2005

Dr Pierre PANEL

PLAN

I- CONSEQUENCES DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT DURANT LA PERIODE DU POST-PARTUM **page 3**

Troubles de la continence urinaire
Troubles de la continence anale
Douleurs pelvi-rachidiennes en post-partum
Evolution des courbures rachidiennes et de l'inclinaison du bassin
Syndrome d'insuffisance abdomino-pariétale post-obstétricale

II- OBJECTIFS DE RÉÉDUCATION EN POST-PARTUM **page 5**

Information, prévention et traitement
Objectifs dans le temps

III- BILANS DE REEDUCATION EN POST-PARTUM **page 7**

IV- REEDUCATION PERINEALE EN POST-PARTUM **page 7**

Principes
Techniques décrites
Résultats

V- REEDUCATION PELVI-RACHIDIENNE **page 11**

VI- REEDUCATION ABDOMINALE **page 12**

VI- INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS – DUREE DE LA REEDUCATION EN POSTPARTUM **page 14**

Indications
Contre-indications et précautions particulières
Durée de traitement, fréquence et durée des séances en rééducation du post-partum

I - CONSEQUENCES DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT DURANT LA PERIODE DU POST-PARTUM

A Troubles de la continence urinaire

La prévalence de l'incontinence urinaire se situe à 3,6 % avant, 43,7 % pendant et 14,6 % après la grossesse.

L'incontinence est significativement moins fréquente 3 mois après l'accouchement chez les femmes présentant une hyper mobilité du col vésical si elles ont suivi un programme de rééducation anténatale constitué d'une information verbale et de 5 séances mensuelles d'exercices du plancher pelvien supervisées par un thérapeute.

A 3 mois post-partum, le groupe contrôle ne recevant qu'une information verbale comprend 32,7 % d'incontinence urinaire à l'effort, le groupe rééduqué pendant la grossesse n'en comprend que 19,2 %. Parmi les femmes incontinentes à 3 mois post-partum, 54,3 % ont des fuites plus d'une fois par semaine.

B Troubles de la continence anale

La prévalence de l'incontinence anale après accouchement se situe entre 4 et 5 %. Elle est nettement plus importante chez les primipares (7,5 %) que chez les multipares (0,8 %), avec une résolution spontanée des troubles dans les 6 mois post-partum pour 40 % d'entre elles. La prévalence se situe à 0,7 % avant, 6 % pendant et 5,5 % après la grossesse.

C Douleurs pelvi-rachidiennes en post-partum

La prévalence des douleurs pelvi-rachidiennes passe de 67 % en fin de grossesse à 47 % un mois après l'accouchement, puis 43 % à 6 mois et 37 % un an après l'accouchement. Cette prévalence reste plus élevée que celle des douleurs pelvi-rachidiennes de la population générale de ce pays, élevée à 30 %.

Les douleurs intenses au cours de la grossesse constituent un pronostic défavorable pour la résolution des symptômes en post-partum, de même que les longues périodes douloureuses pendant la grossesse régresseront plus lentement en post-partum.

D Evolution des courbures rachidiennes et de l'inclinaison du bassin

L'évolution la plus fréquente de la lordose lombaire est une diminution significative de celle-ci entre le 2e et le début du 3e trimestre de grossesse, suivie d'une augmentation significative de la lordose au 9e mois, lordose qui s'amplifie après l'accouchement jusqu'au 2e mois post-partum.

E Syndrome d'insuffisance abdomino-pariétale post-obstétricale

Les conséquences de la grossesse sur l'appareil locomoteur du tronc ont été décrites en 1970 par Contamin sous le vocable de « syndrome d'insuffisance abdomino-pariétale post-obstétricale ».

Ce dernier est défini qualitativement par :

- Une distension considérable de la paroi abdominale ;
- Un diastasis des grands droits de l'abdomen plus marqué en sus-ombilical ;
- Une ptose des muscles larges de l'abdomen modifiant l'orientation de leurs fibres. Cette dernière a pour conséquence une modification de la statique normale des organes intra abdominaux et du soutien abdominal du diaphragme ;
- Une augmentation des contraintes sur la colonne lombaire qui s'hyper-lordose ;
- Un retentissement psychologique lié aux troubles précédents.

II- OBJECTIFS DE RÉÉDUCATION EN POST-PARTUM

A Information, prévention et traitement

Les objectifs thérapeutiques de la rééducation en post-partum sont nombreux, afin de répondre aux différentes conséquences physiopathologiques secondaires à la grossesse.

Ces conséquences peuvent être regroupées en trois dominantes : conséquences périnéo-sphinctériennes, pelvi-rachidiennes et abdominales. De même nous avons synthétisé les objectifs de rééducation pour chacune de ces dominantes en trois axes principaux : l'information, la prévention et le traitement.

L'information porte sur :

- L'importance de la visite postnatale ;
- La fréquence et l'évolution des troubles urinaires et de la statique pelvienne avec prise de conscience de la contraction périnéale ;
- Les conseils ergonomiques d'économie rachidienne en lien avec les activités nouvelles (posture, allaitement) ;
- Les risques de contractions abdominales intempestives ;
- Les notions diététiques.

La prévention concerne :

- Les troubles de la statique pelvienne à l'effort, les inversions de commande et les risques de dyspareunie ;
- Les rachialgies à l'effort (port de l'enfant et du matériel de puériculture, activité ménagère, sport...) ;
- Les asynergies abdominales ;
- Les risques circulatoires en particulier la thrombose veineuse et ses complications emboliques.

Le traitement tend à :

- Réduire les douleurs périnéales, l'incontinence urinaire ou fécale, les insuffisances musculaires périnéales ;
- Réduire les douleurs et insuffisances posturales et musculaires rachidiennes et pelviennes ;
- Réduire les déficiences musculaires et incapacités abdominales ;
- Traiter les conséquences des rares complications rhumatologiques ou neurologiques ;
- Améliorer l'image corporelle, l'état psychique de l'accouchée et réduire les troubles sexuels ;
- Réduire les troubles digestifs.

B Objectifs dans le temps

En post-partum immédiat :

- **Délivrer l'information et s'assurer qu'elle a été bien comprise**
- **Mettre en place les mesures de prévention**

En post-partum secondaire :

Objectifs curatifs concernant la rééducation périnéo-sphinctérienne :

- Réduire les douleurs périnéales cicatricielles ;
- Récupérer la force musculaire du périnée au niveau antérieur à la grossesse ;
- Réduire l'incontinence urinaire ;
- Intégrer le verrouillage périnéal lors des efforts globaux, et des situations où la pression intra abdominale est fortement augmentée (toux, éternuement, etc.).

Objectifs curatifs concernant la rééducation rachidienne :

- Réduire les douleurs pelvi-rachidiennes ;
- Récupérer la force musculaire du tronc et des membres inférieurs au niveau antérieur à la grossesse ;
- Retrouver un équilibre postural ;
- Intégrer les conseils et gestes ergonomiques en lien avec les nouvelles activités de la mère et son activité socioprofessionnelle.

Objectifs curatifs concernant la sangle abdominale :

- Réduire les déficiences cicatricielles après césarienne, en particulier si elle reste douloureuse ;
- Récupérer la force musculaire de la sangle abdominale au niveau antérieur à la grossesse, en fonction de l'activité socioprofessionnelle de la femme ;
- Réduire les déficiences morphologiques en retrouvant la longueur musculaire initiale de l'ensemble des muscles de la sangle abdominale ;
- Intégrer les capacités fonctionnelles abdominales, en coordination avec le verrouillage périnéal et la statique rachidienne lors du port de charges et les efforts globaux, en particulier ceux en lien avec les nouvelles activités de la mère.

III- BILANS DE REEDUCATION EN POST-PARTUM

Le rééducateur utilise des outils de bilan afin de choisir ses techniques, de suivre l'évolution des symptômes ou de mesurer l'efficacité de la rééducation. L'interrogatoire et l'examen clinique avant la prise en charge rééducative sont nécessaires pour :

- Evaluer la douleur ;
- Préciser la présence ou non des symptômes dans chacune des trois dominantes, périnéale, pelvi-rachidienne, abdominale ; les quantifier dans la mesure du possible ;
- Ecarter la présence de complications (déhiscence cicatricielle, troubles thromboemboliques, complications neurologiques), en particulier si elles contre-indiquent certaines techniques de rééducation ;
- Evaluer les attentes de la femme vis-à-vis de la rééducation abdominale Si ces attentes sont surtout morphologiques, il convient de les replacer dans un projet de rééducation tenant compte des autres déficiences abdominales, périnéales, rachidiennes et des risques connus d'une rééducation abdominale intempestive ;
- Mesurer les résultats de la rééducation par comparaison entre le bilan initial et le bilan final réalisé en fin de prise en charge.

IV- REEDUCATION PERINEALE EN POST-PARTUM

Principes

Adapter les techniques aux déficiences ou incapacités.

Celles-ci doivent avoir été correctement repérées au cours du bilan initial et de la visite postnatale 6 à 8 semaines après l'accouchement.

Respecter la synergie physiologique entre périnée et abdominaux.

Le périnée doit être en mesure de se contracter préalablement à la contraction abdominale. Ce principe bénéficie d'un accord professionnel fort : tous les auteurs le citent.

Éviter l'électrostimulation dans certaines conditions.

En cas de signes de dénervation périnéale, de nouvelle grossesse et de port de pacemaker, l'électrostimulation est fortement déconseillée.

Techniques décrites

L'information aux patientes

Acte thérapeutique en soi, l'information est préalable à toute mise en oeuvre de la rééducation périnéo-sphinctérienne.

Elle doit permettre d'expliquer les causes des troubles avec l'aide de planches anatomiques simples, d'exposer les techniques employées, d'obtenir le consentement éclairé de la patiente et de lui faire comprendre l'importance d'un travail personnel entre les séances de rééducation.

Le travail manuel et les exercices du plancher pelvien

Ils consistent en une contraction volontaire répétée des muscles releveurs de l'anus avec sollicitation ou résistance par les doigts intra vaginaux du thérapeute.

L'apprentissage du verrouillage périnéal dans le cadre d'activités avant l'effort ou lors d'un besoin peut se faire dans ce même temps.

Le biofeedback instrumental ou verbal

Cette technique de rétrocontrôle instantanée, visuelle ou sonore, aide les patientes à la prise de conscience du fonctionnement de leur plancher pelvien, grâce à des électrodes de surface ou à des sondes endocavitaires munies d'électrodes de surface ou de capteurs de pression. Les muscles parasites peuvent également être simultanément enregistrés.

L'électrostimulation fonctionnelle

Cette technique n'est pas préconisée en post-partum, vu la fréquence des lésions neurologiques périphériques du périnée, lors d'accouchement par voie basse.

Lors de la dénervation complète, l'électrostimulation a démontré son impact sur la trophicité musculaire lors de la mise en place de protocoles inapplicables en rééducation périnéo-sphinctérienne (8h/jour, 30 contractions/min, pendant 30 jours).

Lors du processus de ré innervation, les courants de basse, moyenne et haute fréquence suppriment le bourgeonnement nodal et réduisent donc le potentiel de récupération de la patiente.

Seuls les protocoles d'électrostimulation utilisant des impulsions uniques de longue durée ne présentent pas d'effets néfastes mais leur application en rééducation du post-partum est inadaptée (3 à 4 séries de 20 à 30 contractions quotidiennes).

Les traitements comportementaux

Le calendrier mictionnel est la méthode la plus utilisée.

À l'aide de fiches journalières et d'un pointage régulier des mictions, des fuites, des besoins impérieux, chaque femme pourra suivre l'évolution de sa propre prise en charge, afin d'apprendre à différer les mictions « inutiles ».

Résultats

Efficacité des protocoles de rééducation post-partum sur le renforcement musculaire du périnée

Les exercices du plancher pelvien sont plus efficaces pour améliorer la force musculaire que l'électrostimulation fonctionnelle entre 2 et 4 mois post-partum.

Huit séances collectives de 45 minutes d'entraînement hebdomadaire du plancher pelvien ainsi qu'un travail personnel de la femme constitué de 8 à 12 contractions de 6 secondes et 4 contractions rapides après chaque contraction lente, 2 fois par jour, permettent d'augmenter la force musculaire.

Cette efficacité à court terme est confirmée et retrouvée à moyen terme 6 mois après l'accouchement.

Efficacité des protocoles de rééducation post-partum sur la prévalence de l'incontinence

Les études prospectives contrôlées mesurant l'impact de programmes de rééducation périnéo-sphinctérienne, en post-partum ou débutés pendant la grossesse, montrent toute l'efficacité de la rééducation sur la prévalence ou l'importance des symptômes urinaires.

Les protocoles de rééducation sont très divers, allant de 4 à 12 séances de rééducation, plus ou moins étalées dans le temps, constituées d'instruction collective ou de rééducation manuelle et instrumentale individuelle.

Les études ne permettent pas d'indiquer la supériorité de l'un par rapport à l'autre.

V- REEDUCATION PELVI-RACHIDIENNE

Principes

La rééducation pelvi-rachidienne s'articule autour de 4 dominantes : le traitement de la douleur, le gain de mobilité, l'entraînement musculaire et l'amélioration des capacités fonctionnelles (conférence de consensus).

Les principes spécifiques à la rééducation du post-partum sont :

- De rechercher l'origine pelvienne ou rachidienne des douleurs afin d'adapter au mieux le traitement ;
- D'éviter de solliciter des structures ligamentaires ou musculaires qui ont été lésées pendant l'accouchement ;
- D'adapter les exercices en fonction de leur retentissement sur la région périnéo-sphinctérienne et la sangle abdominale.

Techniques

Les techniques décrites dans le traitement des douleurs du pelvis et du rachis sont identiques à celles décrites lors de la conférence de consensus « prise en charge kinésithérapique du lombalgique ».

VI- REEDUCATION ABDOMINALE

Principes

Préconiser une coordination entre respiration et contraction abdominale :

Contraction abdominale sur une expiration en évitant toute association synergique systématique.

Contraction sur une expiration avec relâchement diaphragmatique.

Contraction abdominale en apnée expiratoire sur un effort inspiratoire par les muscles accessoires afin d'entraîner une hypo pression thoracique et abdominale.

Éviter tout exercice provoquant une protrusion abdominale ou périnéale.

Techniques décrites :

Techniques de renforcement musculaire

La rééducation abdominale décrite dans la littérature est effectuée :

- À base d'exercices respiratoires, essentiellement expiratoires ;
- À base d'électrothérapie excito-motrice ;
- À base d'exercices gymniques « tronc sur membres inférieurs » et « membres inférieurs sur tronc ».

Aucune technique de mécanothérapie n'est proposée dans le cadre du post-partum.

Exercices respiratoires

Ces exercices abdominaux sont les seuls, depuis les années 1990, à être utilisés dans la période de post-partum immédiat :

- Contraction dynamique du transverse « en rentré de ventre » au cours d'une expiration profonde, libre ou avec embout d'exsufflation. Cet exercice peut être associé à un relâchement complet ou une aspiration du diaphragme. Les positions de départ sont le décubitus dorsal, la position assise, la quadrupédie ou la posture inversée ;
- Contraction statique des abdominaux, en apnée expiratoire, avec recrutement des inspireurs accessoires afin de faire chuter les pressions intra cavitaires de 20 à 50 mm Hg (gymnastique hypopressive).

Exercices gymniques

On retrouve parmi ces exercices gymniques les différents modes de contraction musculaire :

- Contraction dynamique ou statique ;
- Contraction à point fixe distal ou proximal contraction sans ou avec résistance (pesanteur, modification du moment résistant par positions annexes de bras et membres inférieurs, résistance manuelle).

Les exercices sont classiquement décrits en mouvements « tronc sur membres inférieurs » et « membres inférieurs sur tronc ».

Proposés dès la période de post-partum immédiat dans les articles écrits avant 1990, ils ne sont désormais présents que dans la période de post-partum secondaire.

Résultats

Risques sur le périnée au cours des exercices gymniques

- La pratique intensive journalière d'exercices abdominaux (1h/jour pendant un mois) provoque une chute moyenne de 20 % du tonus périnéal ;
- L'hyperpression abdominale de 50mm Hg au cours d'une manoeuvre de Valsalva modifie l'inclinaison urétrale moyenne de 20°;
- La variation de pressions intra abdominales au cours d'un même exercice abdominal diffère considérablement d'un individu à l'autre. Les exercices abdominaux sont classés en 3 groupes :
 - A, pression <0mmHg ;
 - B, 0mmHg<pression<30mmHg ;
 - C, pression>30mmHg.

Certains appareils de Fitness (Stepper, Skywalker) déterminent des variations de pressions faibles (groupes A et B), d'autres (course à pied sur tapis roulant, Kangoo) entraînent des variations barométriques élevées (groupe C).

Effets psychologiques d'une séance gymnique

Le niveau de « dynamisme » est significativement élevé et les troubles de l'humeur diminués par la séance gymnique, alors qu'ils ne le sont pas par la séance de repos.

VII- INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS – DUREE DE LA REEDUCATION EN POSTPARTUM

En post-partum secondaire, l'examen postnatal effectué entre la 6e et la 8e semaine permet d'évaluer les déficiences résiduelles abdominales et périnéales et de proposer des indications adaptées à l'état clinique de la patiente.

- **Groupe 1** : absence de facteurs de risques, pas d'incontinence, pas de prolapsus, testing du périnée > 3

⇒ *rééducation abdominale possible.*

- **Groupe 2** : présence d'un ou plusieurs facteurs de risques d'incontinence, traumatisme obstétrical, gêne fonctionnelle modérée, testing du périnée < 3

⇒ *rééducation abdominale lorsque le testing du périnée sera supérieur à 3 ou entre 4 et 5 avec un excellent verrouillage périnéal à l'effort, avec anticipation périnéale de la contraction abdominale.*

- **Groupe 3** : nombreux facteurs de risques obstétricaux, gêne fonctionnelle importante

⇒ *bilan urodynamique prescrit puis rééducation périnéale avant toute rééducation abdominale.*

Indications

Indications en maternité

Le traitement physique de la douleur complète le traitement médicamenteux, en particulier pour les douleurs cicatricielles abdominales. Toute femme doit pouvoir bénéficier au cours de son séjour en maternité d'une information claire et adaptée sur :

- L'évolution spontanée des déficiences périnéales, rachidiennes, pelviennes et abdominales ;
- Les conseils ergonomiques en lien avec les nouvelles activités d'une mère
- L'importance de l'examen clinique réalisé au cours de la visite postnatale qui permettra d'évaluer les déficiences résiduelles et la pertinence d'une prescription de rééducation, en fonction de celles-ci.

Indications après la visite postnatale

L'indication de rééducation post-partum sera décidée au vu de l'interrogatoire et de l'examen clinique réalisé au cours de la visite postnatale si des déficiences ou incapacités résiduelles y sont retrouvées dans au moins une des trois dominantes ci-dessous décrites ou s'il persiste une incoordination entre verrouillage périnéal, contraction abdominale et posture pelvi-rachidienne au cours des efforts globaux.

- Dominante périnéale :
 - persistance de douleurs périnéales, avec indication spécifique si dyspareunie associée,
 - persistance de faiblesse des muscles du périnée,
 - persistance d'incontinence.

- Dominante pelvi-rachidienne :
 - persistance de douleurs rachidiennes ou pelviennes ;
 - persistance de troubles de la statique rachidienne ou lombo-pelvi-fémorale.

- Dominante abdominale :
 - persistance de douleurs cicatricielles abdominales après césarienne ;
 - persistance de faiblesse de la musculature abdominale.

Contre-indications et précautions particulières

Contre-indications

Les contre-indications de la rééducation en post-partum ne présentent pas de caractère spécifique par rapport à celles décrites pour une population générale, en dehors de la recommandation de ne pas utiliser l'électrostimulation excitomotrice périnéale, en cas de lésions neurologiques périphériques du périnée en cours de réinnervation.

Précautions

Éviter tout exercice abdominal qui accentuerait les déficiences périnéales (exercices provoquant fuites ou prolapsus), rachidiennes (exercices lordosants) ou abdominales (exercices aggravant le diastasis ou la protrusion de l'abdomen).

Durée de traitement, fréquence et durée des séances en rééducation du post-partum

Il est proposé en premier les techniques les moins vulnérantes, dont les effets secondaires indésirables ou les risques de séquelles sont les moins importants et qui ne coupent pas les ponts pour une poursuite thérapeutique en cas d'échec.

Le nombre de séances proposées tiendra compte de l'importance du tableau clinique et du nombre de dominantes à traiter.

Une prescription de 10 à 20 séances au maximum peut être proposée aux patientes :

- À l'issue d'une première série de séances de rééducation. Si aucune amélioration clinique objectivable ou subjective n'est notée, il convient de s'interroger sur le bien-fondé de la poursuite de la rééducation.
- Si l'amélioration notée par la patiente et le thérapeute est insuffisante, mais existante, une prolongation du traitement est envisageable (10 à 15 séances).
- Si l'amélioration est jugée satisfaisante ou suffisante par la patiente (critères subjectifs), si les critères objectifs d'évaluation montrent une amélioration nette ou une guérison, alors la rééducation peut être interrompue.

D'après **Rééducation dans le cadre du post-partum**
ANAES / Service Recommandations Professionnelles / Décembre 2002