



HAL
open science

Pour ou contre la rééducation périneale du post-partum ?

Xavier * Fritel

► **To cite this version:**

Xavier * Fritel. Pour ou contre la rééducation périneale du post-partum ?. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2008, 36 (7-8), pp.824-5. 10.1016/j.gyobfe.2008.06.001 . inserm-00370068

HAL Id: inserm-00370068

<https://inserm.hal.science/inserm-00370068>

Submitted on 23 Mar 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Pour ou contre la rééducation périnéale du postpartum ?

For or against postnatal pelvic floor muscle exercises?

Auteurs :

Xavier FRITEL

Correspondance :

Dr Xavier FRITEL

Gynécologie & Obstétrique

CHR Réunion, CH Félix Guyon

F-97405 Saint-Denis cedex, Réunion, France

tel: +262.262.905.540

fax: +262.262.907.730

e-mail: fritel.xavier@orange.fr

Mots-clés

Rééducation périnéale, post-partum, incontinence.

Pelvic floor muscle exercises, postnatal, incontinence.

La prévention de l'incontinence urinaire féminine est une priorité de santé publique inscrite dans la Loi française.¹ Le lien entre grossesse et incontinence urinaire d'effort féminine est clairement établi tant sur le court terme que sur le moyen ou le long terme.²⁻⁴ Mais les différentes méthodes de prévention proposées, que ce soit la césarienne, l'épisiotomie ou la rééducation périnéale sont sujettes à controverse.³⁻⁶ Même si les techniques de rééducation périnéale du post-partum ont montré une efficacité pour traiter ou diminuer la gêne liée à l'incontinence urinaire ou fécale, les essais comparatifs existants sont peu nombreux, de qualité variable et hétérogènes quand aux critères d'inclusion et au type d'intervention rééducative choisie qui est souvent éloignée de la pratique française (tableau 1).⁷⁻¹³

Le travail de Meyer et al (Lausanne) est intéressant car proche de notre pratique.¹¹ Les femmes étaient incluses et évaluées avant l'accouchement puis à 2 mois du post-partum. Pour le groupe rééducation, elle débutait 2 mois après l'accouchement et comportait 2 séances par semaines pendant 6 semaines avec à chaque fois 20 minutes de biofeedback et 15 minutes d'électrostimulation. Au moment de l'évaluation 10 mois après l'accouchement, la prévalence de l'incontinence urinaire d'effort était inchangée dans le groupe contrôle (16% à 2 mois versus 14% à 10 mois du post-partum) tandis qu'elle était diminuée dans le groupe rééducation (31 versus 12%). Cependant ce travail comparatif n'était pas randomisé ce qui fait que les patientes du groupe rééducation avaient plus de symptômes avant de débiter que les patientes du groupe contrôle (31% d'IUE versus 16%). Le travail randomisé de Glazener confirme que la rééducation périnéale a un effet à court terme (un an) sur les symptômes d'incontinence mais que malheureusement cet effet bénéfique disparaît à moyen terme (6 ans).^{12,13}

La Haute Autorité de Santé a émis en 2002 des recommandations sur la rééducation du postpartum : « *Le but de cette rééducation est de redonner aux patientes un périnée indolore et un tonus périnéal correct afin de verrouiller efficacement le périnée lors des efforts* », « *La prescription de séances de rééducation du post-partum ne doit pas être considérée comme systématique* », « *L'indication de rééducation en post-partum peut être posée s'il existe des déficiences ou incapacités résiduelles dans au moins une des trois dominantes ci-dessous, ou s'il persiste une incoordination entre verrouillage périnéal, contraction abdominale et posture pelvi-rachidienne au cours des efforts globaux* ».¹⁴ Il est également précisé qu'il n'existe pas de consensus professionnel sur le sujet et que le niveau de preuve des études retrouvées dans la littérature est faible.

Il est clair qu'en l'absence d'un essai randomisé probant sur la rééducation périnéale systématique en post-partum, il sera difficile d'établir une réponse définitive et consensuelle. Cet essai semble bien difficile à réaliser, en effet, la popularité de la rééducation postnatale tant auprès des accouchées qu'auprès des

prescripteurs rend difficile le recrutement des témoins. Il est peu probable qu'une randomisation dans le groupe placebo soit acceptée par les patientes symptomatiques et les médecins. Par ailleurs, tester l'hypothèse d'un effet préventif de la kiné du post-partum suppose de sélectionner une population indemne d'incontinence, c'est à dire à faible risque de développer plus tard une incontinence de la maturité, ce qui implique d'inclure une très large population pour pouvoir montrer une différence à long terme.

La popularité de la rééducation périnéale postnatale s'explique probablement par la prise en charge par le rééducateur de l'ensemble des troubles périnéaux, l'incontinence urinaire bien sur, mais aussi la douleur périnéale et à l'incontinence anale, sans oublier la fonction sexuelle et symbolique. La demande des accouchées porte en particulier sur la qualité des rapports sexuels autant sur le versant des sensations vaginales de la femme que des sensations du partenaire. Et il existe souvent une blessure de l'image que la femme se fait de son vagin. Malheureusement les travaux sur ces sujets sont bien rares.

En conclusion, la rééducation périnéale du post-partum est efficace sur l'incontinence urinaire et fécale du postpartum. Mais il n'y a pas de bénéfice à une rééducation périnéale systématique.

Références

- 1 LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- 2 Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003;348:900–7.
- 3 Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Bénifla JL. Stress urinary incontinence four years after the first delivery: a retrospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:941-5
- 4 Fritel X, Ringa V, Varnoux N, Fauconnier A, Piaux S, Bréart G. Mode of delivery and severe stress incontinence. A cross-sectional study among 2625 perimenopausal women. *BJOG* 2005;112:1646–51.
- 5 Fritel X, Schaal JP, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery, a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG* 2008;115:247-52.
- 6 Fritel X, Fauconnier A, de Tayrac R, Amblard J, Richet C, Cotte L, Fernandez H. Prévenir l'incontinence urinaire postnatale par la rééducation périnéale prénatale ? Rationnel et protocole de l'étude randomisée multicentrique 3PN, Prévention Périnéale Prénatale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008 à paraître.
- 7 Wilson PD, Herbison GP. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle exercises to treat postnatal urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998;9:257-64.
- 8 Mørkved S, Bo K. The effect of postpartum pelvic floor muscle exercise in the prevention and treatment of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997;8:217-22.
- 9 Mørkved S, Bo K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up. *BJOG*. 2000;107:1022-8.
- 10 Chiarelli P, Cockburn J. Promoting urinary continence in women after delivery: randomised controlled trial. *BMJ* 2002;324:1241.
- 11 Meyer S, Hohlfeld P, Ahtari C, De Grandi P. Pelvic floor education after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2001;97:673-7.
- 12 Glazener CMA, Herbison GP, Wilson PD, MacArthur C, Lang GD, Gee H, Grant AM. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;323:1-5.
- 13 Glazener CM, Herbison GP, MacArthur C, Grant A, Wilson PD. Randomised controlled trial of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence: six year follow up. *BMJ* 2005;330:337.
- 14 Rééducation dans le cadre du post-partum. ANAES décembre 2002.

Tableau 1 : Les études comparatives de prévention ou traitement rééducatif de l'incontinence du post-partum

Etude	Inclusions	Nombre	Intervention	Délai	Issue
Chiarelli 2002	Macrosomie \geq 4000g ou Extraction instrumentale	676	2 séances de 20 et 30 minutes de rééducation versus contrôle ®	3 mois	Incontinence urinaire 31 versus 38%*
Glazener 2001	Incontinence urinaire à 3 mois du post-partum	747	Instructions verbales versus contrôle ®	12 mois	Incontinence urinaire 60 versus 69%*
Glazener 2005				12 mois	Incontinence fécale 4 versus 11%*
				6 ans	Incontinence urinaire 76 versus 79%
				6 ans	Incontinence fécale 12 versus 13%
Meyer 2001	Nullipare, grossesse normale	107	12 séances avec biofeedback et électrostimulation versus contrôle	10 mois	Incontinence urinaire d'effort 12 versus 14% Incontinence fécale 4 versus 5%
Wilson 1998	Incontinence urinaire à 3 mois du post-partum	230	Instructions verbales et/ou cônes versus contrôle ®	12 mois	Incontinence urinaire 50 versus 76%*
Morkved 1997	A 8 semaines du post- partum	198	8 séances de 45 minutes en groupe de 5 à 10 femmes versus contrôle	3 mois	Incontinence urinaire 14 versus 28%*
Morkved 2000				12 mois	Incontinence urinaire 14 versus 31%*

* différence significative

® étude randomisée