



A g e n c e **N** a t i o n a l e
d' **A** c c r é d i t a t i o n e t
d' **É** v a l u a t i o n e n **S** a n t é

REEDUCATION DANS LE CADRE DU POST-PARTUM

DECEMBRE 2002

Service des Recommandations Professionnelles

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en décembre 2002. Il peut être acheté (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication

159, rue Nationale 75640 Paris Cedex 13 – Tél. : 01 42 16 72 72 – Fax : 01 42 16 73 73

© 2003. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Ces recommandations ont été réalisées à la demande de la Caisse d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

Elles ont été établies selon la méthode décrite dans le guide méthodologique « Les recommandations pour la Pratique Clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » publié par l'ANAES en 1999.

L'ensemble du travail a été coordonné par M. Pierre TRUDELLE, sous la direction du D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations et références professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de M^{me} Laurence FRIGÈRE, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI, responsable du service de documentation.

Le secrétariat a été réalisé par M^{lle} Isabelle LE PUIL.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier les membres du groupe de travail, du groupe de lecture et de son Conseil Scientifique qui ont participé à ce travail.

GROUPE DE TRAVAIL

M^{me} Joëlle ANDRÉ-VERT, kinésithérapeute, Longjumeau – chargée de projet
M. Pierre TRUDELLE, chef de projet, ANAES, Paris

M^{me} Françoise BIZOUARD, kinésithérapeute,
Fontenay-sous-Bois
M^{me} Caroline GIBERT, kinésithérapeute,
Béziers
M^{me} Anne-Marie GIRARDOT, sage-femme,
Valenciennes
M^{me} Valérie GIROND, kinésithérapeute,
Nantes
M. Dominique GROSSE, kinésithérapeute,
Mulhouse
D^r Jean-Jacques LABAT, rééducation
fonctionnelle, Nantes

M. Édouard-Guy LECLERC, kinésithérapeute,
Le Havre
D^r Pierre MECHALY, généraliste, Chilly-
Mazarin
D^r Jack MOUCHEL, gynécologue-
obstétricien, Le Mans
M. Henri PORTERO, kinésithérapeute, Les
Sables-d'Olonne
M^{me} Lucile POUMARAT, kinésithérapeute,
Lempdes
M^{me} Annick VIALON, sage-femme,
Clermont-Ferrand

GROUPE DE LECTURE

P^r Gérard AMARENCO, médecine physique
et réadaptation, Paris
D^r Georges-Fabrice BLUM, gynécologue-
obstétricien, Mulhouse
M. Claude BRAIZE, kinésithérapeute, Saint-
Étienne
M. Jean-Claude BRIEN, kinésithérapeute,
Bourg-en-Bresse
D^r Pierre-Louis BROUX, gynécologue-
obstétricien, Rennes
M^{me} Martine BRUNO, kinésithérapeute,
Montpellier
P^r Jean-Marie BUZELIN, urologue, Nantes
M. Christian CAPDEPON, kinésithérapeute,
Feurs
M. Max-Claude CAPPELLETTI, kinésithérapeute,
Évry
M^{me} Nadège CARON, kinésithérapeute,
Saulx-les-Chartreux
D^r Jean CAVASINO, gynécologue-
obstétricien, Longjumeau
D^r Hélène CHAPOULART, gynécologue-
obstétricien, Bordeaux

D^r Joël COGNEAU, généraliste, Joué-les-
Tours
M^{me} Elisabeth COSTREJEAN, kinésithérapeute,
Fontainebleau
M^{me} Régine COUSSÉ, kinésithérapeute,
Maisons-Alfort
M. Loïc DABBADIE, kinésithérapeute, Lille
M^{me} Dominique DANIEL, sage-femme, Caen
D^r Bernadette DE GASQUET, généraliste,
Paris
M. Jean-Pierre DENTZ, kinésithérapeute,
Stains
M. Patrick DEVILLERS, kinésithérapeute,
Roubaix
D^r Catherine DORMARD, généraliste, Saclay
P^r Pierre DUDOGNON, médecine physique
et réadaptation, Limoges
M^{me} Geneviève GILLOT-SEFRIN, sage-
femme, Caen
M^{me} Françoise GIROUDEAU, kinésithérapeute,
Plateau d'Assy

M^{me} Rolande GRENTE, sage-femme,
membre du conseil scientifique de l'ANAES,
Giberville

M. Michel GUÉRINEAU, kinésithérapeute,
Nantes

M^{me} Paule INIZAN-PERDRIX, sage-femme,
Lyon

P^r Bernard JACQUETIN, gynécologue,
Clermont-Ferrand

D^r Nguyen LE THAI, gynécologue,
Longjumeau

D^r Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,
généraliste, Parçay-Meslay

D^r Claudie LOCQUET, généraliste, Paris

P^r Jean-François MATHÉ, médecine physique
et réadaptation, Nantes

M^{me} Yvonne MÉGHARFI, kinésithérapeute,
Paris

M. Soizick MÉHOUS, kinésithérapeute, Le
Mans

D^r Christian MICHEL, généraliste,
Strasbourg

M^{me} Aline MONNIER, kinésithérapeute, Nice

M. Georges NÉLISSEN, ostéopathe,
kinésithérapeute, Liège

M^{me} Sandrine NEVOIT, kinésithérapeute,
Tours

D^r Jean-Marc PERRIER, généraliste, Stiring
Wendel

M^{me} Michèle POIZAT, kinésithérapeute,
Vichy

M. Marc PONS, kinésithérapeute, Montpellier

M. Claude-André RICHET, kinésithérapeute,
Montreuil

D^r Emmanuel ROUBERTIE, généraliste,
Vendôme

M^{me} Sylvie SCHRUB, sage-femme, Paris

P^r Gérard SERMENT, urologue, Marseille

M^{me} Michèle SIBELLAS, sage-femme,
Domène

D^r Jean-Pierre SPINOSA, gynécologue-
obstétricien, Lausanne

M. Philippe STÉVENIN, kinésithérapeute,
membre du conseil scientifique de l'ANAES,
Paris

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

I. INTRODUCTION

Le thème des recommandations se limite à la rééducation dans le cadre du post-partum. La prise en charge rééducative pendant la grossesse n'est pas abordée, même si la rééducation du post-partum est un continuum avec le suivi médical prénatal. Les recommandations concernent les suites de tous les types d'accouchements (voie basse avec ou sans intervention, et césarienne). Le niveau de preuve des études retrouvées dans la littérature est faible. La plupart des recommandations qui suivent sont basées sur un accord professionnel. Ces recommandations s'adressent à tous les professionnels impliqués dans la rééducation du post-partum.

Les conséquences de la grossesse et de l'accouchement durant la période du post-partum sont variées. Les principales conséquences influençant la rééducation portent sur :

Le périnée et la continence

Des douleurs peuvent être présentes à 2 mois du post-partum (plus de 20 % des cas) et après 12 mois (10 % des cas).

La diminution de la force du périnée est maximum entre 6 et 8 semaines.

L'incontinence urinaire en post-partum est présente selon les auteurs dans 15 % à 40 % des cas. Elle touche plus les femmes incontinentes avant ou au début de la grossesse. Un tiers guériront spontanément entre 12 et 18 mois.

L'incontinence fécale représente selon les auteurs 1 à 5 % des cas.

Le rachis et la ceinture pelvienne

L'évolution la plus fréquente de la lordose lombaire est une diminution significative entre le 2^e et le début du 3^e trimestre de grossesse, puis une accentuation qui se poursuit dans les premiers mois post-partum. Aucune étude retrouvée n'a concerné les éventuelles corrélations entre posture et douleurs en post-partum. Des douleurs lombaires et/ou de la ceinture pelvienne (pubalgies et douleurs pelviennes postérieures) sont fréquemment présentes plusieurs mois après l'accouchement chez plus d'un tiers des femmes.

La sangle abdominale

Ce sont les douleurs cicatricielles déclenchées par le mouvement qui sont les plus intenses.

Entre cinq et sept semaines post-partum, le diastasis des muscles grands droits persiste chez près de la moitié des femmes.

Lorsqu'un diastasis est supérieur à 2 cm, il n'est plus possible d'obtenir une force maximale de ce muscle. L'allongement des muscles de la sangle abdominale entraîne une faiblesse des fléchisseurs du tronc par rapport aux extenseurs puisque le ratio fléchisseurs sur extenseurs retrouvé à 6 mois post-partum est de 0,5 alors qu'il est classiquement décrit à 0,7 dans une population normale.

II. PRISE EN CHARGE REEDUCATIVE GLOBALE

La rééducation du post-partum doit être abordée de manière globale à la suite d'un bilan adapté et de la définition d'objectifs spécifiques à la patiente. La nomenclature professionnelle a séparé artificiellement la rééducation périnéale de la rééducation abdominale, ce qui a entraîné des pratiques spécialisées dans l'un ou l'autre domaine.

La prise en charge rééducative globale du post-partum comprend trois grandes dominantes :

- une prise en charge périnéo-sphinctérienne ;
- une prise en charge pelvi-rachidienne ;
- une prise en charge de la sangle abdominale.

III. BILAN AVANT REEDUCATION DANS LE CADRE DU POST-PARTUM

Le prescripteur, au vu des symptômes retrouvés, juge de l'intérêt de la prescription d'une rééducation dans le cadre du post-partum. Le bilan effectué par le rééducateur reprend l'évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis, et comprend l'évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines. Le bilan est à adapter en fonction des symptômes.

L'interrogatoire et l'examen clinique avant la prise en charge rééducative sont nécessaires pour :

- évaluer la douleur ;
- préciser la présence ou non de symptômes dans chacune des trois dominantes, périnéale, pelvi-rachidienne, abdominale, et les quantifier dans la mesure du possible ;
- écarter la présence de complications (déhiscence cicatricielle, troubles thrombo-emboliques, complications neurologiques), en particulier si elles contre-indiquent certaines techniques de rééducation ;
- permettre de mesurer les résultats de la rééducation par comparaison entre le bilan initial et le bilan final réalisé en fin de prise en charge.

Évaluation de la douleur

L'interrogatoire permet de préciser le siège, la fréquence, les facteurs déclenchants, le mode et l'intensité de la douleur périnéale, pelvienne, rachidienne et abdominale, et d'évaluer le retentissement fonctionnel de la douleur dans la vie quotidienne et sexuelle de la femme.

Évaluation de l'incontinence

Deux éléments apportent au rééducateur des informations essentielles pour définir la stratégie thérapeutique :

- les mécanismes de l'incontinence (effort, impériosité) ;
- l'environnement, les habitudes de vie (sports, activités sociales), le handicap moteur (locomotion), les désirs et motivations de la patiente (ses attentes).

En cas d'incontinence, il est recommandé de compléter l'interrogatoire par :

- l'examen loco-régional (trophicité, cicatrice, pertes vaginales) ;
- l'examen neurologique. Il a pour objectif d'étudier les territoires sensitifs de la région périnéale (hypoesthésie périnéale). Il peut permettre de suspecter une éventuelle atteinte périphérique du plancher pelvien ;
- l'évaluation manuelle de la force musculaire périnéale. Elle est utilisée couramment sous le nom de *testing*. Il est admis qu'elle donne une bonne notion de la qualité de la contraction et de la capacité des patientes à mettre en action ce système musculaire, avec ou sans contractions parasites. Le *testing* permet d'évaluer la force et l'endurance des muscles du plancher pelvien, et

de détecter une éventuelle inversion de commande. Il aide au choix des techniques de rééducation et sert d'indicateur de surveillance des qualités contractiles du muscle (force, endurance). Il ne mesure pas l'efficacité de la rééducation sur l'incontinence, mais l'amélioration de la force musculaire. Dans le cadre du post-partum, cette évaluation manuelle permet également de s'assurer du verrouillage périnéal au cours des efforts volontaires abdominaux ;

- la mesure quantitative de l'incontinence urinaire. Elle peut être mise en place à l'aide d'un score clinique des symptômes telle que l'échelle MHU (*annexe 1*) ou des index de fuites (5 grades) ;
- un calendrier mictionnel permet de connaître les habitudes mictionnelles des patientes ;
- une mesure de qualité de vie, par exemple à l'aide de l'échelle CONTILIFE[®] (*annexe 2*) ou l'index d'activité sociale (10 grades).

Évaluation pelvienne et rachidienne

L'interrogatoire permet de préciser :

- les connaissances ergonomiques de la femme dans le cadre de la prévention des rachialgies, en particulier en lien avec ses nouvelles activités (allaitement, port de l'enfant, port du matériel de puériculture, etc) ;
- les situations de gêne fonctionnelle majeure.

Le bilan cherche à différencier les douleurs d'origine pelvienne (douleur du bassin, de la région des sacro-iliaques ou de la symphyse pubienne) des douleurs d'origine rachidienne (douleur d'origine musculaire ou vertébrale). Parmi les tests retrouvés dans la littérature, le test *active straight leg raise* (ASLR) est fiable. Il permet de détecter les douleurs pelviennes dans le post-partum. Il est décrit comme un mouvement d'élévation du pied de 20 cm au-dessus de la table sans fléchir le genou (patiente couchée sur le dos). Pour chaque côté la patiente note de 0 à 5 la difficulté de réalisation du mouvement. Il est peu pratiqué en France, mais ce test est simple à réaliser.

D'autres tests évaluent la douleur de la région pelvienne et rachidienne (dessin, mobilisations et tests provoqués), leur fiabilité n'a pas été étudiée, des études complémentaires sont à développer.

Évaluation abdominale

L'interrogatoire permet d'évaluer les attentes de la femme vis-à-vis de la rééducation abdominale, afin de discuter d'un projet de rééducation dans lequel les résultats morphologiques auraient une place raisonnée au vu des autres déficiences abdominales, périnéales, rachidiennes et des risques connus d'une rééducation abdominale intempestive.

L'interrogatoire est complété par :

- l'examen morphopalpatoire à la recherche de diastasis ou cicatrices, qui seront notés s'ils existent. La mesure clinique de l'importance du diastasis n'est pas reproductible en interexamineurs. Les différences entre diastasis au repos et au cours d'une contraction abdominale peuvent être signalées ;
- l'évaluation manuelle de la force musculaire de la sangle abdominale : transverse, obliques et grands droits utilise les techniques de *testing* décrites dans la littérature ;
- les asynergies grands droits-transverse entraînant un abdomen protrusif sont à signaler ;
- l'évaluation de la capacité de maintien d'une statique pelvi-rachidienne physiologique s'effectue par l'application de résistances par l'intermédiaire des membres supérieurs ou inférieurs, et lors du port de charge.

IV. REEDUCATION DANS LE CADRE DU POST-PARTUM

La rééducation comporte trois axes principaux :

- l'information, délivrée dans les premiers jours qui suivent l'accouchement ;
- la prévention des complications immédiates ;
- le traitement qui suit les principes thérapeutiques suivants :
 - adapter les techniques aux déficiences ou incapacités repérées au cours du bilan initial et de la consultation post-natale 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).

Abord périnéo-sphinctérien

S'il est nécessaire de rééduquer le plancher pelvien, la rééducation périnéo-sphinctérienne ne commencera qu'après la consultation post-natale (6 à 8 semaines après l'accouchement) et un examen clinique complet.

L'information est préalable à toute mise en œuvre de la rééducation périnéo-sphinctérienne. Elle doit permettre d'expliquer les causes des troubles avec l'aide de schémas 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 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.

Les techniques antalgiques par agents physiques ont été évaluées. Seule la cryothérapie semble montrer un effet sur les douleurs périnéales, mais son utilisation n'est pas acceptée par toutes les patientes. Les autres techniques antalgiques restent à évaluer.

Les techniques de rééducation les plus couramment utilisées pour le traitement des insuffisances musculaires périnéales ou de l'incontinence sont les exercices du plancher pelvien et le *biofeedback* instrumental. En cas de lésion nerveuse récente, ce dont les accouchements sont fréquemment pourvoyeurs, il paraît prudent d'éviter l'électrostimulation dans la rééducation post-partum ; l'application d'un courant d'électro-stimulation même spécifique peut provoquer un retard de régénération nerveuse.

Les résultats de la rééducation du post-partum sont encourageants, mais il semble actuellement difficile de proposer un protocole précis, étant donné la diversité de ceux décrits dans les différentes études. L'association de techniques différentes semble supérieure à l'utilisation d'une technique isolée.

Les exercices du plancher pelvien améliorent la force des muscles du périnée et diminuent l'incontinence urinaire d'effort (grade C).

Abord pelvi-rachidien

La prise en charge rééducative s'appuie sur les recommandations de la conférence de consensus « prise en charge kinésithérapique du lombalgique » de 1998. La rééducation est abordée selon une approche globale de la patiente. Ainsi, la douleur, les capacités fonctionnelles, l'état psychologique, l'état physique et la situation socioprofessionnelle sont les domaines à explorer.

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.

Les résultats de la rééducation pelvi-rachidienne en post-partum n'ont fait l'objet d'aucune étude contrôlée concernant l'impact sur la posture, la force musculaire du tronc ou les douleurs rachidiennes ou pelviennes. Des études sont à mener afin de préciser quelles sont les techniques les plus efficaces. Pour le moment, seules les techniques recommandées lors de la conférence de consensus «prise en charge kinésithérapique du lombalgique » peuvent être utilisées, sous réserve des principes énoncés précédemment.

Abord de la sangle abdominale

S'il est nécessaire de solliciter la ceinture abdominale, il est recommandé d'utiliser des exercices qui n'augmentent pas la pression intra-abdominale.

Même s'il n'a pas été retrouvé d'études prospectives sur le sujet, l'utilisation d'exercices qui augmentent la pression abdominale majore les contraintes sur les différentes structures périnéale et abdominale.

Les douleurs cicatricielles abdominales après césarienne sous anesthésie générale sont efficacement traitées en postopératoire immédiat par l'électrostimulation antalgique (TENS) (grade C) ; cet effet n'est pas retrouvé chez les femmes césarisées sous anesthésie péridurale.

Un diastasis des grands droits de l'abdomen plus marqué en sus-ombilical est souvent retrouvé chez les patientes. Il n'a pas été retrouvé d'études concernant l'évolution de ce diastasis. L'électrothérapie excito-motrice n'a pas fait la preuve de son efficacité sur les muscles de la sangle abdominale au cours du post-partum. En l'état actuel des connaissances, il est difficile de prendre position sur l'intérêt d'un programme de rééducation spécifique à ces muscles. Des études sur ce sujet sont à effectuer.

Autres abords thérapeutiques

Les douleurs viscérales liées à la constipation sont traitées par massage abdominal dans les articles les plus anciens. Cette technique n'est ni précisément décrite, ni évaluée dans le cadre du post-partum. L'effet de la constipation sur la continence, souligné par certains professionnels, est à évaluer.

V. INDICATIONS DE LA REEDUCATION EN POST-PARTUM IMMEDIAT

Information des patientes en maternité

L'information et l'éducation des patientes et des professionnels sont à développer. Il est recommandé dès les premiers jours après l'accouchement de s'assurer du niveau d'information de la patiente sur les suites de la grossesse et de l'accouchement, et de lui donner une information concernant :

- l'évolution spontanée des déficiences périnéales, rachidiennes, pelviennes et abdominales ;
- au niveau périnéo-sphinctérien : prise de conscience de la contraction périnéale et prévention de l'incontinence ;
- au niveau pelvi-rachidien : prévention des rachialgies par des conseils ergonomiques en lien avec les nouvelles activités d'une mère (allaitement, port de l'enfant et du matériel de puériculture) ;
- au niveau abdominal : prise de conscience des risques d'un renforcement musculaire intempestif et rôle de la sangle abdominale dans la prévention des rachialgies.

Cette information est une occasion d'échange de questions entre la patiente et un professionnel de santé compétent.

Ce moment permet d'insister sur la nécessité de la consultation post-natale. C'est lors de cette consultation que l'indication d'une prise en charge rééducative est envisagée.

En post-partum immédiat, la rééducation s'attachera à participer au traitement de la douleur, périnéale, rachidienne, pelvienne et abdominale, si elle est présente.

Indications après la consultation post-natale

La prescription de séances de rééducation du post-partum ne doit pas être considérée comme systématique. Elle découle des symptômes décrits par la patiente ou décelés au cours de l'examen clinique effectué au cours de la consultation post-natale. Cette recommandation ne fait pas l'objet d'un consensus professionnel.

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. Le nombre de séances proposé tiendra compte de l'importance du tableau clinique et du nombre de dominantes à traiter. Dix à vingt séances au maximum peuvent être proposées aux patientes.

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.

À l'issue d'une première série de séances de rééducation, si aucune amélioration clinique objective 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 présente mais insuffisante, une prolongation du traitement est envisageable (10 à 15 séances).

Si l'amélioration est jugée satisfaisante ou suffisante par la patiente (critères subjectifs), ou si les critères objectifs d'évaluation montrent une amélioration nette ou une guérison, alors la rééducation peut être interrompue.

VI. PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES

L'état des connaissances sur ce thème est variable suivant les dominantes thérapeutiques.

En ce qui concerne les techniques périnéo-sphinctériennes, les techniques ont surtout été évaluées à court terme selon des protocoles variés.

Pour les techniques visant à prévenir ou à traiter les problèmes rachidiens, il existe actuellement une seule étude prospective dans le post-partum qui n'apporte aucune réponse.

Pour les techniques visant la rééducation de la sangle abdominale, il n'existe aucune étude sur l'évolution spontanée à moyen et long terme du diastasis des grands droits et de la force musculaire abdominale. Il n'a été retrouvé aucune étude concernant l'efficacité des différents protocoles de renforcement musculaire.

Vu le nombre d'accouchements en France, il est indispensable d'effectuer des études prospectives comparatives pour pouvoir statuer sur l'efficacité à court, moyen et long terme de la rééducation dans le cadre du post-partum. Ces études permettraient de pouvoir dépister de manière plus précise les patientes qui pourraient bénéficier de cette rééducation de manière préventive et/ou thérapeutique.

FICHE DE SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Les conséquences de la grossesse et de l'accouchement durant la période du post-partum sont variées. Les principales portent sur le périnée et la continence, sur le rachis et la ceinture pelvienne, et sur la sangle abdominale. En conséquence, la rééducation du post-partum doit être abordée de manière globale.

INDICATIONS DE LA RÉÉDUCATION EN POST-PARTUM IMMÉDIAT

Il est recommandé dès les premiers jours après l'accouchement de s'assurer du niveau d'information de la patiente sur les suites de la grossesse et de l'accouchement, et de donner une information sur l'évolution spontanée des déficiences périnéales, rachidiennes, pelviennes et abdominales.

Ce moment permet d'insister sur la nécessité de la consultation post-natale. C'est lors de cette consultation que l'indication d'une prise en charge rééducative est envisagée.

En post-partum immédiat, la rééducation s'attache à participer au traitement de la douleur, périnéale, rachidienne, pelvienne et abdominale si elle est présente.

INDICATIONS APRÈS LA CONSULTATION POST-NATALE

L'indication de rééducation en post-partum n'est pas systématique. La prescription de séances de rééducation du post-partum découle des symptômes décrits par la patiente ou décelés lors de l'examen clinique effectué au cours de la consultation postnatale (6 à 8 semaines après accouchement).

Dix à vingt séances au maximum peuvent être proposées aux patientes. En l'absence d'amélioration clinique objective ou subjective, l'indication de la rééducation est remise en cause. Si l'amélioration notée par la patiente et le thérapeute est présente mais insuffisante, une prolongation du traitement est envisageable (10 à 15 séances). Si l'amélioration est jugée satisfaisante ou suffisante par la patiente ou si les critères objectifs d'évaluation montrent une amélioration nette ou une guérison, alors la rééducation peut être interrompue.

BILAN AVANT RÉÉDUCATION DANS LE CADRE DU POST-PARTUM

- L'interrogatoire permet de préciser le siège, la fréquence, les facteurs déclenchants, le mode et l'intensité de la douleur périnéale, pelvienne, rachidienne et abdominale, et d'évaluer le retentissement fonctionnel de la douleur dans la vie quotidienne et sexuelle de la femme. Le bilan cherche à différencier les douleurs d'origine pelvienne des douleurs d'origine rachidienne. Le test *active straight leg raise* permet de détecter les douleurs pelviennes dans le post-partum. D'autres tests évaluent la douleur de la région pelvienne et rachidienne (dessin, mobilisations et tests provoqués).
- L'interrogatoire permet de préciser les connaissances ergonomiques de la femme dans le cadre de la prévention des rachialgies, les situations de gêne fonctionnelle majeure.
- Trois éléments apportent au rééducateur des informations essentielles pour évaluer la présence d'incontinence et définir la stratégie thérapeutique : les mécanismes de l'incontinence, l'existence de facteurs associés, l'environnement ou les habitudes de vie.

En cas d'incontinence, il est recommandé de compléter l'interrogatoire par l'examen loco-régional, l'examen neurologique, l'évaluation manuelle de la force musculaire périnéale (*testing*). L'évaluation manuelle permet également de s'assurer du verrouillage périnéal au cours des efforts volontaires abdominaux.

La mesure quantitative de l'incontinence urinaire peut être mise en place à l'aide d'un score clinique des symptômes telle que l'échelle MHU ou des index de fuites. Le calendrier mictionnel permet de connaître les habitudes mictionnelles des patientes et la qualité de vie peut être évaluée par l'échelle CONTILIFE[®] ou l'index d'activité sociale.

- L'interrogatoire permet d'évaluer les attentes de la femme vis-à-vis de la rééducation abdominale, afin de discuter d'un projet de rééducation où les résultats morphologiques auraient une place raisonnée au vu des autres déficiences abdominales, périnéales, rachidiennes et des risques connus d'une rééducation abdominale intempestive.
- La mesure clinique de l'importance du diastasis n'est pas reproductible en interexamineurs. Les différences entre diastasis au repos et au cours d'une contraction abdominale peuvent être signalées. L'évaluation manuelle de la force musculaire de la sangle abdominale utilise les techniques de *testing*. Les asynergies grands droits-transverse entraînant un abdomen protrusif sont à signaler. L'évaluation de la capacité de maintien d'une statique pelvi-rachidienne physiologique est effectuée.

RÉÉDUCATION DANS LE CADRE DU POST-PARTUM

Les principes thérapeutiques sont d'adapter les techniques aux déficiences ou incapacités repérées sur le périnée et la continence, sur le rachis et la ceinture pelvienne, et sur la sangle abdominale, ainsi que de respecter la synergie physiologique entre périnée et abdominaux.

Abord périnéo-sphinctérien

La rééducation périnéo-sphinctérienne ne commence qu'après la consultation post-natale (6 à 8 semaines après l'accouchement).

L'information est préalable à toute mise en œuvre de la rééducation périnéo-sphinctérienne.

Le but de la rééducation est de redonner aux patientes un périnée indolore et un tonus périnéal correct afin de verrouiller efficacement le périnée lors des efforts. La cryothérapie semble montrer un effet sur les douleurs périnéales mais son utilisation n'est pas acceptée par toutes les patientes. Les techniques de rééducation les plus couramment utilisées pour le traitement des insuffisances musculaires périnéales ou l'incontinence sont les exercices du plancher pelvien et le *biofeedback* instrumental. Il paraît prudent d'éviter l'électrostimulation dans la rééducation post-partum car l'application d'un courant même spécifique peut provoquer un retard de régénération nerveuse (les lésions nerveuses sont fréquentes après l'accouchement).

Les exercices du plancher pelvien améliorent la force des muscles du périnée et diminuent l'incontinence urinaire d'effort.

Abord pelvi-rachidien

La douleur, les capacités fonctionnelles, l'état psychologique, l'état physique et la situation socioprofessionnelle sont les domaines à considérer.

Les principes sont de rechercher l'origine pelvienne ou rachidienne des douleurs, d'éviter de solliciter des structures ligamentaires ou musculaires lésées, d'adapter les exercices en fonction de leur retentissement sur la région périnéo-sphinctérienne et la sangle abdominale.

Pour le moment, seules les techniques recommandées lors de la conférence de consensus «prise en charge kinésithérapique du lombalgique» peuvent être utilisées sous réserve des principes énoncés précédemment.

Abord de la sangle abdominale

S'il est nécessaire de solliciter la ceinture abdominale, il est recommandé d'utiliser des exercices qui n'augmentent pas la pression intra-abdominale. L'utilisation d'exercices qui augmentent la pression abdominale majore les contraintes sur les différentes structures périnéales et abdominales.

Les douleurs cicatricielles abdominales après césarienne sous anesthésie générale sont efficacement traitées en postopératoire immédiat par l'électrostimulation antalgique (TENS). Cet effet n'est pas retrouvé chez les femmes césarisées sous anesthésie péridurale.

L'électrothérapie excito-motrice n'a pas fait la preuve de son efficacité sur les muscles de la sangle abdominale au cours du post-partum.

ANNEXE 1

Échelle MHU : mesure quantitative des différents symptômes urinaires.

Score	0	1	2	3	4	Scores
Impériosité mictionnelle	Absente	Délai de sécurité entre 10 et 15 min. ou caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner sans fuite	Délai de sécurité entre 5 et 10 minutes	Délai de sécurité entre 2 et 5 minutes	Délai de sécurité <2 minutes	Score impériosité fuite =
Fuite urinaire par impériosité	Absente	Moins d'une fois/mois	Plusieurs fois/mois	Plusieurs fois/semaine	Plusieurs fois/jour	
Fréquence mictionnelle diurne	Intervalle mictionnel >2h	Intervalle mictionnel De 1 h 30 à 2 heures	Intervalle mictionnel de 1 heure	Intervalle mictionnel de 1/2 heure	Intervalle mictionnel <1/2 heure	Score pollakiurie =
Fréquence mictionnelle nocturne	0 ou 1 miction/nuit	2 mictions/nuit	3-4 mictions/nuit	5-6 mictions/nuit	Plus de 6 mictions/nuit	
Incontinence urinaire à l'effort	Absente	Lors des efforts violents (sport, course)	Lors des efforts moyens (quinte de toux, éternuement, soulèvement, rire)	Lors des efforts faibles (toux isolée, marche, accroupissement mouvement brusque)	Au moindre changement de position	Score fuite effort =
Autre incontinence	0	en gouttes post-mictionnelles énurésie (> 1/mois)	- paroxysme émotionnel - énurésie (1/semaine)	- énurésie (plusieurs/semaine)	- fuites permanentes goutte à goutte - énurésie (1/jour)	Score autre
Dysurie rétention	0	- dysurie d'attente, dysurie terminale	- poussées abdominales - jet haché	- poussées manuelles - miction prolongée, sensation résidu	- cathétérisme	Score dysurie =

ANNEXE 2

Échelle CONTILIFE® : Questionnaire d'évaluation de la Qualité de Vie liée à l'incontinence urinaire¹

Comment remplir le questionnaire :

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé au cours des 4 dernières semaines. Choisissez la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez ou avez senti au cours des 4 dernières semaines en ne donnant qu'une seule réponse par ligne.

Si vous n'êtes pas concernée par certaines activités (ex : gêne pour prendre les transports en commun alors que vous n'en prenez pas), mettez une croix dans la case « non concernée ».

Nous vous demandons d'essayer de répondre seule à ce questionnaire.

Pour répondre, faites une croix dans la case de votre choix.

	Non concernée					
Question a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

En cas d'erreur, noircissez la mauvaise réponse et entourez celle qui s'applique le mieux à votre cas.

Nous vous remercions de votre collaboration.

➤ *Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui :*

| _ | | _ | | _ |
Jour Mois Année

ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Non concernée	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1. Lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Lorsque vous conduisez ou vous	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

¹ Cette échelle a été réalisée avec le soutien des laboratoires SANOFI-SYNTHÉLABO.

faisiez conduire ?					
3. Lorsque vous montiez ou descendiez les escaliers ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Pour faire les courses ou des achats ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Pour attendre, faire la queue (bus, cinéma, supermarché...) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

(Cochez la case de votre choix)

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
6. avez-vous dû vous interrompre fréquemment pendant votre travail ou vos activités quotidiennes ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
7. vous êtes-vous réveillée mouillée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SITUATION D'EFFORT

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :

(Cochez la case de votre choix)

	Non concernée	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
8. pour soulever ou porter quelque chose de lourd ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. pour faire du sport (course à pied, danse, gymnastique) ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. lorsque vous vous êtes mouchée ou que vous avez éternué ou toussé ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. lorsque vous avez eu un fou rire ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

IMAGE DE SOI

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
12. vous êtes-vous sentie moins séduisante ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. avez-vous craint de « sentir mauvais » ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. avez-vous eu peur que les autres ne s'aperçoivent de vos troubles ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. avez-vous eu peur de faire des taches chez les autres ou au travail ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. avez-vous dû changer de tenue ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, malgré vos troubles urinaires, avec quelle fréquence

(Cochez la case de votre choix)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
17. vous êtes-vous sentie bien dans votre peau ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires

(Cochez la case de votre choix)

	Je ne porte jamais de protections	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beaucoup	Énormé- ment
18. avez-vous été gênée par le fait d'avoir à porter des protections ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
19. vous êtes-vous sentie découragée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. avez-vous perdu patience ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

21. la crainte d'avoir des troubles urinaires vous a-t-elle préoccupée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir maîtriser vos réactions ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. vos troubles ont-ils été une obsession, une hantise pour vous ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. avez-vous dû penser à emporter des protections avant de sortir ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEXUALITÉ

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

	(Cochez la case de votre choix, une par ligne)					
	Non concernée	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
25. vous êtes-vous sentie anxieuse à l'idée d'avoir des rapports sexuels ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. avez-vous modifié votre comportement sexuel ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. avez-vous craint d'avoir des fuites au cours des rapports sexuels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

QUALITÉ DE VIE GLOBALE

28. Compte tenu de vos troubles urinaires, comment évaluez-vous actuellement votre qualité de vie ?

(Entourez la case de votre choix)

1	2	3	4	5
Mauvaise				Excellente