Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 34 (1998)
Heft: 10

Artikel: Rééducation du post partum et ses séquelles
Autor: Souffir, Joëlle
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929292

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

PRATIQUE

Rééducation du post partum et ses séquelles

Joëlle Souffir, M.C.M.K., Paris

La rééducation du post partum doit commencer par vérifier et renforcer, le cas échéant, la musculature du plancher pelvien [muscle levator ani et muscle coccygien]. Le renforcement abdominal isolé exerce des contraintes néfastes sur un plancher peu résistant, avec le risque de constituer des pathologies à type de prolapsus ou d'incontinence urinaire d'effort. Cette rééducation ne doit commencer que six à huit semaines après l'accouchement, la carence hormonale rendant la région fragile avant ce délai.
Dans le meilleur des cas, la femme a été sensibilisée pendant sa grossesse aux risques de séquelles périnéales et à leurs conséquences sur la continence et la statique du petit bassin (cours de préparation). Elle sait localiser et faire se contracter ses releveurs, il ne lui reste plus qu'à retrouver ses schémas moteurs et à les renforcer. Dans la situation la plus fréquente, hélas, elle n'a jamais entendu parler de rien. Il faut donc prendre la rééducation à son début, c'est à dire au travail de prise de conscience initiale.

I) Le bilan physiothérapique

Le traitement de rééducation doit toujours être précédé d'un bilan,

a) Interrogatoire:
Outre les éléments habituels du dossier et les antécédents de la patiente, il doit être dirigé sur les troubles obstétricaux, digestifs, sphinctériens.

- *En cas d'incontinence, il faut noter:*
  - date et circonstances d'apparition des troubles: efforts, changements de position...
  - volume des fuites, fuites par impériosité, urgences mictionnelles
  - pollakiurie, nycturie
- *Lors de trouble mictionnels, il faut noter:*
  - besoins fréquents avec raccourcissement de délai de sécurité
  - possibilités d'interruption du jet et fuites après les mictions.

b) Inspection – Palpation:
- *Générales:* il faut tenir compte de la statique lombo-pelvienne (hyperlordose: facteur de risque) et rechercher une ptôse abdominale (habitus asthénique, majoré par l'allaitement et la fatigue).
- *Locales:* il faut vérifier
  - coloration, aspect des muqueuses et la béance vulvaire
  - éventuel prolapsus apparent avec modifications à la toux, à l'effort de poussée.

c) Examen clinique:
C'est essentiellement le testing des releveurs, on peut utiliser soit:

la cotation internationale de 0 à 5:
- 0: pas de contraction visible ou palpable
- 1: contraction très faible
- 2: faible mais bien perçue
- 3: bien percue sans résistance
- 4: bonne force à opposition peu intense
- 5: normal

On examine ensuite la tenue (temps de contraction à la même force), puis la fatigabilité (nombre de contractions tenues de la même force) et la tenue à l'effort (toux).
Remarque: certaines patientes, quand on leur demande de retenir, poussent: c'est l'inversion de commande périnéale qu'il ne faut surtout pas négliger. Le premier travail sera de faire prendre conscience de ce qu'est la retenue, avant tout renforcement qui ne ferait qu'augmenter le déficit.

Testing fonctionnel: 0 à 3
- 0: inversion de commande
- 1: Pas d'inversion de commande
- 2: contraction perceptible cinq secondes
- 3: Capacité de refouler les organes debout
- 4: Persistance de contraction maintenue à la toux debout

Remarque: l'effort de retenue demandé doit pouvoir isoler la contraction des releveurs de celle des autres muscles de la région: adducteurs, abdominaux, fessiers, pelvi trochantériens.

II) La rééducation

Les grands principes de la rééducation périnéale proprement dite ne sont pas ici notre propos. Nous donnons seulement un plan et quelques exercices pratiques propres à chaque dominante.

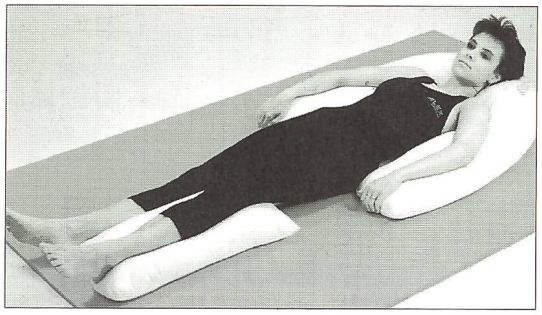
• A) Phase 1

a) La rééducation manuelle:
Elle est indispensable à chaque séance. Le toucher permet au physiothérapeute une évaluation in situ. La stimulation manuelle directe reste le meilleur moyen de travailler une région. Sur le mode du testing, il faut faire travailler chaque faisceau séparément, puis globalement, en progression:

- *dans un premier temps:* l'étirement musculaire sert de stimulation, entrainant une contraction réflexe. Il faut demander à la patiente, chaque fois qu'elle ressent l'étirement, d'y répondre par une contraction, sur les faisceaux sphinctériens, puborectaux droit et gauche.
- *dans un deuxième temps:* l'étirement sert de résistance d'opposition à la contraction. Cette résistance doit être douce, indolore et progressive.
  - *Exemple d'exercices:* les deux doigts intravaginaux légèrement écartés, de sorte qu'ils soient chacun sur un faisceau puborectal, on demande à la femme de rapprocher les doigts. Les résistances sont progressives. On peut aussi faire percevoir à la patiente, le contact de la face dorsale des doigts intravaginaux avec la face postérieure de sa vessie; au besoin, pour mieux sentir, lui faire faire un petit effort de poussée. Quand elle le perçoit, lui demander de retenir une envie d'uriner, cela doit faire échapper la vessie au contact des doigts, puis être renforcé par la contraction des releveurs.

c) L'électrostimulation fonctionnelle:
L'accouchement par voie basse, crée nécessairement une distension des éléments musculaires, notamment releveurs de l'anus, et sphincter strié urétral, du périnée. Cet étirement peut entrainer des lésions au niveau des structures neuromusculaires, récepteurs, plaques motrices, fibres nerveuses.

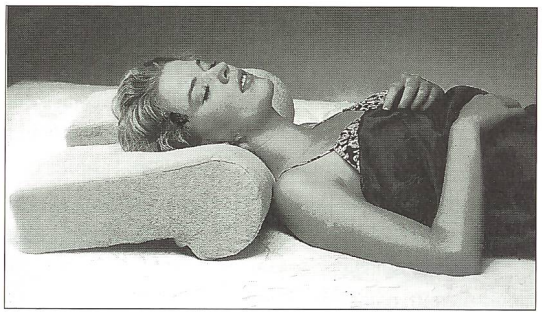
Les différents types d'atteintes neurologiques périphériques sont:
- *Stade 1:* neurapraxie: l'étirement, crée un phénomène de «sidération»; il n'y a pas de rupture des axones ni des gaines, et la récupération de la transmission des influx se fera spontanément dans un délai de 6 à 8 mois.



CORPO MED®

Le coussin CorpoMed® soutient, maintient et soulage le positionnement journalier dans les physiothérapies, les homes médicalisés et centres de réhabilitation.
Le coussin CorpoMed® existe en différentes grandeurs.

the original



the pillow®

COMPACT le coussin cervical
COMPACT nouvelle dimension (54 x 31 x 14)
COMPACT en latex naturel
COMPACT pour un bon positionnement

Veuillez nous envoyer:
Prix, conditions, prospectus

❑ coussin CorpoMed®
❑ the pillow®

Timbre/adresse:

BERRO AG Case postale • CH-4414 Füllinsdorf
Téléphone 061-901 88 44 • Fax 061-901 88 22

PH 98

Das Versicherungskonzept SPV – die Lösung für Physiotherapeuten

Mit dem Versicherungskonzept, das der SPV zusammen mit der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft, der Rentenanstalt/Swiss Life und der Krankenkasse Sanitas realisiert hat, wird die Zielsetzung verfolgt, den Mitgliedern des SPV und ihren Angehörigen eine umfassende Dienstleistung rund um das Thema «Versicherung» anzubieten. Von A bis Z.

Als Partner des SPV sind wir laufend bestrebt, das Konzept zu ergänzen und weiter auszubauen.

Die Partner des Schweizerischen Physiotherapeuten-Verbandes

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft

Rentenanstalt

Swiss Life

sanitas

Ihre Kontaktnummer: 041-799 80 50

- *Stade 2:* l'axonotmésis: les gaines du nerf sont respectées, mais les axones sont rompus. Cette lésion va entrainer la dégénerescence de la partie distale de l'axone (dégénerescence Wallérienne). Le bout proximal va repousser à la vitesse de 1 mm par jour et on peut espérer une réinnervation dans un délai de 12 à 18 mois.
- *Stade 3:* la neurotmésis; c'est la section pure et simple du nerf, gaines et axone. Les plaques motrices sont désafférentées, inutilisables; le nerf repoussera, mais il doit fabriquer ses gaines isolantes et pendant cette période les filets nerveux nouveaux sont très frêles et fragiles; ils peuvent repousser de façon anarchique, créant un névrome, le plus souvent douloureux.

Suivant l'ampleur du traumatisme obstétrical, les nerfs moteurs et sensitifs des releveurs de l'anus et du sphincter strié urétral ont pu subir ce genre de dommages.
Dans le post partum il est habituel de dire qu'il faut inclure dans la rééducation de l'électrostimulation fonctionnelle (SEF) quand le testing manuel des releveurs est inférieur à 2 et tenir compte des stades ci-dessus mentionnés. Mais la plupart du temps, la SEF dans le post partum ne tient pas compte de ces éléments, qui peuvent, soit moduler l'indication, soit carrément contre indiquer l'utilisation de certains courants ou de certains types de courant. On peut donc s'interroger sur le bien fondé de cette technique et de son utilisation uniforme et larga manu, qui peut, dans certains cas, être inutile et dans d'autres, iatrogène.
En effet, si, à cause d'un accouchement, des releveurs ont pu perdre 50% de leur valeur fonctionnelle, cela peut être pour des raisons neurogènes périphériques. Ainsi donc, il convient de moduler cette technique.

- *Testing des muscles à 0:* utiliser des courants spécifiques aux muscles totalement dénervés.
- *Testing des muscles compris entre 0+ et 3:* il y a donc une commande volontaire possible, même minime; il faut utiliser des courants à pente d'autant plus progressive que la contraction est faible.
  Ces courants doivent être relayés le plus tôt possible par du travail actif.
- *Testing des muscles est supérieur à 3:* la SEF est inutile; le travail actif doit lui être préféré, sur le mode du verrouillage à l'effort. Si les releveurs ont totalement récupéré, qu'il reste une incontinence urinaire d'effort et que le diagnostic d'insuffisance sphinctérienne est posé après bilan urodynamique, des paramètres de stimulation bien codifiés doivent être utilisés.

Outre les indications très précises de la SEF que l'on utilise notamment lors de l'inversion de commande périnéale, on peut y trouver une aide précieuse quand les releveurs sont à 2 ou à 2+, c'est le travail actif aidé.
Après que la femme ait bien perçu la contraction induite par l'appareil, on lui demande de faire elle même une contraction en même temps que celle donnée par le courant. Elle respectera ensuite le temps de repos habituel.

c) Le biofeedback:
Nous ne reviendrons pas ici sur l'intérêt du biofeedback. Cependant, on peut augmenter ses possibilités quand la patiente est bien entrainée. On lui demandera de maintenir une contraction égale en diminuant l'influence des signaux sensitifs. Elle devra le faire sans le son, puis sans regarder la rampe de diodes ou le tracé, jusqu'à un temps de contraction de six à huit secondes. Elle pourra ainsi affiner sa contraction périnéale en repérant toutes les sensations qui accompagnent le degré de contraction.

d) Le travail à la maison:
Toute rééducation, et à fortiori au début, doit s'accompagner d'un travail de répétition à la maison. Cela doit se faire en séries lentes, respectant un temps de travail et deux temps de repos, avec l'aide d'un tube intravaginal qu'on pourra fournir ou non. S'il y a tube, il faut apprendre à la patiente à ressentir l'effet de la contraction sur la position du tube. Au repos, le tube prend naturellement la direction de l'axe vaginal, oblique en bas et en arrière. Lors de la contraction, le tube subit une force qui l'horizontalise. Il est facile de demander à la patiente de mettre un doigt au niveau de l'orifice du tube en place et de sentir cette modification.
Outre le travail, qu'elle peut objectiver, elle peut prendre aussi conscience de l'éventuel rejet du tube, qui signifierait une inversion de commande ou au moins une forte participation abdominale.

• B) Phase 2
C'est la phase des résistances ajoutées et du verrouillage à l'effort. Voici quelques exemples d'exercices.

a) Résistances induites par la patiente: elles résultent des modifications de la pression abdominale que la patiente peut réaliser elle même.
Ce sont des exercices dérivés des manœuvres de massage abdominal et de mobilisation diaphragmatique de Valsalva.

Par exemple:
- *dans un premier temps* sur le toucher vaginal, la patiente contracte ses releveurs, elle maintient sa contraction et commence une respiration abdominale à faible volume. Elle doit ressentir qu'à l'inspiration, une pression s'exerce sur son verrouillage périnéal, de haut en bas. A l'expiration, cette pression se soulage, c'est plus facile de verrouiller.
- *dans un deuxième temps,* la respiration se fait à plus grand volume; on augmente ainsi la force d'appui sur le périnée qui ne doit pas bouger.
- *dans un troisième temps;* inspiration profonde, fermeture de la glotte et verrouillage périnéal. Transfert de la pression abdominale au thorax, puis l'inverse, une ou deux fois. Le périnée ne doit pas bouger.

– en progression, le verrouillage sera réalisé dans le même temps que la pression augmente.

b) Résistances induites par le physiothérapeute:
Reprenant l'exercice du tube fait à la maison, on peut lui adjoindre des résistances; en augmentant l'angle tube/plan horizontal et surtout pas en lestant le tube, ce qui, en décubitus dorsal, aurait l'effet inverse de celui recherché.
Il faut simplement, empêcher, avec un doigt, l'horizontalisation du tube, avec une force variable et d'une intensité suffisamment étudiée pour qu'elle n'empêche pas totalement le mouvement.

c) Résistances externes:
- *La pesanteur:* après le décubitus dorsal et le plus rapidement possible, tous les exercices doivent être repris avec des fractions de pesanteur, à 30°, puis 45°, puis 60°, jusqu'à la position verticale. Cela peut être fait en inclinant simplement la partie supérieure de la table de travail. Le toucher vaginal de vérification est poursuivi dans toutes ces positions.
  On peut aussi exécuter le travail en biofeedback en position verticale, à condition de déplacer l'électrode de référence en la plaçant par exemple sous le calcanéum.
- *les tubes:* cette fois, il s'agit en position verticale, de ne pas laisser échapper le tube du vagin. La contraction des releveurs doit le verticaliser.
  On travaille sur le même protocole de contractions isométriques, avec un repos double du temps de travail. Dans cette position, on peut également mettre des résistances sur le tube, d'une façon analogue à celle précedemment décrite.

e) Les situations et positions défavorables:
Depuis le décubitus dorsal jusqu'à la position debout, la patiente doit pouvoir verrouiller son périnée et le maintenir ainsi à tout effort, notamment la toux, l'éternuement, le port et le lever de charges. A ce propos, il faut s'intéresser à la pro-

IFAS 98, 27.10–30.10
Halle 7, Stand 7.136

Offre gratuite d'aide à l'installation.

Autrefois, gérer un cabinet de physiothérapeute n'avait rien de sorcier. Il suffisait d'un patient, d'une articulation bloquée, de quelques manipulations et tout rentrait dans l'ordre. Aujourd'hui, c'est un peu plus compliqué! Comptabilité, établissement et envoi des factures, administration fiduciaire, rappels de paiement, suivi et opérations de recouvrement quand les patients font la sourde oreille, tout ça n'est pas une mince affaire. De nos jours, il faut avoir les nerfs solides et du temps pour gérer un cabinet. Ce n'est pas donné à tout le monde – sauf si l'on s'y consacre, comme nous, à plein temps.

ÄKCM

CAISSE DES MÉDECINS · Route de Jussy 29 · 1226 Thônex · Tél. 022/348 13 20 · Fax 022/348 13 50

fession de la patiente pour lui faire éventuellement travailler les positions dans lesquelles elle surmène son plancher pelvien.
A la fin de cette deuxième phase, qui réalise la transition entre travail périnéal et travail abdominal, si tous les exercices sont executés correctement, on peut estimer que la patiente est capable de contrôler elle même et on se passe du toucher vaginal.
Remarque: D'autres exercices peuvent être réalisés, mettant en jeu les autres syncinésies habituellement rencontrées (abducteurs, adducteurs fessiers, etc.)

• C) Phase 3

C'est l'entrainement à l'effort et la récupération abdominale proprement dite. Tous les exercices seront précédés d'un travail de renforcement pour le transverse, sur le mode habituel, contre le poids des viscères et contre le diaphragme. Les exercices suivants se feront en charge, d'abord assise en bord de table, puis debout, enfin sur plan instable.
Exemple: Patiente asssise en bord de table, en expiration complète, ventre rentré, périnée verrouillé, côtes abaissées. Elle tend les deux bras vers l'avant, mains jointes. Le physiothérapeute exerce une résistance pour l'empêcher de baisser les bras, une autre pour l'empêcher de soulever les genoux, la patiente doit faire l'effort inverse, pendant cinq secondes, suivies de dix secondes de repos.
Sur le même mode, on peut faire travailler les obliques.
On pourra commencer les déséquilibres assise sur la table. A partir de là, la variété est grande sur le choix des exercices et des résistances: tête – genoux, genoux – coudes, genoux – mains, aile iliaque – épaule, mains du thérapeute – mains de la patiente paume à paume, etc., résistances placées sur bâton, assise puis debout. On peut passer ensuite au travail sur plans instables, au cours desquels la patiente aura à maintenir les abdominaux en position raccourcie et le périnée verrouillé. Ce sera du travail sur ballon de Klein, plateau de Freeman, et mêmes des rattrapages de médecine ball ou de ballons, lancés plus ou moins fortement. On entreprendra alors les sauts divers.
Il semble raisonnable de penser qu'à l'issue de cette rééducation, la femme sera à même de reprendre ses sports habituels. Comme on le voit, cette rééducation du post partum, qui semble si banale, peut considérablement s'enrichir et être d'autant plus agréable pour la patiente et le physiothérapeute qu'il s'agit d'un travail allant de la thérapeutique rigoureuse jusqu'à la remise en forme d'une personne non malade très motivée, incluant sa participation entière.

III) Séquelles de l'accouchement

La rééducation des séquelles de l'accouchement ne signifie plus une simple rééducation abdominale, mais une rééducation périnéale systèmatiqueet liée à la présence de symptômes déjà existants.
Si le plus souvent, arrivent en rééducation des patientes ayant accouché au minimum six semaines auparavant, dans certains cas cependant, on reçoit très tôt, de jeunes accouchées avec de très grosses séquelles d'incontinence urinaire et/ou fécale.

a) le bilan de début de rééducation
a alors pour buts:
– d'être au clair vis à vis d'antécédents de terrain particulier: maladies métaboliques, antécédents neurologiques ou chirurgicaux préexistants
– d'évaluer les facteurs de risque périnéaux ultérieurs propres à la patiente: asthme, bronchites, métiers à risque, pratique d'un sport.
– d'évaluer le niveau des séquelles immédiates et leur gêne fonctionnelle
– d'y corréler la valeur musculaire fonctionnelle de la musculature périnéale et abdominale.

Hors de la simple notion de pratique d'exercices particuliers ou du «montage» d'un protocole de rééducation, la notion fondamentale qu'il faut garder à l'esprit est celle d'évolutivité à cause:

– des facteurs de réimprégnation hormonale et de cicatrisation tissulaire
– de la récupération spontanée des fibres musculaires considérablement étirées au cours de l'accouchement lui même.

Il y aura ainsi une évolution: des symptômes, de la perception sensitive de la région périnéale et abdominale, ainsi que des réponses musculaires fonctionnelles liées à la reprise des rapports.

b) rôles du physiothérapeute:
- *Préventif:* lors d'un simple déficit de la musculature des muscles releveurs de l'anus, sans symptôme fonctionnel
- *Thérapeutique:* lors d'un déficit musculaire des releveurs et/ou du sphincter anal avec symptomes fonctionnels de fuites urinaires et/ou fécales.
- *Performance musculaire instantanée:* lors d'une distension du sytème ligamentaire de suspension des organes pelviens avec ou non déficit musculaire entrainant des délabrements de la statique pelvienne de type prolapsus avec ou non fuites urinaires.
- *Antalgique:* lors d'une cicatrisation douloureuse d'épisiotomie.
- *Réharmonisation lombo-abdomino pelvienne:* lors d'une mauvaise organisation lombo-abdominale avec hypotonie des muscles abdominaux.

c) le timing:
1. *de la 6e semaine au 3e/4e mois:* période de localisation, de perception périnéale, de renforcement des releveurs, de soulagement des douleurs cicatricielles: suivant les symptômes, l'efficacité de la rééducation peut être partielle ou totale, du fait du contexte hormonal et du niveau de traumatisme musculaire.

2. *du 3e/4e mois à une année* (ou évolution du stade précédent):
- *sans symptôme fonctionnel* particulier, rééducation périnéale puis abdominale rapidement installée
- *avec symptôme fonctionnel:* la récupération des muscles releveurs est fondamentale car elle peut amener à elle seule l'amélioration des séquelles fonctionnelles, la rééducation abdominale avec protection du plancher pelvien peut suivre aussitôt les releveurs efficaces.

3. *après un an:* lié à la persistance des symptomes fonctionnels (ou évolution des stades précedents)
- rééducation des muscles releveurs s'ils sont déficients
- explorations éventuelles plus spécifiques si les symptômes persistent après simple rééducation des releveurs avec des protocoles adaptés. Chaque phase peut bien sûr être suffisante.

BIBLIOGRAPHIE

BOUCHET et CUILLERET: Anatomie, Tome 4. Editions SIMEP.

BOURCIER, JURAS: Urodynamique et rééducation en urogynécologie. Ed VIGOT.

COTELLE: Guide pratique de rééducation en urogynécologie. Editions Ellipses.

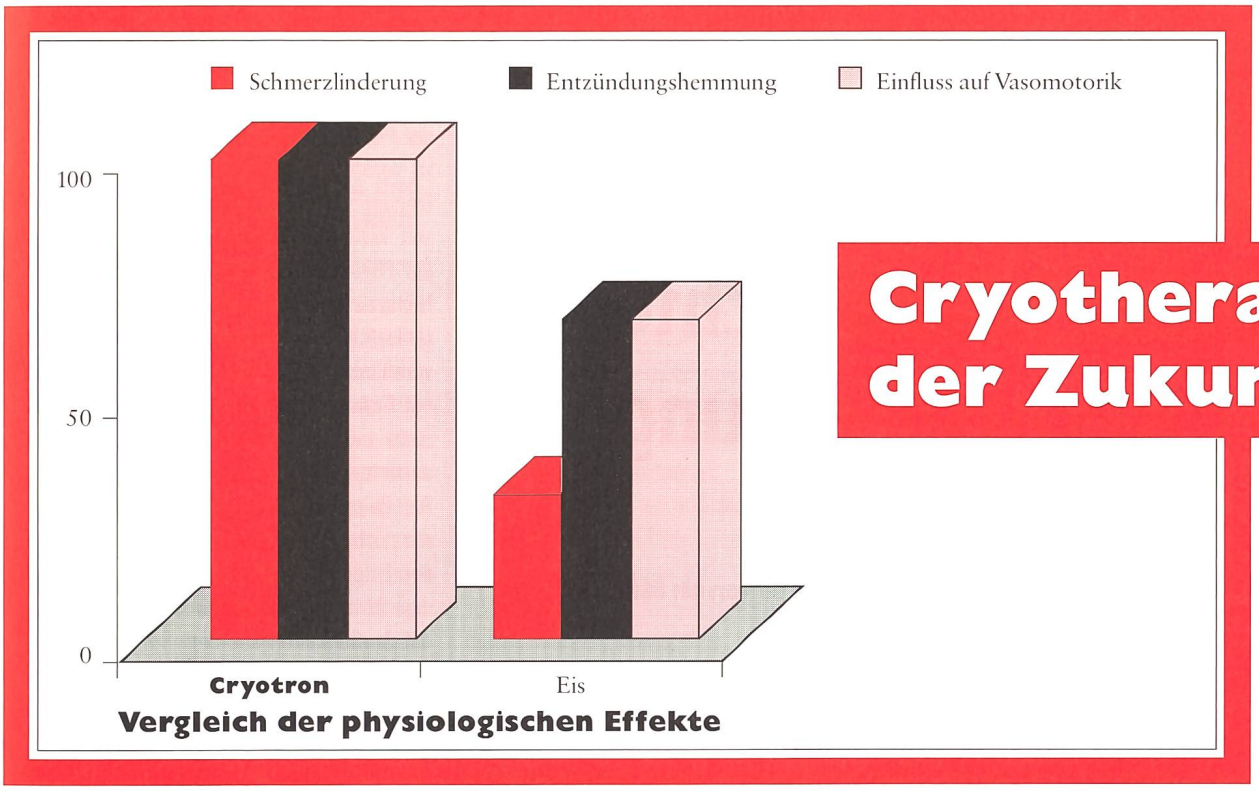
HOURTOULE et GERARD: Le petit bassin. Ed Maloine.

KAPANDJI: Physiologie articulaire Tome 3. Editions Maloine.

LACOTE, CHEVALLIER, MIRANDA, BLETON, STEVENIN: Evaluation clinique de la fonction musculaire. Editions Maloine.

DELEGAY J.M.: Electrologie EMC Paris (France) Kinésithérapie. 21145 A10-4 -1989/ 24 pages.

RAGUIN M.: Bialn électrologique et place de l'électromyographie en rééducation fonctionnelle. EMC Paris (France). Kinésithérapie - 26015 - A10. 14 pages.



Cryotherapie der Zukunft

Cryotron: Effizient und sicher

- Funktionelle Rehabilitation
  Verbesserung der Beweglichkeit
  Schmerzlinderung
  Lockerung der Muskeln
  Triggerpunkt-Therapie

- Sport- und andere Verletzungen
  Verstauchungen, Muskelzerrungen, Muskelriss,
  Verrenkungen, Sehnenentzündungen
  Blutergüsse (auch Behandlung bei Blutern)
  Ödeme

- Rheumatische Erkrankungen
  Entzündlicher Rheumatismus
  Algodystrophie-Syndrom
  Ischias

AGA

AGA Aktiengesellschaft*
Industriestrasse 30
4133 Pratteln
Telefon 061 826 72 00
Telefax 061 826 72 01

* AGA
ist der Alleinvertreter
in der Schweiz von
Cryonic MEDICAL

☐ Ich bitte um kostenlose Unterlagen
☐ Ich bitte um eine kostenlose Demonstration des Cryotrons
☐ Ich möchte den Cryotron 14 Tage kostenlos zur Probe

Name und Vorname:
Adresse:
PLZ / Ort:
Telefon:

HC 98