



Travail original

Intérêt de la rééducation périnéale prénatale chez les patientes présentant une incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse

Étude préliminaire

V. Letouzey*, R. de Tayrac*, N. Paradis**, P. Mares*

* Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Carêmeau, place de Professeur-Robert-Debré, 30900 Nîmes Cedex 9.

** Cabinet de Rééducation Périnéale, avenue Kennedy, 30900 Nîmes.

RÉSUMÉ

Objectif. Évaluer les résultats de la rééducation périnéale prénatale (RPP) chez les patientes présentant une incontinence urinaire d'effort (IUE) pendant la grossesse.

Matériel et méthodes. Dix patientes ayant une IUE pendant la grossesse ont bénéficié d'une rééducation périnéale standardisée avant l'accouchement. Une enquête téléphonique a été réalisée à distance de l'accouchement afin d'évaluer le taux de satisfaction des patientes, le taux de disparition de l'IUE et les résultats de cette prise en charge sur les plans sexuels et de la statique pelvienne. Deux questionnaires de symptômes et de qualité de vie (ISP, QIP) ont été soumis aux patientes par téléphone. Les résultats obtenus ont été comparés à un groupe contrôle de 10 patientes qui ne présentaient pas d'IUE pendant leur grossesse, qui n'ont pas bénéficié d'une RPP, mais chez qui a été réalisée une rééducation périnéale post-natale classique (RPN). Les deux groupes ont été appariés sur l'âge, le BMI, la parité et les antécédents obstétricaux. Les modalités de l'accouchement des deux groupes ont été comparées (taux d'extraction, taux d'épisiotomie).

Résultats. Les taux de satisfaction de la prise en charge rééducative ont été respectivement de 10/10 et de 7/10 pour la RPP et pour la RPN. Il n'y a pas eu plus d'extraction instrumentale ou d'épisiotomie dans le groupe (RPP). Parmi les 10 patientes qui présentaient une IUE pendant la grossesse et qui ont bénéficié d'une RPP, le taux d'IUE en moyenne 14 mois après l'accouchement était de 4/10. Parmi les 10 patientes qui ne présentaient pas d'IUE pendant la grossesse et qui ont bénéficié d'une RPN, une sur dix présentait une IUE en moyenne 22 mois après l'accouchement.

Conclusion. Cette étude porte un message de faisabilité dans la réalisation d'une étude prospective cherchant à prouver que la rééducation périnéale prénatale est efficace sur la diminution du risque d'IUE persistante après l'accouchement. Malgré la nécessité de confirmer ces résultats sur de plus grandes séries, cette prise en charge pourrait d'ores et déjà s'intégrer dans notre pratique quotidienne.

Mots-clés : Rééducation périnéale • Grossesse • Incontinence urinaire d'effort.

SUMMARY: Antenatal perineal rehabilitation in patients with stress urinary incontinence during pregnancy: preliminary study.

Objective. To evaluate the results of antenatal perineal rehabilitation (APR) in patients complaining of stress urinary incontinence (SUI) during pregnancy.

Material and methods. Ten patients complaining of SUI during pregnancy participated in a standardized APR program. A phone investigation was carried late after delivery to evaluate patient satisfaction, improvement of SUI and effect of this therapeutic approach on sexual function and pelvic floor stability. The patients were invited to respond to two quality of life and symptom questionnaires (ISP, QIP). Results obtained were compared with those of a control group of 10 patients who did not present SUI during pregnancy, and who did not participate in APR, but took part in a conventional program of postnatal perineal rehabilitation (PPR). The groups were matched for age, BMI, parity and obstetrical history. Delivery modalities (instrumental deliveries and episiotomy rate) were analyzed in both groups.

Results. The rate of satisfaction with perineal rehabilitation were 10/10 and 7/10 for the APR and the PPR respectively. Delivery modalities were not different in the APR group. Four of the 10 patients who presented SUI during pregnancy had persistent SUI 14 months after childbirth. One of the 10 patients who did not present SUI during pregnancy presented SUI 22 months after the childbirth.

Conclusion. This study provides incentive to conduct a prospective study to demonstrate that antenatal perineal rehabilitation is an effective way to reduce the risk of persistent SUI after childbirth. Although these preliminary results have to be confirmed by larger series, this management scheme can be proposed.

Key words: Perineal rehabilitation • Pregnancy • Stress urinary incontinence.

Correspondance : R. de Tayrac, à l'adresse ci-dessus. **E-mail :** renaud.detayrac@chu-nimes.fr

Reçu le 16 août 2005. Avis du Comité de Lecture le 23 décembre 2005. Définitivement accepté le 22 août 2006.

Ce texte est déjà paru sous la référence J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 : 773-777.

Des troubles périnéaux peuvent survenir pendant une grossesse, y compris chez une patiente primipare, généralement au deuxième ou troisième trimestre. Le problème le plus fréquent est l'incontinence urinaire d'effort (IUE). L'IUE féminine est une pathologie périnatale très fréquente, puisqu'on estime actuellement l'incidence à 20-67 % des femmes pendant la grossesse et 30-44 % dans le post-partum [1]. L'incontinence urinaire d'effort entraîne une détérioration de la qualité de vie y compris pendant la grossesse et le post-partum. La grossesse et l'accouchement par voie basse reste les facteurs de risque les plus cités [1, 2].

Ce problème, malgré sa fréquence et son retentissement potentiel sur la qualité de vie des femmes enceintes, n'est que rarement abordé lors des consultations d'obstétriques. Le diagnostic de trouble périnéal pendant la grossesse est essentiel. Toute consultation d'obstétrique, et plus particulièrement chez une patiente à risque (antécédent d'accouchement par forceps, troubles périnéaux avant la grossesse, grossesse gémellaire), devrait comprendre un interrogatoire à la recherche de troubles périnéaux (incontinence urinaire d'effort, incontinence anale aux gaz ou aux selles, pesanteur périnéale, voire prolapsus) et un examen clinique à la recherche d'une hypermobilité cervico-urétrale, d'une fuite urinaire à la toux, d'une hypotonie périnéale (testing des releveurs) ou d'un prolapsus génital.

La rééducation périnéale prénatale (RPP) a fait la preuve de son efficacité dans la prévention de l'IUE du post-partum. Deux études prospectives randomisées ont récemment montré une diminution significative du risque d'incontinence urinaire d'effort trois mois après l'accouchement chez les patientes primipares qui ne présentaient pas d'IUE pendant la grossesse [3, 4].

Afin d'évaluer les résultats de la rééducation périnéale prénatale (RPP) chez les patientes présentant une incontinence urinaire d'effort (IUE) pendant la grossesse, nous avons réalisé une enquête téléphonique sur un échantillon de patientes. À notre connaissance, il n'y a pas à ce jour d'étude publiée sur cette prise en charge.

■ MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette étude rétrospective a été réalisée et coordonnée à partir du Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes. Quinze cabinets de rééducation périnéale (sages-femmes et kinésithérapeutes) ont été contactés et interrogés sur leur pratique en matière de rééducation prénatale. Trois cabinets sur 15 pratiquaient régulièrement ce type de

rééducation. Parmi ces trois cabinets, 20 patientes avaient bénéficié d'une rééducation prénatale sur une période de 3 ans (2002-2004). Les indications de cette rééducation étaient : incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse (12/20) (définie comme une perte involontaire d'urine à l'effort), antécédent d'incontinence urinaire d'effort du post-partum précédent (8/20) et de prolapsus diagnostiqué (2/20). Certaines patientes cumulant deux indications de rééducation. Deux des douze patientes présentant une incontinence urinaire d'effort avaient un prolapsus diagnostiqué.

Nous avons exclu les patientes qui ne présentaient pas d'IUE au cours de la grossesse actuelle. Celles ayant présenté une IUE ou un prolapsus en dehors de toute grossesse ont été exclues également. Nous avons donc retenu initialement une population de 10 patientes devenues incontinentes pendant la grossesse.

Toutes les patientes ont été rééduquées selon un protocole standardisé. La durée des séances était de trente minutes. Un minimum de cinq séances était réalisé entre la 20^e et la 33^e semaine d'aménorrhée. La première séance était destinée à un enseignement de l'anatomie et de la physiologie du périnée. Les autres séances se passaient principalement en position allongée. Les deux techniques employées étaient le travail manuel et le *biofeedback*, l'électrostimulation étant contre-indiquée pendant la grossesse. Le principe de contraction lente visait la soutenance (muscle lisse) et l'endurance. La contraction rapide concernait plus la fonction sphinctérienne et la continence (puissance). La maîtrise et la connaissance du plancher pelvien permettent d'introduire la nécessité d'exercices à domicile.

Les critères d'évaluation de cette étude rétrospective portaient sur les symptômes urinaires, colo-rectaux et de prolapsus au 3^e trimestre de la grossesse, dans le post-partum et à distance de l'accouchement. Les modalités d'accouchement (taux d'épisiotomie et d'extraction instrumentale) ont été également prises en considération. Cette évaluation a été réalisée rétrospectivement par une enquête téléphonique. Les questionnaires proposés aux patientes (ISP, QIP) étaient des questionnaires validés en anglais, et traduits en langue française [5] qui prennent en considération aussi bien les signes fonctionnels et l'impact sur la vie quotidienne des problèmes urinaires, digestifs et de statique pelvienne.

Afin de pouvoir comparer les résultats de la rééducation prénatale à la prise en charge classique, nous avons choisi un groupe contrôle comprenant des patientes qui ne présentaient pas d'IUE pendant leur

Tableau I Caractéristiques des deux populations.
Characteristic features of the two populations.

	Rééducation prénatale n = 10	Rééducation postnatale n = 10	<i>p = 0,05</i>
Âge moyen [extrêmes]	34,5 [30-41]	33,6 [29-38]	NS
Indice de masse corporelle (kg/m ²) [extrêmes]	21,9 [17-29]	21 [17-28]	NS
Parité Moyenne [extrêmes]	1,8 [1-3]	1,5 [1-2]	NS
Activité sportive régulière	37 %	36 %	NS
Tabac (supérieur à 10/J)	10 %	27 %	NS
ATCD Césarienne	10 %	10 %	NS
ATCD Episiotomie	70 %	60 %	NS
ATCD Extraction instrumentale	20 %	20 %	NS
Poids Naissance Moyen [extrêmes]	3065 [2350-3990]	3253 [2580-3950]	NS

NS : non significatif ($p > 0,05$).

grossesse. Ces patientes n'ont pas bénéficié d'une RPP, mais elles ont bénéficié d'une RPN. Elles ont été répertoriées selon les items suivant : âge, BMI, antécédents obstétricaux et symptômes urinaires et digestifs.

■ RÉSULTATS

L'enquête téléphonique a donc été réalisée sur dix patientes qui présentaient une IUE pendant la grossesse et qui ont bénéficié d'une rééducation périnéale prénatale (RPP) et dix patientes qui ne présentaient pas d'IUE pendant la grossesse mais qui ont bénéficié d'une rééducation périnéale post-natale (RPP). Les caractéristiques des patientes étaient identiques dans les deux groupes (*tableau I*).

Toutes les patientes ont répondu à l'enquête et ont correctement remplis les deux questionnaires. Le nombre moyen de séances de rééducation effectivement réalisées était de 9 (+/- 3) et 14 (+/- 6), respectivement pour les groupes RPP et RPN. Dans le post-partum, les séances ont été réalisées en moyenne au quatrième mois. Le nombre de patientes satisfaites de la prise en charge rééducative était de 10/10 dans le groupe RPP et de 7/10 dans le groupe RPN. L'acquisition des connaissances sur le périnée était jugée satisfaisante et suffisante pour effectuer les exercices à domicile pour toutes les patientes du groupe RPP et pour 5/10 du groupe RPN.

Le recul moyen entre l'accouchement et l'enquête téléphonique était respectivement de 14 et 22 mois pour le groupe RPP et RPN. Les taux d'IUE en fonction du temps sont résumés dans le *tableau II*.

Le tableau révèle une efficacité de la RPP chez 6 patientes sur 10, et un taux d'IUE du post-partum comparable dans les deux populations, malgré l'absence d'IUE pendant la grossesse dans le groupe contrôle. D'autre part, si plus de patientes du groupe étudié présentaient une IUE à distance de l'accouchement, l'analyse des questionnaires de symptômes et de qualité de vie n'a pas révélé de différence significative sur les troubles urinaires entre les deux groupes.

Tableau II Taux d'incontinence urinaire d'effort en fonction du temps et résultats des auto-questionnaires de symptômes et de qualité de vie.
Rate of stress urinary incontinence over time and results of the self-administered symptom and quality-of-life questionnaires.

	Rééducation prénatale n = 10	Rééducation postnatale n = 10
Antécédent d'IUE avant la grossesse	0	0
IUE pendant la grossesse	10	0
IUE à la fin du 3 ^e trimestre	9	0
IUE en post-partum	4	3
Recul moyen depuis l'accouchement	14 mois	22 mois
<i>Résultats de l'enquête :</i>		
IUE au moment de l'enquête téléphonique	4	1
Scores des symptômes urinaires	27/300	23/300
Scores de qualité de vie en rapport avec des troubles urinaires	17/300	7/300

Enfin, des troubles sexuels du post-partum ont été rapportés chez 1/10 patiente du groupe RPP et chez 3/10 patientes du groupe RPN. En revanche, l'analyse des questionnaires de symptômes et de qualité de vie n'a pas révélé de différence significative sur les troubles colo-recto-anaux et la statique pelvienne entre les deux groupes.

■ DISCUSSION

L'IUE est une pathologie périnatale à part entière. Les moyens de prévention primaire de l'IUE du post-partum comprennent une éducation périnéale, un dépistage des facteurs de risques et une rééducation périnéale. L'éducation périnéale est une formation sur l'anatomie et la physiologie périnéale théoriquement réalisée par les sages-femmes au cours des séances de préparation à la naissance. Le dépistage des facteurs de risques doit être réalisé dès le début de la grossesse et jusqu'en salle de travail par le dépistage des macrosomies fœtales et des présentations postérieures, le contrôle visuel et manuel attentif du périnée, la contre-indication des épisiotomies médianes, la limitation des indications d'extraction par forceps et par la réparation des déchirures sphinctériennes par un opérateur entraîné dans de bonnes conditions [6]. En l'état actuel des connaissances, ni l'épisiotomie systématique, ni la césarienne ne permettent de prévenir l'apparition d'une incontinence urinaire d'effort dans le post-partum.

La rééducation prénatale a fait la preuve de son efficacité [3, 4], mais n'a pas été étudiée chez les patientes présentant une IUE pendant la grossesse, ni après le 3^e mois du post-partum. L'IUE féminine est une pathologie périnatale très fréquente, puisqu'on estime actuellement l'incidence à 20-67 % des femmes pendant la grossesse et 30-44 % dans le post-partum [1], le taux d'IUE s'améliorant spontanément au fur et à mesure du post-partum. La première étude, menée en Grande-Bretagne, a rapporté cette efficacité [3] en comparant 120 patientes avec hypermobilité cervico-urétrale ayant été rééduquées pendant la grossesse (1 séance par mois à partir de 20 semaines d'aménorrhée), et 110 patientes ayant été simplement éduquées. Le taux d'incontinence urinaire d'effort à trois mois du post-partum était respectivement de 19,2 % *versus* 32,7 % ($p < 0,05$), soit une réduction du risque de 40 % grâce à la rééducation. Une deuxième étude, norvégienne [4], a comparé 145 patientes ayant été rééduquées pendant la grossesse (12 séances entre 20 et 36 semaines d'aménorrhée), et 144 patientes non

rééduquées. Le taux d'incontinence urinaire d'effort à trois mois du post-partum était respectivement de 20 % *versus* 31 % ($p < 0,05$).

Contrairement aux précédentes études, nous avons souhaité évaluer l'intérêt de ce type de rééducation dans le cadre d'une prévention secondaire, chez des patientes symptomatiques pendant la grossesse. D'après les résultats de cette étude préliminaire, l'impact de cette prise en charge prénatale semble intéressant à plusieurs niveaux. Parmi les 10 patientes qui présentaient des fuites pendant la grossesse, 6 n'avaient plus de fuites dans le post-partum, avec un résultat durable à plus d'un an de l'accouchement. De plus, les faibles scores de symptômes et de qualité de vie sont en faveur d'une pathologie modérée chez les 4 patientes encore symptomatiques après l'accouchement. Au moment de l'accouchement lui-même, les patientes rééduquées pendant la grossesse n'ont pas présenté plus de problèmes que les autres. La réduction du taux d'épisiotomie avait été retrouvée à la limite de la significativité dans l'étude randomisée norvégienne (51 % *versus* 64 %, $p = 0,05$). Dans une seconde publication, cette même étude a retrouvé une réduction du risque de prolongation de la deuxième phase de travail au-delà de 60 minutes dans le groupe rééducation ($p < 0,05$) [7].

Les résultats de cette étude préliminaire sont limités par son caractère rétrospectif, la faible taille des échantillons et la très faible puissance statistique qui en découle. Néanmoins, il nous semble important de rapporter l'innocuité de cette prise en charge sur le déroulement du travail et la satisfaction des patientes. Ces résultats peuvent s'expliquer par une motivation particulière des femmes enceintes pour leur périnée et leur rééducateurs pour le traitement d'un problème patent. En effet, les jeunes accouchées se préoccupent plus volontiers de leur nouveau-né que de leur périnée, et le caractère souvent systématique de la rééducation post-natale la rend moins ciblée. D'autre part, l'hypoesthésie périnéale du post-partum rend parfois inutile la rééducation et illusoire le travail à domicile. Il en résulte une meilleure qualité de l'information lorsqu'elle est donnée lors de la grossesse et une meilleure acquisition des connaissances sur le périnée.

Malgré ces résultats encourageants, il faut noter que 4/10 patientes ayant des fuites urinaires pendant la grossesse ont des fuites persistantes 14 mois après l'accouchement. Ceci souligne l'intérêt du dépistage prénatal de l'IUE et rend indispensable l'information éclairée de ces patientes sur les possibilités de prise en charge post-natale, rééducative, voire chirurgicale.

■ CONCLUSION

Cette étude porte un message de faisabilité dans la réalisation d'une étude prospective cherchant à prouver que la rééducation périnéale prénatale est efficace sur la diminution du risque d'IUE persistante après l'accouchement. Malgré la nécessité de confirmer ces résultats sur de plus grandes séries, cette prise en charge pourrait d'ores et déjà s'intégrer dans notre pratique quotidienne, à condition de réaliser un dépistage de l'incontinence urinaire lors des consultations d'obstétrique.

■ RÉFÉRENCES

1. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 945-9.
2. Foldspang A, Mommsn S, Lam GW, Eldving C. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 595-600.
3. Reilly ET, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggle P, Pedlar F. Prevention of post-partum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. *Br J Obstet Gynaecol* 2002; 109: 68-76.
4. Morkved S, Bo K, Schei B, Salvensen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 313-9.
5. de Tayrac R, Chauveaud-Lambling A, Fernandez D, Fernandez H. Instrument de mesure de la qualité de vie chez les femmes présentant un prolapsus genito-urinaire. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32: 503-7.
6. Dupuis O, Madelenat P, Rudigoz RC. Incontinence urinaire et anale après l'accouchement: facteurs de risques et prévention. *Gynecol Obstet Fertil* 2004; 32: 540-8.
7. Salvesen KA, Morkved S. Randomized controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ* 2004; 329: 378-80.