



**RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE**

# **Rééducation dans le cadre du post-partum**

**Synthèse des recommandations**

**Décembre 2002**

**Service des recommandations professionnelles**

---

## 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<sup>®</sup> 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.