



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Point de vue d'expert

## Rééducation pelvi-périnéale et troubles de la statique pelvienne de la femme



### *Pelvic floor muscle training and pelvic floor disorders in women*

T. Thubert<sup>a</sup>, E. Bakker<sup>b</sup>, X. Fritel<sup>c,\*</sup><sup>a</sup> Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital Antoine-Béclère, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92140 Clamart, France<sup>b</sup> Unité recherche, HE L-de-Vinci, Parnasse-ISEI, 84, avenue Mounier, 1200 Bruxelles, Belgique<sup>c</sup> Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, CHU de Poitiers, 2, rue de la Milétrie, 86000 Poitiers, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 2 février 2015

Accepté le 30 mars 2015

Disponible sur Internet le 25 avril 2015

Mots clés :

Rééducation pelvi-périnéale  
Troubles de la statique pelvienne  
Incontinence urinaire  
Prolapsus génital

Keywords:

Pelvic floor muscle training  
Pelvic floor disorders  
Urinary incontinence  
Genital prolapse

#### RÉSUMÉ

Notre objectif est de faire le point sur les résultats de la rééducation périnéale dans le traitement de l'incontinence urinaire et des symptômes du prolapsus génital. Le renforcement des muscles du plancher pelvien permet de réduire les symptômes de l'incontinence urinaire. La rééducation encadrée par un rééducateur permet une guérison dans plus de la moitié des cas de l'incontinence urinaire d'effort. La visualisation de la contraction grâce au biofeedback améliore les résultats, mais cet effet pourrait être expliqué par une prise en charge plus intense et prolongée avec le rééducateur. La place de l'électrostimulation reste à préciser. Les résultats obtenus grâce à l'utilisation des cônes vaginaux sont équivalents au renforcement musculaire avec ou sans biofeedback ou à l'électrostimulation. On ne sait pas si l'effet de la rééducation périnéale avec renforcement musculaire a encore un effet après un an. Dans l'incontinence urinaire d'effort, la rééducation périnéale encadrée par un rééducateur en première intention évite l'intervention chirurgicale dans la moitié des cas à un an. La rééducation périnéale est le traitement de première intention de l'incontinence urinaire du post-partum. Son effet préventif est incertain. Le renforcement des muscles du plancher pelvien semble réduire les symptômes associés au prolapsus génital. En conclusion, la rééducation périnéale encadrée par un rééducateur est un traitement efficace, à court terme, pour réduire les symptômes d'incontinence urinaire ou de prolapsus génital.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

Our goal is to provide an update on the results of pelvic floor rehabilitation in the treatment of urinary incontinence and genital prolapse symptoms. Pelvic floor muscle training allows a reduction of urinary incontinence symptoms. Pelvic floor muscle contractions supervised by a healthcare professional allow cure in half cases of stress urinary incontinence. Viewing this contraction through biofeedback improves outcomes, but this effect could also be due by a more intensive and prolonged program with the physiotherapist. The place of electrostimulation remains unclear. The results obtained with vaginal cones are similar to pelvic floor muscle training with or without biofeedback or electrostimulation. It is not known whether pelvic floor muscle training has an effect after one year. In case of stress urinary incontinence, supervised pelvic floor muscle training avoids surgery in half of the cases at 1-year follow-up. Pelvic floor muscle training is the first-line treatment of post-partum urinary incontinence. Its preventive effect is uncertain. Pelvic floor muscle training may reduce the symptoms associated with genital prolapse. In conclusion, pelvic floor rehabilitation supervised by a physiotherapist is an effective short-term treatment to reduce the symptoms of urinary incontinence or pelvic organ prolapse.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [xavier.fritel@univ-poitiers.fr](mailto:xavier.fritel@univ-poitiers.fr) (X. Fritel).<http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.03.026>

1297-9589/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

De nombreuses femmes présentent des troubles urogynécologiques parmi lesquels figurent l'incontinence urinaire à l'effort (IUE), l'incontinence urinaire par urgenturie (IUU), l'incontinence urinaire mixte (IUM), le syndrome d'hyperactivité vésicale, ou bien encore les symptômes d'un prolapsus génital [1]. Selon les dernières recommandations de l'AFU (Association française d'urologie) et du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français), le traitement de première intention de ces troubles repose sur la rééducation pelvi-périnéale [2,3]. La rééducation pelvi-périnéale encadrée par un rééducateur est multimodale comportant différentes facettes : une partie cognitive (éducation, prise de conscience du plancher pelvien), une partie comportementale d'entraînement vésical (modification des habitudes mictionnelles), une partie de renforcement musculaire (contractions volontaires contre résistance avec ou sans biofeedback et électrostimulation), et aussi un travail sur la posture (équilibre et position du bassin). La rééducation des muscles du plancher pelvien a pour but d'augmenter la force, l'endurance, la rapidité de contraction et ensuite d'améliorer la synchronisation. La contraction isolée permet une correction des symptômes, en particulier en cas d'urgenturie, grâce au réflexe périnéo-détrusorien inhibant (la contraction du plancher pelvien inhibe la contraction vésicale), alors que l'automatisation de la contraction avant l'effort va permettre une amélioration des symptômes en cas d'incontinence à l'effort. Notre objectif est de faire le point sur les résultats attendus de la rééducation pelvi-périnéale depuis les dernières recommandations du CNGOF [3].

## 1. Rééducation pelvi-périnéale et incontinence urinaire

Dans une récente revue de la littérature, Deffieux et al. rappelaient les différents mécanismes physiopathologiques d'action de la rééducation s'avérant efficaces sur l'incontinence urinaire de la femme [4]. Ils analysaient séparément les exercices de contractions périnéales, le biofeedback, l'électrostimulation, et la thérapie comportementale. Il en ressortait que les exercices de contraction volontaire des muscles pelvi-périnéaux (MPP, *pelvic floor muscles* en anglais) sont associés à une augmentation significative de la force de contraction de ces muscles et à une amélioration des scores d'incontinence urinaire pour les femmes présentant une IUE. En revanche, cette augmentation de la force des MPP n'est pas associée à une augmentation de la pression de clôture urétrale maximum (PCUM), ou à une correction de l'hypermobilité urétrale [4]. L'utilisation de l'électrostimulation vaginale s'accompagne, suivant les modalités des paramètres choisis, d'une augmentation de la force de contraction des muscles pelvi-périnéaux, ou d'une diminution de l'intensité des contractions détrusoriennes, sans modification de la PCUM. Les données disponibles dans la littérature sont plus limitées sur le biofeedback et les thérapies comportementales. Une étude visant à évaluer les modifications morphologiques des muscles des releveurs de l'anus avant et après un programme de séances de contractions périnéales chez des patientes présentant une IUE, montrait une réduction du hiatus des releveurs [5].

En 2014, Dumoulin et al. ont actualisé les données de la dernière méta-analyse publiée en 2010 visant à comparer l'efficacité d'un programme de contractions volontaires des MPP encadré par un rééducateur par rapport à un groupe contrôle chez les femmes souffrant d'IUE [6,7]. Après exclusion des études de faible pertinence, 18 essais contrôlés randomisés (1051 patientes) ont été inclus dans cette nouvelle méta-analyse. Les auteurs concluent que les femmes présentant une IUE isolée et bénéficiant d'une rééducation périnéale de renforcement musculaire encadrée par un rééducateur rapportaient un taux de guérison subjective de leur IUE 8 fois supérieur comparé au groupe contrôle (RR 8,38 [IC95 %

3,68–19,07], 46/82 [56,1 %] versus 5/83 [6,0 %]), un taux de guérison objective 7 fois supérieur (RR 7,5 [2,89–19,47], 38/71 [53,5 %] versus 4/64 [6,3 %]), une réduction supérieure de la quantité des fuites mesurée par le pad-test (RR –13,22 [de –26,36 à –0,09]), et un taux d'amélioration des symptômes ou de guérison 17 fois supérieur au groupe contrôle (RR 17,33 [4,31–69,64], 32/58 [55 %] versus 2/63 [3,2 %]). Il n'était pas possible de tirer des conclusions pour les patientes présentant une IUU isolée ou une IUM. En considérant tous les types d'IU confondus, le taux de guérison était 5,5 fois supérieur dans le groupe rééducation comparé au groupe contrôle (RR 5,55 [2,87–10,52]), le taux de guérison ou d'amélioration des symptômes était 2,3 fois supérieur au groupe contrôle (RR 2,35, [1,62–3,39]). L'efficacité à long terme (plus d'un an après son arrêt) de la rééducation pelvi-périnéale n'a pas pu être évaluée convenablement car seules deux études rapportaient ces données. Les principales limites de cette méta-analyse reposaient sur la méthodologie des essais inclus : ils étaient tous de petites ou moyennes tailles avec une description aléatoires des critères d'inclusion et des protocoles de rééducation peu décrits et bien souvent différents [8]. La rééducation pelvi-périnéale basée sur le renforcement musculaire encadrée par un rééducateur est donc efficace sur l'incontinence urinaire. En l'absence de données à long terme, il n'est pas certain que cet effet soit durable après un an. À notre avis, il n'est pas possible de préciser quel est le programme de rééducation le plus efficace.

Dans un essai randomisé portant sur l'IUE prédominante, Labrie et al. ont comparé la chirurgie par bandelette sous-urétrale et la rééducation [9]. Les patientes étaient autorisées à changer de groupe de traitement au cours du suivi de 12 mois. L'analyse en intention de traiter montrait que la chirurgie était plus efficace que la rééducation (85 % de guérison subjective versus 53 % et 76 % de guérison objective versus 58 %). À un an, 49 % des femmes du groupe rééducation avaient opté pour la chirurgie. Ce qui revient à dire que la rééducation en première intention évite la chirurgie dans la moitié des cas à un an.

L'apport de la visualisation de la contraction des MPP grâce au biofeedback a été évalué par une méta-analyse réalisée en 2011 par Herderschee [10]. Parmi les 24 essais randomisés inclus (1583 patientes), seuls 7 (250 vs 270 patientes) ont étudié le critère de jugement principal, et seuls deux utilisaient les mêmes protocoles. Selon les mesures de risque de biais, les niveaux de preuves étaient faibles à modérés. Les études démontraient un taux d'amélioration et de guérison des symptômes d'IU rapportés par les patientes plus important dans le groupe combinant la visualisation de la contraction et le renforcement des MPP (RR 0,75 [0,66–0,86]). L'association des deux modalités de traitement était également corrélée à une diminution du nombre d'épisodes journaliers de fuite d'urine (–0,12 [–0,22–0,01]). L'un des biais majeur de cette analyse résidait sur la disparité des programmes de rééducation musculaire périnéale. La différence observée pourrait s'expliquer par une meilleure conscientisation, et donc une normalisation plus rapide de l'inscription corticale des MPP [11]. Il n'est toutefois pas certain que l'amélioration des symptômes soit directement du ressort du biofeedback mais pourrait également s'expliquer par le fait que les patientes consultent plus fréquemment leur rééducateur en cas de biofeedback. C'est-à-dire que les programmes de rééducation avec biofeedback sont plus prolongés que les programmes sans biofeedback alors que l'on sait que les programmes de rééducation de renforcement musculaire prolongés sont plus efficaces que les programmes de durée standard, probablement parce que la prolongation de l'encadrement par le rééducateur favorise l'adhésion [12].

L'utilisation de cônes vaginaux pour le traitement de l'incontinence urinaire a été évaluée par une méta-analyse en 2013

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949138>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949138>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)