

L'anatomie du périnée

PAR **AMARYLLIS COUCHOT**, SAGE-FEMME

RAPPELS ANATOMIQUES SUR LE PÉRINÉE

Le terme « périnée » désigne l'ensemble des parties molles qui ferment l'excavation pelvienne en sa partie basse ^[1, 2, 3]. Celui-ci représente une région en forme de losange dont les sommets sont symbolisés par :

- en haut: la symphyse pubienne,
- en arrière: le coccyx,
- latéralement: les tubérosités ischiatiques.

La ligne transverse passant par les deux tubérosités ischiatiques délimite deux zones :

- **en avant**, le périnée antérieur comprenant la région urogénitale avec les organes génitaux externes féminins, l'ostium externe de l'urètre en avant avec les glandes de Skène de chaque côté, le vagin en arrière dont l'orifice inférieur est partiellement obturé par l'hymen chez la femme vierge, les glandes de Bartholin (ou glandes vestibulaires majeures) au tiers moyen inférieur du sillon entre l'hymen et les petites lèvres.
- **en arrière**, le périnée postérieur (la région anale) comprenant le canal anal.

Les aponévroses et les différents muscles du périnée s'organisent en trois plans: un plan superficiel, un plan moyen, un plan profond appelé diaphragme pelvien.

LE PLAN SUPERFICIEL

Il se compose de quatre muscles au niveau du périnée antérieur :

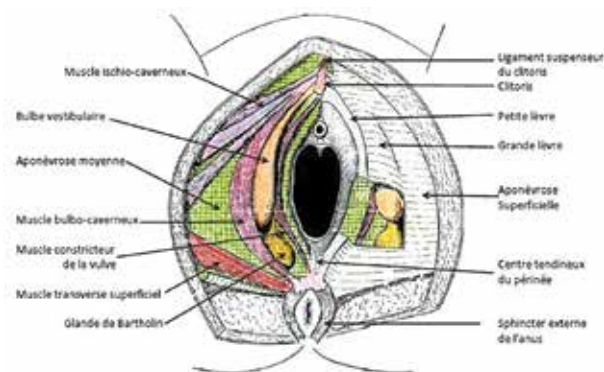
- **LE MUSCLE ISCHIO-CAVERNEUX**. C'est un muscle pair et symétrique. Il s'insère sur la branche ischio-pubienne ascendante et au niveau de la racine du corps caverneux. Il se divise en deux faisceaux qui enveloppent le corps caverneux. Ces deux faisceaux se regroupent et se portent en avant et en dedans, enveloppant ainsi les faces internes, inférieures et externes du corps caverneux.
- **LE BULBO-CAVERNEUX**. C'est un muscle pair et symétrique qui recouvre la face externe du bulbe vestibulaire et de la glande de Bartholin. La partie large s'insère en arrière sur le centre tendineux du périnée et la partie avant plus étroite s'insère en avant au niveau du clitoris et se divise en deux faisceaux: le faisceau supérieur se fixe sur le ligament suspenseur du clitoris et le faisceau profond s'insère sur la face dorsale du clitoris. Certaines fibres musculaires se prolongent avec celles du côté opposé et forment ainsi la sangle musculaire du clitoris ou muscle de Houston.
- **LE MUSCLE TRANSVERSE SUPERFICIEL**. C'est un muscle pair et superficiel. Il s'insère de la face interne de la branche ischio-pubienne et termine sur le centre tendineux du périnée.
- **LE MUSCLE CONSTRICTEUR DE LA VULVE** qui se situe en dedans du muscle bulbo-caverneux et de la glande de Bartholin. Il trouve son origine en arrière du centre tendineux du périnée et se termine dans l'espace uréthro-vaginal.

Au niveau du périnée postérieur, on trouve :

- le sphincter externe de l'anus est constitué de deux arcs qui se réunissent en avant et en arrière, formant un manchon musculaire qui entoure le canal anal. Il est composé de trois sphincters : profond, moyen et superficiel.
- la partie antérieure de l'aponévrose superficielle du périnée.

SCHÉMA 1 > Le périnée superficiel

Source: Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone; 2011 décembre: 9



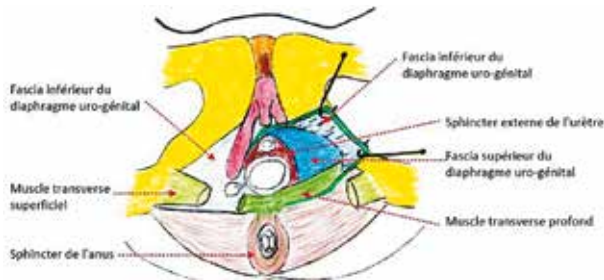
LE PLAN MOYEN

Il est séparé du plan précédent par l'aponévrose périnéale moyenne et se compose de deux muscles :

- **LE MUSCLE TRANSVERSE PROFOND**. C'est un muscle pair, symétrique, de forme triangulaire et recouvert par les fascias supérieur et inférieur du diaphragme pelvien. Il s'insère sur les branches ischio-pubiennes au-dessus des muscles transverse et ischio-caverneux ainsi que dans le centre tendineux du périnée.
- **LE SPHINCTER EXTERNE DE L'URÈTRE**. Il s'agit d'un manchon musculaire dont seules les fibres entourent l'urètre et se prolongent dans les parois latérales du vagin et dans le centre tendineux du périnée.

SCHÉMA 2 > Le plan moyen du périnée

Source: Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone; 2011 décembre: 12



LE PLAN PROFOND

Il est également appelé « diaphragme pelvien ». Il regroupe les muscles éleveurs de l'anus :

- **LE MUSCLE PUBO-VAGINAL**. Il se dirige de manière presque verticale, en bas et en arrière, à partir de la face postérieure du pubis. Ses fibres constituent en majeure partie le centre tendineux du périnée.

matilia[®]

GROSSESSE

Recommandé par
les Sages-Femmes

Smoothie

100% Fruits

Sans sucres
ajoutés

Faites le plein de vitamines fruitées toute l'année!

Calcium

Vitamine D

Fer

Vitamine C

Acide folique

Fibres



Matilia & Nébilia



matiliaetnebilia



Fabriqué en
FRANCE



Notre boutique en ligne :
matilia.fr

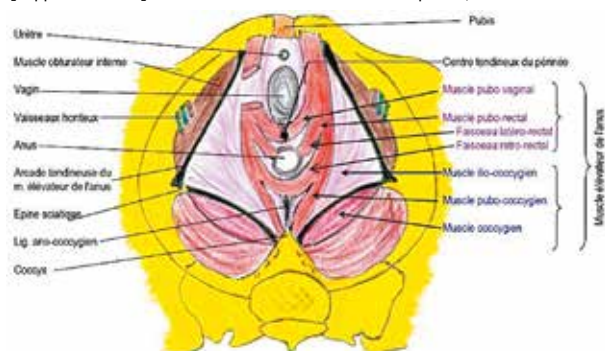
Vendu par pack de 4 bouteilles de 200 ml.

- **LE MUSCLE PUBO-RECTAL.** C'est le faisceau le plus puissant du muscle élévateur de l'anus. Il s'insère sur la face postérieure du pubis puis croise le rectum et se termine au niveau du sphincter externe de l'anus. Il se divise alors en deux faisceaux : le faisceau latéro-rectal et rétrorectal.
- **LE MUSCLE ILIO-COCYGIEN.** Muscle mince, statique, situé en arrière du précédent. Il s'insère latéralement sur l'épine ischiatique et sur le fascia du muscle obturateur interne en formant l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus. Ses fibres s'orientent de dehors en dedans et en arrière sur les ligaments ano-coccygien et sur les bords latéraux du coccyx.
- **LE MUSCLE PUBO-COCYGIEN.** Au-dessus des deux précédents. Il suit un trajet longitudinal du pubis au coccyx, en avant du précédent sur la portion antérieure de l'aponévrose obturatrice et à la face postérieure du pubis jusqu'au raphé ano-coccygien.

S'ajoute à ce groupe musculaire le muscle coccygien de forme triangulaire qui est localisé en arrière du muscle élévateur de l'anus. Il s'étend de l'épine ischiatique au bord latéral du sacrum et du coccyx. Il ferme la cavité pelvienne en arrière en complément de l'élévateur.

SCHÉMA 3 > Le plan profond du périnée ou diaphragme pelvien

Source : Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 décembre : 14



INNERVATION

Les organes génitaux externes et le périnée sont essentiellement innervés par le plexus pudendal. Celui-ci se divise en différentes collatérales et se termine par le nerf pudendal. La collatérale la plus volumineuse est le nerf périnéal qui se divise en deux branches : superficielle et profonde.

FONCTIONNALITÉ

Le périnée joue un rôle essentiel dans le soutien musculaire des organes pelviens. Cela est permis également par les structures ligamentaires du petit bassin qui ont un effet « suspensif » et grâce au fascia endopelvien qui a un rôle « cohésif ». C'est un tissu conjonctif en rapport avec les releveurs de l'anus et les parois antérolatérales du vagin^[4]. Tout ce système permet le soutien de la vessie, de l'urètre, de l'utérus et du vagin. L'urètre et le col vésical sont soutenus par l'arcade tendineuse du fascia pelvien, la paroi vaginale antérieure et le muscle élévateur de l'anus.

C'est donc l'ensemble des muscles et des tissus conjonctifs avoisinants qui permet à l'urètre de résister à la force descendante entre autres générée par l'augmentation de la pression abdominale, notamment lors d'efforts respiratoires, de toux ou d'éternuements. C'est ce rôle de soutien qui confère au périnée son importance dans la continence urinaire.

La continence anale est également liée au périnée mais est plus précisément liée à la fonction des sphincters anaux (internes et externes), le sphincter externe faisant partie du périnée comme nous l'avons vu précédemment^[5].

Cependant, le tonus du périnée et l'équilibre des structures pelviennes peuvent facilement être bouleversés lors de la grossesse et de l'accouchement.

MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES

La grossesse et l'accouchement entraînent des remaniements physiologiques non négligeables sur le périnée. En effet, des phénomènes mécaniques et hormonaux vont agir sur celui-ci^[2].

PHÉNOMÈNES MÉCANIQUES

En dehors de la grossesse, l'utérus est antéversé et antéfléchi chez la plupart des femmes (parfois position rétroversé). Ainsi, les forces exercées par celui-ci sur le périnée sont orientées vers la région ano-coccygienne. Ce sont donc les groupes musculaires du périnée postérieur et du plancher pelvien qui exercent principalement le rôle de soutien.

Cependant, ces forces s'exercent différemment lorsque l'utérus est gravide. En effet, avec l'avancée de la grossesse, l'utérus va se déplacer vers l'avant et subir une augmentation de volume, ce qui aura pour effet d'orienter les forces plus en avant, au niveau de la fente vulvaire. Il faut donc que le tonus des muscles du centre tendineux et des élévateurs soit suffisant pour exercer efficacement le rôle de soutien.

PHÉNOMÈNES HORMONAUX ET VISCÉRAUX

Les bouleversements hormonaux qui ont lieu pendant la grossesse provoquent entre autres une inhibition des systèmes fibro-ligamentaires et ostéo-ligamentaires permettant l'élongation et la distension des structures constituant le bassin mou. Le tonus musculaire est donc moins important qu'en dehors de la grossesse.

De plus, l'organisation des organes du petit bassin est modifiée : l'urètre se distend, la vessie prend une place au niveau abdominal et son volume est augmenté. Les pressions qui en dépendent s'en trouvent donc également accrues. Le col utérin change également d'orientation et regarde davantage vers l'avant.

EN RÉSUMÉ

Avec la grossesse et son avancement, le périnée antérieur et superficiel subit davantage de force et de pressions dues aux modifications physiologiques. De plus, du fait de l'imprégnation hormonale, les muscles et ligaments sont plus lâches, le tonus y est moins important. Le tonus du périnée s'en trouve donc fragilisé. •

RÉFÉRENCES

1. Hugot S. *Le vécu de rééducation périnéale des femmes en post-partum. Une étude qualitative par 14 entretiens individuels* [thèse médecine générale]. Paris : Université Denis Diderot Faculté de Médecine ; 2011 : 7-17.
2. Vivenot C. *La rééducation périnéale du post-partum : observance de la prescription* [mémoire sage-femme]. Nancy : Université Henry Pointcaré École de sage-femme Albert Fruhinsholz ; 2009 : 6-14
3. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. *Anatomie du périnée féminin* [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 décembre : 1-14.
4. Fattou B, Jacquetin B, Madelenat P. *Conséquences pelvi-périnéales de l'accouchement*. Clermont Ferrand, Paris : Enseignement Colo-proctologie. 1999
5. Foerster S. *La rééducation périnéale du post-partum : état des lieux au sein du réseau périnatal Alpes Isère* [mémoire sage-femme]. Grenoble : Université Joseph Fournier UFR de Médecine Grenoble École de sage-femme de Grenoble ; 2013 : 2-4.

Rééducation périnéale du post-partum

ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE BIOFEEDBACK ET TRAVAIL MANUEL

PAR AMARYLLIS COUCHOT, SAGE-FEMME

LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

DÉFINITIONS

La loi décrit la rééducation périnéale effectuée à la suite ou à distance d'un accouchement comme faisant partie des compétences de la sage-femme^[1]. Ainsi, la RP tient une grande place dans l'activité des sages-femmes libérales (SFL)^[2]. Il s'agit d'une prise en charge de la patiente « fondée sur une éducation périnéale et rééducation ciblée par un thérapeute en fonction des facteurs de risque et/ou des troubles observés »^[3,2]. Il peut donc s'agir d'un traitement thérapeutique mais également à visée prophylactique. Le protocole de prise en charge de la patiente est donc établi en fonction du tableau clinique que celle-ci présente, c'est pourquoi il est inscrit dans les recommandations de l'ANAES que la rééducation ne doit commencer qu'après avoir effectué un bilan initial avec une anamnèse doublée d'un examen clinique.

Il s'agira ensuite de proposer à la patiente des exercices sur le plancher pelvien qui vont permettre la diminution des troubles périnéaux en agissant sur le tonus musculaire, c'est-à-dire en lui apportant force, résistance et endurance^[4].

L'objectif final de cette prise en charge étant d'obtenir le verrouillage périnéal. Il s'agit d'établir une tonicité suffisante pour permettre le contrôle du périnée, réalisé par la patiente, lors d'efforts abdominaux^[5, 2].

■ CAS DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE DU POST-PARTUM (RPP)

La rééducation périnéale du post-partum désigne la prise en charge du périnée sur une période qui s'étend jusqu'à un an maximum après l'accouchement. Elle débute en pratique juste après la visite postnatale (au moment où elle est généralement prescrite), c'est-à-dire autour de 6 à 8 semaines après la naissance de l'enfant^[6]. Ce délai permet l'attente du retour de couches (en l'absence d'allaitement maternel exclusif) et en outre une récupération physiologique d'une partie du tonus musculaire périnéal^[3, 4].

Toutefois, il paraît nécessaire, en théorie, d'attendre le sevrage de l'enfant en cas d'allaitement maternel (AM) du fait de l'imprégnation hormonale qui y est associée et qui favorise le relâchement des muscles pelviens^[3]. Pourtant, en pratique, les SFL ne semblent pas considérer l'AM comme un obstacle à la réussite de la RPP.

Selon certains auteurs, la RPP doit être prescrite si on trouve des déficiences dans une des trois dominantes après l'accouchement : périnéale, pelvi-rachidienne et

abdominale ; s'il existe un ou plusieurs facteurs de risque chez la patiente ou une incoordination entre le verrouillage périnéal, la contraction abdominale et la posture pelvi-rachidienne (= inversion de commande)^[3].

LES MÉTHODES

Dans les recommandations de l'ANAES, de nombreuses méthodes sont décrites : le travail manuel, les exercices du plancher pelvien, le biofeedback, l'électrostimulation fonctionnelle, les traitements comportementaux et les cônes vaginaux. La plupart des études conduites pour l'ANAES à propos de ces méthodes n'apportent pas de preuve scientifique sur la supériorité en termes d'efficacité sur l'une ou l'autre des méthodes que d'autres, excepté pour les cônes, comme nous le verrons par la suite.

■ LE TRAVAIL MANUEL ET EXERCICES DU PLANCHER PELVIEN

Il s'agit pour la patiente, de faire travailler les différentes zones du périnée avec l'aide du thérapeute par le biais du toucher vaginal. Cette technique repose sur la stimulation par le toucher des différents muscles périnéaux, leur mise en tension, l'apprentissage du verrouillage périnéal et permet à la fois le contrôle de la contraction musculaire par le thérapeute.

Les exercices du plancher pelvien s'effectuent de la même façon et peuvent aussi se pratiquer seule par la patiente^[3, 6].

La méthode de CMP^[7] vient s'ajouter à ce type de travail périnéal. En effet, cette technique élaborée par une sage-femme libérale, Dominique Trinh Dinh, consiste en une méthode de rééducation périnéale manuelle à laquelle est ajouté un travail de visualisation des différentes régions du périnée à partir d'images (l'entrée du vagin est par exemple représentée par l'image d'une grotte). Cette méthode facilite, pour la patiente, la prise de conscience de cette partie souvent inconnue de son anatomie^[4].

■ LE BIOFEEDBACK

C'est une technique largement répandue en rééducation du post-partum. Il s'agit d'une technique de rééducation périnéale instrumentale qui permet d'objectiver la contraction des muscles du plancher pelvien au moyen d'un rétrocontrôle sur un écran relié à la sonde vaginale. En effet, lorsque la patiente contracte le périnée, l'appareil en matérialise l'effet et le rend visuellement accessible à la patiente. Cela permet à celle-ci de prendre conscience du fonctionnement musculaire de son périnée et de le moduler, voire le corriger autant que nécessaire^[3, 4, 6].

■ L'ÉLECTROSTIMULATION FONCTIONNELLE

Cette méthode de rééducation utilise la stimulation électrique via une sonde intravaginale qui provoque la contraction passive des muscles du périnée. L'appareil relié à la sonde peut délivrer différentes sortes de courants électriques

Abréviations : AM : allaitement maternel - ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé - BFB : Biofeedback - CMP : Connaissance et Maîtrise du Périnée - RP : Rééducation Périnéale - RPP (Rééducation Périnéale du Post-Partum) - SF : Sage-Femme - SFL : Sage-Femme Libérale.

d'intensité variable ce qui permet de cibler différentes régions et faisceaux musculaires et de faire varier le type de contraction. Le thérapeute peut donc moduler la contraction périnéale en fonction de l'effet thérapeutique souhaité. Cette technique se heurte cependant à quelques contre-indications^[3, 6] telles que la grossesse, le port de stimulateurs cardiaques (pacemakers), les infections vaginales, les lésions périnéales nerveuses avec un potentiel de régénération nerveuse (ce qui est bien souvent le cas en période de post-partum).

■ LES TRAITEMENTS COMPORTEMENTAUX

Cette méthode est basée sur la prise de conscience des habitudes mictionnelles des patientes (délais, fréquences des mictions) reportées sur un calendrier mictionnel. Elle est aussi associée aux exercices du plancher pelvien. Elle est généralement employée chez les femmes de plus de 55 ans pour améliorer une incontinence urinaire d'effort ou d'impériosité, d'après la description établie dans les recommandations de l'ANAES.

■ LES CÔNES

Cette technique consiste à utiliser des dispositifs intravaginaux appelés « cônes vaginaux » de taille identique mais de poids différent. La patiente va contracter les muscles du plancher pelvien pour maintenir ces cônes en place dans le but d'augmenter la force des muscles du plancher pelvien. Cependant, il s'agit d'une technique difficile à suivre pour les patientes et les études retrouvées dans la littérature à ce sujet conduisent à émettre des réserves quant à l'utilisation de cette technique^[6].

■ LA RÉÉDUCATION DITE « GLOBALE »^[4, 8]

Il s'agit cette fois de replacer le périnée dans sa fonction corporelle « globale ». En effet, nous avons vu que les muscles du périnée ont un rôle de soutien. Ce rôle ne peut être optimal que si l'équilibre avec et entre les structures qui l'entourent (rachis, bassin, muscles abdominaux) est établi. En effet, la posture et la statique dorsolombaire sont des éléments qui jouent beaucoup sur la fonction périnéale du fait de la pesanteur et des pressions thoraco-abdominales exercées. C'est pourquoi le sport et les exercices abdominaux sont déconseillés avant la remise en place du tonus périnéal.

Il paraît donc important de sensibiliser les femmes à l'intérêt d'adopter une bonne posture et de retrouver un équilibre « global » afin de préserver une bonne fonction périnéale. C'est le travail effectué par certaines sages-femmes avec l'eutonnie ou la méthode De Gasquet.

MATÉRIEL DE L'ÉTUDE

TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude multicentrique, descriptive, prospective et comparative réalisée auprès de deux populations de patientes :

- une première population en RPP par méthode manuelle,
- une seconde population en RPP par biofeedback.

L'enquête a été effectuée par questionnaire proposé aux patientes des deux groupes. Les patientes étaient informées de la finalité de l'enquête, de son caractère anonyme et n'y participaient que de manière volontaire.

SITE DE L'ÉTUDE

L'étude a été réalisée chez des sages-femmes libérales. Au départ, le territoire d'enquête se limitait aux départements de l'Ain (Bourg en Bresse, Montrevel, Ceyzériat, St Didier sur Chalarnonne) et du Rhône (Lyon, Cognin, Les Chères), mais nous avons finalement décidé de l'étendre jusqu'en Isère (Vienne, Chamagnieu) et en Saône et Loire (Chauffailles) afin d'obtenir un effectif plus important de patientes. Les questionnaires étaient diffusés soit par courrier postal, par e-mail ou remis en main propre aux SFL. Ces dernières le transmettaient aux patientes qui correspondaient à nos critères.

POPULATIONS ÉTUDIÉES

Afin d'obtenir deux groupes homogènes et superposables de patientes et limiter ainsi les biais, les critères suivants ont été mis en place afin de définir les deux populations :

- le critère d'inclusion rassemble toutes les patientes qui bénéficient d'une rééducation périnéale du post-partum par travail manuel ou biofeedback, avec une parité inférieure ou égale à 3, d'un âge inférieur à 35 ans.
- les critères d'exclusion correspondent aux naissances par césarienne prophylactique ou en cours de travail avant 5 cm, aux grossesses multiples, aux lésions périnéales anatomiques ou neurologiques préexistantes avant l'accouchement, à l'utilisation de plusieurs méthodes de rééducation périnéale chez une même patiente.

MÉTHODE DE L'ÉTUDE

OBJECTIFS ET VARIABLES RECUEILLIES

Ce travail de recherche a pour but de répondre aux objectifs suivants :

- comparer l'efficacité des deux méthodes, c'est-à-dire observer une différence d'amélioration des troubles périnéaux sphinctériens ;
- déterminer s'il existe une différence dans le vécu de la RPP.

RECRUTEMENT ET ÉCHANTILLONNAGE

Nous avons commencé par rechercher des SFL pratiquant soit une méthode manuelle de RPP soit du biofeedback. Les SFL correspondant à ces critères ont été contactées par e-mail ou par téléphone du 1^{er} août au 1^{er} octobre 2014. Leurs coordonnées ont été trouvées dans l'annuaire, dans les hôpitaux où nous sommes allés en stage (le Centre Hospitalier de Bourg en Bresse et l'Hôpital Nord-Ouest de Villefranche) ou par relations.

Les sages-femmes libérales recrutées étaient libres de contribuer à l'étude en faisant participer leur clientèle après avoir été informées de l'objectif de l'enquête et des critères de sélection. L'échantillonnage des populations de patientes a été effectué du 1^{er} septembre au 31 décembre de l'année 2014.

Au final, sur la cinquantaine de SFL contactées :

- 7 sages-femmes pratiquant la RPP par méthodes manuelles ont accepté de participer à l'étude et donc de transmettre le questionnaire à leur clientèle. Ce qui nous a permis d'obtenir 30 questionnaires exploitables.
- 4 sages-femmes pratiquant la RPP par biofeedback ont également accepté de faire participer leur clientèle à ce travail. Nous avons ainsi obtenu 28 questionnaires.

RECUEIL DE DONNÉES

L'étude a été réalisée au moyen d'un questionnaire auquel devaient répondre les patientes des sages-femmes libérales recrutées. Les SFL remettaient le questionnaire à leurs patientes à la fin des 10 séances de RPP si celles-ci correspondaient aux critères de l'étude, et me retournaient les questionnaires complétés. L'échange se faisait en main propre ou par courrier.

Pour répondre aux objectifs de l'étude, les variables correspondant aux données suivantes seront recueillies :

- le profil de la patiente et les facteurs de risque périnéaux qu'elle présente ;
- les troubles périnéaux sphinctériens présents après leur dernier accouchement et leur évolution après la RPP ;
- le ressenti, le vécu et la satisfaction des patientes à propos de la RPP.

Les patientes complétaient le questionnaire après une dizaine de séances de rééducation ou en fin de rééducation si celle-ci durait moins de 10 séances et si l'objectif était atteint, ce qui a été le cas pour une patiente en travail manuel où l'objectif a été atteint après 7 séances.

Nous précisons que le recueil de données a été réalisé de manière anonyme à l'aide du logiciel Excel.

DISCUSSION AUTOUR DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

L'AUTO-PRISE EN CHARGE

L'auto-prise en charge correspond à un travail personnel et thérapeutique de RPP effectué par la patiente elle-même. Notre enquête avait pour objectif de comparer deux techniques de RPP dont la part de traitement en autonomie différait. Cette variabilité peut se définir selon des critères quantitatifs ou qualitatifs. Une différence quantitative correspond à un temps passé à faire un certain nombre de fois des exercices périnéaux. Le critère qualitatif comprend la diversité des exercices proposés, leur efficacité quand ils sont réalisés par la patiente et le mode d'évolution des troubles urinaires.

En premier lieu, l'analyse de nos résultats d'enquête nous a amenées à remarquer que ce n'était pas tant la durée passée en auto-prise en charge qui différait. En effet, nous avons observé que la fréquence de réalisation d'exercice était répartie de manière semblable entre le Biofeedback (BFB) et le travail manuel. Les deux techniques de RPP engendrent donc une fréquence de travail personnel similaire pour les femmes qui les pratiquent.

En second lieu, nous avons découvert que les deux méthodes avaient des conséquences différentes à propos du ressenti provoqué par la RPP. Nous avons pu voir que la prise de conscience du rôle du périnée ne s'effectuait ni de la même façon, ni par les mêmes moyens. Nous avons mis en évidence que cette prise de conscience était davantage présente pour la méthode manuelle que pour le BFB. De plus, d'après les résultats obtenus dans la partie précédente, nous pouvons conclure que les femmes pratiquant le travail manuel considèrent avoir acquis de bonnes connaissances sur leur périnée. Enfin, l'apparition des progrès n'a pas lieu dans le même temps pour les deux techniques, puisqu'elle est plus précoce avec la technique manuelle.

Pour finir, il est important de souligner que, d'après les résultats de notre enquête, le biofeedback et le travail manuel ont une efficacité équivalente pour traiter les troubles de la continence urinaire du post-partum. Les deux méthodes ont permis une amélioration, voire une disparition des troubles, après une dizaine de séances. De plus, nous avons obtenu les mêmes résultats concernant la satisfaction des patientes vis-à-vis des deux techniques, même si le testing de fin est meilleur pour la méthode manuelle.

Par ailleurs, plusieurs études décrites par l'HAS^[6] ont démontré ce phénomène. Celles-ci indiquent, en effet, qu'aucune méthode de rééducation périnéale n'a démontré sa supériorité en termes d'efficacité.

L'AMÉLIORATION DU TESTING PÉRINÉAL

Notre enquête a révélé une différence significative en faveur du travail manuel, concernant l'amélioration du testing périnéal, après la réalisation d'une dizaine de séances de RPP.

Reprenons tout d'abord la définition du testing. D'après la littérature^[6,5], celui-ci consiste en une évaluation manuelle de la force et de l'endurance de la contraction périnéale.

En pratique, la sage-femme effectue un toucher vaginal et demande à la patiente de « serrer son périnée » autour de ses doigts. En fonction de la qualité de la pression exercée par les muscles périnéaux, la praticienne effectue une cotation sur 5. Une testing périnéale de 5/5 correspond à une contraction d'intensité suffisante et maintenue pendant une durée d'au moins 5 secondes.

Par ailleurs, on peut remarquer que la valeur du testing reste très subjective. Elle est en effet dépendante du praticien, mais aussi du contexte dans lequel est effectué le geste. Il doit donc être réalisé dans des conditions identiques pour être représentatif (patiente détendue, mise en confiance...).

Au cours de la RPP par travail manuel, la patiente va exécuter des séries de différents exercices périnéaux. Ce travail s'effectue au cabinet, guidé par les doigts de la sage-femme. Celle-ci, au moyen d'indications précises, va inviter la patiente à prendre conscience des efforts musculaires réalisés au niveau de son périnée. Les exercices sont ensuite reproduits à domicile, entre les séances, à titre d'auto-prise en charge. La patiente va alors se fier à ses propres sensations périnéales et aux connaissances que va lui apporter la SF sur son corps, comme le montrent les résultats statistiques. Cela lui offrira la possibilité, ensuite, de s'autoévaluer, c'est-à-dire qu'elle va elle-même juger de l'efficacité de sa contraction périnéale.

De plus, le travail manuel s'effectuant en binôme avec la SFL, il s'installe une sorte d'intimité entre les deux personnes. Cela aurait pour effet d'améliorer le testing, par adaptation entre la SF et sa patiente, ce qui entraîne un facteur de subjectivité supplémentaire pour ce geste.

Lors de la RPP par biofeedback, la prise de conscience de la contraction périnéale se fait par la visualisation de courbes sur un écran pendant les séances. Le travail à domicile diffère donc inévitablement de celui réalisé au cabinet. La patiente n'a plus de repère visuel pour juger de l'efficacité de sa contraction musculaire. Les efforts musculaires sont

donc plus difficilement reproductibles et évaluables par la patiente, l'entraînement serait donc moins performant.

Ainsi, il semblerait que les patientes pratiquant la méthode manuelle aient plus de facilité à s'approprier les exercices de RPP. Elles apportent un travail du périnée davantage réalisé dans la continuité, la conscience et les sensations périnéales, plus que pour les patientes pratiquant le biofeedback. De plus, d'après le témoignage des femmes dans le questionnaire, le fait de ressentir ce qui se passe au niveau du périnée les encouragerait davantage à travailler leurs muscles périnéaux. Cela engendrerait donc une meilleure tonicité périnéale et une qualité de contraction supérieure à celle obtenue par BFB.

Cependant, il convient de rappeler que le testing périnéal ne reflète pas l'efficacité de la rééducation sur l'incontinence urinaire [6]. Aucune étude n'a actuellement démontré la supériorité d'une technique de RP à propos de l'amélioration des troubles périnéo-sphinctériens.

Par ailleurs, et nous l'avons déjà remarqué, cela est également le cas de notre enquête. Effectivement, les deux méthodes ont montré des résultats d'amélioration similaires sur les troubles périnéaux présentés par nos deux populations. On peut donc en déduire que le travail manuel et le biofeedback sont deux techniques de RPP efficaces pour corriger les problèmes d'incontinence urinaire du post-partum.

L'APPARITION DES PREMIERS PROGRÈS

Notre étude a permis de constater qu'il existait une différence significative entre nos deux groupes pour ce qui concerne le moment où les patientes vont ressentir les premiers progrès apportés par la RPP. Encore une fois, cette observation joue en faveur de la méthode manuelle. Les femmes pratiquant cette technique ressentent, pour la majorité d'entre elles, une évolution favorable dès les trois premières séances de RPP. Pour la plupart des patientes du groupe BFB, les progrès ne sont perçus qu'autour de la 5^e séance.

Cela peut être lié au fait que, selon la méthode de RPP employée, la prise de conscience du travail périnéal n'a pas lieu de la même manière chez les patientes, comme nous l'avons exposé dans le paragraphe précédent. Il est en effet plus facile pour les femmes pratiquant la technique manuelle de ressentir ce qui se passe au niveau de leur périnée, puis de retrouver cet effet lors des exercices à domicile. De plus, le toucher vaginal réalisé lors des séances permet à ces femmes d'être guidées lors des efforts musculaires ce qui favorise la création de repères afin d'obtenir finalement une meilleure maîtrise de leur périnée.

Quant aux femmes pratiquant le biofeedback, la visualisation de la contraction périnéale lors de la séance de rééducation représente un repère concret. Il s'agit de se rapprocher d'une courbe représentant un effort périnéal adapté. Les femmes voient en direct l'évolution de leur tonus musculaire. Leur attention est davantage centrée sur l'écran que sur le ressenti périnéal. Cependant, au quotidien, les femmes n'ont pas la possibilité de se raccrocher à une telle représentation de l'effort musculaire, donc de visualiser si elles « progressent ».

Pourtant, nous avons vu que le sentiment de progrès ressenti apparaît davantage dans le groupe biofeedback. Les femmes qui font du biofeedback accorderaient donc plus d'importance aux progrès qu'elles constatent visuellement.

Cela s'expliquerait par le fait que la visualisation du progrès sur l'écran est la base de la technique du biofeedback.

Certaines femmes, ayant répondu à notre questionnaire, ont avoué avoir travaillé plus volontiers leur périnée, lorsqu'elles ont elles-mêmes constaté des progrès. On peut donc en déduire que le travail à domicile est encouragé par le sentiment de progression des femmes. Il découlerait de ce fait que le travail quotidien serait effectué plus tardivement pour les femmes pratiquant le biofeedback.

Cette déduction nous amènerait au sujet concernant le testing périnéal. En fait, celui-ci serait plus élevé pour les patientes du groupe travail manuel car, les progrès étant ressentis plus rapidement par ces femmes, cela les encouragerait à travailler davantage en auto-prise en charge.

LA PRISE DE CONSCIENCE DU PÉRINÉE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Nous avons vu que la prise de conscience du rôle du périnée dans la vie quotidienne se faisait plus facilement chez les patientes pratiquant une RPP par travail manuel. Cette observation peut être la conséquence d'un travail périnéal effectué plus volontiers et de manière plus efficace en auto-prise en charge, sans pour autant que la différence soit significative.

Lorsqu'elles effectuent une RPP par travail manuel, les patientes se fient aux sensations périnéales ressenties au cours de la séance. Cela est couplé aux connaissances apportées par le travail manuel au cours de la séance avec la SFL, ce qui les rend autonomes ensuite pour maîtriser leur périnée. Elles sont capables d'utiliser ces connaissances pour retrouver des sensations périnéales au quotidien, lorsqu'elles effectuent volontairement des exercices. C'est aussi le cas lors de tâches ou d'événements quotidiens (porter des courses, monter des marches, étirements...). Quant au biofeedback, bien que les exercices visent à simuler une situation du quotidien, le rapport à la vie de tous les jours n'est pas tout à fait le même.

La prise de conscience du rôle périnéal est plus simplement acquise par les femmes qui pratiquent le travail manuel en RPP, car c'est là même le fondement de cette méthode. •

RÉFÉRENCES

1. Consulté le 17/02/2013 Code de la Santé Publique Articles R4127-318 et L.4153-1, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr>
2. Foerster S. *La rééducation périnéale du post-partum : état des lieux au sein du réseau périnatal Alpes Isère* [mémoire sage-femme]. Grenoble : Université Joseph Fournier UFR de Médecine Grenoble École de sage-femme de Grenoble ; 2013 : 2-4.
3. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. *Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens* [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 mars.
4. Hugot S. *Le vécu de rééducation périnéale des femmes en post-partum Une étude qualitative par 14 entretiens individuels* [thèse médecine générale]. Paris : Université Denis Diderot Faculté de Médecine ; 2011 : 7-17.
5. Vivenot C. *La rééducation périnéale du post-partum : observance de la prescription* [mémoire sage-femme]. Nancy : Université Henry Pointcaré École de sage-femme Albert Fruhinsholz ; 2009 : 6-14.
6. ANAES. *Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à données l'exclusion des affections neurologiques* ; 2010 février.
7. Nicot S. *La connaissance et maîtrise du périnée (CMP), évaluation des bénéfices d'une méthode d'éducation périnéale*. Vocation Sage-femme 2010 janvier ; (78) : 15-18.
8. Fatton B, Jacquetin B, Madelenat P. *Conséquences pelvi-périnéales de l'accouchement*. Clermont Ferrand, Paris : Enseignement Colo-proctologie. 1999.

BOTOX®

Toxine Botulinique Type A

BOTOX® est utilisé dans de multiples indications chez l'adulte et l'enfant à partir de 2 ans

Traitement symptomatique local +12 ans de la spasticité

(hyperactivité musculaire) des membres supérieurs

Traitement symptomatique local de la spasticité +2 ans

(hyperactivité musculaire) des membres supérieurs

Traitement symptomatique local de la spasticité +2 ans

(hyperactivité musculaire) des membres inférieurs

Traitement symptomatique local de la spasticité +12 ans

(hyperactivité musculaire) des membres inférieurs

+12 ans Troubles de l'oculomotricité

strabisme, paralysies oculomotrices récentes, myopathie thyroïdienne récente

+12 ans Blépharospasme

+12 ans Spasme hémifacial

+12 ans Torticolis spasmodique

+12 ans Hyperhidrose axillaire sévère

ayant résisté aux traitements locaux et entraînant un retentissement psychologique et social important

Adultes Traitement de l'hyperactivité détrusorienne neurologique

conduisant à une incontinence urinaire non contrôlée par un traitement anticholinergique chez :

- les patients blessés médullaires
- les patients atteints de sclérose en plaques.

Adultes Traitement de l'hyperactivité vésicale idiopathique

associée à des symptômes incluant :

- 3 épisodes d'incontinence urinaire avec urgenterie sur 3 jours, et
- fréquence urinaire définie par un nombre de mictions ≥ 8 par jour et ne répondant pas de manière adéquate aux anticholinergiques (après 3 mois de traitement) ou intolérants au traitement anticholinergique et ne répondant pas à une kinésithérapie bien conduite.



BOTOX® doit être administré dans le cadre d'une prise en charge globale multidisciplinaire par des médecins spécialistes ayant déjà une bonne expérience de l'utilisation de la toxine dans ces indications et avec un plateau technique adapté.

 **Allergan™**

Les mentions obligatoires sont accessibles sur la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>).