

Incontinence urinaire du post-partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement

Isabelle Aubin

UFR Paris 7

Cinq propositions pour une meilleure prise en charge en médecine générale de l'incontinence urinaire du post-partum

1. Dépister systématiquement l'incontinence urinaire du post-partum

Le problème de l'incontinence urinaire doit être systématiquement évoqué lors de l'entretien médical en médecine générale : c'est un sujet tabou et peu de femmes en parlent spontanément.

2. Evaluer son retentissement

Quelques questions simples permettent d'avoir une idée de son retentissement : un problème d'incontinence urinaire a-t-il gêné récemment vos activités quotidiennes ? Au travail, à la maison, dans vos activités de détente (sport, etc.) ? Quelle est la fréquence de cette gêne ?

3. Faire le bilan clinique de l'incontinence

Lors de la consultation postnatale, il apparaît essentiel de faire le bilan clinique de cette incontinence afin de sélectionner les femmes qui auront besoin d'une rééducation périnéale.

4. Expliquer à la patiente le déroulement d'une séance de rééducation et ses modalités pratiques

Pour en améliorer l'acceptabilité et l'efficacité, il convient d'expliquer à la patiente les différentes techniques de rééducation.

5. En assurer le suivi

- à court terme : poser la question d'une amélioration subjective et objective au bout de 10 séances de rééducation ;
- à plus long terme : suivre évolution de la symptomatologie, repérer les patientes qui continuent à souffrir d'incontinence et les orienter sur une prise en charge spécialisée.

Introduction

La grossesse et l'accouchement par voie basse provoquent fréquemment une incontinence urinaire, par la distension importante des ligaments et du plancher pelvien qu'ils occasionnent.

Au moins 30% des femmes enceintes et 20% des femmes ayant accouché présentent ce type de lésion (1). Il s'agit d'un réel problème de santé publique à prendre en compte, car un antécédent d'incontinence urinaire du post-partum augmente le risque d'apparition ultérieure d'incontinence urinaire d'effort. Or, 40% des femmes de plus de 65 ans ont

des problèmes d'incontinence. Cette situation peut s'avérer extrêmement invalidante au quotidien, un dépistage et une prise en charge précoce en médecine générale peuvent en réduire la fréquence.

Définitions

L'incontinence urinaire d'effort se définit comme la survenue de fuites involontaires d'urine, objectivement démontrables, responsables d'un problème hygiénique ou social. (International Continence Society). La fréquence exacte des fuites n'est pas prise en compte dans cette définition (2). Il serait d'un grand intérêt d'en apprécier l'importance.

La gravité des fuites est classée

- selon leurs conséquences :
 - fuites négligeables,
 - nécessité de changer de sous-vêtements, port de garnitures.
- selon le nombre de fuites :
 - incontinence modérée pour des fuites au moins une fois par semaine,
 - incontinence sévère pour des fuites quotidiennes.

Il est classique de distinguer 3 types d'incontinence (Tableau 1).

Incontinence d'effort	en cas de fuites précédées d'un effort ou de l'équivalent d'un effort comme la toux, l'éternuement	le plus souvent rencontré chez les femmes jusqu'à 65 ans
Incontinence par impériosité	fuites précédées d'un besoin urgent non maîtrisable dû à des contractions vésicales involontaires par instabilité ou éréthisme (excitabilité accrue) vésical	
Incontinence mixte	association des 2 mécanismes	chez les femmes de + de 65 ans

Tableau 1 : Trois types d'incontinence

Quelle est la fréquence de l'incontinence urinaire chez la femme jeune ?

Une étude portant sur 1700 femmes travaillant au CHU de Tours (2), dont l'âge médian était de 40 ans, au moyen d'un questionnaire d'évaluation (sans examen clinique ou urodynamique) a montré les résultats suivants (Tableaux 2-4).

Tous âges et tous types confondus	Avant 40 ans	Après 40 ans
27,5%	17,8%	38,5%

Tableau 2 : Prévalence globale de l'incontinence urinaire

Incontinence urinaire d'effort	45%
Incontinence par urgence	6%
Incontinence mixte	49%

Tableau 3 : Type de l'incontinence urinaire

Antécédents de grossesse	risque relatif : 2,22
Accouchement par voie vaginale	risque relatif : 2,57
Antécédent d'incontinence urinaire du post-partum	risque relatif : 2,57
Incontinence urinaire d'effort	risque relatif : 2,78

Tableau 4 : Facteurs de risque d'incontinence urinaire

Le risque d'incontinence urinaire était corrélé à la notion de traumatisme périnéal de la grossesse et de l'accouchement par voie basse. Un antécédent d'incontinence urinaire du post-partum était le facteur de risque le plus important dans la survenue ultérieure d'une incontinence urinaire.

Quelle est la fréquence des symptômes urinaires dans le post-partum ?

L'incontinence urinaire à 2 mois de post-partum est présente dans 15 à 40% des cas. Elle touche davantage les femmes incontinentes avant ou au début de la grossesse. Un tiers guériront spontanément entre 12 et 18 mois (3). Parmi les femmes incontinentes à 3 mois de post-partum, 54,3% ont des fuites plus d'une fois par semaine (Tableau 5).

Incontinence urinaire à l'effort	51,3%
Incontinence urinaire par impériosité	16,8%
Incontinence mixte	31,9%

Tableau 5 : Répartition des types d'incontinence

Existe-t-il des facteurs de risque qui prédisposent à l'incontinence du post-partum ?

- L'accouchement par voie basse : L'incontinence urinaire en post-partum touche essentiellement des femmes ayant accouché par voie basse, bien que ce problème affecte également 3 à 4% des femmes ayant accouché par césarienne.

- La parité : il y a moins d'incontinence chez la nullipare que chez la multipare. La première grossesse et le premier accouchement sont déterminants. Le taux d'incontinence urinaire ne progresse pas significativement avec le nombre d'accouchements (4).

- Certaines pratiques obstétricales : l'induction du travail par des prostaglandines (5), les efforts expulsifs avant la dilatation complète, l'expression abdominale musclée, la déchirure périnéale ou l'épisiotomie trop tardive, la vessie pleine avant l'expulsion (4).

- Les facteurs constitutionnels et génétiques : sans doute dus à des différences de qualité des tissus de soutien. Les femmes de race noire et asiatique font moins d'incontinence. La prévalence de l'incontinence urinaire d'effort est de 20% lorsqu'il existe une incontinence chez une apparentée contre 7,8% dans le groupe témoin.

Prise en charge de l'incontinence du post-partum

La prise en charge consiste à effectuer un bilan d'évaluation propre à fixer le type de rééducation, rééducation abdominale ou périnéale, et un suivi sur le moyen terme.

Les traitements médicamenteux ou chirurgicaux ne seront discutés qu'à distance de l'accouchement.

L'indication de la rééducation est-elle suffisamment validée pour être proposée aux femmes atteinte d'incontinence du post-partum ?

L'évolution spontanée de l'incontinence montre qu'elle persiste en post-partum chez 29% des femmes qui avaient ce problème pendant la grossesse, et qu'elle apparaît chez 16% des femmes sans problème pendant la grossesse. Depuis une quinzaine d'années, les techniques de rééducation se sont développées et ont gagné en acceptabilité : elles permettent de guérir l'incontinence urinaire d'effort dans 30 à 50% des cas ou de la diminuer dans 60 à 90% des cas (6).

Bilan avant rééducation

Pour définir la stratégie thérapeutique, le médecin doit obtenir par l'entretien et l'examen clinique des renseignements indispensables au choix de la rééducation.

Tout d'abord, l'entretien permet de rechercher :

- Les mécanismes de l'incontinence : effort, impériosités.
- L'environnement, les habitudes de vie : sport, activités sociales.
- Le retentissement de l'incontinence : sa mesure quantitative et la mesure de son retentissement, qui peut être quantifié au moyen d'échelles de qualité de vie (CONTILIFE). Ces échelles sont complexes et difficiles à utiliser en pratique de ville. Sans utiliser ces échelles, il est possible en quelques questions de définir quel type d'effort déclenche l'incontinence, avec quelle fréquence et quelles activités ont été perturbées par ce problème d'incontinence.

Puis, l'examen clinique vient compléter le bilan :

- Examen locorégional qui étudie la trophicité de la vulve, l'état de la cicatrice d'épisiotomie, l'existence de pertes vaginales, et apprécie la tonicité du vagin et du noyau fibreux central du périnée. Au cours de cet examen, un effort de toux peut révéler une béance vulvaire ou une incontinence urinaire d'effort.
- Examen neurologique qui recherche essentiellement une hypoesthésie périnéale pouvant faire suspecter une éventuelle atteinte périphérique du plancher pelvien.
- Evaluation manuelle de la force musculaire périnéale (testing) qui permet d'évaluer la force et l'endurance des muscles du plancher pelvien et de suivre l'efficacité de la rééducation sur l'amélioration de la force musculaire. Le testing des releveurs de l'anus se pratique par un toucher vaginal, l'index et le médus étant introduits à moitié, prenant appui de façon un peu latérale sur les releveurs de l'anus, à la face postérieure du vagin. Le médecin explique

à la patiente qu'il faut contracter son périnée comme si elle retenait une envie d'uriner. Il faut éliminer les contractions parasites comme celles des fessiers, des abdominaux et des adducteurs des cuisses. Les résultats sont cotés selon le tableau 6.

Note	Observation
0/5	Absence de contraction
1/5	Contraction très faible, difficilement perçue sous le doigt comme un frémissement
2/5	Contraction faible, perçue sans aucun doute
3/5	Contraction bien perçue, insuffisante pour vaincre une opposition modérée
4/5	Bonne contraction, vaincue par une opposition peu intense
5/5	Contraction maximum contre résistance. Les doigts de l'examineur fatiguent lors de cette opposition

Tableau 6 : Cotation de la force musculaire (testing)

Le médecin évalue ensuite la tenue : c'est l'aptitude à maintenir la contraction avec une force égale pendant 5 secondes (définie) et la fatigabilité qui reflète l'aptitude à répéter une contraction bien tenue 5 fois de suite. Puis il évalue le verrouillage périnéal au cours des efforts volontaires abdominaux : demander à la patiente de verrouiller son périnée puis de tousser, ou relever les jambes, ou se redresser en position assise.

Au terme de ce bilan, 3 groupes de patientes peuvent être définis (Tableau 7).

Premier groupe	pas facteur de risque, pas d'incontinence	pas de prolapsus, testing du périnée > à 3	rééducation abdominale possible
Deuxième groupe	traumatisme obstétrical, gêne fonctionnelle modérée	testing du périnée < à 3	rééducation abdominale quand le testing du périnée est > à 3
Troisième groupe	nombreux facteurs obstétricaux de risque périnéal*, gêne fonctionnelle importante		bilan urodynamique puis rééducation périnéale avant toute rééducation abdominale

Tableau 7 : Les 3 groupes de patientes au terme du bilan avant rééducation

*souvent discutés : enfant de poids supérieur à 3,5kg à la naissance surtout si c'est le premier enfant, périmètre crânien supérieur à 35 cm, déchirure périnéale, instrumentation, expulsion trop rapide, présentation du siège.

Les techniques de rééducation

Trois techniques de rééducation sont les plus utilisées :

- **la rééducation manuelle** : elle consiste en une contraction volontaire répétée des muscles releveurs de l'anus avec sollicitation ou résistance par les doigts intravaginaux du thérapeute, puis en position semi assise, assise, debout, enfin à la marche, sans le contrôle digital du rééducateur. La patiente apprend à verrouiller son périnée à l'effort, c'est à dire maintenir une contraction, puis tousser, puis relâcher son périnée.

- **le biofeedback** : c'est une technique demandant un travail actif de la patiente, en retour duquel elle perçoit des informations lui permettant d'ajuster son travail. La patiente développe une prise de conscience d'une fonction physiologique jusque là effectuée inconsciemment, et met en place une autocorrection grâce à un contrôle immédiat par l'appareil. La répétition des exercices recrée des réflexes adaptés. La technique utilise une sonde vaginale. Le signal perçu par la patiente est de type lumineux, comme une rampe dont l'élévation est proportionnelle à l'intensité de la contraction et/ou sonore. Certains appareils gardent affichés les rampes à l'écran, ce qui permet à la patiente de comparer chacune de ses contractions avec les précédentes.

- **l'électrostimulation** : elle est à éviter en cas de lésion nerveuse récente, ce qui arrive fréquemment après un accouchement (risque de retard de régénération nerveuse). Elle consiste en la stimulation électrique d'un muscle qui entraîne sa contraction passive. L'intensité du courant est augmentée de manière à solliciter un nombre croissant de fibres.

Les traitements comportementaux peuvent être également cités, la méthode utilisée étant celle du calendrier mictionnel. Les femmes tiennent des fiches journalières comportant un pointage régulier des mictions, des fuites, des besoins impérieux. Ceci leur permet de suivre l'évolution de leur propre prise en charge et d'apprendre à différer des mictions "inutiles".

Il est difficile de proposer un protocole précis, étant donné la diversité de ceux décrits dans les différentes études. L'association de techniques différentes semble supérieure à l'utilisation d'une technique isolée.

Quand faire la rééducation périnéale ?

Il ne faut pas commencer avant 8 semaines de post-partum, mais avant la reprise de la gymnastique et la reprise professionnelle, si le travail de la patiente est éprouvant physiquement (1). En effet, les exercices qui augmentent la pression abdominale majorent les contraintes sur les différentes structures périnéale et abdominale.

Il paraît fondamental d'informer les patientes en maternité sur l'évolution spontanée des déficiences périnéales et de s'assurer de la prise de conscience de la contraction périnéale. Il faut également insister sur la nécessité de la consultation post-natale qui permet de poser l'indication d'une rééducation périnéale (3).

Qui pratique la rééducation ?

La rééducation peut être faite par un kinésithérapeute ou une sage femme (libérale ou hospitalière). Les kinésithérapeutes sont à l'heure actuelle beaucoup mieux formés sur les connaissances théoriques (anatomie, physiopathologie) mais moins sur les connaissances pratiques nécessaires à la rééducation périnéale. Un kinésithérapeute intéressé par ce type de rééducation peut compléter sa formation personnelle par des formations complémentaires à sa charge. Aucun justificatif ne lui est demandé lors de son installation.

Il est nécessaire d'attendre 10 jours l'entente préalable de la sécurité sociale. La rééducation commence par une série de dix à vingt séances au maximum. Il faut évaluer les résultats à la fin de cette série : amélioration ou non notée par la patiente (critères subjectifs), ou critères objectifs notés par le thérapeute. Si l'amélioration notée par la patiente et le thérapeute est présente mais insuffisante, une prolongation de dix à quinze séances est envisagée. Si aucune amélioration objective ou subjective est notée, il faut discuter le bien fondé de la poursuite de la rééducation.

Les dix premières séances sont remboursées à 100 %. S'il y a nécessité d'autres séances, elles sont remboursées à 65%.

Quelles mesures au cours de la grossesse et de l'accouchement permettraient d'éviter l'incontinence du post-partum ?

- Diminuer les inductions de travail et l'expression abdominale au cours de l'accouchement.
- Proposer une césarienne préventive chez les femmes à risque.
- Développer la rééducation anténatale.

Une étude chez des primipares a comparé un groupe de femmes ayant simplement une information verbale et un groupe ayant en plus 5 séances mensuelles d'exercices du plancher pelvien supervisées par un thérapeute. A 3 mois de post-partum, le groupe rééduqué présentait 19,2% d'incontinence urinaire à l'effort versus 32,7% dans le groupe sans rééducation.

Malgré tout un certain nombre de questions restent non résolues. La rééducation est elle réellement efficace à long terme ? Ces techniques peuvent elles être intéressantes en prévention (pendant la grossesse) ?

Il est indispensable d'envisager des études prospectives comparatives pour pouvoir répondre à ces questions et dépister de manière plus précise les patientes qui pourraient bénéficier de cette rééducation préventive et/ou thérapeutique.

Conclusion

L'incontinence urinaire est un problème fréquemment rencontré dans le post-partum. Sa prise en charge est possible essentiellement par une rééducation adaptée.

Il est primordial d'en poser l'indication afin de limiter les problèmes de continence des femmes plus âgées. Pour améliorer la prise en charge en médecine générale, il est très important d'être à l'écoute des patientes. Le problème d'incontinence est rarement évoqué spontanément : il convient donc systématiquement de poser la question à toute femme venant d'accoucher, puis de faire le bilan de cette incontinence. Si elle s'avère nécessaire, la rééducation est prescrite en expliquant clairement à la patiente son déroulement et son utilité.

Références

1. Valancogne G, Galaup JP. La rééducation pendant la grossesse et dans le post-partum. Rev Fr Gynecol Obstet 1993;88:498-508.
2. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prévalence et facteurs de risque de l'incontinence urinaire chez la femme jeune. Progrès en urologie 2002;12:52-9.
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Rééducation dans le cadre du post-partum. Recommandations professionnelles. Paris : ANAES, 2002.
4. Villet R, Salet-Lizee D, Zafiropulo M. L'incontinence urinaire d'effort de la femme. Paris : Masson, 2000:8-17.
5. Pregazzi R, Sartore A, Troiano L, Grimaldi E, Bortoli P. Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002;103:179-82.
6. Meyer S, Hohlfeld P, Ahtari C, De Grandi P. Pelvic floor education after vaginal delivery. Obstet Gynecol 2001;97:673-7.