

POST-PARTUM

Définition :

Les recommandations urgentes sur la gymnastique postnatale après l'accouchement sont généralement associées à une perte de poids et à un resserrement des tissus nécessaire. Bien entendu, il est important pour l'auto-acceptation et la confiance en soi de revenir à l'ancien dès que possible. Seul le véritable problème de la naissance réside moins dans l'esthétique figurative que dans les changements profonds de la physiologie pelvienne féminine. Un processus d'accouchement est toujours d'une "brutalité naturelle", car l'émergence d'une nouvelle vie ne fait pas attention à la santé de la femme qui accouche.

Ainsi, les naissances naturelles dues à des forces de déformation et de cisaillement énormes associées à un risque important de blessure, la gravité des complications est toujours proportionnelle à l'ampleur de la lésion [1], [2]. Les dommages consécutifs possibles tels que l'incontinence et le prolapsus génital doivent donc être neutralisés le plus tôt possible par des mesures appropriées.

Epidémiologie et prévalence :

2017 est sorti en Allemagne plus de 785 000 fois [3]. Bien que la proportion des accouchements par césarienne soit à nouveau en légère baisse, 31,6% de toutes les naissances sont encore un secteur [4]. Selon une revue systématique [5], 85% de toutes les femmes souffriraient de lésions du périnée, y compris de lésions cutanées. Selon le Collège royal des obstétriciens et gynécologues, le taux devrait atteindre 90% [6]. Surtout, on craint des âges de troisième degré ou du troisième degré (OASIS = Obstetric Anal Sphincter Injuries) allant de 0,6 à 10,2% selon la source, la définition et la protection de la mère [7], [8], [9], [10], [11].

>>> [En savoir plus sur cette section ...](#)

Rupture de barrage / prolapsus

Si l'on se fie non seulement à l'inspection manuelle habituelle, l'échographie donne lieu à une image discutable: dans une analyse rétrospective (6 semaines après l'accouchement) chez des femmes ayant accouché pour la première fois (primipares), l'échographie anale était de 26,9% de malformations congénitales du sphincter anal, dont près d'un tiers étaient symptomatiques [12]. Il est donc raisonnable de supposer que jusqu'à présent, une grande partie de tous les OASIS sont restés inconnus [13]. Ceci est confirmé dans une autre étude avec 27,9% de lésions OASIS détectées par échographie [14]. En Angleterre, sur la base d'une étude de cohorte importante (plus d'un million de femmes), elle a même mis en garde contre les "dangers" d'un accouchement naturel, car elle comporte un risque de prolapsus utérin plus tardif de 10% chez les 20 ans et de 20 ans % - devrait augmenter [15], [16]. Par

souci d'exhaustivité, il convient de mentionner que les incidences officielles pour un OASIS (inspection manuelle) sont de 11% [17].

Avulsion / POP

Bien que la déchirure périnéale et les dommages associés à l'OASIS (digue, vagin et anus) aient longtemps été considérés comme la cause la plus importante de problèmes post-partum, de nouvelles techniques d'imagerie (IRM / 3-D / 4-D L'échographie montre que chez 20% de toutes les femmes, une avulsion (érosion traumatique ou déchirement du muscle releveur / déchirure du pubis) s'est produite après l'accouchement vaginal [18]. Par exemple, 36% des femmes ayant accouché par voie vaginale il y a trois mois présentaient une avulsion du levateur ani, également associée à l'incontinence à l'effort [19]. Dans une autre étude sur l'avulsion, 14% des femmes avaient accouché par voie vaginale et pour la première fois [20]. On estime donc que 10 à 40% de tous les accouchements par voie vaginale entraînent des lésions du releveur de l'anus (MAMA) [21], [22], [23], [24], [25]. Environ 30% des mères primipares sont diagnostiquées [26]. Associé à cela, 83% des femmes atteintes d'avulsions présentaient également un prolapsus des organes pelviens (POP) [27]. Bien que l'avulsion ait été réticente à entrer dans les manuels d'urogynécologie, il est déjà apparu qu'elle pouvait être le facteur le plus important dans la pathogenèse des symptômes du prolapsus [28].

Incontinence De Stress (SUI) / Incontinence Anale

Alors que la prévalence de l'IUE pendant la grossesse serait comprise entre 23 et 67%, après l'accouchement, elle devrait se situer entre 6 et 29% [29]. Selon d'autres sources, l'incontinence urinaire apparaît chez 49% des femmes qui accouchent [30].

Dans l'étude sur l'incontinence dans le pays du Nord-Trondelag, la prévalence était de 10,1% pour l'incontinence urinaire (Nullipare), 15,9% pour la césarienne et les pertes vaginales chez les femmes, à 21,0% [31]. Dans une autre étude, l'incontinence urinaire postpartum a une prévalence de 0,3% à 44% [32], l'incidence de l'incontinence urinaire continuant d'augmenter avec le nombre de naissances [33]. Comparativement aux femmes sans enfants, les mères primipares sont trois fois plus susceptibles de développer une incontinence urinaire [34]. Cela vaut également pour le prolapsus, qui augmente linéairement avec le nombre de naissances [35]. L'IUE devrait persister dans un peu moins de 28% des primipares [36]. Selon une autre source, l'incontinence n'avait toutefois pas reculé dans 56% des cas, même après 12 ans [37]. Rétrospectivement, 60% des femmes incontinentes voient apparaître une faiblesse du plancher pelvien associée à leur première grossesse et à leur accouchement [38].

Le risque est également triple pour l'incontinence anale [39]. Selon les études, la fréquence des lésions du sphincter anal est estimée à 1,5 à 9,0%. Si OASIS est présent, la prévalence est de 15 à 61% [40], [41], [42].

Douleur post-partum

Après l'accouchement, après 18 mois, 24% des femmes ressentent encore des douleurs lors des rapports sexuels [43]. Dans une autre publication, 77% des mères primipares ont signalé un mal de dos constant un an après l'accouchement. Étonnamment, non seulement les accouchements vaginaux (40% [44]), mais aussi les césariennes sont affectés par le syndrome pelvien-douleur post-partum (SPP). Cela peut être la raison pour laquelle il n'y a pas de

différence de prévalence entre l'accouchement vaginal et chirurgical pour le SPP 6 à 11 ans après l'accouchement [\[45\]](#) .

Physiologie :

Déchirure du périnée

Une déchirure périnéale correspond à une lésion des tissus mous dans la région du périnée, c'est-à-dire dans la zone située entre la vulve et l'anus, avec une déchirure de la muqueuse vaginale. Bien que le sphincter externe de grade 1 et 2 reste intact, le grade 3 provoque une lésion profonde de la MSAE ou une transection partielle voire complète. Au grade 4, la paroi antérieure rectale est en outre blessée. Les Grades 3 et 4 sont aussi appelés OASIS (Blessures Sphincter Anal Obstétrique). Une violation du sphincter anal interne (IAS) joue également un rôle majeur ici. Par conséquent, l'épisiotomie est considérée comme la mesure préventive la plus importante pendant la phase d'excrément de l'enfance. Cependant, cela peut parfois avoir l'effet inverse. Le traitement chirurgical d'une déchirure périnéale est l'opération la plus courante chez les femmes en Allemagne [\[46\]](#) .

>>> [En savoir plus sur cette section ...](#)

Conséquence OASIS

Les conséquences possibles de l'OASIS sont l'incontinence fécale et les symptômes de flatulence et de pression anale. Dans une vaste étude prospective dans laquelle des patients OASIS ont été interrogés pendant 3 ans après les soins primaires, 18% ont signalé une urgence anale, 15,1% d'incontinence à plat et 10,5% d'incontinence fécale [\[47\]](#) . De manière remarquable, les symptômes ont diminué au cours de la période d'enquête malgré un défaut persistant du sphincter anal. Bien sûr, cela souligne l'importance de soins primaires adéquats [\[48\]](#) après avoir eu une incidence sur les possibilités de rééducation physiothérapeutique.

Blessures LAM

Les blessures causées par le LAM sont toujours causées par un débordement irréversible de la "porte levator" (Hiatus levatorius). Le hiatus levatorius est un portail dans le bassin du diaphragme, à travers lequel passent le rectum, l'urètre et le vagin. Le diaphragme lui-même est une couche musculaire interne du plancher pelvien constituée du muscle levator ani (LAM), composé à son tour de M. puborectalis, M. pubococcygeus, M. iliococcygeus et M. coccygeus. L'importance orgasmique particulière de M. coccygeus est décrite ailleurs (voir "rPMS dans Anorgamsie"). Sa surface moyenne est de 15 cm², à travers laquelle la tête de l'enfant d'une superficie minimale de 60 à 70 cm² doit passer à travers [\[49\]](#) .

Alors que la MAMA ne doit être augmentée que de 25% pour une femme, elle est de 245% pour les autres. Cela signifie que les fibres musculaires doivent s'étendre de 1,25 à 3,45 fois en cas de forte expulsion. Ceci est en fait contraire à la physiologie musculaire de base, selon laquelle un muscle squelettique ne peut s'étirer que sur environ 150% de sa longueur normale. Malgré toutes les lois physiologiques, cela semble bon pour environ deux tiers des femmes.

Cela est probablement dû aux influences hormonales de la grossesse. Par exemple, l'hormone relaxine influence la structure du collagène [\[50\]](#) .

Des déchirures complètes (avulsion) d'une partie de la MAMA, à savoir la puborectalis, se produisent de préférence dans la phase d'éjection de la tête de l'enfant. Plus une femme est âgée, plus le risque d'avulsion est grand.

Conséquences d'un trauma LAM

Les dommages causés par la MAMA ont, en partie, des conséquences considérables, basées sur des modifications massives de l'architecture du plancher pelvien. Les premières mères éprouvent un affaiblissement prolongé des muscles du plancher pelvien avec un symptôme correspondant d'IUE. Les deux types de blessures (démolition et débordement de la MAMA) sont prédestinés à un incident des organes pelviens (prolapsus utérin), l'intégrité anatomique et fonctionnelle de la MAMA étant primordiale pour le soutien des organes pelviens [\[51\]](#) , [\[52\]](#) . En conséquence, les dommages causés par la LAM sont plus ou moins un chaînon manquant pour le lien épidémiologique entre l'accouchement et le prolapsus des organes pelviens [\[53\]](#) . Contrairement à OASIS, le traumatisme lié à la MAMA n'affecte pas le développement de l'incontinence anale [\[54\]](#) .

Conséquences neurogènes

Bien entendu, outre les dommages mécaniques décrits, des causes neurogènes doivent également être prises en compte. Derrière cela se trouve une blessure au nerf pudendal, qui traverse superficiellement le canal génital et alimente à la fois le sphincter anal et le sphincter anal externe et affecte également l'apport nerveux du clitoris [\[55\]](#) (voir aussi "Anorgasmia"). Les blessures résultent d'un étirement du vagin et d'une compression du nerf et affectent - du moins en apparence temporaire - 38 à 42% de tous les accouchements vaginaux [\[56\]](#) ou nécessitent une rééducation plus longue dans les cas graves [\[57\]](#) . Les lésions pudendales ont un effet particulier sur le sphincter aniexternus ou sur l'apparition de l'incontinence anale [\[58\]](#) .

Effet QRS PelviCenter rPMS :

Selon les résultats d'un entraînement actif du plancher pelvien et du principe de fonctionnement d'un rPMS, il semble évident d'utiliser une stimulation magnétique également pour le traitement de la grossesse et de l'accouchement. Surtout en ce qui concerne le stress et l'incontinence anale, le prolapsus génital, le syndrome pelvien et la dyspareunie. Outre l'influence sur la situation musculaire du plancher pelvien, la rééducation du nerf pudendal est particulièrement importante ici. Ceci est dérivé de nouveaux résultats de l'électrostimulation post-partum, selon lesquels la régulation à la naissance d'une cytokine BDNF (facteur neurotrophique dérivé du cerveau) régénératrice joue un rôle particulier ou stimule la croissance nerveuse axonale [\[59\]](#) , [\[60\]](#) , [\[61\]](#) . Bien que l'électro-stimulation du nerf pelvien soit une méthode de traitement prometteuse [\[62\]](#) , il est douteux que cette utilisation intra-anale très douloureuse puisse également être observée chez les patients.

En ce qui concerne la rMSP après un accouchement par voie vaginale, une seule étude est répertoriée, qui ne concerne pas les effets de l'incontinence urinaire ou fécale ou d'autres

complications, mais uniquement la force musculaire du plancher pelvien [62]. Elle souffre également de faiblesses méthodologiques considérables en n'examinant pas les femmes présentant des anomalies congénitales ou une faiblesse du plancher pelvien, mais seulement les mères qui en sont à leur première naissance six semaines après l'accouchement. Les femmes ayant des conséquences sur l'accouchement seront sûrement traitées - mais principalement les femmes qui surmontent les conséquences de la naissance par des processus de récupération naturels. Le résultat selon lequel il n'y a pas eu d'augmentation significative de la force musculaire par rapport à un traitement fictif est donc en contraste absolu avec l'étude approfondie d'un rMSP sur un plancher pelvien faible et une IUE.

La mesure dans laquelle trois autres études [64], [65], [66] sur le rPMS dans l'incontinence anale peuvent être utilisées pour évaluer le traitement post-partum du rPMS est également douteuse, puisqu'il s'agit d'une véritable incontinence anale. ont montré les résultats les plus significatifs uniquement dans le sphincter anal intact.

Portée du traitement et période de traitement :

Réhabilitation du nerf pudendal

En ce qui concerne la stimulation du nerf pudendal ou du facteur de croissance associé BDNF, l'utilisation précoce du rPMS est recommandée (fréquence moyenne / traitement quotidien sur 10 jours).

SUI et prolapsus d'organe

Ce n'est qu'alors qu'un traitement par rPMS devrait suivre, basé sur la procédure de traitement de l'incontinence à l'effort et - selon les symptômes - comprend 12 à 18 unités d'entraînement dans les 5 à 8 semaines. Pour des raisons de coordination musculaire, un entraînement du plancher pelvien peut être requis lors des journées sans rMSP.

Incontinence anale / symptômes de flatulences anales

En cas de dommage pudendal avéré, une application selon le protocole ci-dessus est effectuée. Sinon, ou après cette "thérapie antérieure", la procédure de traitement sera la même que pour l'IUE ("plancher pelvien faible").

En général

Il est conseillé de déterminer les symptômes respectifs des symptômes 6 semaines après l'accouchement avec le questionnaire ICIQ-SF, puis à nouveau 1 semaine (3 mois / 6 mois) après l'application du rPMS.

Attente de succès :

Le succès d'un rPMS est orienté dans son objectif essentiellement moins après une «sécheresse» absolue de l'incontinence urinaire post-partum, la guérison des symptômes anaux ou POP ou l'absence de douleur après 18 séances d'entraînement au plus tard. 6 mois après l'accouchement, les résultats sont significativement plus élevés que ceux de l'entraînement du plancher pelvien conventionnel ou empêchent les symptômes d'incontinence ou de prolapsus ultérieurs. Sur la base de revues systématiques sur l'électrostimulation d'une IUE (17 études randomisées RCT + 7 études non-ECR), dans lesquelles un soulagement des symptômes ou une nette amélioration des symptômes peut être obtenue chez 73 à 97% des femmes [67] ou dans l'incontinence anale (19 études RCT) avec un taux de réussite (continence) chez 40 à 50% des patients après 6 mois [68] , les résultats de la rPMS sont probablement légèrement supérieurs aux résultats de la stimulation électrique.

Lieu d'étude :

Entraînement du plancher pelvien dans l'incontinence urinaire et fécale postpartum

Trois mois après l'accouchement, 20 à 30% de toutes les femmes souffrent d'incontinence urinaire [69] et de 3 à 5% [70] . Seules les études dans lesquelles la formation du plancher pelvien n'a pas été entamée avant la naissance sont énumérées ci-dessous. La présentation de la situation de l'étude pour la formation active du plancher pelvien est faite pour la raison qu'une formation efficace beaucoup plus intensive doit être comparée.

Étude 1

Étude randomisée et contrôlée chez des femmes qui présentaient encore une incontinence urinaire ou fécale trois mois après l'accouchement [71] . Bien que le groupe de contrôle ait également fait des exercices à domicile occasionnels, ils n'ont pas été guidés par le physiothérapeute en tant que groupe d'intervention ou ont été occasionnellement visités à la maison.

Résultat:

Après 12 mois de formation, seulement un peu plus de 70% des femmes étaient disponibles, ce qui est probablement dû à la longue durée de la formation. Le groupe d'intervention (IG) présentait un taux d'incontinence significativement plus faible (59,9% vs 69,0%) que le groupe témoin. Dans l'incontinence de haut grade, cela était de 19,7% par rapport à 31,8%. Les quelques femmes présentant une incontinence fécale se sont également améliorées (4,4% contre 10,5%). Après 12 mois, 79% des participants à l'IG avaient encore une formation, en CG, c'était 48%.

Etude 2

Sur la base de l'étude 1, un suivi a été effectué à 6 ans. 69% des femmes étaient encore disponibles [72] .

Résultat:

L'amélioration significative à ce moment-là ne pouvait plus être maintenue dans l'examen de suivi après 6 ans, c.-à-d. 76% pour l'incontinence urinaire et 12% contre 13% ont augmenté dans l'incontinence fécale. Après 6 ans, cependant, seulement 50% ont eu des difficultés dans les deux groupes avec des exercices occasionnels du plancher pelvien.

Etude 3

Pour l'étude 1, un suivi a été effectué après 12 ans, auquel 63,1% des femmes alors participantes ont participé [73]. La moitié d'entre eux sont nés de 2 enfants.

Résultat:

Résultat: après 12 ans, les résultats du groupe étaient maintenant ajustés (incontinence urinaire chez 3/4 de tous les patients), également en ce qui concerne les symptômes du prolapsus. Les auteurs concluent que de nouvelles stratégies thérapeutiques doivent être développées après que l'entraînement conservateur du plancher pelvien n'ait duré longtemps.

Étude 4

Etude randomisée et contrôlée de l'incontinence urinaire postnatale (3 mois) [74]. Les deux groupes d'intervention (IG) ont reçu quatre instructions individuelles (physiothérapeute / 3, 4, 6 et 9 mois après l'accouchement). IG1 a effectué l'entraînement du plancher pelvien "d'après Richard Millard". L'intensité de l'exercice a été augmentée après chaque instruction individuelle. Pour améliorer la perception du plancher pelvien, un périnomètre a été utilisé. Le programme d'IG2 comportait l'introduction de neuf cônes vaginaux différents (20 à 100 g) qui devaient être conservés dans le vagin deux fois par jour pendant 15 minutes. Le poids a été augmenté lentement. Le groupe de contrôle (CG) a reçu des instructions sur les exercices du plancher pelvien uniquement avant et pendant le séjour à l'hôpital, et il leur incombait de décider de les utiliser à la maison.

Résultat après un an:

Taux d'excrétion élevé dans tous les groupes (22% contre 52%). Amélioration significative dans le groupe actif vs groupe témoin (50 vs 76%). Il n'y avait pas de différence entre l'entraînement normal du plancher pelvien et la contention vaginale. Pour le suivi (24 à 44 mois après la naissance), seules 89 femmes ont pu être interrogées. Ici, cela montre que la pratique indépendante n'apporte aucun profit supplémentaire.

Etude d'électrostimulation 5

Le groupe d'intervention a reçu une électrostimulation (35 à 50 Hz / 35 mA avec une augmentation pouvant atteindre 100 mA) pendant 6 semaines avec un soutien à la rétroaction

biologique (30 minutes par session, deux fois par semaine [75]). En pratiquant à la maison (3 fois par jour / 3 courts cycles de forte contraction suivis d'une relaxation avec 50 à 60 répétitions), ils étaient contrôlés une fois par semaine par une vérification téléphonique pour voir si les instructions étaient correctes et le groupe témoin (24 femmes) par.

Résultat:

Après 12 semaines, le développement de la force maximale et moyenne dans l'IG a augmenté de manière significative par rapport au groupe témoin. De même la longueur de contraction. Subjectivement, les symptômes d'incontinence urinaire ont également diminué de manière significative par rapport à la CG.

Étude 6

Cette étude porte sur les problèmes d'incontinence urinaire et fécale causés par un troisième ou quatrième degré de rupture [76]. En particulier, la déchirure périnéale est l'une des raisons les plus importantes de l'incontinence post-partum. Le but de cette étude randomisée prospective était la comparaison des symptômes de l'incontinence post-partum lors de l'entraînement intensif du plancher pelvien par rapport à l'entraînement conventionnel du plancher pelvien dans le cadre d'une gymnastique dorsale.

CONCEPTION DE L'ETUDE: Sur 97 femmes atteintes de sous-partu DR III / IV, 38,5% avaient des symptômes d'incontinence et 41% d'incontinence fécale. Parmi celles-ci, 58 femmes (groupe témoin) ont subi une régression standard 6 semaines après l'accouchement et 49 femmes (IG) ont reçu une formation intensive du plancher pelvien sous contrôle de la rétroaction biologique ou stimulation électrique (sonde vaginale ou rectale).

Résultat:

Après 6 mois d'entraînement intensif du plancher pelvien, 25,6% ont souffert d'incontinence urinaire. Dans la récupération normale, la gymnastique était de 43,1%, c'est-à-dire que l'incontinence urinaire avait même empiré. L'incontinence fécale s'est améliorée de 41% à 23,1%, tandis qu'elle a augmenté à 44,8% dans le groupe de rééducation. Les contractions de la LAM chez les femmes biofeedback étaient en moyenne de 1,05 au départ et de 2,56 à 6 mois.

Commentaire: Cela signifie que les patients présentant des lésions périnéales de haut grade doivent recevoir un entraînement intensif du plancher pelvien le plus tôt possible. Une gymnastique de récupération habituelle semble inutile.

Revue systématique

Ceci est la mise à jour d'une revue Cochrane de 2012 (22 études, 8485 patients), qui a conclu qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves d'un effet durable de plus d'un an de la BBT préventive [77]. En outre, le nombre de femmes effectuant les exercices avec le temps diminue avec le temps [78]. La revue actuelle comprend 38 études portant sur des femmes enceintes ayant donné naissance à leur enfant au cours des trois derniers mois. Les femmes ont signalé une perte indésirable d'urine, de selles, d'urine et de selles, ou aucune perte. Ils ont été randomisés pour effectuer un entraînement du plancher pelvien ou aucun exercice pour comparer l'effet des deux arrangements.

Résultats:

Groupe 1 :

Les femmes enceintes sans incontinence urinaire, qui effectuaient des exercices du plancher pelvien comme traitement prophylactique avant et pendant la grossesse, ont signalé une perte d'urine moins importante 3 et 6 mois après l'accouchement.

Groupe 2 :

Femmes avec incontinence urinaire qui ont effectué un entraînement du plancher pelvien pendant la grossesse ou après la naissance: dans ce cas, il reste difficile de savoir si les exercices ont aidé à la perte non désirée d'urine.

Groupe 3 :

Femmes avec ou sans incontinence urinaire (groupe mixte) avec entraînement du plancher pelvien durant la grossesse ou après la naissance. Résultat: la formation commencée pendant la grossesse est moins susceptible d'entraîner une perte indésirable d'urine pendant la grossesse et jusqu'à six mois après l'accouchement. Cependant, on ne sait toujours pas si cet effet dure un an après la naissance. Même parmi les femmes qui ont commencé à faire de l'exercice après l'accouchement, un an après la naissance, l'effet sur la perte d'urine indésirable n'était pas clair.

Incontinence fécale :

Ici seulement 6 études ont fourni des preuves. Chez les femmes qui ont commencé à pratiquer après l'accouchement, un an après la naissance, il était difficile de savoir si cela contribuait à réduire la perte de selles indésirable. Il est également difficile de savoir si les femmes avec ou sans incontinence fécale (groupe mixte) qui ont commencé des exercices du plancher pelvien pendant la grossesse étaient moins susceptibles d'avoir des selles non désirées à un stade ultérieur ou jusqu'à un an après la naissance.

Dans l'ensemble, les études comportaient d'importantes faiblesses. Ainsi, les exercices du plancher pelvien, différents selon les études individuelles, étaient souvent insuffisamment décrits. En outre, il n'était pas possible d'effectuer un aveuglement.

Conclusion :

Bien qu'environ 85% de tous les accouchements soient associés à des lésions du périnée, le taux de blessures graves est finalement inférieur. Après tout, l'incidence de rupture du 3ème ou du 4ème degré (OASIS) d'environ 27%, ou rupture / rupture ou débordement du releveur ani (avulsion) à 30-40%, ne résulte pas d'une simple addition de ce dommage potentiel. mais est basé sur le taux de morbidité résultant - jusqu'à la date limite (3 mois après l'accouchement) n'a pas déjà fait par des processus de guérison naturels par lui-même.

Le taux de dommages consécutifs n'est pas facile à déterminer, car le risque fondamental d'incontinence urinaire et pédiatrique ultérieure est multiplié par trois et celui de prolapsus génital par deux. On estime qu'environ 28% de toutes les grossesses et l'incontinence urinaire maternelle ne régressent pas. En tout état de cause, 60% de toutes les femmes incontinentes plus tardives associent l'apparition de la faiblesse du plancher pelvien à la première grossesse et à l'accouchement.

Même un prolapsus génital ultérieur est en corrélation avec les blessures et la cicatrisation du plancher pelvien. Ici, le nombre de cas devrait se situer autour de 20 à 30%. En ce qui concerne les symptômes du sphincter anal (urgence, flatulences, incontinence), l'incidence des lésions du sphincter anal est estimée entre 1,5 et 9,0%. Si OASIS est présent, sa prévalence pour l'incontinence anale est de 15 à 61%

Il s'agit d'un consensus urogynécologique plus général (lignes directrices) selon lequel, après une anomalie congénitale et en particulier en cas d'incontinence, une formation guidée du plancher pelvien incluant l'électrostimulation est déjà utile 6 semaines après la naissance. Même si les symptômes de nombreux patients sont souvent inférieurs à 3 mois après l'accouchement, cela ne devrait pas être une raison pour empêcher les femmes de faire de l'exercice. Si un stress ou une incontinence mixte persiste pendant 6 mois après la naissance, le risque est très élevé que, par la suite, il devienne encore plus difficile ou impossible d'améliorer.

Dans la procédure passive d'un rPMS, qui ne dépend pas de la motivation et de la persévérance des femmes, il n'y a pas de preuve de cette preuve. Les résultats de l'entraînement du plancher pelvien actif avec ou sans contrôle de la rétroaction biologique ou électrostimulation semblent cependant suffisants pour propager le rMSP comme traitement idéal de l'incontinence urinaire et anale post-partum ainsi que du prolapsus des organes pelviens. Cela est principalement dû au fait qu'un entraînement actif du plancher pelvien nécessite souvent une période de formation de 6 à 12 mois, alors que la formation avec le rPMS dure au maximum 2 mois. Les nouvelles découvertes de la stimulation électrique directe du nerf pelvien, qui peuvent être utilisées pour stimuler la croissance nerveuse axonale dans les anomalies congénitales neuronales en activant le BDNF, ouvrent un important domaine d'application de la douleur et de l'application anale de l'électrostimulation au rPMS.

Bibliographie :

Radestad I et al. Les larmes dans le vagin, le périnée, le sphincter et le rectum et les premiers rapports sexuels après l'accouchement: un suivi à l'échelle nationale. *Naissance* 2010; 25: 98-106

[2] Williams A, Herron-Marx S., Carolyn H. La prévalence de la morbidité périnéale postnatale persistante et sa relation avec le traumatisme périnéal. *Sage-femme* 2007; 23: 392-403

[3] Office fédéral de la statistique

[4] Communiqué de presse KKH, Hanovre 19.04.2018

[5] Bulchandani S et al. Soutien périnéal manuel au moment de l'accouchement: revue systématique et métaanalyses. *BJOG* 2015; 122: 1157-165

[6] Richmond D. Périnée est une émission nationale à laquelle nous devons nous adresser. Blog Juillet 2014, Collège royal des obstétriciens et gynécologues

[7] Frankman EA et al. Épisiotomie aux États-Unis: a changé quelque chose. *Au J ObstetGynecol* 2009; 200: 573-577

[8] Minaglia SM et al. La diminution du taux de lacération obstétricale du sphincter anal est associée à une modification de la pratique obstétricale. *Int Urogynecol J DysfunctPelvicFloor* 2007; 18: 1399-1404

[9] Sultan AH et al. Larmes du sphincter anal obstétrical au troisième degré: facteurs de risque et résultats de la réparation primaire. *BMJ* 1994; 308: 887-891

[10] Raisanen S et al. Le taux élevé d'épisiotomie protège des ruptures obstétricales du sphincter anal: une étude du registre des naissances sur les politiques d'intervention en matière d'accouchement en Finlande. *Scand J Public Health*. 2011; 39: 457-463

[11] Valbo A et al. Les déchirures du sphincter anal à l'accouchement spontané: une comparaison de cinq hôpitaux en Norvège. *Acta ObstetGynecolScand* 2008; 87: 1176-1180

[12] Oberwalder M, Connor J, Wexner SD. Méta-analyse pour déterminer l'incidence des lésions obstétricales du sphincter anal. *Br J Surg* 2003; 90: 1333-1337

[13] Faltin D et al. Diagnostic des déchirures du sphincter anal par endosonographie postpartum pour prédire l'incontinence fécale. *ObstetGynecol* 2000; 95: 643-647

[14] Guzman Rojas RA et al. Prévalence des lésions du sphincter anal chez les femmes primipares. *Ultrason ObstetGynecol* 2013; 42: 461-466

[15] Gurol-Urganci et al. Les déchirures périnéales de troisième et quatrième degrés chez les femmes primipares en Angleterre entre 2000 et 2012: tendances temporelles et facteurs de risque. *BJOG* 2013; 120: 1516-1525

[16] Wilson C. Les médecins britanniques peuvent avertir officiellement les femmes des risques d'accouchement vaginal. *Nouveau scientifique* 2016; 9 juillet, numéro 3081

[17] La directive de l'ACOG (Congrès américain des obstétriciens et gynécologues): Les gynécologues peuvent prévenir et gérer les lacérations obstétricales pendant l'accouchement par voie vaginale, déclare le nouveau bulletin de pratique de l'ACOG. 22 juin 2016

[18] Gainey HL. Observation post-partum des lésions des tissus pelviens. *Am J ObstetGynecol* 1943; 46: 457-466

[19] Dietz HP, Lanzarone V. Traumatisme après accouchement vaginal. *ObstetGynecol* 2005; 106 (4): 707-712

[20] Shek KL, Dietz HP. Peut-on prédire l'avulsion du releveur avant la naissance? *Au J ObstetGynecol* 2010; 202 (6): 586.e1-6

[21] Valsky DV et al. Échographie transpérinéale tridimensionnelle chez les femmes primipares. *Au J ObstetGynecol* 2009; 201: 91.e1 - 7

[22] Blasi I et al. Visualisation intra-partum tridimensionnelle de l'échographie tridimensionnelle du traumatisme du releveur. *UltrasoundObstetGynecol* 2011; 37: 88 - 92

- [23] Dietz HP, Lanzarone F (2005) Traumatisme du levateur après accouchement vaginal. *ObstetGynecol* 2005; 106 (4): 707-712
- [24] Shek KL, Dietz HP. Peut-on prédire l'avulsion du releveur avant la naissance? *Au J ObstetGynecol* 2010; 202 (6): 586.e1-6
- [25] Dietz HP, Lanzarone V. Traumatisme après accouchement vaginal. *ObstetGynecol* 2005; 106 (4): 707-712
- [26] Shek KL, Dietz HP. Peut-on prédire l'avulsion du releveur avant la naissance? *Au J ObstetGynecol* 2010; 202 (6): 586.e1-6
- [27] Dietz HP, Simpson JM. Le traumatisme du levateur est associé au prolapsus des organes pelviens. *BJOG* 2008; 115 (8): 979-984
- [28] Dietz HP. Traumatisme du plancher pelvien lié à l'accouchement. *Gynécologie obstétricale* 2010; 70 (12): 969-978
- [29] Kölbl H. Rendre la césarienne plus sûre - accoucher par voie vaginale: à quoi ressemble vraiment le plancher pelvien et le mode de naissance? *J UrolUrogynecol* 2003; 3: 17-20
- [30] Mannion CA et al. L'influence de la douleur et de l'incontinence urinaire sur les tâches quotidiennes des mères après 12 mois. *PLoS One* 2015; 10 (6): e0129615
- [31] Rortvit G et al. Incontinence urinaire après accouchement vaginal ou par césarienne. *N Engl J Med* 2003; 348: 900-907
- [32] Lemos, A et al. Faire des exercices périnéaux pendant la grossesse prévient le développement de l'incontinence urinaire. Une revue systématique. *Int J Urol* 2008; 15 875-880
- [33] Kepenekci I et al. Prévalence des troubles du plancher pelvien chez la population féminine et impact de l'âge, du mode d'accouchement et de la parité. *Dis Colon Rectum*. 2011; 54: 85-94
- [34] Memon HU, Handa VL. Accouchement vaginal et troubles du plancher pelvien. *Santé des femmes (Lond)*. 2013; 9 (3): 265-277
- [35] Kudish BI et al. Facteurs de risque de développement du prolapsus chez les femmes blanches, noires et hispaniques. *Femelle Pelvic Med ReconstrSurg*: 2011; 17 (2): 80-90
- [36] Boyles SH et al. L'incidence de l'incidence de l'incontinence urinaire chez les femmes primipares. *ObstetGynecol* 2009, Jan; 113 (1): 134-41
- [37] Viktrup L, Rortveit G, perdent G. Risque d'incontinence urinaire à l'effort douze ans après la première grossesse et l'accouchement. *ObstetGynecol* 2006; 108 (2): 248-54
- [38] Goldberg RP et al. Le mode d'administration est un déterminant environnemental majeur de l'incontinence urinaire à l'effort: résultats de l'étude Evanston-NorthwesternTwinSisters. *Am J ObstetGynecol* 2005; 193 (6): 2149-53
- [39] Abramov Y et al. Facteurs de risque de l'incontinence anale chez la femme: nouvel aperçu de l'étude de la soeur jumelle Evanston-Northwestern. *ObstetGynecol* 2005; 106 (4): 726-732
- [40] Reid AJ, Beggs AD, Sultan AH et al. Résultat de la réparation des lésions obstétricales du sphincter anal après trois ans. *Int J GynecolObstet* 2014; 127 (1): 47-50
- [41] Fornell EU, Matthiesen L., Sjö Dahl R., Berg G. Blessure du sphincter anal obstétrical dix ans après: effets subjectifs et objectifs à long terme. *BJOG*. 2005; 112 (3): 312-316
- [42] De Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC et al. Dommages au sphincter anal après accouchement par voie vaginale: résultat fonctionnel et facteurs de risque d'incontinence fécale. *Acta ObstetGynecolScand*. 830-834: 80 (9); 2001
- [43] McDonald EA et al. Dyspareunie et accouchement: une étude de cohorte prospective. *BJOG*. 2015; 122 (5): 672-679
- [44] Mannion CA et al. L'influence de la douleur et de l'incontinence urinaire sur les tâches quotidiennes des mères après 12 mois. *PLoS One* 2015; 10 (6): e0129615
- [45] Blomquist JL et al. Douleur pelvienne et mode de livraison. *Au J ObstetGynecol* 2014; 210 (5): 423.e1. - 423.e6

- [46] Les 20 chirurgies les plus courantes chez la femme (clé 5 de l'OPS). Office fédéral de la statistique 2016
- [47] Reid AJ, Beggs AD, Sultan AH et al. Résultat de la réparation des lésions obstétricales du sphincter anal après trois ans. *Int J GynecolObstet* 2014; 127 (1): 47-50
- [48] Fernando RJ, Sultan AH, Kettle, C. Thakar R. Méthodes de réparation des lésions obstétricales du sphincter anal. *Cochrane DatabaseSystRev* 2013 Dec 8; (12): DC002866
- [49] Svabik K, Shek KL, Dietz HP. Combien le releveur doit-il s'étirer pendant l'accouchement? *BJOG* 2009; 116: 1657-1662
- [50] Sjogren, B., Raisons de l'anxiété à propos de l'accouchement chez 100 femmes enceintes. *J PsychosomObstetGynaecol*, 1997. 18 (4): p. 266-72
- [51] DeLancey J. L'épidémie cachée de la dysfonction du plancher pelvien: objectifs réalisables pour améliorer la prévention et le traitement. *Au J ObstetGynecol* 2005; 192: 1488-1495
- [52] Dietz H. Quantification des anomalies morphologiques majeures du releveur ani. *UltrasoundObstetGynecol* 2007; 29: 329-334
- [53] DeLancey J et al. Comparaison des anomalies musculaires du releveur et de la fonction chez les femmes avec et sans prolapsus des organes pelviens. *ObstetGynecol* 2007; 109: 295-302
- [54] Van Delft K, Sultan AH, Thakar R et al. La relation entre l'avulsion musculaire du leva post - partum et les symptômes du dysfonctionnement du plancher pelvien. *BJOG* 2014; 121 (9): 1164-1171
- [55] Webb S, Sherburn M, Ismail KM. Gestion des traumatismes périnéaux après l'accouchement. *BMJ* 2014; 349: g6829.
- [56] Fitzpatrick M, O'Brien C, O'Connell PR et al. Les schémas de la fonction nerveuse pudendale anormale sont associés à l'incontinence fécale postpartum. *Au J ObstetGynecol*. 2003; 189: 730-735
- [57] Pan HQ, JM Kern, Lin DL et al. La double blessure simulée à l'accouchement retarde la récupération anatomique. *Chez J PhysiolRenalPhysiol* 2009; 296 (2): F277-F283
- [58] Parks AG, Swash M. Urich H. *Gut* 1977; 18 (8): 656-665. Dénervation du sphincter dans l'incontinence anorectale et le prolapsus rectal
- [59] Jiang HH, Gill BC, Dissaranan C et al. Effets de la stimulation électrique sélective du nerf pudendal aigu après une lésion simulée de l'accouchement. *Chez J PhysiolRenalPhysiol*. 2013 le 1er février; 304 (3): F239-F247
- [60] Al-Majed AA, Brushart TM, Gordon T. La stimulation électrique accélère et exprime l'expression de l'ARNm de BDNF et de trkB dans les motoneurons fémoraux de rat en régénération. *Eur J Neurosci* 2000; 12: 4381-4390
- [61] Anglais AW, Schwartz G, Meador W et al. La stimulation électrique favorise la régénération de l'axone périphérique par une signalisation améliorée des neurotransmetteurs neuronaux. *DevNeurobiol* 2007; 67: 158-172
- [62] Roy AL, Gourcerol G, Menard J et al. Facteurs prédictifs d'une stimulation réussie du nerf sacré dans le traitement de l'incontinence fécale: leçons tirées d'une évaluation complète du traitement. *Dis Colon Rectum* 2014; 57: 772-80
- [63] Culligan PJ et al. Un essai randomisé, en double aveugle, contrôlé de façon fictive de l'innervation magnétique extracorporelle post-partum pour restaurer la force des muscles pelviens chez les patients primipares. *Au J ObstetGynecol* 2005; 192: 1578-1582
- [64] Shobeiri SA, L Hoyte, R Chesson et al. Evaluation of magnetic stimulation of the pelvic floor muscles for the treatment of fecal incontinence. *KeineIndexierung*
- [65] Shobeiri SA, Chesson R, Echols KT et al. Evaluation of extracorporeal magnetic innervation for the treatment of fecal incontinence. *New Orleans LA. ICS Seoul, Korea* 2001 #324

- [66] Shobeiri SA, Chesson RR, West EC et al. "A Pilot Study of Extracorporeal Magnetic Stimulation of the pelvic floor for the treatment of women with fecal incontinence and underactive pelvic floor muscles". *Journal of Pelvic Medicine & Surgery*. 2007; 13(1):19-26
- [67] Neumann PB, Grimmer KA, Deenadayalan Y. Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2006; 6:11
- [68] Vontheim R, Heimerl R, Schwandner T et al. Electrical stimulation and biofeedback for the treatment of fecal incontinence: a systematic review. *Int J Colorectal Dis*. 2013; 28(11): 1567-1577
- [69] Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103:154-61
- [70] MacArthur C, Bick DE, Keighley MR. Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:46-50
- [71] Glazener CMA et al. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: a randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 323:593-596
- [72] Glazener CMA et al. Randomised controlled trial of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence: six year follow up. *BMJ* 2005; 330:337-9
- [73] Glazener CMA et al. Twelve-year follow-up of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence and prolapse outcomes: randomised controlled trial. *BJOG* 2014; 121(1): 112-120
- [74] Wilson PD, Herbison GP. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle exercises to treat postnatal urinary incontinence. *Int Urogynecol* 1998; 9: 257-264
- [75] Lee IS, Choi ES. Pelvic floor muscle exercise by biofeedback and electrical stimulation to reinforce the pelvic floor muscle after normal delivery. *J Korean Acad Nursing* 2006; 38(8): 1374-1380
- [76] Fürmetz A et al. Dammriss III / IV: Intensiviertes Beckenbodentraining post partum. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2014; 74 – FV_01_03
- [77] Woodley SJ et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; Dec 22: 12: CD007471
- [78] Boyle R et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; Oct 17; 10: CD007471