



Rééducation du post-partum

Dr Charbel SALAMEH

24/01/2025

Plan du cours

- Objectifs de la rééducation du post-partum
 - Précoces
 - Secondaires
- Bilan de rééducation du post-partum
- Rééducations du post-partum: les axes essentiels de la rééducation
- Indications et contre-indications

Réducation du post-partum

- Rééducation qui a lieu après l'accouchement
- conséquences grossesse et accouchement sur post-partum sont variées
- rééducation porte sur :
 - Périnée et continence
 - Rachis et ceinture pelvienne
 - Sangle abdominale

Pourquoi la rééducation du post-partum(PP)?

- Douleurs périnéales
 - Déchirures périnéales et épisiotomies + oedeme périnéal fréquents → douleurs périnéales ++
 - Douleurs périnéales: 40 % PP immédiat , 10% 12 mois post-partum (PP)
 - Primipares souvent plus douloureuses
 - Dyspareunie 50% des patientes

Pourquoi la rééducation du post-partum?

- Troubles statique pelvienne:
 - 5 fois plus de prolapsus en post-partum vs. nullipare
 - ↘ force du périnée (↘max 6-8 semaines PP)
- Incontinence urinaire (IU)
 - 15-40% des femmes, 3-4% après césarienne
 - Surtout femmes incontinentes avant ou en début de grossesse
 - Guérison 1/3 patientes, fuites occasionnelles 1/3 et fuites hebdomadaires 1/3

Constipation → phénomènes incontinence et prolapsus

Pourquoi la rééducation du post-partum?

- Incontinence fécale
 - 4-5% des parturientes
 - Résolution spontanée à 6 mois dans la moitié des cas
 - Si déchirure périnéale sévère → risque + important incontinence anale

Pourquoi la rééducation du post-partum?

- Douleurs pelvi-rachidiennes
 - 20% post-partum
 - Jusqu'à 6 mois PP
 - Intensité ↘ progressivement
 - Pronostic moins bon si douleur intense fin de grossesse, plusieurs enfants à charge, métiers physiquement éprouvants

Distinguer douleurs rachidiennes vs. Douleurs ceinture pelvienne

Pourquoi la rééducation du post-partum?

- Douleurs abdominales
 - cicatricielles liées césarienne, les + intenses, surtout mouvement
 - CU
 - Douleurs viscérales

Pourquoi la rééducation du post-partum?

- Insuffisance abdomino-pariétale
 - distension paroi abdominale
 - Faiblesse relative fléchisseurs tronc vs. Extenseurs
 - Altération capacité gds droits maintenir statique lombo-pelvienne
 - diastasis grands droits
 - Ptose muscles larges de l'abdomen modifiant orientation de leurs fibres → modification statique normale organes intra- abdominaux et du soutien abdominal du diaphragme
 - retentissement psychologique

Diastasis des grands droits

- diastasis des grands droits = ↗ distance intermusculaire à différents niveaux de la ligne blanche avec sagittalisation de ces muscles
- Distance 1 à 4 cm selon les études
- Variabilité mesure inter-observateurs
- Echo serait plus fiable
- 50% primipares et 75% multipares en PP immédiat
- Association entre hypotonie plancher pelvien/hypotonie abdominale/diastasis grands droits
- Etudes discordantes sur association diastasis, IU, prolapsus
- Effet diastasis sur qualité de vie

Objectifs de la rééducation du post-partum

- Objectifs principaux: information, prévention et traitement
- Information sur:
 - Importance visite post-natale
 - Fréquence et évolution troubles urinaires et statique pelvienne
 - Prise de conscience de la contraction périnéale
 - Conseils ergonomiques (posture, port, allaitement)
 - Risques contractions abdominales intempestives
 - Notions diet

Objectifs de la rééducation du post-partum

- Prévention
 - Troubles statique pelvienne à l'effort
 - inversions de commande
 - Risques de dyspareunie
 - rachialgies à l'effort (port de l'enfant et du matériel de puériculture, activité ménagère, sport...)
 - les asynergies abdominales
 - risques circulatoires: thrombose veineuse et complications emboliques

Objectifs de la rééducation du post-partum

- Traitement
 - réduire douleurs périnéales, l'incontinence urinaire ou fécale, insuffisances musculaires périnéales
 - réduire douleurs et insuffisances posturales et musculaires rachidiennes et pelviennes
 - réduire déficiences musculaires et incapacités abdominales
 - améliorer image corporelle, état psychique de l'accouchée et
 - réduire les troubles sexuels
 - réduire les troubles digestifs

Chronologie des objectifs

- Objectifs précoces (post-partum immédiat)
- Objectifs du post-partum secondaire > 6 semaines post accouchement

Chronologie des objectifs

- Post-partum immédiat
 - Trt douleur
 - Informer patiente (cf diapo 10)
 - Controverse sur rééducation abdominale précoce
- Post-partum secondaire
 - Rééducation 3 dominantes en fonction du bilan

Post-partum secondaire

- rééducation périnéo-sphinctérienne :
 - réduire douleurs périnéales cicatricielles
 - récupérer force musculaire du périnée
 - réduire incontinence urinaire
 - intégrer le verrouillage périnéal

Post-partum secondaire

- rééducation rachidienne :
 - réduire douleurs pelvi-rachidiennes
 - récupérer force musculaire tronc et MI
 - Retrouver équilibre postural
 - gestes ergonomiques

Post-partum secondaire

- Rééducation sangle abdominale :
 - réduire déficiences cicatricielles après césarienne, surtout si douloureuse
 - récupérer force musculaire sangle abdominale
 - réduire déficiences morphologiques en retrouvant la longueur musculaire initiale de la sangle abdominale ;
 - Intégrer capacités fonctionnelles abdominales + coordination avec verrouillage périnéal + statique rachidienne lors du port de charges

Bilan de rééducation post-partum

- Faire bilan pour
 - choisir les techniques
 - Suivre évolution des symptômes
 - Mesurer efficacité de la rééducation.
- L'interrogatoire et l'examen clinique pour :
 - évaluer la douleur
 - Trt préventif vs. curatif dans chacun des 3 dominantes
 - écarter la présence de complications (déhiscence cicatricelle, complications neuro, thromboemboliques)
 - mesurer les résultats de la rééducation

Évaluation de la douleur

- Siège (une ou plusieurs dominantes)
- Fréquence
- Facteurs déclenchant
- Mode
- Intensité
- Retentissement sur qualité de vie (QOL) et sexualité

Évaluation de l'incontinence

- Interrogatoire
 - Déterminer mécanisme de l'incontinence
 - Environnement, habitudes de vie, attentes de la patiente
 - Existence de facteurs associés
- Compléter par
 - Calendrier mictionnel
 - Quantification de l'incontinence urinaire (échelle MHU par ex)
 - Mesure qualité de vie
(<https://www.urofrance.org/fileadmin/medias/scores/contilife.pdf>)
- Examen clinique:
 - Locorégional (trophicité, cicatrice, pertes vaginales)
 - neurologique (hypoesthésie périnéale), atteinte périphérique plancher pelvien
 - testing périnéal (force et endurance, verrouillage), aide choix technique de rééducation, surveillance qualités contractiles

Évaluation pelvienne et rachidienne

- Interrogatoire:
 - Situations de gêne fonctionnelle majeure
 - Connaissances ergonomiques de la femme pour prévention rachialgie
- Examen clinique
 - Différencier douleur pelvienne (bassin, sacro-iliaque, symphyse pubienne) d'une douleur rachidienne (musculaire/vertébrale)
 - Test Active Straight Leg Raise (ASLR) → détecter douleurs pelviennes

Évaluation abdominale

- Interrogatoire
 - Evaluer attentes de la patiente +++
 - Si attentes morphologiques, remplacer par projet de rééducation globale
- Examen:
 - diastasis, cicatrice, différence diastasis repos/contraction abdominale
 - Evaluation manuelle force musculaire sangle abdominale
 - Asynérgie entre gd-droits et transverse → abdomen protrusif

Rééducation

- axes essentiels:
 - Information dans le post-partum immédiat
 - Prévention des complications immédiates
 - Trt manière adaptée aux incapacités avec respect
synergie entre périnée et abdominaux

Rééducation périnéo-sphinctérienne

- Si indication, rééducation commence après consulte post-natale (6-8 semaines post-partum)
- Information patiente +++
 - Expliquer causes (schémas anatomiques)
 - Techniques employées
 - Consentement patiente
 - Importance travail entre séances

Rééducation périnéo-sphinctérienne

- But:
 - Trt douleur
 - Tonus périnéal pour verrouiller périnée lors efforts
- Techniques les + utilisées pour la douleur:
 - Contractions périnéales intermittentes
 - Agents physiques (ultrasons, électromagnétique, thermothérapie): pas de preuve efficacité

Rééducation périnéo-sphinctérienne

- Techniques les + utilisées pour rééducation musculaire et pour IU
 - Exercices plancher pelvien: contractions volontaires répétées des releveurs avec sollicitation ou résistance par doigts intravaginaux thérapeute
 - Biofeedback instrumental ou verbal: rétrocontrôle instantané visuel ou sonore → prise conscience fonctionnement plancher pelvien
- Si lésion nerveuse récente → éviter électrostimulation
- Trt comportementaux: calendrier mictionnel, permet de suivre évolution

Efficacité de la Rééducation périnéo-sphinctérienne: renforcement musculaire

- Exercices plancher pelvien réalisés 2-4 semaines après accouchement semblent → amélioration force musculaire périnée et ↘ IU effort
- Pas de schéma ou de protocole précis
- Ex de protocoles: 10 aine de séances, 1/semaine, 45 mn chacune + travail personnel de la patiente: 10 contractions de 6sec et 4 contractions rapides après chaque contraction lente
- Intérêt association différentes techniques

Efficacité de la Rééducation périnéo-sphinctérienne: incontinence

- Débutés en post-partum ou pdt grossesse: ++ efficacité rééducation sur prévalence et importance symptômes urinaires
- Protocoles de rééducation très divers, 4 - 12 séances, plus ou moins étalées dans le temps, avec instruction collective ou rééducation manuelle et instrumentale individuelle

Rééducation pelvi-rachidienne

- S'articule autour: trt douleur, renforcement musculaire, amélioration capacités fonctionnelles, gain de mobilité
- Rechercher origine pelvienne ou rachidienne de la douleur
- Eviter solliciter ligaments/muscles lésés pendant accouchement
- Adapter exercice fonction retentissement sur les autres dominantes
- Rééducation idem hors contexte post-partum: massage, agents physiques, thérapie manuelle, étirements, exercices physiques, ajustements proprioceptifs.

Rééducation pelvi-rachidienne

- Renforcement musculaire muscles diagonaux du tronc: pas de preuve efficacité réduction douleur pelvienne
- Efficacité temporaire de techniques diverses:
 - Repos
 - Relaxation
 - Canne anglaise
 - Ceinture pelvienne non élastiques au dessus grands trochanters → ↘ mouvements nutation et contre-nutation

Réducation sangle abdominale

- Utiliser exercices qui ↗ pas la pression intra-abdominale
- Préconiser coordination entre respiration et contraction abdominale
- Effets sur douleur abdominale
 - Massage abdominal surtout si constipation
 - Effet positif TENS sur certaines douleurs cicatricielles post-césarienne

Rééducation sangle abdominale

- Renforcement musculaire
 - exercices respiratoires, essentiellement expiratoires (asynergique vs. synergique)
 - électrothérapie excito- motrice: courant basse fréquence sur muscles superficiels abdomen: Pas de preuve efficacité en post-partum
 - Attention sur pratique intempestive journalière d'exercices abdominaux
 - exercices gymniques «tronc sur membres inférieurs » et «membres inférieurs sur tronc »: efficacité en prévention plutôt qu'en trt du diastasis
 - Séance gymnique: effet positif sur l'humeur

Indications rééducation post-partum

- a- Dans les jours suivant accouchement
- Information des patientes en maternité
- Importance visite post-natale
 - Évolution spontanée des déficiences périnéales, pelviennes, rachidiennes et abdominales
 - Prise de conscience de contraction périnéale et prévention incontinence
 - Conseils ergonomiques pour allaitement et port enfant pour prévenir les rachialgies
 - Rôle sangle abdominale dans prévention rachialgie
 - Risques si renforcement musculaire intempestive sangle abdominale

Indications rééducation post-partum immédiat

- trt douleur périnéale, pelvienne, rachidienne et abdominale
- Lésions périnéales sévères: efficacité à long terme reste à confirmer
- Certains contre-indiquent formellement rééducation abdominale < 6 semaines PP

Indications rééducation après visite post-natale

- Pas de rééducation systématique post-partum (pas de consensus)
- Interrogatoire et examen clinique
- Rééducation si
 - incapacité résiduelle 1/3 dominantes (périnée, rachipelvis, sangle abdominale)
 - Incoordination entre verrouillage périnée, contraction abdo et posture pelvi-rachidienne au cours des efforts
- 10-20 séances proposées

Indications rééducation après visite post-natale

- Rééducation périnéale si:
 - Persistance douleurs périnéales, dyspareunie
 - Faiblesse muscles périnéés
 - Incontinence
- Rééducation pelvi-rachidienne
 - Douleur pelvienne et/ou rachidienne
 - Troubles statiques rachidienne

Indications rééducation après visite post-natale

- Rééducation abdominale
 - Douleurs cicatricielles post-césarienne
 - Faiblesse musculaire abdominale

Contre-indications rééducation post-partum

- Pas d'électrostimulation si lésions neurologiques
- Eviter tout exercice abdominal qui accentuerait les déficiences périnéales (fuites ou prolapsus), rachidiennes (exercices lordosants) ou abdominales (exercices aggravant le diastasis ou la protrusion de l'abdomen).

Durée du trt, fréquence et durée des séances

- nombre de séances : fonction de l'importance du tableau clinique et du nombre de dominantes à traiter.
- 10 à 20 séances au maximum

Après une 1ère série de séances

- Si aucune amélioration: voir intérêt de poursuivre
- Si amélioration partielle: prolongation possible du trt
- Si nette amélioration jugée suffisante: rééducation peut être interrompue



Merci de votre attention

- ANAES. Rééducation dans le cadre du post-partum. Décembre 2002
- Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, Thubert T. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum: recommandations [Postpartum pelvic floor muscle training and abdominal rehabilitation: Guidelines]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015 Dec;44(10):1141-6.
- Glazener CMA. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:330-5
- Joueidi Y, Vieillefosse S, Cardaillac C, Mortier A, Oppenheimer A, Deffieux X, Thubert T. Impact du diastasis des muscles droits de l'abdomen sur les symptômes pelvi-périnéaux : revue de la littérature [Impact of the diastasis of the rectus abdominis muscles on the pelvic-perineal symptoms: Review of the literature]. Prog Urol. 2019 Sep;29(11):544-559.
- Villot A, Deffieux X, Demoulin G, Rivain AL, Trichot C, Thubert T. Prise en charge des périnéés complets (déchirure périnéale stade 3 et 4) : revue de la littérature [Management of third and fourth degree perineal tears: A systematic review]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015 Nov;44(9):802-11.