



**BILANS ET TECHNIQUES DE REEDUCATION PERINEO-
SPHINCTERIEENNE POUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE
URINAIRE CHEZ LA FEMME A L'EXCLUSION DES AFFECTIONS
NEUROLOGIQUES**

Une revue de la littérature de De Kruif et Van Wegen (91) a été faite sur 6 études comparant les exercices du plancher pelvien avec et sans *biofeedback* (61, 63, 92-95). Elle montre qu'une seule étude est statistiquement valide même si les autres études convergent dans la même direction : les exercices du plancher pelvien associés au *biofeedback* sont statistiquement plus efficaces que les exercices seuls.

Glavind (62) dans une étude sur 37 patientes montre l'intérêt du *biofeedback* dans l'apprentissage du travail périnéal. Après 4 séances d'apprentissage, les patientes effectuent un travail à domicile durant 3 mois (*tableau 14*).

Tableau 14. Intérêt du *biofeedback* à 3 mois et à 2 ans. D'après Glavind, 1998 (62).

	À 3 mois sur 31 patientes restantes	À 2 ans sur 15 patientes restantes
Guérison	39 %	27 %
Amélioration	42 %	47 %

Les résultats ont été évalués par *pad-test* standardisé.

Les techniques utilisées sont donc celles décrites préalablement dans le présent document. L'analyse de la littérature montre la supériorité du *biofeedback* et du travail musculaire par rapport à la stimulation électrique et à l'utilisation des cônes.

L'étude de Sand (43) montre l'efficacité de l'électrostimulation sur l'IUE par rapport à un groupe contrôle, en utilisant des paramètres favorisant l'éveil et le renforcement musculaires (courant biphasique, fréquence 50 Hz, largeur d'impulsion 0.2 à 0.5 ms).

VI.2. Incontinence urinaire par impériosité

De nombreuses études ont montré l'intérêt de la mise en œuvre de traitements comportementaux pour le traitement de l'incontinence urinaire par impériosité, ainsi que l'utilisation de courant de fréquence de 5 à 25 Hz à visée inhibitrice du détrusor.

La mise en place d'un calendrier mictionnel journalier va permettre aux patientes de s'investir d'emblée dans ce traitement.

La recherche de l'augmentation de la force du plancher pelvien devrait faciliter l'inhibition du détrusor par le réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur.

VI.3. Incontinence urinaire mixte

L'incontinence urinaire mixte est l'association d'une incontinence urinaire d'effort et d'une incontinence urinaire par impériosité.

Le thérapeute doit, pour commencer, adapter le traitement à la patiente afin d'agir sur les symptômes gênants le plus celle-ci. Il dispose pour cela de toutes les techniques rééducatives déjà mentionnées.

VII. QUELLE REEDUCATION, POUR QUELLES PATIENTES ?

VII.1. Les personnes âgées

La prise en charge rééducative des personnes âgées doit s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge globale. Cette prise en charge associe, outre la rééducation, une adaptation de l'environnement, une aide médicamenteuse adaptée, l'utilisation judicieuse d'un appareillage palliatif urinaire dans l'attente d'un résultat de la rééducation et un investissement de tout le personnel soignant (96).

L'analyse de la littérature permet de préciser plusieurs points concernant la rééducation des personnes âgées :

- l'âge n'est pas un facteur limitant à la rééducation ;
- l'ancienneté de l'incontinence n'est pas un handicap infranchissable si la patiente participe ;
- la volonté et les possibilités mentales de la patiente sont déterminantes.

Blanchon précise : « *Un minimum de compréhension et des possibilités mnésiques suffisantes pour comprendre les consignes et les intégrer sont souhaitables, sinon seule l'électrostimulation sera possible ne donnant un résultat que ponctuel, toute intégration par biofeedback étant alors limitée* » (96).

Les techniques de rééducation de l'incontinence urinaire de la personne âgée sont identiques à celles utilisées dans les autres groupes. Cependant l'analyse de la littérature nous montre que la principale technique utilisée est la rééducation comportementale (*tableau 15 et 15 bis*) (36, 63, 83-84).

Burns (63) dans son étude de 1993 a comparé l'efficacité du *biofeedback* par rapport aux exercices du plancher pelvien en intégrant dans les groupes étudiés le calendrier mictionnel. Wells (97) a comparé la prise de phénylpropanolamine hydrochloride aux exercices du plancher pelvien auprès de 157 femmes âgées de 55 à 90 ans. Il n'a pas mis en évidence de différence significative entre les deux groupes malgré l'amélioration des symptômes. Dans toutes les autres études la rééducation comportementale est le traitement de base.

Le traitement comportemental est le traitement de choix et de première intention pour la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme âgée institutionnalisée. Cependant il paraît important d'associer quand cela est nécessaire et possible les autres techniques rééducatives (ESF, BFB) au traitement comportemental. En effet, ces techniques associées peuvent permettre au thérapeute de mieux éduquer les patientes et donc de faciliter l'auto-prise en charge.

Pour ce qui est de l'efficacité du traitement dans le temps, Fantl (83) conclut dans la revue d'études que tout dépend de la stratégie de suivi des patientes mise en place et de leur éducation.

Greuillet (44) précise que la maintenance de la qualité des résultats va dépendre de l'auto-prise en charge des patientes. Là encore, il faut insister sur **l'intérêt de la mise en place d'une stratégie de suivi des patientes.**

La prise en charge rééducative de la personne âgée incontinente urinaire doit avoir pour but le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie.

Tableau 15. Rééducation vésico-sphinctérienne de la personne âgée.

Auteurs Année	Pays	Population	Âge	Pathologie	Groupe traité	Groupe contrôle	Critères de résultats	Résultats / Conclusion
Burns (63) 1993	USA	135 sujets randomisés	Moy 62	IUE IU mixte	Gr. BFB n = 40 (Sonde vaginale + K7 audio) Gr. EPP n = 43 (Info par K7 audio)	Gr. contrôle n = 39	Calendrier mictionnel et nombre fuites/semaine Pression de clôture maxi Longueur fonctionnelle urètre EMG force plancher pelvien (contraction 3 s et 10 s)	À 6 mois l'amélioration pour les sous-groupes symptômes sévères et moyens dans les deux gr. traités est maintenue, pour le sous-groupe incontinence faible l'amélioration est en baisse. BFB et EPP sont efficaces par rapport au gr. contrôle pour toutes les formes de sévérité. Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes traités.
Wyman 1997 (36)	USA	123 sujets dans l'échantillon final	55-90	IUE IU par impériosité IU mixte	Gr. reprogram mict n = 60	Gr. contrôle n = 63	Questionnaire de qualité de vie (IIQ) Échelle analogique visuelle Échelle de dépression (CES-D)	À 6 semaines amélioration de la qualité de vie du groupe traité (p < 0.04). À 6 mois pas de changement. Les résultats sont identiques pour IUE et IU dans le gr. traité.
Burgio 1998 (84)	USA	197	55-92	IU par impériosité	Gr. trait. comport. n = 63 Gr. trait. médic = 65 (par oxybutynin)	Gr. contrôle n = 62 (medic-placebo)	Cystoméetrogramme Questionnaire de satisfaction	Réduction des fuites en % Trait comp = 80.7 (p < 0.001) Trait médic = 68.5 Gr. contrôle = 39.4 La rééducation comportementale est un moyen sûr et efficace pour le traitement de première intention de l'IU par impériosité et IU mixte.

Tableau 15 bis. Rééducation vésico-sphinctérienne de la personne âgée.

Auteurs Année	Pays	Population	Âge	Pathologie	Groupe traité	Groupe contrôle	Critères de résultats	Résultats/Conclusion
Fantl 1998 (83) Revue d'études	USA			IUE IU par impériosité IU mixte	Traitement comportemental par EPP ou reprogrammation mictionnelle		Force plancher pelvien Calendrier mictionnel Échelle visuelle analogique Auto-évaluation Pression de clôture maxi Longueur fonctionnelle urètre Stress test Examen gynécologique	EPP : 20 % guérison, 50 à 75 % réduction des symptômes pour la plupart des sujets. Reprogr. mictionnelle : 15 % guérison, 50 à 75 % de réduction pour la moitié des sujets. Le traitement comportemental a indubitablement une place de choix dans le traitement de l'incontinence urinaire, mais l'efficacité dépend de la stratégie de suivi des patientes, de leur éducation.

EPP : exercices du plancher pelvien ; IIQ : *Incontinence Impact Questionnaire* ; CES-D : *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale* ;
IUE : incontinence urinaire d'effort ; IU mixte : incontinence urinaire mixte ; IU par impériosité : incontinence urinaire par impériosité

VII.2. Le *post-partum*

L'analyse de la littérature permet de dégager quelques chiffres concernant la prévalence de l'incontinence urinaire dans la période *post-partum* (tableau 16).

Tableau 16. Prévalence de l'incontinence urinaire d'effort du *post-partum*.

Auteurs / Années	Délai / Accouchement	Prévalence en %
Sengler 1995 (98)	6 semaines	15.53
Wilson 1996 (17)	3 mois	34.3

Fatton et Jacquetin (99) soulignent le rôle que joue le premier accouchement par voie vaginale sur les éléments de soutien des organes pelviens et insistent sur la nécessité de mettre en place une rééducation périnéale du *post-partum* dans toutes les situations à risque et notamment l'incontinence urinaire du *post-partum*.

La rééducation périnéo-sphinctérienne ne commencera qu'après la visite post-natale (6 à 8 semaines après l'accouchement) et un examen clinique complet.

Les techniques de rééducation les plus couramment utilisées sont les exercices du plancher pelvien et le *biofeedback* instrumental. Le but de cette rééducation est de redonner aux patientes un tonus périnéal correct afin de verrouiller efficacement le périnée lors des efforts. L'électrostimulation est à éviter dans la période du *post-partum*, sachant que les accouchements sont fréquemment pourvoyeurs de lésions nerveuses. Il paraît prudent d'éviter l'ESF dans la rééducation *post-partum* en cas de dénervation.

Les résultats de la rééducation du *post-partum* sont encourageants, mais actuellement, il semble difficile de proposer un protocole précis étant donné la diversité de ceux décrits dans les différentes études.

Les exercices du plancher pelvien améliorent la force des muscles (tableau 17).

Une étude rétrospective (100) comparant les résultats de la rééducation périnéo-sphinctérienne dans deux groupes de patientes dans la période *post-partum* montre que les résultats de cette rééducation sont meilleurs dans le groupe soigné au-delà des 3 mois après l'accouchement que dans le groupe soigné dans la période des 3 mois du *post-partum*. Les résultats subjectifs donnent 50 % de guérison dans le *post-partum* précoce contre 66,67 % dans le *post-partum* tardif (après 3 mois). Pour le *testing* musculaire, la rééducation donne 5,56 % de *testing* à 5 dans le groupe *post-partum* précoce contre 20 % de *testing* à 5 dans le groupe *post-partum* tardif. Les meilleurs résultats dans le groupe rééducation *post-partum* tardif sont liés à plusieurs facteurs :

- les facteurs hormonaux ;
- les facteurs liés à la douleur ;
- les facteurs liés aux cicatrises musculaire et aponévrotique ;
- les facteurs liés à l'équilibre psychologique et familial.

Cette étude montre l'intérêt d'une prise en charge rééducative tardive (3 mois après l'accouchement). Il serait cependant essentiel de mettre en place des études prospectives afin de mieux connaître et maîtriser la prise en charge des patientes dans la période *post-partum* et de confirmer l'intérêt d'une prise en charge après 3 mois.