
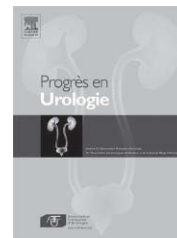




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations pour la prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire non neurologique de la femme

Guidelines for rehabilitation management of non-neurological urinary incontinence in women

B. Leriche^{a,*}, S. Conquy^b

^a*Clinique protestante, 1-3, chemin du Penthod, 69300 Caluire-et-Cuire, France*

^b*Clinique Urologique, CHU Cochin, 27, rue du Faubourg Saint-Jacques, 75694 Paris cedex 14, France*

MOTS CLÉS

Incontinence urinaire ;
Traitement ;
Rééducation

Résumé

La rééducation périnéale sera prescrite en première intention chez une femme présentant une incontinence urinaire d'effort, en particulier s'il s'agit d'une incontinence urinaire du premier degré sans prolapsus, avec un test inguinal de mauvaise qualité et/ou une inversion de commande périnéale.

Une prescription de 15 séances doit suffire pour évaluer les possibilités d'amélioration de l'incontinence. On prolongera les séances si la patiente a l'impression de progresser avec un résultat encore insuffisant. Sans amélioration, malgré une rééducation bien conduite, on peut se poser la question de la poursuite de la rééducation. Actuellement, les thérapeutes sont maîtres du nombre de séances. Ils sont plus aptes à savoir s'il faut poursuivre les séances. Ils doivent envoyer un rapport au médecin prescripteur. Cette rééducation est du domaine des kinésithérapeutes. Les sages-femmes peuvent prendre en charge le *post-partum*.

Par contre, on sait l'importance de la prise en charge personnelle pour le résultat et le maintien de cette prise en charge. Parfois, il est bon de refaire quelques séances à distance des premières pour vérifier les acquisitions et redonner une nouvelle « impulsion » à la patiente dans sa prise en charge personnelle.

Il est impossible de substituer le travail du thérapeute à de l'électrostimulation à domicile. En effet, il faut une prise en charge très globale où le thérapeute a toute sa place. En l'absence d'efficacité démontrée à ce jour, les sondes d'électrostimulation auto-administrées ne sont pas recommandées.

Dans l'incontinence par urgenturie, l'approche rééducative sera utilisée parallèlement à la prescription des anticholinergiques avec une prise en charge comportementale et

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : bealeriche@wanadoo.fr (B. Leriche).

un travail du bio feed-back vésical. On pourra par ailleurs au cours de la séance faire un temps d'électrostimulation à basse fréquence. Une dizaine de séances de départ sont suffisantes.

Dans tous les cas, la prise en charge rééducative, doit s'envisager dans une approche multidisciplinaire à intégrer dans une prise en charge médicale et/ou chirurgicale.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Urinary
incontinence;
Treatment;
Rehabilitation

Summary

Pelvic floor rehabilitation is prescribed as first-line treatment for women with stress urinary incontinence, particularly in cases of urinary incontinence with no first-degree uterine prolapse, with poor-quality perineal testing results or inverted perineal command.

Prescription of 15 sessions should suffice to evaluate the possibilities of improving the incontinence. The sessions can be continued if the patient feels she is progressing but has not reached sufficient results. With no progression despite properly conducted rehabilitation, the question of whether to continue the physical therapy arises. Currently, therapists determine the number of sessions. They are better apt to know whether sessions should be pursued and should relay a report to the prescribing physician. This type of rehabilitation is within the domain of physical therapists. Midwives can be responsible for postpartum rehabilitation.

On the other hand, the importance of the patient's role in the results and their maintenance is well known. Occasionally a few sessions some time after the initial sessions can serve to verify the acquisitions and motivate the patient in her personal contribution to this rehabilitation.

The work of the physical therapist cannot be substituted with Keat-type home electrostimulation. The physical therapist plays an important role in the overall management of this condition. Currently, in absence of demonstrated efficacy, self-administration of electrostimulation is not recommended.

In urge incontinence, the rehabilitation approach will be used concomitantly with prescription of anticholinergics with behavioral therapy and bladder biofeedback work. In addition, low-frequency electrostimulation can be done during the session. Starting with 10-12 sessions is sufficient.

In all cases, rehabilitation should take a multidisciplinary approach and be integrated into a medical and/or surgical management plan.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

La rééducation périnéale fut introduite dès 1948 par un gynécologue américain Arnold Kegel [1] dans le but de restaurer le tonus et la force des muscles périnéaux. Elle est apparue en France en 1980 et prise en charge par la Sécurité sociale en 1985. Dans le *Journal officiel* de mai 2006, on parle de « Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou bio feedback ». Toutes les recommandations internationales indiquent que la rééducation périnéale doit être le traitement de première intention de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme. Il s'agit d'une prise en charge non invasive qui consiste à améliorer l'incontinence urinaire d'effort par un travail de renforcement périnéal permettant un verrouillage périnéal au moment d'une augmentation de pression dans l'enceinte abdominale pour éviter une fuite. Dans l'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale, au-delà du traitement médical, on pourra utiliser le réflexe périnéodétrusor inhibiteur qui permettra, grâce à une contraction efficace du sphincter strié, d'inhiber les contractions vésicales non inhibées.

La rééducation est souvent utilisée de façon complémentaire dans un schéma thérapeutique.

Principes

Dans l'incontinence urinaire d'effort

Prise de conscience et renforcement du périnée

Elle commence par une évaluation musculaire grâce au testing périnéal. Il consiste par l'intermédiaire de deux doigts vaginaux mis en crochet au contact des deux releveurs de l'anus à la face postérieure du vagin à évaluer la tonicité du muscle. Le testing est gradué de zéro à cinq :

- 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.

On évalue ensuite la tenue : c'est l'aptitude à maintenir la contraction avec une force égale pendant 5 secondes et la fatigabilité qui reflète l'aptitude à répéter une contraction bien tenue 5 fois de suite.

On détectera également les inversions de commande périnéale ; la patiente ayant tendance à exercer une poussée abdominale au lieu de contracter les muscles releveurs.

Il existe plusieurs techniques dans la rééducation périnéale qui vont de la simple information verbale aux techniques instrumentales en passant par le travail manuel [2].

L'information verbale n'est probablement pas suffisante car quel que soit le schéma corporel, 30 à 40 % des femmes ont une très mauvaise conscience de leur musculature périnéale. Toutefois, deux études contrôlées ont montré une efficacité de cette prise en charge sur la qualité de vie mais à court terme seulement et il semble donc nécessaire de mettre en place un programme de suivi des patientes [3,4].

Le travail manuel consiste à faire travailler les muscles du plancher pelvien contre la résistance de deux doigts mis en contact avec les deux muscles élévateurs de l'anus à la face postérieure du vagin. Cette technique difficilement reproductible n'a fait l'objet que de peu de publications notamment contrôlées mais semble donner de meilleurs résultats que la simple information verbale. [5].

Le bio feedback ou bio rétroaction permet d'objectiver la contraction périnéale grâce à un contrôle le plus souvent visuel, rarement sonore. Les capteurs sont soit électromyographiques au contact du périnée, soit manométriques par l'intermédiaire de ballonnets endovaginaux. Le bio feedback permet une information plus efficace, plus rapide et de meilleure qualité [6].

L'électrostimulation permet un travail de prise de conscience de la contraction périnéale. La contraction est induite par une stimulation réalisée par une sonde endovaginale. La fréquence optimale pour obtenir une bonne réponse musculaire est entre 20 et 50 Hz [7]. Ceci permet une stimulation simultanée des fibres lentes et rapides. Les impulsions ont une durée de 0,2 à 1 msec. L'intensité du courant est variable selon l'impédance cutanée ou vaginale en fonction en particulier de la période du cycle hormonal (imprégnation hormonale). Les seuils d'excitabilité se situent autour de 10 à 15 mA et l'intensité du courant peut atteindre 60 à 75 mA. Il faudra trouver l'intensité de confort pour la patiente qui permet d'avoir la meilleure réponse musculaire. Enfin, le temps de repos entre chaque stimulation doit être le double du temps de travail. La patiente devra intégrer cette contraction, puis la renforcer. Il faudra être prudent dans l'utilisation des courants chaque fois qu'il existe une dénervation récente comme on le rencontre dans les neuropathies d'étirement après des accouchements dystociques. Certains courants ont un effet aggravant sur les dénervations récentes. Dans le doute, il faut s'abstenir de faire de l'électrostimulation.

Travail proprioceptif

Il doit faire partie intégrante de cette rééducation pour apprendre aux patientes à utiliser le verrouillage périnéal dans les activités de la vie quotidienne, puis d'intégrer de façon réflexe cette activité musculaire pour éviter les fuites d'effort.

Une des limites de la rééducation périnéale est les fuites dans des activités dynamiques comme la marche ou la course car il est impossible de maintenir cette contraction sur une période longue.

Il est possible d'utiliser des cônes vaginaux pour renforcer ce travail proprioceptif. Il s'agit d'un dispositif intravaginal de poids croissant (20 à 70 g). La patiente doit être capable de maintenir le cône lors d'activités de la vie quotidiennes pendant 20 minutes par jour. Pour maintenir le cône en intravaginal, la patiente est obligée de contracter sa musculature périnéale en diminuant l'action des abdominaux. Il s'agit d'une aide technique mais il n'existe aucun niveau de preuve de leur efficacité dans la littérature. En effet, les publications sont contradictoires. Dellas et al. [8] montrent une amélioration nette chez des patients n'utilisant que les cônes pour la prise en charge du périnée (sur 18 femmes 13 sont améliorées ou guéries). Laycock et al. [9] ne retiennent pas de différence significative lors de l'utilisation de cônes. L'utilité de cette technique est également discutée par Bo et al. [5].

Le travail de l'enceinte abdominale

Il existe deux types de prise en charge au niveau des abdominaux. La première étant de corriger les inversions de commande périnéale très fréquentes chez les femmes. Il s'agit d'un phénomène de compensation musculaire. La patiente, lors de la contraction des muscles périnéaux, contracte également les abdominaux et en particulier les grands droits de l'abdomen. En augmentant ainsi les pressions dans l'enceinte abdominale, elle aggrave le risque de fuite et cela va à l'encontre du résultat recherché par la rééducation périnéale.

D'autre part, au moment des augmentations de pressions dans l'enceinte abdominale, lors d'un effort, on peut diminuer les forces exercées sur le périnée grâce à un travail du muscle transverse et du diaphragme en réorientant ces forces vers le haut avec un double corollaire, diminuer les fuites et maintenir la statique pelvienne en position haute au moment d'un effort. Autre avantage du travail du muscle transverse de l'abdomen, assurer une sangle abdominale de bonne qualité, ce qui est important autant pour l'esthétique que pour les problèmes lombaires.

Cette prise en charge, souvent négligée, est aussi importante que le travail du périnée. Il s'agit cependant d'hypothèse reposant sur une analyse physiologique de l'enceinte abdominale sans niveau de preuve.

Enfin, il faudra apprendre aux patientes à diminuer toutes les augmentations de pressions importantes dans l'enceinte abdominale risquant d'aggraver les fuites et de décompenser un problème de statique pelvienne. Dans ce sens, il faudra bien prendre en charge les problèmes de constipation et de toux chronique. Il faudra donner des conseils aux femmes dans leurs activités sportives.

Le travail personnel

Comme toute prise en charge rééducative, si les conseils du rééducateur ne s'accompagnent pas d'une prise en charge personnelle sur le long terme, le résultat sera très transitoire.

L'absence de motivation des patients est souvent un facteur d'échec ou de récurrence précoce des fuites. Parfois, au bout d'un certain nombre de mois, la patiente a besoin à nouveau de quelques séances de rééducation pour la remotiver et voir s'il n'est pas nécessaire de corriger les exercices.

En conclusion, dans l'incontinence urinaire d'effort, la prise en charge rééducative commence par la prise de conscience du muscle périnéal. Celle-ci peut être amorcée par l'électrostimulation puis renforcée par le bio feedback ou le travail manuel. Il est également nécessaire de corriger les inversions de commandes abdomino-périnéales. La dernière étape étant le travail proprioceptif qui va intégrer cette contraction dans les activités de la vie quotidienne pour apprendre à la patiente à utiliser son périnée lors d'augmentation de pressions dans l'enceinte abdominale et prévenir les fuites. La patiente doit relayer les exercices à la maison pour maintenir le résultat.

Dans l'incontinence urinaire par urgenturie

Prise en charge éducative ou comportementale

Elle est à la base de la prise en charge de l'hyperactivité vésicale. Après l'étude du calendrier mictionnel avec évaluation du nombre de mictions mais aussi du volume de chaque miction le tout rapporté à l'ingestion hydrique. On pourra modifier le comportement des patientes en leur apprenant à gérer leur diurèse. Il faut limiter le thé et le café qui augmentent les urgenturies mais probablement pas leur effet diurétique. Enfin, il faut prendre en charge la constipation qui est un facteur irritatif supplémentaire [10].

Utilisation du réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur

Parmi les nombreux réflexes qui contrôlent notre système vésicosphinctérien, il en existe un que l'on pourra utiliser dans la prise en charge de l'hyperactivité vésicale. Par l'intermédiaire de ce réflexe, grâce à la contraction du sphincter strié, on pourra inhiber les contractions vésicales, diminuer l'intensité du besoin impérieux et différer le moment d'aller aux toilettes. Donc, après un travail de renforcement sphinctérien, on apprendra aux patientes à repérer le moment où démarre le besoin impérieux, pour immédiatement mettre en route une contraction périnéale qui va inhiber le besoin urgent.

L'électrostimulation

La stimulation périnéale va entraîner par voie réflexe une inhibition des contractions vésicales. Pour cela, il faut utiliser des stimulations à basses fréquences (10 Hz). Les séances doivent durer une vingtaine de minutes à répéter deux à trois fois par semaine. En principe, pour que l'effet se maintienne, il faut réaliser régulièrement cette stimulation. Son efficacité impose l'intégrité du système nerveux périphérique et central (centre médullaire sacré).

Dans le même principe, on peut citer le TENS (*Tibial Electrostimulation Nerve System*) qui, par l'intermédiaire de la stimulation du nerf tibial postérieur par électrodes

externes, va moduler l'activité vésicale. Cette technique a l'avantage de se faire à domicile de façon quotidienne ou trihebdomadaire avec des séances de 20 minutes. Vandoninck [11] montre, dans une étude sur 35 patients, une diminution du nombre des fuites par urgenturies de 63 % avec pour 46 % des patients une guérison complète.

Le principe est le parasitage par l'électrostimulation des informations nociceptives qui transitent au niveau de la moelle sacrée et viennent perturber la fonction vésicale. On agit alors par l'intermédiaire du nerf pudendal (stimulation vaginale) qui relaye au niveau S2, S3, S4 soit par le nerf tibial postérieur dont l'émergence métamérique est à proximité du centre sacré mictionnel.

En conclusion, dans l'hyperactivité vésicale, la prise en charge éducative et comportementale est très importante, basée surtout sur la tenue d'un calendrier mictionnel à corrélérer avec la diurèse. Il est important d'éliminer le maximum d'épines irritatives supplémentaires, en particulier la constipation. En ce qui concerne la prise en charge rééducative proprement dite, on pourra faire travailler le réflexe périnéo-détrusorien et s'aider de l'électrostimulation isolément qui, à basses fréquences, a une action inhibitrice sur les contractions vésicales.

Indications

D'après les dernières recommandations de l'ANAES [12], la rééducation doit être systématiquement proposée en première intention dans toute incontinence urinaire d'effort de la femme quels que soient l'âge, la parité et les antécédents chirurgicaux. Il reste cependant des cas particuliers :

La rééducation du *post-partum*

C'est l'indication la plus ancienne prônée par Kegel. Dans les premières semaines qui suivent l'accouchement, on détecte les facteurs de risque périnéal et d'incontinence potentielle : enfant de poids naissance supérieur à 3 kg 500, périmètre crânien supérieur à 35 cm, déchirure périnéale, accouchement par le siège, extraction instrumentale et incontinence urinaire avérée du *post-partum*. Cette rééducation commencera environ deux mois après l'accouchement. Il faudra être très prudent dans l'utilisation de l'électrostimulation chaque fois qu'il existe un risque de dénervation par neuropathie d'étirement.

Par contre, un grand nombre de patientes n'auront pas besoin de rééducation périnéale, en particulier s'il n'existe pas de facteur de risque, pas d'incontinence et que le testing du périnée est bon.

Le prolapsus associé à l'incontinence urinaire

Le prolapsus, à partir du moment où il s'extériorise et où il devient gênant, est d'indication chirurgicale. La rééducation préopératoire est cependant importante car le sphincter strié est souvent altéré par le prolapsus et il peut exister une incontinence masquée. Le renforcement périnéal est donc important. Il faudra également une prise en charge plus

globale pour apprendre à la patiente à protéger son périnée en postopératoire et éviter une récurrence précoce. Enfin cette prise en charge pourra prendre en compte les facteurs de risque comme la constipation, la toux, l'obésité.

Résultats

L'analyse de la littérature est difficile du fait de l'hétérogénéité de la population, des différentes techniques rééducatives et des critères d'évaluation. Globalement, les études de Bo et al. [5] et Kondo et al. [13], avec un recul de 2 à 7 ans, montrent une amélioration de l'incontinence dans 55 % des cas avec 11 % de guérison. Ces résultats sont aléatoires dans le temps et imposent des séances d'entretien pour maintenir l'amélioration.

L'étude de Burgio et al. [14] démontre l'efficacité de BFB instrumental par rapport au BFB manuel (80 % d'amélioration *versus* 51 %).

Pour Goode et al. [15], l'électrostimulation a un taux d'efficacité compris entre 66 et 89 % pour l'incontinence urinaire d'effort, 49 à 72 % pour l'hyperactivité vésicale. L'étude de Bo et al. a montré que l'électrostimulation seule était insuffisante [5], tandis que Sand a montré une efficacité supérieure de l'électrostimulation par rapport au placebo [16].

La prise en charge comportementale est très importante dans l'hyperactivité vésicale avec une diminution des fuites dans 81 % des cas contre 40 % pour un groupe contrôle [4]. Dougherty et al. [17] ont comparé le programme comportemental « *behavioural management for continence (BMC)* » à l'absence de traitement. À deux ans, le groupe BMC présentait une diminution de la gravité de son incontinence urinaire de l'ordre de 61 %.

Globalement, Pakkinen et al. [18] font état d'une amélioration plus efficace dans le cadre d'une prise en charge rééducative par rapport à des consignes verbales.

À ce jour, les travaux scientifiques de Burgio et al. [10] ne permettent pas de définir de facteurs prédictifs précis dans les chances d'amélioration de l'incontinence par la rééducation périnéale. Cependant, comme pour toute prise en charge rééducative, la motivation et l'assiduité des patientes permettent un meilleur résultat sur le long terme.

En conclusion, la rééducation du périnée a prouvé son efficacité dans l'incontinence urinaire d'effort avec des résultats meilleurs si on utilise une technique instrumentale. Ces résultats restent cependant aléatoires dans le temps, imposant un travail personnel et souvent de nouvelles séances. Aucun facteur prédictif n'a été retenu.

Conflit d'intérêts

B. Leriche : aucun.

S. Conquy n'a déclaré aucun conflit d'intérêts.

Références

- [1] Kegel A. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948;56:8-48.
- [2] Bourcier AP, Juras JC. Nonsurgical therapy for stress incontinence. *Urol Clin North Am* 1995;22:613-27.
- [3] Wyman JF, Fantl JA, McClish DK, Harkins SW, Uebersax JS, Ory MG. Quality of life following bladder training in older women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997;8:223-9.
- [4] Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M, et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1995-2000.
- [5] Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMI* 1999;318:487-93.
- [6] Glavind K, Laursen B, Jaquet A. Efficacy of biofeedback in the treatment of urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998;9:151-3.
- [7] Godec C, Cass AS, Ayala GF. Electrical stimulation for incontinence. Technique, selection, and results. *Urology* 1976;7:388-97.
- [8] Dellas A, Drewe J. Conservative therapy of female genuine stress incontinence with vaginal cone. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;62:213-5.
- [9] Laycock J, Brown J, Cusack C, Green S, Jerwood D, Mann K, et al. Pelvic floor reeducation for stress incontinence: comparing three methods. *Br J Community Nurs* 2001;6:230-7.
- [10] Burgio KL, Goode PS, Locher JL, Richter HE, Roth DL, Wright KC, et al. Predictors of outcome in the behavioral treatment of urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 2003;102:940-7.
- [11] Vandoninck V, Van Balken MR, Finazzi Agro E, Pette F, Caltagirone C, et al. Posterior tibial nerve stimulation in the treatment of urge incontinence. *Neurourol urodyn* 2003;22:17-23.
- [12] ANAES. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique, mai 2003. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_mise_en_page_2006_2006_12_01__10_19_39_825.pdf
- [13] Kondo A, Emoto A, Katoh K, Ozawa H, Kamihira O. Long-term results of the pelvic floor muscle training for female urinary incontinence: an 8-year transition tree and predictive parameters. *Neurourol Urodyn* 2007;26:495-501.
- [14] Burgio KL, Robinson JC, Engel BT. The role of biofeedback in Kegel exercise training for stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:58-64.
- [15] Goode PS, Burgio KL, Locher JL, Roth DL, Umlauf MG, Richter HE, et al. Effect of behavioral training with or without pelvic floor electrical stimulation on stress incontinence in women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:345-52.
- [16] Sand PK, Richardson DA, Staskin DR, Swift SE, Appell RA, Whitmore KE, et al. Pelvic floor electrical stimulation in the treatment of genuine stress incontinence: a multicenter, placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:72-9.
- [17] Dougherty MC, Dwyer JW, Pendergast JF, Boyington AR, Tomlinson BU, Coward RT, et al. « A randomized trial of behavioral management for continence with older rural women ». *Res Nurs Health* 2002;25:3-13.
- [18] Parkkinen A, Karjalainen E, Vartiainen M, Penttinen J. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: individual therapy at the outpatient clinic *versus* home-based pelvic floor training: a 5-year follow-up study. *Neurourol Urodyn* 2004;23:643-8.