

## Rééducation périnéale et statique lombo-pelvienne

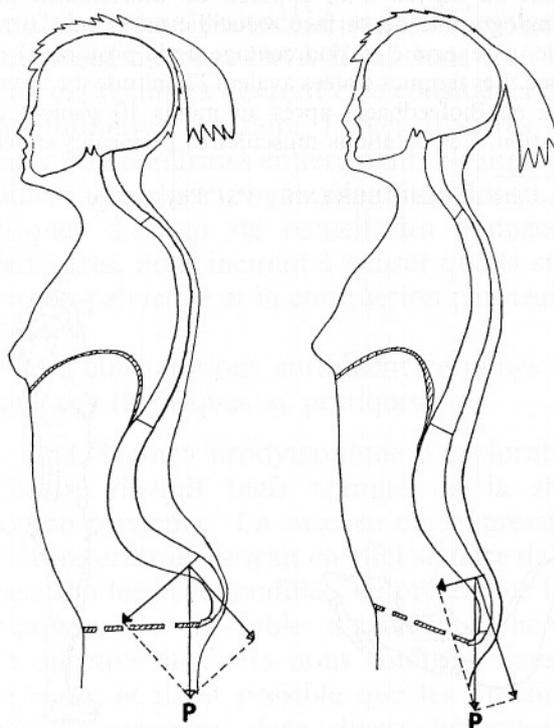
P. MINAIRE, A. LYONNET, E. SABOT, J. CHEVALLARD, C. BRAIZE, C. CAPDEPON,  
P. BENOIT-GONIN

Institut Universitaire de Réadaptation, Hôpital Bellevue. Pavillon 9, F 42023 Saint-Etienne Cedex 2

*L'étude de 56 patientes présentant une incontinence urinaire d'effort montre que la contraction périnéale est augmentée par la correction de la lordose lombaire dans 37,5 % des cas (position debout) à 57 % des cas (décubitus), indifférente dans 23 à 35 % des cas, alors que l'hyperlordose ne l'augmente que dans 17 % des cas (position debout). La contraction périnéale semble donc liée à la statique lombo-pelvienne. Sous réserve de confirmation, ces résultats préliminaires ont des conséquences précises en exploration fonctionnelle et en rééducation périnéale.*

La rééducation périnéale est utilisée depuis une quarantaine d'années dans le traitement des insuffisances sphinctériennes (1, 2, 3). Après une période initiale de mise au point de techniques essentiellement kinésithérapiques (1), cette rééducation est un peu passée de mode jusqu'à l'introduction de l'électrostimulation (2). La combinaison des diverses techniques a permis de préciser les protocoles thérapeutiques, d'approcher les mécanismes d'action, et d'obtenir des résultats positifs et reproductibles (3), d'où un remarquable essor de cette rééducation. Toutefois les travaux consacrés à ce sujet ne mentionnent pas la statique lombo-pelvienne, et ne font pas état de synergies musculaires du plancher périnéal, ce qui est inhabituel pour un

muscle strié, même à forte composante tonique comme cela est le cas du plancher périnéal (m. pubococcygeus qui nous intéresse ici). Pourtant Kamina (4) signale le rôle de la lordose lombaire et de l'antéversion du bassin qui modifient la direction des forces intra-abdominales vers la fente vulvaire et non plus vers la région ano-coccygienne : ceci serait un facteur révélateur, ou d'aggravation, commun au prolapsus et à l'incontinence urinaire d'effort (fig 1).



Hyperlordose lombaire

Lordose lombaire physiologique

FIG 1. - Contraintes physiques supportées par le plancher pelvien.

L'observation clinique nous a confirmé l'importance potentielle de la statique lombopelvienne : plusieurs patientes présentant une incontinence urinaire d'effort isolée ou prédominante nous ont signalé que leurs fuites urinaires se produisaient nettement plus volontiers lorsqu'elles descendaient une rue en pente. Deux d'entre elles ont observé que la continence urinaire était moins bonne lorsqu'elles portaient des chaussures à talons hauts. L'équin réalisé entraîne classiquement une modification de la statique vertébrale avec hyperlordose (5, 6). Ces modifications ne sont pas observées dans la totalité des cas (7), mais elles nous ont incité à entreprendre une étude des relations éventuelles entre la statique et la contraction périnéale.

## Matériel et méthodes

L'expérimentation a porté sur 56 patientes multipares, âgées de 23 à 72 ans (m = 42 ans), présentant toutes une incontinence urinaire d'effort, et capables de contrôler le rachis lombaire. La contraction périnéale volontaire a été quantifiée au moyen d'un appareil de Biofeedback par électromyographie de surface recueillie par sonde intravaginale et exprimé en pourcentage de la position II de référence. Les femmes testées avaient l'habitude du travail périnéal en Biofeedback, après au moins 10 séances de rééducation. Les cotations musculaires périnéales étaient

1. In Care médical ; SEREME ; VS1 Physiquelec.

supérieures à 3/5 selon la méthode décrite par Cotelle (8). Les patientes n'étaient pas en période péri-ovulatoire, au cours de laquelle les modifications de la résistance électrique de la paroi vaginale perturbent fréquemment le recueil des données électromyographiques. Aucune ne présentait de baisse récente de l'état général.

La lordose lombaire a été estimée par la mesure clinique de la flèche lombaire en position debout. La contraction périnéale a été étudiée dans cinq positions de référence (fig 2) :

I : décubitus dorsal strict, membres inférieurs étendus, la lordose lombaire est alors positive.

II : décubitus dorsal, tronc surélevé de 30°, genoux fléchis à 90°, colonne lombaire plaquée à la table d'examen.

III : station debout en position habituelle, la flèche lombaire ainsi mesurée définissant la lordose physiologique.

IV : station debout avec rétroversion active du bassin, lordose lombaire corrigée.

V : station debout avec antéversion active du bassin et lordose lombaire maximale.

Cinq expérimentateurs ont participé à l'étude faite avec le consentement informé des patientes.

## Résultats

L'effacement de la courbure lombaire améliore en général les performances périnéales : 57 % des cas en décubitus dorsal, 37,5 % des cas en position debout (fig 3). Au contraire, l'hyperlordose lombaire diminue la force des releveurs dans 42,8 % des cas, et ne l'augmente que dans 17 % des cas. Dans environ un tiers

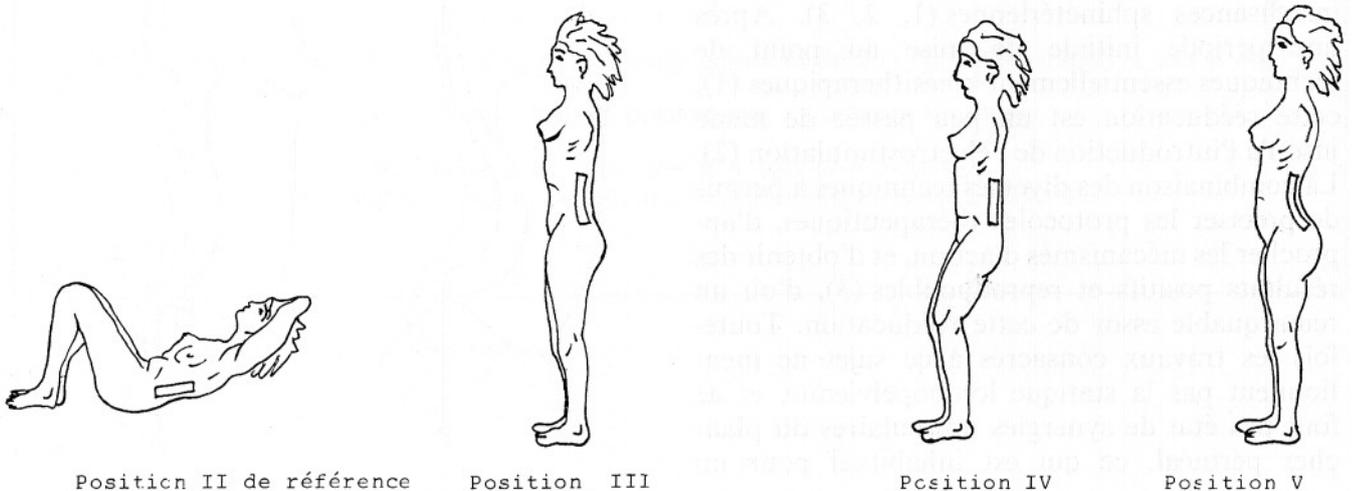


FIG 2.

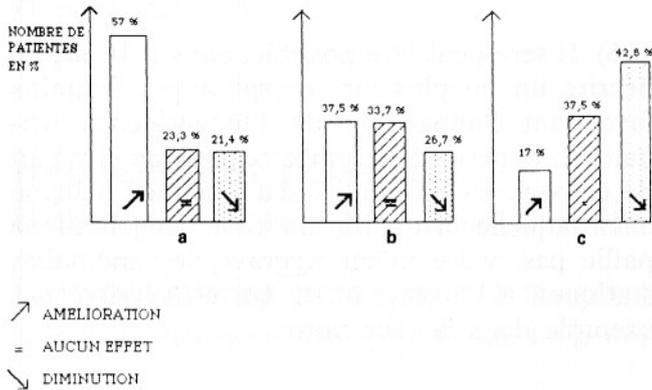


FIG 3. - A. En décubitus dorsal. Effet de l'effacement de la courbure lombaire sur les performances périnéales.  
 B. En position debout. Effet de l'effacement de la courbure lombaire sur les performances périnéales.  
 C. En position debout. Effet de l'hyperlordose lombaire sur les performances périnéales.

des cas, la position du bassin n'influence pas la contraction des releveurs. Dans certains cas particuliers, la diminution de force des releveurs observée en hyperlordose en position debout est de 70 % de la force de référence (position II), en décubitus dorsal, lordose corrigée (tableaux I et II). Les variations individuelles sont importantes : l'amélioration moyenne est de 30 % en

TABLEAU I

Mme Pas. 28 ans		
	R.A.G.	R.A.D.
Couchée lordose corrigée	4 +	4
Debout lordose = 25 mm	3 +	2 +
Debout + talons hauts lordose = 30 mm	2	0

TABLEAU II

Mme Poc. 53 ans Lordose 7 cm → 4 cm			
	Corrigée		Normal
Décubitus	100 %		90 %
	Lordose corrigée	Neutre	Lordose positive
Debout	60 %	45 %	30 %

position debout comme en positions couchée lors de l'effacement de la lordose (extrême : 0-100 %), et l'aggravation moyenne en hyperlordose debout est de 27 % (extrêmes : 10-60 %)

## Discussion

Il apparaît donc que, chez deux femmes sur trois, la contraction périnéale n'est pas indifférente à la statique lombo-pelvienne. La correction de la lordose, et la rétroversion du bassin, favorisent la contraction périnéale, mais pas dans tous les cas cependant, puisque dans un cas sur cinq environ, c'est plutôt l'inverse qui se produit.

La méthodologie que nous avons utilisée, qui a le mérite de la simplicité, est toutefois discutable : outre la petite taille de notre échantillon, l'estimation de la force de contraction des releveurs est très imparfaite, la sonde vaginale pouvant se déplacer. L'utilisation de cinq expérimentateurs différents, bien que suivant le même protocole, entraîne malgré tout un risque d'erreur élevé. Il est donc bien certain que ces résultats devront être considérés comme préliminaires, et faire l'objet d'autres études pour être confirmés entièrement. Néanmoins, les différences observées en décubitus dorsal, où les risques d'erreur de recueil des données sont moindres, nous incitent à penser que la statique lombo-pelvienne et la contraction périnéale sont liées.

Ces constatations entraînent certaines conséquences théoriques et pratiques.

1) L'examen urodynamique d'exploration de l'urètre devrait tenir compte de la statique lombo-pelvienne. La mesure de la pression de clôture urétrale devrait en effet se faire dans une position lombaire codifiée, de préférence lombes plaquées sur la table d'examen. Une étude prospective en cours nous confirme dans cette opinion, et il est possible que les pressions de clôture mesurées dans divers laboratoires et d'une patiente à l'autre ne soient pas le reflet de la force réelle du système musculaire strié de fermeture de l'urètre. Il est également permis

de se demander si l'absence d'amélioration des paramètres urodynamiques après rééducation, rapportée par plusieurs équipes (9, 10), n'est pas au moins en partie due au fait que la mesure est effectuée spontanément en lordose corrigée et décubitus dorsal, c'est-à-dire dans la position la plus favorable, alors que la force de contraction s'effondre en position debout et en lordose.

2) La correction de lordose devrait si nécessaire faire partie de la rééducation d'un bon nombre de patientes. Elle permet en effet la translation de la pression intra-abdominale vers l'arrière, sur la région ano-coccygienne nettement plus résistante (4). Il serait intéressant de l'appliquer aux femmes enceintes (pré-et post-partum).

3) Les muscles correcteurs de la lordose, tout particulièrement les pelvi-trochantériens, seraient ainsi synergiques du plancher périnéal. Chez beaucoup de patientes, leur contraction simultanée (jambes fléchies, talons décollés et pressés l'un contre l'autre) semble en effet renforcer la contraction périnéale. De même, on peut penser que grands fessiers et abdominaux ont également leur intérêt, dans la mesure toutefois où la patiente a réussi à singulariser son périnée dont le renforcement précis reste la clé de la rééducation. Mais les résultats ci-dessus montrent bien qu'un nombre non négligeable de patientes ne semble pas bénéficier d'une position particulière du bassin, et qu'une minorité d'entre elles démontre l'effet inverse.

4) Si besoin était, l'influence de la statique lombo-pelvienne confirme que la rééducation uro-gynécologique est une rééducation au plein sens du terme, qu'elle doit être individualisée, et qu'elle ne saurait se limiter à une stimulation électrique des muscles releveurs. Ceci implique que ce sont des rééducateurs correctement formés qui doivent la pratiquer, et que la participation active de la patiente est indispensable, en particulier grâce à l'utilisation du Biofeedback (11).

5) L'incontinence urinaire d'effort survient en général en position debout. Les explorations fonctionnelles et nombre de rééducations ne tiennent pas compte de ce paramètre, alors que les conditions mécaniques sont souvent les plus défavorables en position debout.

6) Il sera peut-être possible, dans le futur, de décrire un ou plusieurs morphotypes féminins favorisant l'apparition de l'incontinence urinaire. L'hyperlordose lombaire pourrait être l'un de ceux-ci, en particulier dans la race blanche chez laquelle la qualité du tissu conjonctif ne pallie pas, voire même aggrave, les anomalies statiques, à l'inverse de ce qui est observé par exemple dans la race noire.

## Conclusion

La statique lombo-pelvienne chez la femme est probablement un des éléments du déterminisme de l'incontinence urinaire d'effort. Il nous paraît utile d'en tenir compte en urodynamique et en rééducation, et de poursuivre des études anatomo-fonctionnelles dans cette direction.

## Références

1. KEGEL A.H. - Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am. J. Obstet. Gynaecol.*, 1948, 56 238-248.
2. FALL M., ERLANDSON B.E. - Intravaginal electrical stimulation in urinary incontinence. An experimental and clinical study. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 1977, Suppl. 44.
3. SENGLER J., PETER M., JURASCHEK F., JURASCHEK E., GROSSE D. - Place de la rééducation dans le traitement de l'incontinence urinaire féminine. *Ann. Readapt. Méd. Phys.*, 1987, 30, 127-142.
4. KAMINA P. - Facteurs favorisant le prolapsus et l'incontinence d'urine d'effort chez la femme. In : *Les Prolapsus Génitaux*, GREPA, Bobigny, 1984, 83P., 14-18.
5. LELIEVRE J. - Petites cliniques podologiques. La chaussure et notre pied (II). Étude critique de la chaussure. *Con. Méd.*, 1961, 909-918.
6. GOREUX J. - La pathologie du pied liée au port de la chaussure. *Gazette Méd. de France*, 1976, 83, 2077-2084.
7. VALEMBOS B., VIEL E. - Influence du talon positif et du talon négatif sur la lordose lombaire. *Ann. Kinésithér.*, 1984, 11, 134-140.
8. COTELLE O. - *Guide pratique de la rééducation uro-gynécologique*. Ellipse éd., 1985, 93p.
9. JACQUETIN B., DESCAMPS C., ALTEIRAC J.L. - *La rééducation périnéale*. Mises au point en Gynécologie-Obstétrique, Vigot, Paris, 1986, 249-322.
10. KUJANSUO E. - The effect of pelvic floor exercises on urethral function in female stress incontinence : an urodynamic study. *Ann. Chir. Gynaecol.* 1983, 72, 29-32.
11. PERRIGOT M., BRISSOT R., LE COZ M.T. - La rééducation périnéale en Biofeedback. *J. Réadapt. Méd.*, 1984, 4, 5-7.