

PRISE EN CHARGE DES DOULEURS DU POST-PARTUM PAR LE REEDUCATEUR PERINEOLOGUE

Lucile Poumarat. Maternité Hôtel-Dieu.
Clermont-ferrand

I Introduction :

En post-partum immédiat et à deux mois de l'accouchement la rééducation s'attachera à participer au traitement de la douleur périnéale, pelvienne, abdominale et rachidienne.

II La prescription médicale

C'est le médecin qui jugera au vu des symptômes observés de l'intérêt ou non de la prescription d'une rééducation spécifique et du type de prise en charge la plus adaptée.

Il s'agit d'une prise en charge **pluridisciplinaire**, dans laquelle chaque partie, médecin, psychologue, rééducateur, sage-femme, sexologue trouve sa place.

L'importance de la **relation praticien-malade** est capitale. La prise en charge de ce type de patientes douloureuses dans le post-partum, requiert du temps et de la disponibilité.

III Prise en charge des douleurs en post-partum au niveau du rééducateur périnéologue

Au niveau du rééducateur, l'interrogatoire et l'examen clinique avant la prise en charge sont nécessaires pour évaluer la douleur, son type, son intensité, sa localisation, ses facteurs déclenchant, et/ou aggravants, ses facteurs de soulagement et/ou de rémission.

Evaluation des douleurs. Les outils d'évaluation comprennent essentiellement les questionnaires des symptômes et de qualité de vie et les échelles visuelles analogiques (EVA) :

- l'échelle verbale simple permet par un tableau de quantifier, qualifier et fixer les douleurs sur un schéma anatomique simple par des repères et des couleurs (le siège et l'intensité des douleurs, sont notifiés par la patiente elle-même). Cela permet un repérage rapide et comparatif dans le temps
- Les échelles MPQ (MacGill Pain Questionnaire) et l'adaptation française QDSA.
- L'échelle visuelle EVA cotée de 0 à 10, (zéro, pas de gêne, 10 gêne maximum).

IV Périnée et douleurs à la maternité

Peu d'études ont étudié les douleurs périnéales en post-partum immédiat.

Les plaintes exprimées sont le plus souvent et par ordre d'intensité :

les douleurs périnéales cicatricielles de l'épisiotomie, les douleurs ano-rectales, directement liées à l'accouchement, réveillées par la défécation laborieuse, **les douleurs sus-pubiennes** des césariennes, **les douleurs abdomino-pelviennes.**

- **Les douleurs cicatricielles abdominales après césarienne** sont traitées en post-opératoire immédiat par courants antalgiques TENS. Les résultats vont de aucune différence à diminution significative (50 à 60 %) des douleurs et ont permis dans ces derniers cas de diminuer les antalgiques. (*Etudes. Davies 1982, Smith, 1996 ; Reynold, 1997 ; Hollinger 1986*)

V Prise en charge des femmes douloureuses à la maternité : Les séances ont lieu en groupe pour les femmes qui peuvent se déplacer, elles sont en position assise confortable, pour les patientes qui ne se lèvent pas la prise en charge se fait à la chambre de la patiente.

- « **L'écoute active** », l'information, les conseils, font parti des moyens dont disposent le praticien.

Malgré le peu de moyens techniques, dont nous disposons pour soulager ces patientes dont les douleurs sont encore « fraîches » et en tant que praticien qui touche au corps, c'est la main organe du toucher qui vient à notre secours dans ces douleurs du post-partum immédiat

-**Enseigner** aux femmes les vertus du « **toucher** », de « **l'auto-toucher** ». En effet, là où il y a douleur poser la main provoque d'emblée, une sensation de décrispation, d'apaisement physique et psychique.

-**Enseigner la respiration de type abdominal** qui induit plus facilement un état de relaxation

D'ailleurs toutes les techniques de relaxation utilisent la respiration abdominale.

L'utilisation du **réflexe de Hering Breuer**, « l'inspiration appelle l'expiration », constitue un excellent exercice, facile à réaliser dans cette période particulière du post-partum immédiat.

-La **relaxation** par le training autogène de SCHULTZ repose sur un principe simple, le sujet se pénètre mentalement d'une formule fixant le but à atteindre, c'est une méthode réalisable en post-partum immédiat elle fait partie des méthodes antalgiques. Nous n'utilisons pas la relaxation de JACOBSON, par souci des difficultés de la contraction périnéale chez les récentes accouchées, dans cette période du post-partum immédiat, le périnée a perdu 30% de sa force initiale après l'accouchement, il faut tenir compte de ce phénomène .

- **les douleurs ano-rectales** à type de dyschésies, feront l'objet d'une éducation de la posture de défécation, c'est « **la leçon exonératrice** » permettant une ouverture du détroit inférieur favorisant l'exonération, sans mettre en danger le système musculo-aponévrotique encore fragile de la récente accouchée.
- **Les douleurs sacro-coccygiennes et dorso-lombo-abdomino-pelvi-périnéales**, sont nettement moins étudiées en post-partum que pendant la grossesse. Elles sont la conséquence de « **l'attitude caractéristique de la femme enceinte** » dans le post-partum immédiat, retrouvée dans le post-partum à deux mois, épaules enroulées, hyperlordose lombaire, projection de l'abdomen en avant, avec autour tout un cortège de douleurs accentuant ce repli sur soi.

VI Prévalence et Evolution des douleurs pelvi-rachidienne en post-partum

La prévalence des douleurs pelvi-rachidiennes diminue progressivement au cours de la 1^{ère} année. Elle passe de 47% à un mois de l'accouchement, à 43% à 6 mois et à 37% un an après l'accouchement par comparaison avec les douleurs dans la population générale (étude de Ostgaard 1999)

VII Prise en charge des douleurs du post-partum à deux mois

Les douleurs du post-partum à 2 mois sont en partie les mêmes que celles constatées en post-partum immédiat avec bien entendu l'entrée dans un processus de « chronicisation » des symptômes avec les conséquences physiques et psychologiques que cela implique.

1) Douleur du pudendal qui a été remarquablement décrite par LABAT et AMARENCO 1993 (syndrome du canal d'Alcock et névralgie du pudendal) et Robert et LABAT 1993.

Elle est caractérisée par une douleur périnéale souvent unilatérale à type de brûlure avec parfois ténésme intra-rectal, aggravée en position assise, soulagée en position debout et qui disparaît en position allongée ; elle est associée parfois à une **dyspareunie orificielle**. Encore trop de femmes n'ont pas repris une sexualité 2 mois (voire davantage) après l'accouchement ce qui n'est pas sans conséquence pour l'harmonie du couple

-2) **Douleurs cicatricielles d'épisiotomie**, ou de lâchage de points, à type de piqués, réveillées par la position assise et lors des rapports sexuels. **41 à 53%** des femmes décrivent ces douleurs à deux mois de l'accouchement (*Etude épidémiologique (Glaener 1997)*)

Rééducation : Massages et auto-massage type Cyriax, courants TENS, Gate Control theory, « mode conventionnel » et Théorie Neurochimique Central, *Burst*, petites fréquences.

Application par sonde intra vaginale, en fonction de l'état tissulaire, ou par électrodes de surface à distance, ou appliquées parallèlement à l'incision. On fait appel au mode « conventionnel », en applications continues. L'intensité ne doit pas dépasser le seuil de la douleur, la fréquence à 100HZ largeur, 65µs à 200µs est un bon compromis.

-3) **Douleurs au niveau du sphincter anal externe**, lésions et déchirures du sphincter, épisiotomie large, douleurs à type de piqués, intenses, ponctuelles, réveillées à la défécation et parfois en position assise.

Rééducation : Hygiène comportementale par la « Leçon exonératrice », chez les femmes porteuses d'une pathologie hémorroïdaire, application de courants TENS, (GCT) application intra anale ou à distance par électrodes de surface.

-4) **Douleurs sacro-coccygiennes**, traitées par des étirements posturaux. Mais aussi par électrothérapie, application de chaleur, ultra-sons, courants TENS avec électrodes de surface à distance ou sur les points douloureux

-5) **Douleurs de la sangle abdominale** : ces sont ces douleurs cicatricielles sus pubiennes des césariennes liées au mouvement qui sont les plus intenses, mais le diastasis des Grands-droits persistant pour plus de la moitié des femmes entraîne une faiblesse des fléchisseurs du tronc, et des douleurs aux mouvements de la vie quotidienne.

-6) **Douleurs thoraco-lombo-abdomino-pelviennes**, elles relèvent d'un déséquilibre postural. Les femmes ont encore souvent cette « **attitude caractéristique de la femme enceinte** » qui engendrent tout un cortège de douleurs rachidiennes et pelviennes.

Il existe une accentuation de la lordose physiologique dans les premiers mois du post-partum. Des douleurs lombaires et/ou des douleurs de la ceinture pelvienne, pubalgies, douleurs pelviennes postérieures sont fréquemment présentes plusieurs mois après l'accouchement.

VIII Rééducation à visée antalgique au niveau thoraco-abdomino-rachidien:

La Kinésithérapie s'attachera à établir la compétence abdomino-périnéale.

-1 **Lutter contre les effets de la pesanteur**, rétablir l'équilibre postural, antéro-postérieur, en mettant en jeu l'abdomen, dans son rôle orthopédique, viscéral et respiratoire.

-2 **Ajustements proprioceptifs**, en rééquilibrant le bassin féminin, le renforcement des abdominaux, particulièrement et même au début et exclusivement, **du transverse de l'abdomen** par les techniques hypopressives. Renforcement dans les limites permises, du plancher périnéal qui a perdu 30% de sa force après l'accouchement. On ne muscle pas un périnée douloureux, on traite en premier lieu les douleurs par les méthodes antalgiques, massages, relaxation, respiration, et électrostimulation par les courants TENS, qui sont intégrés dans les séances.

-3 **Eviter de solliciter** des structures musculaires ou ligamentaires qui ont été lésées pendant l'accouchement et adapter des exercices en fonction de leur retentissement sur la région périnéo-sphinctérienne et de la sangle abdominale.

. Dans son rôle, la sangle abdominale est antagoniste du diaphragme elle est responsable du relâchement thoraco-diaphragmatique. Les muscles inspirateurs sont tous thoraciques, diaphragme et muscles sus diaphragmatiques. Ils sont statiques résistants antigravitaires et très toniques. Leur devenir pathologique est l'hypertonie et les rétractions douloureuses .

Les muscles abdominaux sont expirateurs peu toniques pendant cette phase du post-partum et peu résistants. Leur devenir est l'hypotonie et le relâchement.

-4 **Le massage et ses différentes techniques**, massage cutané, effleurement, plissé, palpé roulé, transverse profond, technique de Cyriax, pression musculaire ischémique, (Shiatsu), fascia-thérapie.

micro-massage. La respiration abdominale, diaphragmatique, est associée, avec les techniques du réflexe de Hering Breuer, l'aspiration diaphragmatique. Massages et respiration sont indissociables.

-5 **Le repos par la relaxation**, telle la relaxation progressive de JACOBSON qui utilise le contraste entre la contraction d'un muscle et sa décontraction, le training autogène de SCHULTZ sont des méthodes antalgiques et de décompression au niveau du petit bassin, et de l'abdomen

-6 **L'électrostimulation antalgique par les courants TENS,**

Contre indications et incidents à l'utilisation de l'électrostimulation antalgique

-La présence d'un **pace-maker** ou de **pièces métalliques**

-**Les contre-indications d'ordre local** : les pathologies vaginales infections, mycoses, vagins irradiés, douleurs inexpliquées.

-**Les incidents sont rares** : Re-déclenchement d'une mycose latente, par modification du PH vaginal, irritation de la muqueuse vaginale, mauvaises manipulations par le thérapeute, sonde défectueuse, appareil de stimulation ne répondant pas aux normes de sécurité , tous les appareils ne disposent pas de système de sécurité satisfaisant.

Indications : toutes les douleurs d'origines connues, et reconnues médicalement faisant l'objet d'une prescription médicale.

PRINCIPALES SPECIFICITES DE L'ELECTROTHERAPIE ANTALGIQUE

« Gate control théorie ». *Melzack et Wall 1965.*

Théorie d'inhibition pré et post synaptique et inhibition descendante supra-médullaire. Le message douloureux est modulé tout au long de son cheminement par un contrôle dit segmentaire c'est à dire au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière et arrive au cerveau dans le thalamus

-Facteurs essentiels d'efficacité

-**Fréquences et largeurs** : 100Hz à 150Hz, largeur= ou < à 200 μ s = recrutement sensitif, courant continu pulsé.

-**Intensité faible**: à la limite de la douleur.

-**Perception**= fourmillements, effets antalgique immédiat et localisé.

-**Application**: Sonde intra cavitaire, ou électrodes de surface sur ou près des points douloureux

-**Durée de la séance**: 10 à 20minutes, selon la sensibilité de la patiente.

« Théorie neurochimique centrale ».

Libération des morphinomimétiques endogènes (*Travaux de Hughes, Kosterlitz et Reynold.*)

-Facteurs essentiels d'efficacité

-**Fréquences et largeurs** : très basse:1Hz à 10Hz, préférentiellement 2 à 5HZ, largeur d'impulsion= ou > à 200 μ S.

-**Intensité**: élevée.

-**Perception**: Battements, tapotements, analgésie progressive, latence pouvant aller jusqu'à 20 à 30 minutes, mais diffuse et durable.

-**Application**: Sonde intra cavitaire, ou électrodes de surface sur, ou à distance des points douloureux.

-**Durée de la séance**: 10 à 20 à 30 minutes selon les perceptions de la patiente.

Ces courants peuvent être couplés dans une même séance, et modulés à la demande selon l'effet recherché.

L'acronyme TENS par lequel on désigne ces courants vient de l'application anglaise de la technique : (*Transcutaneous Electrical Nerve stimulation*).

Deux impératifs : ces courants TENS quel qu'ils soient doivent être en **mode continu**, et il faut toujours avoir à l'esprit que **fréquences et largeurs sont indissociables**.

IX Techniques décrites et résultats

Effacité sur les douleurs pelviennes:

Effacité d'un renforcement des muscles diagonaux du tronc (*étude prospective contrôlée Mens, 2000.*)

Effacité temporaire de diverses techniques:

Étude rétrospective : Mac Lennam 1997 chez 115 patientes.

Le repos, la relaxation améliorent 94% des femmes.

Les thérapies manuelles : 88%

La kinésithérapie: L'Équilibre postural, les ajustements proprioceptifs, « *neuromyostatique, posturale* », le travail de renforcement musculaire, au niveau, périnéal, abdominal, rachidien, améliore les douleurs des différentes régions pré-cités, à **78%**;

Il est recommandé d'éviter tout exercice provoquant une protrusion abdominale ou périnéale (*valancogne 1993, De gasquet 1997, odile Cotelle 1989*)

Aucune étude sur les effets de l'électrostimulation antalgique appliquée seule sur les douleurs d'épisiotomie, d'algies périnéales, des douleurs coccygiennes, n'a été retrouvée.

Il semble que l'association des différentes techniques antalgiques soit supérieure à l'utilisation d'une technique isolée .

Bibliographie :

- Beco J, Mouchel J Nélisen G.* « la périnéologie., comprendre un équilibre et le préserver ». 1990.
- A.Bourcier, E MC Guire, P.Abrams.* Tome II « Dysfonctions du plancher pelvien traitement et prise en charge » Elsevier 2005
- Caufriez M* « **Gymnastique abdominale hypopressive** » 2002.
- Cotelle-Bernède O.* « **Guide pratique de rééducation en uro-gynécologie** » Ellites 2007
- De Gasquet.B* « **Bien être et maternité** »
- JP Deschamps* « **Bases physiologiques de la douleur et conduites masso-kinésithérapiques** » Kiné Scientifique mai 1990.
- Fatton B., Jacquetin B.* « **Conséquences pelvi-périnéales de l'accouchement** » Rev Pra 1999.
- P..Gauchereau.* « **Le périnée dans le post partum** » Kiné scientifique » n° 373 .1997.
- Guillarmé L ,* « **la rééducation abdominale du post-partum** » Kiné plus » 1993 .1994.
- D Grosse, G Valancogne* « **Les techniques d'électrostimulation dans la rééducation périnéo-sphinctérienne** » Kiné Scient 1997
- Labbat JJ . M Guerineau .* « **Composante musculo-tendineuse des algies périnéales** » Correspondances en pelvi-périnéologie n°1 mars 2001.
- Leclerc R.* « **Kinésithérapie uro-gynécologique et maternité** » Cah kinésither 2001.
- Mamberti-Dias A, Gh Philippe,MC Cappelletti, G De Bisschop.* « **Rééducation du plancher pelvien** » Sugard édition. 1999.
- Mouchel J* « **Douleurs musculo-ligamentaires abdomino-pelviennes et lombaires** ». Gynécol Obstet Biol Reprod 1995. ;
- L Poumarat.* « **Dysfonctions en post-partum immédiat et prise en charge kinésithérapique** ».kiné Actu mars 2003.
- G.Valancogne, Galaup JP.* « **La rééducation pendant la grossesse et dans le post-partum** »