

Avis d'expert No 29

Commission Assurance Qualité
Prof. Dr Daniel Surbek

Le plancher pelvien pendant la grossesse et après l'accouchement : recommandations du comité de l'AUG

S. Meyer, G. Schär, D. Faltin, J. Humburg, D. Perucchini, B. Schüssler, V. Viereck

La grossesse est responsable de modifications physiologiques intéressant la sphère urinaire, caractérisées par une pollakiurie, la présence d'urgences mictionnelles, d'épisodes d'incontinence d'urgence et d'effort, et de difficultés mictionnelles. La prévalence de tout type d'incontinence varie de 32 % à 64 %, avec une nette prédominance des problèmes d'incontinence à l'effort (40 à 59 %). A l'exception du ralentissement physiologique du transit entraînant une constipation, la fonction ano-rectale n'est pas modifiée pendant la grossesse.

Les troubles urinaires pré- existants à la grossesse, en particulier la présence d'une incontinence, doivent être recherchés dans l'anamnèse faite en début de grossesse (risques augmentés d'incontinence du post-partum (1)).

L'accouchement par voie basse peut être à l'origine de troubles urinaires caractérisés essentiellement par

- une fréquence augmentée d'urgences mictionnelles
- l'apparition d'une incontinence urinaire à l'effort persistante (entre 15 % et 30 %)
- des troubles mictionnels pouvant causer une rétention urinaire
- une incontinence ano-rectale (entre 3% et 5%)

Ces troubles sont significativement plus fréquents lorsqu'ils sont comparés à un accouchement par césarienne, élective ou faite à n'importe quel degré de dilatation pendant le travail (2,9,10).

La consultation du post-partum est importante dans l'appréciation du retentissement possible de l'accouchement par voie basse sur les fonctions du plancher pelvien. Elle nécessite une anamnèse portant sur la fonction urinaire et ano-rectale, pouvant nécessiter:

- le recours ultérieurs à des examens para-cliniques plus sophistiqués (périnéosonographie, ultrasonographie de l'appareil sphinctérien anal, appréciation clinique de la force de la musculature du plancher pelvien, examen urodynamique)
- la prescription d'une rééducation du plancher pelvien

Problèmes particuliers

- **L'épisiotomie systématique** lors de tout accouchement n'apporte pas plus de bénéfices sur les fonctions du plancher pelvien que l'épisiotomie à la demande (3).
- **Le recours à l'accouchement instrumenté par ventouse** épargne plus le plancher pelvien que l'accouchement par forceps
- **La recherche d'une lésion sphinctérienne anale** doit être systématique après tout accouchement par voie basse. Sa réparation doit être immédiate, de préférence avec une exposition aisée et large des plans intéressés par la déchirure (salle d'opération, analgésie de bonne qualité)
- **L'analgésie péridurale** ne semble pas protéger ou induire des troubles de la fonction urinaire et ano-rectale comparée à l'accouchement sans péridurale.
- Pendant la grossesse, **un travail de la musculature du plancher pelvien guidé par un rééducateur, de même que la préparation du périnée par massages localisés** semblent apporter un bénéfice. La **rééducation du plancher pelvien dans le post-partum semble être** bénéfique dans la prévention de l'incontinence urinaire et fécale, même si ce bénéfice semble s'estomper avec les années (4,6, 8). Elle est en tout cas utile chez les patientes présentant une incontinence de tout type (5, 7).

- **La césarienne électorique de protection du plancher pelvien** est grevée d'une incidence d'incontinence urinaire significativement plus basse que l'accouchement par voie basse dans la plupart des études. Ce bénéfice semble s'estomper avec les années, surtout celles de la post-ménopause(11,12).

1. Stainton MC, Strahle A, Fethney J Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005 Aug;45(4):295-9.
2. Bahl R, Strachan B, Murphy DJ, Am J Obstet Gynecol. 2005 Mar;192(3):789-94
3. Carroli, G. Belizan, J. Episiotomy for vaginal birth. [Systematic Review] Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 4, 2006
4. Hay-Smith, J. Herbison, P. Morkved, S. Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults. [Systematic Review] Cochrane Incontinence Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 4, 2006.
5. Hay-Smith, EJC; Dumoulin, C, Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 4, 2006.
6. Morkved S, Bo K, Effect of postpartum **pelvic floor** muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up, BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 107(8):1022-8, 2000.
7. Hay-Smith, EJC; Bo, K; Berghmans, LCM; Hendriks, HJM; de Bie, RA; van Waalwijk van Doorn, ESC, Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women, Cochrane Database of Systematic Reviews. 4, 2006.
8. Glazener CM, Herbison GP, Wilson PD, MacArthur C, Lang GD, Gee H, Grant AM, Conservative management of persistent postnatal **urinary** and faecal **incontinence**: randomised controlled trial, BMJ. Vol.323, pp.1-5, 2001
9. MacArthur C. Glazener CM. Wilson PD. Lancashire RJ. Herbison GP. Grant AM. Persistent urinary incontinence and delivery mode history: a six-year longitudinal study. BJOG. 113(2):218-24, 2006
10. Glazener, C M A. Herbison, G P. MacArthur, C. Lancashire, R. McGee, M A. Grant, A M. Wilson, P D, New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae, BJOG. 113(2):208-17, 2006
11. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. NEJM. 6;348(10):900-7, 2003
12. Rortveit G, Hunskaar S. Urinary incontinence and age at the first and last delivery: the Norwegian HUNT/EPINCONT study. Am J Obstet Gynecol.195(2):433-8, 2006