

<b>Zeitschrift:</b>	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	91 (1993)
<b>Heft:</b>	6
<b>Artikel:</b>	La prophylaxie des lésions périnéales et les soins du périnée
<b>Autor:</b>	Uhlig Schwaar, Sylvie / Sauvin, Isabelle
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-950877">https://doi.org/10.5169/seals-950877</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 21.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

pas moins que l'utérus qui travaille a besoin d'énergie. Si le corps n'a pas assez d'hydrates de carbone à disposition, il commence à brûler sa graisse. Cela produit des cétones, qui ne sont pas des substances toxiques en elles-mêmes, et qui apparaissent dans les urines maternelles. Mais elles produisent par la suite une cétose maternelle et par conséquent une cétoacidose. Souvent, la cétonurie sert de signe pour nous indiquer que la parturiente a besoin d'une perfusion pour corriger sa déshydratation et sa cétonurie.

#### Dangers de l'administration intraveineuse de glucose pendant l'accouchement

- Hyperglycémie maternelle et foetale
- Hyponatrémie maternelle
- Hyperinsulinisme foetal
- Hyponatrémie néonatale et par conséquent tachypnée
- Hypoglycémie néonatale
- Hyperbilirubinémie néonatale due à une hyperglycémie maternelle
- transmission de liquide de la mère au foetus et par la suite plus grande perte de poids du nouveau-né dans les premières 48 heures.

Il semble qu'une légère cétonurie soit normale. Le corps ne parvient à mobiliser que de petites quantités de glycogène, mais par contre il dispose d'une grande réserve de graisse, surtout pendant la grossesse. On ne devrait pas intervenir dans ce cycle avec l'administration intraveineuse de glucose. Une administration liquidienne intraveineuse trop grande peut avoir des conséquences pour la mère et l'enfant: hyponatrémie maternelle et foetale due aux effets de dilution et par conséquent tachypnée du nouveau-né. Le passage de liquide de la mère au foetus peut provoquer une plus grande perte de poids du nouveau-né. Mais si un enfant perd du poids dans ses premiers deux jours de vie parce qu'il a reçu trop de liquide alors qu'il était encore in utero, cela fausse l'idée que l'on a de sa perte de poids.

S'il fallait pourtant administrer du liquide pour une raison quelconque, il fau-

drait utiliser un liquide qui contienne du  $\text{Na}^+$  et qui soit isotonique. Une telle solution ne pénètre pas immédiatement dans l'espace interstitiel. Un autre auteur pose la question suivante, après avoir fait une expérience sur les singes: une certaine cétonurie pendant l'accouchement n'est-elle pas désirable afin de protéger le foetus d'un manque d'oxygène? Des singes qui n'avaient reçu ni glucose ni nourriture et qui avaient été exposés à un manque d'oxygène artificiel ne montraient aucun dommage cérébral.

#### Conclusions

En survolant les différents travaux, l'on remarque que bien des choses ont été investiguées de manière insuffisante. Deux faits sont sûrs:

- l'aspiration pendant l'accouchement ne peut avoir lieu que lorsque l'on fait une césarienne sous narcose générale;
- un accouchement est un événement délicat, et toute ingérence de l'extérieur dérange l'équilibre et peut avoir des conséquences pour la mère et l'enfant.

Aucune sage-femme ne forcera jamais aucune parturiente à manger. Je ne parviens pas à me souvenir d'aucune femme ayant de fortes contractions et qui veuille encore manger. Mais des femmes ayant «un petit creux», simplement des tiraillements, prennent volontiers un petit quelque chose à manger. Par contre, beaucoup de femmes désirent boire, même pendant les contractions de l'expulsion. Respirer avec la bouche et la gorge sèches n'est sans doute pas très agréable, et une goutte d'eau ou de thé redonne de la force pour la prochaine contraction. Lorsqu'il n'y a pas de risque au départ, il n'y a aucune raison pour laisser les femmes avoir faim et soif. Une femme qui peut boire pendant les contractions n'a pas besoin de perfusion. Il lui suffit d'avoir un Venflon bouchonné...

Et voici ce que nous toutes savons, même sans étude: une femme qui est mise en confiance et bien soutenue a besoin de moins de médicaments et accouche plus vite. □

## La prophylaxie des lésions périnéales et les soins du périnée

#### Introduction

Avant de nous engager dans un exposé technique et spécialisé du sujet proposé, nous aimerions évoquer les conséquences que peuvent entraîner les lésions périnéales et qui constituent une atteinte à l'intégrité du vécu à la fois corporel, sexuel, social et psychique de la femme. Parmi ces conséquences, au premier plan, l'incontinence urinaire.

Pour l'instant, celle-ci fait partie de «ces problèmes qui n'existent pas parce qu'on n'en parle pas» ou alors elle est vue comme une sorte de fatalité qui apparaîtrait après la ménopause dans la même ligne que les bouffées de chaleur, les descentes d'organes, la perte du désir sexuel, etc.

Beaucoup de tabous, de silence, de solitude et de gêne entourent ce problème qui devrait pourtant apparaître comme **une priorité au niveau de la santé publique** vu le nombre de personnes qu'il touche et le handicap qu'il occasionne dans la vie quotidienne.

Environ **50% des femmes** souffrent d'incontinence urinaire à des degrés divers, à tous les âges, à un moment donné de leur vie ou de façon permanente.

En tant que sages-femmes formées en rééducation uro-gynécologique, nous entrons en contact avec des femmes avant et pendant la grossesse, après l'accouchement, mais aussi en dehors ou après tout processus de maternité.

Les femmes viennent consulter pour des pertes d'urine involontaires, pendant l'effort ou non, une sensation de relâchement du périnée, un prolapsus ou encore dans l'espoir d'éviter ou de retarder une opération.

Souvent il s'avère que leur problème a commencé lors d'une grossesse ou après un accouchement, d'où l'importance et la spécificité de notre rôle professionnel de sage-femme pour la compréhension et la prise en compte de la relation et du traitement.

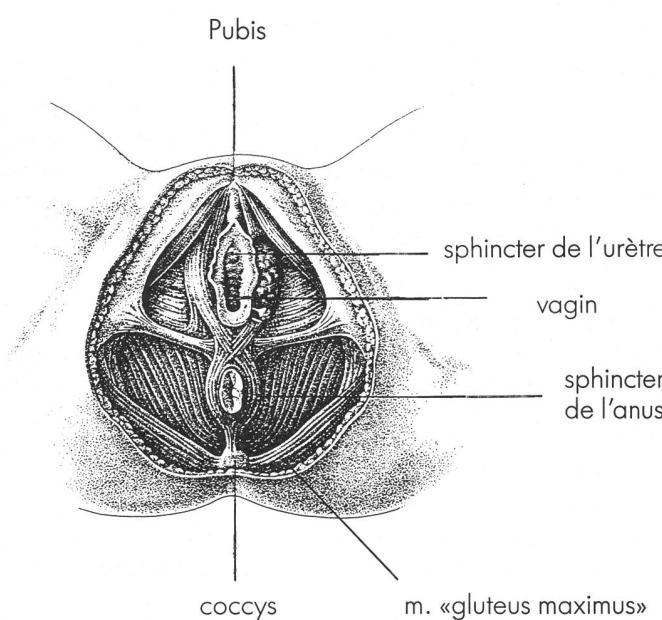
Spécificité de la sage-femme, mais aussi importance des échanges et de la collaboration pluridisciplinaire dans ce domaine avec des médecins, physiothérapeutes, ostéopathes et autres professionnels de la santé.

Nous souhaitons partager ici avec vous quelques données basées surtout sur la prévention de l'insuffisance périnéale, ainsi que des hypothèses de travail que vous pourrez peut-être nous aider à éclaircir dans le cadre du travail quotidien des sages-femmes auprès des femmes.

## La fonction périnéale

### a) Petit rappel anatomique et physiologique (Planche 1)

Planche 1



Réf.: Helle Gotved, Ed. Trias 1983, «Harninkontinenz ist überwindbar»

Ce qu'on appelle périnée est un ensemble de muscles striés qui s'insèrent sur le bassin et le ferment par en bas.

Ces muscles ont la double fonction de fermer le bassin et de laisser s'ouvrir les orifices qui s'y trouvent. Pour permettre cela, les muscles qui entourent les orifices sont toujours contractés et c'est leur relâchement qui crée les orifices.

Nous avons tous appris l'expression «plancher pelvien» pour caractériser cet ensemble de muscles, ce qui exprime un concept plutôt rigide et figé.

En réalité, le périnée s'apparente à un **diaphragme**.

Dans son état physiologique, il a la forme de deux coupoles qui se rejoignent et se contractent dans une ligne médiane, vers le haut, en regard des coupoles du diaphragme thoracique.

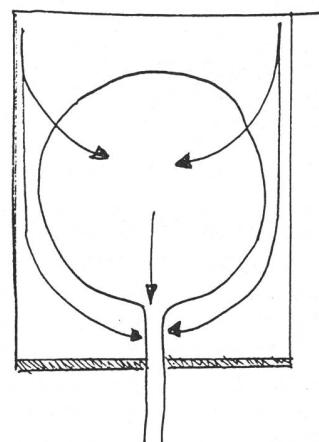
se relâcher, il permet les fonctions suivantes: la miction, la défécation, l'accouchement, les rapports sexuels.

Soutien des organes abdominaux, il doit être capable d'amortir les grandes variations de pression venant d'en haut et de créer par sa tonicité une force ascensionnelle pour s'opposer à cette pression.

Dans le même ordre d'idée, il favorise le pompage veineux des membres inférieurs vers le haut du corps et le cœur.

Afin de définir ici un peu mieux le phénomène de l'incontinence, des prolapsus et de l'insuffisance périnéale, il faut considérer le périnée dans un ensemble fonctionnel: **l'enceinte de pression abdominale**.

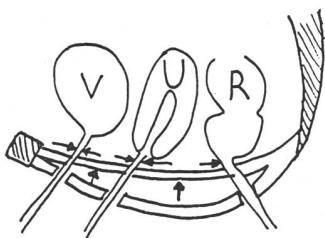
Imaginons cette enceinte comme un volume dans lequel se trouvent les organes abdominaux, «suspensu» au repos, maintenus par un système ligamentaire et les mailles du tissu conjonctif: *croquis 1*



L'enceinte qui les entoure est formée par la paroi abdominale, la colonne lombosacrée, le diaphragme thoracique et le diaphragme pelvien.

Un périnée en bon état et en place permet d'assurer la fermeture des orifices lors d'un effort abdominal. Il amortit la pression intra-abdominale qui s'élève et permet à celle-ci de s'exercer sur l'urètre pour le verrouiller et empêcher ainsi des fuites. La continence est ainsi assurée. Le périnée postérieur sert d'amortisseur aux pressions. (*croquis 2*)

**Croquis 2: le périnée**

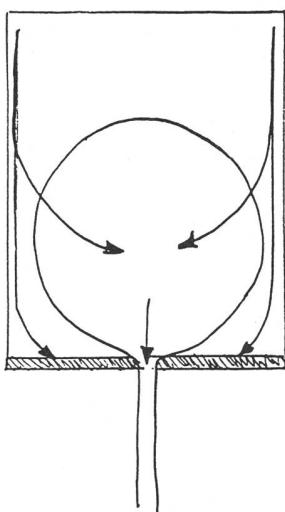


**Contraction des releveurs:**

- les 3 orifices (urètre, vagin et vulve, anus) se resserrent
- le hamac se relève et s'horizontalise, c'est le phénomène du soutènement.

Un périnée hypotonique et/ou une pression abdominale trop forte vont favoriser un mouvement des organes vers le bas et l'avant, à l'effort, en direction du périnée antérieur, qui ne peut pas être un amortisseur, en raison de ses orifices plus grands et plus nombreux (urètre, vagin).

L'urètre ne se trouve plus dans l'enceinte de pression et ne bénéficie plus de la transmission des pressions qui s'exercent sur la vessie: l'incontinence s'installe, souvent en association avec un/des prolapsus (cystocèle et rectocèle): croquis 3

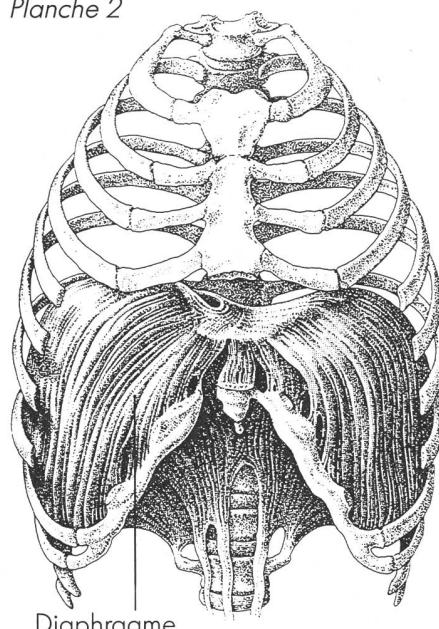


**c) Diaphragme et périnée**

En haut et en bas de l'enceinte de pression abdominale se trouvent, en miroir, le diaphragme thoracique et le diaphragme pelvien.

En haut, le diaphragme, puissant muscle inspirateur, est inséré sur les côtes et, par ses piliers, sur la colonne lombaire. En bas, inséré dans le bassin, le diaphragme périnéal fait partie de la chaîne des muscles expirateurs, avec les muscles abdominaux, en particulier le transverse. En se contractant lors de la phase expiratoire, il permet de «renvoyer la balle» au diaphragme et active le retour veineux vers le haut du corps.

**Planche 2**



Réf.: Helle Gotved, Ed. Trias 1983, «Harninkontinenz ist überwindbar»

Si le périnée perd son tonus, se relâche, le diaphragme a tendance à devenir trop puissant, tendu et rigide. Il reste en position basse et augmente de ce fait la pression intra-abdominale et affaiblit encore le périnée. Cercle vicieux: le mouvement se fait surtout de haut en bas, l'alternance est contrariée, la vascularisation se fait moins bien, le prolapsus et l'hypotonie périnéale s'aggravent.

On peut constater ce phénomène qui s'installe fréquemment après un accouchement, par l'apparition d'une respiration paradoxale.

**Les femmes à risque, les facteurs de risque**

Toutes les femmes n'ont pas le même risque de développer une insuffisance périnéale.

Il est important de développer l'information générale dans ce domaine et en particulier, dans un sens de prévention.

Nous pouvons être attentifs à la détection de certains facteurs anamnestiques ou cliniques qui permettent de bien suivre la première grossesse et le premier accouchement où tout se jouera souvent pour une femme qui présente des risques augmentés.

A part les facteurs de risque congénitaux liés à la qualité du tissu conjonctif et des éléments de soutien des viscères pelviens (facteurs ethniques et familiaux), nous pouvons citer les situations de risques suivantes:

**a) Risques antérieurs à la grossesse**

- fuites urinaires pré-existantes
- mauvaises habitudes mictionnelles dès l'enfance
- petite vessie hyperactive, pollakiurie (plus de 10x par jour et plus de 2x par nuit)
- constipation chronique avec efforts de poussée importants, hémorroïdes
- grandes variations de poids (▲ et ▼)
- facteurs osseux (forme et orientation du détroit supérieur, orientation du plan sacré et degré de lordose lombaire)
- problèmes anatomiques et fonctionnels des organes du petit bassin (utérus rétroversé, suites de chirurgie, hypoplasie vaginale, brièveté de la paroi antérieure du vagin)
- périnée hypotonique (hypoplasie des releveurs) et mauvaise perception corporelle
- béance vulvaire, distance ano-vulvaire courte
- bronchite chronique, asthme
- infections urinaires
- malformations du système urinaire
- médicaments, tranquillisants
- dépression, viol, traumatisme psychique
- gymnastique post-natale inadaptée après un accouchement antérieur

**b) Risques liés à la grossesse**

- incontinence constatée pendant les deux premiers trimestres de la grossesse
- prise de poids excessive, oedèmes
- pathologie gravidique: diabète, gestose

**c) Risques liés à l'accouchement**

- primiparité
- poids du nouveau-né
- expulsion vessie pleine
- extraction instrumentale
- appuis (Christeller)

**Prévention pendant la grossesse**

La grossesse est un moment privilégié qui permet une entrée en matière sur une préparation du périnée en vue de l'accouchement. La sage-femme peut également donner à la femme les moyens de reconnaître des disfonctions vésicales ou périnéales qui peuvent survenir après l'accouchement et lui indiquer que faire et où s'adresser.

**a) Préparation à la naissance**

Dans le travail de préparation à la naissance, nous pouvons imaginer diverses approches qui visent à éveiller une conscience globale du corps de la femme enceinte qui se transforme.

En reliant informations et pratique corporelle (sentir et comprendre), nous encourageons l'accès à cette zone inti-

me, peu ou mal nommée, qui est la région du petit bassin, du périnée et de ses orifices.

Pendant la grossesse, il est évident que cette zone est aussi habitée par le bébé et que les orifices s'ouvriront pour son passage: il est peut-être plus facile pour une femme d'être autorisée à explorer son périnée en pensant à la naissance de son enfant qu'en temps normal où une connotation sexuelle trop directe pourrait éventuellement l'inhiber.

Par divers exercices, nous proposons aux personnes d'affiner leurs sensations (tels que contraction/relâchement, mouvement périnée/diaphragme, ...) et de les expérimenter dans différentes positions.

Nous expliquons l'anatomie et la physiologie du périnée et évoquons les risques de relâchement et d'incontinence urinaire liés à la grossesse et à l'accouchement, ainsi que leurs symptômes.

Nous parlons aussi des exercices à pratiquer à la maison: ils pourront être faits dans un sens d'ouverture et de relâchement des muscles périnéaux en vue de l'accouchement et au contraire, dans un sens de tonification et de fermeture dans les suites de couches.

Les femmes sont encouragées à masser leur périnée (zone du noyau fibreux central) régulièrement avant l'accouchement (peut être fait par le conjoint), à utiliser le toucher, le miroir, tout ce qui peut aider à développer la conscience de leur petit bassin.

Elles peuvent essayer de faire le «pipi stop» pour sentir la contraction des releveurs: à noter qu'il s'agit d'un test et non d'un exercice à répéter trop souvent à cause d'un risque d'infection

urinaire et/ou de rétention de résidu urinaire.

Une dernière chose importante se joue dans l'apprentissage et la sensation du mouvement de poussée: prenant toujours appui sur la physiologie, nous insistons sur l'axe de poussée, la position du bassin (cambrure effacée, ischions dirigés vers l'avant), l'ouverture du périnée et le relâchement des muscles grands droits abdominaux et des adducteurs. Pour être efficace, l'effort de poussée devrait être réalisé par le muscle transverse, qui est un abdominal profond, le diaphragme étant en position haute (expiration).

Diverses positions sont expérimentées: il est clair qu'idéalement, la position accroupie soutenue permet plus facilement de ressentir tout cela: à l'expiration, la «sangle abdominale» est serrée, le bassin bascule et, si l'on est bien suspendu, le périnée est relâché.

**b) Contrôles de grossesse**

Lors des contrôles de grossesse, il est donc important de faire une bonne anamnèse, de demander aux femmes si elles souffrent d'un problème d'incontinence (urines, gaz ou selles) et, tout au long de la grossesse, d'observer l'apparition éventuelle de celui-ci.

**Anamnèse:**

- antécédents familiaux (mère, grand-mère, soeur)
- Mode de vie: profession, activités sportives, médicaments, habitudes de boissons, habitudes mictionnelles et d'évacuation des selles, constipation.

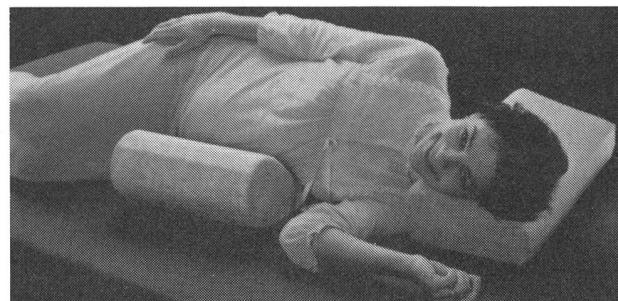
## coussin de maternité witschi

### il tenero cuscino per due!

Ideale a partire dal sesto mese di gravidanza!

Durante la notte è un benefico appoggio sia per la futura mamma che per il suo bambino non ancora nato, perché sostiene dolcemente il peso sempre più grande del bambino che cresce nel grembo materno.

**witschi kissen ag**  
CH-8426 Lufingen-Kloten



Agisce contro lo spiacere senso di tensione dei muscoli addominali e da sollievo alla schiena.

Con la federe di cotone, solamente **Fr. 49.-**

Florence Jouffroy  
Dépositaire Witschi –  
Suisse Romande  
Les Roches – 1563 Dompierre (FR)  
Tel. 037/761681.

**Examen clinique:**

- de la vulve: fermée, béance modérée, béance
- de la qualité des cicatrices
- de la distance ano-vulvaire (25–30 mm)
- de la distance ano-symphysaire

Noter s'il y a cystocèle ou rectocèle spontanée ou lors de la poussée.

Vérifier s'il n'existe pas une inversion de commande (la femme pousse au lieu de contracter ses releveurs; la vulve s'ouvre, un prolapsus apparaît).

Lors du toucher vaginal, évaluer la tonicité des releveurs et la tonicité du noyau fibreux central du périnée.

En cas de troubles pendant la grossesse, il est déjà possible de donner quelques indications pour corriger de mauvaises habitudes (ne pas pousser fort pour uriner ou aller à la selle) et faire des exercices de tonification et de relâchement du périnée.

**La mise au monde**

Que se passe-t-il lorsque la dilatation du col est terminée?

Un réflexe dont l'origine est la distension de la zone des réservoirs et dont le résultat est l'envie de pousser. Ce réflexe est à peu près semblable pour la vessie ou l'ampoule rectale, avec une légère différence de localisation et de sensation car le vagin ne présente pas un réel sphincter comme l'anus ou le sphincter vésical.

Cette poussée vers le bas de tout le contenu abdominal favorise les cystocèles et prolapsus. Il existe une notion de terrain et le risque n'est donc pas négligeable d'avoir des dégâts irréparables dès la première naissance.

Differentes études publiées font état de risques augmentés en cas de forceps, déchirure spontanée, épisiotomie tardive, périnée intact qui cache la destruction des muscles sous-jacents, que d'autres études contredisent et annulent.

L'épisiotomie ne semble pas protéger les femmes de cette affection. Par conséquent, élargir ses indications au titre de la seule prévention de l'incontinence ne semble pas raisonnable. En revanche, il faut certainement lui conserver ses deux indications classiques qui sont la prévention de déchirure périnéale grave et le raccourcissement de la durée du dégagement en cas de souffrance foetale.

La césarienne serait la seule prévention absolue...!!!

**L'expression abdominale est** par contre **un facteur aggravant**; c'est donc bien au moment de la poussée que cela se joue.

**Au moment de l'accouchement, l'attention est donc à porter sur la position et le mode de poussée.**

L'apprentissage des techniques d'expulsion, que ce soit au cours d'une préparation, ou en situation, en salle d'accouchement, font largement appel à des références respiratoires qui peuvent être à l'origine d'un certain nombre de causes d'inefficacité.

Abusée par les consignes respiratoires, la femme peut ne pas prendre conscience des muscles effectivement concernés. Comprenant l'expulsion comme un mécanisme de «souffle», elle peut axer la recherche de son efficacité sur les sensations venant de la sphère glottique ou même buccale, réalisant alors un effort dirigé vers le haut, responsable de motifs décoratifs pétéchiaux ou même d'hémorragie conjonctivale.

Lors de l'expulsion en temps expiratoire, les mêmes erreurs peuvent être enregistrées, conduisant la femme à contrôler longuement et soigneusement une expiration normale, ne mettant que très peu en jeu la force des abdominaux.

Cette erreur est typique de la mauvaise représentation du point de terminaison du geste d'expulsion. La parturiente «pousse sur son périnée», terminant là son mouvement au lieu de le diriger au-delà, «à travers». Elle y est d'ailleurs souvent incitée par la sage-femme qui lui demande de pousser sur ses doigts, eux-mêmes au contact du périnée ou le déprimant légèrement.

Ce que l'on doit chercher, c'est à faire travailler les **abdominaux profonds** (oblique et transverse), à resserrer très fort la «sangle abdominale», à exercer une force concentrique sur le contenu abdominal et à éviter absolument la contraction des grands droits qui entraînent une fermeture du périnée.

Dans ce cas, on peut avoir une poussée efficace, moins traumatisante pour le corps de la mère, beaucoup plus douce pour l'enfant, à la fois quant à son oxygénation et quant à sa progression. Il est alors «démoulé» et non projeté en force.

**Les positions de l'accouchement**

Pour obtenir un travail des abdominaux profonds et non des grands droits et, pour que le diaphragme remonte à l'expiration, il faut des positions adaptées.

Il est beaucoup plus facile d'atteindre cela en position accroupie. De plus, chez la femme accroupie, le vagin s'élargit dans le sens transversal et, si elle force la flexion du thorax comme si elle voulait voir le bébé naître, le coccyx est poussé vers l'arrière, élargissant le vagin dans le sens antéro-postérieur, l'ouvrant davantage, dans tous les sens.

En position à quatre pattes, dos rond, tête rentrée, le serrage abdominal est également obtenu. Il suffit de bien remonter les épaules pour que le périnée soit détendu.

En position gynécologique, le simple fait de relever la tête contracte les grands droits et bloque tout l'abdomen, empêchant le diaphragme de remonter et le périnée de se détendre.

**Suites de couches**

Il est parfois difficile de savoir si une incontinence apparue après l'accouchement est directement secondaire aux contraintes mécaniques obstétricales ou bien s'il existe des facteurs constitutionnels héréditaires ou congénitaux qui font que la continence sera altérée, quelles que soient les conditions d'accouchement par voie basse.

Des facteurs congénitaux et/ou positionnels font que l'axe de pression des organes abdominaux ne s'exerce plus sur le périnée postérieur, sorte de solide amortisseur, mais sur le périnée antérieur très fragile qui pourra être lésé à la longue.

Il convient d'être prudent sur le rôle respectif des facteurs congénitaux et des facteurs iatrogènes classiques (forceps, déchirure, poids du nouveau-né), car ces différents éléments sont fortement imbriqués.

**Soins du périnée et attitude dans le post-partum immédiat**

Après l'accouchement, moment de boulversements physiologiques intenses, la femme se retrouve souvent désemparée face à son corps qu'elle

Planche 3 et 4

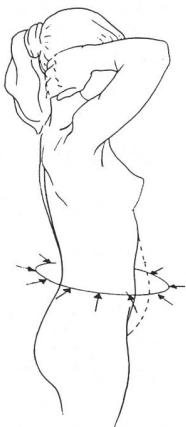
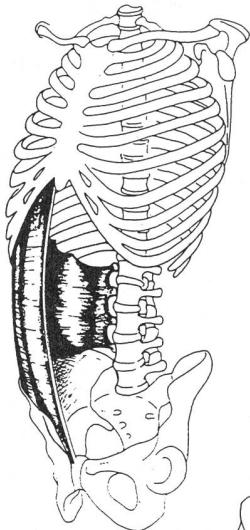
Réf.: Blandine Calais-Germain, «Anatomie pour le mouvement»

**Les abdominaux**

ne sont pas situés seulement en avant de l'abdomen mais ils s'étendent sur les côtés et en arrière, jusqu'aux vertèbres.

**Le transverse**

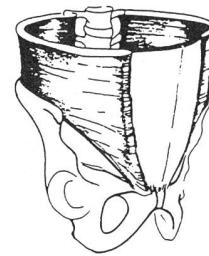
est le plus profond

**Ce muscle s'attache**

- sur la face profonde des 7 dernières côtes,
- sur les 5 vertèbres lombaires, (sur les apophyses transverses),
- sur la crête iliaque,
- sur l'arcade fémorale,

de toutes ces attaches naissent des fibres horizontales qui se dirigent vers la partie antérieure de l'abdomen.

Là, elles se terminent sur une aponévrose antérieure qui rejoint celle du transverse opposé, au niveau de la ligne blanche.

**Son action:**

ses fibres circulaires, en se contractant, réduisent le diamètre de la région abdominale.

Si les vertèbres sont fixes, il permet de rentrer le ventre.

Si l'aponévrose antérieure est considérée comme point fixe, il est lordosant lombaire.

Le test le plus simple pour sentir le travail du transverse est de tousser.

**Le grand droit**

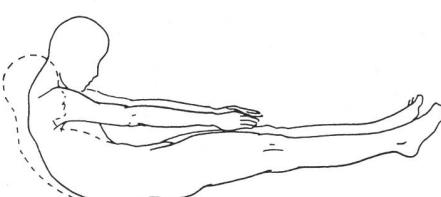
est le plus superficiel des muscles abdominaux.

Il s'étend en avant des aponévroses des trois précédents.

Il naît en haut sur les côtes 5, 6, 7 sur l'appendice xyphoïde du sternum,

Il est coupé par des intersections tendineuses. Celles-ci apparaissent lors de la contraction du muscle, comme des rainures transversales.

Il se termine en bas, sur le pubis.

**Son action:**

il rapproche le pubis du sternum; c'est le plus direct des fléchisseurs du tronc en avant.

ne reconnaît plus: elle n'est plus enceinte, mais néanmoins différente de ce qu'elle était avant.

Elle est préoccupée par son ventre dont les tissus sont distendus, par l'aspect et la sensation de sa vulve: douloreuse, tuméfiée, oedématée, ouverte.

La statique est différente; les organes abdominaux doivent retrouver leur place.

Face à ce vécu corporel, nous pouvons aider les femmes à réapprivoiser leur corps, en particulier le périnée, en favorisant leur autonomie et les conditions nécessaires à leur intimité.

**Concrètement:**

- calmer la douleur (application de glace, bains de siège, év. moyens médicamenteux)
- trouver des positions confortables (bouée etc...)
- encourager les femmes à regarder dans un miroir, à toucher la région périnéale et à localiser les points douloureux (la réalité est souvent moins angoissante que les fantasmes)
- leur montrer comment s'occuper elles-mêmes de l'hygiène et des soins vulvaires
- informer sur les modifications hormonales (carence oestrogénique qui peut entraîner une baisse de tonus des muscles et une certaine sécheresse vaginale)
- parler des suites de couches qui entraînent une régression du désir sexuel, qui peut durer longtemps, surtout lors d'allaitement prolongé.

Il est important d'intégrer le travail du périnée proprement dit (tonification des muscles) dans une prise de conscience plus globale du corps; sensation de la respiration, mouvements doux de bascule du bassin, par exemple.

La sage-femme devrait toujours vérifier, dans un premier temps, que la femme comprend bien ce que veut dire «contractez votre périnée», en observant l'ascension du noyau fibreux central du périnée ou, par un toucher vaginal, en posant ses doigts latéralement sur les faisceaux des releveurs de l'anus, de part et d'autre. En effet, certaines femmes ont tendance à pousser en pensant contracter et ne retirent donc pas de bénéfice de cet exercice.

## Planche 5

Réf.: Dr. Moyses Paciornik, Ed. Pierre-Marcel Favre 1982,  
«Apprenez l'accouchement accroupi»

## Exercices de Paciornik

Avantages acquis avec cet exercice:

les deux mouvements de la «gymnastique indienne», exercice extrêmement simple, favorisant à la fois la santé en général et l'accouchement accroupi.

- Renforcement des muscles abdominaux.
- Pression sur la vésicule biliaire.
- Amélioration de la compression des intestins.
- Amélioration des mouvements entériques.
- Meilleure évacuation fécale.
- Concentration du sang dans la région pelvienne.
- Meilleure irrigation des ovaires.
- Meilleure nutrition du foetus.
- Jambes forcées, fortifiées.
- Pression sanguine, prévient les varices et la cellulite.



- Renforcement de la colonne vertébrale.



- Force et renforce les muscles des bras.
- Force les muscles de la face.
- Prévient et retarde l'apparition des rides.
- Force et renforce les muscles du cou.
- Force la musculature thoracique.
- Relève les seins.
- Force les muscles abdominaux.
- Prévient les stress et les hernies.
- Ferme, force et renforce la vessie, le vagin et l'anus.
- Augmentation de la pression vaginale.
- Amélioration des relations sexuelles.

- Meilleure circulation sanguine céphalique.
- Renforcement de la colonne.
- Ouverture de la cavité pelvienne.
- Forte contraction de la musculature.
- Augmentation de la pression vaginale.
- Meilleure performance sexuelle.
- Meilleure évacuation fécale.
- Prévient les hémorroïdes.
- Moins d'insuffisance périnéale.
- Moins de prothèses, de prolapsus.

Dans le post-partum immédiat et, en tout cas pendant 2 mois, il est primordial de ne pas entreprendre d'exercices visant à la tonification des muscles abdominaux. C'est une grave erreur qui faciliterait la descente d'organes à plus ou moins long terme par «glissement» au travers d'une sangle périnéale «non verrouillée» et affaiblie.

## Exercices de Paciornik: (planche 5)

- 1) s'accroupir
- 2) se relever en portant le corps à son maximum d'extension

Lorsque la femme se baisse, le vagin s'ouvre, lorsqu'elle se relève, il se ferme.

## Contrôle post-partum à 6 semaines de l'accouchement

Lors de ce contrôle effectué par la sage-femme, il s'agit de reprendre l'anamnèse et les observations faites lors des contrôles de grossesse.

Une cystocèle de degré I dans le post-partum peut être jugée comme normale alors qu'une cystocèle de degré II et une rectocèle de degré I doivent être considérées comme pathologiques, même s'il n'y a pas de pertes d'urines, de gaz ou de selles.

## Pendant l'accouchement

- vidange vésicale
- aider la femme à trouver une bonne position
- ne faire pousser que lorsque la présentation est sur le périnée
- ne pas faire d'épisiotomie intempestive, laisser l'ampliation du périnée se faire
- au moment de la réfection de la plaie vaginale et/ou périnéale, bien contrôler l'intégrité du sphincter anal.

## Après l'accouchement

- pas de station debout prolongée
- éviter de porter du poids
- faire une bonne évaluation de l'état du périnée et entreprendre une rééducation faite par des personnes (sages-femmes, physiothérapeutes) motivées et formées au travail du périnée
- le verrouillage périnéal doit toujours être réalisé avant le travail des abdominaux
- la suture retarde les possibilités de récupération en raison de la douleur et de l'inconfort
- pas de «pipi-stop» systématique, sauf en guise de test
- tenir compte de l'état psychique de la femme (dépression post-partum, par ex.) qui peut beaucoup influencer les résultats d'une rééducation.

En cas de fuites urinaires, il s'agit de différencier s'il s'agit:

- d'une incontinence à l'effort (toux, marche, rire, éternuement)
- d'une incontinence par instabilité vésicale; le contact avec l'eau, le bruit du robinet
- d'une incontinence de type mixte.

La rééducation selon l'une ou l'autre forme d'incontinence ne sera pas tout à fait la même.

## En résumé:

## Avant l'accouchement

- bonne anamnèse et examen clinique du périnée lors des contrôles de grossesse
- préparation à l'accouchement adaptée
- prise de conscience de l'anatomie et de la physiologie des muscles en question
- apprentissage de la poussée expiratrice dans une position adéquate

## En conclusion

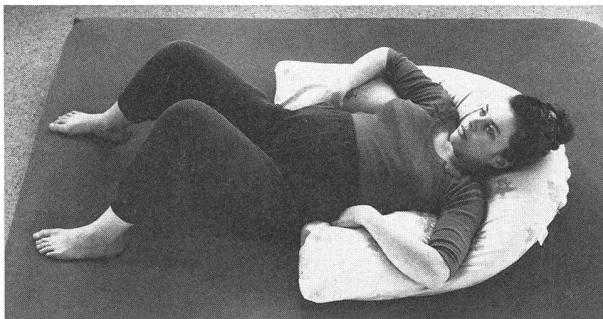
Une femme qui a un problème périnéal est à considérer dans sa **qualité de personne, à un moment donné de sa problématique personnelle et de sa vie.**

La femme vit selon différents rythmes; la force et la tonicité du périnée et du petit bassin changent avec le cycle menstruel, le cycle annuel, la ménopause et l'état psychique.

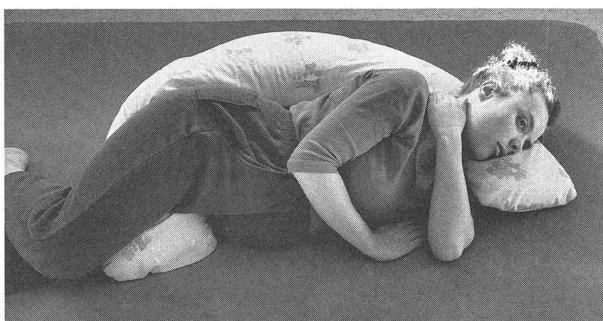
Le diaphragme pelvien est un ensemble de fibres musculaires qui, disposées en arcs comme s'il s'agissait de parenthèses, participent à la continence des orifices du canal pelvien. Ce sont des muscles puissants qui, comme

## Le coussin Corpomed®:

le camarade fidèle durant et après la grossesse



**durant la grossesse,**  
au cours des exercices quotidiens, pour des positions de relaxation



**pendant l'accouchement**  
il est facile d'atteindre une position confortable



**après**  
**l'accouchement**  
très utile  
comme auxiliaire  
d'allaitement

Grâce à leur rembourrage unique, de toutes petites billes remplies d'air, les coussins Corpomed® sont extrêmement modelables.

Il est facile de satisfaire aux exigences hygiéniques: les housses aussi bien que les coussins sont lavables.

Veuillez envoyer:

Timbre, nom

Corpomed®

– prospectus   
– les prix

**BERRO SA, case postale, 4414 Füllinsdorf**  
Téléphone 061 901 88 44, Télécopie 061 901 88 22

tous les muscles soumis à exercice, récupèrent leur force et retrouvent leur pouvoir de contraction.

Ils sont ainsi aptes à se charger de leur rôle de soutien des organes pelviens.

L'intégration du diaphragme pelvien à la respiration permet d'inclure et de remettre en fonction le périnée dans la vie de tous les jours et surtout dans la vie sexuelle.

La première chose que toute sage-femme pourrait commencer à faire dès maintenant serait d'aborder avec les femmes qu'elle rencontre, le problème de l'incontinence.

Poser le problème, c'est le reconnaître, admettre qu'il s'exprime et déjà ouvrir des pistes pour l'améliorer ou le résoudre.

L'incontinence n'est pas un mal nécessaire ni le prix incontournable à payer pour une grossesse et un accouchement.

Sylvie Uhlig Schwaar, Isabelle Sauvin □

### Références et bibliographie:

- Exposé Dr. Jacquetin et M. Caufriez lors d'un stage de formation à St-Etienne le 11.9.92 sur l'«aspiration diaphragmatique»
- «L'expulsion obstétricale et son préjudice corporel» (R. Belaiche, B. Pistre) «Les Dossiers de l'Obstétrique», mai 1985
- travail de recherche de Christine Lucas
- «La rééducation uro-gynécologique dans le service gyn.-obst, du Centre Hospitalier d'Auxerre» dans «Les Dossiers de l'Obstétrique», juin 1990
- Le quotidien du médecin, janvier 1991
- Exposé sur «Ostéopathie et périnée» de Gérard Pascal, 1991 et 1992
- «Complémentarités thérapeutiques de la kinésithérapie gynécologique de Thure Brandt et de la technique de Kegel dans la rééducation du périnée», Jean-Michel Lehmanns
- «Incontinence urinaire du post-partum, facteurs de risque et approche pathogénique» Ph. Mintz, A.A. Legoff, V. Loffredo, «Contraception-fertilité-sexualité» 1989 (vol. 17, no 6)
- Manipulations uro-génitales (Médecine ostéopathique) Jean-Pierre Barral, Ed. Maloine 1984
- Apprenez l'accouchement accroupi Dr. Moyses Paciornik, Ed. Pierre-Marcel Favre 1982
- Guide pratique de rééducation uro-gynécologique Dr. Odile Cotelle-Bernède, Ed. Ellipses 1990
- Thérapies manuelles et instrumentales en uro-gynécologie, tome I et II Marcel Caufriez, Coll. «Maité», Bruxelles
- L'épisiotomie prophylactique dite de routine est-elle justifiée? Gisèle Steffen
- Gym câline Jean-Michel Lehmanns, Ed. Payot
- Harninkontinenz ist überwindbar Helle Gotved, Ed. Trias 1983
- Beckenboden und Sexualität, Helle Gotved, Ed. trias 1983