

L'incontinence urinaire ...

40 % des femmes en souffriront tôt ou tard !

Le désarroi et la solitude de celles qui sont atteintes d'incontinence d'efforts, justifient qu'on en parle plus franchement. Cette pénible impression d'être « sale et malodorante » doit être traitée par tous les moyens possibles. Rien n'est jamais désespéré !

Avec la collaboration de l'Ostéopathe Daniel RONSMANS.DO. (Membre de la Société Belge d'Ostéopathie)



© Shutterstock

PARENTS : Quelles sont les causes principales de l'incontinence urinaire ?

Daniel RONSMANS DO : Dans une revue comme la vôtre on parlera évidemment de séquelles d'accouchement. Facile d'invoquer certaines épisiotomies, les forceps et les ventouses qui distendent exagérément le plancher pelvien, mais qui ont sauvé la vie du Bébé !

Il y a aussi les naissances trop rapides ou trop longues, la non-utilisation du réflexe d'expulsion, la pression manuelle violente sur l'utérus... et la typologie de la parturiente ! Pourquoi certaines femmes ont-elles des vergetures, des varices ou un vagin hypotonique et d'autres pas ?

En post-partum, on peut avoir aussi une dépression qui relâche

tout...mais qui n'est que passagère. Par contre, il faudra éviter : le port de charges lourdes qui provoque une hyper pression abdominale, le renforcement précoce des muscles abdominaux (pas avant 6 mois) au lieu d'une gymnastique hypo-pressive et de laisser se bomber le bas-ventre et le périnée par paresse ou inattention. C'est l'attitude asthénique où la femme est en suspension sur ses ligaments, avec le ventre en avant, ce qui n'est pas seulement inesthétique...

PARENTS : Il y a d'autres causes sans doute ?

D.R. : Oui évidemment, on peut encore citer des facteurs comme l'âge, l'excès de poids, la ptôse d'organes, certains troubles hormonaux, les toux chroniques, les suites de chirurgie



abdominale, urologique et gynécologique avec les fameuses adhérences des plans suturés, certaines infections et bien sûr la ménopause. Parfois aussi, c'est post traumatique (fractures du bassin).

PARENTS : Dans quels cas l'ostéopathie est-elle la plus efficace ?

D.R. : Indéniablement c'est dans les cas de fibrose tissulaire, d'inélasticité, de perte de tonus musculaire et de présence de tissus cicatriciels, où tout le périnée est concerné.

En choisissant bien les indications, 70 % des cas sont améliorés dont la moitié à plus de 50 %, et 35 % totalement... Quand il s'agit d'un trouble fonctionnel, un traitement ostéopathique mené « globalement » peut être très bénéfique. Il faut rechercher toutes les suites lésionnelles, qui parfois sont bien distantes. Par exemple on peut associer des lésions : du crâne (occiput, sphénoïde, pariétaux), des vertèbres cervicales, dorsales ou lombaires, du sacrum et surtout du coccyx et même du membre inférieur (tibia-péroné, scaphoïde et 5e métatarsien!) On

pratiquera donc une ostéopathie très holistique et pas seulement abdominale et viscérale.

Dans les cas de ruptures ou de trop grandes laxités, les mesures doivent être chirurgicales. Il s'agit alors de placer une bandelette entre les trous obturateurs du bassin afin de relever l'urètre. Lors d'un effort le système va remonter et fermer le méat urinaire. Dans certains cas neurologiques « extrêmes », on peut même placer dans le ventre, un stimulateur électrique pour intensifier le tonus du sphincter de la vessie..

PARENTS : Parlez-nous un peu d'anatomie.

D.R. : Les rapports entre la vessie, l'utérus et le rectum sont très importants.

Ils sont intimement posés les uns sur les autres! C'est pour cela que l'on parle d'uro-gynéco-proctologie. Le rectum repose sur le sacrum, le coccyx et le releveur de l'anus. Le vagin est sur le rectum, l'utérus sur la vessie et la vessie sur le vagin. Cette disposition « d'emboîtement » assure la stabilité en station debout! Le plancher pelvien se présente comme un losange avec comme repères osseux le pubis, les ischions (sur lesquels on s'assied) et le coccyx.

Ce losange doit être partagé en deux triangles, un antérieur où se trouvent le méat urinaire et le vagin. Le second qui est postérieur ne comprend que le rectum. L'ensemble forme une sorte de hamac composé de deux couches de muscles (les superficiels fibreux et allongés et les profonds plus larges que l'on appelle le diaphragme pelvien).

Son rôle est bien sûr de soutenir fermement le bas de l'abdomen et de permettre élastiquement le passage vers l'extérieur ou l'intérieur...

Pas question d'oublier ni les sphincters de l'urètre et de l'anus, ni la musculature du rectum et de la colonne du vagin.

Pour revenir brièvement aux épisiotomies, il faut savoir qu'elles peuvent être précoces sur un périnée encore épais, mais c'est pour sauver la vie du bébé.

Elles peuvent aussi être tardives sur un périnée mince qui menace de se déchirer et il faut alors protéger le centre tendineux qui sépare les deux triangles déjà cités. Ensuite il est impératif de suturer plan par plan et de maîtriser les hémorragies, qui peuvent parfois être envahissantes et augmenter ensuite les fameuses adhérences.

PARENTS : Comment se passe un traitement ostéopathique ?

D.R. : Rappelons tout d'abord que la kinésithérapie uro-gynécologique peut s'avérer très utile en stimulant électriquement les sphincters avec des sondes bien spécifiques. Mais la libération tissulaire abdominale, rectale ou vaginale et les fameuses suites lésionnelles citées plus haut doivent avant tout être traitées. On ne muscle pas un sportif, si sa mécanique est de travers!!! On examinera toujours globalement la patiente, donc de la tête aux pieds.

Après avoir corrigé les lésions souvent présentes, on abordera l'abdomen et le plancher pelvien. La palpation non douloureuse, vise à évaluer les restrictions tissulaires pour les étirer ensuite. Cela doit se faire par voie externe (par exemple en assis où on

étire la peau du ventre du pubis vers le nombril en agissant sur l'ouraque, une membrane ligamentaire) ou par voie interne, vaginale ou rectale pour retrouver le glissement physiologique des tissus. C'est une démarche mécanique, qui demande bien sûr de l'expérience et une compétence spécifique.

PARENTS : Qu'en est-il de « l'arrêt-pipi » ?

D.R. : A une certaine époque on préconisait, pour tonifier le sphincter de la vessie, de faire de nombreuses contractions lors de la miction.

A ce jour, on conseille plutôt de ne faire cet exercice qu'une seule fois par jour et seulement en DEBUT de miction! Sans cette précaution on perturbe le réflexe de contrôle involontaire de l'envie d'uriner ...

Il faut rappeler que la vessie donne un signal du besoin d'être vidée à partir de 200 ml. Lorsque la quantité arrive à 400 ou 500 ml, c'est évidemment urgent, mais il est possible de se retenir jusqu'à 2 litres!

PARENTS : Avez-vous d'autres conseils à donner ?

D.R. : Si subsistent des menaces de « fuites », lors d'efforts de toux ou d'éternuements, il est vivement recommandé de toujours porter le pubis en avant et de fléchir légèrement le tronc en serrant le vagin. On peut aussi croiser les jambes. En cas de surcharge pelvienne de fin de journée, il est utile de se reposer en couché dorsal, mais en position déclive (fesses relevées par rapport au tronc).

PARENTS : En conclusion ?

D.R. : Restons optimistes!

En ostéopathie, on dit toujours que : « L'Harmonie c'est la Santé ». Plus que jamais, dans un domaine aussi affligeant que délicat, il faut libérer les tissus et retrouver un schéma physiologique normal pour améliorer la circulation sanguine et lymphatique, diminuer les douleurs et les inflammations.

En retrouvant un meilleur tonus des muscles et des sphincters, on obtiendra logiquement une amélioration du système nerveux local, régional et même général. Sur le plan hormonal et psychologiquement, ce ne sera que bénéfique. Et on oubliera évidemment les fausses migraines du soir, par pudeur et complexe de sentir exagérément l'urine...

PARENTS : Prochaine rencontre ?

D.R. : On pourrait terminer le volet pelvien, avec les problèmes spécifiques de l'utérus.

A lire :

Le PERINEE FEMININ de Blandine Calais - Germain
Editions Desiris