



Fig. 3 : Dans l'exercice du saut en longueur, le poids supporté par le plancher pelvien est multiplié par 16.

Troubles de la sphère pelvienne : incontinence urinaire chez la femme sportive

Françoise Bizouard*

Chez tous, le **plancher pelvien** joue un rôle essentiel. Chez la femme sportive, il est encore plus important qu'il remplisse bien ce rôle. Les statistiques sont éloquentes : chez les sportives, le risque d'incontinence urinaire d'effort (IUE) est multiplié par 2 par rapport aux femmes non sportives du même âge.

Une étude de L. Mouly menée en 2014 chez 800 marathoniennes de loisir a montré que 30,7 % de ces sportives étaient incontinentes. Parmi elles, 52,9 % présentaient des fuites à l'effort en courant, en fin de parcours, ce qui montre le rôle de la fatigue. Mais la gêne exprimée était très peu importante. Des chiffres pas anodins, d'où la nécessité d'informer les sportives pour prévenir au maximum la survenue de ces troubles.

Le sujet demeure tabou : à peine 5 % des femmes qui en souffrent osent en parler à un professionnel de santé (Thyssen, 2002). Une étude menée chez des sportives loisir (Salvatore, 2008) a montré que 10 % arrêtent le sport et 20 % diminuent la dose d'entraînement pour tenter d'enrayer les dégâts.

Mécanismes de base de la continence urinaire

Les mécanismes de base de la continence urinaire sont automatiques. En temps normal, la vessie, lieu de stockage dans la cavité pelvienne, se remplit sans fuite. La miction se déroule après un besoin ressenti, elle est volontairement déclenchée, complète (sans fuite post-mictionnelle), confortable, sans poussée (c'est crucial), en une fois et sans douleur. L'opération est rapide : 30 à 50 secondes en général, 5 ou 6 fois par jour, dont éventuellement 1 fois la nuit. En cas d'effort, la contraction (des abdominaux, des muscles urétraux et de ceux du plancher pelvien) qui fait pression sur la vessie est anticipée.

Il existe différents facteurs de continence urinaire :

- Facteurs anatomiques
- Organisation du col vésical
- Angle urétrovésical fermé
- Système de soutien urétral
- Système d'amarrage de la vessie
- Intégrité des moyens de suspension
- Facteurs neurologiques

*Masseur-kinésithérapeute.

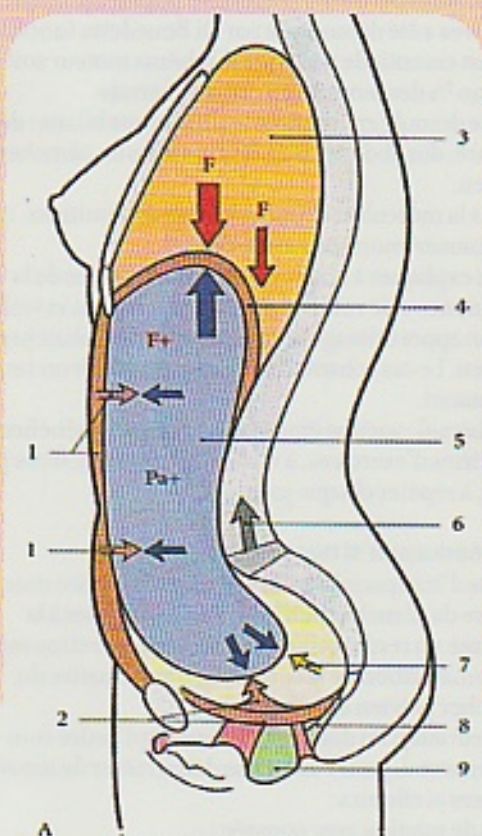


Fig. 4 :
Augmentation
des contraintes
verticales lors
d'un effort.



Fig. 5 : Répartition des pressions selon Kamina. Résultante des pressions vers le raphé ano-coccygien.

CHEZ LES SPORTIVES, LE RISQUE D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT EST MULTIPLIÉ PAR 2 PAR RAPPORT AUX FEMMES NON SPORTIVES DU MÊME ÂGE

- Intégrité des circuits neurologiques
Une bonne coordination - adaptation automatique de la contraction des muscles du plancher pelvien et des muscles urétraux.
C'est en arrière du rectum que la pression est la plus forte (voir Fig. 4 et 5, d'après Kamina).

Conséquences de l'effort au niveau de la sphère pelvienne

Qu'est-ce que l'IUE ? Une fuite survient, concomitante à un effort physique, en l'absence d'un réel

besoin de miction. La vessie se vide quand même au moment où le geste est le plus intense. Et ce n'est pas réservé aux haltérophiles : cela peut se produire sur un effort d'intensité plus modérée (tennis, ski, marche, natation...). Mais en toute logique, cela se produit bien plus souvent dans les sports à fort impact périnéal : 80 à 100 % des femmes qui font du trampoline souffrent d'IUE. Chez les joueuses de volley, le taux est de 30 %. Chez les gymnastes, 56 %. Les sports avec sauts répétés augmentent le poids supporté par le plancher pelvien... et les risques d'IUE. Le poids est multiplié par 4 pour la course à pied, par 9 pour le lancer de javelot, par 16 lors du saut en longueur (Fig. 3), etc.

L'équilibre entre les abdominaux et le plancher pelvien est l'un des éléments de la continence urinaire à l'effort. En cas d'abdominaux hypertoniques, lors d'un effort, la pression verticale devient trop importante et le risque de fuite à l'effort est majoré.

Il faut savoir qu'il existe aussi des risques en lien avec la position assise, en raison des compressions vasculaires et nerveuses occasionnées, par exemple lorsqu'une femme fait du vélo (Allance et al., 2009). Il est essentiel d'avoir tous ces éléments en tête lorsqu'on entraîne ou qu'on coach des sportives.

Les facteurs de risque d'incontinence chez les sportives

En 2003, la HAS a identifié la pratique sportive intensive (quel que soit le sport) comme facteur de risque d'incontinence. Mais il en existe d'autres : une hyperlordose rachidienne, des abdominaux hypertoniques aux efforts entraînant une surpression non gérée par les sphincters (Adam T, 2012), un plancher pelvien hypertonique, ou encore des facteurs hormonaux. Des désordres alimentaires peuvent aggraver ces facteurs de risque d'incontinence. K. Jiang a montré en 2004 que des erreurs diététiques augmentaient les risques d'IUE chez les jeunes sportives. Plusieurs études ont montré que les troubles du comportement alimentaire causaient les mêmes dégâts chez des athlètes féminines de haut niveau (Bo K, Borgen JS, 2001) ou encore chez les marathoniennes (Araujo et al., 2006).

Que se passe-t-il après l'arrêt du sport ?

Certains ont comparé le taux d'IUE chez d'anciennes athlètes et chez une population normale (Bo K, Sudgot-Borgen J, 2010). Il apparaît qu'à distance, après l'arrêt d'une pratique sportive intensive, il n'y a aucune différence.

Que peut-on faire ?

1 - Informer

Il est impératif d'informer les sportives, quel que soit leur niveau de pratique, mais aussi les entraîneurs, les coaches... pour qu'ils puissent adapter les programmes d'entraînement s'il y a des risques. La perspective d'une médaille ne justifie pas tous les sacrifices !

On peut utiliser la plaquette explicative diffusée par le Cnomk dans le cadre de la campagne "Kiné périnée efficacité" en avril 2017 (à télécharger sur www.ordremk.fr).

2 - Dépister

Le dépistage doit être systématique, lors de l'examen médical d'aptitude pour une pratique sportive, ou lors d'une consultation de suivi pour les athlètes de haut niveau. Il faut connaître les exercices à risque pour chaque sportive selon l'activité pratiquée, et au moins poser des questions sur le sujet (avant d'envisager de pratiquer un examen clinique). Et surtout, le médecin doit profiter de la consultation pour informer la sportive sur les troubles possibles. S'il n'obtient pas des réponses immédiates, l'idée peut faire son chemin dans l'esprit de la patiente, qui aura peut-être envie d'aborder le sujet lors d'une prochaine consultation.

3 - Éduquer et prévenir

L'éducation périnéale préventive pour les pratiques sportives a été démontrée par Di Benedetto (2008). Elle est essentielle pour que le schéma moteur soit bon. 20 % des femmes en ont un mauvais.

Elle se déroule en lien avec les différents bilans : de la posture, des abdominaux, des muscles du plancher pelvien.

Gare à la musculation intensive des abdominaux, qui peut causer énormément de dégâts.

Il faut expliquer à la sportive les mécanismes de la continence et le rôle des différents muscles, et veiller au bon apprentissage de la contraction du plancher pelvien. Le cas échéant, il faudra lui proposer un renforcement.

Seul bémol : aucune étude ne démontre le bénéfice des séries d'exercices, à raison de 10 contractions par série, à répéter chaque jour.

4 - Rééduquer si nécessaire

En cas d'incapacité à contracter (insuffisance musculaire du plancher pelvien), il faut proposer à la patiente un renforcement musculaire, et retrouver l'automatisation de la contraction anticipative du plancher pelvien à l'effort.

On peut aussi lui donner des conseils d'ordre comportemental, pour l'aider à se débarrasser de mauvais réflexes si elle en a :

- Pas de miction avec poussée ;
- Pas de défécation avec poussée ;
- Si nécessaire, lui proposer un traitement de la constipation.

Conclusion et perspectives

Pour les sportives de tout niveau, y compris chez les jeunes athlètes, la survenue d'IUE doit être questionnée. Une information sur les muscles du complexe lombo-abdomino-pelvien doit être présentée, associée à des propositions d'exercices.

Si besoin, elle peut être orientée vers un kinésithérapeute pour une rééducation. ●

SOPHIE CONRARD