

Dossier 2011

# LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

la connaître ...  
la maîtriser ...  
pour mieux la pratiquer.



Réalisé avec le soutien  
de Family Service - La boîte rose

CNSF

## PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME PAR UN RÉÉDUCATEUR : QUELS APPORTS DE KEAT PRO® ?

*Il est aujourd'hui clairement établi que dans le traitement de l'incontinence urinaire, l'électrostimulation réalisée en présence du thérapeute est plus efficace qu'une rééducation effectuée seule à domicile. (1)  
D'après un récent sondage réalisé par la SOFRES, auprès d'un échantillon de femmes représentatif, il s'écoule 7 ans entre une première rééducation et une nouvelle prise en charge : d'où un déficit d'entretien engendrant des récurrences(2) et conduisant à l'intervention.*

*Si les thérapies combinées (travail avec rééducateur + travail à domicile) obtiennent des résultats supérieurs à l'utilisation d'une seule technique, le maintien des bons résultats dépend, lui, en grande partie des séances d'entretien personnelles.(1)*

KEAT Pro® est un électrostimulateur périnéal destiné aux femmes souffrant d'incontinence urinaire mixte, d'effort et par impériosité ayant bénéficié d'un traitement initial avec un rééducateur.



### Les caractéristiques :

- > Bagues sans nickel
- > Une sonde ergonomique légère (35g) dont les électrodes fournissent une intensité de courant uniforme sur toute la surface
- > Repère pour mise en place de la sonde
- > Une tige souple : permet à la patiente de rester habillée pour ses séances

### En pratique :

- > 2 boutons + et - pour une simplicité d'utilisation maximale
- > Intensité réglable de 0 à 60 mA (18 niveaux) sur 1 kOhm
- > Disponible en pharmacie et sur Sphere-sante.com
- > Sur prescription médicale, remboursement Sec. Soc à 65 % sur la base LPPR (304,90 €)

Les caractéristiques techniques des 3 programmes de Keat Pro sont basées sur les recommandations de Magnus FALL (3) :

Programme KEAT Pro®	Fréquence stimulations	Largeur d'impulsion	Mode	Durée*	
1 Impériosité	10 Hz	350 µs	continu	30 min	
2 Effort	50 Hz	250 µs	3 sec stimulation/6 sec repos(2Hz)**	30 min	
3 Mixte	50 Hz	250 µs	3 sec stimulation/6 sec repos(2Hz)**	12 min	total 30 min
	10 Hz	350 µs	continu	18 min	

Grâce à son adaptateur, la sonde KEAT Pro® se branche sur les appareils installés dans les cabinets de rééducation.



\* La durée maximale de la séance est de 30 minutes, la séance peut être arrêtée à tout moment.

\*\* Une fréquence de stimulation de 2 à 3 Hz est préconisée par de nombreuses études sur la stimulation musculaire pendant le temps de repos. Cette basse fréquence a pour effet principal la relaxation du muscle qui a travaillé, l'augmentation du flux sanguin (le muscle en se contractant bloque la circulation sanguine ce qui explique sa fatigabilité) et une récupération plus rapide.

Pour plus d'informations ou pour recevoir la visite d'un délégué médical à votre cabinet, vous pouvez laisser vos coordonnées sur le site internet [www.keatpro.fr](http://www.keatpro.fr) (rubrique "contact")

(1) Perrigot M, et al. Electrostimulation et rééducation périnéale de l'incontinence urinaire et troubles mictionnels non neurologiques. Annales de réadaptation et de médecine physique 51 (2008) 479-490  
 (2) Enquête TNS Healthcare-SOFRES sur l'incontinence urinaire auprès de 1 264 femmes de 35 ans et plus. Février 2009  
 (3) Fall M, et al. Long-term intravaginal electrical stimulation in urge ans stress incontinence Scand J Urol Nephrol Suppl - 01-JAN-1977(44): 55-63



# LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

La connaître... La maîtriser... pour mieux la pratiquer.

Coordinatrice de la revue : Chantal FABRE-CLERGUE (SF, sexologue -Marseille)

Avec la participation de : Maud BOGGIO (SF-Nancy), B. BOUDET (SF – Decazeville), C. CHAUTEMPS (SF –Grenoble), Bénédicte JOUFFROY (SF-Metz), A. MARZOLF (MK – Montpellier), C. ROQUES (SF – Vauvert), Florence ROUANET (SF-Rodez), Valérie VIGNE (SF-Toulouse), Professeur Renaud de TAYRAC (CHU Nîmes), F. TEURNIER (SF, présidente CNSF), Magali PERIS (SF-ostéopathe, Nîmes)

Illustrations par : Chantal FABRE-CLERGUE

## Sommaire

Introduction de la Présidente, Mme Frédérique TEURNIER

Introduction Pr. P. MARES

<b>1.</b>	Intérêt de la rééducation ..... Chantal FABRE-CLERGUE, SF sexologue Marseille	<b>page 5</b>
<b>2.</b>	Textes régissant la pratique de la rééducation périnéale par les sages-femmes ..... Bénédicte JOUFFROY, SF Metz	<b>page 7</b>
<b>3.</b>	Incontinence urinaire et incontinence anale, quelle prise en charge ? ..... Pr. R de TAYRAC, CHU Carémeau, Nîmes	<b>page 8</b>
<b>4.</b>	Stimulation de l'expir en rééducation abdomino-périnéale ..... B. BOUDET, SF Decazeville	<b>page 12</b>
<b>5.</b>	La gymnastique abdominale Hypopressive <sup>®</sup> , sa place dans la rééducation abdomino-périnéale. .... A. MARZOLF, MK Montpellier et C. FABRE-CLERGUE, SF Marseille	<b>page 16</b>
<b>6.</b>	« Connaissance et maîtrise du périnée » : méthode éducative de rééducation ..... C. ROQUES, SF Vauvert	<b>page 21</b>
<b>7.</b>	Eutonie ..... C. CHAUTEMPS, SF Grenoble	<b>page 24</b>
<b>8.</b>	Electrothérapie et périnée ..... F. ROUANET, SF Rodez	<b>page 24</b>
<b>9.</b>	Biofeedback ..... B. JOUFFROY, SF Metz	<b>page 27</b>
<b>10.</b>	Rééducation ano-rectale ..... M. BOGGIO, SF Nancy	<b>page 31</b>
<b>11.</b>	Périnée et sexualité ..... V. VIGNE-CHAUD, SF Blagnac	<b>page 34</b>
<b>12.</b>	Importance de la prise en charge par un ostéopathe avant la rééducation ..... M. PERIS, SF- Ostéopathe, Nîmes	<b>page 34</b>
<b>13.</b>	<b>Cahier central détachable</b> constitué de deux feuillets cartonnés à utiliser pendant les consultations à la convenance des sages-femmes comprenant : Schéma de l'anatomie du périnée et posters ludiques de Chantal FABRE-CLERGUE pour tester les connaissances des patientes sur la miction et la défécation. Vous trouverez les réponses, si besoin, à la fin du premier article.	

Association des Sages-Femmes Rééducatrices et(ou) Sexologues : renseignements à l'adresse [chantal.fabre-clergue@wanadoo.fr](mailto:chantal.fabre-clergue@wanadoo.fr)

Magazine gratuit offert par le Collège National des Sages Femmes (CNSF)  
CNSF, Association loi 1901 – 1 impasse du moulin des Rosettes – 94120 Fontenay sous Bois  
contact@cnsf.asso.fr et www.cnsf.asso.fr

Réalisation graphique : Stéphane Cadé - stephane.cade@yahoo.fr  
Régie Publicitaire : Bruno Moscatelli, Family Service - bmoscatelli@familyservice.fr

Impression à 25 000 exemplaires.



# Introduction

Pour la troisième année, le Collège National des Sages Femmes vous propose sa revue. Le thème choisit cette année est : la rééducation périnéale.

Cette revue présente les différentes méthodes de façon complète mais non exhaustive, les bonnes pratiques et les connaissances actuelles. Elle réunit les différentes approches rééducatives dans leur diversité et leur complémentarité.

Par respect pour nos collègues et par respect pour les femmes, la rééducation ne s'improvise pas mais mérite des professionnels compétents, ayant une formation initiale solide, complétée régulièrement par une formation continue (revue, congrès,...)

En rééducation, il n'y a pas UNE méthode, mais une réponse adaptée à chaque femme. C'est pourquoi cette revue va participer à la mise en place de recommandations de bonnes pratiques.

Ainsi nos pratiques se doivent d'être de qualité et diversifiées car il y va de notre avenir et de notre reconnaissance de professionnels référents dans ce domaine.

Le Collège National des Sages Femmes en réalisant cette revue répond à sa mission de formation et d'information, à sa mission de qualité et d'évaluation

Nous remercions Mme Chantal Fabre-Clergue (et ses collaborateurs) d'avoir si bien dirigé ces travaux avec son énergie et sa bonne humeur habituelle

Bonne lecture,  
Frédérique Teurnier  
Présidente du CNSF

La prise en charge médicale, rééducative, chirurgicale du périnée est entrain de prendre la place qui lui revient dans le monde médical. La place de tous les acteurs devient essentielle, chacun ayant un rôle propre à exercer. Le temps du (de la) praticien (ne) sachant tout faire est révolu, que ce soit en rééducation, en chirurgie...

Nous venons de changer d'époque pour deux raisons :

- accroissement des connaissances,
- le rôle d'acteur et de décideur de la femme dans sa prise en charge.

L'ouvrage que nous propose Chantal FABRE-CLERGUE réunit les différentes approches rééducatives dans leur diversité.

Rares sont les documents permettant d'avoir une vision aussi large de ce domaine. Il permet de proposer une réponse adaptée à chaque femme. C'est dire que l'échec d'une technique ne signifie pas l'échec de la prise en charge de la patiente.

Au contraire, cet échange doit conduire à une analyse pluri-disciplinaire, appuyée sur l'attente et le vécu de la femme par rapport à sa 1ère expérience pour lui proposer, parmi les autres solutions, celles qui apparaîtra la mieux appropriée. On pourra ainsi progressivement l'amener vers une amélioration de sa pathologie et de sa qualité de vie.

Ce sont ainsi ces trois paramètres qui désormais devront conduire nos prises en charge :

- multiplicité des savoirs,
- rôle spécifique de la femme dans sa prise en charge,
- évaluation de la qualité de vie.

Cet ouvrage nous donne l'essentiel pour réussir notre objectif commun :

***améliorer la qualité de vie des femmes souffrant d'une pathologie pelvi-périnéale.***

Pierre MARES, Nîmes



# I- Intérêt de la rééducation périnéale

Chantal FABRE-CLERGUE, SF sexologue, Marseille

La rééducation périnéale peut être pratiquée par un masseur kinésithérapeute ou une sage-femme spécifiquement formés à cette discipline. Bien entendu il est souhaitable de se maintenir informé en étant abonné à des revues de pelvipérinéologie, et en assistant à des congrès spécialisés.

Des études prouvent que de meilleurs résultats s'obtiennent lorsque le thérapeute combine plusieurs techniques : manuelles, électrostimulation, bio feedback, traitement corporel et travail à domicile pour entretenir sur du long terme.

Le rôle de la respiration (et surtout de l'expiration) s'avère intéressant pendant les travaux de rééducation.

Bien entendu la première préoccupation du thérapeute sera de dépister et de corriger une inversion de commande.

Il faut supprimer l'asynergie pour obtenir une synergie abdo-périnéale grâce à plusieurs techniques de rééducation.

Les résultats seront variables en fonction du moment du cycle où le travail sera effectué, car le périnée est hormona dépendant.

Par ailleurs il ne faut pas négliger la fatigue musculaire et pour cela le temps de repos doit être le double du temps de la contraction.

Le plancher pelvien se compose de muscles répartis de la façon suivante :

70 % de fibres lentes assurant un rôle de soutien

30 % de fibres rapides

Le périnée par son rôle de soutien possède un tonus de base qui peut être amélioré par des contractions statiques et des résistances.

Pour intensifier la force d'un muscle il faut une contraction avec une résistance maximale.

Pour augmenter l'endurance d'un muscle il faut une contraction avec une résistance sous maximale et des séries de contractions répétées en respectant un temps de travail égal au temps de repos.

Pour augmenter la résistance d'un muscle, il faut travailler sur des temps de contraction longue. La patiente doit prendre conscience de la musculature de son plancher pelvien qui sera évalué par un testing périnéal, noté de 0 à 5, selon des critères bien définis (**Tableau 1**).

Pour faciliter la prise de conscience du périnée il est possible de mettre en tension les muscles releveurs de l'anūs en déprimant vers le

bas jusqu'à un étirement maximum, la contraction musculaire peut être alors obtenue.

Dans un autre test appelé « stretch réflexe » les muscles releveurs de l'anūs sont placés en position d'étirement.

L'examineur pose ses doigts à plat et réalise un étirement supplémentaire sec, tonique vers le bas.

La réponse obtenue est une contraction musculaire et il est possible de demander à la patiente d'en prendre conscience et d'enchaîner une contraction volontaire.

Pour corriger une incontinence urinaire d'effort on utilise plutôt des contractions qui augmentent le tonus de base et ensuite des contractions rapides et intenses.

Pour traiter l'instabilité vésicale ou « urgenturie » on utilise plutôt des contractions qui augmentent l'endurance afin de respecter le réflexe 3 de MAHONY, (il en existe 12) avec une résistance aux  $\frac{3}{4}$  de la force maximale, appelé réflexe inhibiteur vésical.

## Classification des trois stades des fuites urinaires :

STADE 1 : Toux, rire, éternuement.

STADE 2 : Marche rapide, port de charge, changement de position.

STADE 3 : Au moindre effort.

Ce type d'incontinence ne se produit que lorsque la pression intra vésicale est supérieure à la pression intra- urétrale.

En conclusion, il ne faut pas oublier que le périnée s'intègre dans un complexe lombo- abdominal et que ce dernier travaille en synergie avec le muscle transverse de l'abdomen.

Le mouvement expiratoire de qualité est responsable d'une contraction du muscle transverse.

Si malgré une série de 15 séances de 30 minutes aucun résultat n'est obtenu il convient de réaliser un bilan, de réadapter le traitement ou peut-être de réorienter la patiente. Le travail en réseau s'avère intéressant et rassurant dans des situations complexes.

Pendant les séances de rééducation la présence encourageante de la sage-femme est primordiale mais la réussite dépend aussi de la motivation et de l'assiduité de la patiente (**Tableau 2 page suivante**).

**Tableau 1 :** Cotation du testing des muscles releveurs de l'anūs, d'après Minaire, 1994 (31)

Cotation	Qualité	Maintien en nombre de secondes	Nombre de contractions sans fatigabilité
0	Rien	0 s	0
1	Traces	1 s	1
2	Contraction bien perçue sans résistance	moins de 5 s	2
3	Contraction bien perçue sans résistance	5s	3
4	Contraction avec légère résistance	5s	5
5	Contraction avec forte résistance	5s	plus de 5



**Tableau 2 :** Mesure quantitative des différents symptômes urinaires (échelle MHU).

SCORE	0	1	2	3	4	SCORES
IMPÉRIOSITÉ MICTIONNELLE	absente	délai de sécurité entre 10 et 15 mn ou caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner sans fuite	délai de sécurité entre 5 et 10 mn	délai de sécurité entre 2 et 5 mn	délai de sécurité < 2 mn	SCORE IMPÉRIOSITÉ FUIITE =
FUIITE URINAIRE PAR IMPÉRIOSITÉ	absente	moins d'une fois par mois	plusieurs fois/mois	plusieurs fois/semaine	plusieurs fois/jour	
FRÉQUENCE MICTIONNELLE DIURNE	intervalle mictionnel > 2 h.	intervalle mictionnel de 1h30 à 2h.	intervalle mictionnel de 1h.	intervalle mictionnel de 1/2 heure	intervalle mictionnel < 1/2 heure	SCORE POLLAKIURIE =
FRÉQUENCE MICTIONNELLE NOCTURNE	0 ou 1 miction/nuit	2 mictions/nuit	3-4 mictions/nuit	5-6 mictions/nuit	plus de 6 mictions/nuit	
INCONTINENCE URINAIRE À L'EFFORT	absente	lors des efforts violents (sport, course)	lors des efforts moyens (quinte de toux, éternuement, soulèvement, rire)	lors des faibles efforts (toux isolée, marche, accroupissement, mouvement brusque)	au moindre changement de position	SCORE FUIITE EFFORT =
AUTRE INCONTINENCE	0	- en gouttes post mictionnelles - énurésie (>1/mois)	- paroxysme émotionnel - énurésie (1/semaine)	- énurésie (plusieurs /semaine)	- fuites permanentes gouttes à gouttes - énurésie (=1/jour)	SCORE autre FUIITE =
DYSURIE RÉTENTION	0	- dys attente, terminale	- poussées abdominales - jet haché	- poussées manuelles - miction prolongée, sensation résidu	- cathétérisme	SCORE DYSURIE =

## RÉPONSES AUX QUESTIONS « TESTEZ VOS CONNAISSANCES » DU CAHIER CENTRAL (P.17)

### LA MICTION

La Sage femme doit penser parfois, à éduquer sa patiente avant de la rééduquer...

Le nombre de mictions doit être compris entre 4 et 7 par jour.

La miction de nuit doit rester exceptionnelle.

Ne jamais pratiquer le « pipi de retenue » et le « pipi de précaution »

Le « stop pipi » ne doit être qu'un simple test.

### LA DÉFÉCATION

On parlera de constipation si le nombre de selles est inférieur à 3 par semaine

Des règles simples hygiéno-diététiques doivent être proposées à la femme pour éviter les risques de prolapsus dus aux efforts de poussée.

Le thérapeute doit encourager les femmes à avoir un minimum d'activité physique journalière pour éviter l'emploi abusif des laxatifs et combattre l'idée reçue de l'effet bénéfique de la 1er cigarette du matin.

Nous vous suggérons l'utilisation du calendrier des habitudes mictionnelles qui vous aidera à dépister rapidement des mauvaises habitudes chez vos patientes (document en pages centrales détachables du dossier)



## II- Textes régissant la pratique de la rééducation périnéale par les sages-femmes

Bénédicte JOUFFROY

L'exercice de la profession de sage-femme est régi par l'article L4151-1 du Code de la Santé Publique, modifié par la Loi HPST du 21 juillet 2009 (article 86):

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-nataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à L.4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L.4127-1.

L'examen post-natal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situations pathologiques »

A noter, l'article L.4151-2 concerne les vaccinations, l'article L.4151-3 précise qu'en cas de pathologie, la sage-femme doit faire appel à un médecin, mais qu'elle est habilitée à pratiquer les soins prescrits par un médecin, et l'article L.4151-4 concerne les examens, et les dispositifs médicaux ou médicaments qu'une sage-femme peut prescrire selon une liste fixée par arrêté. Enfin, l'article L.5134-1 du Code de la Santé Publique a élargi les compétences des sages-femmes dans le domaine de la prescription des contraceptifs.

La pratique de la rééducation périnéale par une sage-femme est régie par l'article R4127-318 du Code de la Santé Publique, modifié par décret n°2008-863 du 27 août 2008-art.1 qui stipule que, « I.- Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L4151-1, la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment :

...-13° La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à l'accouchement... »

Suite à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, les articles L.2122-1 et L.4151-1 du Code de la Santé Publique ont étendu les compétences des sages-femmes pour le suivi de la grossesse depuis la déclaration jusqu'à l'examen post-natal.

Du fait que les séances de rééducation périnéale sont en général prescrites lors de la visite post-natale, les sages-femmes ont, depuis, la possibilité de prescrire les séances de rééducation périnéale en post-natal.

L'arrêté du 27 juin 2006 fixe la liste des **dispositifs médicaux** que les sages-femmes sont autorisées à prescrire: ceinture de grossesse, bas de contention, sonde ou électrode cutanée périnéale, électrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale, pèse-bébé, tire-lait, diaphragme, cape cervicale, compresses etc.

A noter : les capes cervicales n'existeraient plus, et les pessaires sont dans l'attente d'être rajoutés sur la liste qui devrait être réactualisée prochainement.

Par ailleurs, l'article L.331-2 du Code de la Sécurité Sociale, modifié par Ordonnance n°2004-329 du 15 avril 2004-art.4(V) JORF 17 avril 2004 en vigueur le 1er juillet 2004, définit les frais médicaux remboursés dans le cadre de l'**assurance maternité**, soit à 100%, qu'ils soient liés ou non à la grossesse, durant la période définie par l'article D331, créé par Décret n°2004-1455 du 23 décembre 2004-art.1 JORF 30 décembre 2004 : « La période mentionnée au 1° de l'article L331-2 débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine douze jours après l'accouchement ».

Cependant, l'arrêté du 23 décembre 2004 JORF n°303 du 30 décembre 2004 texte n°45 fixe la **liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité**, quelle que soit la date de leur réalisation, y compris en-dehors de la période précitée. Il prévoit, entre autres : « -7° : Séances de rééducation abdominale et périnéosphinctérienne » (sic).

Leur remboursement se fera par conséquent à 100% dans le cadre de l'assurance maternité, sans limitation ni dans le temps ni dans le nombre de cette rééducation, même si la pratique courante veut qu'en post-natal, une dizaine de séances soient le plus souvent prescrites.

Enfin, la *Nomenclature Générale des Actes Professionnels* prévoit, au Titre XIV, chapitre II, Article 3, la **cotation** des séances de rééducation abdominale (cotées AMK7 par les kinésithérapeutes) ou, dans l'Article 8, la **rééducation périnéale** : ces dernières sont cotées SF7 pour les sages-femmes, et soumises à demande d'entente préalable (et AMK8 pour les kinésithérapeutes, sans demande d'entente préalable).

### Douleurs chroniques du périnée - Vulvodynies - Névralgies pudendales...

Pour toute information sur ces pathologies et leurs traitements  
Pour connaître nos prestations (conférence, supervision, documentation)

Contactez-nous :  
Tel: 01 43 80 71 96  
mail: [contact@afap-np.com](mailto:contact@afap-np.com)  
[www.afap-np.com](http://www.afap-np.com)

Siège de l'AFAP-NP: 60, rue Truffaut, 75017 Paris



Association Française d'Algies Périnéales  
& Névralgies Pudendales



# III- Incontinence urinaire et incontinence anale pendant la grossesse : quelle prise en charge ?

R. de Tayrac, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Carémeau, Nîmes

## Incontinence urinaire et grossesse

### INTRODUCTION

L'incontinence urinaire d'effort est le trouble périnéal le plus fréquent pendant la grossesse, y compris chez une patiente primipare. Elle se manifeste généralement au deuxième ou au troisième trimestre chez la primipare, et dès le premier trimestre chez la multipare. Les mécanismes en cause sont l'hypermobilité cervico-urétrale liée à l'étirement des ligaments pubo-urétraux, l'élongation des muscles releveurs de l'anus et du nerf pudendal.

Ce problème, malgré sa fréquence et son retentissement potentiel sur la qualité de vie des femmes enceintes, n'est que rarement abordé lors des consultations d'obstétrique. Pourtant, des moyens de prévention à mettre en place pendant la grossesse ont fait la preuve de leur efficacité.

### DIAGNOSTIC

Toute consultation d'obstétrique, et plus particulièrement chez une patiente à risque (antécédent d'accouchement par forceps, incontinence urinaire avant la grossesse, grossesse gémellaire), devrait comprendre un interrogatoire à la recherche de fuites urinaires à l'effort et un examen clinique à la recherche d'une hypermobilité cervico-urétrale et d'une fuite urinaire à la toux.

### EXPLORATION

Le diagnostic d'hypermobilité cervico-urétrale peut être confirmé par une échographie périnéale, mais l'intérêt de cet examen n'est pas complètement évalué et sa pratique n'est pas très répandue. En revanche, il n'existe aucune indication à réaliser un bilan urodynamique pendant la grossesse.

### PRISE EN CHARGE

Les moyens de prévention avant l'accouchement comprennent une éducation et une rééducation périnéale. L'éducation périnéale est une formation sur l'anatomie et la physiologie périnéale réalisée par les sage-femmes au cours des séances de préparation à l'accouchement. Cette mesure simple a prouvé son efficacité. La rééducation périnéale pendant la grossesse doit être réalisée par un rééducateur spécialisé (sage-femme ou kinésithérapeute) et utilise les techniques de travail manuel et de biofeedback. L'électrostimulation est contre-indiquée pendant la grossesse, en raison de l'utilisation d'un courant électrique. Deux études prospectives randomisées ont montré une diminution significative du risque d'incontinence urinaire d'effort trois mois après l'accouchement chez les patientes rééduquées. La première, une étude anglaise<sup>1</sup>, a comparé 120 patientes avec hypermobilité cervico-urétrale ayant été rééduquées pendant la grossesse (1 séance par mois à partir de 20 semaines d'aménorrhée), et 110 patientes ayant été simplement éduquées. Le taux d'incontinence urinaire d'effort à trois mois du post-partum était respectivement de 19,2% versus 32,7% ( $p < 0,05$ ), soit une réduction du risque de 40% grâce à la rééducation. La deuxième, une étude norvégienne<sup>2</sup>, a comparé 145 patientes ayant été rééduquées pendant la grossesse (12 séances entre 20 et 36 semaines d'aménorrhée), et 144 patientes

non rééduquées. Le taux d'incontinence urinaire d'effort à trois mois du post-partum était respectivement de 20% versus 31% ( $p < 0,05$ ).

La prévention des troubles périnéaux du post-partum est également possible en salle de travail : dépistage des macrosomies fœtales et des présentations postérieures, contrôle visuel et manuel attentif du périnée, contre-indication des épisiotomies médianes, limitation des indications d'extraction par forceps, privilégier les extractions par ventouse en cas d'état fœtal non rassurant, réparation des déchirures sphinctériennes par un opérateur entraîné dans de bonnes conditions. En l'état actuel des connaissances, ni l'épisiotomie systématique, ni la césarienne ne permettent de prévenir l'apparition d'une incontinence urinaire d'effort dans le post-partum.

### SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE DU CNGOF 2009<sup>3</sup>

L'existence d'une incontinence urinaire avant la grossesse ou la survenue d'une incontinence urinaire en cours de la grossesse sont des facteurs de risque de voir persister ou apparaître une incontinence urinaire à 3 mois du post-partum et à distance. Les modalités de l'accouchement vaginal (position pendant l'accouchement, durée de travail, durée de la seconde phase, extraction instrumentale, épisiotomie, anesthésie péridurale ou pudendale) n'ont pas d'impact sur l'apparition ou la persistance d'une incontinence urinaire dans le post-partum ou à long terme. À court terme, l'accouchement par césarienne est associé à une moindre prévalence et à une moindre incidence de l'incontinence urinaire postnatale. À plus long terme, les données sont insuffisantes pour conclure. La réalisation d'une césarienne programmée systématique en cas de présentation du siège à terme ne diminue pas le risque d'incontinence urinaire d'effort à 2 ans de l'accouchement. Chez les femmes enceintes ayant déjà été opérées avec mise en place d'une bandelette sous-urétrale, la fréquence de l'incontinence urinaire postnatale n'est pas significativement diminuée si une césarienne est pratiquée.

En cas d'incontinence urinaire de la femme enceinte et du postpartum immédiat, la réalisation d'examen spécialisés n'est pas recommandée. La césarienne programmée et l'épisiotomie systématique ne sont pas des méthodes de prévention recommandées de l'incontinence urinaire postnatale, y compris chez les femmes à risque.

Une rééducation périnéale postnatale comprenant des exercices de contraction volontaire du plancher pelvien sous la direction d'un thérapeute (rééducateur ou sage-femme) diminue la prévalence d'incontinence urinaire à court terme (un an du post-partum) par rapport aux simples conseils d'exercices périnéaux individuels. En revanche, l'efficacité de cette rééducation du post-partum sur le long terme n'est pas démontrée.

La rééducation périnéale prescrite en cours de grossesse améliore l'incontinence urinaire de la grossesse, diminue la fréquence de l'incontinence urinaire à 3 mois du post-partum, en revanche, elle ne semble pas apporter de bénéfice à plus long terme.



La rééducation périnéale par exercice musculaire du plancher pelvien est le traitement de première intention de l'incontinence urinaire pré et post-natale. La rééducation périnéale préventive n'est pas recommandée. Les autres traitements médicaux ou chirurgicaux ne doivent pas être proposés de première intention au cours de la grossesse ou dans le post-partum immédiat.

#### CONCLUSION

L'intérêt de la prise en charge prénatale d'une incontinence urinaire avérée est désormais prouvé. Elle doit comprendre une éducation périnéale et une rééducation spécialisée utilisant les techniques de travail manuel et de biofeedback. Cette prise en charge semble également utile chez les patientes présentant une hypermobilité cervico-urétrale sans incontinence clinique. En revanche, si l'éducation périnéale doit faire systématiquement partie des cours de préparation à l'accouchement, de nouvelles études devront préciser les indications de la rééducation prénatale chez les femmes à bas risque. Une étude multicentrique randomisée française est actuellement en cours (étude 3PN).

## Incontinence anale et grossesse

#### INTRODUCTION

L'incontinence anale constitue un problème de santé publique. Il a été estimé en France que 11 % des sujets interrogés (échantillon représentatif de la population de plus de 45 ans) sont concernés<sup>4</sup>. Le rôle délétère de l'accouchement par voie vaginale sur la continence anale est classiquement reconnu<sup>5</sup>. L'incontinence du post partum immédiat concerne au moins 1 primipare sur 10<sup>6-9</sup>, elle est généralement temporaire et souvent passée sous silence : un quart seulement des patientes souffrant d'incontinence après leur accouchement consulte<sup>5</sup>. L'incontinence anale a un coût important<sup>10</sup>, il a été estimé aux Etats Unis que pour 63 patientes incontinentes en post-partum 15 seront traitées médicalement, 31 auront un geste chirurgical, 11 auront une rééducation et 6 seront traitées par la chirurgie associée à la rééducation. Le coût généré par patiente était de 17166\$ en 1999. L'accouchement par voie vaginale peut bien sûr induire une déchirure périnéale du 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> degré facilement reconnaissable, il peut également induire une rupture occulte de l'appareil sphinctérien anal ou des lésions neurologiques expliquant son rôle délétère pour la continence anale.

#### LA PATHOLOGIE SPHINCTÉRIENNE

##### *Déchirures périnéales du troisième et quatrième degré*

Les déchirures périnéales du troisième et quatrième degré sont observées au décours de 2 à 14% des accouchements par voie basse<sup>11-12</sup>. Les facteurs de risque sont :

- l'extraction instrumentale par forceps (la ventouse est préférable)<sup>13-14</sup>
- une deuxième partie de travail prolongée
- un poids de naissance supérieur à 4 kg
- une présentation occipito-sacrée lors de la délivrance
- la primiparité
- une épisiotomie médiane (risque relatif = 5)<sup>12-13</sup>
- un ATCD de déchirure périnéale

En cas de constatation immédiate d'une telle déchirure la réparation par suture bout à bout s'impose. Néanmoins les résultats fonctionnels sont médiocres, une incontinence et des impériosités persistant dans 40 à 47% des cas<sup>14-15</sup>. Dans 85% des cas il existe des défauts sphinctériens résiduels après réparation immédiate<sup>13</sup>.

#### *Altérations sphinctériennes sans rupture*

L'accouchement modifie l'aspect des structures sphinctériennes en l'absence même de déchirure périnéale ou de rupture effective. Il a été montré grâce à l'écho endoscopie<sup>16</sup>, qu'il existe après l'accouchement, par rapport aux primipares, une diminution de l'épaisseur du sphincter anal externe dans sa partie antérieure, un épaississement de ce sphincter latéralement et une augmentation de l'épaisseur de la couche longitudinale complexe. Cet aspect a également été observé en imagerie par résonance magnétique avec antenne endoanale<sup>17</sup>. Par contre il n'existe pas d'influence propre de la grossesse sur la morphologie sphinctérienne des femmes césarisées comme en témoigne l'étude de Sultan et al<sup>7</sup>.

On sait par ailleurs que la grossesse en elle-même pourrait avoir une influence sur la continence anale<sup>18-19</sup> : le travail prospectif de Chaliha et al. montrait en effet que la prévalence de l'incontinence chez la nullipare était de 1,9% avant la grossesse et 15,5% pendant<sup>18</sup>. Le mécanisme de ces troubles ne semble pas neurologique, une étude des latences motrices du nerf pudendal ayant montré que cette mesure est stable au cours de la grossesse<sup>20</sup>.

#### *Ruptures sphinctériennes occultes*

Elles sont trois fois plus fréquentes que les déchirures périnéales. Par définition elles sont de diagnostic difficile. Les études endosonographiques prospectives comme celle de Sultan et al.<sup>21</sup> ont montré la grande fréquence des ruptures sphinctériennes liées à l'accouchement (18 à 35% selon les études). Dans ce travail, à 6 semaines de l'accouchement, 13% des primipares et 23% des multipares avaient une incontinence anale ou des phénomènes d'urgence. Elles surviennent essentiellement au cours du 1<sup>er</sup> accouchement. Elles intéressent surtout le sphincter anal externe dans sa portion antérieure. Les facteurs de risque retrouvés sont chez la primipare l'utilisation de forceps (risque relatif = 8), une seconde partie de travail supérieure à 1 heure et le recours à la péridurale (risque relatif = 2). Cependant, 35 à 58% des primipares ayant des lésions sphinctériennes ont une continence normale<sup>7,9</sup>. Par ailleurs 45% des patientes ayant une incontinence anale en post-partum n'ont pas de rupture détectable en écho-endoscopie<sup>9</sup>. En cas de rupture les performances manométriques s'améliorent en post-partum dès le 3<sup>ème</sup> mois, possiblement en raison d'une récupération de la neuropathie pudendale<sup>22</sup>. En dehors de tout traitement chirurgical, l'incontinence associée à des lésions sphinctériennes obstétricales peut s'améliorer dans 50% des cas dans les mois qui suivent l'accouchement<sup>7</sup>.

#### LA PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE

La neuropathie pudendale concerne 80% des primipares après un accouchement par voie vaginale<sup>23</sup>. En effet on peut étudier le temps de latence motrice électrique distale du nerf pudendal, par exemple avec une électrode du St Mark's qui permet de stimuler le nerf par voie endoanale en recueillant la réponse motrice à l'aide d'une électrode de surface placée au niveau du sphincter externe (ou par l'intermédiaire d'une aiguille insérée dans le muscle bulbo-caverneux). Cet examen permet d'évaluer la qualité de l'arc réflexe somatique. Il a été montré qu'après un accouchement par voie basse le temps de latence motrice du nerf pudendal s'allonge<sup>6</sup>. Cette neuropathie est en rapport avec l'étirement nerveux sous l'effet de la distension brutale du périnée, elle prédomine à gauche. Les facteurs de risque sont superposables à ceux des ruptures sphinctériennes. Elle régresse au moins partiellement en 2 à 12 mois<sup>24</sup>. La régression est probablement moins importante aux niveaux profonds<sup>25</sup> correspondants à la partie profonde du sphincter externe et au releveur. Elle existe également après césarienne, surtout si celle-ci a été tardive<sup>26</sup>. Elle permet d'expliquer un certain nombre d'incontinences anales « dites idiopathiques », sans rupture sphinctérienne.



## LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

### BILAN D'UNE INCONTINENCE ANALE DU POST-PARTUM

L'interrogatoire doit rechercher une incontinence anale en post-partum immédiat, même minime et temporaire. Cet interrogatoire est capital car moins d'un tiers des femmes consultent pour ces symptômes<sup>5,27</sup>. L'examen clinique recherche une déchirure périnéale et apprécie l'extension vers l'anus de l'épisiotomie éventuelle. Il est tout à fait insuffisant pour dépister une rupture sphinctérienne occulte.

On doit donc lui associer une écho-endoscopie anale. Cet examen, facile, bien toléré, plus sensible que l'électromyographie permet de diagnostiquer les ruptures sphinctériennes. Cependant il est opérateur dépendant, et certaines ruptures du sphincter externe sont parfois difficiles à interpréter notamment en avant où le sphincter externe est beaucoup plus mince.

La manométrie ano-rectale et les explorations électrophysiologiques ont moins d'intérêt. Les données concernant le tonus anal de base et lors de la contraction volontaire recueillies par l'examen clinique d'un opérateur entraîné sont très représentatives des données de la manométrie ano-rectale.

Ces investigations sont surtout intéressantes si un geste chirurgical est indiqué. Il n'est pas utile de les demander avant le 3<sup>ème</sup> mois, et une amélioration est possible après 6 mois.

### TRAITEMENT PRÉVENTIF

Il est important de dépister les patientes à risque avant l'accouchement. Un bilan sphinctérien comportant au minimum une échoendoscopie et une manométrie ano-rectale est indiqué si il existe une notion d'incontinence anale même minime et transitoire après un premier accouchement. En effet, un travail portant sur 263 femmes a montré que 7 des 8 femmes ayant une incontinence persistante entre les 2 accouchements vont voir leurs symptômes aggravés par le deuxième accouchement<sup>6</sup>. Les autres facteurs de risque à rechercher sont les antécédents de déchirure périnéale du 3<sup>ème</sup> ou du 4<sup>ème</sup> degré et les antécédents de chirurgie proctologique. Cependant, il n'existe pas actuellement de données de type evidence based medicine dans la littérature permettant de standardiser la conduite à tenir. Finalement, la décision de Césariser ou non une patiente est parfois difficile à prendre, et ce même après concertation du proctologue et de l'obstétricien et repose peut être aussi sur les souhaits de la patiente qui doit être informée des avantages et des inconvénients de chaque attitude thérapeutique.

### TRAITEMENT CURATIF

La rééducation périnéale est systématiquement indiquée en cas d'incontinence anale du post-partum : biofeed-back éventuellement associé à une électrostimulation à partir de la 6<sup>ème</sup> semaine (20 séances environ). Elle doit toujours être effectuée avant le début de la musculation abdominale. 50 à 80% des patientes se disent améliorées par la rééducation, mais ces méthodes n'ont pas été évaluées de façon prospective. En cas de déchirure périnéale de stade 3 ou 4 une réparation immédiate est indiquée. En cas de rupture occulte une réparation chirurgicale peut être indiquée si les autres méthodes de traitement ont échoué, après le 6<sup>ème</sup> mois. La réparation sphinctérienne a de bons résultats à court terme dans environ 2/3 des cas<sup>29</sup>, mais ces résultats se détériorent avec le temps<sup>29</sup>.

### CONCLUSION

L'incontinence anale doit être dépistée dans la période du post-partum. Cette incontinence peut être transitoire mais les dégâts obstétricaux contribuent à de nombreux cas d'incontinence anale se révélant après la ménopause. Il importe donc d'essayer de prévenir ce type de complication et de prendre en charge les patientes en dépistant leurs difficultés qui sont souvent passées sous silence.

### Références

- [1.] E.T. Reilly, R.M. Freeman, M.R. Waterfield, A.E. Waterfield, P. Steggle, F. Pedlar. Prevention of post-partum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. *Br J Obstet Gynaecol* 2002;109(1):68-76.
- [2.] S. Morkved, K. Bo, B. Schei, K.A. Salvensen. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003 ; 101(2) : 313-9.
- [3.] X. Deffieux, Incontinence urinaire et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 38 (2009), pp. S208–S227.
- [4.] P. Denis, E. Bercoff, M. F. Bizien, P. Brocker, P. Chassagne, H. Lamouliatte, A. M. Leroi, M. Perrigot and J. Weber. [Prevalence of anal incontinence in adults]. *Gastroenterol Clin Biol* 1992;16:344-50.
- [5.] C. MacArthur, D. E. Bick and M. R. Keighley. Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:46-50.
- [6.] M. Fynes, V. Donnelly, M. Behan, P. R. O'Connell and C. O'Herlihy. Effect of second vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence: a prospective study. *Lancet* 1999;354:983-6.
- [7.] A. H. Sultan, M. A. Kamm, C. N. Hudson and C. I. Bartram. Effect of pregnancy on anal sphincter morphology and function. *Int J Colorectal Dis* 1993;8:206-9.
- [8.] J. P. Zetterstrom, A. Lopez, B. Anzen, A. Dolk, M. Norman and A. Mellgren. Anal incontinence after vaginal delivery: a prospective study in primiparous women. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:324-30.
- [9.] L. Abramowitz, I. Sobhani, R. Ganansia, A. Vuagnat, J. L. Benifla, E. Darai, P. Madelenat and M. Mignon. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2000;43:590-6; discussion 96-8.
- [10.] A. Mellgren, L. L. Jensen, J. P. Zetterstrom, W. D. Wong, J. H. Hofmeister and A. C. Lowry. Long-term cost of fecal incontinence secondary to obstetric injuries. *Dis Colon Rectum* 1999;42:857-65; discussion 65-7.
- [11.] E. Samuelsson, L. Ladfors, U. B. Wennerholm, B. Gareberg, K. Nyberg and H. Hagberg. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *Bjog* 2000;107:926-31.
- [12.] J. Zetterstrom, A. Lopez, B. Anzen, M. Norman, B. Holmstrom and A. Mellgren. Anal sphincter tears at vaginal delivery: risk factors and clinical outcome of primary repair. *Obstet Gynecol* 1999;94:21-8.
- [13.] A. H. Sultan, M. A. Kamm, C. N. Hudson and C. I. Bartram. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *Bmj* 1994;308:887-91.
- [14.] J. Wood, L. Amos and N. Rieger. Third degree anal sphincter tears: risk factors and outcome. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1998;38:414-7.
- [15.] A. C. Poen, R. J. Felt-Bersma, R. L. Strijers, G. A. Dekker, M. A. Cuesta and S. G. Meuwissen. Third-degree obstetric perineal tear: long-term clinical and functional results after primary repair. *Br J Surg* 1998;85:1433-8.
- [16.] A. Frudinger, S. Halligan, C. I. Bartram, J. A. Spencer and M. A. Kamm. Changes in anal anatomy following vaginal delivery revealed by anal endosonography. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:233-7.
- [17.] N. M. deSouza, A. S. Hall, R. Puni, D. J. Gilderdale, I. R. Young and W. A. Kmio. High resolution magnetic resonance imaging of the anal sphincter using a dedicated endoanal coil. Comparison of magnetic resonance imaging with surgical findings. *Dis Colon Rectum* 1996;39:926-34.
- [18.] C. Chaliha, A. H. Sultan, J. M. Bland, A. K. Monga and S. L. Stanton. Anal function: effect of pregnancy and delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:427-32.
- [19.] D. L. Faltin, M. Boulvain, O. Irlon, S. Bretones, C. Stan and A. Weil. Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence. *Obstet Gynecol* 2000;95:643-7.
- [20.] T. Tetzschner, M. Sorensen, G. Lose and J. Christiansen. Pudendal nerve function during pregnancy and after delivery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997;8:66-8.
- [21.] A. H. Sultan, M. A. Kamm, C. N. Hudson, J. M. Thomas and C. I. Bartram. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329:1905-11.
- [22.] T. Tetzschner, M. Sorensen, O. O. Rasmussen, G. Lose and J. Christiansen. Pudendal nerve damage increases the risk of fecal incontinence in women with anal sphincter rupture after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995;74:434-40.
- [23.] R. E. Allen, G. L. Hosker, A. R. Smith and D. W. Warrell. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:770-9.
- [24.] S. J. Snooks, M. Swash, M. M. Henry and M. Setchell. Risk factors in childbirth causing damage to the pelvic floor innervation. *Int J Colorectal Dis* 1986;1:20-4.
- [25.] T. Sato, F. Konishi, H. Minakami, N. Nakatsubo, K. Kanazawa, I. Sato, K. Itoh and H. Nagai. Pelvic floor disturbance after childbirth: vaginal delivery damages the upper levels of sphincter innervation. *Dis Colon Rectum* 2001;44:1155-61.
- [26.] M. Fynes, V. S. Donnelly, P. R. O'Connell and C. O'Herlihy. Cesarean delivery and anal sphincter injury. *Obstet Gynecol* 1998;92:496-500.
- [27.] J. F. Johanson and J. Lafferty. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. *Am J Gastroenterol* 1996;91:33-6.
- [28.] A. F. Engel, M. A. Kamm, A. H. Sultan, C. I. Bartram and R. J. Nicholls. Anterior anal sphincter repair in patients with obstetric trauma. *Br J Surg* 1994;81:1231-4.
- [29.] A. J. Malouf, C. S. Norton, A. F. Engel, R. J. Nicholls and M. A. Kamm. Long-term results of overlapping anterior anal-sphincter repair for obstetric trauma. *Lancet* 2000;355:260-5.



Collège National des Sages-Femmes  
www.cnsf.asso.fr

## 7 et 8 février 2011 - PARIS - PACI

Palais des Arts et des Congrès d'Issy-les-Moulineaux  
25, avenue Victor Cresson - 92130 ISSY-LES-MOULINEAUX

### A V A N T - P R O G R A M M E

LUNDI 7 FÉVRIER		MARDI 8 FÉVRIER	
8h30	Accueil	9h00	RPC : DIABÈTE GESTATIONNEL CNGOF : <b>Christophe VAYSSIERE</b> (Toulouse) CNSF : <b>Gisèle CRIBALLET</b> (Montpellier)
9h00	OUVERTURE DE LA JOURNÉE ET BILAN DE 10 ANS DE PRÉSIDENTE DU CNSF <b>Frédérique TEURNIER</b> (Présidente du CNSF Paris)	9h30	ÉCOLOGIE DE LA GROSSESSE • nutrition et grossesse <b>Rachel LEVY</b> (Paris) • environnement et grossesse <b>Florence EUSTACHE</b> (Paris) • hydratation : de la grossesse à l'allaitement <b>Ivan TACK</b> (Toulouse)
9h30	• Le métier de sage-femme ou l'épreuve d'une reconnaissance <b>Béatrice JACQUES</b> (Bordeaux) • La sage femme et l'Europe <b>Joeri VERMEULEN</b> (Bruxelles)	11h00	Pause et visite des stands
10h30	Pause et visite des stands	11h30	PRÉCARITÉ ET PÉRINATALITÉ • Précarité en périnatalité : de quoi parle-t-on ? <b>Michel BERTHIER</b> (Poitiers) • Quels droits sociaux et quels dispositifs pour les femmes et les nouveau-nés en situation de précarité ? <b>Laure BRIEND</b> , Sage-femme coordinatrice <b>Anne RENAERD</b> , assistante sociale coordinatrice (Réseau Solipam - Paris) • En pratique : 2 exemples de prises en charge - Pour la sage-femme en consultation à Angers : <b>Sylvie BOUDIER</b> (Angers) - dans un service d'obstétrique, par le binôme sage-femme/assistante sociale à Amiens : <b>Marie-Chantal BLANCHARD</b> , <b>Maité BOISTEL</b> (Amiens)
11h00	ACTUALITÉS SUR LA CÉSARIENNE • La césarienne en 2010 : excès ou prudence ? <b>Léon BOUBLI</b> (Marseille) • Optimisation de la procédure de césarienne en extrême urgence par un protocole adapté <b>Elise PAUCHARD</b> (Lyon) • Dialogue bactéries - hôte : L'effet du mode d'accouchement sur la colonisation intestinale - conséquences immunitaires à vie ? <b>Hugues PILOQUET</b> (Nantes)	13h00	Déjeuner libre
12h30	Déjeuner libre	14h30	ASSOCIATION DES SAGES-FEMMES TABACOLOGUES • Grossesse enfumée : poids contrôlés <b>Claude PELLE</b> (Grenoble) • Sages-femmes : s'occuper du tabagisme féminin <b>Edwige DAUTZENBERG</b> (Versailles) • L'entretien motivationnel <b>Conchita GOMEZ</b> (Arras)
14h00	SE PRÉPARER POUR APPRIVOISER LA DOULEUR • Haptonomie <b>Catherine DOLTO</b> (Paris) • Sophrologie <b>Elisabeth RAOUL</b> (Paris) • Préparation du couple à la naissance avec la méthode Bonapace : résultats d'une recherche scientifique portant sur la douleur obstétricale. <b>Julie BONAPACE</b> (Québec) • Hypnose <b>Laurence KUPERWASER</b> (Lille)	16h00	Pause et visite des stands
15h30	Pause et visite des stands	16h30	ACTUALITÉS • En rééducation : y a-t-il des nouvelles techniques ? <b>Chantal FABRE-CLERGUE</b> (Marseille) • Les mutilations sexuelles <b>Emmanuelle PIET</b> (Bondy)
16h00	EXPÉRIENCES D'AILLEURS • L'interprétation du rythme cardiaque chez le fœtus d'origine noire africaine au cours du travail <b>Awa SARR</b> (Rouen) • "Haïti : du désastre humanitaire à la renaissance d'un système de santé périnatal" <b>Adeline DELARUE</b> , <b>Jean-Baptiste HUGUET</b> (Gynécologie sans Frontières) • Expérience d'une maison de naissance en Belgique <b>Bénédict de THYSEBAERT</b> (Namur)	17h30	Fin de la journée
17h30	Fin de la journée		

### 7 - 8 février 2011 - ATELIERS

POSITIONS D'ACCOUCHEMENT - SUITES DE COUCHES IMMÉDIATES - POSE DE STÉRILET - ECHOGRAPHIE  
LA CONSULTATION PRÉNATALE - LA CONSULTATION DE GYNÉCOLOGIE

#### Renseignements et inscriptions : C.E.R.C.

7, rue du Capitaine Dreyfus - 95130 FRANCONVILLE - Tél. : 01 34 15 56 75 - Fax : 01 34 13 59 76 - www.cerc-congres.com  
Droit d'inscription 190 € - Droit d'inscription membre du Collège 120 € - N° de formation continue 11940627094



# IV - Stimulation de l'expir en rééducation abdomino-périnéale

Brigitte BOUDET, Sage-femme

## Introduction

L'entité musculaire fonctionnelle pelvi-périnéale est totalement dépendante de la musculature abdominale. Longtemps décriés, les abdominaux retrouvent enfin leurs lettres de noblesses, leur fonction étant de créer le souffle encore appelé « expir ».

## Anatomie fonctionnelle

La musculature abdominale représente la musculature la plus importante du corps en superficie et en fonction. Contrairement à l'action des autres muscles dont la contraction provoque un mouvement orthopédique et une prise de volume, les abdominaux sont en rapport avec des enceintes thoracique, abdominale et pelvienne qu'ils transforment. La transformation est dénommée : transmission de pression, cette pression pouvant s'exercer vers le haut (toux, éternuement, vomissement...) ou vers le bas (défécation, expulsion). Les études de modélisation confirment que la musculature abdominale répond à la théorie des forces pressantes dans des enceintes dont le contenu est déformable et le contenant flexible et compressible, la bonne transmission des pressions vers le haut lors des efforts garantissant la protection du système périnéo-sphinctérien.

## Pathologie abdomino-périnéale

Dans le contexte gynéco-obstétrical, deux musculatures sont particulièrement sollicitées : la sangle abdominale et le périnée.

Lors de la grossesse, la musculature abdominale subit une distension, voire une sidération, qui altère son comportement. On estime que c'est à partir de 6 mois de grossesse que la musculature inverse sa commande et passe de bon comportement (bonne transmission des pressions vers le haut à la toux par exemple) à mauvais comportement (poussée vers le bas lors de la toux, sollicitant de façon néfaste le périnée). En fin de grossesse, la surcharge pondérale physiologique reste une contrainte pour le périnée. La césarienne altère également la sangle abdominale.

Lors de l'accouchement, le franchissement de la barrière périnéo-vaginale par le bébé est source de perturbations neuro-musculaires qui méritent une prise en charge rééducative.

La grossesse et l'accouchement sont donc créateurs du symptôme d'inversion de commande abdominale, principal responsable des asynchronismes menant aux pathologies d'incontinences (urinaires et fécales), de troubles dyspareuniques et pudendaux et de prolapsus.

## Evaluations de la compétence abdominale

Il est nécessaire en première intention de tester l'abdomen, véritable responsable du respect de l'intégrité fonctionnelle du synchronisme abdomino-périnéal.

Le test abdominal (fig. 1) à effectuer par les cliniciens reste le test manuel. La réalité de l'existence d'une poussée de l'abdomen sur la main de l'examineur au cours d'un effort de toux volontaire confirme la présence d'une incompétence abdominale.

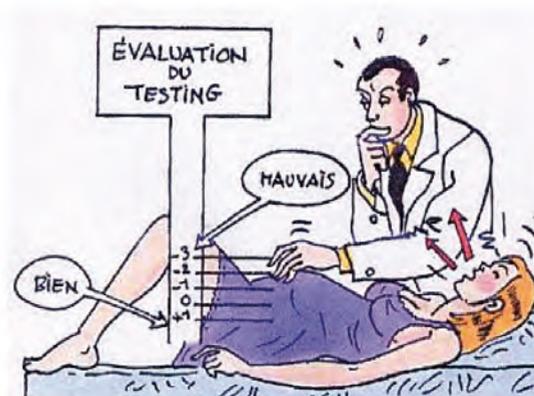


Fig.1 : Test manuel abdominal

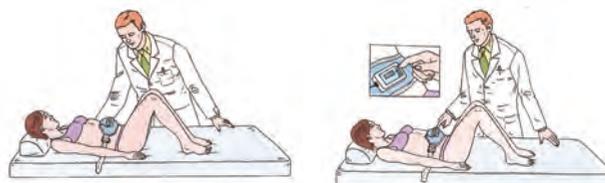
Pour les thérapeutes, il existe deux tests :

### LE TEST MANOMÉTRIQUE ABDOMINAL

C'est le test d'évaluation incontestable qui donne la valeur pressionnelle et sa direction, lors d'un effort de toux (fig. 2). La valeur positive confirme l'existence d'une inversion de commande abdominale, la valeur pressionnelle confirmant pour sa part la responsabilité des abdominaux dans les dysfonctionnements décrits lors de l'interrogatoire.



Fig.2 : Test manométrique abdominal





**LE TEST SPIROMÉTRIQUE EXPIRATOIRE**

C'est l'appréciation de la capacité de la musculature abdominale à expulser, sans prise d'air préalable, le volume de réserve expiratoire contenu dans le thorax (fig. 3). On obtient réellement la valeur chiffrée d'une pathologie musculaire respiratoire, l'abdomen étant reconnu le moteur du souffle.

**TESTING RESPIRATOIRE**

Test d'appréciation de la valeur expiratoire de l'abdomen



Fig.3 : Test spirométrique expiratoire

Quelle que soit la valeur de la musculature périnéale, quelle que soit sa qualité, hypotonique, hypertonique, dénervée, il importe d'orienter la rééducation vers la récupération de la compétence abdominale en premier lieu avant de s'intéresser ensuite à la récupération du périnée puis à sa réintégration dans le schéma fonctionnel abdomino-périnéal.

**Orientation thérapeutique**

Trois grands objectifs doivent guider le traitement :

**1. RÉCUPÉRER LA SANGLE ABDOMINALE PAR LE SOUFFLE EN UTILISANT DES EMBOUTS D'EXSUFFLATION ADAPTÉS À CHAQUE MORPHOLOGIE RESPIRATOIRE (FIG. 4):**



Fig.4 : Embouts d'exsufflation

**2. EVEILLER ET TONIFIER LA SANGLE ABDOMINALE (FIG. 5) GRÂCE À UNE STIMULATION PROPRIOCEPTIVE DÉCLENCHÉE PAR LE SOUFFLE (CONCEPT ABDO-MG®)**

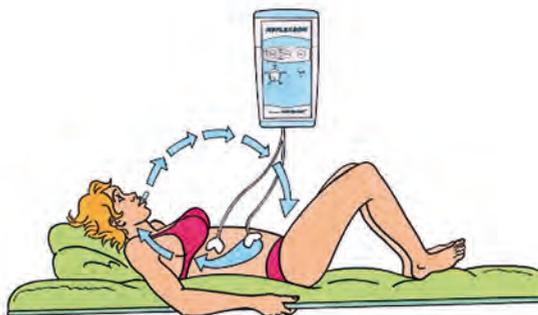


Fig.5 : Concept de rééducation

Le souffle dans l'embout d'exsufflation déclenche et maintient la stimulation abdominale. Deux positions sont proposées (allongée et assise en position haute) avec un protocole bien déterminé (1/4 d'heure par jour).

**3. EVEILLER ET TONIFIER LA MUSCULATURE PÉRINÉO-SPHINCTÉRIENNE ET LA RÉINTÉGRER DANS LES BONS RÉFLEXES DE PROTECTION ABDOMINO-PÉRINÉAUX EXPIRATOIRES (CONCEPT PERINEO-MG®)**

Si la rééducation périnéale dite « spécifique » peut s'effectuer de différentes manières (manuelle ou instrumentale), il apparaît opportun de choisir maintenant des techniques qui associent trois orientations d'avenir :

- Intégrer le souffle régulé lors de toute démarche rééducative périnéale ;
- Respecter l'individu en évitant la pratique de rééducation invasive ;
- Permettre à tout patient de pouvoir participer à son traitement en utilisant une stimulation à domicile à moyen et long terme.

La stimulation périnéo-respiratoire complémentaire à domicile des séances effectuées en cabinet existe sous la forme d'une électrode cutanée (fig.6) positionnée sur le centre tendineux du périnée (fig.7). L'association de cette stimulation proprioceptive cutanéopérinéale avec le souffle régulé représente véritablement la thérapie d'avenir en rééducation périnéo-sphinctérienne.



## LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE



Fig.6 : Électrodes périnéales URO-MG®



Fig.7 : Positionnement des électrodes

## Applications thérapeutiques

### 1. LE PRÉPARTUM

Intégré aux séances de Préparation à la Naissance, l'entretien « physique » de la sangle abdominale commence au cours du 5<sup>ème</sup> mois ou du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse. Les embouts utilisés de préférence sont les embouts de détente, de relaxation ou de libération. Cette prise en charge de l'abdomen par le souffle garantit la protection du bébé et du périnée tout en évaluant les intérêts d'utilisation des embouts pour chaque phase de l'accouchement.

### 2. LE PERPARTUM

Pendant la phase de dilatation et au cours des contractions soutenues, le choix de l'embout de relaxation ou de libération est effectué par la patiente elle-même. Le souffle effectué dans un embout après une inspiration garantit une aide efficace à la contraction utérine et à l'ouverture du col.

Pendant la phase d'expulsion, la future maman, après une grande inspiration, souffle dans l'embout d'expulsion (violet) tout le temps des contractions. Les poussées sont rendues plus efficaces (temps d'expulsion plus court avec meilleure participation des parturientes) et moins dévastatrices pour les organes voisins et les structures pariétales et périnéo-sphinctériennes.

### 3. LE POSTPARTUM

L'entretien de la compétence de la sangle abdominale en prépartum permet d'interpréter tout l'intérêt d'une reprise immédiate de la rééducation abdomino-expiratoire puisqu'il s'agit toujours de protéger le périnée et les organes. L'apport de la stimulation abdominale puis périnéale, effectuée en cabinet et à domicile quotidiennement, représente une opportunité inégalable en rééducation fonctionnelle

### 4. L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT (IUE), L'INCONTINENCE DE GAZ, LES PROLAPSUS

C'est le traitement de choix de ces pathologie dans lesquelles l'abdomen est reconnu le responsable du défaut de transmission des pressions et le provocateur du périnée et des organes.

### 5. L'INCONTINENCE URINAIRE PAR URGENTURIE (IUU)

Le choix de la position assise haut lors de la pratique du concept

Retrouvez tous nos produits sur [www.veafrance.com](http://www.veafrance.com)



VEA est une gamme sans colorant, sans parfum et sans conservateur spécialement conçue pour toute la famille, et particulièrement recommandée pour la maman et le nourrisson.

Comestible



Action préventive et curative sur les gerçures et crevasses du mamelon pendant l'allaitement



Prévention de la vergeture dès le début de la grossesse, Idéal pour le massage des bébés



Protège et assèche les prurits, brûlures ou sècheresses vulvaires, A utiliser pour la rééducation périnéale



ABDO-PERINEO-MG® répond au désir de mettre en œuvre le réflexe d'inhibition de la vessie par l'obtention d'une contraction périnéale (Réflexe « dynamique » périnéo-détrusorien inhibiteur)

#### 6. LA CONSTIPATION

Que la constipation soit d'origine colique (par paresse intestinale ou déficience musculaire) ou d'origine terminale, la récupération du synchronisme abdomino-périnéal explique l'implication positive de l'association : stimulation abdomino-périnéale et souffle.

#### 7. LA LOMBALGIE

La souffrance lombaire est souvent exprimée par les pré- ou post-parturientes. Si le traitement proposé est souvent le repos, le soutien ou le massage, il est important de se souvenir que la sangle abdominale représente la musculature de protection des organes, du périnée et du rachis lombaire. La pratique rééducative abdomino-expiratoire par stimulation répond parfaitement à cette plainte commune.

## Conclusion

La profession de Sage Femme a évolué depuis cette dernière décennie et certaines pathologies ne semblaient pas être du domaine de nos compétences.

La recherche constante d'améliorer nos prises en charge gynéco-obstétriques et en rééducation fonctionnelle a permis de découvrir cette opportunité thérapeutique que représente, pour nous, le concept ABDO-PERINEO-MG®.

Fondée sur l'expir, terminologie « inventée » par la Sage Femme, cet

te méthode offre des possibilités insoupçonnables il y a seulement quelques années et répond à certaines de nos interrogations : Que proposer à nos jeunes patientes comme rééducation « physique » pendant la grossesse ? Comment les aider pendant la dilatation ? Quelle est la meilleure manière de pousser sur l'expir sans abîmer les structures fragiles vagino-périnéo-sphinctériennes ? Comment récupérer au mieux un confort morphologique et fonctionnel après accouchement ?

Une solution existe. Mais elle nécessite l'envie de faire : « bien naître ».

#### Bibliographie :

- ANAES - *Recommandations pour la pratique clinique. La rééducation dans le cadre du post partum*, 2002  
 CALAIS-GERMAIN B.- *Anatomie par le mouvement*, Ed desiris, 1991  
 DE GASQUET B.- *Bien être et maternité*, Ed Implex, Paris, 1997  
 GODBUT M., TU L.M., WATIER A., BLACK R.- *Evaluation de la technique de rééducation Méthode Globale « ABDO-MG » dans le traitement de l'incontinence urinaire*, Progrès en Urologie (2005), 15, 756-761  
 GUILLARME L.- *Intérêt d'une rééducation abdominale spécifique dans les dysfonctionnements abdomino-pelviens et périnéaux secondaires à la grossesse et à la chirurgie abdominale*, thèse universitaire (D.U.), Université Jean Monnet, Saint-Etienne, 1991-1992  
 GUILLARME L. - Rééducation thoraco-abdomino-pelvienne par le concept ABDO-MG® - *La renaissance abdominale par le souffle*, Edition FRISON-ROCHE, Paris 2004  
 GUILLARME L., DELORME E., TRACKOEN G., PASQUALE J., MEGE J.L. - Study on the role of abdominal re-education (ABDO-MG® Concept) in the treatment of bladder instability (with or without incontinence) and of mixed urinary incontinence in women, Congrès de Barcelone, 2003  
 VALANCOGNE G., CAUFRIEZ M., DE GASQUET B., GUILLARME L., DUMONT P.- *Rééducation périnéologique et pressions dans l'enceinte manométrique abdominale*, Abstract, Congrès de la SIFUD, 2001

#### Caractéristiques techniques et innovantes du produit :

Gyn & Cube est un pessaire en silicone, sans latex, de forme pyramidale de 28 x 38 mm, donc deux tailles en un, ce qui permet d'adapter sa pose à l'anatomie de la patiente et de faciliter son introduction et son retrait, d'autant plus aisé que le cordon, moulé dans le pessaire a été renforcé et recouvert de silicone.

En pratique, le thérapeute devra prodiguer les conseils d'hygiène, préconiser à la patiente de ne le porter que quelques heures par jour au début puis progressivement toute la journée, après l'avoir lubrifié au préalable.

Le pessaire est changé tous les 2 à 3 ans selon sa fréquence d'utilisation, laquelle est fonction des activités de la patiente (port de charges, sport, etc.). Il est également important d'informer la patiente que la mise en place du pessaire peut parfois décompenser une incontinence sans effort, en modifiant la position de l'urètre.

Dans l'ensemble, Gyn & Cube est bien toléré, avec quelques irritations parfois, cependant moins fréquentes qu'avec les pessaires classiques.

Les indications de Gyn & Cube sont plus larges que celles des pessaires classiques : traitement des prolapsus (vessie, utérus, rectum) et des colpopécies car il adhère sur une grande surface et tient en place même en cas d'insuffisance des structures du plancher pelvien, contrairement aux pessaires en anneaux.

Ces indications élargies tiennent au mode d'action de Gyn & Cube: chacune des faces du pessaire comporte un creux de forme concave, perforé de trous, ce qui réalise un effet ventouse dans le vagin, empêchant la mobilité du dispositif et stabilisant les viscères attenants.

Le système ventouse provoque un rétrécissement latéral du vagin ainsi que de son fondement. Il s'ensuit une stimulation du périnée profond, limitant les effets de la pesanteur et des hyperpressions générées par les activités de la patiente.

#### Plusieurs indications sont reconnues pour les pessaires :

- Chez les femmes jeunes sexuellement actives ayant un prolapsus débutant de grade variable, qui ne ressort pas des indications chirurgicales.
- En post-partum, les femmes à risque de prolapsus ou d'aggravation d'un prolapsus débutant.
- Chez les sportives incontinentes.
- Chez les patientes qui présentent une toux chronique ou occasionnelle.
- Chez les femmes plus âgées, ne souhaitant pas ou ne pouvant pas être opérées.
- Chez les femmes en attente de chirurgie.

Dans toutes ces indications, le dispositif Gyn & Cube permet d'améliorer le confort de vie.

Ordonnancier disponible sur demande.  
[www.pessaire.com](http://www.pessaire.com)

# Pessaire gyn&cube



#### 4 avantages :

- Cordon renforcé
- Forme pyramidale facilitant la mise en place et le retrait
- Deux tailles en un
- Silicone sans latex



à l'unité sous la réf. : 53.083  
 Code ACL 9538623

Référence	53.083
Taille	3
Diam. sup.	28 mm
Diam. inf	38 mm
Code ACL	9538623
Code LPP	1196264



# V- La Gymnastique Abdominale Hypopressive<sup>®</sup>, sa place dans la rééducation abdomino-périnéale

Chantal FABRE-CLERGUE, Sage-femme, sexologue Marseille - Alain Marzolf, MK, Montpellier

## Historique

Le Dr. Marcel Caufriez a créé les techniques hypopressives il y a 30 ans sous l'intitulé «Aspiration diaphragmatique». Le cours de gymnastique hypopressive fut enseigné aux professionnels pour la première fois en 1990.

**Le but initial** était de faire pratiquer en auto rééducation une gymnastique abdominale qui soit bénéfique pour la sangle abdominale sans effets négatifs sur le plancher pelvien.

La gymnastique abdominale hypopressive est donc une gymnastique posturale globale, respiratoire, rythmée, qui génère une diminution de la pression intra-abdominale avec activation synergique des muscles de la sangle abdominale et du périnée.

Son apprentissage se fait en petit groupe ou individuellement. A long terme, son application journalière conduit à une augmentation du tonus de la sangle abdominale et du plancher pelvien. On observe une meilleure gestion des pressions abdomino pelviennes réduisant de façon significative les risques de pertes urinaires chez la femme avec amélioration de sa posture globale.

## Ses indications préventives et curatives interviennent dans plusieurs domaines

- **Post partum** : augmentation du tonus de la sangle abdominale et du plancher pelvien, normalisation de la posture, prévention des ptoses d'organes.
- **Uro-gynécologie** : incontinence, constipation, amélioration des mécanismes défécatoires, obstétricaux, sexuels.
- **Postural** : normalisation de la posture, rééquilibration globale des tensions musculo-conjonctives, verrouillage statique de la colonne lombo-sacrée.
- **Circulatoire** : diminution de la congestion du petit bassin, amélioration du retour veineux au niveau des membres inférieurs
- **Respiratoire** : augmentation des paramètres respiratoires (peak flow)
- **Anti - stress**

**En résumé**, c'est une gymnastique posturale qui prévient la symptomatologie hyperpressive abdomino pelvienne couvrant ainsi de multiples domaines : post-partum, ptoses viscérales, hernies, congestions pelviennes, ...

### Bibliographie :

Marcel CAUFRIEZ, abdominaux et périnée : mythes et réalité N.C. 2010

## Transit paresseux ?

Pensez au petit « coup de pouce » des probiotiques NUTERGIA

### ERGYPHILUS<sup>®</sup> Confort

Flore probiotique revivifiable

- Améliore le transit ralenti.
- Aide à renforcer la flore intestinale.
- Apporte une aide en cas d'inconforts intestinaux.

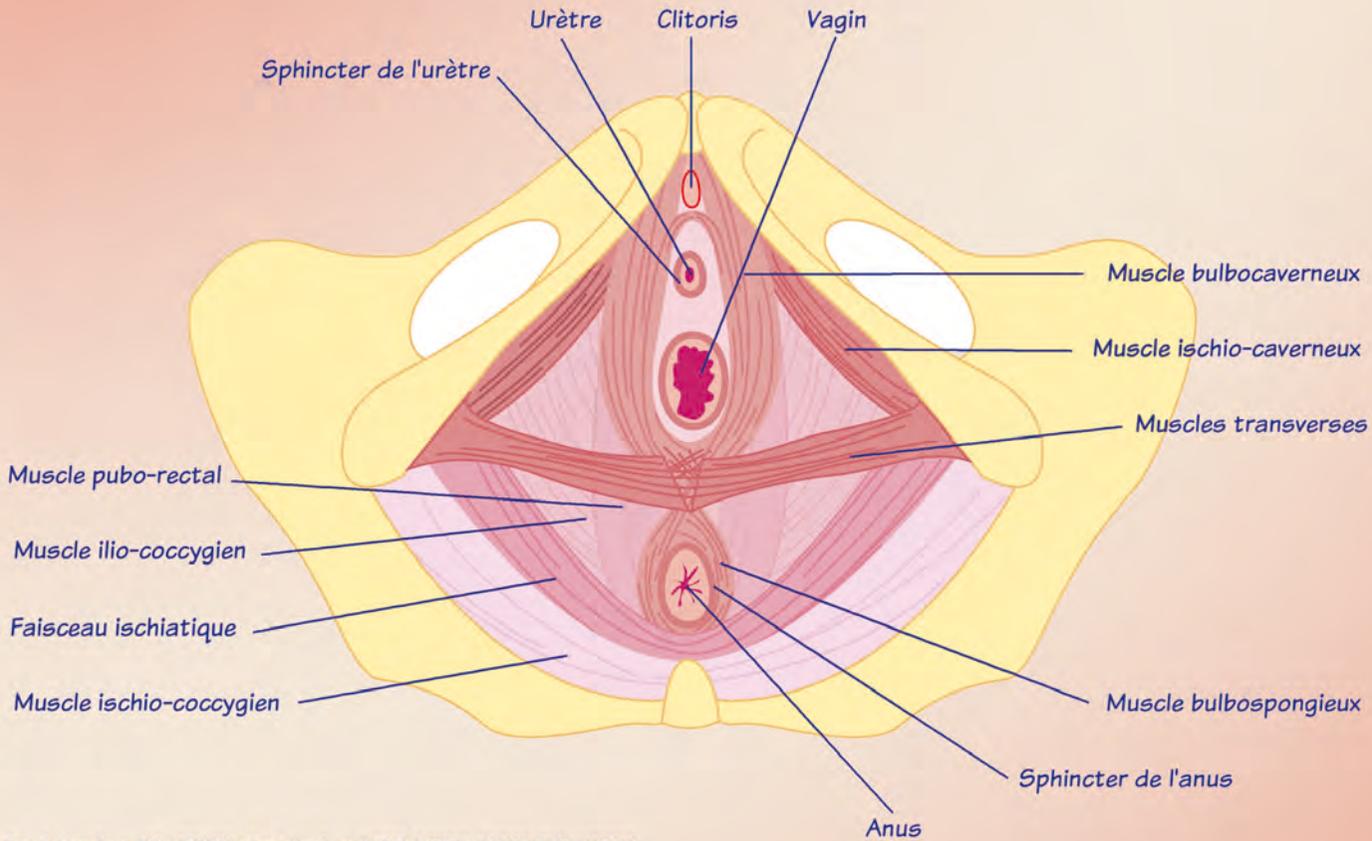
2 à 4 gélules par jour, à prendre de préférence le matin à jeun.

*Lactobacillus rhamnosus GG  
Bifidobacterium longum  
L. acidophilus  
B. bifidum*

6 milliards de germes par gélule



# Le Périnée



© les Baleines Bleues 2010 - PERINEOS - Conception Chantal FABRE-CLERGUE - REPRODUCTION INTERDITE

# Nos organes

## Sexuels

Informations et Conseils

1

### le cerveau



2

### la vulve



3

### la femme



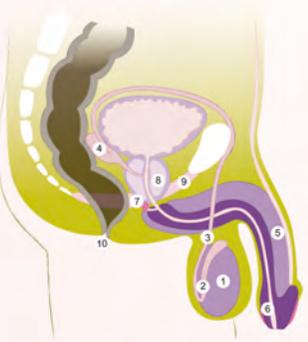
4

### les organes érectiles



5

### l'homme



6

### le pénis



# Testez vos Connaissances

## La miction

## Questions - Réponses



- 1 Combien de mictions avez vous par jour ?
- 2 Combien de mictions avez vous par nuit ?
- 3 Retenez vous souvent une envie d'uriner ?
- 4 Faites vous systématiquement pipi avant de sortir ?

5 Pratiquez vous souvent le « stop-pipi » pour vérifier votre bonne tonicité périnéale ?

## La défécation



- 1 Avez vous un tempérament à être constipée ?
- 2 Combien de fois allez-vous à la selle par semaine ?
- 3 Devez-vous pousser pour amorcer la défécation ?
- 4 Pensez vous qu'avoir une activité sportive régulière peut corriger les problèmes de constipation ?
- 5 Etes vous obligée de prendre des laxatifs de façon régulière ?



[www.lesbalneairesbleues.com](http://www.lesbalneairesbleues.com)

Ce tableau est donné à titre d'exemple, à vous de l'améliorer en fonction de vos besoins et de vos patientes



		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
MICTION	Matin							
	Après-midi							
	Nuit							
	Total journée							
PH (Moyenne journée)								
SELLES	Matin							
	Après-midi							
GAZ	Matin							
	Après-midi							
	Soir							
QUANTITE LIQUIDE BUE (Quelles boissons ?)	Matin							
	Après-midi							
	Soir							
	Total journée							



# VI- Connaissance & Maîtrise du Périnée

Corinne Roques, Sage-Femme Libérale (30), Formatrice CMP  
à l'Institut Naissance & Formations

## Définition et buts

La CMP -Connaissance & Maîtrise du Périnée- est une méthode de rééducation éducative créée dans les années 90 par **Dominique Trinh Dinh**, Sage-Femme (1950-2007).

Le terme « Connaissance du Périnée » a été choisi pour désigner la première partie de cette méthode de rééducation qui vise à développer un **travail moteur** des muscles périnéaux et de fait, une **perception sensitive** de toutes les zones vaginales travaillées.

Ce travail moteur ciblé sur chaque muscle est possible grâce aux visualisations proposées. Des images vont donc être utilisées pour travailler sélectivement les muscles :

- de l'espace périnéal superficiel : les muscles bulbo-spongieux, les muscles ischio-caverneux
- du sphincter de l'urètre
- du diaphragme pelvien présentés et travaillés en 3 « hamacs » distincts :
  - muscles pubo-coccygien, pubo-rectal, pubo-vaginal
  - muscles ilio-coccygien et muscles obturateur interne
  - faisceaux ischiatiques et muscles ischio-coccygien
- de la zone ano-rectale
- des parois rectales et vaginales (tunique musculaire lisse).

Le but de cette phase de connaissance du périnée est d'amener certes la patiente à une tonification musculaire, mais elle a aussi pour but d'amener la femme à sentir à la fois les pressions sur son périnée lors des efforts et le mouvement inverse de remontée d'organe avec l'exercice de remontée de vessie par exemple.

C'est une étape importante de la démarche CMP dans la mesure où le thérapeute pourra dès lors guider la patiente en « phase de maîtrise ».

Il lui est alors demandé de repérer et de noter précisément les moments lors de ses efforts où elle sent une pression, une poussée sur son périnée afin qu'elle puisse progressivement **remplacer toutes ses poussées par des remontées**.

Deux exercices-outils lui sont enseignés à utiliser selon le type d'efforts rencontrés :

- dans le cas d'efforts externes : courir, sauter, danser, porter, faire le ménage..., c'est **une remontée de vessie** rapide que l'on propose.
- dans le cas d'efforts internes : tousser, éternuer, se moucher, crier, parler fort, chanter..., **une remontée brusque, plus globale, concernant toutes les parois vaginales** est demandée.

Il est essentiel de continuer à soutenir la patiente, la « coacher » de façon très active afin qu'elle poursuive ce travail éducatif de repérage et d'intégration des outils jusqu'à l'automatisme.

La phase de maîtrise du périnée permet aussi de traiter ou de modérer les pathologies découlant des Pressions Thoraco-Abdominales à l'Effort (PTAE) pathologiques :

- les incontinences à l'effort
- les pesanteurs
- les colpocèles et prolapsus

## Comment amener la patiente à se rééduquer en CMP ?

### LE TRAVAIL PERSONNEL :

La patiente devra bien sûr réaliser un travail personnel régulier et quotidien. Les exercices étudiés sont donc prescrits à faire 4 fois par jour (couchée, debout, assise, accroupie) par série de 3 ou 5 exercices. Ils sont toujours effectués sur une expiration avec, comme support, la visualisation correspondante à la zone travaillée.

### LA VISUALISATION :

Celle-ci est un outil indispensable à la réalisation d'un travail moteur ciblé. En effet, lorsque l'on demande à une patiente de serrer volontairement le périnée, ce sont essentiellement les muscles pubo-rectal, pubo-vaginal et pubo-coccygien qui se contractent. Les autres muscles du diaphragme pelvien sont très rarement recrutés en même temps, de même que ceux du sphincter de l'urètre ou de l'espace périnéal superficiel.

Les visualisations permettent donc de **faire travailler un muscle et un seul**. Pour cela, il est important que la patiente ne fasse que visualiser les images proposées sans chercher à contracter et à sentir volontairement.

Le thérapeute aidera la patiente à visualiser efficacement en respectant 2 points importants :

- Proposer d'abord une présentation anatomique du bassin et de ses repères osseux, des muscles du « périnée superficiel », du sphincter de l'urètre ainsi que ceux du « périnée profond » pour reprendre les termes utilisés avec les patientes.
- Présenter les visualisations d'une façon précise : Elles ont été pensées afin de convenir aussi bien aux femmes ayant une compréhension visuelle qu'auditive : la visualisation utilise la parole mais s'accompagne également d'une gestuelle. La voix est modulée d'une façon particulière afin d'induire la visualisation

### LA DÉMARCHÉ MÉDICALE :

Cet aspect de la CMP ne doit pas faire oublier que nous devons avoir une démarche médicale rigoureuse.

Nous réalisons donc un **diagnostic approfondi** avec :

- un questionnaire médical : recueil de l'anamnèse et des symptômes Nous préférons parler de questionnaire et non pas d'interrogatoire. En effet, nous proposons des questions ouvertes grâce auxquelles la patiente pourra non seulement parler de ses symptômes, de la raison pour laquelle elle consulte. Mais elle sentira aussi qu'elle peut parler d'elle, de son histoire personnelle, de choses plus intimes et parfois gênantes. Cela est possible grâce notre accueil, à notre façon de la mettre à l'aise, de l'écouter. Elle pourra ainsi se sentir en confiance, sérieusement accompagnée. Ceci favorise également un partenariat thérapeutique essentiel à la démarche CMP. Nous consacrons la totalité du premier rendez-vous à la réalisation de ce questionnaire médical.



## LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

- un examen clinique : recueil des signes cliniques avec l'utilisation du Bilan Cotations Cliniques CMP.

L'art du toucher vaginal est utilisé pour faire le diagnostic anatomique et fonctionnel des zones ano-vulvaire, uréthro-vésicale et du diaphragme pelvien :

- examen clinique des différents muscles à la recherche des effractions musculaires (élongations, déchirures, désinsertions),
- recherche et cotation des colprocèles et prolapsus : urétrocèle, rectocèle, cystocèle, hystérocèle, élytrocèle,
- recherche des PTAE pathologiques de 4 façons différentes : au centre périnéal, à la vulve, en subvésical, vers la paroi vaginale postérieure.

Ces diagnostics approfondis permettent de déterminer non seulement des pathologies avérées mais aussi toute une série de pré-pathologies. Nous pouvons agir d'emblée au stade de prévention.

A ce sujet, le livre de Dominique Trinh Dinh (voir bibliographie) décrit l'examen clinique des différentes zones vaginales par l'art du TV.

Le diagnostic ainsi obtenu permet alors un traitement ciblé des pathologies, selon les principes évoqués précédemment, à l'aide d'exercices spécifiques à la CMP. Ces exercices seront enseignés et prescrits au fur et à mesure des consultations et vérifiés par un toucher vaginal.

La réalisation d'un compte-rendu évaluatif de fin de traitement complète cette démarche médicale.

C'est lors de la dernière consultation que ce compte-rendu est rédigé et une hygiène périnéale prescrite suivant la gravité des pathologies de la patiente. Il s'agira de lui conseiller de poursuivre les exercices étudiés selon un rythme d'entretien qui peut aller d'une fois par trimestre à tous les jours (cas extrême d'une patiente ayant un prolapsus installé par exemple). C'est ainsi qu'elle maintiendra son état de santé.

N'oublions pas que ce compte-rendu permet non seulement de renseigner les praticiens prescripteurs, mais aussi d'évaluer en tant que thérapeute son propre travail.

Il permet de plus à la patiente qui participe à sa réalisation, de prendre conscience du parcours réalisé.

### LES PRESSIONS THORACO-ABDOMINALES À L'EFFORT – PTAE

Ce survol de la CMP est forcément incomplet. Nous ne pouvons pas par exemple traiter dans ce résumé du problème important de la correction des PTAE pathologiques et de leurs conséquences sur la statique pelvienne.

Leur traitement devrait tenir compte du corps de la patiente dans sa globalité sans oublier la statique vertébrale, la compétence des muscles abdominaux, le juste tonus du diaphragme thoraco-abdominal. C'est pourquoi il peut être intéressant dans certains cas de compléter la prise en charge de ces patientes par un travail corporel plus approfondi : eutonnie, yoga, ostéopathie, gymnastique hypopressive, renforcement abdominal sans pressions thoraco-abdominales...

## Conclusion :

Dans cette démarche de rééducation et d'éducation périnéale qui peut être pluridisciplinaire si besoin, quelque soit le travail et la méthode proposés, nous nous devons d'aider les femmes qui nous consultent avec à la fois une prise en charge médicale rigoureuse et une écoute, une présence tenant compte de la personne dans sa globalité. C'est en cela que la CMP est particulièrement intéressante.

De plus, outre le fait qu'elle permet de traiter et de prévenir efficacement certaines pathologies, elle permet d'amener la patiente à une connaissance et une maîtrise de son corps en la respectant. C'est elle qui se rééduque en autonomie, elle pourra ainsi pérenniser les résultats obtenus.

### Bibliographie :

#### **Pour approfondir le bilan clinique en rééducation :**

**Dominique Trinh Dinh.** *Rééducation périnéale féminine Petit Manuel de Diagnostics Cliniques à l'usage des praticiens.* Coll Diagnostics et Prévention, Latitudes et Féminitudes 2001

**Dominique Trinh Dinh & Mariette Baecher.** Connaissance et maîtrise du périnée par l'art du toucher vaginal. Les Dossiers de l'Obstétrique août-septembre 1993 ; 209

Au sujet des résultats de la rééducation en CMP :

**Sylvie Nicot.** *CMP, évaluation des bénéfices d'une méthode d'éducation périnéale.* Vocation Sages-Femmes janvier 2010 ; 78 : 13-19

**Pour en savoir plus sur la CMP :**

[www.institutnaissanceetformations.fr](http://www.institutnaissanceetformations.fr)



Une femme meurt  
**chaque minute**  
des complications liées  
à la grossesse, soit plus de  
**500 000 femmes par an**  
dans le monde...



Gynécologie  
Sans  
Frontières

---

Pour la santé des femmes à travers le monde,  
des gynécologues et des sages femmes s'engagent.

Grâce à vos dons, GSF pourra former des équipes médicales  
et acquérir du matériel pour ses missions.

**Pour connaître nos actions et nous soutenir financièrement :**

**[www.gynsf.org](http://www.gynsf.org) / Tél. : 02 40 41 29 92**



## VII- Présentation de l'Eutonie

### C. Chautemps, Sage-Femme, Grenoble

L'Eutonie est une approche globale, de conscience corporelle et trouve naturellement sa place dans les méthodes de rééducation quel qu'en soit le besoin.

En effet, sa particularité est de s'intéresser à la sensation, de toute nature, de façon à aller vers une possibilité de modification des schémas psychomoteurs, conditionnés par l'histoire et acquis par une personne. Elle permet en outre de donner une place d'acteur essentielle à la patiente, dans la mesure où c'est elle qui va corriger la (les) cause(s) de sa pathologie, grâce à ses prises de conscience, que le thérapeute lui demande de mettre en mot, après chaque expérience personnelle. Cette verbalisation, répétée qui plus est, sera bel et bien à l'origine d'une transformation progressive de ses patterns internes, au rythme et à la mesure de ses possibilités, lui permettant d'améliorer, selon le besoin:

- son attitude statique
- ses crispations et raideurs chroniques, mêmes inconscientes,
- la fluidité de sa respiration,
- l'importance de ses appuis pour relâcher ses pressions etc..., comme responsables de ses problèmes uro-gynécologiques .

Dans la majorité des cas, c'est en libérant la source de ses tensions, qu'elle va elle-même identifier, avec l'aide avisée du thérapeute, ce

qui l'éloigne de la physiologie et qui entraîne à la longue,

- une incontinence urinaire d'effort,
- une sensation de pesanteur, voir de prolapsus,
- une impériosité mictionnelle et/ou une instabilité vésicale, ceci constituant les symptômes génito-urinaires rencontrés le plus fréquemment dans nos cabinets de sages femmes

Finalement, l'eutoniste va l'accompagner de façon minutieuse pour lui permettre d'intérioriser de nouvelles habitudes, restaurant un vécu d'équilibre et d'unité intérieurs, propres à la personne, sans la projection d'aucun modèle ni de volonté de résultat; le seul but étant son mieux être, et par conséquent le constat de la réduction voir de la régression de ses troubles.

L'Eutonie n'est pas non plus une solution universelle avec recettes à la carte.

Compte tenu de la diversité des personnes, ne serait-il pas intéressant d'adapter l'approche de rééducation aux possibilités et aux limites de chacun, en proposant un choix possible?

#### Bibliographie :

Rééducation du périnée à partir de l'eutonie de Francine Doucé, Ardhome 2010.

## VIII- Electrothérapie et périnée

### Florence Rouanet Sage-femme, Rodez (12)

#### Historique

Le corps humain est le siège d'une activité électrique incessante.

La discipline médicale mettant en application pratique les résultats des études des électrophysiologistes et des électrologistes à des fins de traitement est l'électrothérapie.

L'électrothérapie est une technique médicale connue depuis l'Antiquité. Les Égyptiens découvrent les propriétés antalgiques de l'électricité et utilisent la raie torpille émettant des décharges électriques pour calmer les douleurs localisées.

Le poisson-chat électrique du Nil (*Malapterurus Electricus*) est amplement représenté sur les bas-reliefs des tombes égyptiennes de la 5<sup>ème</sup> dynastie (2750 ans avant Jésus-Christ).

Puis, Scribonius Largus, médecin romain de Tibère (second empereur romain de 14 à 37 après JC- né en 42 avant JC), est le premier à avoir évoqué le pouvoir thérapeutique de la décharge de la torpille.

Cette modalité thérapeutique utilisée durant tout le Moyen Âge et la Renaissance va se développer au XVIII<sup>ème</sup> siècle avec l'apparition des appareils électrostatiques.

Au milieu du 18<sup>ème</sup> siècle, il y a un extraordinaire engouement pour la cure électrique.

Elle est utilisée dans le traitement de presque toutes les maladies, de l'épilepsie, en passant par le rhume, la peste, le paludisme ou la surdité. Puis les expériences de Galvani en 1791 sur la grenouille, montrent qu'il est possible de provoquer une contraction musculaire au moyen d'un courant électrique en stimulant le muscle, soit directement, soit par l'intermédiaire de son nerf moteur.

Il a fallu néanmoins attendre les expériences de Duchenne de Bo-

logne (1867) pour voir son utilisation chez l'homme dans un but d'exploration fonctionnelle.

Aujourd'hui, l'électrothérapie est couramment et principalement utilisée pour traiter la douleur, les déficits neuromusculaires, faire passer des produits médicamenteux ou non au travers les tissus de l'organisme et pour pratiquer des thérapies réflexes.

#### Rappels

Pour rappel, la rééducation périnéale a été introduite dès 1948 par Arnold Kegel dans le but de restaurer, par des exercices de contractions musculaires, le tonus et la force des muscles périnéaux endommagés par la grossesse et l'accouchement.

L'utilisation de la stimulation électrique dans le traitement des affections pelvi-périnéales remonte à Bors en 1952 qui stimulait les nerfs pudendaux chez les paraplégiques pour obtenir l'ouverture du col vésical. Cette même année, le traitement de l'incontinence par électrostimulation fut proposé par Osborne, Huffman et Sokal (Arch. Phys. Méd. Réhabil 33 : 674, 1954).

Mais ce n'est qu'au début des années 80, que l'électrostimulation (le biofeedback, les techniques comportementales...) sont venus compléter les exercices musculaires de Kegel.

Plus récemment, le champ des indications de ces techniques rééducatives s'est étendu de l'incontinence urinaire à la sphère recto-anale, puis à partir de 1990, au domaine de la sexologie.



## Principes de fonctionnement de l'ESF

Lorsque nous décidons de contracter un muscle, notre cerveau envoie un ordre sous forme de courants électriques qui se déplacent à grande vitesse via les fibres nerveuses.

Arrivés à destination, ces courants électriques excitent le nerf moteur qui transmet alors l'information au voisinage immédiat du muscle et déclenche la contraction musculaire.

Le principe de fonctionnement de l'électrostimulation est donc de reproduire fidèlement les processus qui interviennent dans la contraction musculaire commandée par notre cerveau en stimulant les fibres nerveuses périphériques au moyen d'impulsions électriques brèves transmises par des électrodes placées le plus proche possible des afférences du nerf pudendal, pour provoquer une contraction musculaire du plancher pelvien : muscles élévateurs de l'anus, sphincter externe de l'urètre et de l'anus.

En effet, la stimulation du plancher pelvien est très majoritairement indirecte, réflexe et par les afférences du nerf pudendal et celles du nerf élévateur de l'anus.

Elle peut aussi induire une inhibition vésicale.

Elle permet également une aide à la prise de conscience du plancher pelvien et de ses contractions, le renforcement musculaire, l'obtention d'une antalgie, le traitement d'une hypo-orgasmie et l'obtention d'une miction en cas de vessie hypoactive (électrostimulation vésicale).

Certains auteurs insistent à juste titre sur la nécessité d'une sensibilité intacte de la muqueuse vaginale pour obtenir une réponse électrique optimale.

### L'UTILISATION DE L'ÉLECTROTHERAPIE EN RÉÉDUCATION PÉRINÉALE REPOSE :

1) sur la connaissance des bases électriques et biochimiques du fonctionnement du nerf et du muscle :

- la classification des fibres nerveuses sensitives et motrices
- les différents types de fibres musculaires : lentes, intermédiaires et rapides

2) sur des notions de neurophysiologie :

- le potentiel d'action, le potentiel de repos...
- les mécanismes de production et de propagation du potentiel d'action de la fibre musculaire et ceux de la fibre nerveuse pour comprendre que tout résulte de mouvements d'ions

D'autres paramètres sont à prendre en compte :

- le type et la forme du stimulus électrique : la majorité des auteurs préconise actuellement des courants à moyenne nulle, bidirectionnels, biphasiques ou alternatifs et ce, pour des raisons de sécurité.

En revanche, les courants monophasiques ou de hautes fréquences ne sont pas utilisés pour l'électrostimulation du périnée.

- l'impulsion : les impulsions électriques générées par des stimulateurs permettent de stimuler les fibres motrices, avec pour effet, d'imposer une réponse mécanique musculaire dont le régime et les bénéfices dépendent des paramètres de stimulation, et certains types de fibres nerveuses sensitives pour obtenir des effets antalgiques.

- la largeur d'impulsion
- l'intensité du stimulus

- la fréquence ou nombre d'impulsions par seconde.

Les fibres lentes, intermédiaires ou rapides réagissent de manière différente selon la fréquence choisie.

- la Loi d'OHM

$U$  (tension en volt) =  $R$  (résistance ou impédance vaginale en Ohm).  $I$  (quantité d'énergie qui arrive au muscle en ampère)

Actuellement on utilise des appareils à voltage constant.

En résumé,

pour qu'un muscle se contracte suite à une électrostimulation, il faut que la stimulation soit assez importante pour causer un potentiel d'action.

Les fibres lentes se stimulent de façon optimale avec un courant de 10Hz (0,2ms).

La limite supérieure à partir de laquelle on stimule les fibres musculaires rapides se situe vers 30Hz.

En pratique, lorsqu'on stimule avec des fréquences inférieures à 30Hz (fibres lentes), il n'y a pas de nécessité de temps de repos, le courant peut être permanent.

Et pour toute fréquence supérieure à 30Hz (fibres rapides), il faut impérativement une alternance entre le temps de passage du courant et le temps de repos.

Les largeurs d'impulsions préconisées pour l'inhibition vésicale sont de 0,2 à 0,5 ms et les fréquences de 5 à 10 Hz.

Pour la clôture urétrale les fréquences sont de 35 à 50 Hz (L.I = 0,2 à 0,5 ms) et pour le réveil musculaire la fréquence de 50 Hz est proposée.

## L'Unité Motrice (UM)

L'UM correspond à l'ensemble des fibres musculaires innervées par un même motoneurone.

Au sein d'une même UM, les fibres sont de type homogène, c'est-à-dire qu'elles appartiennent à une même catégorie, soit au type « lentes », soit au type « rapides » (Burke et Edgerton 1975).

Lors d'une contraction sous électrostimulation, la contraction obtenue est dite « synchrone » car toutes les UM sont recrutées en même temps.

## Les appareils

Les appareils d'électrostimulation sont des générateurs de courant. En général, tous les appareils utilisés pour la rééducation périnéale émettent des impulsions biphasiques continues ou intermittentes, de 10 à 100 Hz, avec une largeur d'impulsion de 0,3 à 1 ms.

Il en existe deux sortes :

- en cabinet : en général, ces appareils sont dotés de programmes pré-établis pour traiter les différentes pathologies. Cependant il est possible aussi de créer nos propres programmes à la lumière de nos formations et en fonction des besoins de chaque patiente.
- pour le domicile : des appareils avec fil relié au secteur depuis 1986 jusqu'à l'apparition en octobre 2007, d'un électrostimulateur sans fil d'utilisation simplifiée (type Keat\* et Keat Pro\* en 2010) sous la forme d'une sonde.

Bien évidemment, son utilisation dans le traitement des incontinences urinaires à l'effort et/ou par impériosité, ne dispense aucunement d'une rééducation au préalable avec un rééducateur spécialisé en uro-gynécologie.

## Les sondes

Le choix de la sonde se fera après une évaluation anatomique du périnée de chaque patiente afin de lui attribuer celle qui lui



convient le mieux pour obtenir un résultat optimum.

Il existe aussi des sondes « doigtiers » pour stimuler de façon très ciblée un muscle ou une zone précise d'un muscle et pour traiter aussi une douleur de cicatrice d'épisiotomie localisée.

### Les contre-indications

Les principales contre-indications sont:

la grossesse ou le risque de grossesse éventuelle car le risque foetal n'a pas été évalué, un résidu post-mictionnel supérieur à 100 ml, une obstruction de l'urètre, un urètre fixé, irradié, une hémorragie, une infection urinaire, vaginale, anale, une tumeur intra pelvienne, un problème dermatologique chronique, certains Pace Maker...

S'il l'on suspecte ou s'il existe une dénervation du plancher pelvien, l'électrostimulation peut être contre-indiquée (en cas d'interruption lésionnelle avec un potentiel de régénération nerveuse par exemple) ou pratiquée avec précaution selon la nature de la paralysie. Ce sont des explorations électrophysiologiques périnéales qui préciseront le diagnostic.

### Les indications

L'indication principale de l'électrostimulation périnéale reste l'incontinence urinaire par urgence.

Elle est également recommandée chez les femmes souffrant d'incontinence urinaire à l'effort et de dysfonction du plancher pelvien et ayant suivi sans succès un entraînement musculaire pelvien en traitement de première intention ce qui souligne les limites parfois du travail manuel.

La stimulation électrique peut être également effectuée au cours d'une même séance en association avec un travail manuel, postural, respiratoire, quand la participation de la patiente est acquise et que la commande volontaire périnéale l'autorise.

Nos choix de traitement dépendent de l'interrogatoire et de l'examen clinique qui permettent d'établir d'emblée un diagnostic le plus précis possible, limitant le recours parfois systématique à un bilan urodynamique.

Quelle que soit la technique utilisée, c'est avec le consentement de la patiente (obligation légale Loi du 4 Mars 2002).

Ces choix doivent rester les plus objectifs possibles afin d'éviter de traiter les patientes soit exclusivement en travail manuel (même si tout à fait possible surtout dans les rééducations du post-partum), soit exclusivement en électrostimulation, ce qui priverait la patiente d'une implication personnelle alors que la rééducation périnéale s'inscrit dans une prise en charge globale de la patiente.

### Conclusion

L'analyse de la littérature met en évidence l'efficacité de l'électrostimulation quel que soit le type d'incontinence à traiter : 66 % à 89 % de bons résultats en cas d'incontinence d'effort, et pour l'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale 49 % à 72 % de bons résultats (Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire Ministère de la Santé et des Solidarités Avril 2007 Pr François HAAB, Université Paris VI, Hôpital Tenon, Paris).

Mais « rééduquer » ne s'improvise pas, quelle que soit la technique utilisée...

Proposer des séances d'électrostimulation périnéale suppose de connaître les effets de chaque type de courant choisi sur les nerfs et les muscles de nos patientes.

En référence à la présentation de Chantal Fabre-Clergue (Sage-femme à Marseille) lors de la journée du CNSF du 01-02-10, concernant les résultats du questionnaire sur les pratiques des sages-femmes en matière de rééducation périnéale, nous n'avons pu que constater un certain désintérêt vis-à-vis de ce volet de nos compétences.

Malgré tout, les connaissances sont là : il existe des DU spécifiques et des sociétés savantes nous concernant (CNSF, SIFUD-PP...).

Renforcées dans nos compétences par ces éclairages scientifiques, notre rôle de sage-femme est de pouvoir proposer dans nos cabinets, des thérapeutiques adaptées aux besoins de chaque patiente.

Nous former est donc dans notre intérêt et celui de nos patientes.

En conclusion, l'électrostimulation périnéale, loin d'être proposée systématiquement, garde une place de choix dans la prévention et le traitement des incontinences et des prolapsus (elle peut permettre de limiter leur aggravation) qui sont des problèmes de santé publique et permet également d'éviter ou de reculer parfois la chirurgie.

#### Références

- \* Principes de base de l'ESF musculaire écrit par J.Duchateau (science et motricité, 1992 N°16, pp 18-24)
- \* Electrostimulation des nerfs et des muscles sous la direction de J.Pélissier et C.F Roques Masson 1992
- \* Pratique de l'électrothérapie C.F Roques Electrophysiothérapie pratique appliquée à la médecine physique et à la masso-kinésithérapie Springer Juin 1997)
- \* L'incontinence urinaire de la femme de Richard Villet Delphine Salet-Lizée Ariane Cortesse Marilyne Zafropulo Masson Avril 2005
- \* Info-périnée L'électrostimulation en pelvi-périnéologie : bases théoriques et règles pratiques L'électrostimulation périnéale A.M-Diaz, Guy De Bisschop, Eric de Bisschop, Rajeshree Nundall (01-04-09)
- \* Annales de réadaptation et de médecine physique Décembre 2008 Electrostimulation et rééducation périnéale de l'incontinence urinaire et des troubles mictionnels M.Perrigot, B.Pichon, A.Peskine, K.Vassilev Elsevier Masson
- \* Rééducation périnéale D.Grosse, J.Sengler Elsevier Masson Avril 2007
- \* L'électrothérapie dans le cadre de la rééducation périnéale MC Cappelletti



Bivea médical  
Av Ferdinand de Lesseps  
33610 Canéjan

info@bivea.com

Tél : 05 57 26 09 00  
Fax : 05 57 26 53 48

Info : www.bivea-medical.fr  
Vente : www.bivea.fr

### Bivea au service des sages-femmes

#### Ovules Premeno duo

Efficace lors de sécheresse vaginale

- A base d'acide hyaluronique et acide lactique
- Sans hormones
- Sans paraben



Demander des échantillons de Premeno duo

#### Lubrifiant Sylk

Lubrifiant naturel à base de sève de la plante de Kiwi.

- Toucher vaginal
- Reprise de la sexualité

50 ml et 100 ml





# IX- Le Biofeedback

Bénédicte JOUFFROY. Sage-femme libérale, Metz (57).

## Définition et but

La **définition du biofeedback** est « la prise de conscience objective d'une fonction physiologique non révélée au niveau de la conscience ».

Son but est de maintenir l'équilibre statique du plancher pelvien, renforcer la contraction musculaire (des sphincters et des releveurs de l'anus en particulier), développer le réflexe de verrouillage périnéal à l'effort.

Utilisé dans la recherche d'anomalies et le traitement de certaines affections comme la rééducation du sujet hémiplégique notamment, le biofeedback permet l'apprentissage de moyens naturels d'auto correction. C'est pourquoi il trouve sa pleine application dans la prise en charge périnéologique depuis de nombreuses années à présent.

Le traitement de l'incontinence, comme celui de la dyspareunie, du vaginisme, de la constipation ou de la dyschésie se compose de diverses approches complémentaires, et ne saurait se limiter à une seule technique.

Préliminaire à toute prise en charge, l'**interrogatoire** bien mené lors de la première séance permet déjà de cerner l'histoire de la patiente, que ce soit du point de vue médical, gynécologique, obstétrical, chirurgical...et d'identifier les facteurs de risque d'incontinence [6], ou les causes possibles des pathologies décrites (s'il y en a), et ce, notamment en l'absence d'examen complémentaires plus poussés. Cette anamnèse permettra d'adapter le traitement en fonction de la pathologie décrite, que ce soit pour le biofeedback (renforcement recherché -fibres rapides, fibres lentes-, inhibition du détrusor etc...) ou l'électrostimulation (choix des types de courant utilisés), d'où son importance.

Après cet interrogatoire détaillé, le thérapeute s'appliquera à **expliquer** à la patiente :

- les causes vraisemblables de ses troubles (facteurs de risque constitutionnels -obésité [18], hypoplasie ou hypertonie périnéale, race [4]...; facteurs de risque obstétricaux - macrosomie, extractions instrumentales...; facteurs de risque comportementaux -tabac, constipation, sport [3]...;
- le traitement mis en œuvre (médicamenteux, chirurgical ou rééducatif),
- le principe de la méthode,
- le fonctionnement des appareils utilisés,
- le bénéfice et les limites du traitement.

Ceci permettra d'obtenir le **consentement éclairé** de la patiente, et de la sensibiliser d'emblée à l'intérêt d'un travail personnel assidu dès le début de la prise en charge et à long terme.

Puis l'**examen gynécologique**, le **travail postural et respiratoire** ainsi que le **testing** pourront être pratiqués, la **thérapie comportementale** (calendrier mictionnel, respect des besoins etc...) et la **rééducation manuelle (feedback verbal)** mises en œuvre.

Hélas, très vite, cette dernière peut s'avérer insuffisante, car, si le thérapeute ressent bien au toucher la qualité de la réponse musculaire, cela devient vite très difficile pour la patiente d'évaluer des nuances, que ce soit en puissance, ou en endurance ; en effet, bien souvent, lorsqu'on lui fait remarquer que telle contraction des releveurs est meilleure ou moins bonne que la précédente, la patiente n'en a aucu-

ne conscience et reste persuadée qu'elle reproduit la même qualité de travail...

D'où l'intérêt, alors, de lui permettre de constater par elle-même le travail effectué par l'intermédiaire d'un dispositif qui va objectiver la vitesse, la force et l'amplitude de la contraction périnéale, et lui donner la possibilité de corriger les défauts observés : **c'est le principe du biofeedback.**

## Différents « outils » peuvent être employés :

### 1.- LES DISPOSITIFS INTRA-CAVITAIRES :

#### 1.- Les tubes intra-vaginaux

Ce dispositif de base peut être utilisé de façon très simple, par exemple lors d'une hospitalisation, si on veut mettre en place un début de prise de conscience du renforcement périnéal, car il ne nécessite aucun appareillage coûteux ou sophistiqué.

On peut utiliser des tubes de longueur ou de diamètre variables selon l'anatomie de la patiente. Fermés à leur embout, ils pourront être lestés d'eau ou de sable par exemple pour augmenter la résistance. On peut également exercer une légère pression avec le doigt sur l'extrémité du tube... L'avantage de cette méthode, outre sa facilité, est de mettre en évidence une éventuelle inversion de la commande périnéale (tube éjecté lors de la contraction), ou une synergie abdominale (rejet en fin de contraction), de permettre l'introduction sans douleur d'un corps étranger avant d'envisager la pose d'une sonde de rééducation endovaginale ou la reprise des rapports, en post-opératoire par exemple. Les limites de ce type de rétro-contrôle concernent surtout les patientes ayant un testing très faible, car on n'observera alors aucune modification angulaire.

#### 2.- Les cônes

Des cônes en matière synthétique lestée, de taille et volume identiques, mais de poids variable, semblables à des tampons hygiéniques (avec un fil pour le retrait) peuvent être mis en place dans la cavité vaginale.

L'insertion se fait debout, pointe vers le bas, fil à la vulve.

La descente du cône provoque alors une sensation de glissement et met en tension les récepteurs musculaires proprioceptifs, entraînant une contraction réflexe du versant moteur du nerf pudendal.

L'effet est l'occlusion vaginale nécessaire pour maintenir le cône en place. L'avantage de la méthode est de pouvoir travailler en position debout et en charge (pression intra-abdominale + poids du cône), avec une possibilité d'apprentissage à l'effort.

La patiente doit pouvoir marcher avec le cône en place, sans contraction volontaire (test de contraction passive), ou faire l'exercice avec un verrouillage à l'effort (test de contraction active), en notant le poids maximal du cône n'ayant pas chuté lors de l'effort effectué.

Plus la durée de retenue volontaire est grande sans préoccupation spéciale, et plus le poids du cône est important, meilleure est la force isométrique du plancher pelvien.

L'utilisation des cônes peut être gênée par des leucorrhées importantes ou des douleurs vulvo-vaginales.



## LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

### II.- L'INTERRUPTION DU JET MICTIONNEL

Si cet exercice est très controversé par les praticiens, du fait de mauvaises pratiques, et de conséquences possibles sur le résidu vésical ou la proprioception vésicale, ce test, connu du grand public sous le nom de « stop-pipi », est souvent pratiqué par les femmes.

C'est un biofeedback naturel, ne nécessitant aucun appareillage.

Certaines patientes consultent parce qu'elles n'arrivent plus à interrompre le jet en urinant, et, de ce fait, ont pris conscience d'une perte de compétence qu'elles souhaitent réparer...

C'est pourquoi il est important lors de la prise en charge d'une patiente, de lui demander systématiquement si elle a eu l'occasion de tester ce type d'exercice, de lui en expliquer les limites et les risques. Malgré tout, ces différents types de contrôle restent assez grossiers, c'est pourquoi, lorsqu'on parle de biofeedback, le plus souvent, s'entend le biofeedback instrumental.

### III.- LE BIOFEEDBACK INSTRUMENTAL

La prise de conscience objective du travail effectué, en mesurant la force, la vitesse et l'amplitude de la contraction musculaire, va se faire le plus souvent par le biais d'un appareillage [2].

Les moyens les plus usités sont les suivants :

- Une sonde urétrale (cathéter de Bohler), reliée à une chaîne d'urodynamique, enregistre le gain en pression urétrale (mesure en cm d'eau), ainsi que la pression exercée dans la vessie (contractions abdominales parasites). Voir le paragraphe consacré au biofeedback vésical (cas particuliers).
- Un **appareil d'électromyographie**, dont les modulations sonores s'amplifient proportionnellement à l'effort réalisé peut être utilisé comme appareil de biofeedback.
- Les premiers dispositifs d'enregistrement utilisés en cabinet étaient des manomètres reliés à une sonde vaginale gonflable (sonde pression) ; l'aiguille se déplaçait sur le cadran et objectivait le travail effectué en mm de mercure ou en cm d'eau.
- Enfin, les sondes électromyographiques permettent de démultiplier le travail musculaire du plancher pelvien, et, ainsi, de concrétiser une contraction même infime...et résolvent le problème d'asepsie et de changement de sonde en cours de séance.

C'est pourquoi la pratique courante actuelle s'oriente plus souvent vers l'utilisation d'une sonde électromyographique vaginale ou anale individuelle (une sonde par an et par patiente prise en charge par la sécurité sociale, sur la base d'un prix TIPS), reliée à un **appareil d'enregistrement électronique**.

La contraction volontaire sera enregistrée par l'intermédiaire de la sonde raccordée :

- soit à un écran de monitoring type écran d'ordinateur qui va traduire la modulation proportionnelle de l'activité musculaire (en microvolts) sous forme de courbe le plus souvent,
- soit à une machine traduisant la contraction musculaire par une rampe de diodes lumineuses (bargraphe) de hauteur proportionnelle à l'effort.

Cette mesure peut être remplacée ou complétée par un signal sonore à tonalité variable, et certains appareils ont des programmes très ludiques.

Le thérapeute explique au préalable le fonctionnement de la machine : signal travail/repos, signal correspondant aux releveurs, signal correspondant aux contractions parasites.

Il veillera au bon positionnement dorso-lombaire, à la respiration associée au « verrouillage » des releveurs. Il amènera la patiente à corriger une éventuelle inversion de commande (souvent associée au travail sur l'apnée), avec une respiration libre ou un travail sur l'expiration pour libérer les pressions thoraco-abdominales.

Puis des contractions simples seront demandées à la patiente, avec une force maximale qui sera relevée en début de séance.

Le plus souvent, le respect d'un temps de repos double du temps de travail sera une condition de moindre fatigabilité au fil de la séance.

Si le travail en force maximale à chaque séance permet d'obtenir les mêmes résultats en terme de guérison ou d'amélioration, il semble préférable de travailler selon la méthode de Troisième pour limiter la fatigabilité au cours de la séance, et l'irrégularité de la progression au fil du traitement. Ainsi, le dépistage des éventuels échecs sera facilité [12].

Le principe est de demander à la patiente d'atteindre un seuil qui se situe aux deux tiers environ de son potentiel initial maximal.

Cette façon de procéder permet de constater une augmentation régulière de la force maximale chez la majorité des patientes guéries, de limiter les phénomènes de fatigue musculaire au décours de la séance, et d'introduire des notions d'effort, avec une gradation en nombre et en difficulté croissants.

La plupart des thérapeutes s'accordent sur une durée de travail de l'ordre de 15 minutes environ, avec des contractions de l'ordre de 5 à 10 secondes si possible, en respectant des temps de repos deux fois plus longs, entrecoupés de poses si nécessaire.

La fatigue musculaire peut apparaître avant la fin de ce temps de travail optimal, notamment en cas de grande faiblesse des releveurs de l'anus. La réapparition de l'association de muscles antagonistes peut être un signe de fatigue.

C'est alors que l'électrostimulation prendra le relais, en continuant à provoquer une contraction réflexe, même si la patiente n'y arrive plus. Certains appareils actuels de biofeedback permettent de délivrer une stimulation complémentaire pendant le biofeedback, par exemple pour atteindre un seuil fixé.

Selon que le travail est plutôt à visée « renforcement musculaire » (incontinence d'effort, testing faible...) ou à visée « relaxation du détrusor », la durée de la contraction demandée peut être modulée.

En effet, la réactivation du réflexe inhibiteur détrusorien (Mahony n° 3) se fera plutôt en demandant des contractions moins fortes (50% de la force maximale), mais sur une durée plus longue (10 à 20 secondes).

Par ailleurs, il est intéressant d'avoir à l'esprit que le travail sur les fibres rapides (contractions fortes de courte durée) va être plus utile sur des incontinenances de stade 1 (efforts courts et violents comme un éternuement par exemple), alors que le travail sur les fibres lentes (contractions moins fortes mais plus longues) sera préférable pour améliorer l'endurance et le tonus de base, nécessaires pour des efforts prolongés (marche longue, sport...) [2].

Une deuxième voie d'enregistrement permet de matérialiser l'association éventuelle de muscles antagonistes comme une poussée abdominale associée à la contraction du périnée.

Cette possibilité est intéressante lors des premières séances, pour la prise de conscience, ou la correction d'une inversion de commande ou de synergies, mais l'introduction de l'apprentissage à l'effort sur un périnée protégé doit être mise en oeuvre dès que possible, avec un « verrouillage » périnéal quels que soient les muscles associés.

Ce travail au biofeedback devra toujours se faire en présence du thérapeute pour plusieurs raisons.

D'une part, certains types de sondes doivent être en permanence maintenus en face des releveurs, car la sonde risque de glisser, notamment en cas de prolapsus, ou lors de la pratique de certains exercices associés (par exemple en orthostatisme), n'enregistrant alors plus que partiellement le travail musculaire.

Par ailleurs, la patiente a besoin d'être encouragée, corrigée, accompagnée lors de chacune de ses tentatives, afin d'améliorer sa compé-



tence, comme lors de toute pratique physique où l'encouragement de l'entraîneur stimule le sportif.

Enfin, et surtout, l'intérêt de la rééducation est que la patiente arrive à protéger son périnée lors des efforts de la vie de tous les jours, susceptibles d'occasionner des pressions thoraco-abdominales, voire des fuites, à défaut d'avoir récupéré le réflexe de verrouillage à l'effort.

C'est pourquoi l'**apprentissage à l'effort est essentiel** : progressivement, la patiente doit être capable de contracter son périnée même en faisant des mouvements impliquant les muscles des cuisses, des fessiers, ou des abdominaux, quels qu'ils soient, voire en position debout.

C'est aussi l'occasion de la sensibiliser sur les mouvements à corriger dans sa pratique quotidienne : port de charge, façon de se baisser, de s'asseoir, de se coucher, de se lever du lit etc..., afin de préserver aussi bien sa sangle abdominale que son périnée ou ses lombaires notamment.

En fin de traitement, il est important de supprimer le contrôle avec l'appareil, et de montrer a posteriori à la patiente quelle performance elle effectue sans ce contrôle afin de lui donner confiance en elle. En effet, une certaine « dépendance » à la machine peut apparaître. La patiente doit pouvoir constater qu'elle est devenue autonome (« mémoire du mouvement »).

Pour calmer les impériosités, une contraction prolongée va permettre à la patiente de maîtriser l'urgenterie, afin d'atteindre les toilettes sans précipitation et sans fuites, voire de reporter le besoin [2].

La rééducation périnéale peut être associée au traitement anticholinergique, mais elle peut aussi le remplacer, notamment du fait de la mauvaise observance du traitement médicamenteux, source d'effets secondaires très gênants pour les patientes (sécheresse de muqueuses, constipation...).

L'entretien à long terme, avec un travail personnel régulier à domicile, est une condition essentielle à la pérennité des résultats obtenus.

## CAS PARTICULIERS :

### 1.- Le biofeedback vésical

Indiqué pour traiter une instabilité du détrusor, le biofeedback vésical consiste en un remplissage lent de la vessie avec du sérum physiologique au cours d'une cystomanométrie, avec enregistrement des contractions vésicales et de la pression de clôture urétrale.

La patiente va en premier lieu prendre conscience de ses sensations liées à la contraction vésicale, puis apprendre à inhiber celle-ci par la boucle neurologique réflexe en contractant son sphincter et son périnée (réflexe périnéo-inhibiteur de Mahony n°3).

Progressivement, elle pourra mettre en œuvre ce réflexe avant même que la contraction détrusorienne ne soit établie.

Les limites de ce traitement sont les surinfections liées aux sondages répétés et des contractions vésicales de plus de 100 cm d'eau.

Par ailleurs, une chaîne d'urodynamique est nécessaire, et le coût plus important (cathéters de Bohler à usage unique à chaque séance).

### 2.- La dyspareunie

Elle peut être associée dans certains cas à une incontinence, mais le problème initial est de traiter la cicatrice douloureuse ou la cause de la dyspareunie, avant de mettre en œuvre le biofeedback à visée « renforcement musculaire », ne serait-ce que pour que le toucher vaginal ou l'intromission de la sonde redeviennent indolores.

### 3.- Le vaginisme

Véritable contracture musculaire empêchant la pénétration, le vagi-

nisme, qu'il soit primaire ou secondaire, peut faire l'objet d'un traitement par biofeedback avec succès.

En effet, si l'intromission d'une sonde (d'atrésie pour plus de facilité et de confort) est possible, le travail du thérapeute va être de faire prendre conscience à la patiente de cette contracture, et de lui apprendre à relâcher son périnée au lieu de le renforcer.

On parle alors de biofeedback en négatif.

Le relâchement s'obtient en général au bout de quelques séances, et l'association d'autres thérapeutiques comme la relaxation ou la sophrologie peuvent être utiles, voire nécessaires, en complément de l'électrothérapie à visée antalgique préalable, associée au massage local.

### 4.- La dénévation [21]

Hélas, il est rare que le diagnostic soit posé avant la prise en charge en rééducation.

Cependant, l'examen clinique soigneux (perte de sensibilité...), l'histoire de la patiente (contexte traumatique ou maladie neurologique connue...), peuvent être de premiers éléments alertant le thérapeute sur le risque d'atteinte neurogène périphérique.

Par ailleurs, un périnée dont le testing reste anormalement faible au fil des séances doit nous faire nous demander s'il ne serait pas judicieux d'adapter le traitement à un risque potentiel, voire à demander des examens complémentaires comme une électromyographie des sphincters avant de poursuivre les séances en grand nombre et sans succès.

En tout cas, curieusement, le biofeedback et l'apprentissage à l'effort sont possibles chez ces patientes, alors même qu'on pourrait s'attendre à ce que la commande soit perturbée...

Seuls les types de courant utilisés en électrostimulation devront être adaptés de manière spécifique, afin d'éviter de détruire un éventuel début de repousse nerveuse, et pour toucher des fibres musculaires ne répondant pas aux mêmes seuils de climalyse et autres critères spécifiques aux muscles totalement ou partiellement dénervés.

### 5.- Le post-partum

Actuellement, le consensus professionnel veut que toute accouchée présentant une pathologie périnéale, ou des facteurs de risque, puisse bénéficier d'une rééducation périnéale post-natale spécifique, afin d'éviter l'apparition ou l'aggravation de troubles à long terme (ménopause, vieillissement, chirurgie pelvienne ...), et ce, avant la reprise d'une activité sportive notamment.

Il est clair que si on prend en compte les facteurs de risque en sus des pathologies, rares sont les femmes qui ne seront pas concernées par l'intérêt d'une rééducation dite préventive.

La pratique courante actuelle qui veut que les femmes débutent leur rééducation périnéale spécifique 6 à 8 semaines après leur accouchement vient du constat que l'augmentation de la latence distale consécutive à la grossesse et/ou à l'accouchement, soit spontanément résorbée dans ce délai [21,22] pour 60 à 100% des cas.

Pour les 40% qui n'auraient pas récupéré spontanément dans ce délai, la dénévation serait inchangée, voire aggravée 5 ans plus tard...

Par ailleurs, si la faiblesse du testing ne signe pas forcément une atteinte neurogène, l'accouchement reste réputé pourvoyeur de lésions nerveuses. Par conséquent, la prudence impose d'éviter l'électrostimulation dans le post-partum récent.

Cependant, certaines affirmations véhiculées par les médias sont inexactes : il n'est pas obligatoire d'avoir eu son retour de couches et/ou d'avoir fini d'allaiter pour pouvoir débiter la rééducation. Simplement, la reprise du cycle, avec l'imprégnation hormonale liée à celui-ci favorise une reprise spontanée de la qualité musculaire.



### IV.- RÉSULTATS DE LA RÉÉDUCATION PAR BIOFEEDBACK

De nombreuses études ont été faites pour démontrer les résultats très positifs de la rééducation périnéale en cas de pathologie, peu sur la prévention...et rares sont les études comparatives des techniques de rééducation entre elles.

Cependant, certaines d'entre elles ont démontré **la supériorité en terme de résultats cliniques [1]**

#### **1. Sur l'incontinence urinaire :**

- du travail manuel intravaginal sur le travail avec instruction verbale ou écrite [1],
- de l'utilisation de la PFMT (Pelvic Floor Muscle Training, ou feedback verbal) seule sur l'ESF (Electro Stimulation Fonctionnelle) seule [1],
- de la PFMT seule sur l'utilisation des cônes seule [9,10,11,24]
- de l'association PFMT + BFB par rapport à la PFMT seule [2,5,7],
- du BFB instrumental sur le BFB verbal, du fait d'une prise de conscience plus rapide, de meilleure qualité, et donc plus fiable [1,5],
- du travail avec un thérapeute par rapport au travail seule à domicile [23],
- de l'intérêt de la rééducation comportementale [1].

#### **2. Sur l'incontinence fécale :**

- de la supériorité de l'association PMFT + ESF sur la PMFT seule [20],
- de la supériorité du BFB sur la PMFT seule [8,14,16,17,19].

#### **3. Sur les dysfonctionnements sexuels : très bons résultats de la PFMT + BFB+ESF associés [13,15]**

On peut, par conséquent imaginer que l'association de toutes les techniques (manuelle, comportementale, biofeedback et électrostimulation) soit favorable à un traitement optimal de nos patientes, bien que ces études comparatives restent à faire...

C'est pourquoi les recommandations de l'ANAES vont dans ce sens, avec des réserves quant à l'efficacité des cônes vaginaux dans le cadre de la rééducation de l'incontinence urinaire de la femme, du fait que leur efficacité n'est toujours pas prouvée.

En outre, la rééducation étant moins invasive que d'autres thérapeutiques, celle-ci doit être proposée en première intention.

A l'issue de 10 à 20 séances, il convient de réévaluer l'intérêt de la poursuite éventuelle du traitement selon l'amélioration obtenue, et, en cas d'échec, de demander un avis urologique afin de déterminer l'intérêt d'une prise en charge chirurgicale par exemple.

### Bibliographie

- [1.] ANAES, Service des Recommandations et Références Professionnelles, février 2000. Bilans et Techniques de Rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'Incontinence Urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.
- [2.] Bourcier AP, Burgio KL. Dysfonctionnements du plancher pelvien, Elsevier, Tome 2, Traitements et prise en charge, pp 61-78, 2005
- [3.] Bourcier AP, Juras JC. Urinary incontinence in sports and fitness activities. *Medicine and Science Sports Exercices* 1994; 26 (suppl):5 Abstract 5

- [4.] Burgio KL, Locher JL, Zyczynski H, Hardin JM, Singh K. Urinary incontinence during pregnancy in a racially mixed sample: Characteristics and predisposing factors. *Int Urogynecol J* 1996; 7:69-73
- [5.] Burgio, KL, Robinson JC, Engel BT. The role of biofeedback in Kegel exercise training for stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154:58-64
- [6.] Cotellet O. Accouchement et incontinence urinaire. Rééducation urogynécologique post-natale. [Thèse]. Paris ; 1983
- [7.] Glavind K, Nohr SB, Walter B. Biofeedback and physiotherapy versus physiotherapy alone in the treatment of genuine stress incontinence. *Inter Urogynecol J* 1996; 7:339-43
- [8.] Glia A, Gyllin M, Akerlund JE et al. Biofeedback training in patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1998; 41(3):357-64
- [9.] Hahn I, Sommar S, Fall M. A comparative study of pelvic floor training and electrical stimulation for the treatment of genuine female urinary stress incontinence. *Neurourol Urodynam* 1991; 10:545-54
- [10.] Henalla SM, Hutchins CJ, Robinson P, Macvicar J. Non-operative methods in the treatment of genuine stress incontinence of urine. *J Obstet Gynecol* 1989; 9:222-5
- [11.] Hofbauer VJ, Preisinger F, Nürnberger . Der stellenwert der physiotherapie bei der weiblichen genuinen stress-inkontinenz. *Z Urol Nephrol* 1990; 83:249-53
- [12.] Jouffroy B, Jouffroy Ch. Modalités pratiques de la rééducation périnéo-sphinctérienne dans l'incontinence urinaire de la femme. 9ème congrès de la SIFUD, Lisbonne, 1986
- [13.] Kline-Graber G, Graber B. Diagnosis and treatment procedures of pubo-coccygeal deficiencies in women. In Lo Piccolo J, Lo Piccolo L (eds): *Handbook of Sex Therapy*. New-York Plenum 1978
- [14.] Ko CY, Tong J, Lehman RE et al. Biofeedback is effective therapy for fecal incontinence and constipation. *Arch Surg* 1997; 132(8):829-33
- [15.] Meyer S, Megalo A, DeGrandi P, Hohlfield P. The birth trauma: The effects of early reeducation on the different pelvic floor parameters in primipara vaginally delivered. Poster presented at the 1st International Consultation on Incontinence. Monaco 1998
- [16.] Norton C, Kamm MA. Outcome of biofeedback for faecal incontinence. *Br J Surg* 1999; 86:1159-63
- [17.] Patankar SK, Ferrara A, Levy JR et al. Biofeedback in colorectal practice : A multicenter statewide, three-year experience. *Dis Colon Rectum* 1997; 40(7):827-31
- [18.] Rasmussen KL, Krue S, Johansson LE et al. Obesity as a predictor of postpartum urinary symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76:359-62
- [19.] Rieger NA, Wattchow DA, Sarre RG et al. Prospective trial of pelvic floor retraining in patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1997; 40(7):821-6
- [20.] Sprakel B, Maurer S, Langer M et al. Value of electrotherapy within the scope of conservative treatment of ano-rectal incontinence. *Zentralbl Chir* 1998; 123(3):224-9
- [21.] Sultan AH, Kamm Ma, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynecol* 1994; 101:22-8
- [22.] Sultan AH, Monga AK, Stanton SL. The pelvic floor sequelae of childbirth. *Br J Hosp Med* 1996; 55:575-9
- [23.] Wilson PD, Al Samarrai T, Deakin M et al. An objective assessment of physiotherapy for female genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynecol* 1987; 94:575-82
- [24.] Wise BG, Haken J, Cardozo L, Plevnik S. A comparative study of vaginal cone therapy, cones 1 Kegel exercises, and maximal electric stimulation in the treatment of female genuine stress incontinence. *Proceeding of the 23rd Annual Meeting of the International Continence Society. Neurourol Urodynam* 1993; 12:436-7



# X- Rééducation ano-rectale

Maud BOGGIO, SF Nancy.

## Rappels anatomo physiologiques

Le Canal Anal a une longueur de 2 à 4 cm avec changement d'axe par rapport au Rectum. Le canal anal est oblique en bas et en arrière. Cette angulation est créée par le muscle pubo-rectal.

Au repos le canal anal est vide et collabé.

Tout comme le reste de l'intestin sa paroi est formée de 2 couches musculaires.

La couche musculaire superficielle est longitudinale.

La couche musculaire profonde est circulaire.

### LE SPHINCTER INTERNE

C'est l'épaississement de la musculature intestinale circulaire de la partie inférieure du Rectum. Fonctionnement indépendant de la volonté.

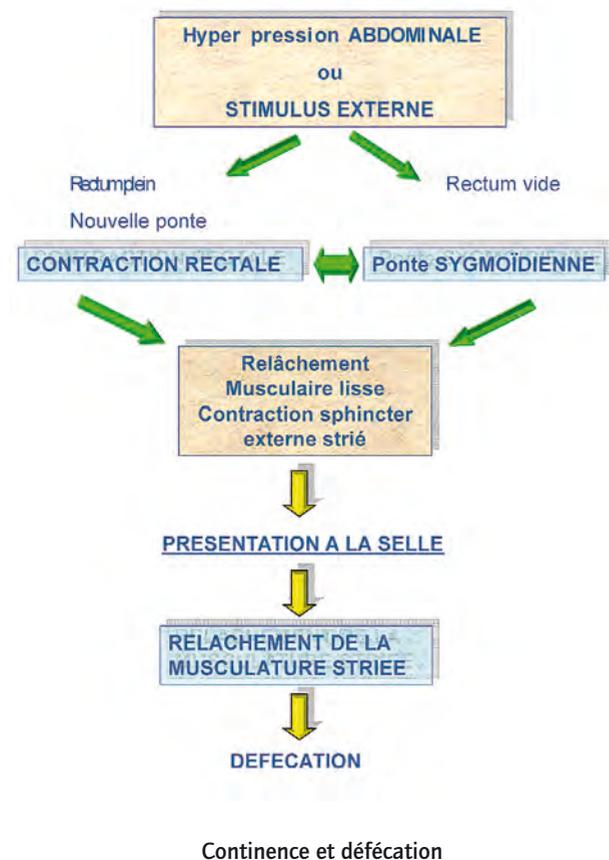
### LE SPHINCTER EXTERNE

Muscle strié avec une structure tubulaire qui entoure le sphincter interne sur toute sa hauteur et déborde vers le bas jusqu'à la peau.

### PHYSIOLOGIE RECTO ANALE

Au repos le Rectum est vide ou presque. Les selles sont stockées dans le sigmoïde.

La Continence basale est la résultante de la continence conjointe assurée par Fibres musculaires lisses et les fibres musculaires striées.



## Indications de rééducation ano-rectale

1. Prolapsus modéré ou intermittent et en prévention de récive.
2. Syndrome du périnée descendant à force de dyschésie, d'efforts violents de défécation. Importance de la rééducation pour éviter l'aggravation, mais également rééducation pré et post chirurgical.
3. Séquelles d'accouchement traumatique :
  - Dyschésie : Difficultés à émettre des selles quelle que soit leurs consistances et douleurs à l'exonération. Régression spontanée après 1er accouchement mais ce n'est plus vrai après plusieurs accouchements.
  - Il y a apparition de lésions musculaires même en l'absence de déchirure ou d'épisiotomie et même sans incontinence du post-partum. Ces micro lésions fragilisent le périnée et il y a potentialisation avec la parité.
  - Incontinence fécale (gaz ou selles).
    - Incontinence anale après un 1er accouchement = 13 % seulement aux gaz mais 1 à 2 % ne retiennent pas les selles liquides.
    - Ce sont les 2 premiers accouchements les plus traumatisants pour le périnée
    - Suite à une déchirure périnéale importante 21 % d'incontinence anale à 1 mois et 7% à 1an.
    - Les accouchements traumatiques successifs rendent les lésions irréversibles et sont vecteurs d'incontinence après 50 ans.
  - Facteurs aggravants : Les forceps qui augmentent les risques de rupture du sphincter anal, les déchirures graves, les expulsions supérieures à 1 heure, les épisiotomies médianes, la macrosomie.
4. Incontinence fécale en dehors de l'accouchement
  - Sur selles liquides quelles que soit l'étiologie.
  - Altération de la sensibilité rectale (affections neurologiques)
5. Constipation

## Première séance de rééducation

### INTERROGATOIRE

1. Antécédents (accouchements, chirurgie, maladie Inflammatoire, radiothérapie pelvienne).
  2. Modalités du transit (constipation, diarrhées, fausse diarrhée, glaires).
  3. Statut ménopausique.
  4. Prises médicamenteuses.
- L'interrogatoire est important car il permet d'évaluer le retentissement psychique et social de l'incontinence mais aussi le type d'incontinence:
- IA aux gaz, selles liquides et/ou solides.
  - IA actives : Avec perception préalable de besoins fécaux impérieux: atteinte su sphincter externe et/ou du réservoir rectal.
  - IA passive : Sans perception du besoin d'exonération = atteinte du sphincter interne, prolapsus rectal ou trouble de la vidange rectale.

### EXAMEN CLINIQUE

Permet d'éliminer les diagnostics différentiels suivants:

- Hémorroïdes prolabées de façon permanente.
- Orifice secondaire de fistule anale dont les suintements peuvent induire en erreur.



## LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

- Dermite suintante intense.
- Ectropion après chirurgie proctologique.
- Hygiène insuffisante.

L'examen peut également montrer :

- Une cicatrice d'épisiotomie ou de chirurgie, une diminution de la distance ano-vulvaire, une déformation du canal anal, une disparition des plis radiés de la marge anale évoquant une rupture sphinctérienne.
- Le Toucher Rectal peut révéler une hypotonie anale de base (atteinte du sphincter interne) ou une continence anale insuffisante (atteinte du sphincter externe) ainsi qu'un fécalome.
- Un prolapsus rectal, évoqué s'il existe une béance anale spontanée.

## Rééducation ano-rectale par biofeedback

La rééducation a pour objectif de corriger certains des mécanismes conduisant à l'incontinence. Elle agit essentiellement sur le sphincter strié (contractions volontaires, activité réflexe) et plus accessoirement sur la sensation rectale.

La technique de la rééducation ano-rectale par biofeedback la plus communément employée est celle de Denis.

Elle comprend 4 pôles :

1. Le patient doit avant tout apprendre à reconnaître la sensation de besoin à un volume de distension normal et sans délai. Pour cela on pratique une distension intra-rectale à l'aide d'un ballonnet. Si la sensation rectale se fait à un volume supérieur à la normale (10-20 ml) il convient d'apprendre au patient à reconnaître la sensation pour des volumes de distension de plus en plus faible jusqu'à ce que le seuil de perception revienne à la normale.
2. Dans un second temps, il convient de récupérer un muscle suffisamment puissant, donc de pratiquer des exercices destinés à remuscler le sphincter strié. On fait faire au patient des exercices de contraction volontaire de l'anus. On débute par des contractions faibles et brèves. Puis, on augmente l'amplitude des contractions et en dernier lieu on augmente la durée.
3. La troisième étape consiste à synchroniser la sensation de besoin et la contraction volontaire de façon à recréer le réflexe conditionné que représente le réflexe ano-rectal contractile. Pour cela, on pratique des distensions rectales à des volumes variables et on demande au patient de contracter brièvement l'anus dès qu'il perçoit le besoin. Ceci permet en outre de corriger les problèmes liés à l'existence d'un délai entre la perception du besoin et le déclenchement de la réponse striée.
4. Enfin, on demande au patient de réaliser des contractions plus puissantes et prolongées de l'anus.  
Chaque séance dure 30 minutes et 2 à 3 séances par semaine sont souhaitables. Entre les séances, le patient doit réaliser des exercices identiques à domicile : 10 contractions 3 fois par jour et mise en pratique lors de la présentation à la selle.

## Rééducation ano-rectale par électrostimulation

Elle consiste à provoquer des contractions anales réflexes en réponse à un stimulus électrique provoqué.

Cette technique précède en général toute autre forme de rééducation dans 2 circonstances :

- lorsque la contraction volontaire est si faible que toute rééducation (dont la contraction volontaire est la base) est impraticable.
- lorsque le patient n'arrive pas à contracter son sphincter de façon sélective. Les résultats étant généralement longs à obtenir et inconstants.

### RÉSULTATS

#### Sur le sphincter traumatisé

La rééducation va essayer de remuscler l'appareil sphinctérien strié. La guérison est obtenue dans 2/3 des cas. Si les résultats sont insuffisants à la satisfaction du patient, une réparation chirurgicale du sphincter doit être envisagée. Une rééducation post-opératoire complètera habituellement le traitement.

Les résultats sont habituellement bons sauf :

- s'il existe une dénervation associée
- si la perte de substance sphinctérienne est majeure

#### Sur le sphincter dénervé

Les traitements médicaux et physiothérapiques sont toujours de mise dans un premier temps car les résultats de la chirurgie sont plus aléatoires. La rééducation précédée éventuellement d'une stimulation électrique peut être tentée et en cas d'échec intervention chirurgicale (le post-anal repair).

CAS PARTICULIERS les plus souvent rencontrés par la sage femme :

#### La constipation :

La constipation est un symptôme plus qu'une maladie.

Il ne faut plus la définir par le nombre de défécation par semaine.

ON PARLE DE CONSTIPATION SI REGULIEREMENT EXISTANCE CONJOINTE de 2 des symptômes suivant :

- difficultés d'exonération des matières fécales pour 1 défécation sur 4 (1/4)
- Selles dures ou fractionnées pour 1/4
- Sensation de blocage ano-rectale 1/4
- Nécessité de manœuvres pour faciliter la défécation 1/4
- < 3 défécations par semaine

C'est le résultat de l'association d'un ralentissement du transit et d'une déshydratation des selles.

#### 1. Constipation secondaire

Elle est secondaire à une autre pathologie :

- pathologies digestives
- pathologies extra digestives (endocriniennes, métaboliques, neurologiques, compressives)
- traitements médicamenteux

#### 2. Constipation primitive

Il est important avant d'aller plus loin d'éliminer la constipation secondaire méconnue : l'interrogatoire est primordial.

Elle peut être épisodique lors de changement d'habitude de vie, d'alimentation.

Lorsqu'elle est chronique elle est due à :

- une altération du contenu (selles insuffisantes)
- Un dysfonctionnement du contenant (fonctions d'exonération perturbée)

#### 3. Constipation et pratique professionnelle

Nous sommes sollicités comme rééducateurs le plus souvent lorsque le réflexe exonérateur est émoussé ou a disparu. Mais nous avons un rôle important de dépistage de la constipation vraie lors de nos consultations de grossesse ou du post-partum, lors de la 1<sup>ère</sup> séance individuelle de préparation à la naissance.



Mais le plus souvent notre rôle sera un rôle de conseil et d'apprentissage.

#### 4. Traitement

- Hygiène défécatoire  
Présentation sans retard à la selle (repérer les moments favorables).
- Augmentation de l'activité physique.
- Conseils alimentaires pour augmenter le volume du contenu colique, importance de l'ingestion de fibres végétales. La dose quotidienne de fibres nécessaires au transit intestinal 20gr/j. Les fibres augmentent le volume fécal et ont un effet hydrophile.
- Laxatifs  
Les ballonnements sont souvent liés à la prise de laxatifs, la constipation n'intoxique pas l'organisme, ne donne pas de boutons ni de maux de tête et corriger. Bien dédramatiser, bien expliquer et corriger les erreurs hygiéno-dietétiques.
- Rééducation par biofeedback.

La dyschésie :

Le terme dyschésie désigne une défécation difficile indépendamment de sa cause.

Généralement d'autres pathologies digestives sont associées à la dyschésie.

Elle se traduit par une sensation de blocage au niveau de l'anus durant un temps supérieur à 25% du temps ou bien une défécation dont le temps dépasse plus 2 minutes. La défécation, dans ce cadre, nécessiterait le plus souvent une assistance manuelle.

La constipation est une des plaintes digestives les plus fréquents. On distingue une forme dite de transit par trouble de la progression colique et une forme dite distale ou dyschésie par trouble de l'évacuation.

La distinction entre les deux est difficile car elles sont souvent intriquées, cela repose essentiellement sur l'interrogatoire.

#### 1. Causes

- Elles sont nombreuses et relèvent de plusieurs mécanismes : obstacle, trouble de la motricité ou de la sensibilité ano-rectale, trouble de la statique pelvienne.
- Il n'est pas besoin d'insister sur certaines causes classiques : le cancer anal ou recto-sigmoïdien, le fécalome ou les sténoses ano-rectales de causes diverses.

- L'anisme, également dénommé dys synergie ano-rectale, dyschésie rectale. Un trouble moteur caractérisé par une contraction paradoxale ou une incapacité à relâcher le sphincter strié lors de la défécation.
- Le méga rectum, caractérisé par l'émoussement de la sensation de besoin, une absence de réflexe recto-anal inhibiteur et une hypertonie anale de repos.

#### 2. Traitements

L'objectif du traitement doit être d'améliorer avant tout le symptôme « dyschésie », plainte avancée par le patient et qui retentit sur sa qualité de vie.

La rééducation périnéale par biofeedback permet à un patient d'influencer directement les paramètres physiologiques de la fonction ano rectale, elle permet de faire prendre conscience de la fonction d'exonération souvent ignorée du patient et de la réguler. Dans la dyschésie, le but du biofeedback sera d'apprendre à « bien pousser » en relâchant les muscles du plancher pelvien pendant l'augmentation de la pression abdominale, ou d'apprendre « à laisser faire avec une poussée minimum » pour permettre de satisfaire le besoin exonérateur au moment où il survient. Un traitement médical doit toujours lui être associé qui assurera de la vacuité rectale avant les séances.

## Conclusion

Les mécanismes de l'incontinence anale sont actuellement de mieux en mieux connus permettant dans la plupart des cas un traitement efficace. Les patients ne doivent plus être abandonnés à leur sort comme cela a longtemps été le cas.

#### Bibliographie :

- [1.] VALANCOGNE G. Rééducation en colo-proctologie. Paris. Masson.1993.
- [2.] SIPROUDHIS L, PANIS Y, BIGARD M A. Traité des maladies de l'anus et du rectum. Paris. Masson.2007.
- [3.] LEHUR PA, LEROI AM. Recommandations pour la pratique clinique (pratique professionnelle). Gastroentérol clin biol 2000 ; 24 :299-314.
- [4.] PARADES V, ETIENNEY I. La Revue du Praticien Médecine Générale. T 17 n°623.14 décembre 2003.
- [5.] REIMUND JM. Pathologies digestives. La constipation. Cours 2002. Faculté de Médecine ULP Strasbourg. Item 300. Module 14. [www.ulpmcd.u-strasbg.fr/medecine/cours-en-ligne/e-cours/pathologie-digestive/constipation.pdf](http://www.ulpmcd.u-strasbg.fr/medecine/cours-en-ligne/e-cours/pathologie-digestive/constipation.pdf).

Le confort d'une hydratation en profondeur pour toutes les femmes

# mucogyne®

Une solution pour 3 générations

Des avantages uniques, des applications multiples

CICATRISATION

SÉCHERESSE VAGINALE

LUBRIFICATION

#### GEL AQUEUX D'ACIDE HYALURONIQUE

Plus d'hydratation et de lubrification

- Retient 1000 fois son poids en eau
- Compatible avec les préservatifs

Plus de cicatrisation

- Favorise la migration cellulaire
- Rééducation périnéale

#### STRUCTURE LIPOSOMIALE

Plus de liberté

- Libération prolongée,
- Utilisation possible à distance des rapports

Plus de confort

- Ne coule pas
- Ne tache pas

Avec applicateur ou en unidose



Pour plus de renseignements ou de documentation : [contact@cagpharma.com](mailto:contact@cagpharma.com) - [www.cagpharma.com](http://www.cagpharma.com)





## XI- Périnée et sexualité

Valérie VIGNE-CHAZAUD, Sage-femme, BLAGNAC

### Périnée et sexualité : une association évidente pourrait on dire !!

Et pourtant pas si simple à vivre ce duo si emprunt de secrets , de tabous, et de composantes sexuelles diverses. Ce sont ces dernières qui déterminent si corps et esprit sont en adéquation avec les aspects biologiques, sociaux, moraux, éthiques et psychologiques de la personne.

La « révolution sexuelle » de notre époque met en évidence une notion prépondérante, à savoir que l'acte sexuel n'est plus pratiqué en première intention dans le but de procréer mais bien dans une recherche de plaisir.

D'une sexualité innée, nous évoluons vers une sexualité acquise où apprentissage, éducation, initiation, information sont indispensables à une sexualité épanouie.

Mais si de nos jours la sexualité est en évolution constante, de nombreuses femmes restent quelque peu ignorantes sur leur image corporelle périnéale voire la manière d'appréhender leur senti vaginal interne dans l'obtention de leur plaisir.

En effet le périnée avec le ressenti interne vaginal peu ou pas conscientisé dans l'acte sexuel peut limiter ou freiner l'excitation sexuelle.

C'est pourquoi le tonus musculaire des releveurs joue un rôle important sur l'excitation sexuelle : c'est lui qui permet à cette excitation sexuelle de naître, de se développer, de se maintenir, de s'entretenir, de progresser ou qui l'empêche de s'installer.

Mais le périnée est un « espace » témoin d'émotions, de sensations, de joie pour les unes, de peurs, de mémoires, de dégoûts pour les autres. Permettre à ces femmes de parler de leur sexualité c'est leur ouvrir les portes à une qualité de Vie et de Santé .

Rapivoiser ces femmes avec leur corps, leur intimité, leur droit au désir et au plaisir, c'est leur permettre, à leur rythme, de se rapprocher cet espace de Vie où siège au plus profond d'elle leur identité intime et vibratoire.

C'est donc compter sur notre devoir d'information où entre autre le périnée n'est pas uniquement associé qu'au verrouillage dans la prévention des IUE ou des prolapsus mais en lien avec les divers stimuli du plaisir, conscientisé, peut aider à nourrir l'excitation sexuelle afin de vivre pleinement la réceptivité génitale.

## XII- L'importance de la prise en charge de la femme par un ostéopathe avant la rééducation

M PERIS, Ostéopathe, DO MROF

L'ostéopathie, véritable art de soigner, considère l'individu dans sa globalité.

A ce titre, elle peut accompagner la femme tout au long des étapes de sa vie; la maternité est une de ses étapes clés, où le corps de Femme va se transformer, s'adapter pour accueillir et porter la vie.

Toutes ces modifications, avec l'étape ultime de la naissance, entraînent de grands changements.

Comment ne pas conseiller avant, pendant et après un suivi ostéopathique ?

Dans l'après, l'Ostéopathie va aider à retrouver son équilibre, permettre au corps une meilleure récupération, retrouver une mobilité notamment au niveau du bassin et tout ce travail permettra de potentialiser, de favoriser le travail minutieux que représente la rééducation périnéale.

# Vos soins exigent qualité et fiabilité

## La meilleure détection fœtale

- Compact et léger : 3 Kg
- Batterie de 7 heures
- 12 heures de mémoire interne
- Technologie exclusive d'acquisition
- Qualité et précision du tracé fœtal
- Transfert et archivage des séances sur PC dès le retour au cabinet



# F3

Importateur exclusif

SonoTrax



# Cadence II

## Le n°1 de la rééducation périnéale



## YSY EST EVOLUTION 2

- Efficacité et confort de stimulation reconnus
- Biofeedback temps réel et non perturbé
- Fichier patients, bilans et planches anatomiques
- Protocoles créés par les plus grands formateurs
- Ergonomie et simplicité d'utilisation du logiciel
- Concentré de technologie éprouvée, fiabilité



un service simple et gratuit  
vous permettant de diffuser  
votre chaîne personnalisée.



Des informations utiles et pratiques  
sur votre maternité

Des reportages  
de prévention pour les jeunes  
mamans et les nouveau-nés



Des courts-métrages pédagogiques  
à destination des jeunes familles

Du divertissement



Ce dispositif  
est entièrement  
gratuit pour votre  
maternité grâce  
à la présence  
d'annonceurs  
sélectionnés.

Offre valable sous condition de disposer d'un accès internet  
à proximité et d'un canal libre sur le réseau de téléviseurs.

Vous souhaitez bénéficier de ce nouveau dispositif,  
contactez Bruno Moscatelli au 06.27.68.06.57 ou [bmoscatelli@familyservice.fr](mailto:bmoscatelli@familyservice.fr)