

GUIDE POUR LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES EN RÉÉDUCATION PELVI PÉRINÉALE



Commission périnée du CNSF - Dossier 2014

Coordonné par Chantal Fabre-Clergue

**Sous la direction de Sophie Guillaume
Présidente du CNSF**



Réalisé avec le soutien
de Family Service - La Boite Rose



Le CNSF a choisi, une nouvelle fois d'aborder dans son dossier thématique la rééducation périnéale et ce, pour plusieurs motifs :

L'incontinence urinaire est fréquente, et affecte 25 à 45 % des femmes de la population générale. La prévalence de l'incontinence augmente avec l'âge jusqu'à environ 65 ans (NP2). L'incontinence urinaire affecte la santé l'image de soi en entraînant des complications dermatologiques (macération, escarres) Elle affecte la qualité de vie des personnes atteintes et, en termes de santé publique, engendre des coûts importants. (NP1).

(1) *Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine : D-L. FALTIN-JGYN-12-2009-38-8S1-0368-2315-101019-200907730*

Par ailleurs, le coût global de l'incontinence urinaire représenterait entre 2 et 2.5%* des dépenses totales de santé. (*source TENA). En excluant les consultations et les examens complémentaires, le coût total est estimé à plus de **3,5 milliards d'euros par an***. (*source TENA) (Assurance Maladie-Février 2012)

La rééducation pelvi périnéale s'intéresse aussi à l'incontinence anale, sujet encore tabou qui touche plus de 20% des femmes.

Enfin, et surtout, les femmes ne connaissent pas leur périnée. Seulement 14 % disaient en avoir une vision précise, et près de 50 % ne le visualisaient pas du tout, n'osant pas le regarder. Dans une évaluation portant sur la connaissance de l'anatomie du périnée notée sur 18, la note de la moyenne des femmes était de 13.6 avec 50 % de « connaissance moyenne ». L'énumération des trois orifices du périnée d'avant en arrière était correcte pour 39 % des femmes. (*Le périnée, qu'en savent les femmes ?* Revue SF-06-2005-4-3-1637-4088-101019-200503924 H.Tonneau, B.Branger ,F. Chauvin J.Guermeur ,J.Y.Grall)

L'ensemble de ces données traduit ce que nous savons depuis longtemps, et que nous estimons urgent de corriger : promouvoir une approche éducative et préventive auprès de toutes les femmes lors des séances de préparation à la naissance, mais aussi en association aux différentes méthodes de rééducation.

Force est de constater qu'aujourd'hui un certain nombre de femmes ne présente pas de signes cliniques d'incontinence urinaire ou de prolapsus après l'accouchement. Cependant, très souvent, les lésions neurologiques ou musculaires du périnée antérieur et du périnée postérieur ne se manifestent que tardivement. La rééducation périnéale (selon les méthodes validées par l'Anaes en 2002) est quasiment toujours indispensable.

Au vu des différentes publications, il apparaît fondamental de toujours faire une éducation périnéale. Ainsi, nous pouvons espérer une diminution des complications liées à l'incontinence urinaire, à l'incontinence anale et aux problèmes sexuels. Les sages-femmes sont des professionnelles de premier recours, elles assurent désormais la santé génésique des femmes. La connaissance du périnée et de sa physiologie devrait être évaluée à chaque consultation, donnant lieu ou non à des séances d'éducation pelvi périnéale.

Par ailleurs, quelques sages-femmes désireuses de pratiquer la rééducation pelvi périnéale, se sentent parfois peu outillées. Si la formation initiale, réparties sur 5 années d'études, apporte de solides connaissances théoriques en matière de rééducation périnéale, il est cependant malaisé d'acquérir une compétence pratique, en effet les stages ne sont pas facilement réalisables au cabinet. Cependant, grâce à l'installation régulière de nouvelles consœurs les difficultés se réduisent.

Il nous semble donc souhaitable, que toute sage-femme, comme tout autre rééducateur, disposée à pratiquer la rééducation périnéale, complète sa formation initiale par une formation universitaire.

Par ailleurs, l'acquisition de compléments de formations relatives à l'éducation semble indispensable pour apporter les compétences nécessaires pour corriger, restaurer et préserver la qualité de vie et ainsi rendre nos patientes plus autonomes.

Par ce guide, et grâce à la collaboration des experts, le CNSF souhaite apporter un outil à toutes les sages-femmes qui envisagent de développer la rééducation périnéale dans leur activité.

Depuis les recommandations de l'ANAES en 2002, la connaissance du périnée s'est aiguisée, les méthodes de prise en charge se sont multipliées sans pour autant être passées au crible de l'évaluation des pratiques professionnelles. Le CNSF soucieux d'apporter des RPC aux sages-femmes, va entreprendre une démarche auprès de la HAS pour évaluer scientifiquement l'ensemble des méthodes pratiquées en France et conforter ces professionnelles dans leur pratique.

Enfin, je tiens à remercier vivement le groupe de travail qui a consacré, beaucoup d'énergie de passion, de temps, pour que ce guide puisse réunir l'ensemble des approches et courants proposés en France, en ne perdant pas de vue la rigueur scientifique.

Sophie Guillaume, Présidente du CNSF

GUIDE POUR LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES EN REEDUCATION PELVI-PERINEALE



SOMMAIRE

PRÉFACE	page 3
INTRODUCTION / GROUPE DE TRAVAIL	page 5
CHAPITRE 1 - LA FORMATION INITIALE	page 6
CHAPITRE 2 - CADRE LÉGISLATIF ET COMPÉTENCES DE LA SAGE-FEMME	page 7
CHAPITRE 3 - CONDITIONS D'EXERCICE EN CABINET ET MILIEU HOSPITALIER ..	page 8
CHAPITRE 4 - PRÉREQUIS INDISPENSABLES À LA PRATIQUE DE LA RÉÉDUCATION	page 10
1 - Anatomie du périnée	
2 - Physiopathologie de la statique pelvienne	
3 - Symptomatologie périnéo-sphinctérienne	
CHAPITRE 5 - CLINIQUE	page 16
A - Logigramme	page 16
B - Démarche clinique	page 17
1 - L'entretien	
2 - L'interrogatoire	
3 - L'examen clinique	
4 - Les examens complémentaires	
5 - le diagnostic	
6 - Le schéma thérapeutique	
7 - L'évaluation	
8 - Les orientations secondaires	
C - L'éducation comportementale	page 21
CHAPITRE 6 - PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES	page 23
PRÉAMBULE	
1 - Recommandations	
2 - Le travail manuel	
3 - Le biofeedback	
4 - L'électrostimulation fonctionnelle	
5 - La Gymnastique Abdominale Hypopressive (GAH)	
6 - Le Concept Abdo-périnéo-MG	
7 - La méthode proprioceptive pelvi périnéale (5P)	
8 - La Connaissance et Maîtrise du Périnée (CMP)	
9 - L'Approche Posturo Respiratoire (APOR)	
10 - Périnée et mouvement	
11 - L'eutonie	
CHAPITRE 7 - <u>LES PESSAIRES</u>	page 33
<u>CONCLUSION</u>	page 34
<u>CAHIER D'OUTILS</u>	page 35

introduction

Chantal Fabre-Clergue

En 2009, le CNSF a réalisé une enquête auprès des sages-femmes françaises pour évaluer les besoins des sages-femmes rééducatrices.

En 2010, le premier guide « La rééducation périnéale : la connaître, la maîtriser pour mieux la pratiquer » a été élaboré et distribué.

En 2012, lors d'un CA du CNSF la commission périnée est créée, validée par l'ensemble des membres, et une invitation pour y participer est lancée à toutes les adhérentes du CNSF.

En 2013, la décision est prise d'élaborer cette fois, un guide composé essentiellement de recommandations scientifiques validés par la H.A.S.

Le groupe de travail constitué débute les réunions à Paris, au rythme d'une réunion mensuelle pendant 1 an, pour assurer la distribution de ce guide en 2014 par Family service, responsable de l'édition et de la distribution.

Je tiens à remercier ce sympathique groupe de consœurs pour leur aide précieuse et leur travail de recherches qui a permis la naissance de ce modeste ouvrage (hélas limité à 44 pages !!)

J'espère de tout cœur qu'il deviendra vite un outil indispensable, pour débiter ou améliorer la pratique de la rééducation périnéale.

En effet, ce guide a pour buts de mettre à votre disposition :

- Les connaissances et bonnes pratiques indispensables à l'organisation de votre cabinet et à la qualité de la prise en charge des patientes.
- Une méthodologie et une démarche clinique adaptées à cette activité en utilisant des outils spécifiques (dossier type, calendrier mictionnel et grilles de scoring)
- La présentation des méthodes actuellement utilisées par les sages-femmes sur le territoire y compris celles qui, à ce jour, ne sont pas encore scientifiquement validées.

Ce n'est pas « par hasard » que l'on s'intéresse à la pratique de la rééducation périnéale.

La sage-femme occupe une place privilégiée dans le parcours de soins des femmes, pour proposer tout au long de la vie une rééducation de qualité y compris pendant la grossesse.

Je vous souhaite une bonne lecture.

Chantal Fabre-Clergue

Groupe de travail coordonné par Chantal Fabre-Clergue et Sandrine de Tayrac:

BATTUT Anne SF libérale, SF cadre 75 Paris - DE TAYRAC Sandrine SF libérale 30 Gard - DUPOND Chantal SF 59 Nord - FLANDIN-CRETINON Sophie SF enseignante 92 Hauts de Seine - FABRE-CLERGUE Chantal SF libérale sexologue 13 Bouches du Rhône - FRIGNET Sophie SF libérale 91 Essonne - GUILLAUME Sophie SF cadre 75 Paris - KERBRAT Violaine SF libérale 78 Yvelines - LATOUR Elisabeth SF libérale 95 Val d'Oise - LEWKOWITCH Catherine SF libérale 57 Moselle - MORANDI Sophie SF libérale 94 Val de Marne - NICOT Sylvie SF formatrice 27 Eure - SACHET Anne-Françoise SF libérale 75 Paris.

Nous remercions Michel Bouvier, Renaud de Tayrac, Xavier Fritel, Laurent Wagner, Alain Marzolf, Bénédicte Jouffroy, Pierre Marés pour leurs conseils avisés et la relecture de ce guide.

chapitre I

La formation

Sophie Flandin-Cretinon

A. LA FORMATION INITIALE des sages-femmes est régie par :

1- L'arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques et **l'annexe de cet arrêté** où sont précisés les objectifs de la formation dans le domaine du SUIVI POSTNATAL :

« En post-partum l'étudiant doit apprendre à.... prévenir et corriger des troubles périnéo-sphinctériens »

2- L'arrêté du 11 mars 2013 relatif au diplôme d'Etat de sage-femme, et **l'annexe de cet arrêté** qui définit le programme de formation selon les compétences attendues des sages-femmes.

La formation théorique et clinique est structurée en Unités d'enseignement (UE) comprenant un certain nombre d'ECTS (European Credits transfert System : système de crédits européens facilitant la lisibilité et la comparaison des cursus de formation).

2-1 Unités d'enseignement théorique :

Il n'existe pas d'U.E spécifique concernant la rééducation périnéale ; l'enseignement est réparti de façon transversale sur plusieurs U.E elles même réparties sur l'ensemble du cursus. Parmi ces UE et les objectifs généraux y afférant, retenons ceux de :

• **Gynécologie, santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation**

- Mener une consultation de suivi gynécologique de prévention
- Acquérir des connaissances permettant l'apprentissage de la rééducation périnéale
- Dépister et participer à la prise en charge des pathologies gynécologiques :
 - . Pathologies fonctionnelles et organiques des organes uro-génitaux et mammaires
 - . Bilan urodynamique
- Offrir un suivi de qualité adapté à la personne en favorisant les conditions d'expression et d'écoute.

• **Santé publique**

- Prévenir, informer, éduquer dans les domaines de la gynécologie

• **Sciences humaines et sociales**

- Connaitre les recommandations et outils de bonnes pratiques

• **Recherche**

- Réaliser une analyse critique des données existantes

2-2 Unités d'enseignement clinique :

Leur finalité est l'acquisition des compétences fondamentales et spécifiques décrites dans le Référentiel métier et compétences de sage-femme, soit dans le domaine traité ici :

• **Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post natale :**

- En recherchant **d'éventuels troubles périnéaux et sphinctériens et en déterminant leur prise en charge.**

L'apprentissage clinique de la rééducation pelvi-périnéale est intégré aux objectifs des stages postnataux en établissements publics, privés et libéraux.

Les stages concernent la période postnatale et le suivi gynécologique. **Les stages hors établissement sont obligatoires**, ils préparent les étudiants entre autres à l'exercice libéral.

B. LA FORMATION CONTINUE

Le décret n°2011-2117 du 30/12/11 pose l'obligation législative pour les sages-femmes de participer annuellement à un programme de développement professionnel continu (DPC.)

Dans son article R. 4153-1, il est précisé que cette obligation contient « l'analyse, par les sages-femmes, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. »

Quel que soit leur mode d'exercice, les sages-femmes ayant une pratique de rééducation pelvi-périnéale sont concernées par cette obligation individuelle.

Cadre législatif et Compétences de la Sage-Femme

Violaine Kerbrat et Sophie Flandin-Crétonin

L'assurance maternité prend en charge à 100 % les frais médicaux, qu'ils soient ou non liés à la grossesse, pendant la période qui débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine douze jours après l'accouchement (*article L.331-2 du code de la sécurité sociale en vigueur le 1er juillet 2004.*)

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, « les séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne. »

Leur remboursement se fera donc à 100 % dans le cadre de l'assurance maternité, sans limitation ni dans le temps, ni dans le nombre de séances.

Cependant, au-delà de 30 séances une entente préalable est nécessaire et la prescription doit être effectuée par un médecin (décision de l'UNCAM modifiant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) parue au JO le 28/02/2012).

Il n'existe pas de texte fixant la durée de validité d'une prescription de rééducation périnéale, mais la caisse d'assurance maladie se réserve le droit de demander au service médical si le traitement demeure justifié après une certaine durée.

L'assurance maladie prend en charge à 70% les séances de rééducation périnéale en uro-gynécologie (les 30% sont souvent complétés par la mutuelle).

La sage-femme peut effectuer la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement (Article R.4127 du code de la santé publique, JO du 18 octobre 2006.) Elle est donc habilitée à réaliser la rééducation uro-gynécologique sans limite d'âge, mais pas chez les nullipares, ni chez les hommes. Dans le cadre du post-partum (90 jours), la prescription peut être effectuée par un médecin ou par une sage-femme.

La sage-femme peut réaliser la rééducation périnéo sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement auprès des femmes qui, des mois voire des années après leur parturition, sont atteintes de troubles périnéo-sphinctériens, et dans ce cas, sur prescription d'un médecin.

A ce jour, dans le cadre du suivi gynécologique, la prescription de la rééducation pelvi-périnéale ne fait pas partie des compétences de la sage-femme.

La prescription et la réalisation de la rééducation abdominale ne font pas partie des compétences de la sage-femme.

L'ordonnance doit être envoyée aux caisses d'assurance maladie selon les modalités de transmission des pièces justificatives prévues à la Convention au titre 3 et au B/ de l'article 3.5.3.

Toutefois, les sages-femmes étant habilitées à pratiquer la rééducation périnéale dans les trois mois suivant l'accouchement sans prescription préalable, il n'y aura pas d'envoi à effectuer dans ce cas de figure.

De plus, il est précisé dans la NGAP :

→La durée des séances est de l'ordre de trente minutes ; cependant celle-ci doit être adaptée selon le type de rééducation envisagé.

→Au cours de la séance de rééducation, la sage-femme se consacre exclusivement à sa patiente.

Dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la cotation des séances de rééducation périnéale est de SF 7. A cet égard, la NGAP indique que la cotation comprend les différents actes techniques et utilisés par le professionnel pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soit des manœuvres de massage, des actes de gymnastique médicale ou des techniques de physiothérapie. Il n'est donc pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance (*UNCAM décision du 20/12/11.*)

La nécessité d'une rééducation et le type de rééducation à proposer doivent être adaptés aux besoins et attentes de la patiente. Sur l'ordonnance il est possible de libeller le type de rééducation souhaité (manuelle, électrostimulation, biofeedback) et de prescrire un dispositif médical approprié (sondes vaginales, anales ou électrodes cutanées périnéales (*JO / Arrêté du 27 juin 2006.*))

Le nombre de séances ne doit pas obligatoirement figurer sur l'ordonnance, il est laissé à l'appréciation du rééducateur.

La sage-femme est habilitée à prescrire les examens complémentaires relatifs à la rééducation périnéale : examen biochimique et bactériologique des urines, examen bactériologique des sécrétions vaginales (se référer au droit de prescription).

Les masseurs-kinésithérapeutes sont également habilités à pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne dans le cadre du post-partum, **mais au delà de 90 jours après l'accouchement**. Ainsi, il ne pourra pas y avoir de prise en charge par l'assurance maternité si la rééducation est effectuée par un masseur-kinésithérapeute avant ce délai de 90 jours, sauf si la patiente n'a pas de sage-femme rééducateur dans un périmètre de 50 kilomètres autour de son domicile.

Il est recommandé de garder les dossiers des patientes 30 ans.

A noter que la prescription de rééducation n'est pas systématique en post-partum :

Une patiente ne présentant aucune symptomatologie périnéale, un examen clinique normal, sans aucune gêne, n'y trouvera aucun bénéfice

Ceci étant, l'éducation fait partie intégrante des compétences de la sage-femme.

Dans le domaine de la rééducation périnéale, **il est important de proposer une prise en charge éducative et préventive à toutes les femmes** en amont de la grossesse (consultations prénatales, PNP) et dans le cadre de suivi gynécologique de prévention.

chapitre III

Conditions d'exercice en cabinet et en milieu hospitalier

Sandrine de Tayrac

Voici une synthèse des textes de référence en matière de qualité de soins : hygiène, sécurité, accessibilité :

1- LES LOCAUX

- Il est impératif que la sage-femme dispose d'une salle d'attente ainsi que d'une salle de rééducation bien isolée et d'une dimension appropriée.
- Le sol, les murs et les portes de la salle doivent être lisses et lavables avec un désinfectant.
- Avant d'utiliser le lavabo, faire couler l'eau pendant 30 s, verser tous les soirs de l'eau de javel, et désinfecter quotidiennement les robinets et leur environnement.
- Un détartrage est à pratiquer régulièrement.
- Les objets meublants, la décoration, l'éclairage seront d'entretien facile et désinfectables.
- Les jouets sont nettoyables et désinfectés quotidiennement.
- Les plantes vertes et saturateurs sont déconseillés
- La pièce doit être aérée et/ou ventilée régulièrement.
- La salle doit être équipée d'un lavabo avec savon liquide, d'un distributeur de papier essuie main à usage unique, et d'une poubelle fermée à ouverture non manuelle munie d'un sac plastique voire une poubelle spécifique DASRI (Déchet d'Activité de Soins avec Risque Infectieux).

- La table doit être recouverte d'un revêtement plastifié lessivable sans couture ni soudure, le tissu non tissé à usage unique doit être plastifié.
- Le change et la désinfection de la table se feront après chaque patiente.
- Le marchepied doit être protégé et désinfecté régulièrement.
- Les boutons, manettes des appareils d'électrothérapie doivent être dépoussiérés et désinfectés (utilisation de lingettes désinfectantes).
- Un cabinet libéral est un établissement recevant du public (ERP) classé en 5^e catégorie en application des articles R.123-18 et R.123-19 du code de la construction et de l'habitation ; il est donc soumis aux règles relatives à la sécurité incendie, aux installations électriques, aux risques liés à l'amiante, aux risques naturels et technologiques.
- La réglementation du 13 juillet 1991 (loi n°91-663) révisée par l'arrêté du 24 septembre 2009 doit être appliquée (système d'alarme sonore anti-incendie, panneau affichant les consignes d'urgence, extincteur fonctionnel, matériel de premiers secours). Le système électrique doit être conforme aux normes en vigueur. L'accès aux sorties de secours doit être dégagé.
- Les locaux doivent être aménagés en respectant les règles de la loi du 11 février 2005 relatives à l'accessi-

lité des personnes à mobilité réduite (portes, palier de repos, espace de circulation, sanitaires adaptés...) ; cet aménagement doit être effectif au plus tard le 01 janvier 2015. Le législateur a prévu des sanctions en cas de non application de cette loi.

2- LE THÉRAPEUTE

→ Le lavage soigneux des mains :

- Le lavage des mains constitue le premier moyen de lutter contre l'infection nosocomiale et de limiter sa transmission.
- Il doit s'effectuer les mains mouillées avec un savon durant 1 minute 30 sec suivi d'une friction avec une solution hydro alcoolique (SHA) pendant la même durée.
- Il doit être systématique avant et après chaque patiente.

→ Le port de gants :

- Le port de gants est obligatoire (avec et sans latex) et se fait après lavage soigneux des mains.
- Ils seront changés à chaque manipulation interne.
- Le thérapeute n'aura aucun contact avec d'autres éléments (téléphone, poignée de porte).
- Le retrait des gants se fera sur l'envers ; ils seront jetés dans une poubelle à sac spécial (contaminant).
- Il est conseillé de ne pas utiliser de doigtier.

→ La tenue du praticien :

- Une tenue de préférence blouse fermée manches courtes avec ouverture centrale, et un pantalon professionnel est recommandée (le lavage de la tenue doit se faire séparément du linge personnel à 60°C).
- Privilégier les chaussures de travail couvertes lavables
- Les cheveux longs doivent être attachés.
- Proscrire bagues, montre, bracelet...
- Pour la rééducation à domicile, il est souhaitable de prévoir une tenue « appropriée ».
- La sage-femme doit disposer dans son cabinet ou à domicile de masques.

3- LE MATÉRIEL ET LES ACCESSOIRES DES PATIENTES

- Les sondes endocavitaires doivent être personnelles ; leur premier nettoyage s'effectuant par la sage-femme avec eau et savon complété par un antiseptique type lingette, il est recommandé de les rendre aux patientes enveloppées dans un papier à usage unique et de préconiser un 2ème nettoyage à la maison.
- Leur entretien peut être expliqué à l'aide d'une petite fiche remise à la patiente.
- Elles doivent être rapportées par les patientes à chaque séance.
- Les électrodes de contact seront également personnelles.
- Pour faciliter l'emploi de la sonde, la sage-femme peut utiliser un gel stérile en conditionnement individuel, à défaut il peut être en conditionnement collectif en notant la date d'ouverture du flacon (doit être jeté chaque semaine).

4- L'ÉLIMINATION DES DÉCHETS D'ACTIVITÉ DE SOIN AVEC RISQUE INFECTIEUX (DASRI)

- L'élimination des déchets (protections hygiéniques, gants...) revient à la sage-femme ; elle doit se munir de poubelle DASRI et reste responsable jusqu'à leur complète élimination. Pour cela, le professionnel de santé peut s'adresser à la mairie de sa commune ou à l'agence régionale de santé service santé-environnement.
- La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de confier l'élimination de ces déchets à un prestataire de service, cette collecte pouvant se faire conjointement à un autre professionnel de santé partageant ainsi les frais
- Les boîtes d'Objet et matériel Piquant Coupant Tranchant (OPCT) doivent être stockées dans un délai maximum :
 - . de 3 mois si < à 5 kg de déchets / mois
 - . de 72 heures si > à 5 kg de déchets / mois

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Guide des locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité. (site [www.gouv.fr/IMG/pdf/Guide Réussir l'accessibilite.pdf](http://www.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Réussir_l'accessibilite.pdf))
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Circulaire interministérielle GUHC2007-53 du 30 novembre 2007 annexe 8 (BO n° 2007-23) relative à l'accessibilité des établissements recevant du public.
- Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé : Guide de prévention DGS janvier 2006
- Hygiène et prise en charge des dispositifs médicaux en gynécologie : Guide de bonnes pratiques CCLIN Sud-ouest 2006 (site www.cclin-sudouest.com)
- L'hygiène en cabinet libéral BLANCHERE JP, CNGOF, 2007
- Recommandations : Hygiène et Prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical SFTG-HAS juin 2007 (site www.has-sante.fr)
- Guide « Elimination des déchets d'activités de soins à risques : comment les éliminer ? » DGS 2009 (site [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide Dasri BD.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Dasri_BD.pdf))
- Mémoire de fin d'études de sage-femme « Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet libéral de sage-femme en France » MOLINER N, Ecole de sages-femmes de l'hôpital FOCH (Suresnes) 2011
- L'exercice libéral des sages-femmes : documents professionnels cadre législatif (site www.ordre-sages-femmes.fr, espace pro)

chapitre IV

Prérequis indispensables à la pratique de la rééducation

Chantal Fabre-Clergue

1- ANATOMIE DU PÉRINÉE FÉMININ

La bonne maîtrise de l'anatomie descriptive quoi qu'indispensable, n'est pas suffisante.

Tout professionnel se doit de connaître l'anatomie fonctionnelle de la statique globale et pelvi périnéale, c'est-à-dire comment fonctionne le périnée au quotidien, en particulier dans la miction, la défécation, la sexualité et l'accouchement.

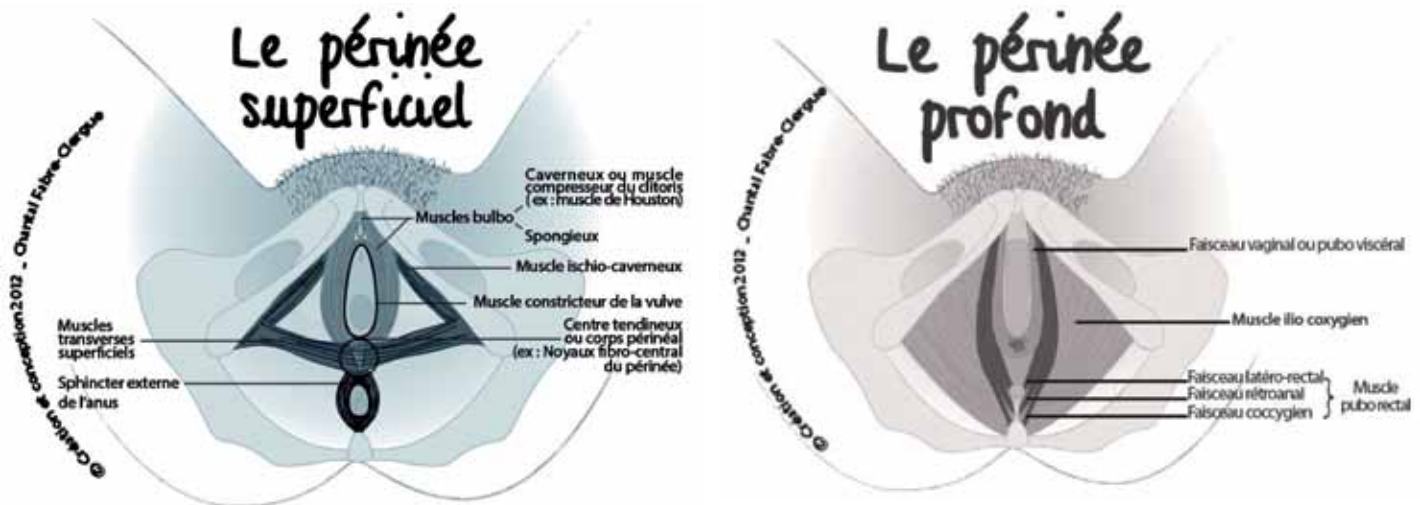
1-1 Anatomie descriptive

Le périnée est l'ensemble des parties molles qui ferment en bas l'excavation pelvienne. Ses limites sont constituées par un cadre ostéo-fibreux, losangique avec en avant le bord inférieur de la symphyse pubienne et les branches ischio-pubiennes, et en arrière le sommet du coccyx et les ligaments sacro-tubéreux.

La ligne transversale passant par les deux tubérosités ischiatiques sépare le périnée en deux segments triangulaires :

- Le périnée antérieur ou région uro-génitale
- Le périnée postérieur ou région anale.

Chacune de ces deux régions est située dans un plan différent. Ces plans forment un angle dièdre ouvert en haut.



Avis au lecteur : La terminologie utilisée ici par l'auteur est la terminologie actuelle. Pour les mêmes structures anatomiques, la terminologie varie selon les auteurs et les dates des ouvrages.

Le plan superficiel du périnée :

Il comprend 5 muscles :

- Le sphincter externe de l'anus, situé dans le triangle rectal du périnée
- Les muscles transverses superficiels, ischio-caverneux, bulbo-caverneux et constricteurs de la vulve occupant le triangle uro-génital.

L'aponévrose périnéale superficielle

- Elle est sous cutanée et s'étend seulement dans le périnée antérieur et recouvre les muscles superficiels du triangle uro-génital.

- Elle s'attache sur les côtés aux branches ischio-pubiennes.
- En arrière l'aponévrose se confond sur la ligne médiane avec le noyau fibreux central alors que de part et d'autre, elle contourne le bord postérieur du transverse superficiel et s'unit au-dessus de ce muscle au feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne.
- Elle se perd en dedans dans le tissu conjonctif de la base des petites lèvres.
- En avant, elle se continue avec le fascia clitoridien.
- Elle recouvre directement les muscles du plan superficiel.

Le muscle ischio-caverneux

C'est un muscle pair et symétrique. Il s'insère :

- Au-dessus et au-dessous de la racine du corps caverneux sur la branche ischio-pubienne
- Sur la face interne de l'ischion en arrière du corps caverneux et en avant de la tubérosité ischiatique.

Ces deux faisceaux se regroupent, ils se portent en avant et en dedans, enveloppant les faces internes, inférieures et externes du corps caverneux.

Le muscle bulbo-caverneux

C'est un muscle aplati, pair et symétrique. Il recouvre la face externe du bulbe vestibulaire et de la glande vestibulaire majeure. Il s'insère en arrière par une extrémité large et mince sur le centre tendineux du périnée. Il se dirige en haut et en avant, en devenant plus étroit et se termine en avant sur la face dorsale du clitoris.

Le muscle transverse superficiel du périnée

C'est un muscle très variable et inconstant, souvent confondu avec le transverse profond. Il est cependant bien développé quand le transverse profond fait défaut.

Il naît de la face interne de la branche ischio-pubienne, se porte transversalement pour se terminer sur le centre tendineux du périnée, parfois dans le sphincter de l'anus ou dans le muscle bulbo-caverneux.

Les organes érectiles

Ils sont situés à la face inférieure de l'aponévrose périnéale moyenne qui leur sert de lame fixatrice, et sont contenus dans une véritable loge fibreuse limitée :

- En haut par l'aponévrose périnéale moyenne
- En bas par l'aponévrose périnéale superficielle

Le clitoris : équivalent des corps caverneux masculins, il est formé de 2 racines latérales s'insérant sur les branches ischio-pubiennes, qui se réunissent sur la ligne médiane et forment sous la symphyse pubienne le clitoris.

Le bulbe vestibulaire : équivalent du corps spongieux masculin, est constitué de 2 parties ovoïdes de part et d'autre du vagin, qui s'insèrent en arrière sur le centre tendineux du périnée, et se réunissent en avant sur la ligne médiane sous la symphyse.

Les éléments glandulaires :

- Les glandes de Skene : Ce sont deux petites glandes situées au contact même de la paroi de l'urètre ; homologues de la prostate masculine elles s'ouvrent de part et d'autre de l'orifice urétral par deux petits canaux excréteurs.
- Les glandes de Bartholin ou glandes vestibulaires majeures : Ce sont deux volumineuses glandes situées entre la base des petites lèvres et la face interne de l'extrémité postérieure du bulbe qu'elles débordent en arrière. Leur canal excréteur s'ouvre sur la paroi vaginale dans la gouttière qui sépare l'hymen des petites lèvres (sillon labio-hyménéal).

Le plan moyen du périnée

Il est séparé du précédent par l'aponévrose périnéale moyenne. Les muscles du plan moyen du périnée sont le muscle transverse profond et le sphincter externe de l'urètre.

Le muscle transverse profond du périnée :

Il s'insère en dehors sur la face interne de l'ischion et à la branche ischio-pubienne, au-dessus de l'ischio-caverneux et du transverse superficiel. Il s'attache en dedans au centre tendineux du périnée en envoyant quelques fibres au canal anal.

Le sphincter externe de l'urètre :

C'est un manchon musculaire de 2 à 2,5 cm de haut, constitué de deux couches :

- Une couche circulaire interne,
- Une couche externe arciforme dont les fibres concaves en arrière entourent la partie inférieure de l'urètre et vont rejoindre en arrière le noyau fibreux central du périnée.

Vascularisation

Vascularisation artérielle

Elle est assurée essentiellement par l'artère pudendale. En général, c'est la branche de division antérieure de l'artère iliaque interne.

Elle naît dans l'espace pelvi-rectal supérieur, quitte le bassin par la grande échancrure sciatique au-dessous du pyramidal, contourne l'épine sciatique et pénètre par la petite échancrure sciatique dans la fosse ischio-rectale.

Elle gagne le périnée antérieur en parcourant le prolongement antérieur du creux ischio-rectal dans le canal d'Alcock, contre la branche ischio-pubienne, accompagnée en dedans par sa veine et par le nerf pudendal.

Elle chemine à la face supérieure de l'aponévrose périnéale moyenne, au-dessus du muscle transverse profond.

Elle fournit plusieurs collatérales pour le périnée : l'artère rectale inférieure, l'artère périnéale superficielle, l'artère du bulbe vestibulaire et l'artère urétrale.

Vascularisation veineuse

Les veines ont une disposition schématiquement calquée sur celle des artères. Elles tirent leur origine du plexus veineux de Santorini. L'ensemble de ce plexus se draine en arrière par les veines pudendales qui suivent le trajet de l'artère pudendale et reçoivent des collatérales cavernueuses, bulbaires et périnéales homologues des branches artérielles. Les veines pudendales se jettent dans la veine iliaque interne.

Vascularisation lymphatique

Les lymphatiques profonds du périnée antérieur suivent le trajet des veines et vont se jeter dans les ganglions iliaques internes et les ganglions de la bifurcation iliaque.

Innervation : Le nerf pudendal (ex nerf honteux)

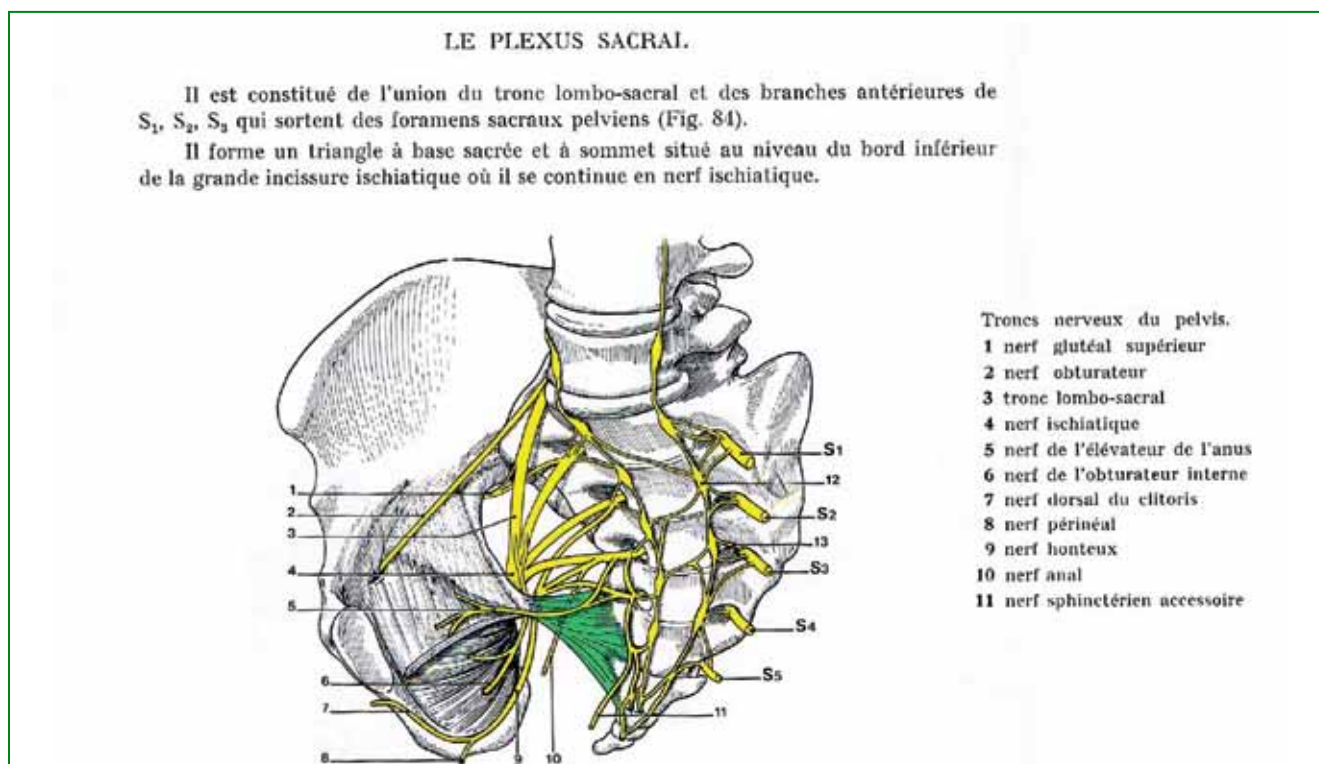
Le nerf pudendal, issu des racines S2, S3, S4 de la face antérieure du sacrum, traverse la gaine constituée des ligaments sacro-épineux et sacro-tubéral.

Le nerf chemine ensuite dans un dédoublement de l'aponévrose du muscle obturateur interne dont la partie inférieure se divise en deux feuillets constituant le canal d'Alcock, traversé également par des artères et des veines.

Puis il se divise en trois branches :

- Le nerf hémorroïdal inférieur (ou nerf rectal inférieur, ou nerf anal), innerve la région péri-anale, l'anus, le rectum, le muscle élévateur de l'anus pour la branche sensitive, et le sphincter externe de l'anus, pour la branche motrice.
- Le nerf périnéal innerve le centre tendineux du périnée, les grandes lèvres, le tiers inférieur du vagin pour la branche sensitive, et les muscles ischio et bulbocaverneux, et le sphincter strié de l'urètre, pour la branche motrice.
- Le nerf dorsal du clitoris, considéré comme branche terminale sensitive.

Le nerf pudendal traverse aussi le muscle piriforme et le muscle obturateur interne.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

NETTER F. H : Atlas d'anatomie humaine, 4^e édition, Ed Elsevier Masson, 2004.

KAMINA P : Anatomie clinique tome IV, Edition Maloine, 2008.

FABRE-CLERGUE C : Anatomie simplifiée du périnée, Sauramps Médical, 2012.

1-2 Anatomie fonctionnelle

D'un point de vue fonctionnel, il est important de rappeler que le muscle élévateur de l'anus est surtout composé de fibres de type I qui sont des fibres à contraction lente.

Elles sont capables de développer des contractions toniques prolongées et cela les oppose aux fibres de type II qui présentent, elles, des contractions rapides et fatigables.

La proportion de fibres de type I varie en fonction des différents faisceaux :

- 66% à 82% dans le faisceau puboviscéral
- 90% dans le faisceau pubococcygien
- 68% dans le faisceau iliococcygien

Il y a une augmentation des fibres de type II dans les régions péri urétrales et péri anales

Le métabolisme aérobie des muscles de la sangle pelvienne doit être pris en compte dans la physiopathologie des troubles de la statique pelvienne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

JONES D, ROUND J, DE HAAN A : Physiologie du muscle squelettique. De la structure au mouvement, Edition Elsevier, 2005.

YIOU R, COSTA P, HAAB F, DELMAS V : Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien, Prog Urol 2009, 19, 13, 916-925.

2 PHYSIOPATHOLOGIE DE LA STATIQUE PELVIENNE

Chantal Fabre-Clergue

L'analyse des troubles de la statique pelvienne chez la femme a souvent été limitée au dépistage, le plus souvent assuré par les patientes elles-mêmes, et/ou de descente d'organes dont elle venait se plaindre auprès des médecins. Secondairement est apparu la pathologie urinaire.

La prise en charge de ces symptômes, réduite le plus souvent à des traitements mécaniques chirurgicaux visant à traiter le symptôme sans analyser la physiopathologie en cause, conduisait à des récurrences ou à des perturbations de la vie sociale majeures.

Aujourd'hui sont venus compléter ces tableaux cliniques, les signes venant de la pathologie anale et sexologique. La meilleure connaissance de la physiopathologie et donc de la biomécanique de la statique pelvienne peuvent aider à mettre en place des démarches de prévention mais aussi d'amélioration de la prise en charge des lésions.

2-1 Rappel anatomique :

2-1-1 Les organes :

On peut considérer que les organes pelviens : vessie, utérus, rectum sont positionnés en suspension au-dessus de la sangle pelvi-périnéale qui constitue à ce niveau un véritable diaphragme à l'identique du diaphragme abdominal. Ces organes pelviens sont donc maintenus par des systèmes de traction antérieurs, postérieurs, latéraux, assurant leur mobilité et leur déplacement en fonction des contraintes et des pressions induites par les mouvements quotidiens, voire par les évacuations des réservoirs.

L'aspect particulier et récent de notre compréhension du prolapsus c'est, qu'associé à la position des organes, se trouve la notion du fonctionnement des réservoirs et de leur vidange. Il s'agit donc de leur capacité sphinctérienne au niveau vésical et anal qui sont dépendants du bon positionnement des organes dans la zone pelvi-périnéale. En effet, tout déplacement de ces réservoirs, au-delà de leur zone habituelle, peut modifier les capacités sphinctériennes et déboucher sur des pathologies à type d'incontinence le plus souvent, voire de rétention.

Le dernier élément anatomique important, au niveau des organes, est lié à la mobilisation de ces derniers sous les efforts de pression qui vont conduire à des pathologies neurologiques liées à des étirements nerveux provoquant simultanément des pathologies de la commande sphinctérienne qui vient s'ajouter aux difficultés précédentes.

2-1-2 La sangle pelvi-périnéale :

La sangle pelvi-périnéale qu'il vaut mieux appeler ainsi est une dénomination préférable à celle de plancher pelvien ou périnéal.

La sangle pelvi-périnéale qui se positionne comme un diaphragme n'est pas du tout en situation de carène inversée comme on l'a vu sur tous les schémas jusqu'à la venue de l'IRM dynamique. En effet, cette position des muscles en V correspond à des dissections sur cadavre avec des muscles dévascularisés et non innervés. Dans la réalité, il s'agit d'un réel diaphragme en aile de mouette ou en arcade romaine qui vient soutenir les organes, tout en assurant une mobilité qui sert à la fois à la continence, à la possibilité de l'accouchement et de la sexualité.

2-1-3 *L'impact de la verticalisation humaine sur les organes pelviens avec les courbures du rachis cervico-dorso-lombaire*, est apparu plus tardivement et a rarement été utilisé dans les thérapeutiques, expliquant de nombreux échecs de rééducation, voire de chirurgie.

En effet, (cf. KAMINA), l'existence des courbures rachidiennes, associée à une paroi abdominale stable et tonique assure un équilibre des pressions intra-abdominales et une orientation postérieure des pressions vers le raphé ano-coccygien.

2-2 Biomécanique :

En situation normale (sans hyperlordose), paroi abdominale tonique, les forces de pression s'équilibrent et celles qui vont agir sur le dôme utérin vont produire une horizontalisation de ce dernier avec une traction en arrière du col par les ligaments utérosacrés constituant une réelle protection de la zone périnéale à la pression abdominale.

Ceci est d'autant plus efficace que, comme l'ont montré les études conduites par KAMINA, cette organisation permet une orientation de la résultante vers le raphé ano-coccygien, zone particulièrement forte qui évite ainsi la descente des organes génitaux dans la filière uro-génitale.

De façon anticipée, il est possible pour la femme de contracter la sangle pelvi-périnéale grâce à l'utilisation du levator ani qui assure une fermeture de la fente uro-génitale favorisant le mécanisme précédemment décrit et évitant ainsi, de fait, tout passage vers la fente uro-génitale.

C'est la synchronisation de ces systèmes avec l'anticipation périnéale de la force de pression (APCA anticipation périnéale à la contraction abdominale) qui permet d'assurer simultanément une protection contre le risque de prolapsus et d'incontinence urinaire.

La pathologie pelvi-périnéale peut être favorisée, de façon isolée, par :

- une anomalie de statique et une hypotonie de paroi abdominale,
- un surpoids,
- une pathologie obstétricale,
- une constipation,
- une inversion de commande anale avec des efforts de poussée itératifs sur sphincter fermé conduisant aux risques de périnée descendant voire descendu associé à un étirement des nerfs pudendaux.

La connaissance de ces paramètres dans leur ensemble permet de conduire à une prise en charge de la patiente dans sa globalité avec une analyse pelvi-périnéale complète, et non plus limitée aux symptômes pour laquelle la patiente vient consulter.

Cette approche permet ainsi d'améliorer les résultats de la rééducation, d'adapter les gestes chirurgicaux à la pathologie et de ne plus utiliser la même technique pour toutes les patientes, ou pour tous les prolapsus...

Une prise en charge nouvelle doit être proposée qui permettra de protéger le capital pelvi-périnéal et d'éviter la survenue d'un véritable handicap.

3- SYMPTOMATOLOGIE PÉRINÉO-SPHINCTÉRIENNE *Sandrine de Tayrac, Chantal Fabre-Clergue*

3-1 Les troubles urinaires :

- L'incontinence urinaire est définie par « toute perte involontaire d'urine par l'urètre, dont se plaint la patiente, démontrée à l'examen clinique » (ICS 2002). Il en existe 2 types :

- L'incontinence urinaire d'effort : fuite involontaire d'urine provoquée par un effort (toux, éternuement, rire, port de charge, sports) ; elle est incontrôlable et non précédée d'un besoin d'uriner.

Classification des trois stades d'incontinence urinaire :

Stade 1 : Toux, rire, éternuement

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

Stade 3 : Au moindre effort

- L'incontinence urinaire par urgenturie (ex impériosité) : fuite involontaire d'urine de quantité variable déclenchée par un besoin soudain, brutal et irrésistible qu'il est difficile ou impossible de différer. C'est un besoin anormal par sa brutalité et son intensité.

L'incontinence urinaire mixte : combine les 2 types précédents.

- Le syndrome d'hyperactivité vésicale : urgenturies avec ou sans incontinence urinaire, associées habituellement à une pollakiurie ou une nycturie.
- La pollakiurie diurne : augmentation de la fréquence mictionnelle pendant la journée, mictions ≥ 8
- La nycturie : besoin d'uriner la nuit réveillant la patiente.
- La dysurie : symptôme d'une altération de la phase mictionnelle et post mictionnelle (faiblesse du jet, miction par poussée, sensation de vidange incomplète, gouttes retardataires), elle est souvent due à une hypocontractilité du détrusor ou à la présence d'un obstacle sous vésical ou à l'association des deux. Le traitement sera adapté en fonction du diagnostic.

3-2 Les troubles ano-rectaux :

- L'incontinence anale : perte involontaire de gaz et /ou de matières fécales
- La constipation : désordre digestif complexe qui correspond à une insatisfaction lors de la défécation, due soit à des selles peu fréquentes, soit à une difficulté pour exonérer, soit les deux. (Définition des recommandations françaises pour la pratique clinique de la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte en 2007)
- L'anisme : défaut de relaxation ou contraction paradoxale du sphincter strié de l'anus et du muscle puborectal lors de la défécation, entraînant une dyschésie
- La dyschésie : impression d'évacuation incomplète, sensation d'exonération difficile avec des poussées pour évacuer.
- Les hémorroïdes : les hémorroïdes sont des formations artério veineuses présentes au niveau des muqueuses et sous muqueuses de l'anus et de la partie basse du rectum. Elles peuvent se prolaber et/ou se thromboser.
- La fissure anale est une plaie ou lésion située à la base du rectum.

3-3 Les troubles génito-sexuels :

- Les douleurs cicatricielles : douleurs sur le trajet d'une cicatrice d'épisiotomie ou de déchirures
- La dyspareunie : douleur aux rapports sexuels le plus souvent lors de la pénétration vaginale ou pendant les rapports sexuels.
- Les vulvodynies : Définition de l'ISSVD (International Society for the Study of Vulvar Disease) inconfort vulvaire le plus souvent décrit comme des brûlures, apparaissant en l'absence d'affection vulvaire visible ou de désordre neurologique spécifique.
- La neuropathie d'étirement : symptôme douloureux à type de paresthésie révélant un étirement du nerf pudendal pouvant entraîner une névralgie pudendale. (Critères de Nantes selon JJ. Labat et al. Pelvi-Perineol, 2007; 2:65-70)

Critères indispensables au diagnostic de névralgie pudendale :

- 1 : Douleur située dans le territoire du nerf pudendal (de l'anus au clitoris)
- 2 : Douleur prédominante en position assise
- 3 : Douleur ne réveillant habituellement pas la nuit
- 4 : Absence de déficit sensitif objectif
- 5 : Bloc diagnostique du nerf pudendal positif (sous réserve d'une technique irréprochable)

Critères d'exclusion :

- 1 : Douleur uniquement coccygienne, fessière, pubienne ou hypogastrique
 - 2 : Prurit
 - 3 : Douleurs uniquement paroxystiques
 - 4 : Anomalies d'imagerie pouvant expliquer la douleur
- Le vaginisme : contracture involontaire des muscles péri vaginaux entraînant des difficultés persistantes ou récurrentes à permettre l'intromission vaginale d'un pénis, d'un doigt et / ou tout autre objet, en dépit du souhait exprimé par la femme de le faire.
 - Gaz ou bruits vaginaux : symptômes révélant une hypotonie de la sangle périnéale parfois associée à une béance vaginale.

3-4 Les troubles de la statique pelvienne

- Les principaux prolapsus : cystocèle, hystéroptose, colpocèle, rectocèle, prolapsus rectal, elytrécèle,
 - Cystocèle : hernie de la vessie provoquant une protrusion de la paroi vaginale antérieure
 - Hystéroptose : descente de l'utérus et du col dans le vagin
 - Colpocèle : prolapsus du fond vaginal
 - Rectocèle : hernie du rectum provoquant une protrusion de la paroi vaginale postérieure
 - Prolapsus rectal : descente du rectum à travers l'anus
 - Elytrécèle : hernie du cul de sac de Douglas
- Le périnée descendant : mobilité anormalement importante de la sangle périnéale lors des efforts de poussée.
- Le périnée descendu : situation anormalement basse de la sangle périnéale sans effort de poussée

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

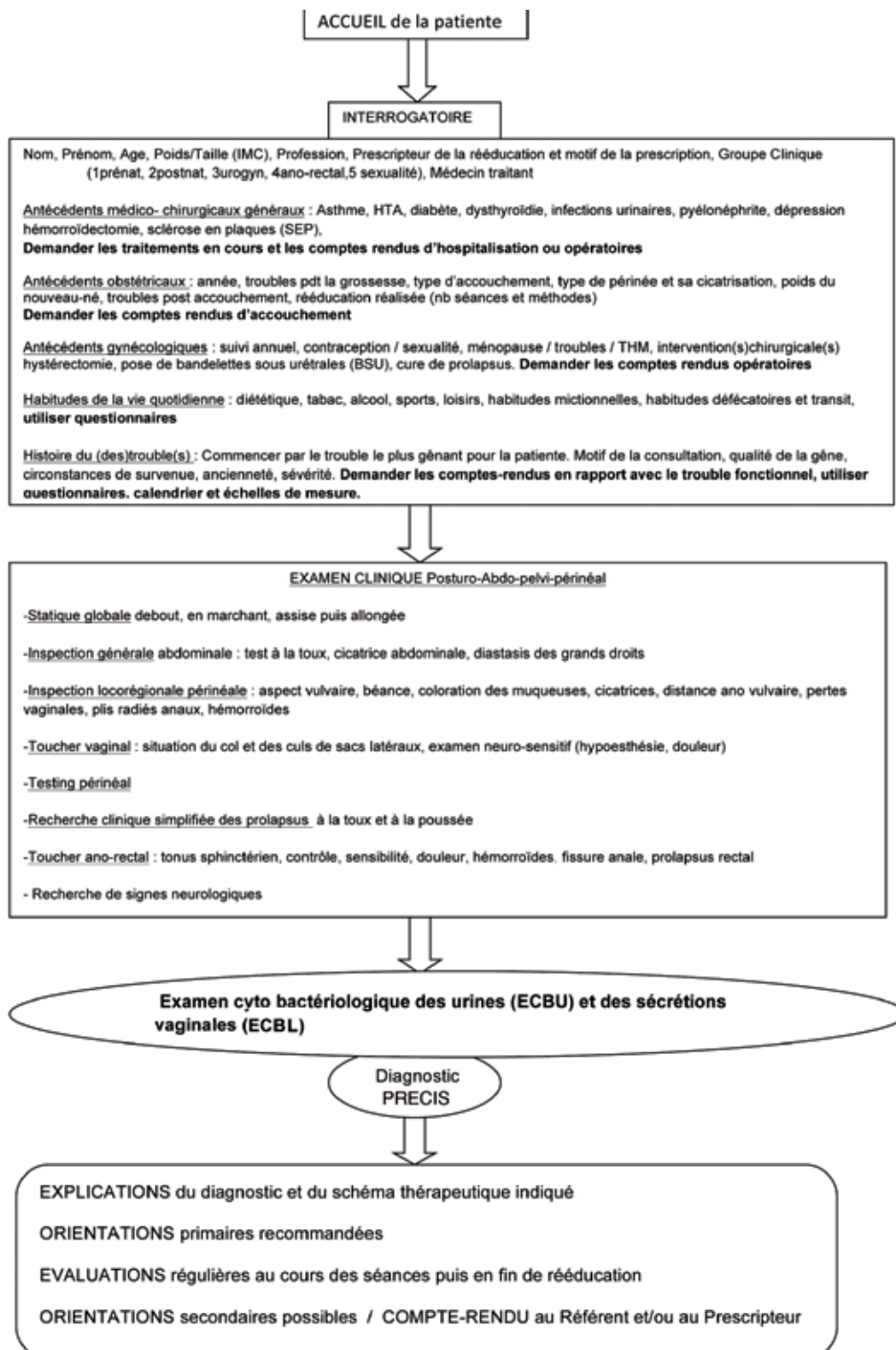
- ICS 2002 international Continence Society 2002
- Conférence internationale de consensus - Rome 2.1992
- Définition des recommandations françaises pour la pratique clinique de la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte en 2007
- International Society for the Study of Vulvar Disease (ISSVD)

chapitre V

Clinique

A- LOGIGRAMME

Sandrine De Tayrac



B- DÉMARCHE CLINIQUE *Chantal Fabre-Clergue, Elisabeth Latour, Catherine Lewkowitch, Sandrine de Tayrac*

La rééducation périnéale chez la femme a pour objectif de consolider voire de restaurer sa fonction périnéo-sphinctérienne. Elle concerne les suites de tous les types d'accouchements (voie basse spontanée ou instrumentale, césarienne) aussi bien dans le post partum immédiat que plus tardif (1).

La présente proposition méthodologique s'inspire de l'approche **BERCER** de l'OMS (2) et de **la démarche éducative recommandée par l'INPES** (3)

BERCER pour :

*Bienvenue
Entretien
Renseignement
Choix
Explication
Retour*

Démarche éducative INPES :

*Favoriser l'expression/proposer une écoute
Aborder/Evaluer une situation
Informer/Expliquer
Accompagner la réflexion
S'engager
Faire le lien avec les autres professionnels*

La prise en charge de la rééducation périnéale doit être individualisée et adaptée en fonction de la demande de la patiente, du tableau clinique et du symptôme. Elle s'inscrit dans une prise en charge globale (1).

1-ECOUTER ET ENTENDRE : LE TEMPS DE L'ENTRETIEN

L'entretien va permettre à la femme d'exprimer sa demande : verbaliser une plainte éventuelle et ce qu'elle attend de la rééducation. C'est l'occasion pour elle de mettre des mots sur ce qu'elle sait, croit savoir ou ne sait pas de son périnée (4).

2- S'INTÉRESSER AU FONCTIONNEMENT DU PÉRINÉE DANS SA GLOBALITÉ : L'INTERROGATOIRE

L'interrogatoire est un moment clé de la rééducation permettant d'instaurer confiance et respect, compréhension et attention. Il se fait dès la 1^{ère} consultation en prévoyant un temps suffisant de 15 à 30 min environ, se déroule dans le calme, la patiente habillée, les questions se faisant avec tact et mesure. Il reste ouvert, la patiente pouvant compléter ses propos au cours des séances.

Il semble donc conseillé de disposer d'un interrogatoire de référence .

L'interrogatoire va s'intéresser au fonctionnement du périnée dans sa globalité. Les questions porteront tant sur la miction, la défécation que la sexualité et le(s) accouchement(s).Elles préciseront l'histoire des troubles (date d'apparition et circonstances de survenue), leur constance ou intermittence (calendrier), leur importance et la gêne occasionnée.

Il convient de rechercher l'ensemble des troubles même s'ils ne sont pas verbalisés spontanément.

2-1 Evaluer les facteurs de risques

- Familiaux et personnels (âge, origine ethnique, hyper-laxité, statut hormonal...) en lien avec le mode de vie (posture debout prolongée, port de charges, pratiques sportives et professionnelles, consommation de tabac...).
- Médicaux : asthme, toux chronique, perte de poids importante, pathologie thyroïdienne, dépression, traitements en cours, en particulier THM (ex THS) : traitement hormonal de ménopause
- Chirurgicaux : hystérectomie, cure de prolapsus...
- Gynécologiques : IVG, FC, autres
- Obstétricaux : déroulement de la grossesse, grossesses rapprochées, grossesses multiples, IUE et IA pendant la grossesse, prise de poids importante, déroulement de l'accouchement, expression abdominale, poids du bébé, DAVRU, césarienne en cours de travail ou césarienne itérative. Lésions périnéales et cicatrisation, rééducations antérieures : type, nombre de séances, compte rendu.

2-2 Rechercher les symptômes

2-2-1 Troubles de la fonction périnéo-sphinctérienne

- Troubles urinaires :

Incontinence urinaire d'effort, urgenturie avec ou sans fuite, incontinence urinaire mixte, trouble du besoin ou de la perception, insuffisance sphinctérienne, dysurie, efforts de poussée lors de la miction

Outils d'évaluation :

a- Auto-questionnaire relatif aux troubles urinaires validé ICIQ : page 35

b- Calendrier mictionnel : page 35

c- Echelle MHU (mesure du handicap urinaire) AMARENCO G (5) : page 36

d- PFIQ 7 Evaluation de la qualité de vie en rapport avec le prolapsus (6) : page 36

- Troubles ano-rectaux

Incontinence au gaz, incontinence aux matières, urgences, gêne ou douleur sans fuite, troubles du besoin ou de la perception, dyschésie, anomalie de vidange rectale, efforts de poussée lors de la défécation, anisme.

Outils d'évaluation :

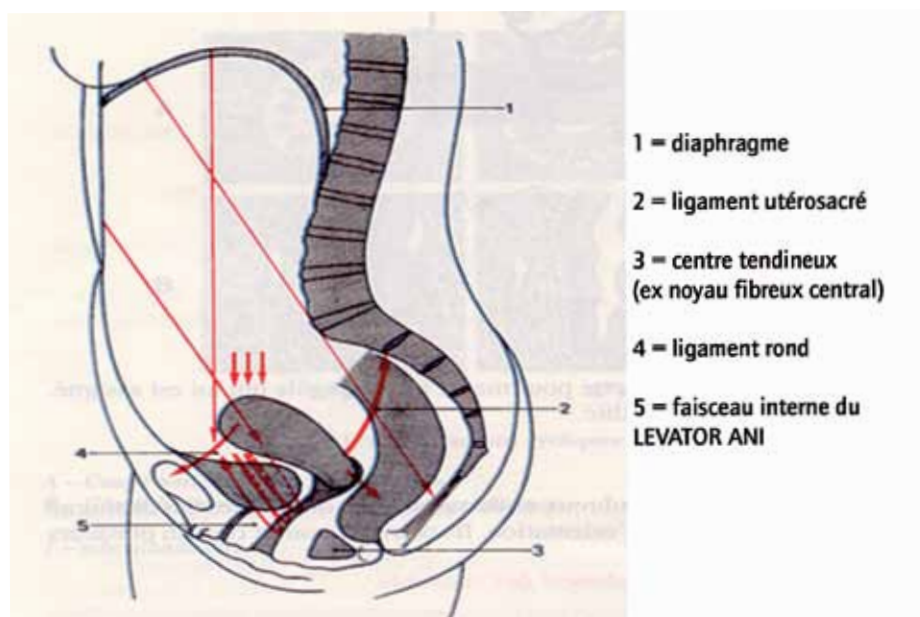
e- Questionnaire d'incontinence anale JORGE et WEXNER (7) : page 37

f- Symptomatologie colorectale : Extrait du dossier D.I.U. Statique pelvienne CHU Caremeau NIMES (Pr P. Mares, Pr R. De Tayrac) : page 37

- Troubles de la statique pelvienne :

- Prolapsus : cystocèle, hystérocèle, colpocèle, rectocèle, prolapsus rectal, elyrocèle.
- Incontinences urinaires et pathologies anales et sexuelles.

KAMINA en 1984 signalait le rôle de la lordose lombaire et de l'antéversion du petit bassin qui en modifiant la direction des forces intra-abdominales vers la fente vulvaire et non vers la région anorectale, serait un facteur favorisant aussi bien les prolapsus que l'IUE.



KAMINA P. Anatomie gynécologique et obstétricale, Maloine SA éditeur, Paris 1984

g- **Outil d'évaluation commun aux 3 catégories de troubles pré cités : le PFDI 20 (6) page 38**

2-2-2 Troubles génito-sexuels

Dyspareunie, anorgasmie, dysorgasmie, vaginisme, signes de béance.

Outil d'évaluation :

h- PISQ 12 : questionnaire sur la sexualité des femmes présentant un prolapsus génital et/ou une incontinence urinaire (8) : page 38

2-2-3 Douleurs

Douleurs pelvipérinéales, vulvodynies, névralgies pudendales.

Outils d'évaluation :

i- Questionnaire DN4 Evaluation d'une douleur neuropathique (9) : page 39

j- QDSA Questionnaire douleur St Antoine : page 40

k- Critères diagnostiques de névralgie pudendale par syndrome canalaire (Critères de Nantes selon LABAT JJ et al. Pelvi-Perineol, 2007 ; 2 : 65-70) : page 41.

Les outils d'évaluation sont indispensables pour affiner le diagnostic et permettent de mesurer ultérieurement le bénéfice de la prise en charge. Ils peuvent être remplis par la patiente entre 2 séances. Ces outils peuvent également être utilisés ultérieurement pour évaluer les bénéfices de la rééducation.

3- L'EXAMEN CLINIQUE

Il comporte :

- L'observation de la statique globale
- L'inspection générale abdominale
- L'inspection périnéale et anale
- La recherche de signes neurologiques
- Le toucher vaginal
- Le testing du périnée
- La recherche des prolapsus et leur cotation
- Le toucher ano-rectal

3-1 La statique globale :

La patiente est observée en position debout, assise et allongée.

3-2 L'inspection générale abdominale

Elle porte sur 3 points :

- La tonicité de la sangle abdominale
- La qualité de la cicatrice
- L'importance du diastasis

3-3 L'inspection périnéale

L'inspection est réalisée au repos et à l'effort (à la toux par exemple) et porte sur :

- La morphologie de la vulve, sa trophicité, sa couleur, la distance ano-vulvaire et les cicatrices.
- La pilosité sera l'indicateur d'une carence ostrogénique et / ou de trouble endocrinien.

Pour un bon examen clinique, la patiente est allongée à plat sur la table avec un coussin sous la tête pour étirer la nuque dans l'alignement du thorax et de l'abdomen. Le bassin est placé en rétroversion par étirement, les genoux sont fléchis, pieds à plat, fémurs parallèles à la largeur du bassin.

3-4 Le toucher vaginal

Les touchers pelviens doivent être réalisés avec tact et douceur et avec l'accord de la patiente. Il est recommandé d'utiliser des gants sans latex et non des doigts et un lubrifiant aqueux.

3-4-1 Le testing du périnée :

I- Outil d'évaluation : le testing périnéal selon LAYCOCK (Modified Oxford Grading System 2008) : page 41

3-4-2 La recherche des prolapsus

L'examen doit être réalisé à vessie vide, en position gynécologique, au repos et lors d'efforts successifs ; si l'examen est discordant avec la gêne de la patiente, il peut être effectué en position debout ou accroupie.

Test des valves :

Il se déroule, en plaçant une valve de spéculum sur la paroi vaginale postérieure, on expose l'étage antérieur et moyen, la patiente effectue plusieurs efforts de poussée et de toux. Si le thérapeute voit apparaître une boule d'aspect lisse et rosée qui descend, il s'agit généralement d'une cystocèle. Si le col utérin est visible à la vulve ou extériorisé, il s'agit d'une hystéroptose.

Puis, en plaçant la valve sur la paroi vaginale antérieure, on expose l'étage postérieur; la patiente refait plusieurs efforts. Si le thérapeute voit apparaître un bombement vaginal cela correspond généralement à une rectocèle, mais peut parfois, notamment après hystérectomie, correspondre à une élytrocèle (hernie du cul-de-sac de péritonéal, avec ou sans anses digestives).

Le toucher rectal et toucher vaginal simultanés permettent de rechercher une élytrocèle lors de la poussée.

L'évaluation de la sévérité d'un prolapsus génital peut se faire selon plusieurs classifications :

- Une classification française simplifiée (stade 1 : le prolapsus est intravaginal, stade 2 : le prolapsus atteint l'orifice vulvaire, stade 3 : il s'extériorise, stade 4 : éversion vaginale totale).

- Une classification internationale recommandée par l'International Continence Society (ICS) au moyen du Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)

m- Outil d'évaluation : Le POP-Q (10) : page 42.

3-5 Le toucher ano-rectal

Le toucher rectal apporte de nombreux renseignements tant anatomiques que fonctionnels.

La position gynécologique est plus intéressante pour explorer le plan profond.

Cet examen doit apporter des renseignements concernant les sphincters de l'anus, le rectum et son contenu et le plancher périnéal. L'examen ano-rectal commence par l'observation de la marge anale et de l'existence des plis radiés ou non.

3-6 La recherche de signes neurologiques (cf 4-1-1 innervation)

En fonction de l'interrogatoire, elle permet de mettre en évidence les éventuels dysfonctionnements neurologiques du périnée, qui contre-indiquent l'électrostimulation et nécessitent une orientation.

Le test « pic/touche » est réalisé avec une simple aiguille :

Les correspondances sont :

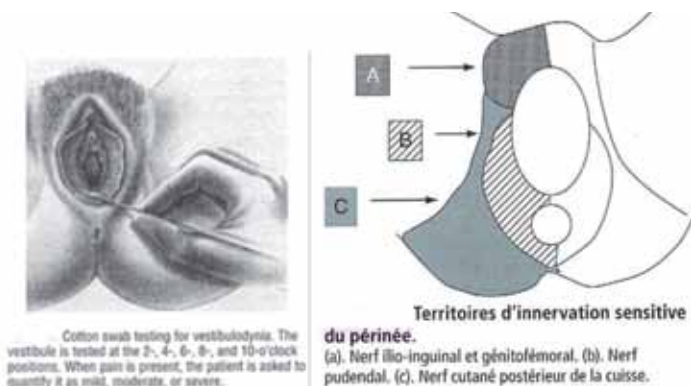
S2 = face postérieure de la cuisse

S3 = fesse

S4 = pourtour de la marge anale

S5 = triangle post-anal

Ainsi en piquant à 2 cm de la marge anale on obtient une contraction réflexe du sphincter, c'est l'arc réflexe sacré. En pinçant rapidement le clitoris entre pouce et index, on obtient une contraction réflexe du sphincter anal et du bulbo-caverneux, c'est l'arc réflexe honteux interne.



4- EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

Selon le contexte on n'hésitera pas à demander un examen biochimique (bandelettes) et bactériologique des urines (ECBU), un examen bactériologique des sécrétions vaginales (ECBL) surtout en amont d'une électrothérapie.

5- DIAGNOSTIC

5-1 En absence d'anomalie clinique et/ou symptomatologique

L'objectif de la sage-femme est de prévenir et de corriger d'éventuels dysfonctionnements périnéaux.

L'interrogatoire sur les habitudes de vie oriente la sage-femme quant aux points essentiels à développer en éducation primaire (conseils hygiéno-diététiques, travail postural...).

Il s'agit d'une éducation pour la santé des femmes. Cette démarche, proposée normalement pendant la grossesse, doit être réalisée pour offrir à la femme la possibilité de découvrir et de maîtriser les subtilités périnéales, le but étant d'harmoniser les fonctions périnéales et abdominales.

5-2 En présence d'anomalie(s) clinique(s) et/ou symptomatologique(s)

L'objectif de ce bilan complet est de poser clairement le(s) problème(s) et ainsi de pouvoir déterminer un ou des axes thérapeutiques.

6- SCHÉMA THÉRAPEUTIQUE

Le diagnostic étant posé, il convient de formuler les objectifs de la rééducation et de proposer la, voire les, techniques de rééducation les plus adaptées à la situation et à la patiente (11)

La patiente doit recevoir des explications détaillées sur la (ou les) méthode(s) choisie(s) et l'intérêt qu'elle(s) présente(nt) pour elle. L'utilisation de dessins, schémas, photos, DVD, accessoires peuvent être utiles pour une meilleure compréhension. Toutes ces informations seront communiquées le plus clairement possible afin qu'elle puisse faire un choix éclairé et partagé. Son adhésion au programme est un gage de succès du traitement.

Chaque rééducateur doit pouvoir maîtriser plus d'une technique afin de pouvoir adapter sa pratique au cas par cas. Il peut être nécessaire d'orienter vers un autre praticien soit pour la rééducation elle-même (meilleure technique non maîtrisée) soit en complément à la rééducation.

L'objectif est de recueillir le consentement éclairé de la femme et favoriser une alliance thérapeutique au regard de la méthode et de l'auto rééducation notamment entre chaque séance. L'intérêt d'un travail personnel assidu est nécessaire si l'on souhaite potentialiser les effets de cette rééducation à court, moyen et long terme (2) (1)

7- EVALUATION RÉGULIÈRE PENDANT ET EN FIN DE RÉÉDUCATION, COMPTE RENDU TERMINAL

Au cours de la prise en charge, ainsi qu'en fin de rééducation, une évaluation sera réalisée afin de s'assurer du (es) bénéfice(s) attendu(s). C'est l'occasion de faire le point pour l'avenir, de proposer des exercices d'**auto-rééducation** ou d'évoquer des prises en charges complémentaires selon la situation (pose de pessaire, intervention...) A l'issue des séances un compte rendu sera rédigé et adressé à la sage-femme ou au médecin référent, son double communiqué à la patiente. Cette synthèse reprendra : les objectifs définis ci-dessus, le nombre de séances effectuées, la(les) technique(s) utilisée(s), les évolutions obtenues, les recommandations pour l'avenir et orientations éventuelles.

8- ORIENTATIONS SECONDAIRES - TRAVAIL EN RÉSEAU

L'activité de rééducation pelvi périnéale nécessite un réseau local de professionnels impliqués dans ce type de thérapeutiques. Il est important que la sage-femme travaille en réseau et se constitue un carnet d'adresses : généralistes, gynécologues, urologues, proctologues, masseurs-kinésithérapeutes, ostéopathes, nutritionnistes, sexologues, psychologues, dermatologues, radiologues échographistes, pharmaciens, podologues, proches de son lieu d'exercice afin d'apporter à la patiente la prise en charge la plus complète.

Les séances de rééducation pourront être le lieu d'expression d'autres problématiques : allaitement, sexualité, contraception, nutrition, soutien psychologique... Ces demandes pourront être prises en charge en parallèle, dans le cadre de consultations dédiées effectuées soit par la sage-femme soit en adressant la patiente à un autre praticien.

Dans de nombreuses structures hospitalo-universitaires, des staffs de statique pelvienne sont organisés entre professionnels ; la présence de la sage-femme rééducatrice est toujours très appréciée

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) ANAES Recommandations pour la pratique clinique : Rééducation dans le cadre du post-partum, décembre 2002
Disponible sur <http://www.has-sante.fr>
- (2) RINCHART W., RUDY S., DRENNAN M. GATHER : Guide to counseling. Popul Rep J 1998; (48) : 1-31.
- (3) Ministère chargé de la Santé – CNAM – INPES
Grossesse et accueil de l'enfant Fiche récapitulative « Démarche éducative proposée dans l'outil » et Fiche action N° 18, mai 2010
- (4) TONNEAU H., BRANGER B., CHAUVIN F., GUERMEUR J., GRALL J.Y. : Le Périnée qu'en savent les femmes ? In : La Revue Sage-femme 2005 ; 4 : 109-114
- (5) AMARENCO G., KERDRAON J., PERRIGOT M. Echelles d'évaluation du handicap pelvien : mesure du handicap urinaire (MHU). In : Rééducation vésico-sphinctérienne et anorectale. Edited by J.Pélissier, P.Costa, S.Lopez, P.Mares. Masson, 1992 : 498-504
- (6) De Tayrac R, Deval B, Fernandez H, Marès P et Mapi Research Institute. Validation linguistique en français des versions courtes des questionnaires de symptômes (PFDI-20) et de qualité de vie (PFIQ-7) chez les patientes présentant un trouble de la statique pelvienne. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007; 36(8):738-48.
- (7) Etiology and management of fecal incontinence. Jorge JM, Wexner SD. Dis Colon Rectum. 1993 Jan;36(1):77-97
- (8) Fatton B, Letouzey V, Lagrange E, Marès P, Jacquetin B, de Tayrac R et Mapi Research Institute. Validation linguistique en français de la version courte du questionnaire sur sexualité (PISQ-12) chez les patientes présentant un trouble de la statique pelvienne. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009;38(8):662-7.
- (9) Bouhassira D, Attal N, Alchaar H et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005;114(1-2):29-36.
- (10) Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, Shull BL, Smith AR. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol. 1996 Jul; 175(1):10-7.
- (11) ANAES Recommandations pour la pratique clinique : Bilan et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques, février 2000
Disponible sur <http://www.has-sante.fr>

C- EDUCATION COMPORTEMENTALE

Sylvie Nicot

Nous pourrions parler, en fait de « rééducation » comportementale. (1)

Lors des premières consultations, les diagnostics symptomatiques et cliniques peuvent mettre en évidence, grâce aux différents outils d'évaluation proposés à la patiente des dysfonctionnements qui relèvent en fait de « mauvaises habitudes ». Ainsi, « la prise de conscience des délais et des fréquences des mictions (calendrier mictionnel, entre autres) associée à des exercices du plancher pelvien, permettent une amélioration de l'incontinence urinaire liée à un effort ou en cas d'impériosité (grade B) » (2)

Education mictionnelle et défécatoire

Il est important d'amener la femme à prendre conscience de ses besoins.

Sur le plan urinaire : ne pas se « retenir » trop mais savoir différer le besoin quand c'est nécessaire de façon à limiter les mictions trop fréquentes.

Au moment de la miction utiliser une position correcte sur les toilettes : détendue, jambes ouvertes, « prendre son temps » et ne pas pousser. (3)

Sur le plan digestif : respecter ses besoins, ne pas attendre que ce besoin passe, car il faudrait alors pousser pour exonérer les selles alors que physiologiquement le péristaltisme du rectum devrait suffire. (4)

Là aussi la position sur les toilettes est importante : genoux placés plus hauts que le bassin (si nécessaire utiliser un petit banc) et éventuellement remplacer la poussée par une expiration freinée. (4)

Mais l'éducation comportementale va bien au-delà de la correction des « mauvaises » habitudes de miction ou de défécation.

Education alimentaire

L'étude de l'alimentation de la patiente nous fournit de nombreux indices sur les erreurs conduisant à des échecs de rééducation.

- La quantité de liquide absorbé, trop ou trop peu, peut créer ou masquer des pathologies sous-jacentes.

Trop : les diurèses élevées (> 3 litres) peuvent être responsables d'incontinence par débordement, de méga vessie, en dehors de toute pathologie neurologique.

Trop peu : « la sous-hydratation favorise le développement d'infections urinaires, et l'irritation de la muqueuse vésicale par l'hyper concentration des urines diminue par conséquent la capacité fonctionnelle de la vessie »(5)

- La qualité des liquides

Rappelons que les boissons contenant de la caféine (café, thé, soda, chocolat ...) et de l'alcool, ont un effet diurétique et induisent une hyperactivité vésicale.

- Le manque de fibres favorise la constipation qui, par les pressions volontaires utilisées pour l'exonération (dyschésie), peut favoriser la mise en place de prolapsus

- Le tabac : la relation entre le tabagisme, l'incontinence urinaire et l'hyperactivité vésicale a été démontrée. (5)

- La mise en place d'une hygiène de vie permettant une perte de poids chez des femmes en surpoids permet une amélioration des signes urinaires. (5)

Education physique, loisirs et sports

La pratique d'une activité physique est reconnue bénéfique au bon état général du corps.

Cependant, certains sports peuvent être délétères pour le périnée (course, saut, lancer...) (5).

Les sports entraînant le moins de pressions sur le périnée : marche nordique, natation, vélo, vélo elliptique sont donc à conseiller plus particulièrement.

La prise de médicaments est importante à connaître.

« Les diurétiques, les inhibiteurs calciques, les laxatifs, les antidépresseurs, entre autres, peuvent être associés à l'incontinence urinaire »(6) et donc interférer avec la rééducation.

Parallèlement à ces ajustements au quotidien, la rééducation périnéale va permettre à la patiente d'intégrer les exercices appris, dans les différentes situations de la vie. La conscience et l'utilisation de son périnée lui permettront de corriger les pressions à l'effort, de calmer une vessie instable.

Dans le cadre du post-partum et de la prévention ou de la modération des prolapsus, il est conseillé de se reposer fréquemment en position « allongée » et éviter autant que possible le port de charges lourdes.

Notre rôle dans cette éducation comportementale, est de poser un diagnostic et d'informer la patiente. Mais c'est son implication qui lui permettra de se prendre en charge, de modifier et d'adapter ses habitudes de vie.

Nous ne pouvons, ni ne voulons le faire à sa place mais l'accompagner dans cette démarche aussi bien préventive que curative vers la « bonne santé ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire. Ministère de la Santé et des Solidarités; Paris 2007.

(2) ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) Bilan et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.(recommandations). Février 2000

(3) COTELLE O. Guide pratique de rééducation uro-gynécologique» 4e édition Ed Ellipses 2005

(4) DE GASQUET B., Manger, Eliminer : halte à la constipation, Ed. Marabout 2009

(5) BOURCIER A.P., McGuire E.J., ABRAMS P. Dysfonctionnement du plancher pelvien TOME 2 traitements et prise en charge, Ed. Elsevier-Masson 2005

(6) BOURCIER A.P., MC GUIRE E.J., ABRAMS P. Dysfonctionnement du plancher pelvien TOME1 Physiopathologie et investigations, Ed. Elsevier-Masson 2005

chapitre VI

Présentation des différentes méthodes

Anne Battut, Danièle Beladen, Christine Chautemps, Chantal Fabre-Clergue, Sophie Frignet, Valérie Giraud, Sylvie Nicot, Anne-Françoise Sachet, Sandrine de TAYRAC

PRÉAMBULE

La praticienne qui souhaite commencer une activité en rééducation périnéale se voit confrontée au choix entre les différentes méthodes existantes, leur association est possible voire recommandée.

Notre objectif est de vous présenter ces différentes méthodes, en précisant que le domaine de la rééducation périnéale étant en constante évolution, cette liste ne peut être exhaustive.

De plus, seule l'ANAES a établi des recommandations(1) à partir des études réalisées dans ce domaine

Selon ces travaux nous avons choisi de vous présenter d'abord les méthodes plus classiques ayant fait l'objet de ces évaluations

Sur cette base les professionnels ont progressivement analysé et enrichi leurs pratiques, et créé d'autres méthodes. Parallèlement, sachant qu'une rééducation pelvi-périnéale concerne plus que le périnée, qu'elle doit prendre en compte le bassin, la musculature abdominale et dorsale et la statique pelvienne de la patiente, la sage-femme doit disposer d'autres outils afin de réaliser une rééducation efficace.

BIBLIOGRAPHIE : (1) Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé(ANAES).Recommandations pour la pratique clinique : rééducation dans le cadre du post-partum(en ligne), décembre 2002

1- LES RECOMMANDATIONS ÉVALUÉES SCIENTIFIQUEMENT Anne BATTUT

RAPPEL : NIVEAUX de PREUVE et GRADES. La méthode RPC (recommandations pour la pratique clinique) pour l'élaboration des RBP (recommandations de bonnes pratiques) : www.has-sante.fr

Grade des recommandations	
A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Evaluation en terme de contraction volontaire des exercices du plancher pelvien (incluant de façon indifférenciée travail manuel et biofeed back instrumental)

Les exercices musculaires du plancher pelvien :

- Sont plus efficaces que l'absence de traitement pour l'incontinence urinaire de la femme (NP1) (4,6).
- Semblent donner de meilleurs résultats que la simple information verbale (résultat retrouvé dans plusieurs études et recommandations) (1, 2).

- Sont plus efficaces pour améliorer la force musculaire que l'électrostimulation fonctionnelle (Fréquence : 50 Hz) ou les cônes (Grade C) (2).

Evaluation en terme de rééducation basée sur le travail manuel

- La rééducation manuelle apparaît comme une technique peu évaluée (grade C) (3). Elle s'appuie sur des méthodes difficilement reproductibles, ayant fait l'objet de peu de publications (1).

- Les exercices du plancher pelvien, effectués seuls chez soi ou associés à un travail avec un thérapeute permettent une amélioration de la force et une diminution du nombre de fuites urinaires en cas d'incontinence urinaire à l'effort (3).

Evaluation en terme de rééducation basée sur le biofeed back instrumental

Associés au biofeedback instrumental, les exercices du plancher pelvien sont efficaces sur l'IUE (Grade C) (3). La technique instrumentale est plus importante que le feedback verbal (2 doigts intravaginaux) (grade C) (3).

Chez la femme en période périnatale

La rééducation périnéale par exercice musculaire du plancher pelvien est le traitement de première intention de l'incontinence urinaire pré et postnatale (NP1) (6).

• En période prénatale :

La prévalence des symptômes d'incontinence urinaire augmente au cours de la grossesse (entre le 1^{er} et le 3^{ème} trimestre) puis diminue spontanément dans les 3 premiers mois du post-partum (IUE et urgenturie) (NP1) (6). L'éducation périnéale et l'auto-rééducation (basée sur des exercices du plancher pelvien chez soi et sur l'intégration du verrouillage périnéal à l'effort) sont tout à fait indiquées.

L'existence d'une incontinence urinaire avant la grossesse ou la survenue d'une incontinence urinaire en cours de grossesse est un facteur de risque de voir persister ou apparaître une incontinence urinaire à 3 mois du post-partum et à distance (NP1) (6).

La rééducation périnéale prescrite en cours de grossesse améliore l'incontinence urinaire de la grossesse (NP1). Dans les 2 premiers mois du post-partum, elle semble diminuer la fréquence de l'incontinence urinaire (NP1) mais ne semble pas apporter de bénéfice à plus long terme (NP2). (6). Des études complémentaires sont nécessaires pour évaluer son impact sur le prolapsus des organes pelviens et l'incontinence anale. (10, 11, 13).

La rééducation périnéale se basera sur la contraction volontaire (travail manuel, biofeedback, verrouillage périnéal à l'effort) en parallèle d'une auto-rééducation. L'électrostimulation est contre-indiquée par principe de précaution et absence d'urgence thérapeutique (10, 11, 12, 13)

• En période postnatale :

Une rééducation périnéale postnatale comprenant des exercices de contraction volontaire du plancher pelvien sous la direction du thérapeute diminue la prévalence d'incontinence urinaire à court terme (un an du post-partum) par rapport aux simples conseils d'exercices périnéaux individuels (NP1) (4, 12, 14). L'efficacité de cette rééducation sur le long terme n'est pas démontrée (NP2) (4).

Chez la femme âgée

Les possibilités thérapeutiques pour l'incontinence urinaire sont identiques à la personne jeune lorsqu'aucune fragilité n'est repérée (6).

2- LE TRAVAIL MANUEL

Anne Battut

Il se base sur la contraction volontaire des muscles du plancher pelvien, suite à une stimulation digitale intra vaginale du thérapeute : étirement, contre-appui, résistance, biofeedback manuel (1).

Le travail manuel présente 4 objectifs :

- évaluer la tonicité des muscles du plancher pelvien par le testing musculaire (tonus, tenue et fatigabilité) (1, 3).
- favoriser la prise de conscience de la contraction périnéale (stimulation ciblée des doigts placés en intra vaginal) (Grade C). Cette méthode est à privilégier en cas d'inversion de commande périnéale (3).
- renforcer les muscles du plancher pelvien, en insistant sur différents temps de contraction afin de solliciter les fibres de type phasique ou rapides (30%) et fibres de type tonique ou lentes (70%).
- intégrer le verrouillage périnéal à l'effort dans les situations d'hyperpression abdominale, quelle que soit la posture de la patiente (1, 2).

Les principes du travail manuel :

Le périnée, par son rôle de soutien, possède un tonus de base qui peut être amélioré au niveau de

- sa force par une contraction avec une résistance maximale.

- son endurance par une série de contractions répétées en respectant un temps de travail égal au temps de repos, chacune avec une résistance sous maximale.

- sa résistance par des séries de contractions longues. (5)
En cas d'asymétrie des faisceaux latéraux, le travail manuel est la méthode de choix pour renforcer précisément certaines zones musculaires hypotoniques par contre-appui ou résistance.

De façon générale, pour limiter la fatigue périnéale, le temps de repos doit être le double du temps de la contraction.

La respiration est primordiale pour le travail de rééducation : l'expiration sera généralement synchronisée de la contraction périnéale, permettant ainsi au diaphragme et aux muscles du plancher pelvien de se mobiliser en miroir (ascensions diaphragmatique et périnéale).

La synergie abdo-périnéale doit être intégrée dans le travail de rééducation pelvi-périnéale (2,3).

L'apprentissage du verrouillage périnéal à l'effort (toux, éternuement, abdominaux...) permettra de limiter les hyperpressions thoraco-abdominales. La contraction périnéale est réalisée lors d'un effort, puis dans diverses positions (debout). Cet apprentissage est souvent long et difficile mais primordial pour être intégré comme un réflexe dans la vie quotidienne.

En cas d'une incontinence urinaire d'effort, le thérapeute cherchera à augmenter le tonus de base par des contractions à résistance maximale puis des contractions rapides et intenses pour déclencher le verrouillage périnéal à l'effort de façon réactive. Le verrouillage péri-

néal à l'effort est un des apprentissages à intégrer au quotidien.

En cas d'urgenterie, le thérapeute proposera des contractions longues, caractérisées par une résistance sous maximale afin de respecter le réflexe inhibiteur vésical (dit réflexe 3 de Mahony). (5)

En cas d'inversion de commande périnéale, le travail manuel sera une méthode à privilégier avec l'électrothérapie, pour corriger cette dernière.

L'inversion de commande périnéale est une dys-synergie abdomino-pelvienne, liée à un trouble de la commande volontaire. Elle se caractérise par une augmentation des pressions périnéales, secondairement à une poussée abdominale, alors que la patiente pense effectuer une contraction périnéale.

3 LE BIOFEEDBACK *Anne Battut*

Le biofeedback instrumental

Il s'appuie sur une contraction volontaire, et se définit comme une technique de rétrocontrôle instantanée, visuelle ou sonore. Les capteurs sont soit électromyographiques au contact du périnée (le plus souvent), soit manométriques par l'intermédiaire de ballonnets endovaginaux. Les muscles parasites peuvent être simultanément enregistrés. (1, 2, 3).

Le biofeedback instrumental présente 3 objectifs :

- enregistrer la contraction et en retransmettre le signal visuel le plus souvent.
- favoriser la prise de conscience de la contraction périnéale (stimulation globale non différenciée).
- renforcer les muscles du plancher pelvien et moduler les différents types de contraction (forte et de courte durée au regard de l'IUE ; moyenne et de longue durée au regard de l'urgenterie).

En cas de troubles ou d'inversion de la commande périnéale, le biofeedback est particulièrement intéressant. A l'aide d'électrodes cutanées périnéales ou intra vaginales qui vont capter les signaux de la contraction périnéale, la patiente visualisera l'intensité de cette dernière pour corriger ces troubles.

Le matériel spécifique au biofeedback périnéal ainsi que le choix d'une sonde adaptée à l'anatomie de la patiente sont à considérer par le thérapeute.

Indications thérapeutiques relatives à la contraction volontaire (technique manuelle et biofeedback)

Au regard des différentes publications scientifiques et des recommandations en vigueur, les évaluations relatives aux méthodes manuelle et par biofeedback instrumental sont généralement incluses sous le terme de « exercices du plancher pelvien », correspondant à une contraction volontaire du plancher pelvien.

Aussi, les indications sont le plus souvent associées.

- Insuffisance musculaire et travail proprioceptif : travail manuel (3)
- Incontinence urinaire d'effort avec intégration du ver-

rouillage périnéal à l'effort

- o Travail manuel et auto-rééducation (3) :
- o Bio-feed back (Grade C) (3).
- Urgenterie : acquisition du réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur grâce à un travail volontaire en complément de l'électrostimulation et la rééducation comportementale/éducative
 - o Manuel et biofeedback de façon indifférenciée (1, 4)
- Incontinence mixte (grade C) (6)
 - o Manuel et biofeedback de façon indifférenciée (4).
- Prolapsus associé à une incontinence dans un cadre preopératoire
 - o Manuel et biofeedback de façon indifférenciée (1, 7, 8)
- Incontinence anale :
 - o Manuel et biofeedback (9)
- Dyspareunie : peu de publications ont évalué spécifiquement l'intérêt du biofeedback sur la dyspareunie dans la littérature scientifique.

BIBLIOGRAPHIE TRAVAIL MANUEL ET BIOFEEDBACK

- (1) LERICHE, B., CONQUY, S. Recommandations pour la prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire non neurologique de la femme. Progrès en urologie 2010 ; 20 : 104-108.
- (2) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Recommandations pour la pratique clinique : rééducation dans le cadre du post-partum, [en ligne], décembre 2002.
- (3) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Recommandations pour la pratique clinique : bilan et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques, [en ligne], février 2000.
- (4) DUMOULI N, C., HAY-SMITH, J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence of women (review) [en ligne]. Cochrane Collaboration; 2010.
- (5) FABRE-CLERGUE C. Intérêt de la rééducation périnéale in La rééducation périnéale : la connaître, la maîtriser pour mieux la pratiquer. Dossier du Collège National des Sages-Femmes, 2011, p 5-6.
- (6) Recommandations pour la pratique clinique : Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte [en ligne]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2009.
- (7) STUPP, L., MAGALHAES RESENDE, AP., OLIVEIRA, E. [et al]. Pelvic floor muscle training for treatment of pelvic organ prolapse: an assessor-blinded randomized controlled trial. Int Urogynecol J 2011; 22: 1233-39.
- (8) HOO BRAEKKEN, I. MAJINA M., ELLSTROM ENGH, M; [et al]. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce symptoms? An assessor-blinded, randomized; controlled trial. American Journal of Obstetrics et Gynecology 2010 : 11-17.
- (9) JOUFFROY, B. Le biofeedback in La rééducation périnéale : la connaître, la maîtriser pour mieux la pratiquer. Dossier du Collège National des Sages-Femmes, 2011, p 27-30.
- (10) HAY-SMITH, J., MORKVED, S., FAIRBROTHER, KA., HERBISON, GP. Pelvic floor training for prevention ant treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (review), [en ligne]. Cochrane Collaboration 2008.
- (11) BATTUT, A. Incontinence urinaire et prolapsus : quelle préven-

tion en ante-partum ? La Revue Sage-Femme, novembre 2010, volume 9, n° 5, p. 227-239.

(12) FRITEL, X. Périnée et grossesse, point de vue d'expert. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2010, n° 38, p. 332-346.

(13) FRITEL, X., FAUCONNIER, A., DE TAYRAC, R. [et al]. Prévenir l'incontinence urinaire postnatale par la rééducation périnéale pré-natale ? Rationnel et protocole de l'étude randomisée multicentrique 3PN, Prévention Périnéale Postnatale, [en ligne], J Gynécol Obstet Biol Reprod, septembre 2008, Volume 37(5), p. 441-448.

(14) MORKVED, S., BO, K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence : a 1-year follow up. BJOG 2000 : 107 : 1022-8.

4- L'ELECTROSTIMULATION FONCTIONNELLE

1- Définition :

Sandrine de Tayrac

L'Electrostimulation Fonctionnelle (ESF) consiste à stimuler les fibres nerveuses périphériques au moyen d'impulsions électriques brèves transmises par des électrodes placées le plus proche des afferents du nerf pudendal pour provoquer une contraction musculaire de la sangle périnéale.

2- Principes :

Le nerf pudendal issu des 3 racines sacrées S2, S3 et S4 est le nerf clé de la stimulation électrique :

L'électrostimulation périnéale endocavitaire (vaginale et anale) a pour effets :

- un abaissement du tonus vésical par réduction des contractions non inhibées du détroiteur et par augmentation de la compliance vésicale
- une augmentation de la pression de clôture de l'urètre par activation de son sphincter strié et de sa musculature striée externe
- une action sur la transmission des pressions au niveau de la zone sphinctérienne de l'urètre moyen
- une action sur le plancher pelvien avec amélioration de l'activité neuromusculaire, de la trophicité vaginale, et donc une meilleure conscience musculaire
- une action antalgique sur les déchirures et épisiotomies

3-Bases d'électrothérapie

Les courants utilisés en uro-procto-gynécologie sont de basses fréquences alternatives ou biphasiques à moyenne nulle.

Les paramètres utilisés sont variables selon l'objectif recherché :

- la fréquence de stimulation en Hz(Hertz)
- la largeur d'impulsion en microseconde (μ s)
- le temps de repos et de travail de l'onde électrique en seconde(s)
- l'intensité du courant en milliampères (mA) s'applique au minimum perceptible.

4- Equipements :

→ *Les générateurs :*

Ce sont des appareils générateurs de courant pouvant ou non être raccordés à un ordinateur comprenant :

- 1 ou 2 voies de stimulation
- 1 ou 2 voies de biofeedback

Ils comprennent des protocoles thérapeutiques préétablis et personnalisés, des planches anatomiques, et des fiches patientes ; il est essentiel d'utiliser des générateurs de puissance suffisante.

→ *Les sondes :*

Le choix de la sonde est guidé par le diagnostic clinique, l'anatomie du vagin, et de son angle, de la qualité des muscles élévateurs de l'anus, du type et degré de descente de la paroi vaginale. C'est pourquoi il en existe de nombreux modèles. On peut utiliser des sondes EMG ou manométriques.

→ *Les électrodes :*

Le choix des électrodes est en fonction des indications. Les électrodes cutanées sont uniques et repositionnables ; certaines permettent le passage du courant et d'autres sont placées dans le cadre du BFB

5-Règles pratiques :

Le plus souvent, la patiente est couchée en supination lombaire et bassin à plat, genoux pliés, pieds en rotation externe à l'écartement du bassin, buste très légèrement relevé.

Il est indispensable de rester auprès de la patiente ; cette dernière doit ressentir le passage du courant sans aucune douleur. Il ne faut pas hésiter à vérifier la position de la sonde ou de la patiente. Si on utilise du gel, il faut veiller à ne pas en appliquer sur les bagues métalliques pour une bonne conduction.

L'intensité est augmentée progressivement ; elle peut varier d'une séance à une autre et en cours de séance.

Le seuil de tolérance peut dépendre de différents facteurs :

- de la qualité de la musculature striée
- de l'impédance vaginale et sa variation de l'âge
- de l'humidité, de la sécheresse vaginale
- du moment du cycle
- de l'état congestif ou cicatriciel de la muqueuse vaginale
- de l'anxiété ou état psychique
- de l'état général
- de la position de la patiente ou de la sonde ou des électrodes
- de la posture de la patiente (bassin, flexion des jambes ou du buste)
- de l'état de réplétion vésicale ou rectale et de sa vacuité

L'ESF peut débuter la séance ou la terminer en s'adaptant toujours à la situation clinique du jour

La durée de l'ESF est fonction de l'indication ; l'objectif étant d'en diminuer la durée pour augmenter le temps rééducatif actif.

Le rythme des séances est défini de 2 à 3 par semaine avec une bonne régularité et une bonne observance. Il est indispensable d'éduquer la patiente à un travail d'auto-entretien à domicile par un entraînement périnéal adapté dès les premières séances et surtout à la fin de ces dernières.

L'évaluation clinique séance après séance est primordiale **L'ESF doit toujours s'accompagner d'un travail manuel, postural et respiratoire.**

6- Indications

- Syndrome d'hyperactivité vésicale : urgenturies, pollakiurie, nycturie
- Incontinence urinaire par urgenturies
- Incontinence urinaire mixte
- Incontinence urinaire d'effort
- Hypotonie périnéale isolée
- Douleur cicatricielle

Particularité du postpartum :

Il faut rappeler que la prescription de rééducation pelvopérinéale 6 à 8 semaines après un accouchement n'est plus systématique et doit répondre à des situations cliniques précises (HAS 2002). L'ESF peut être utilisée selon les indications classiques, la dénervation périphérique étant exceptionnelle.

Particularité de l'ESF à domicile

C'est en 2007 qu'apparaît le premier électro stimulateur périnéal sans fil et programmable utilisé pour la rééducation périnéale à domicile en cas d'incontinence urinaire féminine d'effort, par urgenturies ou mixte. Il se présente dans un boîtier avec sonde et recharge. Il en existe plusieurs modèles pris en charge par l'assurance maladie à 65% sur prescription médicale du médecin ou de la sage-femme.

7-Contre-indications

- Grossesse
- Pacemakers
- Infection vaginale, urinaire, anale
- Douleur périnéale non identifiée
- Prolapsus génital sévère avec extériorisation complète du vagin
- Reflux vésico-urétral, obstruction de l'urètre, urètre irradié ou fixé
- Dénervation totale du postpartum confirmée par EMG
- Résidu post mictionnel > 100 ml
- Hémorragie

NB : le D.I.U cuivre ou hormonal n'est pas une C-Ind.

8-Evaluations/ Recommandations scientifiques

• ESF et syndrome d'hyperactivité vésicale

Ce type de traitement a un effet activateur sur les mécanismes urétrosphinctériens et un effet inhibiteur sur le muscle vésical.

Une stimulation à basse fréquence 20 Hz agit sur l'incontinence par urgenturies (10)

L'analyse de la littérature montre de bons résultats dans 49 à 79% (1).

L'amélioration s'observe par une augmentation du délai entre 2 mictions et par conséquent une diminution de la pollakiurie par 24h avec une augmentation significative de la capacité vésicale. La prévalence de ces symptômes augmente au cours de la grossesse et diminue spontanément dans les 3 premiers mois (3).

Le traitement oestrogénique par voie vaginale améliore l'urgenturie et la pollakiurie et peut-être utilisé chez la femme ménopausée (3).

• ESF et Incontinence urinaire d'effort

Ce type de traitement contracte la musculature périnéale en élevant le col vésical et la résistance des mécanismes impliqués dans les fuites urinaires. En effet, des stimulations de 50Hz ont été démontré significativement efficaces (7).

L'analyse de la littérature met en évidence l'efficacité de l'ESF dans 66 à 89% (1) (5) ; cependant elle semble d'effet limité et moins efficace que le travail musculaire du plancher pelvien (3). La littérature a montré que l'ESF seule était insuffisante (6) mais elle est supérieure au placebo (7) L'ESF vaginale semble supérieure au placebo pour l'IUE mais inférieure à la rééducation «classique» (14) (5).

L' IUE pendant la grossesse régresse spontanément dans les 3 mois du postpartum (3) . Cependant, l'existence d'une IUE 3 mois après un accouchement représente un risque de 90 % d'incontinence persistante à 5 ans (11) et à 10 ans (13). Il y a une augmentation de près de 10% d'IU à 20 ans par unité d'IMC et de 3% du risque par année supplémentaire à l'accouchement (12).

• ESF et incontinence urinaire mixte

L'IUM est prédominante chez les personnes âgées (3) ; c'est une double stimulation en deux temps pour traiter l'IUE et les urgenturies.

• ESF et hypotonie périnéale sans trouble de la statique pelvienne

Le mécanisme de renforcement musculaire attendu par ESF reste controversé et peu d'études apportent des réponses. En cas de succès de l'ESF, il semblerait que les modifications réelles soient une augmentation de la force des releveurs, une augmentation de la longueur fonctionnelle de l'urètre et une amélioration de la transmission des pressions.

Il est recommandé de privilégier le travail manuel, le BFB et l'auto entretien.

• ESF et douleur cicatricielle localisée

Le mécanisme antalgique par ESF locale repose sur le relargage d'endorphines.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire. Ministère de la santé et des solidarités, F. Haab 2007
- (2) Info-périnée : l'ESF en pelvipérinéologie : bases théoriques et règles pratiques Mamberti-Dias, G de Bisschop, E de Bisschop, R Nundlall-de Bisschop 2009
- (3) Recommandations CNGOF 2009
- (4) Recommandations pour la prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire non neurologique de la femme B Leriche, S Conquy 2010 AFU Progrès en urologie
- (5) GOODE PS, BURGIO KL, LOCHER JL, ROTH DL, UMLAUF MG, RICHTER HE et al. Effects of behavioural training with or without pelvic floor electrical stimulation on stress incontinence in women: a randomized controlled trial. JAMA 2003; 290: 345-52
- (6) BO K, TALSETH T, HOLME I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal, cones and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. BMI 1999; 318: 487-93

(7) SAND PK, RICHARDSON DA, STASKIN DR et al . Pelvic floor electrical stimulation in the treatment of genuine stress incontinence: a multicenter placebo-controlled trial. AmJObst et gynecol 1995; 173 : 72-9

(8) FINAZZI-AGIO E, PETTA F, SCLOBICA F, PASCALETTI P, MUSCO S, BOVE P : Percutaneous tibial nerve stimulation effects on detrusor over activity incontinence are not due to a placebo effect : a randomized, double-blind, placebo controlled trial J-urol 2001 ; 184 : 2001-6

(9) KERDRAON J, DENYS P, AMARENCO G, Incontinence urinaire de la femme Revue du praticien vol 61 septembre 2011

(10) BRUBAKER L, BENSON T, BENT A, CLARK A, SHOTT S Transvaginal electrical stimulation for female urinary incontinence Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 536-40

(11) VIKTRUB, Am J obstet Gynecol 2001

(12) GYHAGEN M, Br K obstet Gynecol 2012

(13) ALTMAN, Obstet Gynecol 2006

(14) SPRUIJT J, VIERHOUT M, VERSTRAETEN R, JANSSENS J, BURGER C. Vaginal electrical stimulation of the pelvic floor: a randomized feasibility study in urinary incontinent elderly women. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82: 1043-8

5 LA GYMNASTIQUE ABDOMINALE HYPOPRESSIVE (GAH)

Valérie GIRAUD, Marcel CAUFRIEZ

A l'origine, la GAH a été conçue dans le cadre de la prévention post-partum. Le but était de rechercher une gymnastique abdominale qui soit bénéfique pour la sangle abdominale sans effets négatifs sur le plancher pelvien. La GAH est donc un ensemble agencé d'exercices posturaux rythmés qui permet l'intégration et la mémorisation des messages « proprioceptifs sensitifs et sensoriels associés à une mise en situation posturale particulière (décrite ci-après).

Les exercices, les postures à visée hypopressive ont pour objectifs :

- la tonification du plancher pelvien,
- la tonification de la sangle abdominale et plus globalement, la normalisation des tensions des muscles antigravitaires.

SA REALISATION :

L'exercice hypopressif consiste à générer une pression intra-abdominale et intra-thoracique négative :

- par le maintien d'une posture anté-gravitaire pendant 25 secondes (diminution de la tension posturale du diaphragme thoracique)
- associée à la mise en œuvre d'une apnée expiratoire en ouvrant le thorax (contraction du Grand Dentelé) d'environ 10 secondes (stimulation des récepteurs barosensibles du thorax et stimulation neurovégétative sympathique)
- accompagnée d'une abduction des omoplates (pousser les coudes vers l'extérieur dans la direction prolongée des bras).

Les techniques de gymnastique hypopressive stimulent et créent des réseaux neuronaux divergents, provoquant une série de réactions systémiques à court terme : une

relaxation posturale diaphragmatique, l'activation tonique du périnée et de la sangle abdominale et une série de réponses physiologiques à plus ou moins long terme sur le plan postural, vasculaire et métabolique.

Descriptif d'un exercice : le sujet est debout, corps incliné vers l'avant ; les épaules sont en rotation interne, les coudes fléchis à 90° et les poignets en flexion dorsale ; les doigts sont en extension, le bord radial des mains posé sur les crêtes iliaques, pouces en arrière. Dans cette position, amener les coudes vers l'avant sans déplacer les épaules et effacer la lordose cervicale (pousser le menton vers l'arrière sans extension de la tête) ; auto agrandissement du tronc ; inspirer (2 temps), souffler (4 temps) et maintenir plus de 10 secondes une apnée expiratoire en ouvrant le thorax (contraction du Grand Dentelé), les omoplates restant abductées (pousser les coudes vers l'extérieur dans la direction prolongée des bras).

A l'issue de la possibilité apnéique, le sujet reprend de l'air (2 temps) et expire (4 temps) et maintient à nouveau une apnée expiratoire : l'important est de garder la posture adéquate pendant plus de 25 secondes.

Cet exercice est répété trois fois d'affilée, sans temps de repos.

A la fin de chaque série d'exercices, selon l'état « cardio-respiratoire » des patientes, le thérapeute peut insérer dans le programme une suite d'exercices ventilatoires (2 temps d'inspire pour 6 temps d'expire) : l'expiration stimule le système parasympathique et diminue sensiblement l'activité noradrénergique (limitation des risques d'hypertension artérielle d'effort et de tachycardie) ; de plus, elle abaisse le risque d'acidose.

Sa mise en application s'effectue :

- A l'accouchement : application de techniques hypopressives neuro facilitatrices en respiration libre ou en apnée pour augmenter l'effet orthosympathique sur l'utérus (utilisation du Grand Dentelé et de positions différentes selon l'état de l'accouchement)

- Durant le post-partum immédiat (de J0 à J3) : proposition et enseignement de la dynamique hypopressive en décubitus dorsal,

- Après involution utérine (3 semaines, 1 mois ou plus) : enseignement de la GAH avec une 1^{ère} séance individuelle. Basée sur le maintien d'une posture particulière pendant un certain temps, elle réalise une modification de la posture en général. La GAH utilise la stimulation proprioceptive périphérique intensive et rythmante, pratiquée d'abord en sessions individuelles et ensuite en groupe, deux fois par semaine correspondantes aux phases d'apprentissage d'intégration et de mémorisation.

A long terme, son application journalière (phase d'automatisation à raison de 20 min/jour pendant 6 mois) 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 PREVENTIVES ET CURATIVES :

- Dans le post-partum : augmentation du tonus de la sangle abdominale et du plancher pelvien et prévention des ptoses d'organes, normalisation de la posture globale et amélioration des paramètres vasculaires au niveau du bassin et des membres inférieurs.
- En uro-gynécologie : incontinence, constipation, amélioration des mécanismes défécatoires, obstétricaux et 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
- Effet Relaxant

SES CONTRE-INDICATIONS FORMELLES :

- HTA même traitée,
- La grossesse,
- Les pathologies articulaires telles que la gonarthrose, la coxarthrose...

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CAUFRIEZ .M. « Les techniques relatives à l'aspiration diaphragmatique diminuent le gradient de pression intra-cavitaire de l'enceinte manométrique abdominale et augmentent l'activité tonique des muscles du plancher pelvien chez la femme » Thèse annexe, Université Libre de Bruxelles, 1991
2. HODGES P.W., BUTLER J.E., MCKENZIE D., GANDEVIA S.C. "Contraction of the human diaphragm during postural adjustments" The Journal of Physiology 1997
3. CAUFRIEZ M. : Cours de spécialisation en neuromyostatique Viscérale Céphalo-Abdomino-Pelviennne : kinésithérapie et réadaptation Viscérale uro-gynécologique, syllabus 2. Lessines : MC Editions 2001
4. CAUFRIEZ M. : « Peri-Partum », 2004
5. CAUFRIEZ M., PINSACH P., FERNANDEZ J.C. : « Abdominaux et Périnée » Mythes et Réalités. MC Editions Collection Sciences de la motricité 2010

6- CONCEPT ABDO-PÉRINÉO-MG® ET PÉRINATALITÉ

Danièle BELADEN – Luc GUILLARME

INTRODUCTION

Posons-nous les bonnes questions : comment ne pas évoluer vers la réintégration d'un abdomen compétent en rééducation fonctionnelle quand tous les cliniciens et thérapeutes prônent depuis des millénaires la valeur hégémonique du souffle vital défini comme « l'Expir ». Le concept ABDO-PÉRINÉO-MG® respecte la technique validée du souffle intitulée « Augmentation du Flux Expiratoire »

LE PRÉ PARTUM

Dans la mesure où musculature abdominale et souffle protègent organes, périnée, colonne et bébé pendant la grossesse, il est primordial de commencer la pratique du concept à partir du 6ème mois.

L'intégration de cette prise en charge « physique » dans le cadre de la Préparation à la Naissance contribue à entretenir un abdomen protecteur en utilisant une instrumentation spécifique appelée Winner Flow®. La régulation du souffle dans cet embout d'expiration est calibrée en fonction de chaque patiente. Le suivi de la qualité du souffle est également visionné sur écran feedback. Le protocole est bien établi et correspond à une pratique bi ou tri journalière de 4 fois 5 souffles en position allongée et de 2 fois 5 souffles en position assise haute. C'est au cours du 8ème mois qu'est expliquée la manière d'utiliser le Winner Flow pendant l'accouchement.

LE PER PARTUM

Si le conseil de « inspirez/bloquez/poussez » peut être sollicité à des moments ponctuels ou en désespoir de cause avec des patientes non préparées avec le concept et insuffisamment participantes, il semble plus intéressant de proposer un accompagnement sur l'expire régulé dans le Winner Flow. C'est la position du diaphragme au début de l'expiration qui conditionne l'orientation des pressions. Quand il s'agit de pousser vers le bas (dilatation puis expulsion), il est impératif de prendre une grande inspiration avant de souffler dans l'embout.

La possibilité d'accompagner visuellement le travail d'expulsion peut être proposée. Le suivi feedback actuel sur écran PC dans la salle d'accouchement est lié à une bonne préparation de la future maman, du père...et à l'accord de toute l'équipe participant à cet accouchement. A chaque fois, le résultat a été déclaré « bluffant ». Autre appréciation du pouvoir de l'expire avec déjà 6 tentatives d'accouchement par le souffle maternel dans le Winner Flow au cours d'une césarienne effectuée sous rachianesthésie : deux ou trois poussées suffisent à expulser bébé hors de l'abdomen, sans utilisation de quelconques instrumentations, audacieux et magique sur le plan physique et psychologique pour les patientes qui accouchent « activement » !

LE POST PARTUM

Après interrogatoire et explications sur l'orientation rééducative proposée, trois tests sont effectués : un test stabilométrique évaluant le comportement postural de la patiente, un test manométrique appréciant le défaut de transmission des pressions (orientation et force pressiométrique) et un test spirométrique définissant la valeur du débit expiratoire.

La reconnaissance de la qualité protectrice de l'abdomen corrélée au souffle modifie totalement la prise en charge des patientes. Grâce à l'apport de la stimulation proprioceptive abdominale puis périnéale à

domicile sous suivi des thérapeutes, les jeunes mamans retrouvent un abdomen compétent rapidement en évitant les nombreux soucis rencontrés habituellement : incontinence urinaire, douleur, diastasis, plaintes périnéales diffuses, stress...

L'exercice commence par une expiration thoracique pour se terminer sur un temps de 4 à 5 secondes par une rétroversion du bassin modulée en fonction de chaque patiente.

Le protocole est rigoureux : 8 séries de 5 souffles en position allongée et 3 séries de 5 souffles en position assise haute.

Sans cesser de pratiquer le concept de base, la prise en charge périnéale peut être commencée plus rapidement avec le même stimulateur/feedback relié à des électrodes périnéales externes respectant la pudeur.

Cette rééducation logique et garante de la protection du périnée puis de sa réintégration dans le synchronisme abdomino-périnéal se poursuivra par une tonification abdominale à visée esthétique ; projet de traitement du post partum qui complait bien souvent aux mamans désireuses de retrouver leur silhouette.

CONCLUSION

Trop longtemps délaissée, la rééducation abdomino-expiratoire tend à retrouver ses lettres de noblesse. Si les « abdominaux classiques » sont reconnus délétères, la prise en charge de la périnatalité par l'Expire doit progressivement rallier les suffrages autour du concept ABDO-PÉRINÉO-MG®, respectueux de la physiologie humaine. Cette pratique permet aux patientes de participer à leur traitement en utilisant l'appareillage sur prescription des Sages-Femmes. Une raison de plus de suivre les recommandations des Caisses d'Assurance Maladie dans leur effort de faire respecter le ratio coût/efficacité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- BOUDET B. : La compétence abdominale chez la parturiente, Congrès de Beaune, 2012
- 2- GUILLARME L. : Rééducation thoraco-abdomino-pelvienne par le concept ABDO-MG® - La renaissance abdominale par le souffle, Ed. Frison Roche, Paris, 2004
- 3- GUILLARME L. XHARDEZ Y. : Rééducation abdomino-expiratoire par le concept ABDO-MG®, Kinésithérapie Scientifique n° 476, avril 2007

7 - LA 5P : MÉTHODE DE RÉÉDUCATION PROPRIOCEPTIVE PELVI-PÉRINÉALE

Chantal Fabre-Clergue, Alain Marzolf et Michel Bouvier

La rééducation périnéale comprend un grand nombre de techniques visant à corriger les troubles de la statique pelvienne à la base des dysfonctionnements des organes pelviens urinaires, digestifs et sexuels.

Le but de cette rééducation est de permettre au patient de retrouver un contrôle volontaire des différents muscles striés du périnée afin de les rendre plus performants. En effet, bien que ces muscles soient à commande volon-

taire, notre système nerveux central, hautement plastique, est capable de faire contracter ces muscles sans forcément faire appel à notre conscience. Donc très souvent, et notamment après les accouchements, des asynergies de fonctionnement entre les muscles du périnée et par exemple les muscles abdominaux apparaissent.

Une nouvelle technique de rééducation proprioceptive, non invasive, sans toucher vaginal, sans utilisation de sonde de rééducation et avec très peu de contre-indications a été décrite comme permettant aux patientes de tonifier leur sangle périnéale et abdominale.

Elle consiste à faire effectuer à une patiente, en équilibre sur une demi-bûche, des tractions avec un élastique solidaire de la bûche.

Afin de vérifier l'efficacité de cette technique de rééducation, nous avons réalisé une étude préliminaire en effectuant une manométrie ano-rectale, par la technique des cathéters perfusés, avant et après une séance de rééducation utilisant le dispositif décrit précédemment. La manométrie permet de mesurer un certain nombre de paramètres qui correspondent au fonctionnement des muscles et des organes périnéaux.

Nous avons mesuré :

- La pression de repos dans le canal anal qui reflète la contraction tonique permanente du muscle lisse du sphincter anal interne (80%) et le tonus de la musculature striée du sphincter anal externe et du muscle releveur de l'anus (20%). La pression dans la partie haute et dans la partie basse du canal anal qui correspond à la pression exercée respectivement par le sphincter anal interne et le sphincter anal externe.
- La pression dans le canal anal ainsi que la pression abdominale lorsque l'on demande à la patiente de contracter volontairement son sphincter anal externe.
- La longueur de la zone de haute pression.

Cette étude a été effectuée chez 29 volontaires sains de sexe féminin âgées de plus de 18 ans indemnes de lésion anale active et qui n'avaient pas subi de chirurgie ano-rectale.

Après la séance de rééducation, nos résultats indiquent :

- Une élévation significative de la pression moyenne de repos dans la partie haute (46,4mmHg \pm 2,3 vs 49,6 mm Hg \pm 2,3, $p < 0,005$) et dans la partie basse du canal anal (57,3 mm Hg \pm 2,3 vs 80mmHg \pm 3,7, $p < 0,0001$).
- Une amélioration significative ($p < 0,0001$) de la contraction volontaire du sphincter anal externe, la pression moyenne passant de 44 mm Hg \pm 3,7 à 62,8 mm Hg \pm 4.
- Aucune augmentation significative de la pression abdominale moyenne qui pourrait retentir sur la pression exercée dans le canal anal.

- un allongement significatif ($p < 0,0001$) de la longueur moyenne de la zone de haute pression qui passe de 38,4 mm \pm 1,6 à 44,3 mm \pm 1,5.

En conclusion, nos résultats indiquent que cette nouvelle technique de rééducation permet un éveil rapide de la perception périnéale assurant un contrôle précis ainsi qu'une amélioration des contractions toniques et phasiques de la musculature striée du périnée postérieur.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-AMARENCO. G : CHANTRAINE. A: Les Fonctions sphinctériennes Edition SPRINGER 2006
- 2- Sous la direction de BONNEAU.D, MARES.P, VAUTRAVERS.P: Algies pelvi périnéales et thérapies manuelles, Editions Sauramps 2010
- 3- BLANC. B, SPIROUDIS. L : Pelvi-Périnéologie : du symptôme à la prise en charge thérapeutique. Edition Springer 2005
- 4- BOUCHETA, CUILLERET.J : Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle. L'abdomen, la région rétro péritonéale, le petit bassin, le périnée. Tome 4, 2° Edition SIMEP, 1991
- 5- JONES. D : Physiologie du muscle squelettique, Edition Elsevier, 2005
- 6- YIOU R. : Anatomie du Petit Bassin, Edition Elsevier , 2011
- 7- GROSSE. D, SENGLER J : Rééducation périnéale , Edition Masson, 2009

8- CONNAISSANCE ET MAITRISE DU PÉRINÉE (CMP)

Sylvie Nicot

La méthode CMP « Connaissance et Maîtrise du Périnée » est un élargissement des méthodes classiques de rééducation périnéale, basée, comme il se doit, sur des principes de respect et d'écoute de la femme. Elle a été créée par Dominique Trinh Dinh (1950 - 2007) sage-femme libérale « pour les femmes et avec les femmes »

LA DEMARCHE THERAPEUTIQUE comporte :

Des diagnostics précis s'appuyant sur :

- Un *questionnaire* ayant pour objectif de relever les symptômes et les habitudes de vie (parfois délétères) de la patiente
- Un *bilan clinique* (1) :

L'observation (2) et le toucher vaginal sont utilisés pour faire le diagnostic anatomique et fonctionnel des zones ano-vulvaire, uréthro-vésicale et du diaphragme pelvien.

- Recherche des effractions musculaires (élongations, déchirures, désinsertions)

- Recherche et cotation des colpocèles et prolapsus anatomiques et fonctionnels : urétérocèle, rectocèle, cystocèle, hystérocèle, élytrocèle.

- Recherche des Pressions Thoraco Abdominales à l'Effort (PTAE) pathologiques (à la vulve, au corps périnéal, sub-vésicale, anale). Elles sont cotées de 0 à 5, et considérées comme pathologiques si inférieures à 4. Ces PTAE pathologiques sont une des causes des prolapsus et des incontinences à l'effort.(3)

- *Des examens complémentaires* le cas échéant : ECBU, PH urinaire, échographie pelvienne....

Un ensemble de traitements ciblés visant à l'autonomie de la femme :

Tout le travail en CMP est fondé sur la collaboration entre le thérapeute et la femme. Il s'agit de retrouver un état de physiologie, qui ne traduit pas seulement l'absence de pathologie, mais aussi la suppression des facteurs déclenchant et/ou aggravants.

La femme se prend en charge, elle apprend des exercices utilisant des visualisations au sein desquelles sont inclus des repères anatomiques bien précis qui permettent le travail ciblé de la zone considérée.

La pratique de la visualisation est maintenant utilisée fréquemment en rééducation. L'efficacité de cette méthode a été démontrée y compris en cas d'atteinte neurologique. (4), (5), (6)

La particularité des images créées par Dominique Trinh Dinh est d'avoir remplacé la visualisation du mouvement, du geste, par des images symboliques (petite grotte, château, vagues...)

Le thérapeute pourra, par le toucher vaginal, grâce à sa connaissance de l'anatomie périnéale, vérifier que l'image visualisée a permis la mobilisation du muscle ciblé et de celui-là seulement.

Ces exercices de visualisation permettent de travailler les muscles du plancher pelvien et de développer aussi une perception sensitive des différentes zones vulvo-vaginales.

Ils pourront être complétés selon les cas, par de l'électrostimulation musculaire ciblée, en tant que potentialisation du travail personnel. (7)

Cette meilleure perception sensitive permet à la femme de prendre conscience des pressions néfastes qui peuvent s'exercer sur son périnée.(3),(8), (9), (10), (11)

La perception sensitive par la patiente des PTAE pathologiques marque un moment charnière qui va permettre de les traiter, non pas en les « bloquant » mais en le remplaçant par des mouvements de remontée des organes pelviens, le but étant d'amener la femme à des automatismes dans sa vie quotidienne. Ceci constitue une prévention, un traitement modérateur voire suppressif des pesanteurs, prolapsus, incontinence urinaire à l'effort et incontinence anale à l'effort.

La CMP est une méthode REEDUCATIVE et EDUCATIVE mais non manuelle dans le sens où le toucher vaginal est réservé au bilan clinique et à l'évaluation du travail musculaire au fur et à mesure des consultations. Il n'est pas utilisé en étirement ou en contre-appui pour faire travailler la femme qui doit pouvoir « oublier » les doigts de la sage-femme.

Une évaluation de fin de traitement en collaboration avec la femme :

Cette évaluation reprend tous les diagnostics symptomatiques et cliniques du bilan initial et indique leur évolution en fin de rééducation.

La sage-femme, en accord avec la femme, propose la mise en place d'une « hygiène périnéale » sous forme d'exercices spécifique aux pathologies rééduquées.

Un compte rendu écrit de cette évaluation finale, est remis à la femme et adressé, avec son accord, aux différents praticiens qui la suivent.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) TRINH- DINH D. Rééducation périnéale féminine. Petit manuel de diagnostics cliniques à l'usage des praticiens. Coll. diagnostics et prévention, latitudes et féminitudes, 2001

- (2) SARRAMON J.P., RISCHMANN P. Examen du périnée féminin. Service d'Urologie, Hôpital Purpan, Toulouse, Progrès en Urologie (1997)
- (3) BOURCIER A.P., MC GUIRE E.J., ABRAMS P. Dysfonctionnement du plancher pelvien TOME 1 Physiopathologie et investigations, Ed. Elsevier-Masson 2005
- (4) Congrès ACAPS Toulouse 30 octobre -1er novembre 2003. Symposium imagerie mentale et performance motrice.
- (5) DESMORGET M. Imitation et apprentissages moteurs : des neurones miroirs à la pédagogie du geste sportif. Marseille Ed. Solal, 2007
- (6) GRANGEON M., GUILLLOT A., COLLET C., Effet de l'imagerie motrice dans la rééducation des lésions du système nerveux central et des atteintes musculo-articulaires. Ed. Science et motricité 2009/2, n° 67
- (7) KOSKAS M., BADER G. Incontinence urinaire chez la femme. Du symptôme à la prise en charge thérapeutique. EMC (Ed. Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 3-1270, 2008.
- (8) BOURCIER A.P., MC GUIRE E.J., ABRAMS P. Dysfonctionnement du plancher pelvien TOME 2 traitement et prise en charge, Ed. Elsevier-Masson 2005
- (9) DE GASQUET B., Abdominaux arrêtez le massacre ! Méthode Abdologie de Gasquet Ed. Marabout 2009
- (10) CALAIS GERMAIN B., Abdo sans risques Coll. Le geste anatomique, Editions Désiris 2008
- (11) CAUFRIEZ M. Abdominaux et périnée : mythe et réalités N.C. 2010

9- L'APPROCHE POSTURO RESPIRATOIRE (APOR)

Sophie Frignet

Développée depuis plus de 20 ans par le Dr Bernadette de GASQUET, l'Approche Posturo Respiratoire - APOR - s'appuie sur l'observation du mouvement, la conscience du corps et l'analyse de la fonction périnéale. Elle met en avant les liens qui existent entre la posture, la respiration et le périnée. Elle s'intéresse aux pressions abdominales, mini-traumatismes quotidiens périnéaux-abdominaux responsables des troubles de la statique pelvienne (IUE, hémorroïdes, prolapsus...). Elle propose des adaptations posturales pour tous les moments de la vie afin de limiter les pressions sur le périnée et les conséquences délétères qui en résultent. Il s'agit de propositions concrètes pour la gestion des efforts au quotidien, l'accompagnement de l'accouchement, la résolution de la constipation, l'optimisation des portages, la pratique des abdominaux ... Chaque fois que nécessaire l'APOR utilise des accessoires pour aider à corriger et soutenir la posture (tabouret, ballon, galette, ceinture de maintien du bassin, coussin à micro billes...). Dans certaines situations elle préconise l'utilisation d'un pessaire cube pour contenir, limiter, stabiliser ou prévenir les prolapsus.

Médecin et professeur de yoga, Bernadette de GASQUET associe et réconcilie dans son approche travail corporel, médecine moderne et savoirs traditionnels.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- DE GASQUET. B : Périnée, arrêtons le massacre. Ed Marabout 2011.
- DE GASQUET. B : in Périnée et maternité. Collection Grands Sujets. Les dossiers de l'obstétrique Edition 2013

10- LA MÉTHODE « PÉRINÉE ET MOUVEMENT® »

Blandine Calais-Germain

Recommandée par A.Françoise Sachet, sage-femme

La méthode «Périnée et mouvement®» a été créée et développée par Blandine CALAIS-GERMAIN, kinésithérapeute, qui promeut depuis 1980 un enseignement de l'anatomie appliquée au mouvement (par des livres, posters, stages, méthodes de mouvement). Voici ses principes, présentés par Blandine CALAIS GERMAIN : « Périnée et Mouvement® » est une méthode qui met en jeu le périnée *dans le corps entier en mouvement*. Les mouvements y sont sélectionnés dans un but constant : amener des formes variées de sollicitation du périnée.

Six aspects sont mis en œuvre :

- 1°) reconnaissance pelvi-périnéale à partir d'un **travail sensoriel régional**.
- 2°) **tonification musculaire** des muscles du plancher pelvien, mais aussi **détente, souplesse, coordination** avec la respiration et l'équilibre postural.
- 3°) **changements fréquents de position** modifiant l'effet de la pesanteur sur les viscères : mobilisation des fascias qui les cloisonnent, pour un éveil proprioceptif et une activation de la circulation.
- 4°) mise en œuvre de **pressions/dépressions variées** sur le périnée pour reconnaître les contrastes de pression, et adapter la réponse tonique du plancher pelvien.
- 5°) mise en **étirement** du périnée par mouvements de hanche/rachis qui mobilisent le **bassin**, pour tonifier les muscles en position plus ou moins longue, et pour privilégier un travail des régions antérieure ou postérieure du plancher pelvien.
- 6°) mobilisation du bassin par des **mouvements asymétriques de hanche/rachis**, pour asymétriser la tonification musculaire, et pour plus de reconnaissance sensorielle.

Une évaluation a lieu sous forme d'un questionnaire rempli tout au long du protocole.

Cette méthode est complémentaire des méthodes en toucher vaginal (en particulier CMP), bio-feed back, électrostimulation : elle prépare l'inclusion du périnée dans le corps postural, dans les actions quotidiennes, sportives, professionnelles.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCE :

- B.CALAIS GERMAIN: Le périnée féminin et l'accouchement, Editions Désiris 2002
- B.CALAIS GERMAIN : Respiration/Geste respiratoire, Editions Désiris 2005
- B.CALAIS GERMAIN : Abdos sans risque, Editions Désiris 2008

11- L'EUTONIE EN RÉÉDUCATION POSTNATALE

Christine Chautemps

L'eutonnie est une approche globale s'intéressant aux sensations du corps. Son but est d'harmoniser l'ensemble de la tonicité, y compris celle du périnée. Contrairement aux approches traditionnelles, il s'agit d'apprendre à le relâcher, le plus souvent, afin qu'il retrouve sa mobilité et sa souplesse, restituant ainsi sa fonctionnalité. C'est grâce aux sensations verbalisées, si possible avant et après chaque proposition, que la patiente développe sa conscience. La sage-femme propose des mouvements ou situations qui ressemblent à celles du quotidien. Le travail consiste donc à mettre en lien le périnée avec les différentes parties du corps, surtout celles qui sont responsables des pressions thoraco-abdominales à l'effort (PTAE). La majeure partie des PTAE s'expliquent par l'histoire personnelle, et induisent des déséquilibres plus ou moins associés, par rapport à la statique, l'ancrage, la position du bassin, la tension de la sangle abdominale, et la respiration.

Sur des schémas en exemple, une personne cherche son équilibre sur un ½ rondin de bois. D'abord elle s'installe sur la partie arrondie et tourne sur elle-même. La recherche d'équilibre s'effectue en dehors de tout contrôle et passe par de nouveaux « circuits » au niveau cérébral. Au sortir de la bûche, il y a la découverte étonnée d'une statique différente avec des appuis pieds plus présents, des jambes moins raides, un bassin et une respiration plus libres. S'ensuit une 2ème expérience sur la face plate qui ancre davantage. Dans la mesure où l'« expérience eutonnie » se traduit le plus souvent par un mieux-être, la patiente évolue progressivement vers la physiolo-

gie, tout en étant « actrice » de sa rééducation. Ceci s'explique par la perception de son corps comme un tout et d'une réorganisation interne plus souple. Elle fait ainsi le lien entre ce qui s'est détendu, en conscience et l'amélioration de ses symptômes ou du trouble avéré.

Quelques chiffres tirés d'un travail de mémoire réalisé par une étudiante sage-femme de Bourg en Bresse, Lysiane Petit en 1987 :

La plupart des personnes interrogées s'accordent pour reconnaître qu'elles ont tiré avantage de cette rééducation, quels que soient leurs symptômes de départ, avec la survenue de bénéfices secondaires chez certaines, comme plus de confort corporel, que ce soit globalement ou localement. Les améliorations portent sur une sensation de remontée du périnée au repos (61%) et à l'effort (68%), une souplesse supérieure du périnée (43%), ainsi qu'une sensation tonique améliorée (avec ou sans la sensation de pression au départ), une fermeture de la vulve renforcée à la toux (56%), et une diminution nette des « PTAE » pour 95% d'entre elles. Ces résultats découlent d'un chemin et d'une écoute interactive, afin que la patiente apprenne à transformer la perception qu'elle a d'elle-même et qu'elle maintienne ses acquis sur le long terme.

Cette approche nous invite à reconsidérer nos propres fonctionnements, réduisant l'automatisme au profit de la conscience ! Pratiquer l'eutonnie ne s'improvise pas et demande une véritable compétence et connaissance de soi.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- DOUCE.F Rééducation du périnée Ed. Ardhome 2010
- PETIT L. L'eutonnie et la rééducation postnatale, Mémoire sage-femme, Ecole de sages-femmes de Bourg en Bresse , 1987

chapitre VII

Les pessaires

Chantal Fabre-Clergue

Le pessaire présente une alternative, qui garde hélas une image désuète, à la chirurgie en cas de prolapsus symptomatiques. Ce dispositif, inséré dans le vagin, permet la réduction du prolapsus et le soutènement des organes pelviens. C'est une solution efficace, peu coûteuse, simple d'utilisation qui nécessite parfois un traitement oestrogénique local avant l'utilisation pour éviter les troubles trophiques vaginaux et faciliter la mise en place. Les effets secondaires sont mineurs. De nombreux modèles existent, le plus souvent en silicone et de nombreuses tailles sont proposées. Le choix dépend du type anatomique du prolapsus, de l'âge de la patiente, des facilités de compréhension de la patiente (habituée à l'utilisation de tampons périodiques ou pas), de la tonicité de sa sangle périnéale. Il est intéressant d'associer quelques séances de rééducation périnéale pour dynamiser le périnée profond avant l'utilisation du pessaire, pour optimiser sa mise en place et corriger les efforts de poussée lors de constipation. La réduction du prolapsus n'est efficace que sur des prolapsus de bas grade mais sera indiquée en cas de troubles urinaires ou anorectaux associés.

Il est intéressant de proposer un « test au pessaire » pendant quelque temps ; il ne doit pas y avoir de difficulté ni de gêne urinaire, sinon, il faut trouver une autre taille, un autre modèle, rassurer et encourager la patiente. En cabinet, il est souhaitable d'avoir un jeu complet de pessaires pour les présenter à la patiente en lui expliquant les avantages de chaque dispositif. Les essais peuvent être réalisés avec un préservatif féminin (bien lubrifié) qui facilite la pose et le retrait surtout pour les indécises.

Il existe plusieurs sortes de pessaires :

- Anneau : le plus utilisé et de différentes épaisseurs, Indiqué pour les cystocèles
- Cube : choisir de préférence le perforé qui facilite l'écoulement des sécrétions vaginales
- Gonflable : ajustable à la pathologie de la femme
- Hodge : utilisé en cas d'IUE car soutient le col vésical

La sage-femme ne peut pas prescrire ces dispositifs qui ne font pas partie de la liste du matériel autorisé. Cependant, l'apprentissage nécessite de la patience, de la disponibilité, et la sage-femme rééducatrice occupe une place de choix pour informer la femme, vérifier la tonicité périnéale, dépister des prolapsus et accompagner l'apprentissage du pessaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- FATTON.B, AMARENCO.G, DE TAYRAC. R : Matériel pratique d'urogynécologie, Ed.Masson 2011
- 2- BADER.G, KOSKAS.M : Prolapsus des organes pelviens. Du symptôme à la prise en charge thérapeutique. EMC Elsevier Masson SAS Paris. Traité de médecine AKOS, 3-1280, 2008
- 3- O.COTELLE, COURTIEU.C, GAILLAC- ALAMBARI.S : DVD laboratoire GYNEAS « Utilisation des pessaires » 2010
- 4- DE GASQUET. B : Les pessaires cubes. Un outil de rééquilibrage périnéal. Une aide efficace au prolapsus. Les Dossiers de l'Obstétrique n° 412, 02- 2012.
- 5- COURTIEU.C : Existe-t-il encore des indications du pessaire ? CNGOF Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique Tome XXXI-2007
- 6- REBUFA-DHENIN. E, CORNILLE.A, COURTIEU.C, PANEL. L. Place des pessaires dans la prise en charge des prolapsus génitaux. PELVIMAG 2013.

Conclusion

Avec ce guide, vous avez les outils pour réaliser une auto-évaluation de vos connaissances théoriques et pratiques dans le champ de la rééducation périnéale. Par cette mise au point, vous serez à même de choisir une formation complémentaire, si elle s'avère nécessaire.

Enfin et surtout, il est urgent que les sages-femmes chercheurs, s'associent avec les experts cliniciens afin de faire valider scientifiquement de nouvelles méthodes, voire de plus anciennes, qui nous semblent pourtant apporter des résultats cliniques probants.

Enfin, vous trouverez sur le site du CNSF, les outils d'évaluation, que vous pourrez utiliser dans votre pratique.

SITES utiles

- CNSF : Collège National des Sages-Femmes de France www.cnsf.asso.fr
- CNGOF: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français www.cngof.fr
- UROFRANCE: site de L'AFU Association Française d'Urologie www.urofrance.fr
- SIFUDPP : Société Interdisciplinaire Francophone d'Urodynamique et de Pelvi-Périnéologie www.sifudpp.org
- SIREPP: Société Internationale de Rééducation en Pelvi Périnéologie www.sirepp.fr

Cahier d'outils

Auto-questionnaire relatif aux troubles urinaires validé ICIQ

Nom - Prénom _____ Date : / / _____

ICIQ (Symptômes et qualité de vie en rapport avec incontinence urinaire)

Beaucoup de personnes ont des pertes d'urine de temps en temps. Nous essayons de savoir combien de personnes ont des pertes d'urine et à quel point cela les gêne. Veuillez répondre aux questions suivantes, en pensant à votre cas, en moyenne, au cours des QUATRE DERNIERES SEMAINES.

A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ?
(ne cochez qu'une seule réponse)

jamais 0
 environ une fois par semaine au maximum 1
 deux à trois fois par semaine 2
 environ une fois par jour 3
 plusieurs fois par jour 4
 tout le temps 5

Nous aimerions savoir quelle est la quantité de vos pertes d'urine, selon votre estimation. Quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine (avec ou sans protection) ? (ne cochez qu'une seule réponse)

nulle 0
 une petite quantité 2
 une quantité moyenne 4
 une grande quantité 6

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ?
 Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 pas du tout vraiment beaucoup

Quand avez-vous des pertes d'urine ?
 (cochez toutes les réponses qui s'appliquent à votre cas)

vous ne perdez jamais d'urine
 vous avez des pertes d'urine avant de pouvoir arriver aux toilettes
 vous avez des pertes d'urine quand vous tousez ou éternuez
 vous avez des pertes d'urine quand vous dormez
 vous avez des pertes d'urine quand vous avez une activité physique ou quand vous faites de l'exercice
 vous avez des pertes d'urine quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillée
 vous avez des pertes d'urine sans cause apparente
 vous avez des pertes d'urine tout le temps

Calendrier mictionnel

CNSF
 Collège National des Soins Infirmiers

CALENDRIER MICTIIONNEL : NOTER (O) LORS DE CHAQUE MICTIION

NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE : _____

HEURES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
LUNDI																								
MARDI																								
MERCREDI																								
JEUDI																								
VENDREDI																								
SAMEDI																								
DIMANCHE																								

	0	1	2	3	4	Scores
Incontinence urinaire d'effort	absente	Lors des efforts violents (sport, course)	Lors des efforts moyens (quinte de toux, étournement, soulèvement, rire)	Lors des efforts faibles (toux isolée, marche, accroupissement, mouvement brusque)	Au moindre changement de position	
Fréquence incontinence urinaire d'effort	absente	Moins d'une fois par mois	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Quelques fois par jour	
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	
Fuite urinaire par impériosité	absente	Moins d'une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par jour	
Fréquence mictionnelle diurne	Intervalle mictionnel > 2 h	Intervalle mictionnel de 1h30 à 2h	Intervalle mictionnel d'1h	Intervalle mictionnel d'1/2h	Intervalle mictionnel < 1/2h	
Fréquence mictionnelle nocturne	0 à 1 miction par nuit	2 mictions par nuit	3-4 mictions par nuit	5-6 mictions par nuit	> 6 mictions par nuit	
Dysurie rétention	absente	Dysurie d'attente, terminale	Poussées abdominales, jet hâché	Poussées manuelles miction prolongée, sensation de résidu	cathétérisme	

PFIQ 7 : Qualité de vie en rapport avec le prolapsus (6)

Nom - Prénom _____ Date : / / _____

PFIQ-7 (Qualité de vie en rapport avec le prolapsus)

Instructions : Certaines femmes constatent que leurs symptômes urinaires, intestinaux ou vaginaux ont un impact sur leurs activités, leurs relations avec les autres et leur état d'esprit. Pour chaque question, cochez (X) la réponse décrivant le mieux à quel point vos symptômes ou troubles urinaires, intestinaux ou vaginaux ont affecté vos activités, vos relations avec les autres ou votre état d'esprit **au cours des 3 derniers mois**. Merci de cocher une réponse dans **chacune des trois colonnes** pour chaque question.

De manière générale, à quel point les symptômes ou troubles suivants →→→→ affectent-ils ?	<i>Symptômes urinaires ou vessie</i>	<i>Symptômes intestinaux ou rectum</i>	<i>Symptômes vaginaux ou pelviens</i>
1. Votre capacité à faire des tâches ménagères (cuisine, ménage, lessive) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
2. Votre capacité à avoir une activité physique (marche, natation ou autre forme d'exercice physique) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
3. Vos sorties, par exemple aller au cinéma ou à un concert ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
4. Votre capacité à effectuer un trajet en voiture ou en bus à plus de 30 minutes de chez vous ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
5. Votre capacité à participer à des activités avec d'autres personnes en dehors de chez vous ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
6. Votre état émotionnel (nervosité, dépression, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
7. Votre sentiment de frustration ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup

QUESTIONNAIRE D'INCONTINENCE ANALE (Jorge et Wexner)			
Nom :	Prénom :	Date :	
<p>Les troubles de la statique et de la dynamique pelvienne, associés ou non à des problèmes d'incontinence, posent un réel problème de santé du fait de leur retentissement sur la qualité de vie. L'influence de ces troubles sera prise en compte par votre médecin et votre kinésithérapeute dans leur choix des décisions thérapeutiques et de l'évaluation des traitements proposés.</p> <p>Auto évaluez vos troubles en répondant au questionnaire:</p>			
1. Vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de gaz ?			
1- Jamais		Votre réponse :	(1 à 5)
2- Rarement (moins de 1 fois par mois)			
3- Quelquefois (moins de 1 fois par semaine)			
4- Couramment (inférieur à 1 fois par jour)			
5- Toujours (supérieur à 1 fois par jour)			
2. Vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles liquides?			
1- Jamais		Votre réponse :	(1 à 5)
2- Rarement (moins de 1 fois par mois)			
3- Quelquefois (moins de 1 fois par semaine)			
4- Couramment (inférieur à 1 fois par jour)			
5- Toujours (supérieur à 1 fois par jour)			
3. Vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles formées ?			
1- Jamais		Votre réponse :	(1 à 5)
2- Rarement (moins de 1 fois par mois)			
3- Quelquefois (moins de 1 fois par semaine)			
4- Couramment (inférieur à 1 fois par jour)			
5- Toujours (supérieur à 1 fois par jour)			
4. A cause des fuites, devez-vous porter des garnitures			
1- Jamais		Votre réponse :	(1 à 5)
2- Rarement (moins de 1 fois par mois)			
3- Quelquefois (moins de 1 fois par semaine)			
4- Couramment (inférieur à 1 fois par jour)			
5- Toujours (supérieur à 1 fois par jour)			
5. Les fuites anales ont-elles un retentissement sur la qualité de vie ?			
1- Jamais		Votre réponse :	(1 à 5)
2- Rarement (moins de 1 fois par mois)			
3- Quelquefois (moins de 1 fois par semaine)			
4- Couramment (inférieur à 1 fois par jour)			
5- Toujours (supérieur à 1 fois par jour)			
Résultat :	0 (parfait) – 20 (Incontinence totale)		

Symptomatologie colorectale : Extrait du dossier D.I.U. Statique pelvienne CHU Caremeau NIMES (Pr P. Mares, Pr R. De Teyrac)

Incontinence anale	oui	non	Constipation	oui	non
- passive	oui	non	-Efforts de poussée	oui	non
- impériosité	oui	non	-Nombre de		
selles/semaine :					
- gravité de l'incontinence :					
-gaz	oui	non	-Ballonnements	oui	non
-selles liquides	oui	non	-Sensation de besoin	oui	non
-selles solides	oui	non	-Difficulté évacuation	oui	non
-Fréquence :			-Manœuvres	oui	non
<1 fois/mois	mensuelle				
Hebdo	quotidienne		-Selles : dures molles liquides		
-Port de garnitures	oui	non	-Laxatifs	oui	non
Si oui, par précaution			lesquels :		
Régulièrement					
En permanence					

PFDI 20 (Symptômes en rapport avec le prolapsus) (6)

Nom - Prénom _____ Date : / / _____

PFDI-20 (Symptômes en rapport avec le prolapsus)

Ce questionnaire porte sur certains symptômes intestinaux, urinaux ou pévénis; il vous sera demandé si vous ressentez ces symptômes, et si oui, s'ils vous gênent. Merci de répondre à toutes les questions suivantes en cochant (X) la ou les cases appropriées(s). Si vous hésitez sur une réponse, choisissez la réponse correspondant le mieux à votre cas. En répondant à ce questionnaire, prenez en compte les symptômes que vous avez ressentis au cours des 3 derniers mois.

- Avez-vous souvent l'impression que quelque chose appuie dans le bas du ventre ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous souvent une sensation de pesanteur ou de lourdeur dans la région génitale ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Devez-vous parfois appuyer sur le vagin ou autour de l'anus pour arriver à évacuer des selles ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous souvent l'impression de ne pas arriver à vider complètement votre vessie ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Devez-vous parfois repousser avec les doigts une « boule » au niveau du vagin pour uriner ou vider complètement votre vessie ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous l'impression de devoir beaucoup forcer pour aller à la selle ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous l'impression d'une évacuation incomplète après être allée à la selle ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont solides ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont très molles ou liquides ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4

- Avez-vous souvent des gaz involontaires (peis) ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous souvent mal lors de l'évacuation des selles ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous des besoins tellement pressants que vous devez vous précipiter aux toilettes pour aller à la selle ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Arrive-t-il qu'une partie de votre intestin dépasse de l'anus lorsque vous allez à la selle ou après y être allée ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Allez-vous fréquemment uriner ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous tousser, que vous éternuez ou que vous riez ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4
- Avez-vous souvent des douleurs ou une sensation d'inconfort dans le bas du ventre ou dans la région génitale ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 0 Pas du tout - 1 Un peu - 2 Moyennement - 3 Beaucoup - 4

PISQ 12 : questionnaire sur la sexualité des femmes présentant un prolapsus génital et/ou une incontinence urinaire (8)

Questionnaire sur la sexualité des femmes présentant un prolapsus génital et/ou une incontinence urinaire

(PISQ-12)

Instructions : Les questions suivantes portent sur votre sexualité avec votre partenaire. Vos réponses resteront strictement confidentielles et ne seront utilisées que pour permettre aux médecins de mieux comprendre ce qui est important pour les patientes dans leur sexualité. Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse, en tenant compte de votre sexualité au cours des six derniers mois. Merci pour votre aide !

- À quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel ?
 Cela peut comprendre le fait d'avoir envie ou de prévoir d'avoir des relations sexuelles, de se sentir frustrée par manque d'activité sexuelle, etc.
 Tous les jours Au moins une fois par semaine Au moins une fois par mois Moins d'une fois par mois Jamais
- Avez-vous un orgasme lors de vos rapports sexuels avec votre partenaire ?
 Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
- Ressentez-vous de l'excitation lors des activités sexuelles avec votre partenaire ?
 Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
- Êtes-vous satisfaite de la variété de vos activités sexuelles actuelles ?
 Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
- Avez-vous mal pendant les rapports sexuels ?
 Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
- Avez-vous des fuites d'urine (incontinence urinaire) lors des activités sexuelles ?
 Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
- Limitez-vous les activités sexuelles par peur d'avoir une incontinence (d'urine ou de selles) ?
 Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
- Évitez-vous les rapports sexuels à cause d'une « boule » dans le vagin (descente de l'utérus, de la vessie, du rectum ou du vagin) ?
 Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais

- Lorsque vous avez des relations sexuelles avec votre partenaire, ressentez-vous des émotions négatives, par exemple de la peur, de la honte ou de la culpabilité ?
 Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
- Votre partenaire a-t-il des problèmes d'érection qui perturbent vos activités sexuelles ?
 Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
- Votre partenaire a-t-il des problèmes d'éjaculation précoce qui perturbent vos activités sexuelles ?
 Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
- Par rapport aux orgasmes que vous avez eus dans le passé, diriez-vous que les orgasmes que vous avez eus au cours des six derniers mois sont...
 Beaucoup moins intenses Moins intenses Aussi intenses Plus intenses Beaucoup plus intenses

Calcul du score :

Le score est calculé en additionnant les points obtenus à chaque question (Toujours = 0, Jamais = 4). L'attribution des points est inversée pour les questions 1, 2, 3 et 4 (Toujours = 4, Jamais = 0). La version courte du questionnaire peut être utilisée avec un maximum de deux réponses manquantes. S'il manque des réponses, le score final s'obtient en multipliant le nombre de questions par le score moyen pour les réponses données. Lorsqu'il manque plus de deux réponses, la version courte du questionnaire ne constitue plus un indicateur fiable du score qui serait obtenu avec la version longue. Pour comparer les scores obtenus avec ceux de la version longue, multiplier les scores de la version courte par 2,58 (31/12).

PISQ-12 - FrancoFrench - Version of 14 Sep 07 - Mapl Research Institute. Traduction française financée par les Laboratoires Coloplast. ©2018 / PISQ-12_AJ16_NeFR.doc

QUESTIONNAIRE DN4

EVALUATION D'UNE DOULEUR NEUROPATHIQUE

Nom :

Prénom :

Date :

Les troubles de la statique et de la dynamique pelvienne, associés ou non à des problèmes d'incontinence, posent un réel problème de santé du fait de leur retentissement sur la qualité de vie.

L'influence de ces troubles sera prise en compte par votre médecin et votre kinésithérapeute dans leur choix des décisions thérapeutiques et de l'évaluation des traitements proposés.

Auto évaluez vos troubles en répondant au questionnaire:

1. La douleur présent-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1- brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4- Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8- Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Hyposthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10- Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score : / 10

Score considéré comme positif si test égale ou supérieur à 4 / 10

Questionnaire douleur Saint-Antoine (QDSA)

Evaluation : Initiale Intermédiaire Finale DATE : _____

Renseignements socio-administratifs :

Nom _____ Prénom _____

Vous trouvez ci-dessous une liste de mots utilisés par certaines personnes pour décrire une douleur. Afin de préciser la douleur que vous ressentez en général, entourez les mots le plus exacts pour décrire votre douleur (un mot maximum par paragraphe) et donner-lui une note de 0 à 4 à l'aide du tableau ci-dessous :

- 0 = Absent ou pas du tout
- 1 = Faible ou un peu
- 2 = Modéré ou moyennement
- 3 = Fort ou beaucoup
- 4 = Extrêmement fort ou extrêmement

A	Battements	_____	E	Tiraillement	_____	K	Nauséuse	_____
	Pulsations	_____		Etirement	_____		Suffocante	_____
	Elancements	_____		Distension	_____		Syncopale	_____
	En éclaires	_____		Déchirure	_____	L	Inquiétante	_____
	Décharges électriques	_____		Torsion	_____		Opressante	_____
	Coup de marteau	_____					Angoissante	_____
B	Rayonnante	_____	F	Chaleur	_____	M	Harcelante	_____
	Irradiante	_____		Brûlure	_____		Obsédante	_____
							Cruelle	_____
C	Piqûre	_____	G	Froid	_____		Torturante	_____
	Coupure	_____		Glace	_____	Suppliciant	_____	
	Pénétrante	_____						
	Transperçant	_____	H	Picotements	_____	N	Gênante	_____
	Coup de poignard	_____		Fourmillements	_____		Désagréable	_____
			Démangeaisons	_____	Pénible		_____	
							Insupportable	_____
D	Pincement	_____	I	Engourdissement	_____	O	Enervante	_____
	Serrement	_____		Lourdeur	_____		Exaspérante	_____
	Compression	_____		Sourde	_____		Horripilante	_____
	Ecrasement	_____						
	En étou	_____	J	Fatigante	_____	P	Déprimante	_____
	Broiement	_____		Epuisante	_____		suicidaire	_____

**Critères diagnostiques de névralgie pudendale par
syndrome canalaire (Critères de Nantes selon Labat JJ et al.
Pelv-Perineol, 2007 ; 2 : 65-70)**

Critères indispensables au diagnostic de névralgie pudendale

- ▶ 1/ Douleur située dans le territoire du nerf pudental (de l'anus à la verge ou au clitoris)
- ▶ 2/ Douleur prédominant en position assise
- ▶ 3/ Douleur ne réveillant habituellement pas la nuit
- ▶ 4/ Absence de déficit sensitif objectif
- ▶ 5/ Bloc diagnostique du nerf pudental positif (sous réserve d'une technique irréprochable)

Critères complémentaires au diagnostic

- ▶ 1/ Sensations de brûlures, décharges électriques, tiraillement, engourdissement
- ▶ 2/ Sensation de corps étranger endocavitaire (« sympathalgie » rectale ou vaginale)
- ▶ 3/ Aggravation de la douleur au cours de la journée
- ▶ 4/ Douleur à prédominance unilatérale
- ▶ 5/ Douleurs apparaissant après la défécation
- ▶ 6/ Présence d'une douleur exquise à la palpation de l'épine sciatique
- ▶ 7/ Données de l'électroneuromyogramme chez l'homme et la femme nullipare

Critères d'exclusion

- ▶ 1/ Douleurs uniquement coccygienne, fessière, pubienne ou hypogastrique
- ▶ 2/ Prurit
- ▶ 3/ Douleurs uniquement paroxystiques
- ▶ 4/ Anomalies d'imagerie pouvant expliquer la douleur

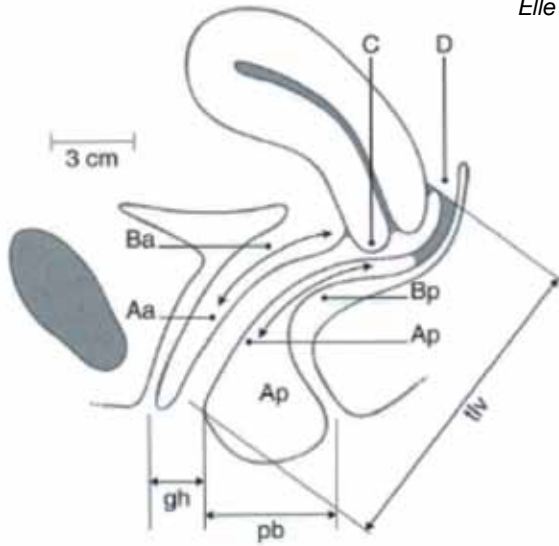
Signes associés n'excluant pas le diagnostic

- ▶ 1/ Irradiation fessière ou au membre inférieur, notamment en position assise
- ▶ 2/ Douleur sus-pubienne
- ▶ 3/ Pollakiurie et/ou douleurs au remplissage vésical
- ▶ 4/ Douleurs apparaissant après l'éjaculation
- ▶ 5/ Dyspareunie et /ou douleurs après les rapports sexuels
- ▶ 6/ Troubles de l'érection
- ▶ 7/ Normalité de l'ENMG

Testing périnéal selon LAYCOCK (Modified Oxford Grading System 2008)

Score	Qualité de la contraction	Maintien	Nombre
0	Aucune	0 s	0
1	Traces	1 s	1
2	Bien perçue sans résistance	<5 s	2
3	Bien perçue sans résistance	>5 s	3
4	Perçue avec petite résistance	>5 s	4
5	Perçue avec forte résistance	>5 s	5

Elle se fait à la poussée, elle est gradée en cm par rapport à l'hymen.



- Aa : jonction uréthro-vésicale
- Ba : sommet paroi antérieure
- C : col utérin
- D : cul-de-sac postérieur
- Ap : partie basse de paroi postérieure
- Bp : sommet de paroi postérieure
- gh : hiatus génital
- pb : distance ano-vulvaire
- tlV : longueur vaginale totale

Stade 0	<p>Pas de prolapsus</p> <p>Les points Aa, Ap, Ba, et Bp sont tous à - 3 cm</p> <p>Le point C ou D est entre TVL et TVL - 2 cm</p>
Stage 1	Le point le plus proéminent du prolapsus est à plus de - 1 cm des reliquats hyménéaux
Stage 2	Le point le plus distal du prolapsus est entre - 1 et + 1 cm des reliquats hyménéaux
Stage 3	Le point le plus proéminent du prolapsus est à plus de + 1 cm des reliquats hyménéaux
Stage 4	Éversion vaginale complète