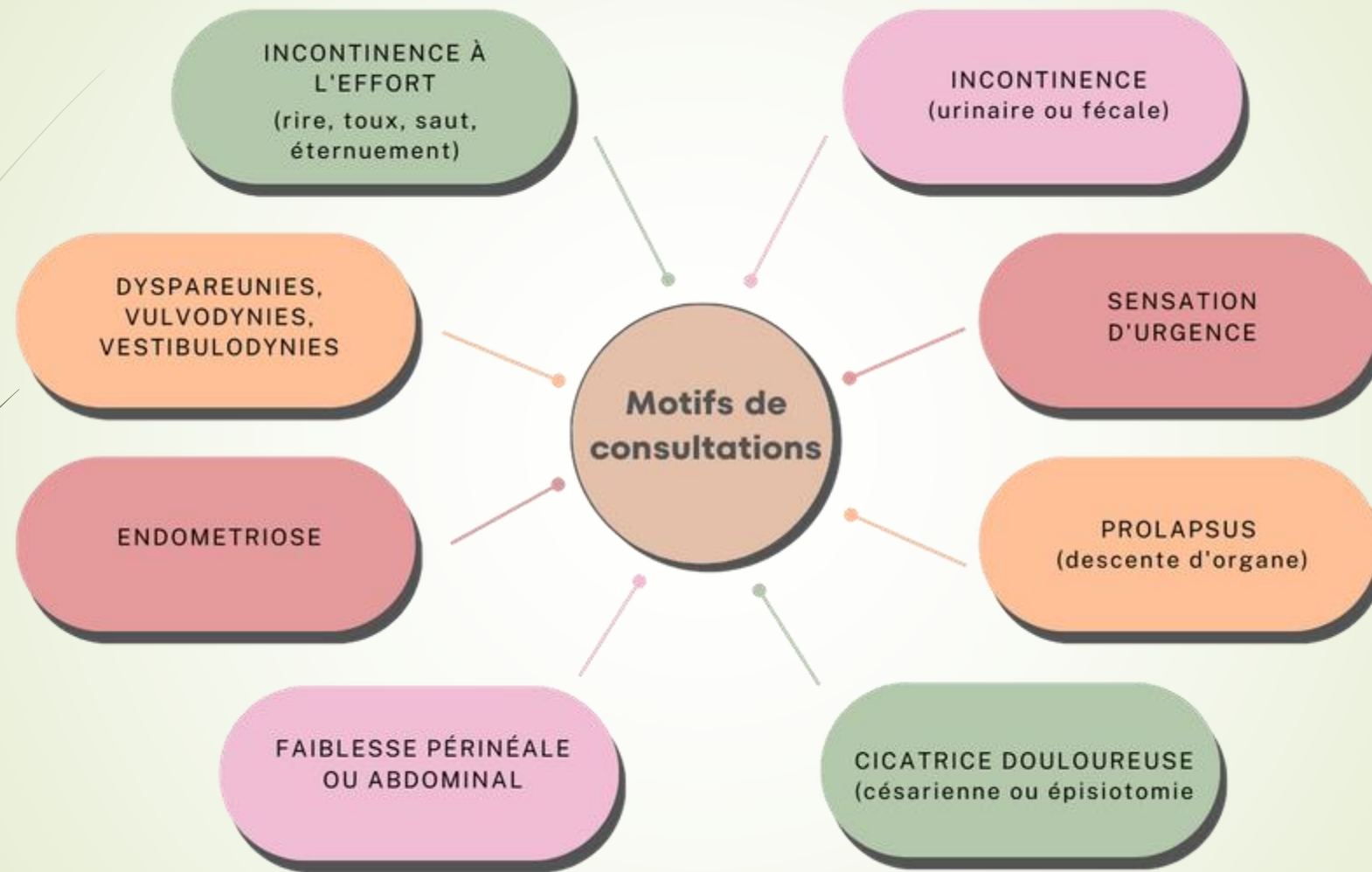


CONSULTATION ET PRISE EN CHARGE REEDUCATIONNELLE DES TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE

C. LAUREAUX MERIEUX
ENSEIGNANTE EN MAIEUTIQUE
DFASMA1 2025-2026

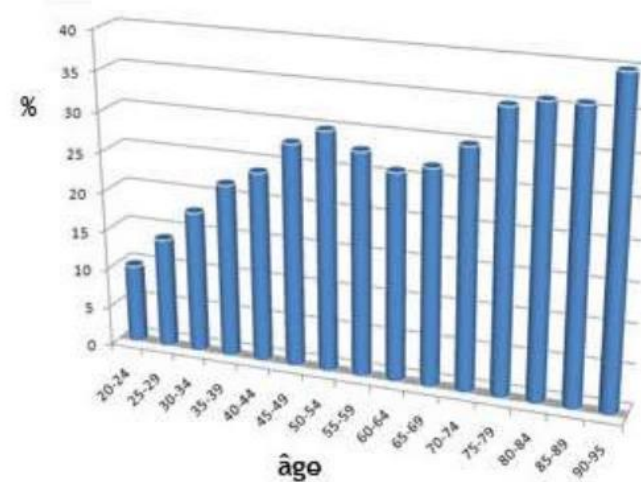






En chiffre....

Prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme



Dans la **population féminine**, la prévalence de l'**incontinence urinaire** varie selon les études de 10 à 57%. Cette prévalence **augmente avec l'âge**. A partir de plusieurs milliers de questionnaires, une étude norvégienne a permis d'établir la prévalence de l'incontinence urinaire par classe d'âge. Il est ainsi ressorti que :

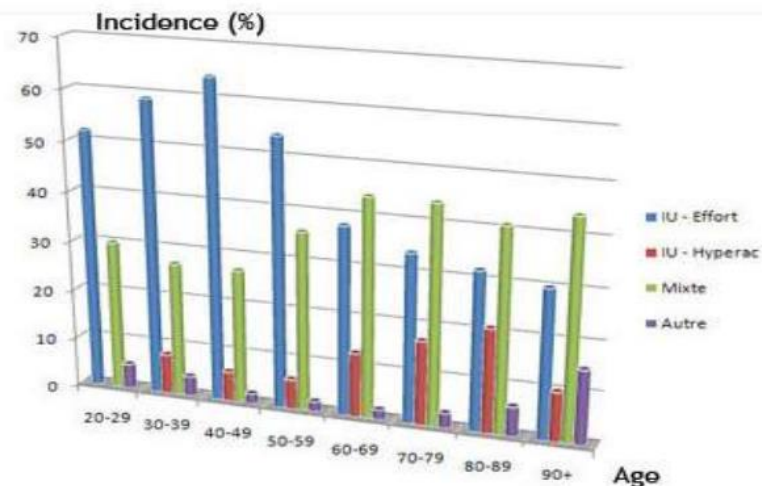
- 12% des femmes de 20 à 29 ans souffrent d'incontinence
- 25 % des femmes de 60 à 69 ans souffrent d'incontinence
- 32% des femmes de plus de 80 ans souffrent d'incontinence

L'incidence du type d'incontinence chez la femme

Au sein des patientes incontinentes, tout âges confondus:

- près de la moitié présentent une **incontinence urinaire d'effort**,
- 10 à 20% seulement une **incontinence urinaire par impériosité**,
- le reste de la population présentant une incontinence urinaire mixte.

En analysant le type d'incontinence en fonction de l'âge, il apparaît que l'incontinence urinaire d'effort prédomine chez la femme jeune (moins de 50 ans), tandis que l'incontinence urinaire par impériosité et l'incontinence mixte prédominent chez la femme plus âgée (plus de 50 ans)



Au niveau législatif:

- **Dans le cadre du post-partum:** Prise en charge à 100% par la sécurité sociale (cadre de l'assurance maternité), dans les 3 ans qui suivent l'accouchement sans limite de nombre de séances. Par contre demande de prise en charge à faire au-delà de 30 séances dans les 12 derniers mois ...
- **Dans le cadre d'une rééducation à distance** de l'accouchement, (= pas chez les nullipares, ni les hommes), la SF peut pratiquer la rééducation sur prescription d'un médecin; et dans le cadre d'une action de prévention : la sage-femme peut prescrire et réaliser une rééducation
- Donc sans limitation d'âge, lors d'atteintes de troubles périnéosphinctériens
- Prise en charge à 70% par la sécu

Code de santé publique/Code de déontologie

Article R2122-3

Un examen médical postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.

Depuis la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, le SF peut effectuer cette consultation.

Depuis la loi de modernisation du système de santé du 16 janvier 2016 : la SF peut effectuer cet examen quelque soit le mode d'accouchement.

Article R4127-318

Modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1 :

- La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant :
 - Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;
 - Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale ;
 - La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée

Article R.4127-318

- La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de trbl consécutifs à un accouchement

Quel est le champ de compétence autonome de la sage-femme en matière de rééducation périnéale ?

Selon l'article R. 4127-318 du code de la santé publique, La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie concernant la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement.

Il en résulte que le champ de compétence autonome de la sage-femme pour la rééducation périnéale est limité à la femme en bonne santé.

Lorsque la rééducation périnéale relève du champ de compétence autonome, la sage-femme doit-elle prescrire la rééducation avant de la réaliser ?

Non. Dans son champ de compétence autonome, la sage-femme réalise sans prescription les actes techniques nécessaires.

Qu'est-ce qu'un trouble consécutif à un accouchement au sens du code de

Exercice Patient·e·s Déontologie & litiges L'Ordre

Un trouble consécutif à un accouchement est un désordre au niveau des muscles du périnée occasionné par l'accouchement qui ne présente pas de situation pathologique.

L'origine du trouble doit donc être l'accouchement et ne doit pas l'être. Par ailleurs, le désordre ne doit pas être lié à une pathologie.

En ce sens, il est possible d'affirmer que l'origine du trouble doit être exclusivement l'accouchement. En cas de causes multiples – dont l'accouchement – la compétence autonome de la sage-femme est exclue.

Texte de référence : article R. 4127-318 du code de la santé publique

La sage-femme peut-elle réaliser une séance de rééducation périnéale prescrite par un médecin chez la femme présentant une pathologie ?

Oui. La sage-femme n'a pas de compétence autonome chez la femme présentant une pathologie. Cependant, « *elle peut participer, sous la direction d'un médecin, au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique* ».

En ce sens, la sage-femme peut réaliser la rééducation périnéale prescrite par un médecin pour une patiente présentant une pathologie. Dans ce cas, elle doit appliquer la prescription médicale dans tous ses termes (nombre de séance, fréquence...). La sage-femme ne doit pas s'écarter de la prescription du médecin.



Au niveau législatif

- ▶ La sage-femme est habilitée à prescrire les examens complémentaires relatifs à la rééducation: ECBU, PV
- ▶ La rééducation n'est pas systématique en PP :Rappel sur les recommandations du CNGOF 2015

La rééducation périnéale chez les femmes asymptomatiques à 3mois n'est pas recommandée (accord professionnel).

Elle est recommandée pour traiter une incontinence urinaire persistant à 3 mois du post-partum (grade A), quel que soit le type d'incontinence.

La rééducation périnéale du post-partum est recommandée pour traiter une incontinence anale du post-partum (grade C).

La rééducation périnéale du postpartum n'est pas recommandée pour traiter ou prévenir un prolapsus (grade C) ou des dyspareunies (grade C).

**Mais la SF a les compétences pour le suivi gynécologiques de prévention:
donc pour toutes**

Il est recommandé de garder, les dossiers 30Ans

Cotation:

- **SF 7.5** par séance (23,25e) NGAP, avenant 7 du 22/02/2024
- Durée selon texte nomenclature = **30 minutes** en se consacrant **exclusivement** à la patiente . (NGAP, TITRE XIV - ACTES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES)
- La cotation comprend les différents actes et techniques utilisées.
- Si plus de 30 séances , faire une **demande d'entente préalable** auprès du médecin conseil de la CPAM de la patiente .

L'assurance maladie dispose d'un délai de 15 j à réception de la demande pour donner sa réponse.

Absence de réponse = Acceptation

cerfa **demande d'accord préalable** **VOLET B**
à adresser et à conserver
au service médical

n° 12040*04 **DIAD** **assurances maladie, maternité ou**
accident du travail/maladie professionnelle **date de réception :**

Liste des actes et des prestations visés à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale, art. L. 315-2, L. 442-5 et R. 162-57 du Code de la sécurité sociale
(les 2 volets sont à compléter et à envoyer par le praticien au service médical - voir notice)

personne recevant les soins (personne recevant les soins et assurée)

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et en 1^{er} à la fin))
numéro d'identification
date de naissance
assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assurée)
nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et en 1^{er} à la fin))
numéro d'identification
adresse de l'assuré(e)

actes devant être dispensés
(indiquer, ci-après, le code de l'acte ou la lettre-clé et son coefficient ainsi que le nombre de séances)

actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale ☐

conditions de prise en charge des actes

date de la prescription médicale
acte nécessitant d'être réalisé à domicile : oui ☐ non ☐ acte urgent : oui ☐ non ☐
maladie ☐ acte en rapport avec une ALD : oui ☐ non ☐
maternité ☐ date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement
accident du travail ou maladie professionnelle ☐ date

identification du praticien dispensant les actes et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
raison sociale
adresse
numéro d'identification
signature
date

identification du prescripteur (à compléter lorsque la demande est établie par un(e) auxiliaire médical(e) - joindre la prescription ou sa copie)

nom et prénom
raison sociale
adresse
numéro d'identification

avis du médecin conseil

accord ☐ - d'ordre médical ☐
refus ☐ - d'ordre administratif ☐
date motif : _____

IMPORTANT
le praticien dispensant l'acte doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant l'acte ou la série d'actes
partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil



Recos de l'ANAES

(Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé)

- Pourquoi commencer à 2 mois du PP :

- Présence de douleurs à 2 mois = 20% (10% à 12 mois)
- La diminution de la force de contraction périnéale est maximale entre 6 et 8 semaines du PP

- Une prise en charge globale

La rééducation du post-partum doit être abordée de manière globale à la suite d'un bilan adapté et de la définition d'objectifs spécifiques à la patiente.

- La prise en charge rééducative globale du post-partum comprend trois grandes dominantes :

- une prise en charge périnéo-sphinctérienne ;
- une prise en charge pelvi- rachidienne ;
- une prise en charge de la sangle abdominale



Déroulement des séances:

- Entretien initial pour comprendre les antécédents, les symptômes et les objectifs.
- Examen clinique via un toucher vaginal pour évaluer la tonicité et la fonctionnalité du périnée.
- Choix de la méthode adaptée, qui peut inclure :
- Rééducation manuelle : pressions légères sur les faisceaux musculaires pour guider la contraction ciblée.
- Biofeedback : visualisation sur écran de la contraction musculaire pour améliorer la force et la coordination.
- Stimulation électrique : utilisée selon le type de trouble (hypotonie, fuites urinaires, douleurs),.
- Exercices de renforcement et posture pour associer correctement périnée et abdominaux, avec des exercices à domicile pour maintenir les résultats

<https://www.onssf.org/etre-sage-femme/cotation-des-actes-sages-femmes-ngap/>

LISTE DES DISPOSITIFS MEDICAUX QUE LES SAGES-FEMMES PEUVENT PRESCRIRE

1° Ceinture de grossesse de série.

2° Orthèse élastique de contention des membres inférieurs.

3° Sonde ou électrode cutanée périnéale.

4° Electrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale.

5° Tire-lait.

7° Diaphragme.

8° Cape cervicale.

9° Compresses, coton, bandes de crêpe, filet tubulaire de maintien, suture adhésive et sparadrap.

10° Dispositifs intra-utérins.

11° Préservatifs.

12° Dispositifs d'autosurveillance de la glycémie : lecteur de glycémie, bandelettes d'autocontrôle de la glycémie, autopiqueur, lancettes.

13° Pessaires.

Rééducation périnéale

En cas de troubles consécutifs à un accouchement : SF 7.5

Son libellé est rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback

Pas de nombre limité défini, prise en charge 70% au titre de l'Assurance Maladie

Elle n'est pas soumise à accord préalable.

De plus , il est précisé dans la NGAP : sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes; la sage-femme au cours de la séance de rééducation se consacre exclusivement à sa patiente; les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par la sage-femme pendant la séance à des fins de rééducation.

Cumul des actes NGAP

Deux actes en SF peuvent se cumuler : (Article 11 des dispositions générales de la NGAP)
→ 1er acte (le plus cher) coté à taux plein → Deuxième coté à 50% de son coefficient

Au cabinet, conditions d'exercice:

- Les sondes endovaginales sont personnelles. Le 1^{er} nettoyage effectué par la SF à l'eau et au savon plus lotion désinfectante
 - Rendu à la patiente , un 2eme nettoyage est conseillé à la maison.
 - La patiente la ramène à chaque RDV
 - Les électrodes de contact (biofeed back) sont aussi personnelles
-
- Pour faciliter l'emploi de la sonde , utiliser un gel stérile en conditionnement individuel, ou collectif mais jette chaque semaine (prendre soin de noter la date dessus)





Les différentes méthodes:

➡ **Le travail manuel:** Basé sur la contraction volontaire des muscles périnéaux

4 Objectifs:

**Evalue la tonicité musculaire (tonus, fatigabilité, tenue)

**Favorise la prise de conscience de la contraction périnéale

**Insiste sur le temps de contraction et permet de solliciter les fibres rapides et les fibres lentes

**Intègre le verrouillage périnéal à l'effort

TTT: Inversion de commande, permet de repérer les asymétries des faisceaux latéraux

Cf CMP PERINEE ET MOUVEMENT

Rééducation par le toucher vaginal

- La rééducation manuelle consiste à faire un toucher vaginal pour indiquer par des pressions légères sur les différents faisceaux musculaires quelle partie la patiente doit contracter.
- Cela permet ainsi de diriger ses efforts vers les muscles qui ont le plus besoin d'être travaillés. Le thérapeute manuel prend le temps d'expliquer et/ou de montrer l'anatomie sur des planches ou une maquette et utilise souvent des images pour aider la patiente à orienter son travail.
- Les techniques de respiration et de renforcement de la sangle abdominale sont aussi enseignées, si besoin.
- Au cours de la séance, la patiente est active et fournit un effort musculaire à proprement parler, tout en étant guidée par la voix du thérapeute pour adapter l'effort aux résultats escomptés. D'ailleurs, un bon relâchement musculaire est aussi important qu'une contraction efficace, ce qu'il est facile de contrôler par le toucher. La séance dure en général 20 minutes, réalisé par une sage-femme ou un kinésithérapeute.

- 
- **CMP© (ou Connaissance et Maîtrise du Périnée©)**, consiste en une suite d'apprentissages alimentés par des images spécifiques (plus ou moins symboliques), qui amènent peu à peu à une prise de conscience beaucoup plus précise des douze zones vulvo-vaginales, ainsi que de la poussée qui s'exerce sur le plancher pelvien lors d'un effort (comme tousser, rire, porter une charge, etc.). La praticienne prend certes le temps d'utiliser des outils pédagogiques, des planches anatomiques ou une maquette, mais accompagne surtout la femme dans une représentation personnalisée d'elle même, dans la région de son périnée et même au delà. C'est la phase de « connaissance ».
 - Une fois ces nouvelles perceptions acquises, la deuxième partie du travail consiste à apprendre des mouvements de remontée rapide à synchroniser avec les efforts du quotidien, jusqu'à l'automatisme. C'est la phase de « maîtrise ».
 - Au cours de la séance qui dure 30 minutes, la patiente est active de par sa concentration, sa respiration, son gainage abdominal, mais ne fournit pas d'effort musculaire volontaire. La sage-femme note ses progrès afin d'adapter sa prescription d'exercices. Le renforcement musculaire s'établit ensuite par la répétition régulière des visualisations dans les situations de la vie quotidienne, ce qui demande un investissement de temps assez conséquent. Cette méthode est avant tout éducative: elle stimule l'imaginaire, les satisfactions personnelles et la capacité à s'approprier son intimité, ce qui la rend particulièrement intéressante aux femmes présentant des tensions périnéales. Quelques kinésithérapeutes sont formées à la méthode.

Méthode de Gasquet APOR Approche posturo respiratoire

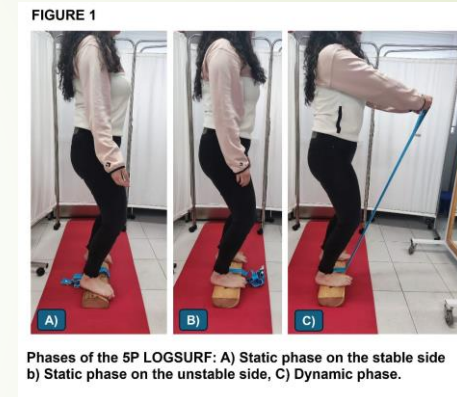
Combine posture yoga et respiration

PERI. Le placement du bassin par le périnée. Ce placement permet d'allonger la colonne et d'aller vers l'auto-grandissement. ...

EXPI. La respiration. Il faut commencer par l'expiration qui va du bas vers le haut. ...

GRANDI. L'autograndissement.

La méthode Guillaume est une méthode de rééducation abdomino-périnéale utilisant le souffle régulé dans un embout d'insuflation Winner Flow



La méthode « Logsurf© » de Chantal Fabre-Clergue: Le but de cette rééducation est de retrouver un contrôle volontaire des différents muscles de la sangle périnéale afin de les rendre plus performants de façon non invasive, sans sonde ni toucher pelvien.

L'eutonie C'est une approche corporelle globale, ayant pour but de permettre au périnée de retrouver sa fonctionnalité, en lien avec tout le corps



Rééducation avec sonde vaginale

- Une sonde vaginale est introduite dans le vagin et est reliée à un appareil, souvent un ordinateur muni d'un écran de contrôle.
- – Dans le cas de l'électrostimulation, la sonde va envoyer une stimulation électrique sur les muscles du périnée pour les faire se contracter à un rythme et une intensité progressive, séance après séance. C'est la rééducation par électro-stimulation. La patiente ne participe pas activement. La séance dure 20 minutes.
- On peut également utiliser l'électrostimulation à une plus faible intensité mais plus haute fréquence pour réaliser une électrothérapie, afin de soigner certaines douleurs cicatricielles ou pudendalgies. Là aussi, La patiente ne participe pas activement. La séance dure une dizaine de minutes.
- – Dans le cas du biofeedback, le praticien demande à la patiente de serrer sur la sonde, progressivement de plus en plus fort, de plus en plus longtemps. Sur l'écran de contrôle on peut suivre les progrès sur une courbe ludique ou un schéma qui matérialise la force et la durée de la contraction. Dans cette situation, la patiente est active et fournit un effort musculaire à proprement parler. On lui demande de progresser séance après séance qui dure 20 minutes.

Les différentes méthodes:

► Le Biofeedback instrumental :

Recontrôle instantané visuel et/ou sonore.

3 Objectifs:

Enregistre la contraction et retransmet un signal visuel

Favorise la prise de conscience

Renforce les muscles et module les différents type de contraction dans la durée

TTT: Insuffisance musculaire et travail proprioceptif

IUE avec intégration du verrouillage périnéal à l'effort

+ _ urgenturie avec acquisition du réflexe périnéo-détrusorien
avec rééduc manuel dans les dyspareunies



proprioceptif

Qui se rapporte à la sensibilité du système nerveux aux informations provenant des muscles, des articulations et des os.

La sensibilité proprioceptive complète les sensibilités interoceptive (qui concerne les viscères), extéroceptive (qui concerne la peau) et celle des organes des sens. Elle permet d'avoir conscience de la position et des mouvements de chaque segment du corps (position d'un doigt par rapport aux autres, par exemple) et donne au système nerveux, de façon inconsciente, les informations nécessaires à l'ajustement des contractions musculaires pour les mouvements et le maintien des postures et de l'équilibre.

Les différentes méthodes:

► L'Electrostimulation fonctionnelle :

Stimulation des fibres nerveuses périphériques au moyen d'impulsion électriques émises à différentes fréquence, le nerf pudendal issu de S1, S2, S3 est le nerf clé de cette stimulation!;

= électrothérapie

L'électrostimulation périnéale utilise des impulsions électriques pour provoquer des contractions musculaires. Ces contractions aident à renforcer et tonifier les muscles du plancher pelvien, souvent affaiblis par des événements comme l'accouchement ou le vieillissement.

Les électrostimulateurs périnéaux sont composés d'électrodes qui sont placées sur la peau ou insérées dans le vagin. Ces appareils envoient des décharges électriques contrôlées pour stimuler les muscles ciblés.

TTT: Incontinence urinaire, IU effort

Urgenturie

Renforcer les muscles

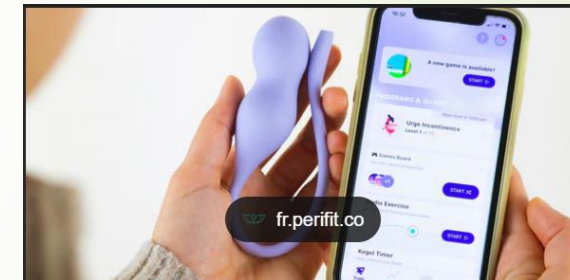
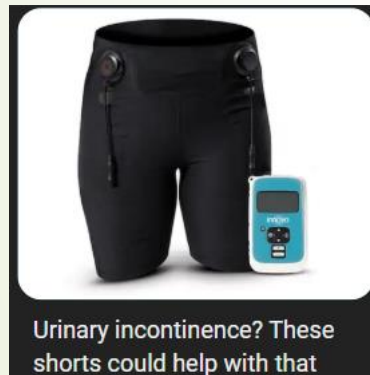
douleurs pelviennes.

Appareils Utilisés: Un électrostimulateur périnéal est généralement composé d'électrodes placées sur la peau ou insérées dans le vagin. Ces appareils envoient des décharges électriques contrôlées pour stimuler les muscles ciblés. [↪ 2](#)





Alternative aux méthodes traditionnelles de reeducation perineale ; le PelviCenter permet de renforcer son plancher pelvien par une électrostimulation non invasive, sans contact et sans douleur.



Particularité de **l'ESF à domicile** : c'est en 2007 qu'apparaît le premier électro stimulateur périnéal sans fil et programmable . L'assurance **maladie rembourse à 65%** sur prescription médicale du médecin ou de la sage-femme.

Le Matériel:



sonde à bagues tubulaires ou longitudinales, comme la sonde Saint Cloud Classique, est particulièrement indiqué dans les cas d'instabilité vésicale, ou insuffisance sphinctérienne



Sonde vaginale Périform + Idéale pour la rééducation après grossesse ou en cas de prolapsus



sonde Optima est particulièrement adaptée à la rééducation périnéale en permettant en plus une stimulation des muscles releveurs de l'anus



Equipement:

- Un générateur 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.
- 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.
- 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



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.

- La patiente 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.
- 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



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 pelvi périnéale 6 à 8 semaines après un accouchement n'est plus systématique et doit répondre à des situations cliniques précises (HAS 2002)



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

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 urgencies
- L'analyse de la littérature montre de bons résultats dans 49 à 79% .
- 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 .
- Le traitement oestrogénique par voie vaginale améliore l'urgenterie et la pollakiurie et peut-être utilisé chez la femme ménopausée .

• 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.
- L'analyse de la littérature met en évidence l'efficacité de l'ESF dans 66 à 89% ; cependant elle semble d'effet limité et moins efficace que le travail musculaire du plancher pelvien . La littérature a montré que l'ESF seule était insuffisante mais elle est supérieure au placebo
- L'ESF vaginale semble supérieure au placebo pour l'IUE mais inférieure à la rééducation « classique ».
- L' IUE pendant la grossesse régresse spontanément dans les 3 mois du postpartum . Cependant, l'existence d'une IUE 3 mois après un accouchement représente un risque de 90 % d'incontinence persistante à 5 ans et à 10 ans . 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 .

• ESF et incontinence urinaire mixte

- L'IUM est prédominante chez les personnes âgées ; c'est une double stimulation en deux temps pour traiter l'IUE et les urgencies.

• 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



Autre méthode=Le travail mixte:

- Un certain nombre de thérapeutes manuels associent rééducation par le toucher vaginal à un travail plus technique à l'aide d'une machine (sonde, ordinateur, appareil d'électrostimulation). C'est donc un travail global qui a l'avantage de s'adapter à différentes situations qui surviennent dans le processus d'apprentissage.
- – Par exemple, la méthode de Luc Guillaume (abdo-périnéo-MG utilise une sorte de sifflet régulateur du souffle ainsi qu'une machine spécifique d'analyse).
- – Autre exemple, la méthode CMP est parfois complétée par de l'électrostimulation ou de l'électrothérapie à l'aide d'une sonde spécifique appelée « sonde doigtier » pour atteindre une petite zone musculaire interne ou externe.

Et aussi ...Travail personnel ou collectif coaché :

- Il peut être conseillé de pratiquer une activité physique spécifique coachée par un spécialiste du post-natal en remplacement ou en complément d'une rééducation au cabinet de sage-femme ou de kiné (hors sécu):
 - Hatha yoga, Pilates (adaptés au post-partum)
 - Eutonie, méthode Feldenkrais ou autres méthodes d'éducation somatique
 - Gymnastique holistique
 - Méthode périnée et mouvement
 - Anti-gymnastique
 - Gymnastique aquatique, etc.
-
- Et faire poursuivre la rééducation par un travail à domicile avec l'aide de dispositifs éducatifs ou de renforcement musculaire (exercices de Kegel, sonde personnelle, électro stimulateur personnel, boules de geisha, cônes périnéaux, Epi-no, œuf de Yoni en jade, etc.). Ils sont ludiques et présentent l'avantage d'être utilisés chez soi, lorsque la motivation est présente.

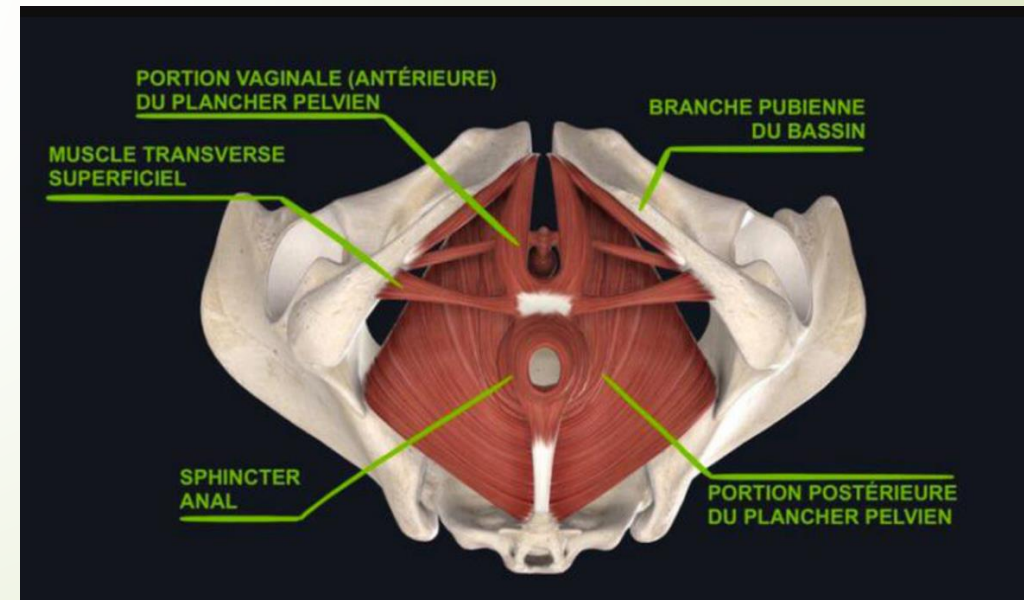


Anatomie du périnée féminin: Rappel

cf CM « statique pelvienne » SMa3

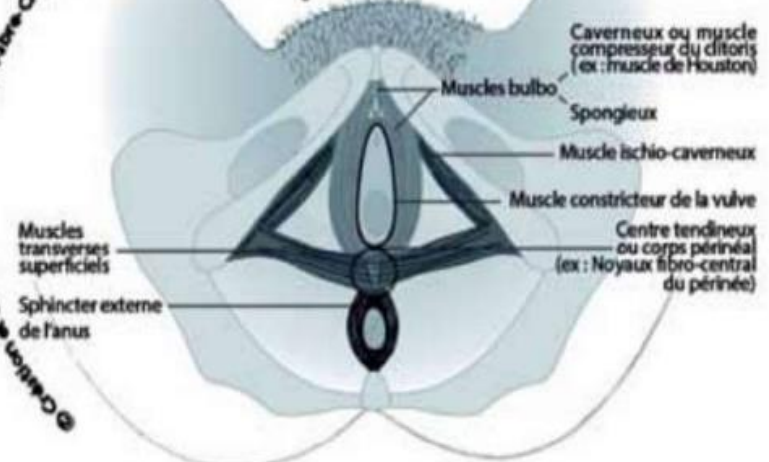
- Le périnée est l'ensemble des parties molles qui ferment en bas l'excavation pelvienne.
- Ses limites sont constituées par un **cadre ostéo-fibreux**, losangique avec en avant le bord inférieur de la symphyse pubienne et les branches ischio-pubiennes, et en arrière le sommet du coccyx et les ligaments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



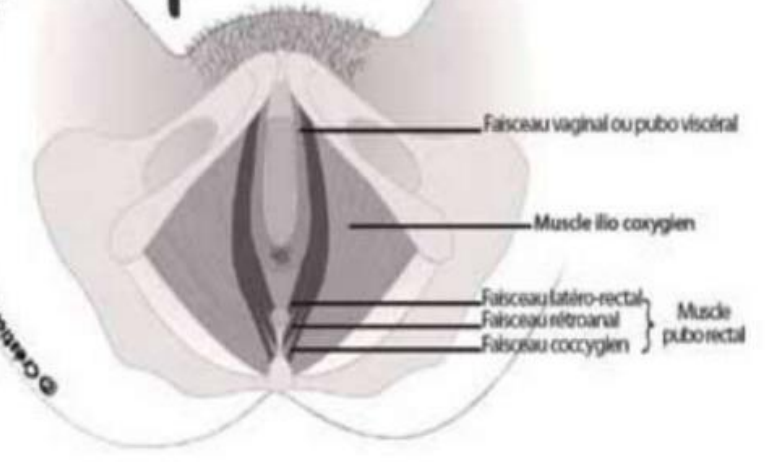
Le périnée superficiel

© Cettin et conception 2012 - Quirral Fibre Cergue



Le périnée profond

© Cettin et conception 2012 - Quirral Fibre Cergue



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.

Les organes érectiles :

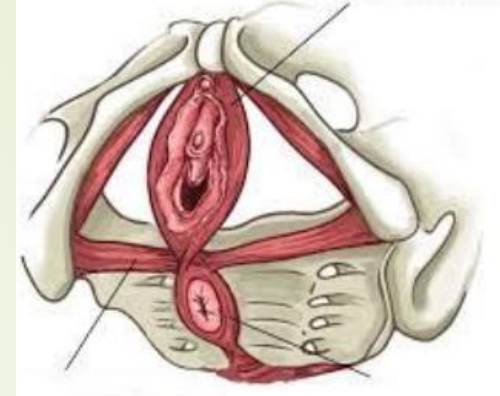
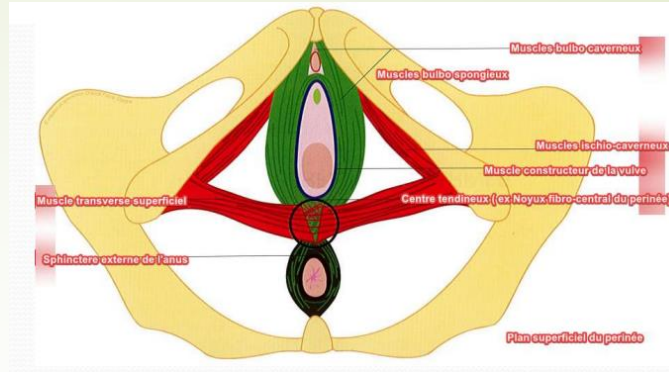
Ils sont situés à la face inférieure de l'aponévrose périnéale moyenne qui leur sert de lame fixatrice, et sont contenus dans une véritable loge fibreuse limitée par l'aponévrose périnéale moyenne et par l'aponévrose périnéale superficielle

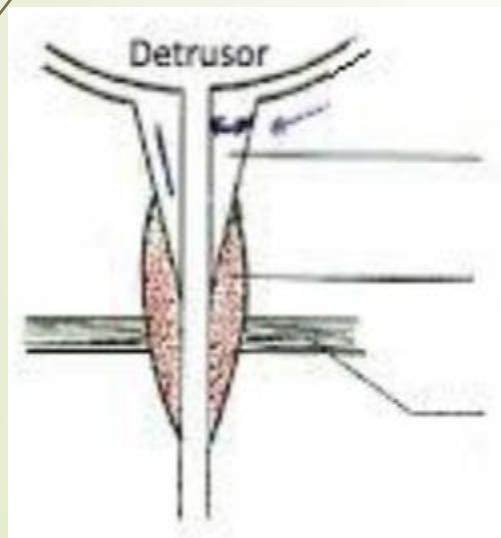
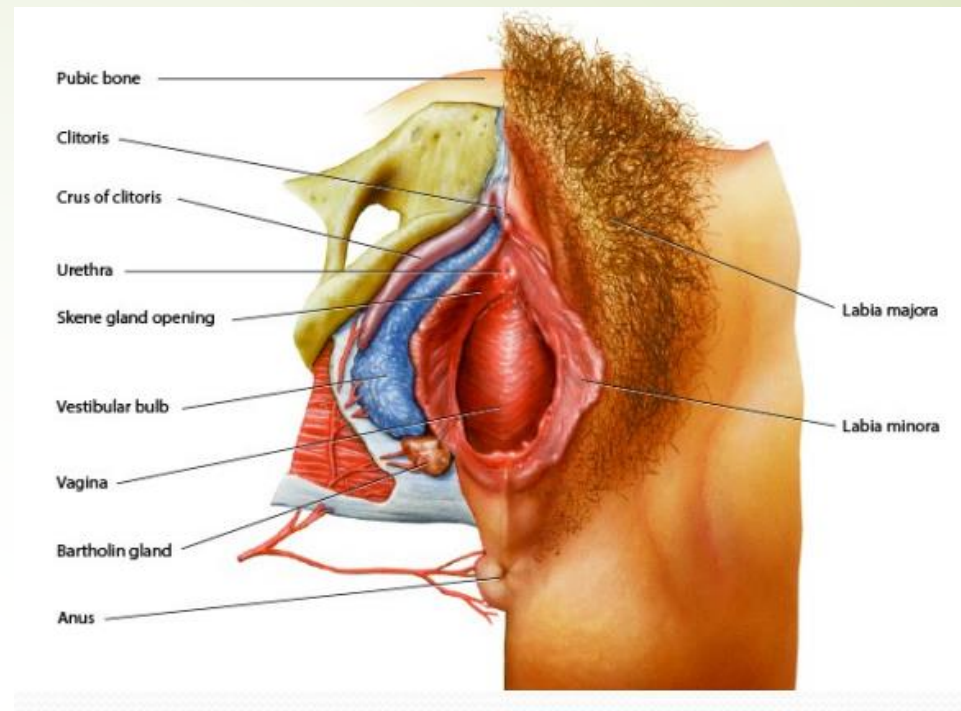
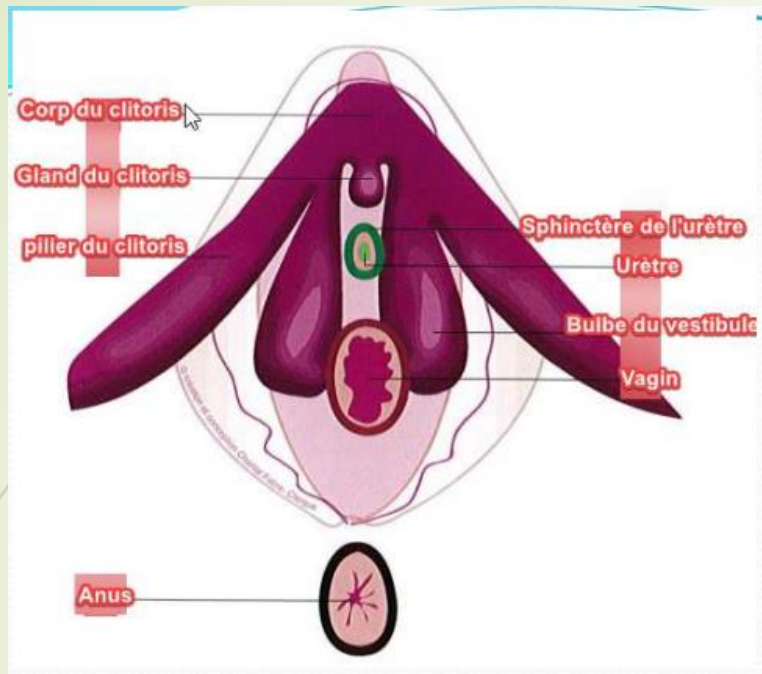
Le *clitoris* : équivalent des corps caverneux masculins, il est formé de 2 racines latérales s'insérant sur les branches ischio-pubiennes, qui se réunissent sur la ligne médiane et forment sous la symphyse pubienne le clitoris.

Le *bulbe vestibulaire* : équivalent du corps spongieux masculin, est constitué de 2 parties ovoïdes de part et d'autre du vagin

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 labiohyménéal).





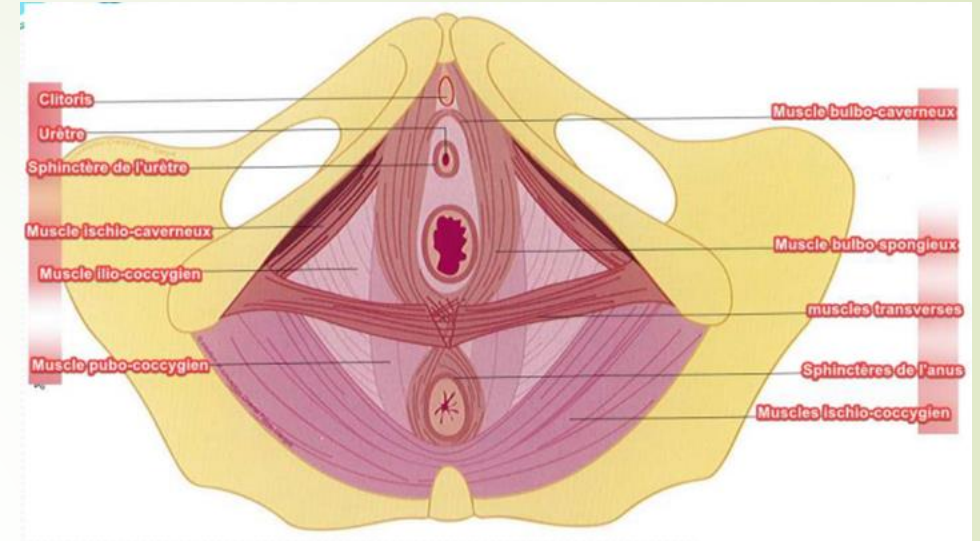
Le plan moyen du périnée

- 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.

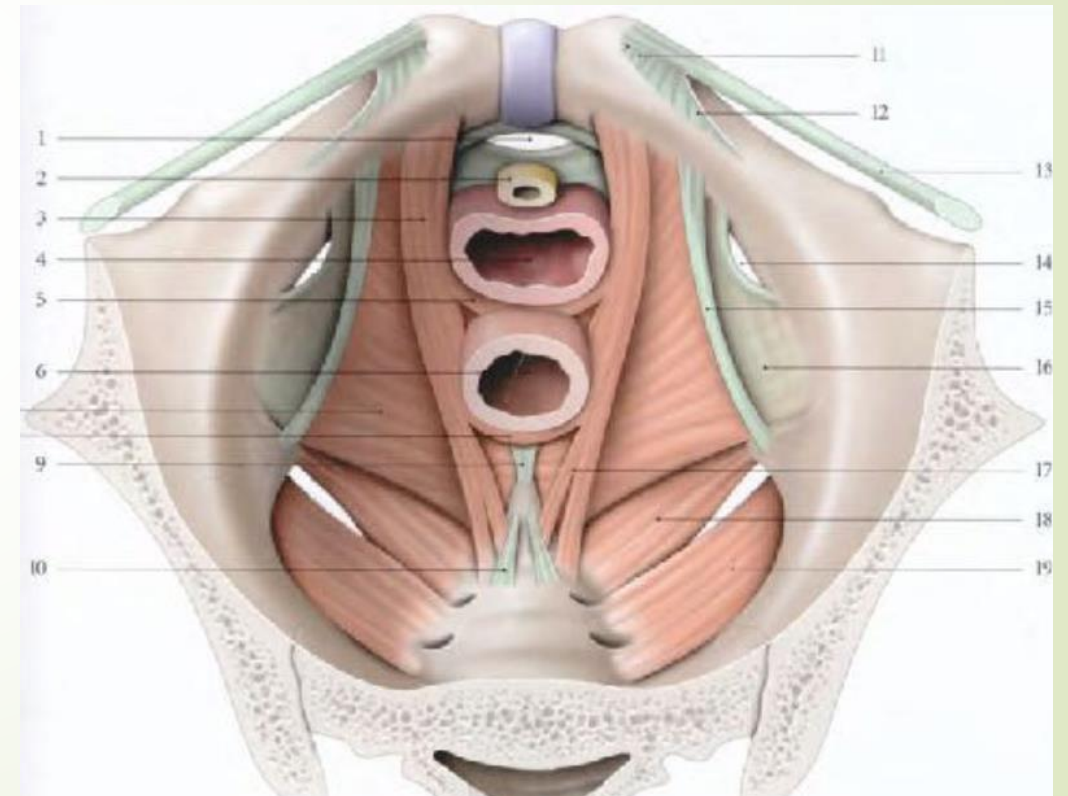
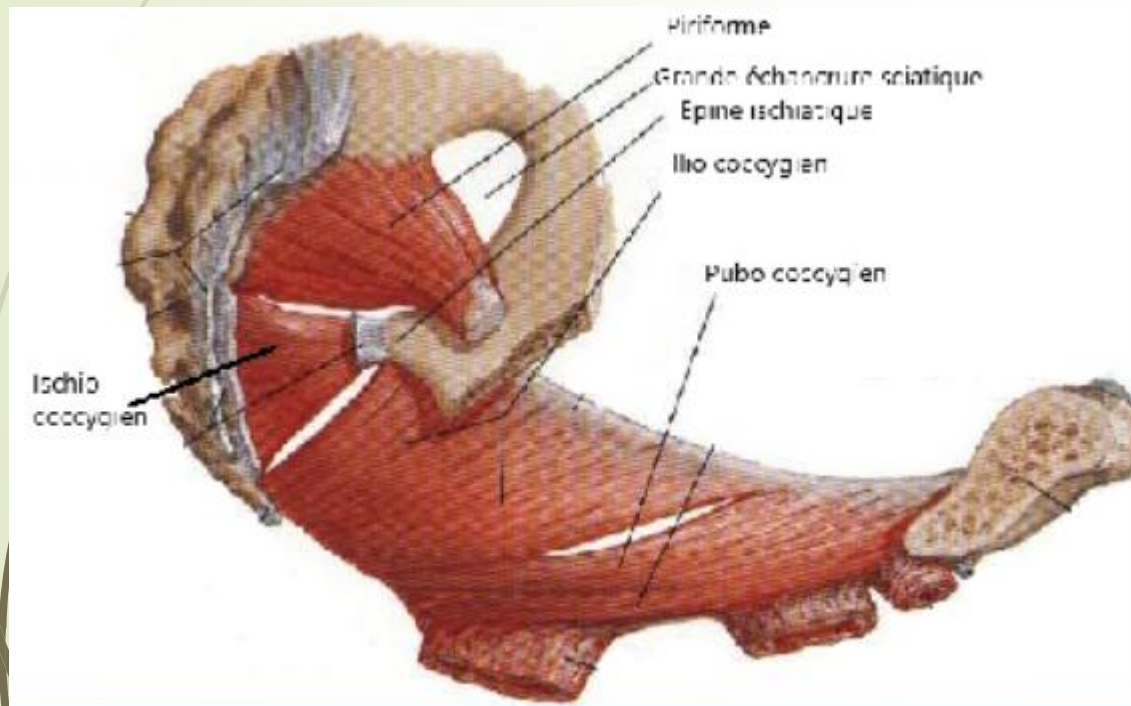
□ **Le sphincter externe de l'urètre** : C'est un manchon musculaire de 2 à 2,5 cm de haut, constitué de deux couches :

- 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



Le plan profond

Le muscle pubo vaginal est le muscle qui souffre le plus au moment l'accouchement voie basse



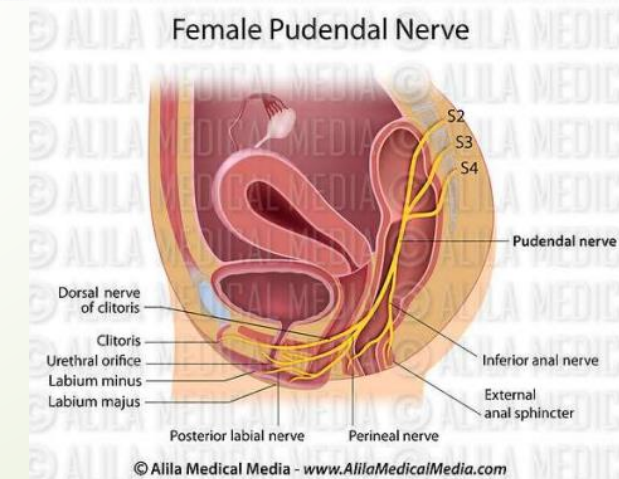
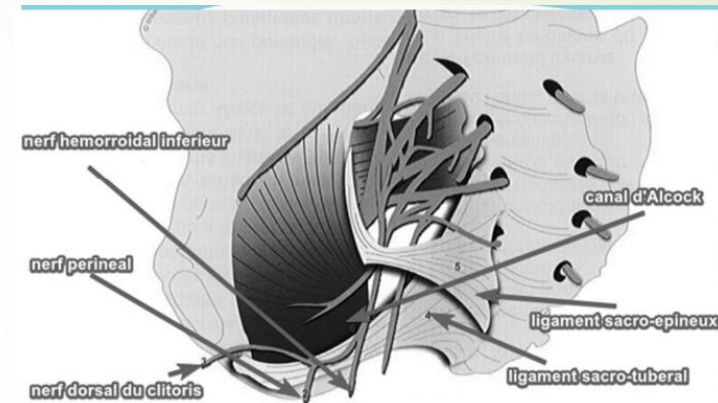
Le nerf pudendal

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



1. Plan superficiel du périnée

→ **Localisation** : juste sous la peau, c'est le plan le plus externe.

→ **Divisé en deux zones** :

- triangle antérieur (uro-génital)
- triangle postérieur (anal)

Muscles

- Sphincter externe de l'anus
- Transverse superficiel
- Ischio-caverneux
- Bulbo-caverneux
- Constrictor de la vulve

Autres structures

- Clitoris (racines caverneuses)
- Bulbes vestibulaires
- Glandes de Skene
- Glandes de Bartholin

Fonctions principales

- Continence anale (sphincter externe)
- Stabilisation du centre tendineux
- Érection du clitoris, congestion vulvo-vestibulaire
- Participation à la sexualité (lubrification, contraction vestibulaire)

👉 C'est le plan de la sexualité et de la fermeture superficielle du bassin.

2. Plan moyen du périnée

→ **Localisation** : entre la peau et le plan profond, sous l'aponévrose périnéale moyenne.

Muscles

- Transverse profond du périnée
- Sphincter externe de l'urètre (manchon musculaire à deux couches)

Fonctions principales

- Maintien et positionnement de l'urètre
- Contribution à la continence urinaire
- Stabilisation du centre tendineux
- Participation à la suspension du rectum et du vagin

👉 C'est le plan clé de la continence urinaire.

3. Plan profond du périnée (diaphragme pelvien)

→ **Localisation** : plancher pelvien profond, véritable "hamac" soutenant les organes.

Muscles principaux

- Muscles élévateurs de l'anus :
 - Pubo-viscéral
 - Pubo-coccygien
 - Ilio-coccygien
- Coccygien (ou ischio-coccygien)

Fonctions principales

- Soutien des organes pelviens (vessie, utérus, rectum)
- Stabilisation profonde du pelvis
- Action essentielle dans la statique pelvienne
- Participation à la continence (soutien, élévation, synergie abdominale)

👉 C'est le plan du soutien viscéral et de la statique pelvienne.

Plan	Muscles principaux	Fonctions	Zone
Superficiel	Ischio-caverneux, bulbo-caverneux, transverse superficiel, constricteur vulve, sphincter anal externe	Sexualité, contraction vulvaire, continence anale, soutien superficiel	Sous-cutané
Moyen	Transverse profond, sphincter externe de l'urètre	Continence urinaire, stabilisation périnéale	Entre plans superficiel et profond
Profond	Élévateurs de l'anus, coccygien	Soutien des organes, statique pelvienne, continence	Diaphragme pelvien profo



En résumé

- **Plan superficiel** → muscles extérieurs, sexualité, continence anale.
- **Plan moyen** → continence urinaire, stabilisation du centre tendineux.
- **Plan profond** → soutien viscéral, statique pelvienne, continence globale.

Chaque plan contribue à la **fonction périnéale globale**, mais chacun a un **rôle prioritaire**.

Comparaison des plans du périnée

	Muscles	Fonctions	Zone	Zone
Plan superficiel	 Ischio-caverneux Bulbo-caverneux Transverse superficiel Sphincter anal externe	Sexualité, contraction vulvaire Continence anale Soutincter superficiel Sphincter anal externe	Seuculatiè Continence vulvaire Continence anale	Sous-cutané
		Transverse profond Sphincter externe de l'urètre	Stabilisation du centre tendineux	Entre plans superficiel et profond
Plan profond	 Élévateurs del'anus Coccygien	Élévateurs de l'anus Coccygien		Diaphragme pelvien profond
		Soutien des organes Statique pelvienne	Sous-cutané	

Anatomie fonctionnelle

- 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**.

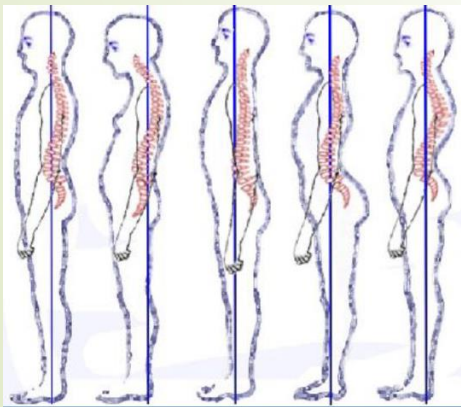
- Elles sont capables de développer des contractions toniques prolongées et cela les oppose aux fibres de type II qui présentent, elles, des contractions rapides et fatigables.
- La proportion de fibres de type I varie en fonction des différents faisceaux :
 - 66% à 82% dans le faisceau puboviscéral
 - 90% dans le faisceau pubococcygien
 - 68% dans le faisceau iliococcygien
- Il y a une augmentation des fibres de type II (mouvement rapide de la force, et puissance) 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.

Physiopathologie de la statique pelvienne

- Les 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
- La notion du fonctionnement des **réservoirs** et de leur vidange et de leur déplacement entraînant des modifications sphinctériennes
- Action de la **sangle pelvi-périnéale** comme un réel diaphragme qui permet maintient et mouvements des organes
- 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
- **la synchronisation de ces systèmes avec l'anticipation périnéale de la force de pression 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



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 irrépessible 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 précédent

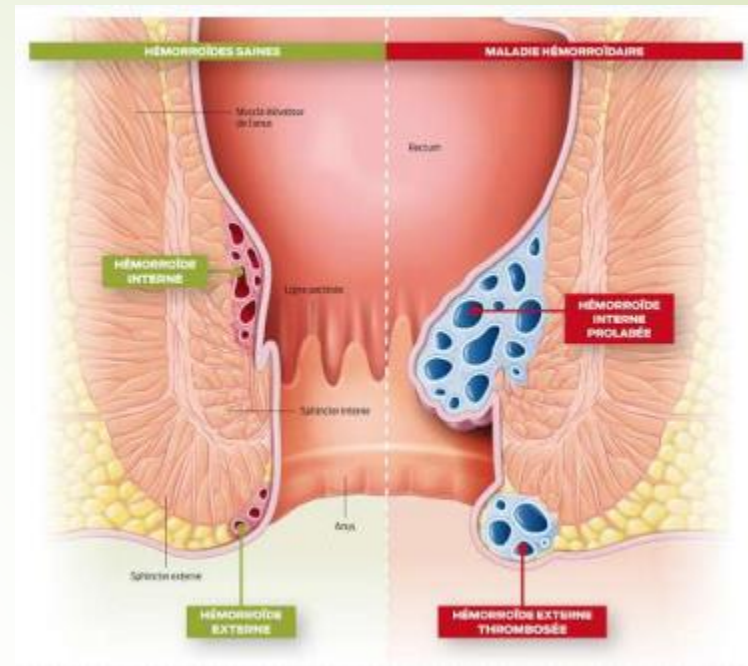
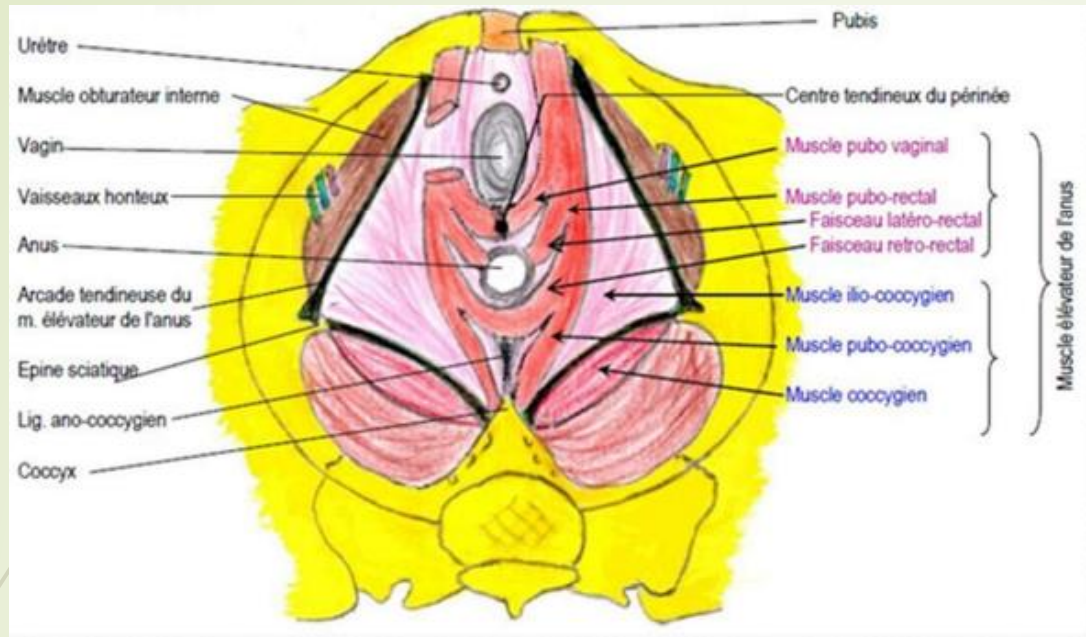


Les troubles urinaires

- **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 hypo contractilité 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

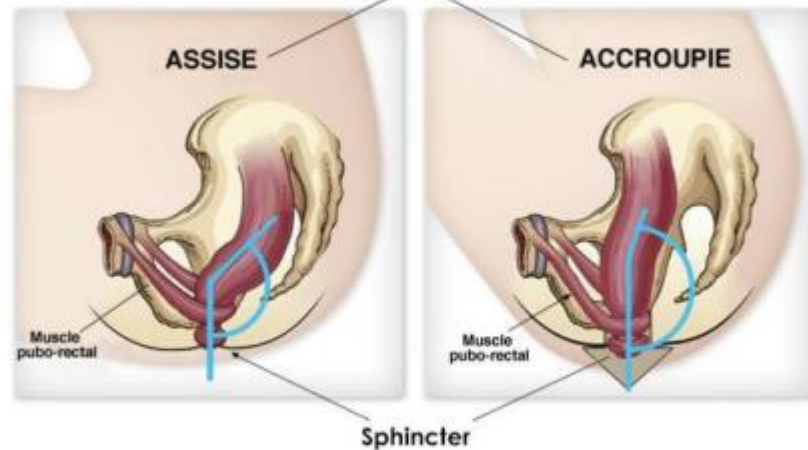
Les troubles ano-rectaux

- **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 dysphasie
- **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

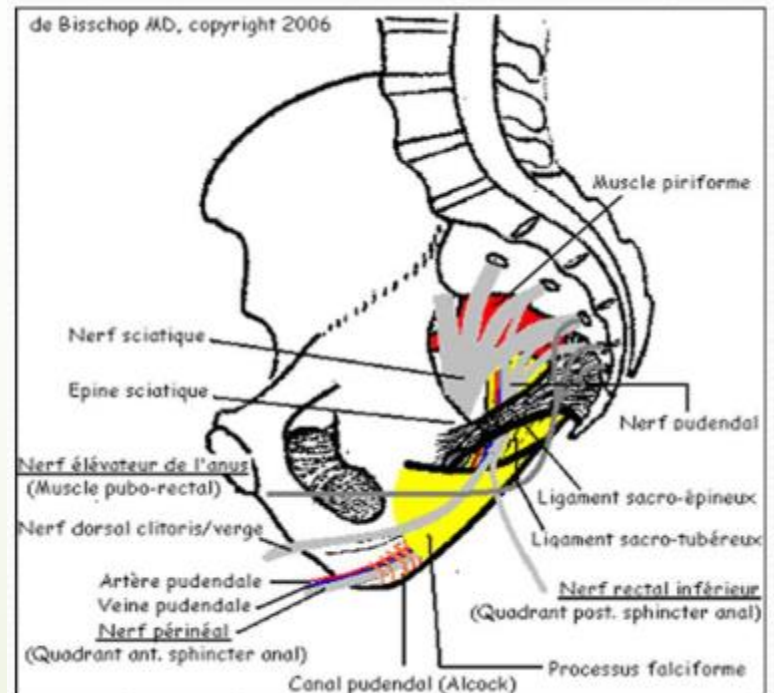


L'ANGLE ANO-RECTAL

POSITION



Avec la position ASSISE, les muscles pubo-rectaux et le sphincter sont relâchés



Les troubles génito-sexuels

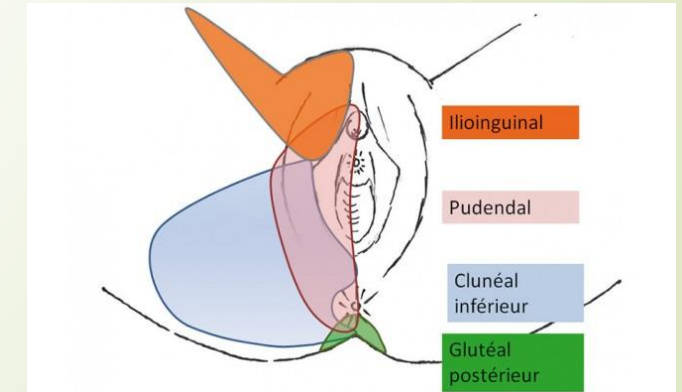
- Les douleurs cicatricielles : douleurs sur le trajet d'une cicatrice d'épisiotomie ou de déchirures
- La dyspareunie : douleur aux rapports sexuels le plus souvent lors de la pénétration vaginale ou pendant les rapports sexuels.
- Les vulvodynies : Définition de l'ISSVD (International Society for the 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'étiement : 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)
- 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.

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)

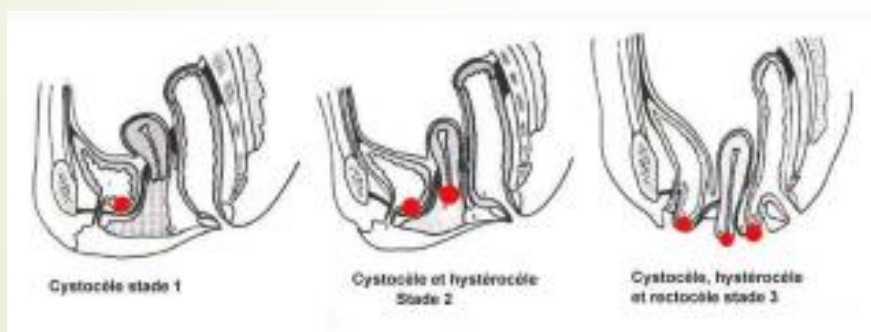
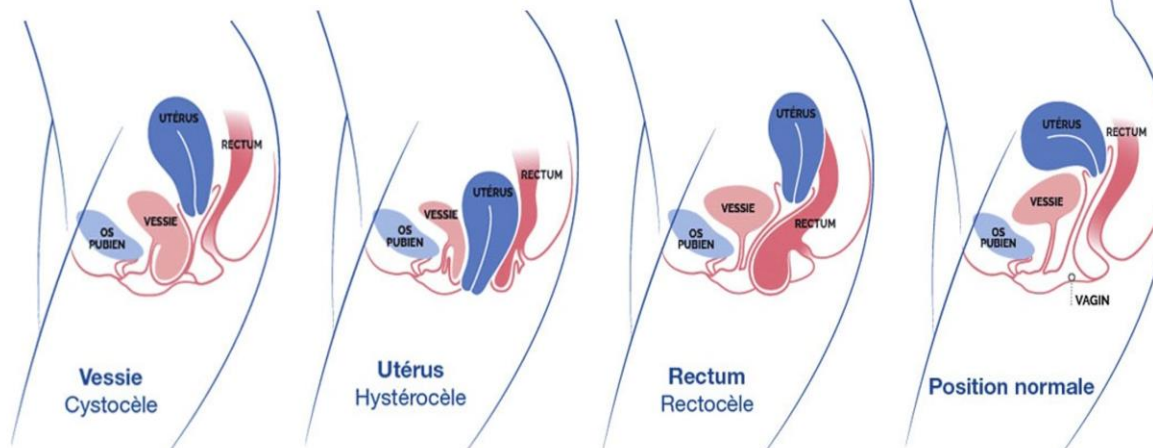
Critères d'exclusion :

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

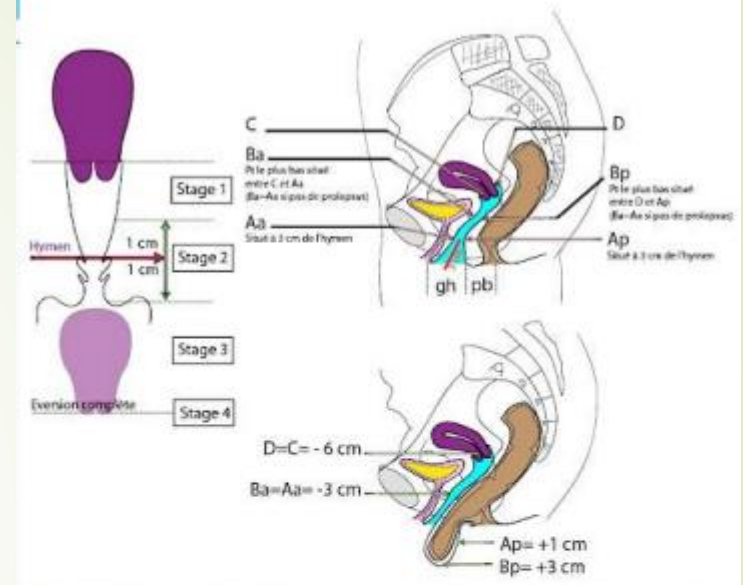


Les troubles de la statique pelvienne

- **Les principaux prolapsus** : cystocèle, hystéroptose, colpocèle, rectocèle, prolapsus rectal, élytrocèle,
 - **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
 - **Élytrocèle** : 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



Classification des Prolapsus POP-Q



Dans la classification internationale POP-Q (pelvic organ prolapse quantification)³, le col utérin est représenté par le point C. Sa position à la poussée est mesurée en centimètres par rapport à l'hymen (valeurs négatives en intravaginal, valeurs positives si prolapsus extériorisé).

Il n'y a pas de prolapsus utérin si le point C ne descend pas de plus de 2 cm à la poussée.

Le prolapsus utérin est au stade 1 si la descente est supérieure à 2cm mais reste au-dessus de -1cm de l'hymen, au stade 2 si le point C est compris entre -1 et +1 cm de l'hymen, au stade 3 si le point C s'extériorise au-delà de +1 cm de l'hymen et au stade 4 si l'éversion vaginale est totale.

L'examen doit également comprendre l'analyse des organes de voisinage au niveau anatomique et fonctionnel, avant et après réduction du prolapsus utérin (incontinences urinaire et anale), et l'évaluation du plancher musculaire pelvien et de son fonctionnement (absence de commande et inversion de commande).

Professeur Bernard Guérolle, Gynécologue Obstétricien

(3) Bump RC, Matheson A, Be K et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 10-7.

Si la statique n'est pas bonne:

► SYMPTOMES URINAIRES

- 1 - Infections urinaires +++
- 2 - Pollakiuries
- 3 - Dysurie
- 4 - Urgenturies
- 5 - Douleurs sus-pubienne

► A LA MICTION

- Jet urinaire hachuré
- Sensation de mauvaise vidange
- Miction parfois douloureuse
- Brûlures urétrales

► ne pas:

- S'effectuer par poussée abdominale
- Ne s'asseoir pas sur la cuvette des toilettes
- Ne prend pas le temps d'uriner

SYMPTOMES SEXUELS

- Dyspareunies
- Irritation vaginales
- Phobie de la pénétration
- Peur de lâcher prise, de perdre le contrôle
- Défaut de lubrification

SYMPTOMES ANO-RECTAUX

- Constipation
- poussée abdo pour évacuer les selles
- Irritations anales
- Ballonnements, douleurs abdo

En pratique

Il s'agit d'une prise en charge globale:

- § **Ecouter et entendre** (la plainte et les attentes de la patiente)
- § S'intéresser **au fonctionnement du périnée** dans sa globalité par l'interrogatoire
- § Evaluer les **facteurs de risques** = anamnèse
- § Rechercher des **symptômes**: -trbl de la fonction périneo-sphinctérienne(urinaires,ano-rectaux, de la statique) ;
-trbl génitosexuels ;
complémentaires
-douleurs
- § **L'examen clinique** ,

ACCUEIL de la patiente

INTERROGATOIRE

Nom, Prénom, Age, Poids/Taille (IMC), Profession, Prescripteur de la rééducation et motif de la prescription, Groupe Clinique (1prénat, 2postnat, 3urogyn, 4ano-rectal, 5 sexualité), Médecin traitant

Antécédents médico-chirurgicaux généraux : Asthme, HTA, diabète, dysthyroïdie, infections urinaires, pyélonéphrite, dépression, hémorroïdectomie, sclérose en plaques (SEP).

Demander les traitements en cours et les comptes rendus d'hospitalisation ou opératoires

Antécédents obstétricaux : année, troubles pdt la grossesse, type d'accouchement, type de périnée et sa cicatrisation, poids du nouveau-né, troubles post accouchement, rééducation réalisée (nb séances et méthodes)

Demander les comptes rendus d'accouchement

Antécédents gynécologiques : suivi annuel, contraception / sexualité, ménopause / troubles / THM, intervention(s) chirurgicale(s) hystérectomie, pose de bandelettes sous urétrales (BSU), cure de prolapsus. **Demander les comptes rendus opératoires**

Habitudes de la vie quotidienne : diététique, tabac, alcool, sports, loisirs, habitudes mictionnelles, habitudes défécatrices et transit, utiliser questionnaires

Histoire du (des) trouble(s) : Commencer par le trouble le plus gênant pour la patiente, motif de la consultation, qualité de la gêne, circonstances de survenus, ancienneté, sévérité. **Demander les comptes rendus au rapport avec le trouble fonctionnel, utiliser questionnaires, calendrier et échelles de mesure.**

EXAMEN CLINIQUE Posturo-Abdo-pelvi-périnéal

-Statique globale debout, en marchant, assise puis allongée

-Inspection générale abdominale : test à la toux, cicatrice abdominale, diastasis des grands droits

-Inspection locorégionale périnéale : aspect vulvaire, béance, coloration des muqueuses, cicatrices, distance ano vulvaire, pertes vaginales, pils radiés anaux, hémorroïdes

-Toucher vaginal : situation du col et des culs de sacs latéraux, examen neuro-sensitif (hypoesthésie, douleur)

-Testing périnéal

-Recherche clinique simplifiée des prolapsus, à la toux et à la poussée

-Toucher ano-rectal : tonus sphinctérien, contrôle, sensibilité, douleur, hémorroïdes, fissure anale, prolapsus rectal

- Recherche de signes neurologiques

Examen cyto bactériologique des urines (ECBU) et des sécrétions vaginales (ECBL)

Diagnostic
PRECIS

EXPLICATIONS du diagnostic et du schéma thérapeutique indiqué

ORIENTATIONS primaires recommandées

EVALUATIONS régulières au cours des séances puis en fin de rééducation

ORIENTATIONS secondaires possibles / COMPTE-RENDU au Référént et/ou au Prescripteur

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 toussiez 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 ☐

	0	1	2	3	4	Scores
Incontinence urinaire d'effort	absente	Lors des efforts violents (sport, course)	Lors des efforts moyens (quinte de toux, éternuement, 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	

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) ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
2. Votre capacité à avoir une activité physique (marche, natation ou autre forme d'exercice physique) ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
3. Vos sorties, par exemple aller au cinéma ou à un concert ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
4. Votre capacité à effectuer un trajet en voiture ou en bus à plus de 30 minutes de chez vous ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
5. Votre capacité à participer à des activités avec d'autres personnes en dehors de chez vous ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
6. Votre état émotionnel (nervosité, dépression, etc.) ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
7. Votre sentiment de frustration ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup

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.

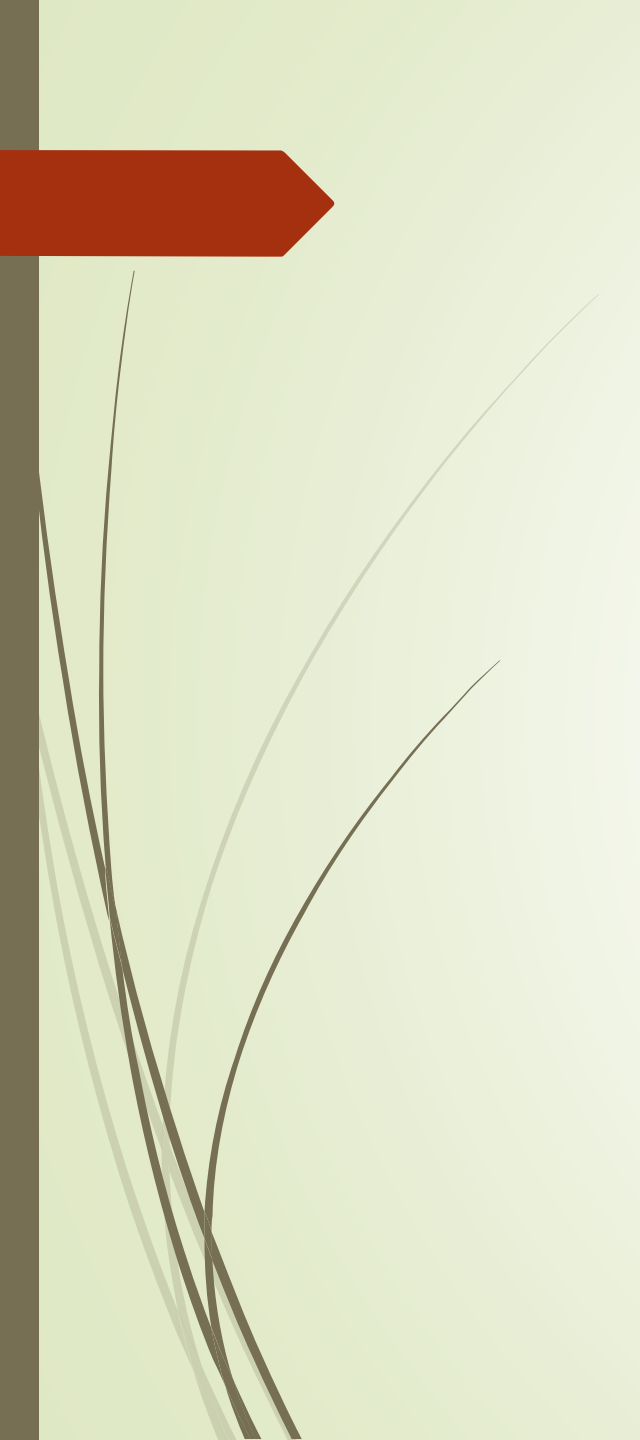
De manière générale, à quel point les symptômes ou troubles suivants →→→→ affectent-ils ↓	<i>Symptômes urinaires ou vessie</i>	<i>Symptômes intestinaux ou rectum</i>	<i>Symptômes vaginaux ou pelviens</i>
1. Votre capacité à faire des tâches ménagères (cuisine, ménage, lessive) ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu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

Incontinence anale oui non
 - passive oui non
 - impériosité oui non
 selles/semaine :.....
 - gravité de l'incontinence :
 -gaz oui non
 -selles liquides oui non
 -selles solides oui non
 -Fréquence :
 <1 fois/moismensuelle
 Hebdoquotidienne
 -Port de garnitures oui non
 Si oui, par précaution
 Régulièrement
 En permanence

Constipation oui non
 -Efforts de poussée oui non
 -Nombre de

 -Ballonnements oui non
 -Sensation de besoin oui non
 -Difficulté évacuation oui non
 -Manœuvres oui non

 -Selles : dures molles liquides
 -Laxatifs oui non
 lesquels :.....



Les questionnaires

- Les troubles pelviens
 - USP (Urinary Symptom Profile)
 - Echelle MHU (Mesure du Handicap Urinaire)
 - Scor de Kess (constipation)
 - Scor Wexner (Incontinence anale)
 - PFDI 20 (Pelvic Floor Distress Inventory) (évalue les S. urinaires, digestifs et pelviens)
 - PFIQ 7 (statique pelvienne)
- Evaluation de la douleur
 - Echelle de la douleur de St Antoine
 - Questionnaire DN4 (douleurs neuropathiques)
- Sexualité
 - PISQ 12 (santé sexuelle)
- Qualité de vie
 - Contilife (échelle de qualité de vie)
 - Echelle de dépression de Hamilton



Anamnèse

- Nom, prénom, âge, poids, taille, IMC, prescripteur, emploi, mode de vie (sport, alimentation, boisson, addiction, habitudes ou rituel mictionnelles et transit, loisirs)
- Prise de traitement prescrit ou auto prescrit
- ATCD : médico-chirurgicaux (SEP, troubles neurologiques, IU, Hémorroïdes...)
- ATCD obstétricaux : gestité, parité, poids de naissance, extraction, périnée, troubles urinaires pdt grossesses, rééducation avec nombre de séance et méthode)
- ATCD gynécologique: IST, sexualité, ménopause, intervention tractus urinaire et gynécologique (cure de prolapsus, bandelette sous urétrales)
- Motif(s) de consultation, gênes, circonstances de survenue, douleurs, impact sur vie sociale et personnel, ancienneté, moyens actuels palliatifs

Examen clinique

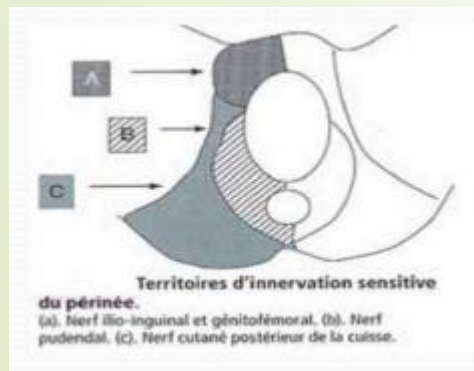
- L'observation de la statique globale:
position debout, en mouvement, assise et allongée
- L'inspection générale de la paroi abdominale:
test à la toux, tonicité de la sangle, recherche de cicatrice, diastasis des grd droits

L'inspection périnéale et anale :

- aspect de la vulve, béance, cicatrice,
distance ano-vulvaire, leuco, hémorroïdes, plis radiés

- La recherche de signes neurologiques: test pic/touche

Le test « pic/touche » : réalisé avec une aiguille
S2 = face post de la cuisse
S3 = fesse
S4 = pourtour marge anal
S5 = triangle post-anal



le reflexe clitoridien => contraction bulbo caverneux et sphincter anal
anale => contraction homolatérale

l'effleurement de la marge anale => contraction anale (avec coton tige)

.....

a

Examen clinique



Le toucher vaginal bidigital

Tonicité et douleur ou non du NFCEP et contractilité involontaire

- Situation parois ant, vessie, col, parois latérales, parois post,
- Le testing, tonicité et sensibilité des bulbo caverneux
- Recherche de prolapsus et cotation à effort = toux
- Le toucher ano-rectal: tonus sphincter , douleur, fissure anale, prolapsus rectal

Réalisation d'un ECBU et PV

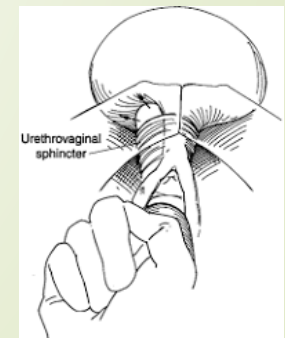
Et éventuellement Bilan UroDynamique

Testing périnéal selon LAICOOK (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

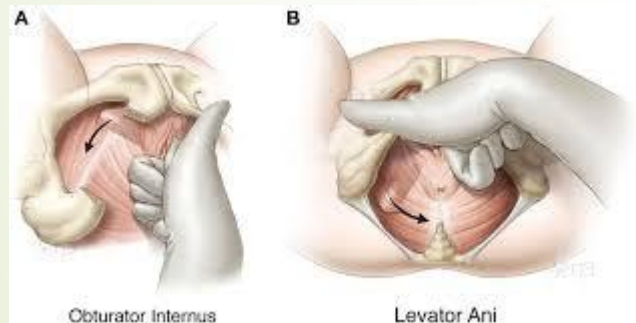
Etude de la paroi antérieure du vagin

- Sensibilité de la symphyse pubienne
- Sensibilité urétrale à la pression, à la mobilisation
- Appréciation de la sensibilité des paramètres, ligaments ronds et utéro-sacré, de leur mobilité, et également de la mobilité utérine avec appréciation de son caractère douloureux
- Recherche de masse annexielle (en bi-manuel)
- Estimation manuelle de la contractilité volontaire de la paroi antérieure
- Appréciation d'un prolapsus au repos et en fonctionnel.



Etude de la paroi postérieure

- Tonus et sensibilité des différents muscles et ligaments
- Mobilités de l'articulation sacro-coccygienne
- Tonus de levator ani



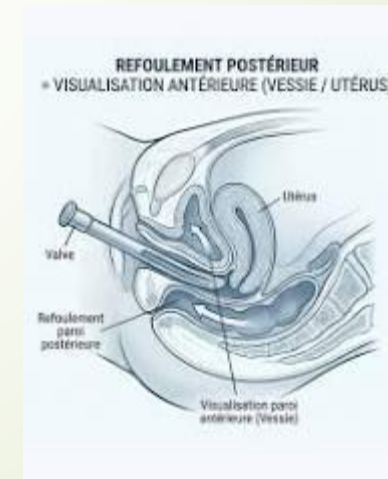


Le testing

- La force, la tenue, et la résistance des muscles périnéaux ne suffisent pas à caractériser la contraction somatique.
- Sont également à considérer :
- Rapidité d'installation de la contraction périnéale
- Rapidité du relâchement, +/- complet
- Notion de périnée « figé »

L'examen ss valves

- L'évaluation précise d'un prolapsus se fait sous valve (utiliser 1 demi-spéculum)
- Valve en position postérieure pour évaluer la cystocèle, vésico-cystoptose ou l'hystéroptose
- Valve en position antérieure pour évaluer la rectocèle
- Evaluation en statique et en fonctionnel





L'examen en station debout

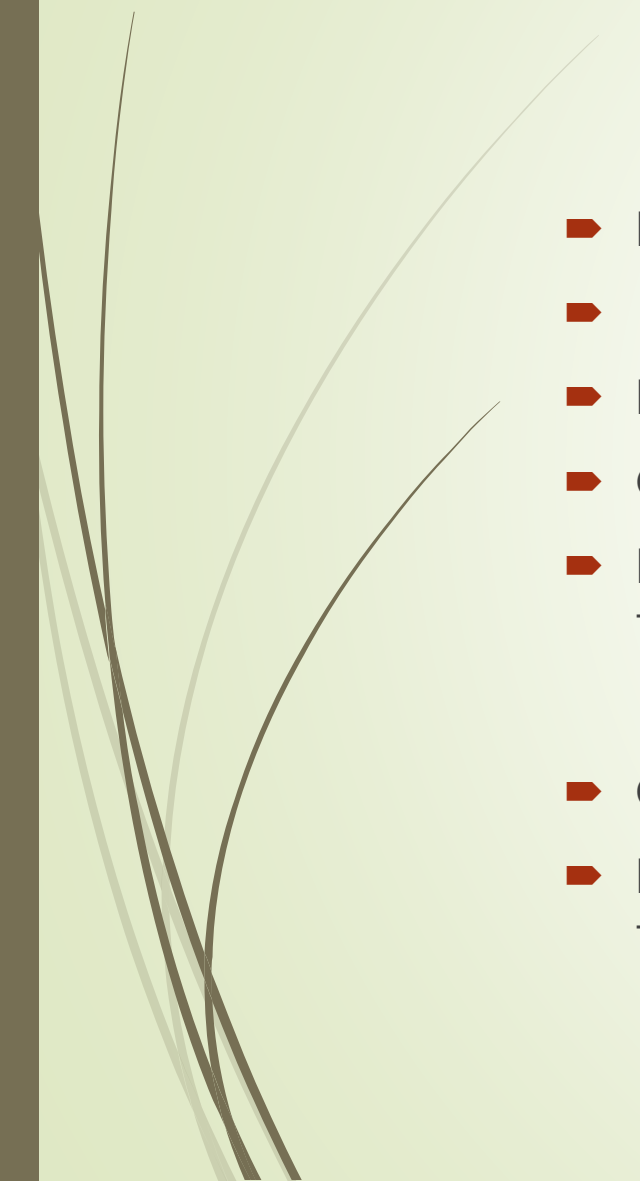
- Impératif pour estimer un prolapsus en condition réelle
- Examiner la patiente par un toucher vaginal
(souvent moins douloureux qu'en décubitus dorsal)
- Estimer les positions vésicales, utérines et rectales passives (au repos) et en fonctionnel (à la poussée, à la toux)

Le toucher rectal

- Toujours doux, et avec l'accord de la patiente
- • En décubitus dorsal ou latéral en fonction des habitudes du professionnel de santé
- Il sera marginal canalaire puis rectal pour apprécier le tonus basal et à la contraction volontaire du sphincter anal externe (strié), puis interne (lisse).
- Le toucher rectal permet la recherche d'une rectocèle
- Il permet également l'étude des muscles pubo, ilio, et ischio-coccygien, des muscles obturateurs internes, et des muscles piriformes
- Il recherche une hypertonie ligamentaire
- Il étudie l'articulation sacro-coccygienne :
 - Alignement, angle articulaire, luxation de l'articulation
 - Sensibilité à la mobilisation dans les axes antéro-postérieurs et latéraux
 - Recherche d'une hypermobilité
- Permet le dépistage d'un asynchronisme et/ou d'une dyssynergie à la poussée.
- Au retrait : recherche du réflexe de garde



Formulation du diagnostic

- 
- Explications sur le schéma thérapeutique
 - Prise en charge ou réorientation
 - Évaluations pendant et à la fin de la rééducation
 - Orientation secondaire
 - Rédaction d'un compte rendu pour la patiente, le prescripteur, le médecin traitant et pour archivage
 - Cotation des actes
 - Expliquer les différentes méthodes de prise en charge avant de débuter le traitement

Diagnostic

- **En absence d'anomalie clinique et/ou symptomatologique :**
- L'**objectif** de la sage-femme est de **prévenir et de corriger** d'éventuels dysfonctionnements périnéaux et troubles de la statique pelvienne

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** = offrir à la femme la possibilité de découvrir et de maîtriser les subtilités périnéales, afin d'harmoniser les fonctions périnéales et abdominales.

- **En présence d'anomalie(s) clinique(s) et/ou symptomatologique(s) :**

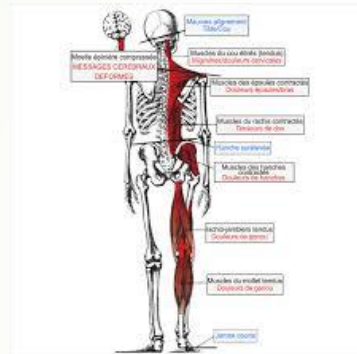
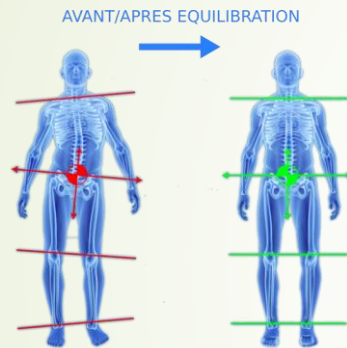
L'objectif de ce bilan complet est **de poser clairement le(s) problème(s)** et ainsi de pouvoir déterminer un ou des axes thérapeutiques

Schéma thérapeutique

- **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.
- donner 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.
- Chaque rééducateur doit pouvoir **maîtriser plus d'une technique** afin de pouvoir adapter sa pratique au cas par cas. (éventuellement d'orienter vers un autre praticien soit pour la rééducation elle-même (meilleure technique non maîtrisée) soit en complément à la rééducation).
- **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.
- **Un travail personnel** assidu est nécessaire pour potentialiser les effets de cette rééducation à court, moyen et long terme
- **Evaluation régulière** pendant et en fin de rééducation;
- PUIS **faire le point pour l'avenir**, de proposer : des exercices d'auto-rééducation d'évoquer des prises en charges complémentaires selon la situation (pose de pessaire, intervention...)
- Et **Compte rendu final** rédigé (medecin, gyneco, patiente) reprenant les objectifs définis, le nbr de séances, les techniques utilisées, l'évolution, les reco données et orientations eventuelles,,,

Avant tout :

- Nécessité en première intention de **traiter les douleurs** si elles existent
- De faire un **rééquilibrage neuro-musculo-squelettique** si besoin



- **Le Périnée est un socle anatomique important = notre base**, indispensable pour une bonne confiance en soi. Lien entre le ciel et la terre
- Sur lui, on s'assoit (repos, étude, convivialité,...)
- Rôle social car il permet la continence
- Lieu de la féminité: il « respire » et vibre. Et donc Lieu de **la sexualité**, de **la maternité** mais aussi de tous **les tabous**,
- **lieu « secret »** il est méconnu, délaissé, maltraité, à la fois objet de convoitise et de plaisir, mais aussi d'agression violente et de domination, d'ignorance et de rejet.



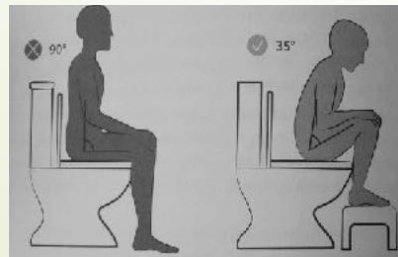
Orientations secondaires

- Nécessite un **travail en réseau** avec un carnet d'adresse: gynéco, généraliste, urologues, proctologues, masseurs-kinésithérapeutes, ostéopathes, nutritionnistes, sexologues, psychologues, dermatologues, radiologues échographistes, pharmaciens, podologues, afin d'apporter à la patiente la prise en charge la plus complète
- Parfois les séances de rééducation sont le lieu d'expression d'autres problématiques : allaitement, sexualité, contraception, nutrition, soutien psychologique; **Intimité du vagin**
- Choix de revoir la patiente en consultation dédiée ou d'adresser à un autre praticien

Education comportementale

Education mictionnelle et défécatoire

- On va parfois mettre en évidence des **dysfonctionnements** qui relèvent en fait de « mauvaises habitudes ». **Pipi de stress, de précaution,,,**
- « **la prise de conscience** » des délais et des fréquences des mictions
(calendrier mictionnel durée < 1 min, > 2h, 150ml)
- Au moment de la miction utiliser une **position correcte** sur les toilettes : détendue, jambes ouvertes, « prendre son temps » et ne pas pousser.
- 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.
- **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.
- **Seule!!!**



Education alimentaire, hygiène de vie

➡ L'étude de l'alimentation de la patiente nous fournit de nombreux indices sur les erreurs conduisant à des troubles :

** La quantité et la qualité de liquide absorbé(trop ou trop peu, riche en caféine, alcool,,) peut créer ou masquer des pathologies sous-jacentes.

**Le manque de fibres

** Le tabac

** Le surpoids

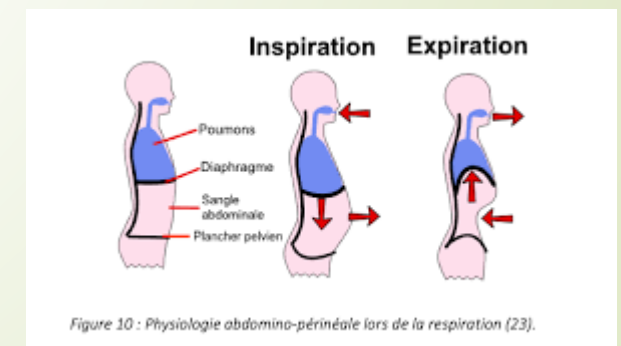
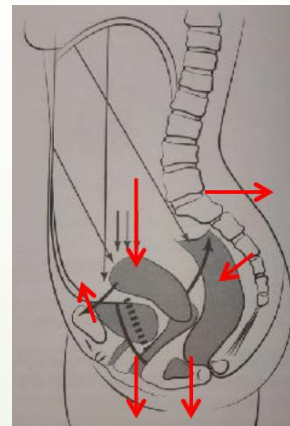
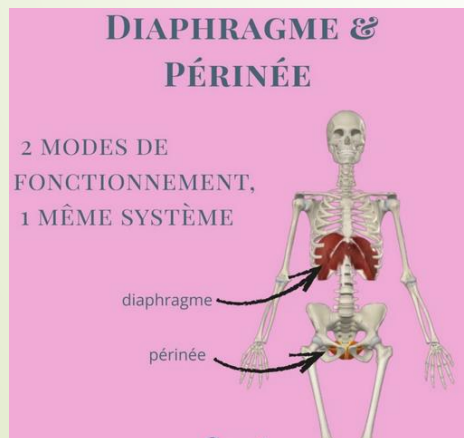
Apport en micronutrition: Mg, ac gras essentiels, probiotique(équilibre de la flore vaginale)

::> La prise de médicaments est importante à connaître. « Les diurétiques, les inhibiteurs calciques, les laxatifs, les antidépresseurs, entre autres »

!!!!!! Attention au stress

On souhaite que la **patiente prenne conscience** du fonctionnement périnéal :

- Par la **respiration périnéale**
- Et par la **contraction harmonieuse** de son périnée : fluide, pdt expiration et sollicitant les muscles abdo transverses
- Par l'apprentissage de l'anticipation périnéale à la contraction abdominale **APCA**
- Par l'impact de la **posture**
- Interet dans la **sexualité**
- Et connaître **son tonus de base** , de repos





Education physique, loisirs et sports

- certains sports peuvent être délétères pour le périnée (course, saut, lancer...).
- Plus favorables : marche nordique, natation, vélo, vélo elliptique
- La patiente va 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 d'éviter autant que possible le port de charges lourdes

Diplômes complémentaires en rééducation périnéale reconnus par CNOSF

REEDUCATION PERINEALE		
INTITULE du DIPLOME	UNIVERSITES	INTERUNIVERSITES
Périnéologie	DU UNIVERSITE DE LYON 1 Antenne formation continue santé 8, Avenue Rockefeller 69373 LYON cedex 08 Tél. : 04 78 77 72 59	
Statique pelvienne et urodynamique	DU UNIVERSITE DE MONTPELLIER UFR de Médecine 2, rue école de Médecine 34090 MONTPELLIER cedex 2 Tél. : 04 67 60 10 45	
Pelvipérinéologie	DU UNIVERSITE DE STRASBOURG Faculté de médecine 4, rue Kirschleger 67085 STRASBOURG Cedex	
Explorations fonctionnelles urogynécologiques et rééducation pelvipérinéale	DU UNIVERSITE PARIS VI Pierre et Marie Curie 4, Place Jussieu 75252 PARIS Cedex 05 Tél. : 01 44 27 44 27	
Pelvipérinéologie de la femme	DIU UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES UFR médicale-Paris Ile de France Ouest Bâtiment François Rabelais 9 boulevard d'Alambert 78280 GUYANCOURT Tél. : 01 39 25 57 40	Versailles, Nancy ou Strasbourg
Urodynamique	DU Université Paris 7 - UFR de médecine Paris Diderot - Site Bichat Bureau des DU/DIU/Capacités 16, rue Henri Huchard 75018 Paris Tél : 01.40.25.71.03 Fax: 01.40.25.71.52	
Explorations Périnéales et d'Urodynamique	DU Université Paris VI Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie « Les Cordeliers » 15, rue de l'école de médecine - Esc. H - RDC 75006 Paris Tél : 01.44.27.45.76/82 ou 94	

Rééducation pelvi-Périnéale	DIU	Université Paris VI Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie « Les Cordeliers » 15, rue de l'école de médecine - Esc. H - RDC 75006 Paris Tél : 01.44.27.45.76/82 ou 94	
Prise en charge de la pathologie pelvi-périnéale de la femme	DESU	Université Aix-Marseille Boulevard Pierre Dramand 13344 MARSEILLE Cedex 15 Tél : 04.91.69.88.98 https://umfos.univ-amu.fr	
Statique pelvienne et urodynamique	DIU	UFR de Médecine - Site de Nîmes 186 Chemin du Carreau de Lanes CD 83021 30908 Nîmes Cedex	Montpellier, Nîmes, Bourgogne Franche comté

RENFORCER SON PERINÉE



Exercices : comment rééduquer seul les muscles du plancher pelvien ?

Contractez davantage le périnée

Une fois que vous maîtrisez l'**exercice de Kegel**, ajoutez cet exercice **en posture du demi-pont**. Allongée sur le dos, pieds au sol, serrez le périnée puis relevez le bassin vers le ciel. Stabilisez le bassin en maintenant la contraction. Contractez davantage le périnée sur chaque expiration, qui doit durer plusieurs secondes, relâchez-le sur chaque inspiration. Faites trois répétitions.



Faites l'exercice de Kegel assise ou debout

Une fois à l'aise en position allongée, vous pouvez **faire l'exercice assise sur une chaise ou debout**, en enchaînant toujours une dizaine de contractions rapides et une dizaine de contractions lentes comme dans l'exercice 1.

Associez une posture de yoga

Une fois que vous réussissez à faire facilement l'exercice debout, ajoutez cette posture. En équilibre sur une jambe, la plante de l'autre pied posée sur le mollet ou la cuisse opposée, mains en prière au-dessus de la tête, contractez le périnée quelques secondes sur chaque expiration et relâchez-le sur chaque inspiration. Faites 3 répétitions et changez de jambe.

L'exercice de la planche inclinée

Les mains à plat sur un plan fixe (lavabo, plan de travail), reculer d'un pas en arrière en s'assurant que les épaules restent au-dessus des mains et que l'ensemble du corps est bien aligné. Maintenir la position 30 secondes, en rentrant le bas du ventre. Répéter 6 fois. « Dans cet exercice, le périnée et le muscle transverse de l'abdomen sont toujours engagés, ce qui fait travailler en synergie leur endurance et leur force », dit Sabrina Fajau.

Pratiquer l'auto-agrandissement

Lorsqu'on est en mouvement (en marchant, en pratiquant une activité...), éloigner le haut de la tête le plus loin des fesses, menton rentré, nuque longue, en sentant la colonne s'étirer et le bas du ventre rentrer : « Cela oblige, par réflexe, le périnée à remonter », ajoute la kinésithérapeute.



JE RENFORCE MON PÉRINÉE

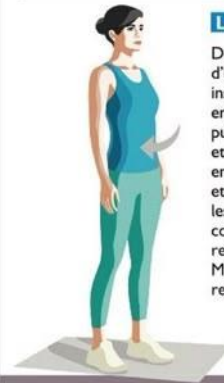
Un peu d'effort pour beaucoup d'effet! Des mouvements spécifiques permettent de tonifier le périnée, muscle essentiel contre les fuites urinaires.

INGRID HABERFELD AVEC JULIE LADET, KINÉSITHÉRAPEUTE SPÉCIALISÉE EN RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

Le périnée, une zone de notre corps dont nous nous occupons bien peu... jusqu'à ce qu'il se rappelle à nous! Le relâchement de cet organe situé dans le petit bassin peut être responsable de fuites urinaires et de douleurs lors des rapports sexuels. Cette perte de tonicité survient au fil des années. À la ménopause, le manque d'œstrogènes induit un relâchement des tissus. Mais ce n'est pas là la seule raison. « Cet ensemble de muscles est souvent trop sollicité au moment des grossesses et lors de la mauvaise pratique d'un sport, comme le running ou certains exercices d'abdominaux. Le port régulier de charges lourdes augmente le problème », explique Julie Ladet, kinésithérapeute spécialisée en rééducation périnéale. Mais la parade existe. Que ce soit à 30, 60 ou 80 ans, il est possible de remuscler son périnée et d'atténuer, voire de faire disparaître, les troubles en pratiquant des exercices simples, dans l'idéal chaque jour », assure Julie Ladet, qui encourage chacun à s'y mettre.

LA VAGUE

Debout, à l'image d'une vague sur le sable, inspirer profondément en gonflant le ventre, puis expirer doucement et complètement en rentrant le ventre, et en contractant les muscles du périnée, comme pour vous retenir d'uriner. Marquer une pause, reprendre 10 fois.



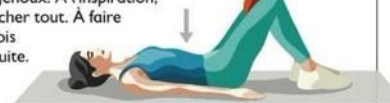
LE DEMI-PONT

Allongé sur le dos, bras le long du corps, jambes pliées et pieds à plat au sol écartés de la largeur du bassin, inspirer normalement. En soufflant, contracter le périnée, serrer les fesses et appuyer sur les pieds pour décoller le bassin du sol. Garder la position 10 secondes, puis redescendre doucement en déroulant la colonne vertébrale vertèbre après vertèbre, jusqu'au coccyx. À faire 10 fois.



AVEC UN BALLON

Allongé sur le dos, jambes pliées, placer un ballon entre les genoux. Inspirer, et lors de l'expiration, contracter le périnée en rentrant le ventre et en serrant le ballon entre les genoux. À l'inspiration, relâcher tout. À faire 10 fois de suite.



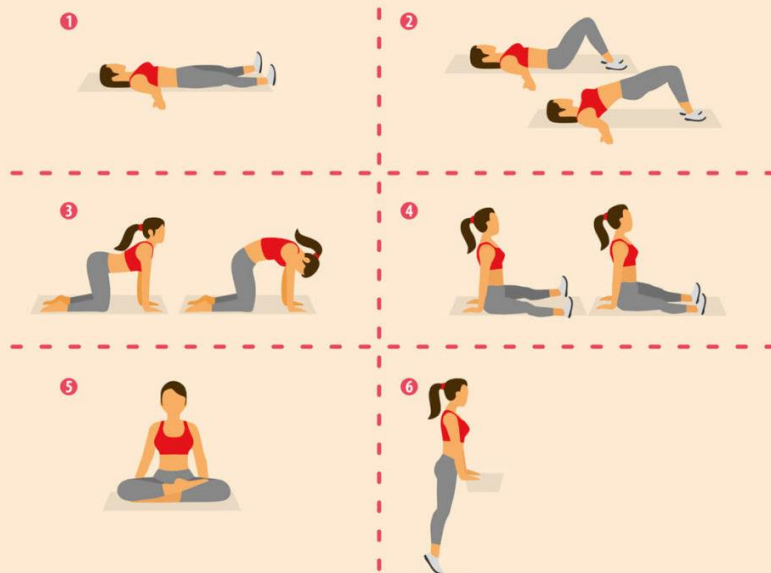
L'ASCENSEUR

Inspirer et remonter le périnée comme pour l'aspirer avec une paille. À l'expiration, relâcher doucement. À faire 4 à 5 fois de suite en position allongée, puis assis et debout.



ILLUSTRATION MATHILDE CHÉTIER

6 exercises to strengthen the muscles of the pelvic floor



Trois exercices pour entretenir son périnée

