

La Première journée Bisontine de Périnéologie.

23 octobre 2004

Chambre de commerce et de l'industrie du Doubs

L' INCONTINENCE

ACTUALITE THERAPEUTIQUE CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT

La première journée de périnéologie organisée à Besançon par la SFKP et le CEFIPS (le 6.11.04) dont Philippe GHISLAINE était sur place notre responsable scientifique a été un succès, non seulement par la qualité des orateurs mais aussi par le public venu nombreux : médecins, chirurgiens, kinésithérapeutes, sages femmes, infirmières et quelques personnes du public. Cette journée a été l'occasion de démontrer qu'une équipe de professionnels motivés était capable de mener à bien une pareille manifestation ayant réuni 165 personnes.

Vous pouvez trouver ci-dessous le programme et la pagination requise pour consulter l'orateur de votre choix.

En outre nous possédons l'autorisation de faire parvenir sur demande le texte en entier de quelques orateurs (faire la demande par E.mail.)

SOCIETE FRANCAISE DE KINESITHERAPIE PERINEALE

Président : Max Claude Cappelletti, CMCO Evry cedex 90.035
Organisation administrative: CEFIPS, 71 rue de Lavaur, Toulouse

<http://www.journees-perineologie.com>

PROGRAMME

Responsable scientifique : Ghislaine Philippe, Kinésithérapeute – CHU Besançon.
Organisation SFKP : Max Claude Cappelletti, Président SFKP.

	Page
■ L'INCONTINENCE, BASE DE REFLEXION PLURIDISCIPLINAIRE	
Les bases anatomiques de la cavité pelvienne. Dr. Bernard Parratte, Service explorations fonctionnelles neuro - musculaires - CHU Besançon.	4
L' incontinence urinaire chez la femme : Définition et prise en charge des différents types d'incontinence. Dr Pierre- Charles Henry, urologue, Clinique St Vincent – Besançon.	7
Les bandelettes sous - uréthrales dans l'incontinence urinaire d'effort. Dr. Eric. Chabannes, praticien hospitalier, Service urologie Prof. Hugues Bittard CHU Besançon.	8
Place de l'accouchement et des extractions instrumentales dans les troubles de la statique pelvienne.. Prof. Robert Maillet, Service de gynécologie - obstétrique – CHU Besançon.	9
Prise de conscience des troubles périnéo - sphinctériens : Qu'en est-il aujourd'hui de l'information et de la sensibilisation féminine ? Propositions de prise en charge. Ghislaine Philippe, kinésithérapeute, Service urologie Prof. Hugues Bittard CHU Besançon.	15
Prostatectomie radicale, incontinence et dysfonction érectile. Dr. François. Kleinklauss, chef de clinique, Service urologie Prof. Hugues Bittard - CHU Besançon.	19
12h10 Les malformations ano-rectales : Anatomie, physiologie et grands principes de rééducation. Dr Arnaud Fotso, chef de clinique, service de chirurgie pédiatrique et orthopédique Prof. Aubert - CHU Besançon.	21
14h00 Rééducation périnéo - sphinctérienne chez l'enfant : Indications et bases des techniques rééducatives. Marie Agnès Duboz, kinésithérapeute, Service chirurgie pédiatrique et orthopédique - CHU Besançon.	23
14h30 Apport de la neuro - modulation sacrée dans l'incontinence anale. Dr Pierre Mathieu, Praticien hospitalier, Service de chirurgie viscérale Prof. Georges Manton - CHU Besançon.	24

■ LA MESURE EN KINESITHERAPIE PERINEALE : bases fondamentales

15h00	La mesure : pourquoi ? comment ? à quoi sert-elle ? Max Claude Cappelletti.	27
15h30	Le signal électrique musculaire et son application en kinésithérapie périnéale. Michel Geyre, directeur technique du laboratoire Geyre Electronique.	30
16h00	Le bilan diagnostique en kinésithérapie périnéale : Présentation du logiciel. Lucile Poumarat, kinésithérapeute, Clermont-Ferrand.	33

■ EXPERIMENTATION ET KINESITHERAPIE

16h45	Etude prospective randomisée : Le gain de force musculaire mesurée par myométrie, est-elle corrélée au résultat final ? Max Claude Cappelletti, kinésithérapeute, Evry.	35
17h00	Rééducation périnéale et gynécologie psychosomatique : Exemple de prise en charge : la vulvodynie (étude sur 100 cas). Anne-Florence Plante, kinésithérapeute , Paris.	37
17h30	Expérience sur le traitement en colo-proctologie (étude par myométrie pression) Lucile Poumarat, kinésithérapeute, Clermont-Ferrand.	43
18h00	Relation entre la fonction musculaire périnéale et les articulations lombo -sacro - coccygiennes. Martine Bernard, CMCO Evry.	45

AVEC L'ACTIVE PARTICIPATION DES LABORATOIRES :

☛ COLOPLAST

☛ DISTRITEC

☛ GEYRE ELECTRONIQUE S.A.

☛ IPSEN BIOTECH

☛ LILLY France

☛ PORGES

☛ SWCHARTZ

Les bases anatomiques de la cavité pelvienne

B. Parratte, D. Lepage, V. Bonniaud, M Diop, G Monnier

Laboratoire d'Anatomie

Faculté de Médecine

CHU

Besançon

« Revisiter » le pelvis en anatomie supposerait de pouvoir « approcher fonctionnellement » les différentes structures impliquées dans l'organisation et dans la situation des organes pelviens. Or les moyens de dissections ne permettent qu'une vision statique de celles-ci, observées en position couchée et rendues peu élastiques par les techniques de conservation. De plus l'interprétation de ces structures n'est pas toujours unanime, sans contrôle histologique, et leur dénomination soulève encore de nombreuses ambiguïtés terminologiques qui imposent des précisions sur le plan sémantique anatomique.

Le pelvis ou bassin est une ceinture ostéo-fibreuse formée en arrière par la double concavité du sacrum et latéralement par les 2 os coxaux unis en avant par la symphyse pubienne. Le petit bassin se place en dessous du détroit supérieur marqué latéralement sur chaque aile iliaque par la ligne arquée. L'enceinte musculaire est facile à préciser avec latéralement des muscles « imposants » souvent négligés. Le muscle obturateur interne s'insère au pourtour du cadre obturé débordant sur la surface quadrilatère en arrière. Il ne ménage qu'un orifice, le canal sous-pubien ou canal obturateur dans la partie antéro-supérieure du foramen obturé. Le muscle piriforme semble prolongé le précédent pour finir de tapisser en arrière le pelvis. Le fond de cette cavité correspond aux deux muscles, droit et gauche, élévateurs de l'anus constitués chacun par des faisceaux médiaux plutôt verticaux, épais, assimilés au muscle pubo-viscéral et à un faisceau latéro-postérieur ilio-recto-coccygien horizontal, fin dont l'insertion iliaque se fait sur un arc tendineux tendu de l'épine ischiatique en arrière au canal sous-pubien, en avant. Ils délimitent les hiatus périnéaux et sont prolongés en arrière par les muscles coccygiens. Ils constituent ensemble le diaphragme pelvien

principal. L'ensemble de ces muscles pariétaux (parois latérales et inférieure) sont recouverts par un fascia de recouvrement constituant le fascia pelvien pariétal renforcé par des épaissements tendineux améliorant sa résistance, disposés selon les branches d'une étoile dont le centre est l'épine ischiatique. De chaque côté, l'arc le plus important est l'arc tendineux du fascia pelvien pariétal tendu de l'épine ischiatique en arrière au pubis en avant. Ils réalisent un véritable haubanage pour les organes pelviens.

Le périnée anatomique correspond à l'ensemble des structures molles organisées sous le diaphragme pelvien principal. Ventralement, il est occupé par les formations érectiles encadrant le hiatus uro-génital et par des formations sphinctériennes urétrales, mal connues. Dorsalement, il est occupé essentiellement par l'appareil sphinctérien anal.

Au-dessus du diaphragme pelvien principal dans une enceinte limitée se compactent et s'organisent en avant le bas appareil urinaire (vessie et urètre), en arrière le rectum prolongé par le canal anal trans-périnéal et au milieu le tractus utéro-vaginal chez la femme et ses annexes. Il est sans doute rapide de dire que ces viscères « reposent » sur un plancher que constituerait le diaphragme pelvien principal. Ils sont recouverts par le « drapé » du fond de la cavité péritonéale appelé « ligament large ». C'est ainsi un « ligament séreux » s'insinuant et coiffant ces viscères et pour certains, leur pédicule vasculo-nerveux formant des plis de péritoine et participant à leur suspension. Sous cette « tente » dans un espace sous-péritonéal circulent d'autres pédicules vasculo-nerveux entourés d'un tissu conjonctivo-musculaire condensé et destinés à ces mêmes viscères. Pédicules vasculo-nerveux et condensations tissulaires sont appelés ailerons, lames ou ligaments. Si pour certains ces éléments sont de véritables artifices de dissection, ils sont en fait très organisés et correspondent à des « amarrages » vasculaires et nerveux pour chacun des viscères les reliant ainsi à la paroi latérale de chaque côté. Ce tissu sous-péritonéal qu'il soit organisé ou non adhère néanmoins en haut au péritoine (ligament large) par sa face profonde et en bas au fascia pelvien pariétal réfléchi sur chacun des organes pelviens et qui devient fascia pelvien viscéral en se confondant avec leur adventice. Le fascia pelvien viscéral solidarise les viscères entre eux. Son continuum « fascia pelvien pariétal » arrimé aux parois musculaires pelviennes peut constituer un véritable hamac de soutien du fascia pelvien viscéral donc des viscères entre eux. Ce fascia pelvien pariétal semble particulièrement renforcé de chaque côté par une des branches de l'étoile formée par ses épaissements : c'est à droite et à gauche l'arc tendineux du fascia pelvien accroché en avant sur le bord postéro-inférieur du pubis, tendu jusqu'à l'épine ischiatique et sur lequel convergent la racine inférieure de la plupart des

« densifications » conjonctivo-musculaires, tentes vasculo-nerveuses annexées à chacun des viscères.

Si la dissection anatomique est utile, elle reste source d'erreur du fait des modifications de forme, de consistance et des rapports des structures sur les « préparations » étudiées et ne reflète que très imparfaitement la réalité anatomique fonctionnelle. Elle est néanmoins la seule base réelle et concrète nous guidant dans nos réflexions anatomo-physiopathologiques et thérapeutiques.

Références bibliographiques

1. Bastian D et Lassau JP. The suspensory mechanism of the uterus. *Anat Clin* 1982 ; 4 : 147-160
2. Bellocq P. Anatomie médico-chirurgicale. Masson et cie éd. ; 1952 ; X ; 1299-1446
3. DeLancey JOL. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence : The hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1994 ; 170 :1713-23
4. GoslingJA, Dixon JS, Hilary OD, Critchley OD, Thompson SA. A comparative study of the human external sphincter and periurethral levator ani muscles. *Br J Urol* 1981 ; 53 :35-41
5. Mauroy B, Gouillet E, Stefaniak X, Bonnal JL, Amara N. Tendinous arch of the pelvis fascia : application to the technique of paravaginal colposuspension. *Surg Radiol Anat* 2000 ; 22 : 73-79
6. Oerlich TM. The striated urogénital sphincter muscle in the female. *Anat Rec* 1983 ; 205 :223-232
7. Testard J. Les attaches fibro-ligamentaires du col vésical et de la partie supérieure de l'urèthre chez la femme. *Arch Anat Path* 1967 ; 15 : 153-158
8. Testard J. Le tissu cellulo-fibreux sous-péritonéal du pelvis féminin. Étude anatomique. *Arch Anat Path* 1967 ; 15 : 159-163

1^{ère} Journée Bisontine de Périnéologie - 6 novembre 2004

L'incontinence urinaire chez la femme :
définition et prises en charge

HENRY PC, service d'urologie, CHU Besançon

En France l'incontinence urinaire concerne 5% de la population générale, 40% des femmes âgées de plus de 65 ans et 60% des personnes âgées vivant dans une structure de long séjour (Andem, 1995).

Les deux types d'incontinence retrouvés chez les femmes sont l'incontinence urinaire d'effort et par impériosité (instabilité vésicale), mixtes dans la plupart des cas.

Leur prise en charge consiste dans un premier temps en une prise en charge médicale (rééducation vesico-sphinctérienne et traitement anticholinergique), puis chirurgicale pour l'incontinence urinaire d'effort (bandelettes sous urétrale principalement).

LES BANDELETTES SOUS-URETRALES DANS L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT FEMININE

Eric Chabannes - Service d'Urologie - CHU Besançon

Le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort s'est radicalement modifié ces dernières années depuis la première description par ULMSTEN, en 1995, de la technique TVT (Tension free Vaginal Tape). Ce traitement repose maintenant sur des techniques mini-invasives de bandelettes sous-urétrales qui assurent un taux élevé de continence (taux de guérison objective de 84,7% avec un suivi de 5 ans pour le TVT) avec le bénéfice d'un geste rapide, d'une hospitalisation courte et d'une faible morbidité. Le principe de ces techniques est de restaurer un soutien efficace du tiers moyen de l'urètre identique à celui qu'exerce normalement le fascia sous-urétral cervical.

De nombreux dispositifs sont actuellement commercialisés (disponibles en « kits de pose ») qui se différencient par :

- 1) *la composition et l'architecture de la bandelette* (synthétique en polypropylène/biologique d'origine porcine ; monofilament/multifilament, tricoté/thermo-collé, seuil de porosité pour les bandelettes synthétiques),
- 2) *la voie d'abord* (rétro-pubienne ou trans-obturatrice de description récente),
- 3) *l'ancillaire* (ou tunnéliseur qui permet le passage trans-pariétal de la bandelette, adapté à la voie d'abord),
- 4) *les résultats publiés* (seul le TVT peut se prévaloir d'un recul suffisant).

Les différents travaux publiés permettent d'affirmer les qualités et la bonne tolérance des bandelettes en polypropylène tricoté monofilament. Une bandelette synthétique à larges pores (macroporeuse) pourrait avoir un avantage en diminuant le risque infectieux et en favorisant l'intégration tissulaire. Les autres matériaux, en particulier biologiques, nécessitent un recul supplémentaire et davantage d'études avant d'être totalement validés en terme de résultats et de morbidité.

LES LÉSIONS SPHINCTERIENNES ET LA MECANIQUE

OBSTETRICALE.

R. MAILLET*

L'intimité anatomique entre la filière uro-génitale et le canal anal explique les conséquences potentielles de l'accouchement sur la continence anale.

La fonction sphinctérienne dépend de l'intégrité musculaire anatomique, mais aussi de l'innervation pelvienne. Ces deux éléments peuvent être lésés ensemble ou séparément.

1) RAPPEL ANATOMIQUE

Deux systèmes assurent la continence :

- l'un dit « capacitif » : c'est l'ampoule rectale dont les capacités élastiques permettent le stockage.
- l'autre dit « résistif » est constitué par le système musculaire sphinctérien :
 - Le sphincter interne est musculaire, lisse, sous la dépendance du système nerveux autonome.
 - Le sphincter externe est un muscle strié, composé de 2 parties :
 - un faisceau superficiel.
 - un faisceau profond étroitement lié aux muscles releveurs et en particulier au faisceau pubo-rectal.

L'innervation du sphincter anal externe est assurée par le nerf honteux interne (pudental) issu de S2 D S4, cheminant dans le canal d'Alcock.

De plus, un système « cohésif » composé de fascia plus ou moins lâches, rendent les divers viscères solidaires. C'est ce dernier type de système qui peut être altéré par la grossesse elle-même ou le début du travail, expliquant la protection imparfaite de la continence par une césarienne de principe.

Enfin, la sensibilité de la muqueuse intra-anales participe à la continence volontaire.

2) EVOLUTION DES ELEMENTS ANATOMIQUES PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

- Pendant la grossesse :
 - la pression tend à s'exercer plus en avant vers la fente vulvaire
- Lors de l'accouchement.
 - Le périnée postérieur se distend pendant la descente et la rotation. Le faisceau coccygien du sphincter externe est étiré par la rétro pulsion du coccyx
 - A l'effort de poussée, le faisceau pubo-rectal du releveur se contracte entraînant une élévation du noyau fibreux central du périnée qui attire le canal anal vers le haut et dilate l'anus. Cette distension a des limites liées à la durée de l'expulsion et à des facteurs propres à l'accouchement (taille fœtale, présentation dystocique).
 - Lors de la déflexion finale de la tête, le noyau fibreux central est aplati et la distance ano-vulvaire s'allonge provoquant des déchirures plus ou moins graves du périnée.

En résumé, l'accouchement est une dure mise à l'épreuve de tous les systèmes de la continence musculaire ou nerveuse. Les lésions peuvent être des déchirures, des étirements nerveux, mais les compressions musculaires provoquées par la présentation peuvent réaliser des micro-traumatismes avec lésions nerveuses terminales directes et ischémies musculaires, elles-mêmes responsables de lésions évolutives.

Ces éléments seront détaillés plus loin.

3) LES FAITS

- **Place de l'incontinence fécale clinique :**
 - 6 semaines après l'accouchement : 13 % des primipares et 23 % des multipares rapportent une incontinence fécale ou des urgences sphinctériennes. [1]

- 10 mois après l'accouchement, SULTAN a présenté une série de 906 femmes dont 4% seulement se plaignaient des mêmes troubles.[2]
- ces taux sont donc relativement faibles comparés aux lésions échographiques.

- **Les lésions détectées par l'échographie :**

- 6 semaines après l'accouchement, 35 % des primipares présentent des lésions échographiques des sphincters. Parmi ces femmes :
 - 20 % sont incontinentes
 - 37 % présentent des urgences sphinctériennes. [1-- 3 -5]

- **La dénervation périnéale :**

La latence motrice distale du nerf honteux augmente chez 35 % des primipares qui accouchent par voie basse et chez 50 % des multipares. Elle redevient normale à 2 mois, sauf chez 10 % des multipares.

A cinq ans, cette perturbation persiste et évolue pour son propre compte avec apparition d'incontinence anale chez un certain nombre de patientes. [6, 7]

- **Le rôle de l'épisiotomie :**

apparaît sans action préventive sur cette pathologie. De plus, l'épisiotomie médiane a plutôt tendance à aggraver les lésions. [8]

Sil'on veut protéger le faisceau pubo rectal , élément essentiel de la continence fécale, il faut faire l'épisiotomie très tôt bien avant que le périnée ne bombe en espérant que l'accouchement ne se termine pas par une césarienne...

- Le choix de l'instrument a son importance : le forceps apparaît plus délétère que la ventouse dont beaucoup d'auteurs préconisent actuellement l'emploi. [6, 9]. Cet instrument permet de mieux contrôler le périnée lors des efforts expulsifs.

En résumé, les incontinenances anales d'origine obstétricale se répartissent de la manière suivante :

- 57 % sont mixtes.
- 29 % relèvent d'une rupture sphinctérienne isolée.
- 14 % relèvent d'une neuropathie isolée.

C'est le premier accouchement qui est le plus traumatisant pour le système de continence anale.

Seul un tiers des femmes qui présentent des lésions échographiques est symptomatique, 40 % d'entre elles s'améliorent à 6 mois alors que les lésions échographiques persistent...

Le devenir à long terme de ces patientes est l'objet d'études en cours.

4) ROLE DE LA MECANIQUE OBSTETRICALE

Sa place apparaît évidente à la lumière des connaissances précédentes. Deux facteurs sont essentiels dans la genèse de l'incontinence[10] :

- Les déchirures : donc plus les diamètres sont grands, plus les risques augmentent ; c'est le cas de :
 - La macrosomie
 - Des présentations défléchies
 - Des extractions instrumentales
 - De l'épisiotomies et des déchirures
- La durée de l'expulsion est responsable de micro-traumatismes musculaires, nerveux et aussi d'ischémie. On conçoit dans ces conditions que le facteur temps soit déterminant.
- **Le cas des variétés postérieures :**
il illustre parfaitement le rôle de la genèse des lésions musculaires liées à la mécanique.

La rotation peut s'effectuer à différents niveaux, le plus couramment, c'est par glissement de l'occiput sur le bord libre du releveur qui impose la rotation amenant la tête dans un axe antéro-postérieur.

Si la tonicité musculaire est insuffisante, la rotation ne se fait pas, ce qui explique la plus grande fréquence des occipito-sacrées chez les multipares.

- La multiparité est également un facteur de risque indiscutable. [11]
- L'expulsion est le moment le plus délétère pour le système de continence :

le sommet, en descendant, bute sur le coccyx. La tête refoule le coccyx vers l'arrière. Cette rétro pulsion est freinée par les muscles releveurs et en particulier les ischio-coccygiens.

La lutte entre la pression céphalique et la résistance périnéale entraîne lors des efforts expulsifs une ouverture anale et un allongement du périnée postérieur. La tête finit par être fixée par la racine du nez au niveau du coccyx et ne remonte plus entre les contractions utérines.

La rétro pulsion de la pointe du coccyx fait passer le diamètre du détroit inférieur de 9,5 à 11 cm.

La tête se cale par le sous occiput au bord inférieur de la symphyse. Dès lors, l'axe de progression va changer. La tête va se défléchir en parcourant le périnée. Elle repousse en avant le périnée qui subit des lésions parfois considérables :

- laminage du noyau fibreux central
- étirement des muscles profonds et superficiels.

Les mêmes phénomènes vont se reproduire à l'expulsion des épaules et les dégâts seront proportionnels au degré de macrosomie, surtout dans les macrosomies segmentaires comme on peut le voir chez les enfants de mères diabétiques.

Dans les variétés postérieures, le front arrive sous la symphyse. Lorsque l'occiput arrive à la fourchette, la tête se défléchit et laisse apparaître successivement le bregma, le front, le nez, la bouche, le menton. Ce mouvement d'ensemble en « S » surdistend encore plus le périnée que dans les variétés antérieures expliquant les lésions. [13]

CONCLUSION

L'accouchement par voie basse est indiscutablement générateur de lésions du système de continence féminin anal.

La systématisation de la césarienne n'annule pas ce risque. Les facteurs favorisants sont facilement identifiables et s'expliquent aisément par la mécanique obstétricale.

L'obstétricien peut réduire le risque en acceptant de remettre en question certaines habitudes, comme l'épisiotomie ou le choix de l'instrument. Le choix éclairé de la patiente est particulièrement délicat. Que dire, en effet, à une patiente qui réclamera une césarienne programmée avec pour unique argument la protection de son périnée. Tant que les conséquences supposées à long terme des utérus cicatriciels (ruptures utérines, placenta accreta) resteront des hypothèses non argumentées par des études avec des niveaux de preuves suffisants, les arguments de cette patiente seront parfaitement recevables.

1. Sultan, A.H., et al., Anal sphincter trauma during instrumental delivery. *Int J Gynaecol Obstet*, 1993. 43(3): p. 263-70.
2. Sultan, A.H. and M.A. Kamm, Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol*, 1997. 104(9): p. 979-82.
3. Alexander, A.A., et al., Fecal incontinence: transvaginal US evaluation of anatomic causes. *Radiology*, 1996. 199(2): p. 529-32.
4. Faltin, D.L., et al., Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence. *Obstet Gynecol*, 2000. 95(5): p. 643-7.
5. Williams, A.B., et al., Anal sphincter damage after vaginal delivery using three-dimensional endosonography. *Obstet Gynecol*, 2001. 97(5 Pt 1): p. 770-5.
6. Snooks, S.J., et al., Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet*, 1984. 2(8402): p. 546-50.
7. Snooks, S.J., M.M. Henry, and M. Swash, Faecal incontinence due to external anal sphincter division in childbirth is associated with damage to the innervation of the pelvic floor musculature: a double pathology. *Br J Obstet Gynaecol*, 1985. 92(8): p. 824-8.
8. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. *Lancet*, 1993. 342(8886-8887): p. 1517-8.
9. MacArthur, C., D.E. Bick, and M.R. Keighley, Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol*, 1997. 104(1): p. 46-50.
10. Benifla, J.L., et al., [Postpartum sphincter rupture and anal incontinence: prospective study with 259 patients]. *Gynecol Obstet Fertil*, 2000. 28(1): p. 15-22.
11. Faltin, D.L., et al., Does a second delivery increase the risk of anal incontinence? *Bjog*, 2001. 108(7): p. 684-8.
12. Atienza P., conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement. *CNGOF, mises à jour en gyn.obst.-XXIII –1999*
13. Roger V., Coulom P., Cravello L., Bretelle F., Blanc B. existe-t-il une corrélation entre les lésions sphinctériennes en échographie endo-anale et la mécanique obstétricale ? <http://pro.gyneweb.fr/sources/congres/jta /99 /divers/roger.htm>

**INFORMATION ET SENSIBILISATION DE LA POPULATION
FEMININE AUX TROUBLES PERINEO-SPHINCTERIENS :
QU'EN EST- T'IL AUJOURD'HUI ?**

Ghislaine Philippe, kinésithérapeute, chu- Besançon

3 millions de femmes souffrent en France de troubles périnéo- sphinctériens :
1 sur 6 avant l'âge de 30 ans ,1 sur 2 avant l'âge de 50 ans.....

Et pourtant , parler de ces troubles reste encore un sujet tabou....

L'information doit être multiple et appréhender :

- les facteurs de risques connus
- les facteurs de risques individuels
- les facteurs de risques suspectés
- l'importance de certains signaux d'alarmes
- l'importance et le rôle du plancher périnéal dans la statique pelvienne
- l'intérêt de la rééducation
- les moyens de prise en charge
- l'intérêt de la prévention (ergonomie périnéale)

Facteurs de risques connus :

- ☛ âge (péri-ménaopause, ménaopause, carence hormonale, vieillissement)
- ☛ traumatisme obstétrical (déchirure des tissus aponévrotiques périnéaux en

particulier lors du premier accouchement ; accouchement en boulet de canon ; expression manuelle..)

- ☛ constipation
- ☛ antécédents chirurgicaux pelviens
- ☛ hyper-pression abdominale
- ☛ tabagisme

Facteurs de risques individuel :

- ☛ constipation chronique et ancienne
- ☛ obésité
- ☛ tabagisme important avec toux
- ☛ pathologie respiratoire chronique avec toux (asthme, allergie, bronchite
facteur génétique (peau claire)
- ☛ habitudes comportementales (hydrique et mictionnelle)

facteurs de risques suspectés :

- ☛ professionnel : port de charge et manutentions fréquentes
- ☛ habitudes de vie : sports et activités de détente avec hyperpression abdominale fréquente

Importance de certains signaux d'alarmes :

- incontinence à l'effort épisodique (toux, course, fou rire, éternuement)
- signe du tampon
- bruits d'air vaginaux lors des rapports sexuels ou d'une hyperpression abdominale
- fuite d'eau vaginale en sortant de la piscine ou de la baignoire...
- fuite urinaire lors des variations de température, d'émotions, au bruit d'eau qui coule...

- mictions trop fréquentes (plus de 7 par jour, de 2 par nuit)
- mictions peu fréquentes surtout pendant les journées de travail (2 à 3 par jours)
- comportement hydrique modifié(je bois peu pour éviter les fuites)

Dans une étude sur la prévalence des troubles périnéo- sphinctériens en milieu hospitalier, réalisée en 2001/2002 au CHU de Besançon :

- ⇒ 36% de femmes souffrent d'incontinence urinaire d'effort.
- ⇒ 60% présentent un comportement dysurique.
- ⇒ 57% une dysfonction périnéale.
- ⇒ 2,3% une instabilité vésicale.

Et à la question , avez-vous pu en parler ?

1/3 des femmes en parlent, 1/3 n'en parlent pas, 1/3 ne se sentent pas concernées .Elles se confient à 81,7% à leur médecin (65,4% au gynécologue, 29,7% à leur généraliste, 14,3% au médecin du travail, 7,3% à un urologue), 40,4% en parlent plutôt à une amie, 17,9% à leur kinésithérapeute, 17,9% à une sage-femme.

Les réponses qui leur ont été faites sont variées : 27,7% ont eu une rééducation périnéo-sphinctérienne avec un(e) kinésithérapeute, 31% avec une sage-femme ; à 17,5%, il a été proposé de revenir plus tard (c'est normal ,vous avez eu des enfants, c'est l'âge ,vous êtes une femme...) et 17,5% ont eu un BUD, un traitement médical ou le stop-pipi à faire à la maison.

Soit 35% de femmes à qui il n'a pas été proposé de prise en charge rééducative en première intention....

.Développer l'information reste une démarche d'actualité et le préalable indispensable à la mise en place d'une politique de prévention.

Il est nécessaire d'informer les femmes de l'importance du plancher périnéal, véritable pilier de la statique viscérale de notre bas-ventre.

Or, la rééducation périnéo-sphinctérienne, vecteur de ce travail, est encore de nos jours méconnue. Quel est son intérêt et son rôle ?

Elle permet de prendre conscience de l'existence de ce périnée, de développer ensuite la proprioceptivité périnéale avant d'aborder le travail ergonomique en lien avec la vie personnelle et professionnelle de chacune dans un but de prévention et de protection périnéale.

Rappelons que cette rééducation est indolore, qu'elle est réalisée dans le plus grand respect de l'intimité et du confort des patientes (respect de la pudeur en particulier..) et qu'il existe actuellement du matériel de rééducation peu invasif (sondes tampon) et confortable.

Peu de femmes connaissent le déroulement d'une séance de rééducation périnéale.
Dédramatiser cette rééducation est indispensable..

De plus, il est essentiel de sensibiliser les femmes sur une hygiène hydrique et mictionnelle correcte avec des espaces mictionnels de 3 à 4 heures (même pendant les journées de travail !) et une hydratation suffisante (1,5l à 2l par jour).Car ne pas boire n'a jamais réglé l'incontinence !

Notre sensibilisation portera enfin sur la qualité de la miction : une miction normale doit être complète et réalisée sans effort abdominal même dans des lieux peu propices (travail, voyage).

N'oublions pas que l'IUE n'est pas l'apanage des femmes mûres mais qu'elle touche 20% des femmes de 30 ans ...

Nous ne pouvons pas laisser de tels troubles gâcher notre vie quotidienne alors qu'une rééducation précoce et bien conduite peut améliorer notre qualité de vie .Encore faut-il le savoir !

Bibliographie-

Philippe G., Thaon I , Clément I.

Etude sur la prévalence des troubles périnéo-sphinctériens au sein du personnel féminin hospitalier. XXV^e congrès de la SIFUD- Bruxelles mai 2002

PROSTATECTOMIE RADICALE : INCONTINENCE ET DYSFONCTION ERECTILE

François Kleinclauss , Chef de Clinique Service d'Urologie CHU Besançon

En France, en l'an 2003, près de 40 000 nouveaux cas de cancer de la prostate ont été diagnostiqués. 10000 décès sont annuellement imputables au cancer de la prostate qui est la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme. Son incidence est en constante augmentation, en raison d'une part du vieillissement de la population masculine, d'autre part de l'utilisation large du dosage du PSA (Prostatic Specific Antigen).

L'utilisation large du PSA a comme incidence un diagnostic plus précoce du cancer de la prostate. Ces cancers diagnostiqués précocement sont donc le plus souvent localisés à la prostate, de grades histo-pronostic favorables, et peuvent relever d'un traitement chirurgical curateur : la prostatectomie radicale.

La morbidité de la prostatectomie radicale a très nettement diminuée ces dix dernières années, d'une part en raison de l'amélioration de la technique chirurgicale d'autre part d'une meilleure sélection des indications. Il persiste cependant deux complications majeures de cette intervention dont les patients doivent être prévenu ; l'incontinence parfois définitive et la dysfonction érectile.

L'épidémiologie, les bases anatomiques, les points techniques expliquant ces effets secondaires seront détaillés.

La prise en charge de ces complications ainsi que les perspectives thérapeutiques seront passés en revue.

**LES MALFORMATIONS ANO-RECTALES :
ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET GRANDS PRINCIPES
DE REEDUCATION.**

Dr Arnaud FOTSO , Chef de Clinique, Service de Chirurgie Pédiatrique et Orthopédique (Pr. D. AUBERT) -
CHU Besançon

Résumé :

Les Malformations ano-rectales (MAR) regroupent des anomalies anatomiques diverses allant de la simple malposition anale jusqu'à l'absence totale de rectum et d'anus.

Elles touchent un enfant sur 5000. Elles sont dues à une anomalie très précoce dans le développement du pôle caudal de l'embryon sous l'influence de l'induction notochordale. Elles seraient également consécutives à un défaut de la partie postérieure de la membrane cloacale qui ne migre pas vers l'avant et dont la résorption partielle ultérieure laisserait persister un tube digestif borgne communiquant éventuellement avec le sinus uro-génital.

Sur le plan anatomique, les MAR sont classées en trois variétés : haute, intermédiaire et basse selon que le cul de sac rectal se situe au dessus, au niveau ou en dessous du muscle pubo-rectal. Les indications chirurgicales sont orientées par cette classification.

Le pronostic de ces MAR est surtout fonctionnel. Il dépend à la fois, du type anatomique, des indications chirurgicales dont le but sera de restaurer un cap anal physiologique tout en préservant ou en reconstruisant une sangle des releveurs satisfaisante. Les buts de la rééducation sont la prise en conscience de la contraction périnéale volontaire et l'interprétation de la sensibilité rectale. La technique du biofeedback semble particulièrement adaptée à l'enfant et à cette pathologie.

REEDUCATION PERINEO-SPHINCTERIEUNE CHEZ L'ENFANT : INDICATIONS ET BASES DES TECHNIQUES REEDUCATIVES.

Marie-Agnès DUBOZ, Kinésithérapeute, Service de Chirurgie Pédiatrique et Orthopédique (Pr. D. AUBERT)
- CHU Besançon

Résumé :

L'enfant n'est pas un petit adulte et dans les troubles périnéo-sphinctériens qui l'affectent, nous devons tenir compte de sa maturation aussi bien physiologique que psychologique. La rééducation périnéale de l'enfant est spécifique de part ses indications, de la nécessité d'une prise en charge globale tout en tenant compte de son évolution neuro-psycomotrice.

Les dyssynergies vésico-sphinctériennes et ano-rectales, les malformations périnéales et ou ano-rectales en sont les principales indications.

Toute la particularité pédiatrique est de savoir à quel moment la rééducation sphinctérienne est possible chez l'enfant. Trois éléments paraissent indispensables : le développement psychomoteur doit être suffisant, l'enfant doit être capable d'exprimer sa gêne et les parents doivent être prêts à accompagner leur enfant dans une démarche rééducative.

On estime que vers l'âge de 6 ans, la maturation physiologique est terminée et que l'enfant est capable de reconnaître une contraction d'une décontraction périnéale. L'association du biofeedback aux conseils d'hygiène et à la tenue d'un calendrier événementiel semble être la meilleure stratégie de prise en charge.

Les techniques de rééducation périnéale non agressives, ludiques et simples doivent être mises en place dans un climat de confiance afin d'optimiser le travail, gage d'un résultat stable.

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE ANALE PAR NEUROMODULATION.

P. Mathieu, G. Mantion, M. Fantoli.

Il s'agit d'une nouvelle technique de traitement de l'incontinence anale (et dans une moindre mesure de certaines constipations graves) à proposer à une population sélectionnée après épuisement de toute les traitements traditionnels à savoir la rééducation (biofeedback) et la chirurgie de l'incontinence de première intention (à l'exclusion des sphincters artificiels et des graciloplasties dynamisées qui sont réservés aux lésions anatomiques sphinctériennes irréversibles). C'est une innovation en proctologie qui a déjà été validée en urologie.

1. Principe

La mise en place d'une électrode dans un trou sacré reliée à un stimulateur sous cutané permet de rééquilibrer les arcs réflexes qui contrôlent la défécation. Les mécanismes d'action ne sont pas encore clairement élucidés. L'interférence de la stimulation avec la coordination réflexe entre le rectum, le plancher pelvien et le sphincter permet de restaurer l'équilibre de l'arc réflexe en régulant (par stimulation et/ou par inhibition) les afférences des racines sacrées et en permettant une activation des efférences anorectales au niveau médullaire. Ces effets sont infracliniques sur les muscles striés et ne sont donc pas ressentis par le patient.

L'originalité de la méthode est la réalisation d'un test de stimulation permettant la sélection optimale des patients pouvant bénéficier de la pose d'un système en sélectionnant les répondeurs .

2. Technique

Elle consiste à stimuler en continu la 3^e ou la 4^e racine(s) sacrée(s) antérieure droite ou gauche par une électrode a travers le trou sacré correspondant. Cette électrode est mise en place par voie percutanée sous contrôle scopique.

Cette stimulation induit une modification de l'activité sphinctérienne et rectale qui permet de réduire voire de faire disparaître les symptômes anorectaux à type d'incontinence et/ou de

besoins impérieux. Elle permet de transformer la qualité de vie des patients répondeurs au test initial.

3. Intérêt du test initial

La réalisation d'un test de préférence sous anesthésie locale est une procédure facile à mettre en œuvre. Le patient est installé en décubitus ventral au bloc opératoire pour permettre de choisir le site anatomique le plus propice à l'implantation de l'électrode par la réalisation d'un ensemble de tests cliniques simples. La stimulation provisoire est réalisée pendant 8 à 10 jours avec un stimulateur externe

Si le test est positif, l'implantation définitive est effectuée. Elle peut se faire en changeant d'électrode ou sur la même électrode (l'électrode test servant alors d'électrode définitive) ce qui est la méthode la moins aléatoire.

4. Caractéristique du stimulateur

- Durée de stimulation 210 microsecondes
- Fréquence 15 Hz
- Intensité 1 à 10V

Ces caractéristiques sont paramétrables lors du test et de l'implantation, puis par télémétrie en consultation. Il est possible de permettre au patient de faire varier l'intensité de la stimulation entre deux bornes fixées par le médecin. Le stimulateur est implanté sous la peau dans la fesse.

5. Indications

La sélection des patients nécessite un bilan clinique, radiologique, endoscopique, manométrique et neurologique complet.

La meilleure indication semble être : L'INCONTINENCE FECALE ACTIVE.

Les indications suivantes sont également retenues :

- L'incontinence sévère résistante aux autres traitements
- L'incontinence neurologique sans lésion complète des racines sacrées
- Les lésions anatomiques sphinctériennes limitées
- La double incontinence anale et urinaire

Certaines indications sont discutées :

- La constipation terminale ?
-

6. Efficacité

En urologie, 50% des patients testés sont implantés et 70 à 100% des patients implantés sont significativement améliorés à continents.

Les échecs sont répartis en deux catégories :

- Les échecs primaires correspondant à un test positif et à une inefficacité du stimulateur définitif. Ils sont le plus souvent la conséquence d'une malposition de l'électrode définitive qui peut être visualisée par une tomodensitométrie.

- Les échecs secondaires correspondant à un test positif et à une efficacité initiale du stimulateur disparaissant progressivement par la suite. Ils peuvent être secondaires à une migration de l'électrode pouvant être repositionnée sous contrôle tomodensitométrique, au développement d'une fibrose autour de l'électrode nécessitant une augmentation de l'intensité de stimulation, à un phénomène de plasticité neuronale contourné par le changement de côté de l'électrode ou à l'épuisement de la pile du stimulateur qui a une durée de vie de 4 à 7 ans en fonction des modalités de stimulation.

LA MESURE : POURQUOI ? COMMENT ? A QUOI SERT – ELLE ?

MC CAPPELLETTI Kinésithérapeute Evry

« Notre profession ne deviendra crédible que lorsque elle pourra se défendre contre les détracteurs qui n'ont pas à faire la preuve de notre efficacité, aussi longtemps que nous serons nous mêmes, incapables d'apporter la preuve de notre efficacité » Eric VIEL

« Mesure ce qui est mesurable, rends mesurable ce qui ne l'est pas » GALILEE

« Le savoir contre le croire » NIETZSCHE.

Depuis l'aube des temps, l'espèce humaine cherche à mesurer. Le temps, les distances, les masses et autres volumes. Mais empêtrés dans l'obscurantisme, les croyances chimériques, les dogmes de toutes nature il a fallu attendre le 3^{ème} siècle avant JC pour enfin entrer dans l'ère des Sciences. C'est la colonie grecque d'Alexandrie avec Claude Ptolémée, Euclide, Archimède et bien d'autres, qui a fait éclater les lourdeurs et les contraintes.

Les écrits ne furent plus tenus pour divins. A l'hypothèse succéda le doute, puis la recherche, la confrontation, la critique les moyens de comparer et de mesurer. Rien ne fut plus tenu pour dit tant que le processus sous tendant le dit ne fut vérifié et reproduit. De nombreux siècles furent encore nécessaires pour que la Science finissent par s'imposer mais l'évidence était née.

On parle de journées de marche, de pouces, de coudées, de brasses qui précèdent le système métrique. On parle de cadran solaire puis de l'horloge, d'années lumières, de pico seconde de nano grammes de watts et autres famto ampères.

Et la kinésithérapie dans tout cela ? Les médecins depuis longtemps ont bénéficié des avancées techniques. Que ce soit pour mesurer des éléments sanguins, des volumes gazeux, des bruits pulmonaires, ou des pressions vésicales. Ces mesures permettent de se référer à des normes afin d'en apprécier les écarts. Cet ensemble de dispositions objectives, dont la réalité s'impose à tous, dont la stabilité est irréfutable pourvu que les moyens de mesures soient validés, permet d'asseoir un raisonnement sur des bases solides. Le diagnostic médical d'une pathologie découle en partie de la fiabilité des mesures.

L'élément irrationnel n'en demeure pas moins incontournable. « Je respire difficilement ! je me sent gonflé ! j'ai mal au dos ! j'ai constamment envie d'uriner ! » sont des appréciations subjectives d'un état de mal être qui peuvent être les seuls mobiles de consultation. Le bien être du malade ou du blessé, son confort reconnu , la récupération de son intégrité physique et morale deviennent naturellement le but final du traitement. On ne soigne pas une courbe, une angulation ou un bilan.

La mesure est possible ,nécessaire, malgré ou à cause de la part de subjectivité contenue dans la prise en charge de nos patient.

Mais qui ne connaît pas des résultats satisfaisants obtenus par des thérapeutes dont la réputation est sulfureuse. On sait tous très bien que de 15 à 20 % des traitements sont améliorés voire plus par effet placebo. L'effet placebo pouvant dans certain cas servir de témoin (on dit versus placebo) fait l'objet de recherche et n'en doutons pas sera lui aussi un jour mesuré et pourquoi pas intégré dans les outils des soignants.

Les médecines dites douces ou parallèles ont une utilité reconnue par un nombre important de patients. Il est probable que si la médecine officielle (médecins et paramédicaux) prenait en charge avec plus de sérieux le côté humain des personnes qui la

consultent le succès des thérapies douces ou parallèles serait de beaucoup minoré. Cela doit contribuer à nous rendre modestes et circonspects.

Et le kinésithérapeute dans cet univers ? Il mesure lui aussi, par rapport à des étalons, éprouvés : le mètre, le kilo, le volume d'air soufflé, la distance main sol et autres angulations. Les temps modernes ont aussi donné, à notre profession d'autres moyens susceptibles de la renseigner. Les débitmètres, les appareils d'isocinétique les capteurs thermiques , l'électromyographie de surface et bien d'autres encore.

**LE SIGNAL ELECTRIQUE MUSCULAIRE
ET SON APPLICATION EN KINESITHERAPIE PERINEALE :
« MESURE DE L'EVOLUTION MUSCULAIRE LORS DE LA
REEDUCATION PERINEALE »**

GEYRE Michel Ingénieur en Electronique. (Savigny sur Orge)

Contenu:

Le signal électrique musculaire traduit par l'électromyographie moderne se distingue par deux aspects techniques : l'électromyographie élémentaire qui capte localement les potentiels d'une unité motrice à l'aide d'une aiguille concentrique, et l'électromyographie globale qui recueille avec des électrodes cutanées ou par sonde intra-vaginale toute activité électrique dans le voisinage de celle-ci, lors de contractions musculaires volontaires ou réflexes. D'un point de vue pratique, en rééducation périnéale, c'est l'électromyographie globale qui est utilisée. Lors de la contraction musculaire, l'activité électrique globale résulte d'une somme de courants d'action neuromusculaires formés de plusieurs potentiels d'unités motrices élémentaires dont on ne peut distinguer les différents éléments constitutifs. Il existe une relation linéaire entre la valeur de l'électromyographie globale intégrée et la force développée par le muscle. Cette activité électrique développée lors du maintien d'une contraction musculaire permet d'apprécier facilement et quantitativement la force développée par le muscle. C'est sur cette base que nous allons construire des histogrammes de mesures qui permettront dans un premier temps de suivre graphiquement l'évolution de la rééducation, et dans un deuxième temps d'adapter la rééducation suivant les résultats obtenus.

Méthode et traitement des données :

Comme toute application de mesurage, il est important d'évaluer les méthodes et les difficultés liées à la mesure de l'activité électromyographique globale du périnée. Pour chaque type de mesure, (par électrode vaginale, rectale ou électrodes de surfaces) il est

important que les différents laboratoires de rééducation périnéale décrivent les protocoles liés à leurs pratiques ainsi que les différents instruments utilisés. (Appareils de mesure utilisés, type de sondes, installation de la sonde de mesure et du patient...). Lors des différents exercices de rééducation périnéale il est demandé aux patients, après un temps d'apprentissage, de savoir contracter et relâcher les muscles du périnée sans la participation active d'autres muscles comme les fessiers ou les abdominaux.

Deux consignes simples sont envisagées. Contraction maximale tenue sur 3 secondes, et contraction maximale tenue sur 10 secondes. Pour effectuer ces mesures nous avons construit un appareil de mesure portatif « le Myomètre » qui échantillonne et met en mémoire automatiquement la valeur de l'EMG intégré issue de la contraction musculaire à la 3^{ème} seconde et à la 10^{ème} seconde depuis l'ordre de contraction.

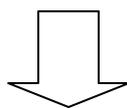
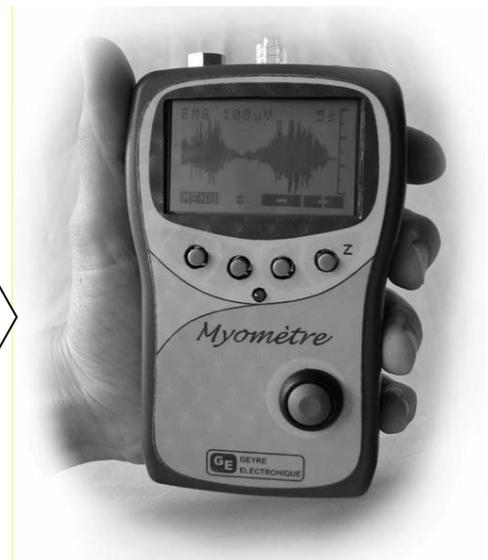
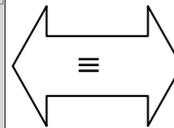
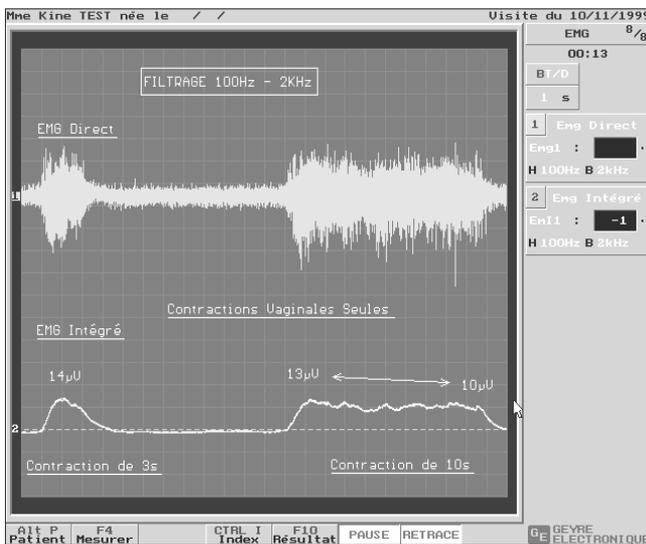
Toutes les mesures différentielles de l'électromyographie globale, entre l'activité de repos et la contraction volontaire maximale tenue sur une durée de 3 secondes ou de 10 secondes, sont effectuées avant chaque séance de rééducation, et consignées dans un tableau de données type « Excel ».

A l'issue de chaque séance de rééducation, un histogramme des contractions de 3 et 10 s est construit ainsi que les courbes de leurs tendances associées.

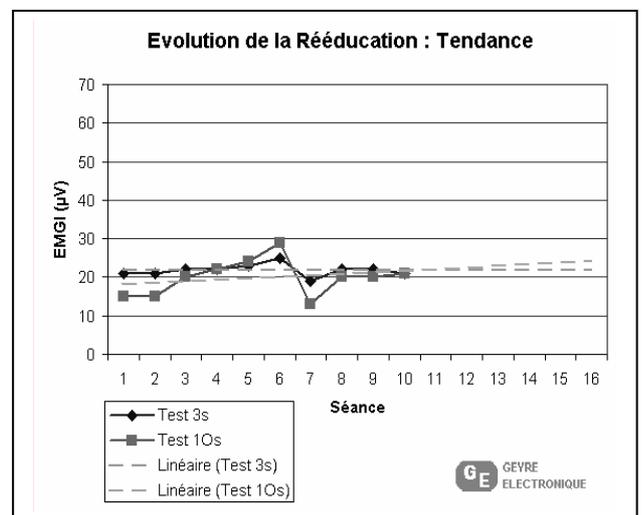
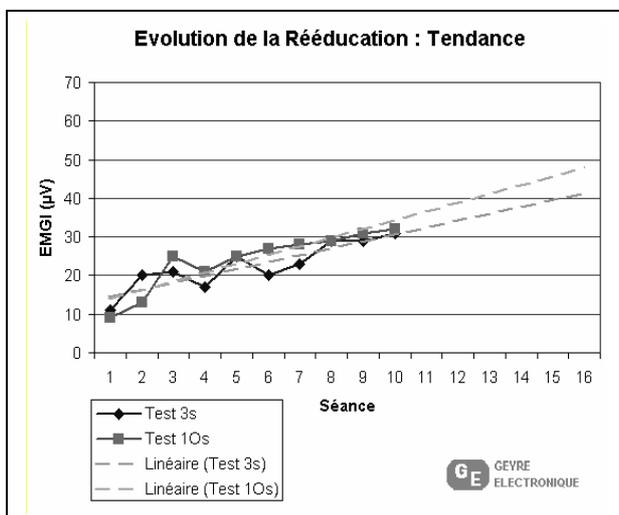
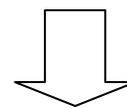
Résultats :

Une étude de 251 patients à été réalisée par MC. Cappelletti dans son cabinet de kinésithérapie périnéale sur l'étude de la mesure de l'activité EMG du périnée basée sur le

protocole cité ci-dessous. Il en résulte que l'augmentation de l'activité de l'EMG intégré est bien corrélée à une augmentation de la force musculaire et participe à la guérison des patients dans plus de 62% des cas. Il est donc important d'utiliser l'électromyographie globale intégrée non seulement comme un instrument de biofeedback musculaire mais aussi comme un élément de mesure : « Outil d'évaluation de la rééducation » ...



« Tableur EXCEL »



LE BILAN EN KINESITHERAPIE PERINEALE.

(Description synoptique du CD.ROM Bilan)
Rapport de Anne Florence PLANTE Paris

INTRODUCTION :

La rééducation périnéale a vu officiellement le jour par Décret d'Août 1985. Elle existait bien entendu depuis quelques années mais était pratiquée de façon plus ou moins confidentielle. Progressivement et grâce à d'illustres pionniers elle s'est développée et a gagné ses titres de noblesses.

Pour devenir adulte elle doit maintenant accepter d'être confrontée aux évaluations et à la dure réalité scientifique qui permet de décider du bénéfice ou au contraire de son inutilité au regard de son coût.

Notre société savante la SFKP a souhaité depuis sa création l'élaboration de critères définissant des objectifs, des standards ou normes afin d'évaluer les pratiques.

Pour se donner des moyens acceptables par les professionnels, permettant des analyses statistiques fiables nous avons demandé à un groupe d'experts reconnus de se réunir afin de construire un outil qui satisferait à ce souhait.

MATERIEL ET METHODE :

Un comité d'experts connus pour l'excellence de leur travail et l'habitude de la rééducation en périnéologie plus souvent exclusive a été sollicité. Il s'agit d'hommes et de femmes exerçant tant en pratique privée qu'en pratique hospitalière. Tous ont en commun une grande pratique d'exercice et d'autre part sont responsables d'enseignement. Ils sont également connus pour leur participations fréquentes aux principaux congrès traitant de la périnéologie. Enfin, ils ont été choisis pour leurs travaux d'écriture d'articles et de manuels traitant de la rééducation périnéale.

Nous les avons convoqués pour six journées de travail durant le premier semestre 2004.

Chaque journée s'achevait sur un relevé de conclusions soumis à la relecture avant la journée suivante.

Il s'agissait d'étoffer et d'unifier les bilans que chaque expert avait l'habitude d'effectuer et de le transcrire sur un tableau. Plusieurs experts externes ont été sollicités afin de compléter les connaissances.

Le but étant de mettre à la disposition d'un rééducateur en périnéologie, même peu habile en informatique, un Cdrom à menu déroulant, sur lequel les problèmes rencontrés en pratique courante et en pratique spécialisée étaient évoqués. Par exemple en colo-proctologie, rééducation chez l'homme, chez l'enfant, et rééducation en sexothérapie etc.

DESCRIPTION

A partir de la sélection d'informations par la technique du Relaté Observé Mesuré Planifié système décisionnaire connu sous le nom de Subjective Objective Assessment Plan ou SOAP des anglo-saxons (Ratcliff J.).

Ce processus par questions- réponses permet une évaluation méthodique et simple. Le procédé informatique par menu déroulant autorise toutes les redondances souhaitées par le thérapeute en fonction de son patient ou de sa spécialité en masquant ce qui n'est pas d'actualité ou est considéré comme non intéressant.

RESULTATS :

La procédure en classifiant les observations et les mesures enrichies successivement ,élabore automatiquement des courbes , des diagrammes et des indications qui peuvent être exploitées pour la conduite du traitement ou éventuellement un changement de stratégie en cours de soins.

Le programme étant prévu pour produire un bilan écrit très simple, avec choix du destinataire et renseignements personnalisés.

Il deviendra la pierre angulaire du futur réseaux de la rééducation périnéale connecté sur un site professionnel sécurisé afin d'échanges de dossiers, d'informations et à des fins statistiques à grande échelle.

Le bilan est en cours d'implémentation informatique.

Ouvrage à consulter : Le diagnostic kinésithérapique : Viel E. Le point en rééducation n°3 Masson édit Paris

CORRELATION ENTRE L' AUGMENTATION DE LA FORCE MUSCULAIRE
DU PUBO-RECTAL ET LES OBJECTIFS DE LA REEDUCATION PERINEO-
SPHINCTERIEENNE

Max Claude CAPPELLETTI Centre Médico-Chirurgical d'Evry

INTRODUCTION :

La diversité de la pathologie vésico-sphinctérienne en rééducation rend difficile l'interprétation du résultat. Entre la guérison d'une incontinence et le mieux-être d'une lourdeur périnéale, la gamme de l'appréciation est vaste. Du subjectif à l'objectivité le thérapeute est parfois désarmé.

Cependant on peut isoler en rééducation quelques gestes classiques et quelques techniques qui vont être le plus souvent déployés afin de parvenir à l'objectif qui initialement aura été proposé au patient en fonction de sa plainte et des constatations issues du bilan de départ.

Le testing fait partie de l'évaluation et du contrôle durant le parcours rééducatif et le pubo-rectalis est le muscle le plus souvent sollicité il demeure notre muscle référent (1). Nous parlons ici du testing ou plutôt de l'activité myoélectrique qui est curvilinéairement corrélé à la force (tension) de ce muscle (2).

MATERIEL ET METHODE

Cette étude s'est déroulée de juin à décembre 2003. Elle a concerné 200 cas validés pour l'étude globale et un peu moins pour l'étude randomisée (résultat non encore parvenu à ce jour).

Le matériel est classique. Par sondes intra cavitaires du même fabricant. Ce matériel de réception au contact de la musculature est relié à un « Myomètre » qui est un outil de mesure équipé d'un amplificateur EMG adapté à l'activité myoélectrique cavitaire. Il possède notamment une très grande impédance d'entrée (résistance ohmique). Il a pour but de mesurer la différence de potentiel existante entre l'état de repos et la contraction volontaire maximale. (3)

La méthodologie est strictement identique pour chaque patient inclus dans l'essai.

Relevé de la plainte, définition de l'objectif à atteindre, mesure du mesurable, analyse de deux contractions sur 4 et 10 secondes. Ces mesures électriques sont prises à chaque début de séance. Elles sont reportées sur une feuille de calcul « Excel »

DESCRIPTION :

Le matériel d'analyse fut confié à un professeur de mathématiques de l'université Jussieu à Paris. Ce dernier a confronté la courbe de progression du gain de force et le résultat obtenu. Globalement nous avons ventilé les termes de résultats en ' ' objectif atteint affecté du chiffre : 2, objectif partiellement atteint : 1, objectif non atteint : 0 ' '. Mais pour plus de clarté notre analyste mathématicien n'a conservé que les objectifs atteints et non atteint et a inclus dans les non atteints ceux que nous considérons comme partiellement

RESULTATS :

Nous reprenons les données statistiques de notre professeur de mathématiques :

TEST à 4 secondes : Le pourcentage de gain de force est significativement lié au résultat final de la rééducation.

Toutes conditions confondues : âge, sexe, nombre d'enfants, état initial etc., utilisé : Test d'indépendance de khi2 ; Effectif total : 200 ; Risque : 0.05 . Le degré de signification se situe entre 0.05 et 0.

TEST à 10 secondes : Au risque 0.05 (ou si vous préférez , 5%) le pourcentage de gain de force n'est pas significativement lié au résultat final de la rééducation

DISCUSSION :

Sur cette étude plus documentée et surtout avec une précision des mesures beaucoup plus grande qu'une étude précédente (4) il est montré clairement que la mesure est indispensable au bilan au suivi et à l'appréciation de l'efficacité de la rééducation. D'autre part on montre que l'indicateur gain de force est fidèle sur lequel on peut objectivement s'appuyer pour considérer le résultat final de l'acte rééducatif .

REFERENCES (1) Dupont L .Bifonctionnalité et renforcement musculaire. Frison-Roche 1995 n°3
(2) Goubel F, Lenseil-Corbeil G, Biomécanique , Le point en rééducation n°4 Masson
(3) Geyre M, Cappelletti MC Evaluation de l'activité EMG du périnée par sonde endo-cavitaire. Technique de filtrage. Rapport de 15 pages non publié. Disponible chez les auteurs.
(4) Communication au XX ème congrès SIFUD Annecy 1997.

Traitement de la Vulvodynie : Intégration des facteurs Psychologiques, Gynécologiques et Physiques.

Planté Anne-florence pratique privée Paris 7, France.

Contenu:

La vulvodynie ,pathologie courante de gynécologie, répond peu aux traitements habituels. Nous présentons une approche multidisciplinaire, en cours de validité. L' étude A ,établi la prévalence de facteurs traumatiques et événementiels au sein d'un groupe vulvodynie par rapport à un groupe contrôle, l'objectif étant d'ouvrir une réflexion sur la causalité psychosomatique de la vulvodynie.(n=100)

L étude B évalue les résultats du traitement proposé .(n=50) (cette étude ,en cours, sera ensuite confirmée par un questionnaire auto administré, qualité de vie et échelles de douleurs validées en français.)

Méthode de traitement évaluée:

(I) diminuer les plaintes vulvaires ,amplifier les sensations périnéales en les raccrochant au plancher pelvien .Obtention d'une détente abdominopelvienne.

(II)Etablir l'anamnèse et l'histoire de notre patiente (évènements de vie, vécus traumatiques) avec une attention particulière portée sur les bénéfices secondaires probables. Etablir les liens-
Faire verbaliser .

(III) Prise en charge plus spécifique des troubles sexuels et des plaintes douloureuses locales, cette prise en charge est différée , et s'inscrit dans temporalité propre de chaque patiente (moy 2/3 mois);Afin d'éviter les conflits psychiques internes, sources de réactions inflammatoires et douloureuses supplémentaires.

Le traitement repose donc sur une collaboration entre perineologue (orientant son traitement vers une proprioception pelvienne et relaxation pelvienne) ; une gynécologue ou dermatologue prescrivant les soins pharmacologiques :

crèmes topiques :oestrogenique, corticostéroïde, et antidépresseur tricyclique à dose filée.

Cette prise en charge au début très somatique s'oriente progressivement vers une prise en charge de la souffrance psychique sous jacente (dés que celle ci s'exprime) ; en collaboration avec une psychiatre, psychanalyste.

Chacun respectant son cadre, la patiente ressent une coherence et une cohesion d'équipe.

Résultats :

A. Etude rétrospective : 50 patientes présentant une vulvodynie, 50 patientes contrôles consultant en périnéologie courante.

Moyenne d'âge 34 ans pour le groupe Vulvodynie ; 39 pour le groupe contrôle.

Moyenne de durée des symptômes 57 mois

Nullipares : 26 Vulvodynies

8 Contrôles

Type de marquage	de Événements	Groupe vulvodynie N=50	Groupe contrôle N=50
	AVP traumatismes physiques	30 % 15	36 % 18
STRESS	Abus sexuels	8 % 4	12 % 6
Traumatisme psychique	Agressions, vols, exhibitionistes	50 % 25	38 % 19
Victimologie	Mort violentes de proches, suicides	18 % 9	24 % 12
	Deuils de proches	44 % 22	64 % 32
	Maladie de proches, K, anorexie, toxicomanie ...	18 % 9	12 % 6
Anxiété	Secrets de familles révélés, incestes ...	10 % 5	8 % 4
Insécurité	Accouchements mal vécus, IVG	22 % 11 (24 primipares)	42 % 21 (42 primipares)
Honte	Problèmes de travail, licenciements..	16 % 8	8 % 4
Peurs	Ressentiments à l'égard du corps médical	20 % 11	16 % 8
	Divorce des parents	16 % 8	6 % 3
Image de soi	Nouvelle relation avec un partenaire	18 % 9	0 % 0
Estime de soi	Conjoint actuel nocif	16 % 8	0 % 0
Notion du couple	Conjoint précédent nocif	20 % 10	8 % 3
	Danse gymnastique artistique enfant	38 % 19	30 % 15
Traumatismes physiques	Chutes sur le coccyx et chutes violentes	59 % 29	34 % 17
Plaintes de la zone pelvienne	Douleurs dans ou après les RS, dyspareunie ou trouble de la libido	100 % 50	38 % 19

Etude B

Etude en cours(résultats préliminaires)

Objectif :EVALUATION subjective du traitement proposé :

Ecoute des dires des patientes : reprise ou non des rapports sexuels, éviction ou non des douleurs, confort de la vulve au quotidien.

.Etude short term subjective not blinded !

50 patientes,

4 drop out ,17 encore en traitement ,

28 patientes ayant terminé leur traitement entre juil 02 et Sept 04.

(moyenne du traitement 6 mois)

Améliorée en moins de 6 mois :36

avec une moyenne de 2.5 mois et 6 séances

Guérison 27 dont 17 asymptomatiques. 19 très améliorées ;9 avec des réactions en fonction des stress événementiels,1 opérée TOT .

SCORES	Définition	commentaires	N=46
Score 1	Asymptomatique		17
Score 2	RS repris sensation de gêne légère après RS pas de douleurs dans la journée		8
Score 3	RS repris encore douloureux mais pas de douleurs dans la journée		11
Score 4	Non améliorée	2 avec vaginisme associé, 2 avec cystalgie associée, 1 Lupus probable	5
Score 5	Aggravée		0
Orientée en thérapie			13
Déjà en thérapie			7

Conclusion

Ce traitement repose sur deux axes :

Prise en charge de l'expression somatique d'une souffrance psychique.

Prise en charge de la mémoire corporelle à distance d'un ou de plusieurs évènement(s) perçu(s) comme nocif(s) ; agissant en marqueur biologique psychique. Marquage lui-même générateur, accélérateur ou amplificateur des sentiments d'anxiété, de peurs, de honte ,d'insécurité et probablement associé à une dépression réactionnelle, d'où la nécessité d'une prise en charge multi disciplinaire. Les résultats sont très encourageants

Bibliographie

J .Dalery

neuro-psy N° special Avr 97 p 27-28

Données biologiques de la dépression réactionnelle .

Brown G W , Harris TO,Hepworth C

94Arch Gen psychiatry 51:525-534

Life events and endogenous dépression: a puzzle reexamined .

Franck E, Anderson B,Reynolds CF,Rinetour A,Kupferdj .

94 Arch Gen Psychiatry 51 5196524

Life events and the research diagnostic Criteria endogenous Subtype.

Ferreri M

Neuropsy Avr 97 18-22

Evenements de vie

Masheb RM

Eat weight disord 99 dec 4(4) :187-93

etude contrôlée des facteurs commun entre troubles alimentaire et vulvodynie

Bodden-Heidrich

J Psychosom Obst Gyneacol 99 sept ;20(3) :145-51

Psychosomatic aspects of vulvodinia,comparison with Chronic pelvic pain syndrome.

Gordon AS

J Sex Marital ther 03 ;29 suppl/45-56

Charestics of women with vulvar pain disord

Dalton VK

J reprod Med 2002 oct 47(10) :829-34

Victimization in patients with vulvar dyesthesia

Reed BD

J Reprod Med 2000 Aug ;45(8) :624-32

Glazer et al

95 J Reprod Med 40(4) 283-290

Treatment of vulvar vestibulis syndrome with electromyographic Bio Feed Back of pelvic floor Musculature

Metts JF

Am Fam Physician 99 mars 15 ;59(6) 1546-56,1561-2

Grandes lignes des prises en charge de la vulvodynie .

Kamm M
Int J Colorectal disease 97 12 :57-62
Chronic pelvic pain in women gastroenterological, gynecological or psychological ?

Elotery Helene and al
The Lancet vol 363 March 27 2004
Vulvodynia

Aikens JE, Reed BD
Am J Obst Gynecol 03 aug ;189 (2) 462-6
Depressive symptoms among women with vulvar dysesthesia.

Van der velde J, Everaerd W
Behaviour Research and ther 39(2001) 395-40
the relationship between involuntary pelvic floor muscle activity , muscle awarness and experienced threat in women with and without vaginismus

UN CAS D'INCONTINENCE ANALE TRAITÉE PAR ELECTROSTIMULATION A DOMICILE CHEZ UN ADOLESCENT

Lucile POUMARAT, Kinésithérapeute Clermont-Ferrand

Rapporté par Martine BERNARD Evry

Ce cas unique et particulier montre que la stimulation électrique à visée récupération musculaire au niveau du sphincter anal externe a pu être efficace à partir de l'utilisation en rééducation d'un courant donné pour lequel le muscle a répondu à l'électromyogramme, et pas à un autre.

Deux buts :

- Diagnostique, par l'E.M.G
- Thérapeutique, par l'électrostimulation en rééducation

Le choix d'un courant doit se faire en fonction

- de la réponse du muscle considéré
- et de son efficacité quant au renforcement de ce muscle.

En aucun cas il ne s'agit ici d'une étude sur les courants mais plutôt d'une observation sur un cas de récupération musculaire grâce à un courant adapté à ce muscle plus ou moins innervé et qui a été repéré grâce à l'électromyogramme.

L'application d'un courant « choisi au hasard » ne donne pas de résultat positif quant à la récupération à visée renforcement musculaire .

Le principal but de cette observation a été de démontrer l'efficacité de l'électrostimulation sur le renforcement du sphincter anal strié à partir d'un courant « diagnostiqué » par l'électromyogramme.

LA MECANIQUE OSSEUSE DU PETIT BASSIN ET INCIDENCE SUR LA PRISE EN CHARGE KINESITHERAPIQUE.

Martine BERNARD Kinésithérapeute CMCO Evry

Les organes du petit bassin sont contenus dans une enceinte osseuse et soutenus par le système conjonctivo-fascio-musculaire; cette enceinte est un élément de transmission des pressions

.Nous allons avoir une approche biomécanique pour expliquer que des changements au sein du système morpho- topographique osseux peut avoir des répercussions sur la statique des organes pelviens.

En particulier, nous nous intéresserons à la modification osseuse au cours de la défécation, de la grossesse, du vieillissement.

