Strasbourg,
les 2, 3 et 4 décembre 2005

4ème Congrès de la SFKP

La fuite en avant : donner un sens au symptôme

SIEGE SOCIAL ET ADMINISTRATIF
CEFIPS • 71 Avenue de Lavaur • 31500 TOULOUSE
✆ 05 34 25 48 73 • Fax : 05 34 25 48 77
cefips@wanadoo.fr
N° agrément préfectoral : 73-31-00-388-31 • N° SIRET : 340913227 00039

CEFIPS
F
K
P

Sommaire

- Les Bases Anatomiques de la cavité pelvienne ..... p 3
- Prévalence de l'incontinence urinaire d'effort selon le traumatisme obstétrical et la catégorie socio-professionnelle ..... p 4
- Diagnostic et traitement de la neuropathie pudendale en périnéologie ..... p 5
- Etude comparative des outils de la rééducation ..... p 6
- La fonction périnéale du point de vue de l'éthique ..... p 7
- Quelle place pour les sciences sociales en périnéologie ? ..... p 8
- Nouvelles techniques chirurgicales dans l'incontinence urinaire ..... p 9
- Traitement conservateur de l'incontinence urinaire chez la femme ..... p 11
- Intérêt de la prise en charge hypopressive ..... p 14
- La préparation kinésithérapique à la naissance ..... p 15
- Les suites de couches, une aventure de quatre jours ..... p 16
- Massage périnéal et grossesse ..... p 17
- Episiotomies et déchirures ..... p 18
- Les nouveaux pessaires ..... p 19
- L'Enurésie : physiopathologie et rééducation ..... p 20
- L'Encoprésie ..... p 22
- Un continent : le désir sexuel ..... p 23
- Du Désir ! ..... p 24
- Le désir sexuel et le sentiment amoureux chez la femme ..... p 25
- Désir sexuel après hystérectomie ..... p 26
- Que reste-t-il de nos amours ? ..... p 27
- Tables rondes :
  - Colo-proctologie : le bilan et les outils ..... p 28
  - Du bilan au traitement, une expérience Hôpital/Réseau de ville ..... p 29
- Communications libres :
  - Vulvodynies et vaginisme ..... p 30
  - Pathologies anorectales : séquelles d'agressions sexuelles de l'enfance ..... p 31
  - L'excision en Egypte ..... p 32

LES BASES ANATOMIQUES DE LA CAVITE 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 prolonger 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 épaississements 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 épaississements : 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-physio-pathologiques 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, Goullet 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'urètre 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

PREVALENCE DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT SELON LE TRAUMATISME OBSTETRICAL ET LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE

G. Philippe [(1)], I. Clément [(2)], I. Thaon [(3)]

[(1)] Kinésithérapeute, Service d'urologie C.H.U St jacques, Besançon
[(2)] Médecin, Service de médecine du travail du personnel hospitalier, C.H.U St jacques, Besançon
[(3)] Médecin, Service des maladies professionnelles, C.H.U St jacques, Besançon

Objectifs :

Au sein d'une population de femmes travaillant en milieu hospitalier :

- apprécier la prévalence de l'IUE.
- identifier d'éventuelles conditions de travail favorisantes et la ou les catégories professionnelles les plus touchées
- identifier les comportements favorables aux troubles urinaires.
- Identifier les traumatismes obstétricaux délétères

Méthode :

Durant un an, entre mars 2001 et mars 2002, nous avons proposé aux femmes travaillant au C.H.U de Besançon de répondre de façon anonyme à un auto-questionnaire lors de leur visite en médecine du travail.

Résultats :

Après un an d'enquête, 1176 femmes travaillant au C.H.U avaient répondu à notre questionnaire.
Les analyses statistiques ont été réalisés à l'aide des logiciels BMDP et SAS.

Principales caractéristiques socio-professionnelles des participantes : Il s'agit dans la majorité des cas (58,2%) de personnel soignant (infirmières, aides soignantes, puéricultrices, infirmières de bloc ou anesthésistes, kinésithérapeutes). Puis viennent par ordre de fréquence les personnels administratifs (17,7%), le personnel ouvrier (agent de service, aide de cuisine, personnel de la lingerie, jardinier…13.5%) et le personnel socio-éducatifs (éducatrices, orthophonistes…10.5%).

67.6% de femmes sont en période d'activité génitale pour une moyenne d'âge de 40 ans, avec en moyenne 2 enfants et 2 accouchements par voie basse.
83.1 % ont eu une lésion périnéale (déchirure ou épisiotomie)

Notre étude montre que la fréquence de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) augmente avec l'âge ($p<0.0001$) et le nombre d'enfants ($p<0.0001$) et que la prévalence de l'IUE varie en fonction de l'activité hormonale ($p=0.0004$).

Elle est significativement plus importante durant la grossesse, en péri-ménopause et ménopause. Elle ne semble pas plus importante chez les femmes de notre étude ayant accouché dans l'année qui a précédé l'enquête. Peut être en raison d'une meilleure prise en charge de l'IUE dans le post-partum actuellement.

La prévalence de l'IUE augmente aussi significativement avec :

☛ le nombre de grossesses ($p<0.00001$), et le nombre d'accouchements par voie basse ($p<0.0001$),
☛ avec les antécédents de traumatismes du périnée : épisiotomies ($p=0.0005$), déchirure périnéale ($p<0.0001$), et forceps (dans le cas des forceps le risque reste à la limite de la significativité ($p=0.08$), probablement en raison du petit nombre de cas de femmes ayant subie cette manœuvre dans notre population).

Il est à noter l'évolution positive des pratiques en ce qui concerne la prise en charge du post-partum. Nous retrouvons 45.16% de femmes de moins de 30 ans ayant eu une rééducation périnéale (simple ou couplée avec une rééducation abdominale) contre 22.78% des femmes de 40 ans et 12.59 % des femmes de 50 ans
A signaler par ailleurs la sensibilisation plus importante des femmes de 30 à 40 ans à la rééducation périnéale où ¼ ont fait uniquement la rééducation de plancher pelvien contre 17.74% des femmes de moins de 30 ans plus concernées par la rééducation abdominale couplée à la rééducation périnéale.

Etude du facteur de risque professionnel :

En analyse multi variée, à âge égal, période d'activité génitale identique, nombre d'accouchements par voie basse égal, nombre de lésions périnéales égales, à facteur de risque sportif moindre, il existe pour le personnel féminin ouvrier un risque plus important d'IUE (sur-risque x par 2 par rapport au personnel administratif) Les conditions de travail semblent avoir un effet délétère sur la fonction périnéo-sphinctérienne du personnel féminin ouvrier.

Conclusion :

Les situations délétères professionnelles suspectées étant les manutentions fréquentes, le personnel soignant est lui aussi confronté à ce facteur de risque et présente 9% de moins d'IUE.
Ces dernières sont par contre plus vigilantes au comportement mictionnel et plus sensibilisées à la prévention.
Il est donc intéressant de se poser la question de l'importance du rôle de l'information et de la connaissance des moyens de prise en charge ainsi que des comportements nuisibles dans l'évolution de la pathologie au sein de la catégorie professionnelle ouvrière.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA NEUROPATHIE PUDENDALE EN PÉRINÉOLOGIE

Dr Jacques Beco
Université de Liège, Service de Gynécologie, CHU Sart-Tilman, Belgique • Groupement Européen de périnéologie, 73 Cokaifagne, B-4845 Sart-Lez-Spa, Belgique http://www.pudendal.com

Introduction

La plupart des publications portant sur le traitement chirurgical de la neuropathie pudendale ne s'intéressent qu'à la douleur. Cette approche est trop réductrice pour un périnéologue (1). En effet, la compression ou l'étirement d'un ou des deux nerfs pudendaux peut provoquer, outre la périnéodynie classiquement aggravée en position assise, des proctalgies fugaces, une incontinence urinaire, une incontinence anale ou même des troubles de l'érection chez l'homme. Dans notre population (consultation spécialisée de périnéologie), la prévalence estimée de la neuropathie pudendale se situe aux alentours de 20 % (2). Il s'agit donc d'une lésion extrêmement fréquente et largement sous estimée.

Diagnostic

Une neuropathie pudendale doit systématiquement être recherchée chez une patiente présentant une incontinence urinaire, des proctalgies fugaces, une périnéodynie aggravée en position assise ou une incontinence anale. La présence d'un périnée descendant est un autre élément important qui doit attirer l'attention sur le nerf pudendal. Trois signes cliniques, validés dans une publication récente (2), peuvent être utilisés pour confirmer ou suggérer le diagnostic :

- hyper ou hyposensibilité vulvaire ou para-anale,
- douleur d'un ou des deux nerfs pudendaux provoquée lors de la palpation du nerf sous l'épine sciatique par voie rectale et dont l'intensité est supérieure à 3 sur une échelle comprenant 6 niveaux,
- palpé-roulé de la vulve ou de la région para-anale douloureux au moins à un niveau.

Un allongement des latences distales motrices anales ou périnéales avec appauvrissement des tracés (souvent neurogènes), mais sans allongement des réflexes bulbo-caverneux, participe également au diagnostic.
Les autres causes de périnéodynie (coccygodynie, syndrome du pyramidal, sciatalgie, contracture du pubo-rectal, abcès, fissures anales…) doivent être, bien entendu, exclues avant de confirmer l'origine pudendale de la douleur.

Traitement

Les traitements conservateurs classiques seront utilisés en cas d'incontinence urinaire ou anale. Si la patiente présente une névralgie pudendale (périnéodynie habituellement unilatérale) isolée, une infiltration scanno-guidée avec un anesthésique local et du dépo-médrol ou avec de l'héparine, peut être essayée. Les résultats au long court restent cependant décevants. Quoi qu'il en soit, dès la suspicion du diagnostic, il convient de protéger le nerf pudendal au maximum en évitant la station assise prolongée (sièges ou coussins spéciaux éventuels), le vélo et la dyschésie.

D'un point de vue chirurgical, trois techniques peuvent être utilisées : la voie transglutéale de Robert (3), la voie trans-ischiorectale de Bautrant (4) et la voie périnéale de Shafik (5).

Dans une publication récente (2) portant sur 74 patientes opérées par voie périnéale selon Shafik (ouverture bilatérale du canal d'Alcock), nous avons montré que cette intervention, à elle seule, peut guérir ou améliorer 71 % des douleurs périnéales (proctalgies et périnéodynies aggravées en position assises), 80 % des incontinences anales et 80 % des incontinences urinaires.

Selon ses détracteurs, les deux points faibles de la technique de Shafik sont d'une part son caractère aveugle (toute l'intervention se déroule sous le contrôle du doigt qui assure souvent, à lui seul, la dissection) et d'autre part l'absence d'ouverture de la pince interligamentaire.

Avec un peu d'habitude, l'ouverture du canal d'Alcock sous contrôle du doigt est aisée et rapide. En ce qui concerne l'intérêt ou non d'ouvrir la pince interligamentaire, nous avons, chez nos 35 dernières patientes, poursuivi la libération du nerf (en utilisant le doigt parfois aidé par la pointe des ciseaux) à travers l'espace interligamentaire. Cette libération complémentaire reste simple mais nécessite une bonne connaissance de l'anatomie de la région. A l'heure actuelle, son utilité ne peut être certifiée.

L'absence de section d'un ou des deux ligaments de la pince interligamentaire (indispensable dans la technique transglutéale de Robert) avec son risque de déstabiliser le bassin et l'absence de rétraction de la plaque des releveurs (nécessaire dans l'intervention trans-ischiorectale de Bautrant) qui pourrait délabrer ce muscle, représentent les deux atouts majeurs de notre approche.

Références

1. Beco J, Mouchel J: Traitement de la douleur périnéale et de l'incontinence par la décompression chirurgicale du nerf pudendal. In: *La Périnéologie comprendre un équilibre et le préserver.* Edited by Beco J, Mouchel J, Nélissen G. Verviers (Belgium): Odyssée 1372; 1998.
2. Beco J, Climov D, Bex M: Pudendal nerve decompression in perineology : a case series. *BMC Surg* 2004, 4(1):15.
3. Robert R, Labat JJ, Lehur PA, Glemain P, Armstrong O, Le Borgne J, Barbin JY: [Clinical, neurophysiologic and therapeutic remarks from anatomic data on the pudendal nerve in some cases of perineal pain]. *Chirurgie* 1989, 115(8):515-520.
4. Bautrant E, de Bisschop E, Vaini-Elies V, Massonnat J, Aleman I, Buntinx J, de Vlieger J, Di Constanzo M, Habib L, Patroni G *et al*: La prise en charge moderne des névralgies pudendales. A partir d'une série de 212 patientes et 104 interventions de décompression. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2003, 32:705-712.
5. Shafik A: Pudendal canal syndrome. Description of a new syndrome and its treatment. Report of 7 cases. *Coloproctology* 1991, 13:102-110.

ETUDE COMPARATIVE DES OUTILS
DE LA REEDUCATION

Sandrine GALLIAC-ALAMBARI
Kinésithérapeute Paris

Après un bref rappel historique sur la sonde, ainsi que sur son mode d'utilisation, je propose une présentation des différentes sondes que nous avons à notre disposition, avec leurs inconvénients et leurs avantages.

Cet exposé nous amenant à une conclusion inéluctable : il n'existe pas de systématisation dans le choix de la sonde, et c'est l'anatomie du bas appareil avec ses contraintes qui définira le choix de cette dernière.

Pour illustrer la communication, notre groupe de travail (Max-Claude Cappelletti, Ghislaine Philippe et moi-même) avec l'aide précieuse du laboratoire Geyre Electronique pour le recueil des mesures et leur analyse, et par le prêt généreux des sondes « perisize » par son fabricant le laboratoire Sugar, nous dresserons une étude comparative de cette sonde « perisize » et en présenterons les conclusions.

LA FONCTION PERINEALE DU POINT DE VUE DE L'ETHIQUE

Hélène COLANGELI-HAGEGE Masseur-kinésithérapeute

Comment l'angle éthique peut-il nous guider pour améliorer la prise en charge en rééducation périnéale ?
La rééducation périnéale post-natale est une activité qui met en relation un praticien et une jeune accouchée, deux individus, dans une activité asymétrique particulière, celle du soin, sous une forme particulière du soin qui est la rééducation. La rencontre entre deux individualités, celle du praticien et celle de la patiente, autour de la prise en compte des conséquences d'une maternité récente, sera toujours inédite, toujours différente. L'éthique se propose de découvrir pourtant dans cette rencontre spécifique entre deux individus des principes universellement valables dans les relations interhumaines et dans les relations de soin.
La méthode sera le retour à la question socratique : qu'est-ce que ? Qu'est-ce que c'est ?
C'est l'étonnement, la redécouverte du périnée et de son rôle, qui peut nous amener à changer d'optique et à découvrir ce qui peut être universel. La Morale est la partie de la philosophie qui recherche les principes, les règles qui peuvent nous guider dans l'action. L'éthique est la mise en pratique de ces règles. L'éthique cherche à répondre à la question «Comment faire ?», «Comment bien faire ?».
C'est une ressource au service du soin.

Qu'est-ce que le périnée ?

Le mot périnée vient de *perineos*, terme grec qui désignait la partie du corps située entre l'anus et les testicules. Le terme de périnée est passé dans le langage courant pour désigner la région du corps située entre le coccyx et le pubis pour les sujets des deux sexes. Ce terme ne donne qu'une indication topographique.
L'expression « plancher pelvien », *pelvic floor* en anglais, renseigne davantage sur la fonction, le rôle du périnée. On trouve aussi le mot « fondement » pour désigner cette base du corps.
Le mot périnée désigne un ensemble de muscles et de fascia, ensemble vascularisé et innervé, présentant un hiatus livrant passage au vagin, à l'urètre et au canal anal. La particularité du périnée est qu'il est adaptatif et qu'il assure des fonctions variées.

Quelle est la fonction du périnée ?

- Rôle de paroi, qui sépare le dedans du dehors. Contient l'idée d'intégrité corporelle qui s'oppose à la béance, à la déchirure.
- C'est une paroi active et pas le fond d'un sac. Le périnée assure le soutien des viscères pelviens, vessie, utérus et rectum. Ce rôle est primordial pendant la grossesse. Il s'adapte aux contraintes et modifie son tonus de façon à protéger la statique pelvienne.
- Il assure le fonctionnement vésico-sphinctérien, la continence et la miction.
- De même, il assure la continence fécale et l'évacuation des selles.
- Il permet la sexualité : son rôle est de « favoriser la réalisation harmonieuse de l'acte sexuel ».
- Il permet la reproduction et autorise l'accouchement.

Pour répondre à la totalité de ces fonctions, le périnée doit disposer de l'intégrité de la structure osseuse, de la musculature dans toutes ses caractéristiques (force, tonus, élasticité, résistance, endurance), du tissu conjonctif, de la vascularisation, des afférences et efférences nerveuses et de leur interprétation dans la perception et la commande.
Cette fonction périnéale, dans sa richesse et sa complexité, est interprétée, vécue, indissociable de représentations psychologiques conscientes et inconscientes, de déterminations sociales, etc.
La richesse de cette fonction périnéale se décline en deux versants : le premier, le périnée-paroi, ce qu'il est en tant qu'il *est*, même au repos. Le second versant, le périnée qui fait, qui est en tant qu'il *fait*, qu'il peut faire, qu'il sait faire : ne pas faire sur soi, contenir, retenir, laisser évacuer pour la fonction sphinctérienne, accueillir, prendre du plaisir, en donner, pour la fonction sexuelle, porter, supporter, mettre au monde les enfants pour la fonction de reproduction. La fonction sexuelle et la fonction de reproduction ne sont pas seulement « pour soi », mais aussi « pour un autre ».

La prise en charge

Elle pourra se faire à partir de la richesse de cette fonction : la périnéologie.
Cette prise en charge essaiera de prendre en compte tous les facteurs de cette fonction périnéale : prise en compte de l'enceinte osseuse, du tissu conjonctif, de la vascularisation, prise en compte de représentations particulières, d'un vécu particulier, d'un retentissement psychologique, prise en compte de la particularité du périnée, une zone intime qui ne se voit pas et ne se montre pas : la pudeur est à respecter, parfois à encourager, par des précautions, le temps donné et la confiance instaurée, préalable au consentement.
La fonction de paroi active demande de normaliser le tonus : il faut traiter l'hypotonie, traiter l'hypertonie, qui sont parfois associées, l'une masquant l'autre.
La perméabilité vaginale est à assurer : traitement des hypertonies, traitement des cicatrices. La corticalisation de la musculature périnéale mais aussi son automatisation sera prise en charge, ainsi que la force du verrou musculaire uro-digestif et son adaptation aux contraintes. La prise en charge devra aussi favoriser la reprise d'une sexualité harmonieuse.
A l'aide d'un bilan clinique précis, les techniques sont adaptées aux déficits et à la physiologie, fondements théoriques des techniques : la prise en charge est *analytique et globale*.
Mais elle pourra parfois se faire à partir d'une optique, en privilégiant la fonction sphinctérienne ou en privilégiant la fonction de reproduction. A travers deux exemples, nous verrons comment ces prises en charges partielles et partiales sont inadaptées.
La réflexion éthique, qui nous a permis de cerner la fonction périnéale, nous conduit à proposer à chaque patiente, à travers la rééducation postnatale, une prise en charge la plus complète possible, qui tienne compte de la richesse et de la complexité de cette fonction. Si toutefois, la rééducation devait privilégier certaines facettes de cette fonction, ce devrait être en réponse à un choix éclairé de la patiente, et non le résultat d'une réduction délibérée de la part du thérapeute. Le périnée ne peut être réduit à sa fonction de reproduction, pas plus qu'à sa fonction sphinctérienne. Il appartient d'abord à la femme elle-même, et participe à sa liberté de mouvements.
Le bilan clinique, qui peut être commun à tous les praticiens, permet l'évaluation et la comparaison des résultats. La synthèse de ces résultats avec leur analyse statistique, sous la forme d'un réseau de praticiens, permettrait de mieux adapter l'offre de soins aux besoins de chacune de nos patientes, dans le respect de leur gestuelle propre et de leurs attentes.

QUELLE PLACE POUR LES SCIENCES SOCIALES EN PERINEOLOGIE ?

Jean Yves CASADEPAX
Kinésithérapeute

Les sciences sociales constituent un groupe de disciplines et de méthodes associées, qui étudient la production du social par les humains.

• Comme le précise Maurice Godelier, les humains ne se contentent pas de vivre en société, comme d'autres espèces sociales, mais produisent de la société pour vivre.

• Leur vie, leur maladie leur mort, comme le silence ou l'attention à certaines formes de souffrance, doivent donc être interprétées dans leur dimension sociale.

• Les changements dans les objets socialement sensibles diffusent plus ou moins rapidement et les praticiens de ces nouveaux objets doivent être avertis et accompagnés.

En dépit des critiques dont elles peuvent faire ici et là l'objet, on peut considérer que les sciences sociales (qui développent la capacité de décentrer son regard, sa pensée) constituent une force d'observation, d'analyse, de critique, de dévoilement. Elles apportent, entre autres :

- le dépassement et la dénaturalisation des évidences (la société est un produit de la vie humaine, ses formes ne peuvent pas faire naturellement norme)
- le rétablissement de la complexité des situations (la société d'une époque donne une valeur à la douleur)
- une place aux rapports de force et de sens entre groupes sociaux concurrents (d'où la critique sociale)
- le rééquilibrage du poids de certains discours et sources d'informations : la littérature (auquel on prête souvent la qualité de « faire voir comment l'autre voit »), l'enquête journalistique, ou encore les discours et thèses en provenance d'activités comme celle du travail social, de la politique. Ces discours forts et idéologiques protègent différents intérêts et sont à distinguer de l'analyse scientifique.
- l'opposition raisonnée à la psychologisation ou subjectivation des réponses. Parmi les déterminations de l'individu on peut compter l'inconscient psychique, l'histoire familiale mais aussi l'histoire sociale. Une situation peut être analysée parce qu'elle est abordée comme une « situation sociale ou situation socialement construite ».

Appliquées à la périnéologie (notamment centralisée par les thèmes et notions de pudeur, d'intimité,…) que peuvent apporter ces analyses ?

On peut lire, comprendre la périnéologie à travers une histoire, une anthropologie ou une sociologie (du féminisme, des rapports au corps et au périnée, des rapports sociaux de sexe, des interdits concernant l'usage du sexe, des représentations dont font l'objet la sexualité, la maternité, etc.)

Et ce à travers de nouvelles questions :

Si l'on s'en tient au terme de « travail » et que l'on cherche à décrire celui des praticiens en périnéologie, dans quelle langue, si l'on s'en tient par exemple au terme de travail et que l'on cherche à décrire celui des praticiens en périnéologie, dans quelle langue, ce travail se dira-t-il ?

NOUVELLES TECHNIQUES CHIRURGICALES DANS L'INCONTINENCE URINAIRE

Dr Laurence PEYRAT
CHU TENON

Incontinence urinaire traitement chirurgicale

L.PEYRAT
C.H.U. TENON

INTRODUCTION

- PASSE :
  - Situation avant TV T
- PRESENT :
  - Résultats du TVT
- FUTURE, TRAITEMENTS RECENTS
  - Peut-on améliorer les résultats
  - Les compétiteurs

SITUATION avant TVT

- ANDEM 1995
  - La rééducation est le traitement de première intention de l 'incontinence d 'effort
  - Lorsque la chirurgie est indiquée
    - Urodynamique obligatoire
    - Burch = intervention de référence
    - Cas complexes : frondes, sphincter artificiel

SITUATION ACTUELLE

- 2002 : ANAES
  - Rééducation reste le traitement de première intention
  - TVT gynecare est le traitement chirurgical de 1ere intention
    - Etudes randomisées versus Burch
    - Etudes ouvertes
    - Etudes médico économiques

SITUATION ACTUELLE

- Examen clinique
  - Evaluer l 'hypermobilité
  - TVT test
  - Prolapsus associé
- Urodynamique
  - Fonction détrusorienne (remplissage et miction)
  - Fonction « sphinctérienne »
    - Profilométrie > VLPP
- Imagerie ?

LIMITES DU TVT

Echecs fonctionnels

IUE persistante
IUErécidivée
Instabilité de novo

Complications

Peropératoires
Rétention post op

COMPLICATIONS 1455 pts, Nilson 2002

- Perforation de vessie 38/1000
- Pertes sanguines > 200 cc : 19/1000
- Plaie vasculaire : 0.7/1000
- Plaie nerveuse : 0.7/1000
- Plaie urethrale : 0.7/1000
- Défaut de cicatrisation : 7/1000

CONCLUSION

- TVT gynecare est l 'intervention de référence
- Problèmes non résolus
  - urèthres rigides
  - Radiothérapie
  - gériatrie

CONSENSUS

- TVT est une technique sure
  - Infection
  - Erosion
  - Biocompatibilité
- Efficace
- Le concept de fronde sous urethrale est validé

Les competiteurs récents

- Autre bandelette sous uretrale avec abord retro-pubien
- Voie transobturatrice (TOT)
- Autres alternatives : Ballons, injection péri-urétrale

TOT

AUTRES ALTERNATIVES

- Ballons para-urétral
- Injection péri-urétral : Zuidex (Acide yaluronique)
- Thérapeutiques peu invasives

BALLONS

- Poser sous anésthésie
- 2 ballons sont posés (1 cm en aval du col vésical)

ZUIDEX

- Kit comprenant aiguille seringue et produit
- Sous anesthésie locale
- Injection péri-urétrale par l'intermédiaire de 4 aiguilles du produit
- 2 injections à quelques semaines d'intervalle peuvent être réalisées

CONCLUSION

TVT gynecare reste l 'intervention de référence

De nombreux compétiteurs récents sont apparus(autres voiesd'abord, autres types de bandelettes)

- Les résultats aussi bien en terme de résultats que de complications semblent être équivalents
- Autres alternatives ne sont pas de réels compétiteurs et sont à réserver en seconde ligne

TRAITEMENT CONSERVATEUR DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA FEMME

Alain BOURCIER
Hôpital Tenon, Centre d'Explorations du Périnée et Centre Radiologique Cardinet Paris
Female Urology, Pelvic Medecine Clinic, UCLA, Los Angeles
King Fahd Madical City, Rehabilitation Hospital, Riyadh

Introduction

Au cours des 20 dernières années, patients et médecins ont porté un intérêt croissant aux traitements conservateurs. Dans presque tous les pays où des traitements sont mis en œuvre contre l'incontinence, il est aujourd'hui admis qu'ils représentent une mesure thérapeutique de première intention sûre, qui doit être appliquée avant d'envisager tout traitement chirurgical. Il a été estimé que l'intervention chirurgicale pouvait être évitée chez un tiers des patientes souffrant d'incontinence à l'effort.
Différentes techniques de rééducation du plancher pelvien ont été décrites et sont prescrites chaque jour par une grande variété de spécialistes, tels que des gynécologues, des urologues, des neurologues, des internistes et des généralistes, mais aussi par des physiothérapeutes formés à la rééducation du plancher pelvien.

Modifications du style de vie

En ce qui concerne cette modalité thérapeutique, la plupart des études à ce jour démontrent que les divers conseils d'hygiène de vie peuvent jouer un rôle soit dans la physiopathologie soit dans la résolution de l'incontinence.
Les interventions portant sur les modifications des conditions de vie, ont démontré un effet positif sur l'incontinence seulement sur un certain nombre de facteurs.

Les facteurs incriminés sont :

1. Perte de poids
2. Forces physiques ou augmentation de pression intra-abdominale (exercices, travail)
3. Condition de fumer
4. Facteurs alimentaires et boissons (caféine, alcool, boissons diverses, certains aliments)
5. Constipation
6. Postures
7. Divers (allergies, vêtements, activité sexuelle, toux,…)

En ce qui concerne les interventions portant sur les modifications des conditions de vie, la plupart des études à ce jour ont démontré un effet positif sur l'incontinence seulement sur un certain nombre de ces facteurs.
La plupart des études ont mis en évidence que la modification de l'un ou plusieurs de ces facteurs jour un rôle certain dans la diminution des épisodes d'incontinence urinaire et doit donc être pris en considération dans la prise en charge globale.
Il est donc nécessaire de recommander à nos patientes :
une diminution de la surcharge pondérale, une réduction de l'absorption de boissons contenant de la caféine, le port prolongé de charges, la pratique excessive d'une activité sportive à risque (i.e. sauts), de traiter une constipation et une maladie respiratoire (bronchite ou asthme chroniques), de recourir des postures favorisant le relâchement abdominal ou la contraction périnéale.

Le renforcement musculaire du plancher pelvien

Le renforcement musculaire du plancher pelvien (Pelvic floor Muscle Training des Anglo-saxons ou PFMT) a un long passé.
La pratique régulière des exercices augmente la fréquence des potentiels d'unités motrices activés, ainsi que la fréquence (adaptation neuronale) et le volume (hypertrophie) des excitations[9]. Une contraction opportune des muscles du plancher pelvien peut empêcher la descente de l'urètre, l'ouverture du col de la vessie et la fuite des urines lors d'augmentations soudaines de la pression intra-abdominale.
La réussite de la technique du PFMT nécessite de pratiquer les exercices soi-même régulièrement après les avoir suivis lors de séances spécialisées chez un physiothérapeute qualifié. De nombreux protocoles ont été décrits ; toutefois, on s'accorde aujourd'hui sur l'adoption de protocoles incluant trois séries de 8 à 12 contractions maximales lentes, chacune maintenue pendant 6 à 8 secondes, pratiquées trois à quatre fois par semaine pendant au moins 4 à 5 mois.
La rééducation périnéale digitale peut être améliorée par des techniques qui permettent un de l'éducation de la contraction périnéale réflexe. L'apprentissage de l'automatisme périnéal a été décrit sous plusieurs appellations:
⇨« verrouillage périnéal avant l'effort » (Bourcier, 1982)
⇨« anticipation périnéale de la contraction abdominale » (Marès et al. 1992)
⇨« the Knack technique » (Miller et al. 1998)
Ces techniques doivent être utilisées soit pour différer une envie d'uriner dans les syndromes fréquence-urgence soit pour prévenir une perte urinaire à l'effort (toux, éternuement, rire) en cas d'incontinence urinaire d'effort. Ces techniques de verrouillage sont essentielles dans la phase post-opératoire des patientes à risque périnéale.

En cas de faiblesse périnéale majeure, plusieurs techniques sont à envisager :

Biofeedback
Appareils mesurant la résistance intravaginale
Cônes vaginaux
Electrostimulation

Thérapeutiques physiothérapiques : Electrostimulation et Biofeedback

Le biofeedback (BFB) est très souvent associé aux techniques de rééducation des muscles du plancher pelvien. Le BFB ou rétro-contrôle biologique consiste en une prise de conscience objective d'une fonction interne physiologique non révélée au niveau de conscience. La correction naturelle se fait en montrant objectivement l'effet biologique par utilisation de signaux sensoriels visuels et auditifs.

Les buts sont différents et dépendent des divers types de dysfonctionnements du plancher pelvien :

- en cas de syndrome de relâchement périnéal ou d'IUE, il est nécessaire de renforcer la musculature périnéale en diminuant la participation des muscles synergiques et surtout antagonistes.
- dans les urgences et mictions impérieuses, entraîner les patientes au réflexe périnéo-inhibiteur pour diminuer la contraction du detrusor et retarder le besoin d'uriner ;
- en cas d'IUE, d'éduquer le verrouillage périnéal avant l'effort : les muscles périnéaux doivent être contractés avant toute augmentation de la pression intra-abdominale.

La stimulation électrique fonctionnelles (SEF) repose sur la restauration normale de mécanismes neurophysiologiques. La stimulation du plancher pelvien entraîne, par l'intermédiaire de réflexes médullaires, une inhibition vésicale et une activation du mécanisme urétral sphinctérien. Les réponses réflexes nécessitent une totale ou partielle innervation de la musculature du plancher pelvien. Aucun effet ne peut être attendu en cas de dénervation partielle périphérique.

Une autre forme d'électrostimulation est apparue récemment pour traiter les dysfonctionnements du plancher pelvien. Il s'agit d'une nouvelle approche thérapeutique de l'incontinence urinaire et des problèmes périnéaux. Elle produit une induction électromagnétique à l'aide d'un champ magnétique qui pénètre les muscles du périnée à travers les os et les tissus. L'électrostimulation magnétique produit des courants identiques de 10 Hz à 50 Hz mais sans entraîner de sensations désagréables, voire douloureuses.

Cette stimulation extra-corporelle permet une contraction globale de l'ensemble de la musculature périnéale et des sphincters.

La patiente reste habillée et est confortablement assise sur le fauteuil thérapeutique.

Le stimulus électrique est programmé par carte magnétique individuelle.

La durée de la séance est de 24 minutes et le nombre de séances est en moyenne de 16
à raison de 2 fois par semaine pendant 4 à 6 semaines, puis d'une séance par semaine.

Il est toujours recommandé de pratiquer des contractions périnéales volontaires en dehors des séances et parfois d'y associer du biofeedback ou une rééducation comportementale.

Les avantages sont représentés par :

l'absence de sonde, pas de contact avec les muqueuses, port de garniture non gênante pendant la stimulation, respect de l'intimité représentent les principales. Mieux tolérée, elle permet une plus grande régularité du traitement.

Conclusion

La rééducation peut être prescrite à titre préventif dans le cadre du post-partum mais après une uniquement sélection des patientes qui présentent après 3 mois, voire 6 mois une pathologie périnéale. Dans la classification proposée en 1985, il s'agit essentiellement du groupe III et parfois du groupe II mais en aucun, cette rééducation ne devrait être systématique.

Elle sera recommandée pour les patientes dont la gêne fonctionnelle est peu importante, en cas d'incontinence urinaire mixte avant intervention, et en post-opératoire pour les femmes à risque périnéal (sports, port de charges, maladies pulmonaires).

Les résultats sont de 30-40% de guérison avec une récidive entre 6 mois et un an. Il est préférable de proposer des séances d'entretien ou de « maintenance » périnéales au rythme de 6 séances annuelles pour diminuer le taux de récidive observé, même après guérison.

De nombreux facteurs, tels que l'âge de la patiente ou la gravité de l'incontinence, autrefois considérés comme des contre-indications à de telles formes de traitement conservatrices, ne sont plus aussi importants à présent. Les professionnels qualifiés peuvent prescrire en première intention, contre des problèmes pelviens, 9 à 12 séances de renforcement musculaire du plancher pelvien (PFMT), avec ou sans traitement complémentaire, comme le biofeedback, les appareils de mesure de la résistance intravaginale, les cônes vaginaux ou l'électrostimulation.

Les facteurs associés le plus souvent à un résultat positif sont la motivation et l'observance des femmes qui utilisent ces techniques. La rééducation systématique après l'accouchement, souvent demandée de nos jours par les jeunes femmes, semble également être efficace. Ce traitement encourage les femmes à parler de leurs problèmes pelviens, que certaines considéraient auparavant comme « tabous ».

Avant d'envisager de traiter l'incontinence urinaire par une intervention chirurgicale, avec ou sans correction simultanée d'un prolapsus utéro-vaginal, il convient de prescrire des traitements conservateurs, à moins que la patiente ne les refusent. La collaboration étroite avec des professionnels de santé qualifiés est un pré-requis au traitement des troubles pelviens.

Recommandations OMS

- La prise en charge de l'incontinence urinaire est globale et multidisciplinaire
- La rééducation se différencie par :
  - Les facteurs d'environnement
  - La particularité du schéma corporel
  - Les troubles de la commande volontaire
  - Les données psychologiques et les interactions sociales

- L'âge n'est pas un facteur de mauvais pronostic
- Le degré d l'incontinence urinaire n'est pas corrélé avec le handicap urinaire
- L' IUE est un problème plus actuel en rapport avec les activités physiques et/ou les activités sportives
- Il faut distinguer les femmes « à risque périnéal » des femmes « avec périnées à risques »
- La réponse musculaire est dépendante du testing initial
- La dénervation est un facteur de risque non négligeable
- Ne pas négliger les troubles ano-rectaux dans la prise en charge de la rééducation
- Penser à une maladie neurologique en cas d' l'incontinence urinaire complexe ou d'échec de rééducation
- La rééducation digitale ou manuelle est un moyen efficace d'apprentissage de la contraction périnéale
- L'apprentissage de la contraction volontaire périnéale avec un thérapeute est supérieur à une simple instruction verbale
- L'efficacité des cônes est efficace sur l'incontinence urinaire mais pas supérieure sur la force musculaire

- Le BFB donne un retour d'information supérieur à un seul travail digital ou personnel
- La combinaison des techniques représente un gain en efficacité de temps
- Le maintien de bons résultats dépend en grande partie du travail personnel
- Une séance de rééducation doit comporter un certain nombre de techniques

Traitement Initial

facteurs pouvant influencer l'incontinence ou provoquer l'incontinence

- Traitement spécifique de chaque type d'incontinence pendant 8-12 semaines
- Une IU d'effort pure : (R.M.P.P.; appareils; aides à la continence)
- Une IU par impériosité avec pollakiurie (rééducation comportementale +/- médicaments)
- Une IU mixte (traiter facteur prédominant)

Traitement Spécialisé

- S'adresse aux malades présentant d'emblée une incontinence complexe ou qui n'ont pas répondu au traitement initial
- Nécessité d'être traité dans un centre spécialisé
- Examens complémentaires voire optionnels sont obligatoires pour préciser le diagnostic et établir le traitement médical, conservateur et chirurgical.

INTERET DE LA PRISE EN CHARGE HYPOPRESSIVE

Franck ROBERT
Masseur-kinésithérapeute D.E. spécialiste des chaînes musculaires (formation Busquet) à l'hôpital maternité Acuario (Alicante- Espagne),
Collaborateur de Marcel CAUFRIEZ

La gymnastique abdominale hypopressive est le fruit de recherches cliniques expérimentales et fondamentales en neurophysiologie initiées il y a plus de 25 ans par Marcel Caufriez.

Si les techniques hyppopressives ont indiscutablement une place à part entière dans l'arsenal thérapeutique de la rééducation périnéale de l'incontinence urinaire d'effort, son rôle est prépondérant en aval : la prévention.

Inclus dans le grand ensemble de la rééducation neuromyostatique, « la gymnastique hypopressive est un ensemble agencé d'exercices posturaux rythmés qui permet l'intégration (centre vestibaux cérébelleux) et la mémorisation (cortex somesthésie) des ˝messages˝ proprioceptifs sensitifs et sensoriels associés à une situation posturale particulière».

Sa pratique provoque une chute de la pression intra-abdominale dont le rôle est capital pour son activation réflexe (de type I) du plancher pelvien et de la sangle abdominale.
En conséquence sa pratique quotidienne à long terme répond d'une manière parfaite aux problématiques du post partum tout en ayant l'avantage de normaliser des tensions des muscles anti-gravitaires et pariétaux impliqués dans l'équilibre postural corporel.

LA PREPARATION KINESITHERAPIQUE A LA NAISSANCE

LECLERC Roland
Masseur-kinésithérapeute, Maternité des Lilas

Un des principes de base des préparations à la naissance est l'apport des connaissances.
Forte des connaissances, la femme ne subit pas avec résignation son accouchement mais devient capable de gérer, d'accompagner, d'utiliser les forces extraordinaires mises en œuvre lors de cet évènement particulier.
La connaissance de l'anatomie et de la physiologie du corps ainsi que les répercussions culturelles, émotionnelles et affectives représentent une grande partie de ces repères nécessaires.
Les kinésithérapeutes possèdent une culture du travail du corps qui leur permet d'intervenir avec intérêt en Psycho Prophylaxie Obstétricale en complément à la préparation des sages-femmes.
Cette intervention montrera quelques séquences d'une gymnastique douce basée sur les pratiques « Erhenfried », « Feldenkrais », « Mézières » et sur les concepts ostéopathiques.
Ce travail est proposé depuis plus de vingt ans aux femmes enceintes à la Maternité des Lilas.

LES SUITES DE COUCHES, UNE AVENTURE DE QUATRE JOURS

Elisabeth SOLE
Kinésithérapeute des Hôpitaux de Paris

Les suites de couches durent quatre jours en moyenne. Pendant cette période, l'équipe médicale et paramédicale doit repérer les différents troubles ou lésions, les mesurer, mettre en place les soins ainsi que la rééducation, informer, conseiller et orienter la mère. Celle-ci doit récupérer sans véritable repos, supporter des douleurs inattendues et subir avec patience des fuites. Son corps est métamorphosé. Il lui faut retrouver un équilibre. Tout cela intervient au milieu de beaucoup de monde : équipe médicale, famille, visiteurs…

Une organisation spécifique est nécessaire au sein du service. Elle implique la création de documents, la réalisation de soins, la prise en charge éducative et rééducative, et des réunions d'information consacrées au périnée.

A la sortie, pour leur rééducation, les patientes sont orientées vers un réseau de spécialistes, sages-femmes ou kinésithérapeutes. Et, si nécessaire, vers un réseau d'ostéopathes.

MASSAGE PERINEAL ET GROSSESSE

Françoise Bizouard
Kinésithérapeute des Hôpitaux

Le périnée doit acquérir une extensibilité facilitant l'expulsion du nouveau né lors de l'accouchement par voie basse.
Une des complications de l'accouchement par voie basse est la déchirure périnéale en lien avec la durée de l'expulsion et le passage de la tête de l'enfant.
Le recours à une épisiotomie, dont l'intérêt sur la force de contraction des muscles en post-partum n'a pas été démontrée (1), est fréquent.
Dans les deux cas de figure, les fibres musculaires du périnée, ont subi des lésions qui, après réparation chirurgicale et cicatrisation, amoindrissent le capital musculaire.
Une diminution de la capacité contractile de l'ensemble des fibres, qu'elles soient toniques ou phasiques, sera une des conséquences de ces lésions. La douleur résiduelle, soit spontanée, soit aux rapports, est un élément péjorant le bon fonctionnement de la musculature périnéale. Cette douleur est aggravée par un état de tension musculaire assimilable à une contracture voire une hypertonie.
Plusieurs équipes se sont interrogées sur le bénéfice du massage périnéal durant la grossesse chez les primipares ou les multipares (2,3) dans la prévention des déchirures périnéales.
Les études rétrosprectives (2) et prospectives(3) font apparaître que la pratique du massage périnéal en prénatal diminue les déchirures de manière significative. Le mode d'enseignement et le type de manœuvres utilisées n'ont pas été étudiés. Les femmes ayant bénéficié de massage périnéal durant la grossesse souhaitent renouveler cette pratique lors d'une nouvelle grossesse (5).

Bibliographie

1.Fatton B, Jacquetin B. Physiologie des troubles mictionnels et de l'accouchement.. Actualités en urodynamique. L'incontinence urinaire féminine. Société Internationale Francophone d'Urodynamique Elsevier Paris1998 ; 68, 76-78.
2 Davidson K,Jacoby S , Brown MS Prenatal perinal massage: preventing lacerations during délivery. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.2000 Sep-Oct.29(5) 474 -9 .
3 Raimond.A Mémoire de fin d'études de sage femme. Bibliothéque Faculté de médecine de Strasbourg. 2003 .
4.Labrecque M,Eason, Marcoux S, Lemieux F, Pinault Feldman P. E, Randomised controlled trial of prevention of perinea trauma by perineal massage during pregnancy.Ann J Obstet Gynecol. 1999 Mar; 180:593-600.
5.Labrecque M,Eason, Marcoux S, Lemieux F, Pinault Feldman P. E, Randomised trial of perineal massage during pregnancy symptoms three months after delivery. Ann J Obstet Gynecol. 2000 Jan. 182:76-80

EPISIOTOMIES ET DECHIRURES

Dr PH MINTZ

Choisir entre épisiotomie et déchirure ou plutôt entre épisiotomie et abstention c'est d'abord étudier les lésions périnéales provoquées par l'accouchement.

Les facteurs de risque des déchirures qu'ils soient maternels, fœtaux, ou opératoires ainsi que les formes anatomo-cliniques sont présentées. Les complications précoces et tardives des déchirures sont importantes à connaître pour être comparées à celles des épisiotomies.

Enfin leur prévention repose sur des règles simples mais pas toujours applicables ou maitrisables.

Les formes anatomo-cliniques des épisiotomies sont présentées .Une place particulière est réservée à l'épisiotomie médiane. Le bon choix du moment de la réalisation de l'épisiotomie et sa topographie sont très importants ce qui permet d'aborder les erreurs à éviter et les complications possibles.

Certaines indications font l'objet d'un consensus ; en revanche plusieurs dogmes doivent être abandonnés. Si un taux idéal d'épisiotomie est difficile à obtenir, obstétriciens et sages femmes peuvent obéir à des règles simples de bonnes pratiques afin de se rapprocher de la conduite idéale.

L'INCONTINENCE URINAIRE : ASPECT MEDICAL
LES NOUVEAUX PESSAIRES

Odile COTELLE
Groupe hospitalier les Les Diaconesses – La Croix Saint Simon, Paris

Les pessaires sont des dispositifs médicaux intra-vaginaux trnsitoires. Ils sont connus depuis longtemps dans l'indication de contenir les prolapsus. Certains pessaires peuvent être utiles dans l'incontinence urinaire.

Le silicone remplace peu à peu le latex et apporte un renouveau à cette technique controversée en raison des progrès de la chirurgie, de l'anesthésie et des dispositifs eux-mêmes.

Des patientes refusent la chirurgie, des chirurgiens et anesthésistes sont peu motivés à opérer certaines patientes difficiles. Le résumé de notre expérience depuis 6 ans.

Avantages/contraintes : le suivi régulier, le coût, les échecs immédiats et à moyen terme, les évènements indésirables, la réversibilité.

Utilisation du pessaire comme test pour une aide à la décision chirurgicale.

Rôle actuel et potentiel du kinésithérapeute (selon le Décret des Compétences).

Bibliographie :

Tam F and all, Factors affeting the success of pessary fitting in a nurse-run clinic. International Urogynecology Journal 2000, 11 (Suppl 1), pS17.
Miller DS, Contemporary use of pessary fitting ang management. J. Soc. Obstet. Gynaecol. Con 1997 19 :625-32.

L'ÉNURÉSIE : PHYSIOPATHOLOGIE ET RÉÉDUCATION

Jean-Pierre DENTZ
Cadre de santé en Kinésithérapie
Clinique de l'Estrée - Stains

Le terme "énurésie", qui vient du grec en (sur) et ouresein (uriner), caractérise une miction active, complète, répétée, involontaire ou délibérée survenant plus volontiers la nuit ou pendant le sommeil.
L'énurésie est la perte involontaire d'urine, à un âge où un enfant est habituellement sec, en l'absence de cause organique.
L'énurésie est dite isolée ou monosymptomatique lorsqu'elle n'est associée à aucun autre trouble.
L'énurésie isolée est un symptôme qui témoigne d'une immaturité du contrôle mictionnel.
La multifactorialité du syndrome "énurésie" et les nombreuses inconnues sur les causes de cette affection imposent d'étudier avec précision la symptomatologie, le profil psychologique de l'enfant, les examens cliniques et les explorations.

Le contrôle des mictions dépend d'une acquisition progressive de la propreté durant les cinq premières années de la vie.
L'acquisition progressive de la propreté diurne va débuter vers l'âge de 18 mois, pour se terminer dans la plupart des cas vers 5 ans.
La propreté est acquise habituellement jour et nuit vers 4 ans dans près de 70% des cas, mais certains enfants présentent encore des fuites d'urine diurne et nocturne à l'adolescence et au-delà.
Cette "éducation vésico-sphinctérienne" initiée par le milieu familial peut-être perturbée par des incidents psychologiques, des retards de maturation nerveuse vésicale, un déséquilibre hormonal.
Il a en effet été déterminé des facteurs héréditaires, des facteurs vésicaux et hormonaux, des facteurs liés au sommeil, des facteurs éducatifs.

Le passage progressif de la vessie automatique réflexe du nouveau-né à l'activité vésico-sphinctérienne coordonnée et consciente de l'adulte s'effectue habituellement sans aucun problème.
Des désordres purement fonctionnels peuvent affecter l'enfant et induire, au-delà d'une certaine limite physiologique, une véritable pathologie, jusqu'ici souvent considérée comme organique et que seules les explorations urodynamiques ont permis d'individualiser.
Il s'agit du syndrome d'immaturité vésicale dont le dénominateur commun clinique est représenté par des troubles mictionnels diurnes et nocturnes, parfois associés chez la fillette à une infection urinaire basse et dont la réalité urodynamique est la persistance d'une hyperactivité vésicale.

L'énurésie primaire est la forme la plus fréquente, l'enfant n'a jamais été sec plus de 6 mois.
Sa fréquence est de 4 à 8% des enfants âgés de 7 à 8 ans.
C'est un désordre fonctionnel qui ne relève pas d'une pathologie organique.
Elle peut cependant avoir un impact psychologique, familial et social qui dans certains cas, peut requérir un avis psychologique et/ou médical afin de guider l'enfant et les parents pour le suivi. Le traitement de l'énurésie n'est pas systématique, en effet, la majorité des troubles s'améliore avec le temps.
Trop souvent considérée comme un trouble du comportement, l'énurésie ne peut être améliorée ou guérie que si l'enfant le désire intimement.
Elle ne doit pas être considérée comme une fatalité liée au sexe ou à l'hérédité même si des facteurs favorisants ont été décrits.

L'éducation mictionnelle, prodiguée par la mère, est certainement plus efficace sur les troubles diurnes que nocturnes.
La propreté précoce, innée chez les mammifères supérieurs, est vraisemblablement liée à la myélinisation nerveuse mais demande une éducation maternelle.
La reconnaissance du besoin mictionnel est sûrement le fait d'un conditionnement opérant. L'enfant doit en effet établir le lien entre la perception du besoin, la réponse maternelle positive lors de la miction réussie sur le pot, la réponse négative lors de fuites dans la culotte.

L'alibi d'une cause psychologique est souvent un aveu d'impuissance.
On ne peut tout de même pas nier l'origine psychologique évidente de certaines énurésies secondaires.
Les facteurs psychologiques sont constants et pèsent sur la relation thérapeutique mais surtout sur la relation enfant-parent.
L'énurétique est aussi affectueux et intelligent qu'un enfant propre, les tests psychologiques l'ont prouvé.
La plupart des énurétiques ont un sommeil profond qui les empêche d'être réveillés par leur vessie.
Cependant tous les enfants qui ont le sommeil profond ne sont pas énurétiques.
La fuite urinaire survient surtout dans la première partie de la nuit pendant une période de sommeil paradoxal.
Elle pourrait être relative à une augmentation du seuil d'éveil, qui varie au cours de la nuit, le sommeil étant plus léger en fin de nuit.
Cela expliquerait pourquoi la fuite survient préférentiellement en début de nuit.

Certaines méthodes thérapeutiques sont basées sur le réveil de l'enfant à des heures régulières ou par des alarmes qui ont l'inconvénient de réveiller l'enfant une fois la fuite survenue.

De nombreux traitements sont proposés pour améliorer ce symptôme "énurésie".
Le traitement pharmacologique est systématiquement proposé en première intention.
Les drogues les plus habituellement utilisées sont les anticholinergiques qui bloquent la contraction vésicale, les homologues de l'hormone antidiurétique qui diminuent la diurèse nocturne, les anxiolytiques qui rendent le sommeil plus léger.

Ces traitements médicamenteux présentent toutefois de nombreux effets secondaires et ne permettent pas la rééducation comportementale ni mictionnelle.

La rééducation vésicale va trouver sa place dans les cas d'énurésie primaire et secondaire en association avec le traitement médical.
Elle va demander la participation active de l'enfant et de la famille.
Elle ne sera pas entreprise avant l'âge de 6 ans.

Les techniques de rééducation sont très comparables à celles utilisées chez l'adulte mais devront toujours protéger intimement la sphère uro-génitale.
Les techniques intra-cavitaires seront donc proscrites pour privilégier les techniques cutanées superficielles.

Le traitement débutera par l'établissement d'un bilan initial comportant un interrogatoire orienté associé à un bilan clinique.
Il permettra de proposer un protocole rééducatif adapté à l'enfant.
A cette occasion va s'établir une relation thérapeutique de confiance et de désir de prise en charge.
Cela va valoriser l'enfant par rapport à sa mère et diminuer le sentiment de honte.

L'implication de l'enfant se concrétisera par l'établissement d'un "calendrier" mictionnel pour évaluer l'importance de l'énurésie et normaliser le rythme continence-miction, l'osmolalité et l'ingestion liquidienne.

L'éducation comportementale mictionnelle suivra cette phase informative avec respect des postures de travail et de miction et l'utilisation du biofeedback inhibiteur.
L'électrostimulation cutanée périnéale pourra être utilisée avec des courants basse fréquence dans le but de ressentir la contraction électro-induite et d'inhiber les contractions vésicales.

Des conseils hygiéno-diététiques, l'utilisation de protections absorbantes adaptées et l'utilisation éventuelle d'alarmes et de réveils nocturnes, devront améliorer le vécu psycho-social de ce retard de maturation nerveuse et aboutir à un arrêt des troubles diurnes puis nocturnes.

Les résultats, bien que subjectifs, sont très encourageants.
Aucune étude randomisée ne confirme les résultats de cette technique mais l'expérience montre que les techniques comportementales accélèrent la continence diurne et le contrôle mictionnel nocturne.

Cet exposé se propose de faire une mise au point des techniques et de la contribution kinésithérapique à mettre en œuvre lorsque l'on est confronté à un enfant qui parfois réclame un traitement, qui souvent ne demande rien, à une famille qui exige une solution et des résultats.

L'ENCOPRESIE

Lucile POUMARAT
MK 63 LEMPDES / Hôtel-Dieu CLERMONT-FERRAN

Définition :
L'encoprésie est la défécation involontaire ou délibérée dans des endroits non appropriés chez un enfant d'âge chronologique et d'âge mental d'au moins 4 ans.
Pour porter ce diagnostic il faut impérativement que ce trouble survienne depuis au moins 6 mois, de façon durable, à la fréquence au moins une fois par mois, L'encoprésie est presque toujours diurne. Elle ne doit pas être confondue avec les incontinences du sphincter anal ni avec les banales souillures de slip de l'enfant qui s'essuie mal après avoir été à la selle.

Distinction : On distingue deux sortes d'encoprésie,
- l'encoprésie primaire : le contrôle intestinal n'a jamais été acquis et la malpropreté se maintient au-delà de 3 ans.
- l'encoprésie secondaire : la plus fréquente, elle implique que la propreté a été acquise, puis perdue ultérieurement après plusieurs mois ou plusieurs années.

Autres distinctions :
L'encoprésie rétentive appelée encore encoprésie rétentionnelle.
Bien souvent l'encoprésie est précédée de constipation pour laquelle différents traitements ont été essayés. Ces périodes de stagnation des selles entraînent la formation de fécalomes qui forment un obstacle à l'installation du rythme de la défécation, et dans ce cas un mégacolon et un mégarectum fonctionnel sont fréquents.
L'encoprésie non rétentive ou encoprésie non rétentionnelle : Dans ces cas il s'agit d'épisodes d'encoprésie sans constipation ni mégarectum fonctionnel, liés à des troubles psychologiques : opposition, vengeance, difficultés scolaire, familiales.

Prévalence : Le taux approximatif de 3% à 4 ans, et de 1,5% à 8 ans d'enfants encoprétiques ans a été retenu. Elle est parfois associée à d'autres troubles du développement : langage, coordination des mouvements.
Elle touche tous les niveaux socio-culturels avec une prédominance masculine.

Causes et mécanisme :
Facteurs physiologiques : Défécation par débordement. ! Il s'agit d'une rétention fécale, l'enfant s'isole, fait de violents efforts pour retenir ses selles, interprétés par les parents comme des efforts de défécation. Il se crée une dyschésie génératrice de fécalome, et les fuites par regorgements surviennent.
Les facteurs émotionnels et affectifs se réfèrent au mode de relation de l'enfant avec ses parents et surtout avec sa mère. Il peut s'agir d'une première manifestation d'opposition. C'est une manière de dire « NON »
Le futur encoprétique retient sa selle, comme il peut aussi retenir inconsciemment un parent absent.

Prise en charge rééducative
La cause organique ayant été éliminée médicalement, il convient de rassurer les parents et l'enfant dont le désir est de guérir et d'établir avec eux un protocole de « rééducation » afin de prendre en charge ces enfants dans un réel état de souffrance personnelle, familiale et sociale.
En tout premier lieu le praticien doit « s'identifier » auprès de l'enfant consultant, il est le « soignant ».
L'information, l'éducation font partie de la rééducation, et s'appliquent dès la première consultation
L'interrogatoire est capital, il recherchera des événements familiaux marquants et le mode de vie de l'enfant, l'hygiène alimentaire, la propreté et son importance.
L'examen restera dans les limites permises par l'enfant : abdominal, puis anal si possible ; il ne faut pas oublier que l'on peut être en face d'un cas d'abus sexuel, et se souvenir que le forcing est à rejeter d'office.
Des explications simples aidées d'un livret que j'appelle : « La leçon de chose, faire caca ! », puis d'un planning de comportement, remis à l'enfant et à sa famille sont indispensables.
Il faut créer une prise en charge ludique de la défécation chez l'enfant encoprétique, il faut aussi déculpabiliser les parents, prôner la patience et faire un certain parcours de vie avec eux. Cela nous amènera à mieux comprendre, et analyser certaines situations afin de mieux les traiter.
Il faut parfois penser à diriger la famille dans une prise en charge psychologique, par les thérapies cognitivo-comportementales.

UN CONTINENT : LE DESIR SEXUEL

Laure MOURICHON-DUCHATEAU

Il était une fois un continent mystérieux : le désir sexuel. Ses terres étaient belles, riches et fertiles. Il se nourrissait de cette capacité à anticiper positivement un plaisir érotique. Les hommes et les femmes savaient se regarder, se parler, s'écouter, se frôler, s'éloigner pour mieux se retrouver. Ils jonglaient entre sentiment amoureux et excitation sexuelle. De la lenteur à la rapidité, ils ondulaient avec volupté, sans culpabilité. Ils s'étaient appropriés leur masculinité et leur féminité entraînant une harmonie des corps dans leurs différences et leurs complémentarités.

A l'opposé de ce désir, se tenait l'incontinence aux terres marécageuses et hostiles. Trois millions de femmes erraient sur ce sol ingrat. Les unes semblaient avoir perdu leur féminité, elles sentaient leurs corps meurtris, humiliés, honteux, dépossédés de toute image érotique. Fuyant le regard des hommes, elles s'isolaient et se repliaient sur elles mêmes. Les autres avaient réussi à dissocier incontinence et désir sexuel et pouvaient ainsi accéder à une sexualité harmonieuse.

Le désir sexuel est un élan de convoitise qui nécessite un éveil de la fonction excitatoire. Or, le désir sexuel féminin est fragile et différents paramètres telle que l'incontinence urinaire peuvent l'altérer.

Pourquoi certaines femmes ont elles moins de désir que d'autres avec le même symptôme ?
L'importance ou les circonstances des fuites ont elles un impact sur le désir sexuel ?
Que se cache-t'il derrière « la fuite en avant », quelle est la vraie demande de la patiente ?
L'incontinence urinaire sert-elle d'alibi au manque de désir sexuel ?

Autant de questions que nous essaierons d'élucider ensemble.

DU DESIR !

Catherine BLANC
Psychanalyste, Sexologue

Hier opaque et impénétrable, mystérieuse, voire menaçante, la sexualité reste aujourd'hui encore, une aventure complexe.

Depuis la généralisation de la pilule contraceptive, il semble que le mystère du sexe féminin et les difficultés rencontrées, plutôt que dépassés se soient déplacés.

Quand la femme parle sexe, elle ne raconte plus en effet ses conflits entre désirs et interdits ou ses craintes de grossesse.

Libérée, émancipée, elle peut faire l'amour. Elle y est autorisée. Elle y est même attendue !

Il lui fallait être jolie puis sexy, il faut aujourd'hui être sexuelle. Il lui faut connaître la volupté d'un désir ardent pour vivre les plaisirs de la chair, atteindre la jouissance et éprouver l'orgasme.

Mais quel est ce désir attendu qui semble les faire souffrir par son silence ?
Quelle représentation en ont-elles ?
Quelles références sont à l'œuvre ?
Que révèle ce désir par son absence ?

Du désir ! Du désir ! Mais de qui parle-t-on ?

LE DESIR SEXUEL ET LE SENTIMENT AMOUREUX CHEZ LA FEMME

Dr François PARPAIX
Intervenant au DIU de sexologie de Lyon et de Bobigny, Formateur et responsable de la formation en Sexocorporel à Paris, Auteur de : « Pour être de meilleurs amants », Ed. Robert LAFFONT

« Lulu aime Etienne !
C'est l'homme de sa vie !
Ils ont deux beaux enfants.
Elle appréhende de plus en plus les relations sexuelles.
- Je pourrais m'en passer !
Pourtant, Lulu se rappelle qu'au début, ils faisaient souvent l'amour et c'était plutôt agréable. Puis, petit à petit …
Etienne commence à râler, alors elle le fait pour lui faire plaisir. »

Nous réfléchirons ensemble sur :
Le sentiment amoureux, son évolution et ses fluctuations.
Le désir sexuel aux multiples aspects mais reposant sur des apprentissages :
Apprendre à repérer ses assises sensorielles périnéales (vaginales, en particulier)
Devenir propriétaire de son excitation sexuelle et s'approprier son plaisir sexuel.

« Alors, Lulu pourra chanter :
- Je repère mon vagin, j'ai le goût de le remplir, de jouer avec, de me procurer du plaisir et de recommencer avec Etienne ! »

DESIR SEXUEL APRES HYSTERECTOMIE

Docteur Marie VELLUIRE Paris

Est ce que l'hystérectomie a un impact sur le désir sexuel ?

Toutes les études qui ont comparé la sexualité avant et après hystérectomie, en différenciant la voie d'abord chirurgicale, ne retrouve aucune différence significative.
Le seul facteur qui rentre en jeu, concernant la qualité de la vie sexuelle après hystérectomie, est…la qualité de la vie sexuelle avant hystérectomie.
Ce qui revient à dire, que les femmes ayant une vie sexuelle épanouie avant, retrouve le même épanouissement après, et inversement.

Encore faut-il que le temps passé entre l'indication chirurgicale et la réalisation de l'acte soit suffisant pour permettre le deuil de cet utérus. C'est loin d'être toujours le cas, les chirurgiens étant souvent pressés…

L'utérus n'est pas l'organe de la féminité mais celui de la maternité, et sur le plan symbolique, les femmes ont rarement intégré cette notion.
Par ailleurs, la question qui revient souvent est : « que va-t-il y avoir à la place ? Comment ce trou va-t-il se combler ? »

Lorsqu'une femme, après une hystérectomie, que vous pourrez avoir dans votre cabinet pour une rééducation périnéale, par exemple, va vous parler du « traumatisme » que représente la perte de son utérus, ou va présenter divers symptômes qui sont en général des douleurs de types intestinales, ou tout autre symptôme chronique, prenez le temps de faire un petit rappel anatomique et physiologique, puis intéressez-vous à sa sexualité.

L'historique de sa sexualité vous permettra de mettre à jour des limites qu'il serait peut être intéressant de faire évoluer mais aussi des frustrations, des peurs irrationnelles, des fausses croyances, etc. et surtout des questions qu'elle n'a pas osé poser avant l'intervention et que le chirurgien n'a souvent jamais anticiper.

Alors à vous de jouer…

QUE RESTE-T-IL DE NOS AMOURS?

Dr Jean Claude Haddad
Gynécologue accoucheur
Enseignant Diplôme de sexualité
Multi sceau PARIS 6-11- 13

La clinique nous met en présence de situations qui mettent à jour des changements, voire des métamorphoses qui interviennent dans la vie d'un couple avant, pendant et après une grossesse.

Avec la perspective de la venue, a fortiori avec la venue de l'enfant, un changement peut-être une révolution se préparent.

Comme des oracles, des symptômes annoncent qu'une mutation est en marche qui tantôt réjouit, tantôt inquiète, comme cette perception de quelque chose de connu et d'impalpable; c'est souvent sous la forme de questions, qui prennent l'aspect d'énigmes que nous apparaîtront les manifestations cliniques.

Oracles, énigmes le pas est vite franchi pour atteindre les références mythologiques; et s'il en est un qui s'en approche le plus c'est le mythe œdipien qui préside à ce qu'on appellerait le destin ? la destinée ? la destination ? comme si le chemin est balisé, la fin du voyage est connue, à l'insu du voyageur.

Traversée du désert ou voyage initiatique, rituels de passage : ce sont des notions qui reviennent souvent pour évoquer l'adolescence, la maternité ou la paternité, la ménopause.

Les soignants sont-ils ces personnages qui feraient office de passeurs?

Que se passe-t-il lors de nos entretiens ? qu'est-ce qui se passe entre une mère et son enfant ? entre un homme et une femme ?

Qu'est-ce qui se passe ?.....qu'est-ce qui se transmet ? Peut-on entendre.

D'autant que ce qui est évoqué lors des consultations ne nous laisse pas indifférents; que nous soyons intrigués, voire dérangés, on pourrait dire que cela "nous regarde".

A partir de vignettes cliniques, je préciserai les façons dont se manifestent alors les aléas du désir.

TABLE RONDE : COLO-PROCTOLOGIE : LE BILAN ET LES OUTILS

Bilan et outils, deux mots récurrents, étroitement dépendants, qui ont généré de longues pages d'écriture. Que choisir?
Dans un bilan: On ne trouve que ce que l'on cherche. Il nous donne des objectifs.
Dans les outils: Il faut choisir celui qui sert le mieux l'objectif.

Bilans:

L'Anamnèse est fondamentale pour cerner la plainte du patient dans cette intrication de problèmes somatiques et d'affects, et chiffrer l'importance du symptôme (Score de Wexner pour l'incontinence et le score ODS pour la dyschésie).
L'examen clinique le plus souvent médical précise les lésions.
Les examens paracliniques sont importants dans ces pathologies fonctionnelles d'organes "internes":

- Echographie endoanale
- Iconographie: * Rectographie ou viscérogramme pelvien (Cysto colpo rectographie dynamique + opacification des anses digestives)
  * IRM dynamique
- EMG
- Manométrie ano rectale. Cet examen nous est très utile pour évaluer en début, en cours et en fin de rééducation un bon nombre de paramètres fonctionnels.

Outils:

Travail manuel
ESF : quels courants? Quels protocoles?
BFB : Quelle voie: rectale, vaginale, péri anale?
EMG: sondes, électrodes
Manométrie: combien de voies? Quelle sonde?
ESF+BFB: pourquoi?
Ballon distendeur
Télémétrie ou liaison longue, utilité?

Nous essaierons au cours de nos entretiens de répondre consensuellement à toutes ces questions pratiques.

TABLE RONDE : DU BILAN AU TRAITEMENT
UNE EXPERIENCE HOPITAL/RESEAU DE VILLE

Elisabeth SOLE
Kinésithérapeute des Hôpitaux de Paris

Une consultation de bilan du périnée a été créée en 1999 à la maternité de l'hôpital Notre-Dame de Bon Secours, à Paris. Elle accueille des patientes ayant eu un accouchement difficile ou présentant des troubles, notamment urinaires. Une évaluation globale leur est proposée, au cours de laquelle on passe en revue les circonstances de l'accouchement et on fait le point sur leurs différents troubles. Les patientes sont informées, entre autres, par des affiches et des feuilles-conseil. A l'issue de ce bilan, elles repartent avec un compte-rendu et, si elles le souhaitent, sont orientées vers un spécialiste membre du réseau. Elles ont la possibilité de revenir pour un deuxième bilan, en fin de rééducation.

VULVODYNIES ET VAGINISME

Planté AF
Pratique libérale Paris, France

Résumé :
Brûlure cutanée vulvaire exquise pour la vulvodynie ,
Contracture obturant le vagin pour le vaginisme ;
Ces troubles à la fois Fonctionnels et Psychosomatiques posent un problème de management médical. Dans un contexte douloureux, centré sur les organes génitaux, les facteurs psychologiques semblent particulièrement sensibles. Nous proposons, donc, une recherche en deux volets :
Etude A : Prospective consécutive contrôlée (15 vaginismes ,78 vulvodynies, 78 contrôles) : Prise en compte des vécus psychiques, relevé des évènements traumatiques.
Etude B :prospective (n=78) pour les vulvodynies et (n=15) pour les vaginiques, sur l'effectivité d'un traitement pluridisciplinaire (2003-2005)

Résultats de l'étude A
Le contexte victimologique est important pour les trois groupes, néanmoins le groupe vaginisme est plus souvent victime d'agressions à connotation sexuelles, est menacé de danger de mort alors que le groupe vulvodynies subit plutôt des violences physiques, des situations d'insécurité dans le milieu familial et professionnel. Source d'anxiété pour les vulvodynies, Peurs pour les vaginismes.

Traitement multidisciplinaire adopté :
1- prise en charge médicale et pharmacologique après diagnostique précis et énoncé
2- prise en charge physiologique en deux étapes par un périnéologue :
A. Proprioception, mise en sens pelvi-périneale :
Stretching musculaire, Décongestion pelvi-abdominale.
Epuisement douloureux des points d'accupression
Approche périnéale : En manuel, puis en Biofeedback (négatif).
B. Approche psychosomatique, Evocation du possible lien corps / psyché, mise en sens anatomique, recherches des perceptions corporelles, des notions de limites.
3- Prise en charge des conflits psychiques

Etude B : évaluation de notre prise en charge multi disciplinaire.
Méthodologie
Relevé du Score (0 à5) de satisfaction pour le « follow up » arrêté en août 2005
1- Douleur : évaluation descriptive de l'évolution de la plainte initiale
Persistance ou non; en l'absence ,pendant ou après les rapports sexuels
2- Sexualité : La réponse évalue la qualité de la sexualité retrouvée, le plaisir, la libido la réalisation possible ou non de pénétrations

Résultats pour le groupe Vulvodynies :
78 patientes moyenne d'âge 34.5 ans
La durée moyenne des symptômes est de 48 mois
41 patientes ont terminé leur traitement (51 %), 31 patientes encore en traitement
7 mois et demi en moyenne de traitement
7 séances, soit 3 mois en moyenne avant une reprise de sexualité et une amélioration suffisante
79 % répondent favorablement. 36 % de patientes guéries complètement avec un recul de 6 mois

Résultats pour le groupe vaginisme :
15 patientes sont prises en charge. Moyenne d'age 29 ans
La durée moyenne des symptômes est de 70 mois
Amélioration en moyenne après 10 séances de kinésithérapie soit 4 mois
73 % peuvent utiliser un tampon et faire pénétrer une sonde vaginale de biofeedback, ou une bougie de dilatation de diamètre 2 et 3.
60 % des patientes ont réussi à poursuivre une pénétration vaginale incomplète mais sans peur.
47 % sont guéries et ont repris une sexualité.

Conclusion
L'adaptation de techniques spécifiques issues de la kinésithérapie périnéale (relaxation pelvienne, stretching des muscles pelviens, biofeedback périnéal) permet d'obtenir des scores de satisfaction excellents, tant pour la vulvodynie que pour le vaginisme.
Cela démontre la nécessité d'élaborer des nouveaux protocoles multidisciplinaires, validés, pour la prise en charge des douleurs fonctionnelles de la sphère pelvienne chez la femme mais aussi chez l'homme.

LES PATHOLOGIES ANO RECTALES SEQUELLES D'AGRESSIONS SEXUELLES DE L'ENFANCE

Geneviève MARQUAT
Kinésithérapeute

La réussite du traitement des dysfonctionnements compliqués du plancher pelvien restera compromise tant que l'expérience d'un traumatisme dans l'enfance n'a pas été reconnue et exposée au traitement (ACTA -ENDOSCOPICA) (implications à long terme des abus physiques /sexuels sur la sphère pelvi-périnéale A Watier D .Katz ,R L Tabisel, G. Devroede).
Les Thérapies Cognitivo-comportementales répondent à cette condition en traitant le stress post traumatique. Par la suite, la périnéologie prendra en charge les dysfonctions du plancher pelvien.

DEFINITION DE L'ABUS SEXUEL (AS)

L'abus correspond à des transgressions d'interdits, car inappropriées à l'âge de l'enfant ou de l'adolescent contraint d'y participer, par violence ou séduction, sans être en mesure d'en comprendre le sens ou la portée. Il s'agit d'un pouvoir exercé par un plus fort sur un faible qui n'est pas en mesure de consentir valablement, soit en raison de la contrainte subie, soit d'un développement psychosexuel inachevé (Xavier Lamayre).

PRESENTATION DU CAS

Il s'agit d'une femme de 35 ans qui présentait une constipation ancienne avec séquelles, adressée par un proctologue pour une rééducation périnéale
Très anxieuse elle se plaignait de difficultés conjugales, désespérée, elle craignait d'être abandonnée par son mari, abusée sexuellement à l'âge de 5 ans, elle ne supportait plus les R S.
Constatant une souffrance psychologique importante, je proposais au chirurgien de la prendre en charge en TCC avant d'entreprendre la Rééducation.

OBJECTIF

Travail de déculpabilisation faisant disparaître des sentiments de honte et des systèmes de croyance qui entretenaient les « FLASH BACK ».

METHODOLOGIE

- Prise en charge du couple
- Anamnèse familiale et sexuelle
- Analyse fonctionnelle du couple
- Bilan de l'A S et du périnée

Les méthodes d'évaluation nous permettrons de suivre l'évolution en début et en fin de traitement

PROCEDURE THERAPEUTIQUE

- Prise en charge du stress post traumatique différé de Mme et du rôle du partenaire en faisant appel aux TCC
- Condamnation du coupable
- Reconnaissance de la victime
- Prise de congé par rapport au traumatisme
- Prise en charge en périnéologie (constipation terminale)

CONCLUSION

Le traumatisme de l'enfance une fois géré, nous a permis d'aborder la proctologie en toute sérénité,
Le « FLASH BACK » neutralisé, l'approche périnéale n'a posé aucun problème,
La rééducation lui a permis de découvrir une fonction ano rectale ignorée,
Constipée depuis toujours, elle n'avait pas de repère de base.
Par contre elle devra subir une intervention, sa rectocèle étant devenue trop gênante à la marche après des années de dysfonctionnement
Reprise d'une activité sexuelle satisfaisante

ABUS SEXUEL FLASH BACK T C C PERINEOLOGIE

L'EXCISION EN EGYPTE : HISTORIQUE, SON AUGMENTATION ET SA MEDICALISATION, L'EXCISION ET LA SEXUALITE
RELIGION ET CULTURE

Docteur Wahid MOUNIR
Egypte

I - GENERALITES

- L'excision est souvent liée dans l'imaginaire collectif à la religion musulmane, mais elle est en fait, à l'origine, une pratique égyptienne païenne qui remonterait à 5 ou 6000 ans avant Jésus-Christ. Elle a donc largement précédé les religions monothéistes.

- Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), les mutilations génitales féminines affecteraient quelque 130 millions de femmes et de fillettes dans 28 pays d'Afrique, du Proche-Orient, et d'Asie.

- Loin de diminuer, leur nombre augmenterait de 2 millions par an, frappant quotidiennement 6000 nouvelles adolescentes,
Dont 75% en Egypte, Ethiopie, Kenya, Nigeria, Somalie et Soudan.
A Djibouti, 98 % des femmes sont excisées.
En France, du fait de l'immigration, 30.000 femmes et fillettes seraient concernées par ce problème.

II - HISTORIQUE

- La langue littéraire arabe utilise le mot *« KHITAN »* pour la circoncision masculine et le terme *« KHAFD »* pour la circoncision féminine ou excision.

- Mais la langue courante utilise, depuis des siècles, le terme *« KHITAN »* pour évoquer ces deux mutilations, ce qui a entretenu la confusion et généré les pratiques que l'on connaît.

LES RACINES HISTORIQUES DE L'EXCISION (EL KHITAN)

- la circoncision féminine (selon l'appellation de l'O.M.S) passionne les débats en Occident, alors que la circoncision masculine n'intéresse quasiment personne.
- En effet, dans l'esprit des populations, la circoncision masculine a une fonction hygiénique, alors que la circoncision féminine est une atteinte grave à l'intégrité physique de la femme.
- Les trois religions monothéistes (Christianisme, Islam, Judaïsme) trouvent le fondement de la circoncision dans la Bible, lorsque Dieu dit à Abraham « Et toi, tu observeras mon alliance, toi et ta descendance, après toi, dans toutes ces générations. Et voici mon alliance que vous observerez entre moi et vous, et ta descendance après toi : tout mâle, chez vous sera circoncis. » (Livre de la Genèse, chapitre 17, versets 9-11).
-S'agissant du Christianisme, il n'y a rien dans l'Ancien et le Nouveau Testament sur l'excision des filles.
-Le Coran ne mentionne ni la circoncision, ni l'excision, il fait référence au fait qu'Abraham est un modèle à suivre pour le musulman, en vertu du verset 16:123 : « Nous t'avons ensuite révélé : Suis la religion d'Abraham, un vrai croyant. »
- Ainsi la Bible devient, par un système de renvoi, une source du droit pour les musulmans.
- « Ni la Bible, ni le Coran ne prescrivent aux femmes d'être excisées. »
- Les milieux religieux musulmans essaient le plus souvent de justifier l'excision sous la forme dite « *SUNNAH »*, c'est à dire, conforme à la tradition de Mahomet. L'excision ayant des bases très fragiles dans les recueils de la Sunnah, et les récits de Mahomet dont l'authenticité n'est pas prouvée, Al -SUKKARI essaie de consolider ces bases en invoquant la coutume qui constitue une source du droit musulman.
- L'excision n'est pratiquée ni par tous les musulmans, ni tous les arabes. La majorité des pays du Maghreb, la Turquie, l'Iran l'ignorent.
- En revanche, on la retrouve chez les chrétiens égyptiens, les juifs éthiopiens, les animistes où elle est vécue comme un rite initiatique, et, dans certains pays asiatiques, comme l'Indonèsie, la Malaisie, le Pakistan et l'Inde sous le nom de circoncision « Sunnah », donc avec une référence religieuse.

III - L' EXCISION EN EGYPTE

- Coutume se transmettant de siècle en siècle, elle touche aussi bien les chrétiennes que les musulmanes.
- Elle a été officiellement condamnée par l'Etat égyptien qui, en accord avec la déclaration internationale des droits de l'homme, affirme que « *des mesures convenables doivent être prises pour terminer les discriminations contre les femmes dans le domaine de la santé pour lui assurer, à titre, d'égalité entre l'homme et la femme, d'avoir les services de soins de santé, y compris ceux liés à la planification familiale. »*
- L'Etat égyptien assure des campagnes de prévention à la télévision.

- L'Eglise Copte a formellement condamné l'excision.
- El Ahzar n'a pas officiellement condamné l'excision et certains religieux, considérant que l'excision est devenue la norme dans la mesure où elle est pratiquée de longue date, essaient de consolider ces bases en disant qu'elle n'est pas contraire à un texte de la loi religieuse.
- L'excision est une coutume profondément ancrée dans la population et dans toutes les couches de la société, avec les arguments suivants :

. Elle maintient la propreté (les mauvaises odeurs viendraient du clitoris),
. Elle prévient les maladies (cancer du vagin, gonflement du clitoris qui pousse à la masturbation ou aux rapports homosexuels),
. Elle procure le calme et accentue la beauté (affirmation basée sur les récits de Mahomet),
. Elle protège la virginité de la jeune femme par l'absence de désir sexuel,
. Elle permet d'avoir des enfants rapidement,
. Elle maintient le couple soudé, la femme n'a pas de désir pour d'autres hommes,
. Elle réduit l'instinct sexuel.

LA PRATIQUE DE L'EXCISION

- Elle est essentiellement le fait des sages-femmes qui ne sont pas des personnels médicaux comme en France, mais qui ont l'habitude de pratiquer les accouchements à domicile.
- Les sages-femmes pratiquent avec des instruments rudimentaires. La victime, âgée de 7 à 14 ans, est habituellement mutilée sans anesthésie, en décubitus dorsal, les cuisses maintenues écartées par des aides.
- L'excision la plus pratiquée en Egypte est la clitoridectomie (ablation du clitoris) avec l'ablation des petites lèvres.
- L'infibulation ou circoncision pharaonique est pratiquée au Soudan et en Somalie et consiste en l'ablation totale du clitoris, des petites lèvres, et d'une partie des grandes lèvres.
- L'excision touche toutes les classes de la société égyptienne.

IV - LA MEDICALISATION

Le décret ministériel égyptien (No 74 de 1959) précise ce qui suit:

. Il est interdit aux médecins d'effectuer les opérations de circoncision féminine.
. Sont interdites les opérations de circoncision féminine dans les unités du Ministère de la Santé.
. Les sages-femmes patentées n'ont pas le droit d'effectuer une intervention chirurgicale quelconque, dont l'opération de circoncision féminine.

La pratique de l'excision en milieu hospitalier

. Tout le monde s'accorde à dire que les mesures légales d'interdiction de l'excision ne suffisent pas à abolir la pratique.
. Il faut comprendre les raisons de ces pratiques.
. Ne faudrait-il pas autoriser la pratique de l'excision en milieu hospitalier ?
. L'O.M.S, le Comité Inter-Africain, notamment, rejettent totalement l'idée de pratiquer l'excision à l'hôpital.
. Mais l'interdiction légale renforce les pratiques clandestines par des personnes qui n'ont pas les compétences requises et risquent de mettre en danger la santé des femmes.
. L'acceptation de cette pratique en milieu médical, non seulement accentue les disparités entre riches et pauvres, mais risquerait d'aboutir à sa légalisation et de la perpétuer, notamment en raison de ses retombées économiques.
. En effet, la cupidité et l'appât du gain touchent certains membres du corps médical qui ne s'intéressent pas aux conséquences de l'excision, mais rassurent les parents en réduisant au minimum les risques médicaux. Ayant la confiance des parents, ils abusent de leur naïveté en démontrant le bien-fondé de la coutume ancestrale faite selon les règles de l'hygiène.

V - EXCISION ET SEXUALITE

L'excision a des graves conséquences sur la santé physique et mentale de l'adolescente et de la femme qu'elle sera plus tard.

Complications immédiates

. Etat de choc,
. Douleurs, saignements,
. Infections, complications urinaires,
. Lésions accidentelles des organes environnants,
. Etat dépressif.

Complications ultérieures

. Cicatrices douloureuses,
. Chéloïdes, adhérences labiales,
. Kystes du clitoris,

. Mutilation de la vulve
. Calculs vaginaux,
. Stérilité.

Complications psycho-sexuelles chez la femme
. Sentiment d'une diminution de la féminité,
. Affaiblissement du désir sexuel,
. Diminution de la fréquence du coït,
. Absence d'orgasme,
. Dépression et psychose,
. Taux de divorce élevé.

Complications chez l'homme
. Impotence et éjaculation précoce,
. Frustration,
. Polygamie,
. Dépression.

Pratiquement
- Dans mon cabinet, je vois arriver:
    . le mari qui se plaint d'avoir un « glaçon » dans son lit,
    . la femme qui se plaint d'être une servante gratuite.
- L'excision détruit la vie de couple et la vie familiale. La femme devient révoltée et névrosée et peut essayer de chercher le plaisir ailleurs à tout prix. Non seulement, elle peut souffrir durant le rapport, mais elle n'a pas de plaisir.
- Les enfants vivent dans un climat de tension permanente, avec une mère souvent dépressive et peu attentive à leurs besoins.
- Le mari et la femme n'arrivent jamais à créer cette complicité qui témoigne d'une vie sexuelle réussie.
-La vie de couple n 'existe pas.
-L'excision peut pousser à la consommation de drogue par le couple, car elle l'aidera à fantasmer sur l'acte sexuel et à le vivre différemment.
- Le divorce est fréquent.

VI - RELIGION ET CULTURE
- Nous avons vu que ni la Bible, ni le Coran ne préconisent l'excision.
- Les siècles passant, l 'Islam n'a jamais adopté, malgré les positions très différentes des cheikhs, une position très claire en la matière.
- La religion a une très grande importance dans la vie des égyptiens, qu'ils soient chrétiens ou musulmans et influence sur leur vie quotidienne, surtout dans ces dernières décennies où le nombre de femmes voilées a largement augmenté.
- Aujourd'hui, femme non voilée = femme non musulmane.
- Dieu ne peut mutiler ! Peut-on concevoir un Dieu qui se complaît à mutiler ses créatures ?
- Le verset 4:119 du Coran interdit à l'homme de changer la créature de Dieu et, le verset 32:7 indique: « Dieu a bien fait tout ce qu'il a créé ».
- Au côté religieux, les milieux musulmans favorables à l'excision ajoutent un aspect politique car ils voient dans les positions occidentales contre l'excision, un acte impérialiste, nuisant à leur souci patriarcal.
- Il est facile de comprendre que sur une population dont le taux officiel d'analphabétisation est de 49%, les responsables religieux, en fonction des opinions qu'ils défendent, ont une influence importante dont il faut tenir compte pour élaborer des stratégies de lutte contre l'excision.
- L'excision reste pour ses partisans un excellent moyen de dominer la femme, de la plier sexuellement à un seul homme, de contrôler à qui appartiennent les enfants, dans une société polygame.
- Aujourd'hui, en Egypte, avec la position de certains cheikhs retranchée dans leur position intégriste,

L'ASPECT RELIGIEUX A PRIS LE PAS SUR LA COUTUME ANCESTRALE.

CONCLUSION
- La lutte contre l'exclusion est le défi de ce début de troisième millénaire,
- La lutte contre l'excision passe par l'EDUCATION,
- EDUQUER en luttant contre l'analphabétisme,
- EDUQUER en organisant des actions d'éducation pour la santé qui apprendront aux femmes et à leurs conjoints à connaître leur corps, à lever les tabous,
- EDUQUER pour arriver à une véritable égalité entre les hommes et les femmes en leur faisant comprendre l'inutilité du sacrifice de l'excision,
- EDUQUER pour que vivent dans les pays touchés par l'excision des êtres humains LIBRES et DIGNES.