

## **BIBLIOGRAPHIE**

Le Plancher Pelvien

Alain BOURCIER

Les Troubles de la Statique Pelvi-périnéale  
de la Femme

R. VILLET  
J.M. BUZELIN  
F. LAZORTHES

Guide Pratique de Rééducation Uro-gynécologique

Odile COTELLE-BERNEDE

GRRUG

Vincent GAUTHERON  
Claude BRAIZE  
Christian CAPDEPON  
Jacques CHEVALLARD  
Evelyne CINNIER-SABOT

## RESUME

Nous proposons un bilan de rééducation en uro-gynécologie dont nous avons l'expérience depuis quelques années.

A chaque question, le kinésithérapeute devra s'interroger sur les réponses que lui aura dévoilées son patient.

Ainsi, le thérapeute pourra au mieux adapter et avoir une approche stratégique la mieux adaptée.

Ce bilan pourra être reproductible dans le temps et évaluable d'un thérapeute à l'autre.

## SUMMARY

This is a planned method that a physical therapist would follow in order to proceed the physical therapy for some uro-genito-gynecological disorders.

Any physical therapist should ask himself how to investigate the way, intensity, period that the patient should be reeducated.

## BILAN DE REEDUCATION EN URO-GYNECOLOGIE

Depuis quelques années, la rééducation uro-gynécologique tient une part importante dans l'activité des kinésithérapeutes.

A l'aube de l'an 2000, à l'aube de l'espérance de la reconnaissance de spécialistes de la rééducation uro-gynécologique, à l'aube du Plan Brocas, nous devons prouver nos compétences et, ces dernières passent par l'établissement systématique d'un bilan en rééducation uro-gynécologique afin d'en fixer les objectifs et d'adapter les méthodes rééducatives pour en suivre son évolution et sa rééducation et ses résultats.

### INTERROGATOIRE

#### I – BILAN MEDICAL

- Motif de la consultation :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> IUE                  | <input type="checkbox"/> Sexologie                      |
| <input type="checkbox"/> IV                   | <input type="checkbox"/> Pathologie digestive terminale |
| <input type="checkbox"/> Prolapsus            | <input type="checkbox"/> Résultat BUD :                 |
| <input type="checkbox"/> Pré opératoire       | o insuffisance sphinctérienne                           |
| <input type="checkbox"/> Post opératoire      | o instabilité urétrale                                  |
| <input type="checkbox"/> Post partum immédiat | o Instabilité vésicale                                  |
| <input type="checkbox"/> Post partum tardif   |   |

- Age :

- Mode de vie

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Profession :                  | <input type="checkbox"/> Port de gaine/corset |
| <input type="checkbox"/> Pratique régulière d'un sport | <input type="checkbox"/> Degré d'autonomie :  |
| <input type="checkbox"/> Tabac                         | o dépendant                                   |
| <input type="checkbox"/> Alcool                        | o indépendant                                 |

- Facteurs favorisants :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Poids/taille : => surcharge        | <input type="checkbox"/> Maladies neurologiques    |
| <input type="checkbox"/> Diabète                            | o S.E.P.   |
| <input type="checkbox"/> Constipation                       | o Traumatisme crânien et rachidien                 |
| <input type="checkbox"/> Poussée hémorroïde                 | o A.V.C.   |
| <input type="checkbox"/> Spasmophilie                       | o Hémiplégie                                       |
| <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie                     | o Parkinson  |
| <input type="checkbox"/> Bronchite chronique – asthme       | <input type="checkbox"/> Problèmes rhumatologiques |
| <input type="checkbox"/> Rhume des foins                    | o Douleurs lombaires ou lombo-sacrée               |
| <input type="checkbox"/> H.T.A.                             | o Discopathie                                      |
| <input type="checkbox"/> Terrain psychologique – dépression | o Canal lombaire étroit                            |
| <input type="checkbox"/> Problèmes familiaux semblables     | o Traumatisme rachidien                            |

→ Traitement



**2/ Bilan de ménopause**

- Ménopause :                      Date :    Age :
- Traitement de substitution :                       Oui     Non
  - o local
  - o per-os
- Intervention dans le bas ventre :                       Hystérectomie
  - Cure prolapsus
  - Autre
- Avez-vous des problèmes sexuels :  Oui     Non

**III – BILAN URINAIRE**

**1/ Bilan de l'incontinence**

- Date apparition incontinence :
- Evolution :                       Identique     s'aggrave     s'améliore
- Diurne :     Oui     Non
- Nocturne :     Oui     Non
- Circonstances d'apparition :
  - I.U.E. :
    - o Stade 1 : toux, rire, éternuement
    - o Stade 2 : port de charge, sport, course
    - o Stade 3 : marche rapide, changement de position
  - I.V. :
    - o Froid
    - o Bruit de robinet
    - o Mains dans l'eau
  - Envie     Fuites
- Caractère de la fuite :  jet
  - goutte post mictionnelle
  - involontaire par manque de retenue
    - o miction complète
    - o miction incomplète
  - insensible
    - o miction complète
    - o miction incomplète
  - sensation de fuite vaginale

**2/ Bilan mictionnel**

- Nombre de mictions :                      Par jour :    Par nuit :
- Volume boisson :
- Type de boisson :
- Jet urinaire :                       Normal     Retardé
  - Lent     Insensible
  - Fin     Douloureux
  - Puissant
- Nécessité de pousser pour uriner :                       Début de miction                       Fin de miction

## Sandrine GALLIAC-ALANBARI

- Sensation de vidange incomplète après la miction :  Oui  Non
- Miction sans besoin :  Oui  Non
- Port de garniture :  Occasionnel  Systématique  
o Nombre :

### 3/ Bilan digestif

- Constipation :  Oui  Non  
o Avec poussées
- Incontinence :  Matière  Gaz
- Hémorroïde :  Oui  Non
- Maladie intestinale  Recto colite hémorragique  
 Maladie de Crohn

### 4/ Bilan sexologique

- Comportement vaginique  Oui  Non
- Anorgasmie  Oui  Non
- Anaphrodisie  Oui  Non
- Frigide  Oui  Non

## EXAMEN CLINIQUE

### I - INSPECTION MORPHOSTATIQUE

- Bassin :  Antéversion  rétroversion  
 Antépulsion  rétropulsion
- Rachis :  Déformation scoliothique  
 Courbures augmentées
- Sangle abdominal :  Relâché  
 Tonique  
 Adhérences cicatricielles
- Type de respiration :  Abdomino-costo-diaphragmatique  
 Paradoxe

**II – INSPECTION VULVO PERINEALE**

**Installation de la patiente**

Sur table gynécologique : le bassin est en rétroversion, les hanches en flexion dépassant 100°, hanches en abduction proche de 45°, genoux fléchis à 90°.

Cette position est fondamentale et doit être respectée pour éviter le recrutement des muscles synergiques antagonistes du plancher périnéal.

Sans table gynécologique : patiente en décubitus avec un coussin héli-cylindrique afin de permettre un bon relâchement musculaire (l'abduction n'est pas respectée).

- Examen phanère :
- Trophicité :  Bonne  Mauvaise
- Distance ano vulvaire :  < 2,5 cm  > 2,5 cm
- Cicatrice épisiotomie :  Normale  
 lâchage scléreux  
 bride cicatricielle
- Vulve :  Fermée  Béance :
  - o Stade 1 (22 à 25 mm)
  - o Stade 2 (25 à 30 mm)
  - o Stade 3 (> 33 mm)

Evolution de l'élasticité vulvaire : technique du tirer-relâcher avec deux doigts de part et d'autre des grandes lèvres, puis relâcher : on doit voir se refermer la vulve.

- Manœuvre des valves :

Le spéculum est démonté et l'on passe à :

- la manœuvre de la valve antérieure, la valve est appliquée sur la face antérieure du vagin effaçant tout bombement à l'effort d'une colpocèle antérieure. La paroi vaginale postérieure est ainsi exposée et l'on peut observer les bombement du segment douglassien, ou du segment rectal.
- La manœuvre de la valve postérieure n'accrochant pas le col utérin : la même valve est appliquée sur la paroi vaginale postérieure, elle s'opposera à tout bombement de cette paroi à l'effort

- Prolapsus :  Cystocèle Stade  Rectocèle Stade  Hystérocèle Stade  
 Colpocèle ant Stade  Colpocèle post. Stade

- Automatisme à la toux :  Oui  Non

- ➔ Sur l'effet de poussée :  Identique  Améliorée  Aggravée
- ➔ En retenue :  Identique  Améliorée  Aggravée
- ➔ En aspiration diaphragmatique :  Identique  Améliorée  Aggravée

- Noyau fibreux central du périnée :  bon  Moyen  Mauvais

On effectue un toucher vaginal :

- On écarte les petites lèvres
- Le médius déprime la fourchette vulvaire avec la longueur d'une phalange
- On peut alors glisser l'index
- Rotation main : 45°
  
- Tonicité vaginale :  Normale  Hypotonique  Hypertonique
- Diastasis des releveurs :  Oui  Non

### TESTING

	Qualité de la contraction	Tenue	Nombre sans fatigue	C	D	G
0	Rien	0	0			
1	Traces	1 s	1			
2	Bien perçue sans résistance	< 5 s	2			
3	Bien perçue sans résistance	> 5 s	3			
4	Perçue avec légère résistance	> 5 s	5			
5	Perçue avec forte résistance	> 5 s	> 5			

- Syncinésie  Abdo.  Fessiers  Adducteurs
- Inversion de commande périnéale  Oui  Non

### **III – EXAMEN NEUROLOGIQUE**

- Sensibilité de la vulve (touche/pique)  Oui  Non
- Sensibilité de la marge anale (touche/pique):  Oui  Non
- Réflexe anal S4 : piqure marge anale réflexe on obtient une contraction bromo-latérale  Oui  Non
- Réflexe bulbo-caverneux S3 : pincement du clitoris on obtient une contraction anale externe
- Contraction réflexe sur tous : contraction périnéale (D6/L1)  Oui  Non

### **IV – EXAMEN COMPLEMENTAIRE**

#### **1/ Bilan uro-dynamique**

- Débitométrie : Vu  
Dmax N : > 15ml/s  
Dmoy  
Résidu
- Cystomanométrie : B1



- B2 N : 300 à 600 ml
- B3
- Compliance : N : > 30
- Profil urétral statique :
  - . longueur fonctionnelle de l'urètre : N : 30 ± 5 mm
  - . pression clôture max : N 110 – âge
  - . effets des releveurs
- Profil urétral dynamique :
  - . taux de transmission des pression :
    - \* sphincter lisse : N : 100 %
    - \* sphincter strié : N : 100 %

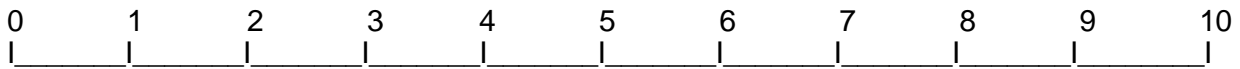
**2/ Bilan urinaire**

- E.C.B.U.       Stérile       Germes

**3/ Autres**

**EVALUATION DE L'HANDICAP**

- Vécu psychologique : échelle visuelle



- Retentissement par rapport à la qualité de vie

➔ Echelle DITROVIE

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
(1) Vous ont-ils gênés lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?	1	2	3	4	5
(2) Vous ont-ils gênés pour faire les courses ou les achats ?	1	2	3	4	5
(3) Vous ont-ils gênés pour porter quelque chose de lourd ?	1	2	3	4	5
(4) Ont nécessité que vous interrompiez fréquemment votre travail ou vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4	5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos trouble urinaires, avec quelle fréquence :

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
(1) Avez-vous éprouvé un sentiment de honte, de dégradation ?	1	2	3	4	5
(2) Avez-vous craint de sentir mauvais ?	1	2	3	4	5
(3) Avez-vous perdu patience ?	1	2	3	4	5
(4) Avez-vous été obligée de vous relever plusieurs fois pendant votre sommeil ?	1	2	3	4	5

Compte tenu de vos troubles urinaires, comment évaluer vous actuellement votre qualité de vie ?  
(entourez la réponse de votre choix)

1	2	3	4	5
Excellente	.....	.....	.....	Mauvaise

Total : Score global = somme des scores au 10 questions divisé par 10

**Interprétation du score :**

1 = correspond à une patiente peu gênée dans ses activités, son psychisme, son sommeil et qui a une excellente qualité de vie.

5 = correspond à une patiente extrêmement gênée dans ses activités, son psychisme, son sommeil et qui a une mauvaise qualité de vie.

- Test d'incontinence : ➔ Pad-test

Déroulement du test :

- Le test dure une heure et débute au temps 0 sans que le patient ait uriné.
- Temps 0 : mise en place d'un système absorbant préalablement pesé au gramme près.
- Pendant les 15 première minutes, le sujet boit 500 ml d'eau pure et reste allongé.
- Pendant les 30 minutes suivante, le sujet marche, monte et descend les étages.
- Durant les 15 minutes suivantes, le sujet doit :
  - . passer de la position debout à la position assise 10 fois,
  - . tousser vigoureusement 10 fois,
  - . courir pendant 1 minute,
  - . ramasser 5 petits objets posés au sol,
  - . se laver les mains pendant 1 minute sous l'eau courante.
- Au terme des 60 minutes, le système absorbant est pesé. Il est demandé au patient d'uriner et le volume recueilli est mesuré.

	Avant test	Après test	Perte (en grammes)
Poids couche			

Résultat du test :

- Volume uriné après test :            ml
- Valeurs :                            < 2 g            =            absence d'incontinence  
    2-10 g           =            incontinence modérée  
    10-50 g        =            incontinence sévère  
    > 50 g         =            incontinence majeure

**CONCLUSION**

- IUE
- IV avec impériosité
- Instabilité vésicale sans incontinence
- IU mixte
- Traitements déjà reçus pour troubles de la statique et incontinence :
  - rééducation
  - Résultats :
    - o améliorés
    - o identiques
  - traitement médical :
  - traitement local :
    - o pessaire
    - o tampons vaginaux
    - o traitement trophique
    - o obstruc-teurs urétraux
  - traitement chirurgical

**MISE EN PLACE DU TRAITEMENT**

- Conseils hygiène de vie sur :
  - o constipation
  - o comportement mictionnel
  - o calendrier mictionnel
- Rééducation lombo-abdominale
- Travail en massage sur adhérence cicatricielle
- Mise en place coordination respiratoire
- Stimulation

