

# Rééducation fonctionnelle du plancher pelvien

## *Pelvic floor functional reeducation*

**M. Minschaert**

Service de Kinésithérapie Hôpital Erasme, U.L.B.

### RESUME

*La rééducation fonctionnelle du plancher pelvien vise à assurer la persistance d'une fonction périnéale correcte : statique, continence, harmonie sexuelle.*

*Les traitements s'effectuent à titre préventif et curatif.*

*Les modes d'action se rapportent aux propriétés musculaires et neuromusculaires de la sphère périnéale.*

*Différentes techniques se combinent : information, travail musculaire intracavitaire, pratique du biofeedback et de l'électrostimulation, gestion de la pression intra-abdominale.*

*La poursuite d'un traitement se conçoit uniquement si une amélioration apparaît dans un délai de 10 séances.*

*Rev Med Brux 2003 ; 4 : A 242-4*

### ABSTRACT

*Pelvic floor revalidation is devoted to conserve perineal functions as statics, urinary continence and sexual harmony. The therapeutics includes preventive and curative actions, and is based upon muscular and neuromuscular properties of pelvic floor.*

*The different steps are : information, local muscular work, behavioral education, biofeedback, functional electrostimulation, intra-abdominal pressure control.*

*The therapeutics is only continued if clinical improvement is demonstrated after 10 sessions.*

*Rev Med Brux 2003 ; 4 : A 242-4*

*Key words : pelvic floor, biofeedback, functional electrostimulation, intra-abdominal pressure*

La rééducation fonctionnelle du plancher pelvien est l'ensemble des techniques spécifiques non chirurgicales et non médicales visant à traiter les troubles de la statique pelvienne, à rétablir la continence urinaire et fécale et à harmoniser la fonction sexuelle.

La pratique de la rééducation s'adresse en majorité à des femmes présentant une incontinence urinaire d'effort (IUE), une incontinence d'urgence (IU) ou des prolapsus. Cette rééducation n'a pas d'objet si la musculature et la synergie vésico-sphinctérienne sont correctes.

On s'adresse également aux hommes présentant un incontinence postopératoire et aux enfants énurétiques.

Le traitement se conçoit à titre préventif aussi bien qu'à titre curatif. On le propose à titre préventif en période de post-partum pour les femmes dites à risque, soit dans les cas d'un surmenage périnéal prévisible

(métier, sport, pathologie associée), dans les cas où la trophicité est altérée (béance, cicatrice) et dans les cas où la cotation des releveurs est inférieure à 3, sans trouble urinaire.

Des plaintes de pesanteur pelvienne et/ou des prolapsus sans symptôme urinaire sont également suivis à titre préventif. Si une chirurgie doit être envisagée, un traitement pré et/ou postopératoire est proposé à titre de protection et de prévention de la récurrence.

Le traitement curatif, quant à lui, peut être entrepris quelles que soient les causes de l'incontinence. Il nécessite toujours une prise en charge des pathologies associées.

Les moyens à notre disposition sont les suivants : information, prise de conscience, travail manuel intracavitaire, *biofeedback* (BFB), électrostimulation fonctionnelle (ESF), traitements comportementaux, gestion de la pression intra-abdominale (PIA).

## L'INFORMATION

L'information est destinée à établir une relation de confiance avec les patients dans le but d'obtenir leur participation active. Bon nombre de patients arrivent à la consultation avec une tenue de gymnastique et sont donc désarçonnés par la nature du traitement proposé. Les explications seront anatomiques et fonctionnelles en rapport avec la pathologie et les compétences du patient.

La nature du traitement sera expliquée de manière précise : position de travail, matériel utilisé, méthode de désinfection et de stérilisation.

Il faut veiller à dédramatiser le caractère intime de cette rééducation en le replaçant dans le cadre strict d'un trouble musculaire particulier.

Les différentes techniques rééducatives s'adressent à l'appareil musculaire et neuromusculaire. L'action sur l'appareil musculaire joue sur la tonicité et la contractilité. L'action sur l'appareil neuromusculaire jouera sur la proprioception et le conditionnement réflexe.

## LA PRISE DE CONSCIENCE

La prise de conscience de la contraction périnéale constitue la seconde approche de la rééducation. Il existe un certain nombre de prérequis à celle-ci : il faut éliminer les contractures et les phénomènes douloureux, stabiliser le bassin et permettre une respiration libre.

La position, le langage utilisé et le toucher manuel sont facilitateurs de la proprioception.

La position de base est la position gynécologique qui permet un positionnement correct du bassin et des pelvitrochantériens, une délordose lombaire et un étirement des structures aponévrotiques (effet de prétension du plancher).

Le tronc est incliné à 45° et la tête soutenue par un coussin, ce qui inhibe la contraction des abdominaux et permet aux patients et aux thérapeutes de se voir et de se parler.

Le décubitus latéral est utilisé en cas de coxarthrose invalidante ou de participation abdominale trop importante. Le langage utilisé est simple.

On demande de faire comme si : " on retient un gaz, on interrompt le jet d'urine ".

Le toucher vaginal et l'autopalpation permettent un contrôle et une localisation de la musculature.

## LE TRAVAIL MANUEL INTRACAVITAIRE

Le travail manuel intracavitaire permet la prise de conscience de l'état de tension des releveurs. Le tonus

de base des releveurs protège les moyens de suspension et les structures nerveuses. Il se travaille de manière statique et sous-maximale.

Le tonus dynamique ou de charge assure une protection de ces mêmes structures lors de l'hyperpression abdominale. Il se travaille de manière dynamique et maximale.

Les releveurs assurent un cravatage de l'urètre proximal. Leur contraction génère un écrasement de l'urètre proximal et du col sur la symphyse pubienne et une inhibition du détrusor. La récupération portera sur la force, l'endurance et la résistance. Le travail est optimal s'il est bien dissocié de toutes les synergies parasites (abdominaux, adducteurs et fessiers). Dans les cas d'inversion de commande ou d'hyperactivité du plancher, le travail insistera sur la relaxation musculaire et le ponçage des points de tension douloureux (prépubiens).

Le verrouillage périnéal à l'effort est un conditionnement dynamique lié à la vigilance et simultané à toute augmentation de la PIA. Il s'agit de compenser la déficience du système de suspension vésico-urétral et de provoquer une augmentation de la pression urétrale afin de maintenir un gradient de pression positif en faveur de l'urètre.

## LE BIOFEEDBACK

Le *biofeedback* (BFB) est une méthode de rééducation qui utilise une rétro-information externe comme moyen d'apprentissage.

Le but principal est la prise de conscience, la stimulation de la participation du patient et l'apprentissage.

Trois étapes sont d'application :

- la visualisation de l'état de contraction actif aux réflexes et des contractions parasites ;
- la capacité de modification en intensité et en durée de la contraction ;
- l'automatisation de la contraction dans une situation donnée.

Le BFB peut être vésical, musculaire ou vésico-sphinctérien.

Les moniteurs de contrôle sont auditifs ou visuels. Les sondes sont manométriques ou électromyographique. Elles sont le plus souvent intracavitaires ou aussi de contact.

## L'ELECTROSTIMULATION FONCTIONNELLE

L'électrostimulation fonctionnelle induit une réponse musculaire directe et réflexe par l'intermédiaire du nerf pudendal (honteux interne).

Les effets recherchés sont les suivants :

- rôle excitomoteur proprioceptif ;

- renforcement direct des muscles périnéaux ;
- augmentation de la résistance à la fatigue ;
- inhibition de la contraction du détrusor ;
- effet antalgique ;
- effet relaxant ;
- augmentation de la pression de clôture maximum.

Le courant est biphasique. Les différents effets sont fonction des paramètres d'utilisation.

Il faut faire varier les caractéristiques du courant, l'alternance des phases de travail et de repos et l'intensité. La règle de non-douleur est toujours d'application.

Les sites de stimulation sont endocavitaires ou cutanés.

L'électrostimulation est contre-indiquée en cas de pacemaker, de grossesse, de règles et de paralysie périphérique lésionnelle.

## LE TRAITEMENT COMPORTEMENTAL

Le traitement comportemental va associer un calendrier mictionnel et défécatoire, une gestion des boissons, un travail de positionnement et des conseils d'hygiène.

Ce travail s'effectue en deux temps : d'abord une prise de conscience des habitudes avec une évaluation objective des troubles et ensuite une modification des habitudes.

## LA GESTION DE LA PRESSION INTRA-ABDOMINALE

Deux orientations existent dans le domaine de la gestion de la pression intra-abdominale : les techniques hypopressives et les techniques dépressives. La gymnastique hypopressive permet, par un exercice défini, de diminuer la pression intra-abdominale, ce qui par traction sur les structures aponévrotiques va générer une ascension viscérale et une activité réflexe de l'abdomen et du périnée.

Cette gymnastique ne peut être associée à des exercices classiques.

La technique globale de rééducation abdominopelvienne est de type dépressif. C'est une technique d'augmentation du flux expiratoire associée à une synergie abdominopelvienne. Le but est de protéger les parois faibles de l'enceinte abdominale en orientant une partie de la résultante des pressions générées par l'effort vers les voies aériennes.

Certaines techniques adjuvantes peuvent être proposées : bougies, cônes lestés, sondes lestées. Elles sont sans doute à réserver aux patients ne pouvant se rendre en cabinet. Les dilatations vésicales peuvent être envisagées dans certains cas.

La rééducation post-prostatectomie radicale est

essentiellement un accompagnement et une aide du trouble résiduel. Elle va généralement permettre de réduire le temps de rééducation spontané. Le but de la rééducation est de développer la musculature volontaire afin de remplacer la musculature automatique et d'assurer la clôture du système. Le patient se verra proposer un calendrier mictionnel, une électrostimulation, des exercices dépressifs et un entraînement au verrouillage périnéal.

Les séances sont prescrites par série de 18 à raison de 2 séances/semaine. Les premières améliorations apparaissent entre la 5<sup>ème</sup> et la 10<sup>ème</sup> séance. A l'issue des 18 séances, la guérison permet un arrêt du traitement. L'amélioration notable autorise la pratique d'une série de traitements de renforcement.

L'absence d'amélioration impose une réorientation du traitement. Il est souvent proposé, avec une rentabilité certaine des séances périodiques d'entretien. La combinaison des techniques décrites assure un taux de guérison et d'amélioration de 70 à 80 %.

La rééducation fonctionnelle du plancher pelvien constitue certainement une approche préliminaire dans la gestion des troubles de la continence.

La question de l'état de la continence doit faire partie de l'interrogatoire systématique afin d'entamer, au plus tôt, une rééducation fonctionnelle du plancher pelvien.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Villet R, Salet D, Zafirapulo M : Incontinence urinaire de la femme. Paris, Masson, 2000
2. Grosse D, Sengler J : Rééducation périnéale. Paris, Masson, 2000
3. Caufriez M : Thérapies manuelles et instrumentales en uro-gynécologie. Maité, 1988
4. Caufriez M : Gymnastique abdominale hypopressive. Caufriez, 1997
5. Guillarmé L : Technique globale de rééducation abdominopelvienne. UPKOG, 2000
6. Groupement Européen de périnéologie. Odyssée 1372 : 1998-1999
7. Bourcier : Urodynamique et réadaptation en uro-gynécologie. Paris, Vigot, 1986
8. Castille Y : L'opéré de prostatectomie radicale. U.C.L.

### Correspondance et tirés à part :

M. MINSCHAERT  
Hôpital Erasme  
Service de Kinésithérapie  
Route de Lennik 808  
1070 Bruxelles

Travail reçu le 12 mai 2003 ; accepté dans sa version définitive le 26 juin 2003.