

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

**LA FONCTION URINAIRE :
UN CONTRÔLE DE LA TÊTE AUX PIEDS
ÉTUDE D'UN CAS CLINIQUE**

Mémoire présenté par Virginie SALOMON
étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'État
de Masseur-Kinésithérapeute
2014-2015

SOMMAIRE

RÉSUMÉ

| | |
|---|----------|
| 1. INTRODUCTION | 1 |
| 2. MÉTHODES DE RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES | 2 |
| 3. ANATOMIE DE L'APPAREIL VÉSICO-SPHINCTÉRIEN..... | 2 |
| 3.1 L'appareil urinaire | 2 |
| 3.1.1 Les reins..... | 2 |
| 3.1.2 Les voies excrétrices..... | 3 |
| 3.1.2.1 Les uretères | 3 |
| 3.1.2.2 La vessie | 3 |
| 3.1.2.3 L'urètre | 3 |
| 3.2 Le périnée | 4 |
| 3.2.1 Le centre tendineux | 5 |
| 3.2.2 Le plancher musculaire..... | 5 |
| 4. MÉCANISMES DE LA CONTINENCE ET DE LA MICTION | 6 |
| 4.1 Phase de remplissage..... | 6 |
| 4.2 Miction | 6 |
| 5. INNERVATION ET CONTRÔLE DE LA FONCTION URINAIRE | 7 |
| 5.1 Innervation | 7 |
| 5.2 Contrôle neurologique..... | 7 |
| 5.2.1 Contrôle automatique | 7 |
| 5.2.1.1 Les réflexes mictionnels de MAHONY | 7 |
| 5.2.1.1.1 Le remplissage..... | 8 |
| 5.2.1.1.2 La miction..... | 9 |
| 5.2.1.2 Coordination vésico sphinctérienne..... | 10 |
| 5.2.2 Contrôle volontaire | 10 |
| 5.2.2.1 Sensation de besoin d'uriner..... | 10 |
| 5.2.2.2 Autoriser ou retarder la miction..... | 11 |

| | |
|---|-----------|
| 6. DYSFONCTIONNEMENTS URINAIRES CHEZ LA FEMME | 11 |
| 6.1 Incontinence urinaire..... | 11 |
| 6.1.1 Incontinence urinaire d'effort (IUE) | 12 |
| 6.1.2 Incontinence par instabilité vésicale (IV)..... | 12 |
| 6.1.3 Incontinence urinaire mixte (IUM) | 12 |
| 6.2 Prolapsus génitaux..... | 13 |
| 6.3 Facteurs de risque..... | 13 |
| 6.4 Impacts des troubles génito-urinaires..... | 14 |
| 7. LA PATIENTE DE LA TÊTE AUX PIEDS..... | 14 |
| 7.1 Présentation de la patiente..... | 14 |
| 7.2 Déroulement des séances | 16 |
| 7.3 Bilan diagnostic kinésithérapique | 16 |
| 7.4 Objectifs de la patiente..... | 17 |
| 7.5 Objectifs masso-kinésithérapiques | 17 |
| 7.6 Traitement | 18 |
| 7.6.1 Relaxation et respiration..... | 18 |
| 7.6.2 Prise de conscience..... | 19 |
| 7.6.2.1 Mobilité du centre tendineux | 19 |
| 7.6.2.2 Du bassin | 19 |
| 7.6.3 Travail manuel..... | 20 |
| 7.6.4 Exercices en décubitus | 20 |
| 7.6.5 Électrostimulation..... | 20 |
| 7.6.5.1 Matériel..... | 21 |
| 7.6.5.2 Tonolyse | 21 |
| 7.6.5.3 Électrostimulation dans le cadre d'une instabilité vésicale | 22 |
| 7.6.5.4 Recruter les fibres toniques | 22 |
| 7.6.5.5 Recruter les fibres phasiques | 23 |
| 7.6.6 Contrôle de la contraction périnéale et biofeedback | 23 |
| 7.6.7 Travail fonctionnel | 23 |

| | |
|--|-----------|
| 7.6.7.1 Fentes | 23 |
| 7.6.7.2 Ergonomie | 24 |
| 7.6.7.3 Verrouillage périnéal à l'effort | 24 |
| 7.6.8 Traitement comportemental et conseils d'hygiène de vie | 24 |
| 7.6.8.1 Reprogrammation des habitudes mictionnelles | 25 |
| 7.6.8.2 Conseils d'hygiène de vie | 25 |
| 8. BILAN FINAL | 26 |
| 9. FICHES | 28 |
| 10. DISCUSSION | 28 |
| 11. CONCLUSION | 30 |
| BIBLIOGRAPHIE | |
| ANNEXES | |

RÉSUMÉ

Les dysfonctions urinaires peuvent toucher l'ensemble de la population, mais ils concernent principalement les femmes. La grossesse, l'accouchement mais aussi la profession, la toux chronique, l'âge voire certains sports sont des facteurs de risque à ne pas négliger.

Cependant, le sujet reste difficile à aborder pour les patientes qui préféreront, pour certaines, restreindre leurs activités voire s'isoler. Les fuites urinaires représentent une véritable gêne sociale qui enferme ces femmes dans un mode de vie contraignant. Ces troubles ont un retentissement sur le comportement, les habitudes ainsi que sur la qualité de vie et des relations de couple. De plus, il persiste une méconnaissance de la zone pelvienne, du bassin en général et des différents rôles du périnée.

Partant de ces constatations, il est important de responsabiliser le patient et le rendre acteur de sa rééducation.

Nous avons choisi de réaliser l'étude d'une patiente présentant une incontinence urinaire mixte (IUM) ainsi qu'un prolapsus afin de développer les différents aspects de la rééducation périnéale. Elle se base sur l'information de la patiente (anatomie, physiologie de la fonction urinaire), ainsi que sur des exercices analytiques et fonctionnels qui la confrontent aux activités de la vie quotidienne. La prise en charge est également fondée sur les conseils que nous avons pu donner à la patiente afin qu'elle puisse changer et optimiser ses habitudes.

Mots clés : incontinence urinaire, rééducation périnéale, électrostimulation, traitements comportementaux

Key words : urinary incontinence, physiotherapy, electrostimulation, behavior therapy

1. INTRODUCTION

« Un urètre ridiculement court, une musculature périnéale malmenée par les enfants et les accoucheurs, un système hormonal qui se dérègle à la ménopause et enfin le passage à la bipédie, valent à la femme d'être une proie toute désignée pour l'incontinence urinaire » affirme l'Association Française d'Urologie représentant la femme comme une « innocente victime d'une nature imprévoyante ». [1]

Les troubles urinaires restent un sujet qu'il est difficile d'aborder pour les patientes. Les incontinenances urinaires touchent 20 à 47% des femmes en France parmi toutes les tranches d'âge. Il est cependant difficile de connaître le nombre exact d'individus concernés en France, car beaucoup n'osent pas l'évoquer et consulter un médecin. [2]

Plusieurs facteurs sont responsables de l'affaiblissement de la sphère pelvienne conduisant à la perte involontaire d'urine. C'est le cas des événements traumatisants tels que la grossesse ou l'accouchement par voie basse mais également l'âge, l'obésité, le sport, la toux chronique et la ménopause. En outre, ces troubles urinaires représentent une véritable gêne sociale et ont un retentissement sur la qualité de vie, la sexualité, ainsi que sur l'image et l'estime de soi des patients. Les personnes incontinentes ont tendance à restreindre leurs activités afin de ne pas être confrontées à des fuites urinaires ou des urgences mictionnelles en public. [3]

Le périnée est un carrefour des forces et des contraintes, il est donc important d'avoir une vision générale des impacts liés aux dysfonctions du plancher pelvien. De plus, le contrôle de la fonction urinaire fait appel à différents mécanismes que nous détaillerons au travers de ce mémoire. Nous avons également souhaité exposer l'importance d'une rééducation globale de l'individu souffrant de troubles urinaires. La prise en charge du cas clinique s'est déroulée dans un cabinet libéral de juillet à août 2014.

2. MÉTHODES DE RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

Les recherches bibliographiques ont débuté en juillet 2014 et se sont terminées en avril 2015. Elles ont interrogé différents sites comme : Pubmed, Science Direct, EMConsult, Cochrane Library, Journal of Urology, Urofrance, H.A.S etc. Les recherches se sont limitées à la littérature française et anglaise.

Les mots clés utilisés sont :

- en français : incontinence urinaire, rééducation périnéale, électrothérapie, traitement comportementaux
- en anglais : urinary incontinence, physiotherapy, electrotherapy, behavior therapy

3. ANATOMIE DE L'APPAREIL VÉSICO-SPHINCTÉRIEN

3.1 L'appareil urinaire

L'appareil urinaire comprend les reins ainsi que les voies excrétrices à savoir les uretères, la vessie et l'urètre. (ANNEXE I, fig. 1)

3.1.1 Les reins

Les deux reins sont situés de part et d'autre de la colonne lombaire, en arrière de la cavité péritonéale. Au sein de l'organisme, ils assurent plusieurs fonctions :

- Une fonction exocrine permettant l'excrétion des déchets produits par l'organisme sous forme d'urine.
- Une fonction endocrine entraînant la production d'hormones (rénine, érythropoïétine).
- Le maintien de l'homéostasie par la régulation de l'équilibre entre l'eau et les sels minéraux de l'organisme. [4]

3.1.2 Les voies excrétrices

3.1.2.1 Les uretères

Les uretères sont des conduits musculaires lisses qui transportent l'urine des reins à la vessie.

3.1.2.2 La vessie

L'urine, sécrétée de manière continue par les reins, est acheminée vers la vessie. Ce réservoir musculo tendineux emmagasine l'urine puis l'évacue vers le milieu extérieur lors de la miction. Lorsqu'elle est vide, la vessie est un organe pelvien : elle se situe dans le petit bassin en arrière de la symphyse pubienne. Une fois remplie, elle dépasse la symphyse et se retrouve en contact des muscles de la paroi abdominale.

Elle se compose de deux parties :

- Le détroisor : c'est le muscle vésical. Il forme une poche extensible formée de fibres musculaires lisses dont la contraction synchrone permet l'expulsion de l'urine.
- La base vésicale constituée par le muscle trigone. C'est un espace fixe et rigide délimité par l'abouchement de l'urètre et des deux uretères. [4]

3.1.2.3 L'urètre

L'urètre est un conduit qui véhicule l'urine de la vessie au milieu extérieur lors des mictions. Chez la femme, il mesure environ 4 cm et relie la vessie au méat urétral, situé entre le clitoris et l'orifice vaginal. [4]

Il est entouré par :

- Un sphincter lisse formé par le prolongement des fibres musculaires du détrusor. Il assure une continence passive.
- Un sphincter strié en relation avec les muscles périnéaux et qui assure une continence active.

3.2 Le périnée

Il regroupe l'ensemble des muscles, ligaments et aponévroses se situant entre la symphyse pubienne, le coccyx et les tubérosités ischiatiques. Il forme la limite inférieure de l'abdomen.

Il est composé de deux parties : le centre tendineux et les muscles pelviens. Au sein de l'organisme, il assure différents rôles :

- Lors de la station debout, le périnée soutient le poids des viscères.
- Il agit en synergie avec la sangle abdominale et le diaphragme lors de l'expulsion des urines.
- Sa contraction permet la continence urinaire, fécale et des gaz.
- Son relâchement autorise la miction et la défécation.
- Il constitue la partie inférieure du caisson abdominal et participe en synergie avec les abdominaux et le diaphragme à la répartition des pressions lors d'un effort.
- Il intervient également dans la statique pelvienne en assurant le respect des orientations physiologiques des viscères (utérus, vessie et rectum) au repos et à l'effort. Toute faiblesse du périnée entraîne une modification de leur position au sein de la sphère pelvienne.
- Lors de l'orgasme, les muscles du plancher pelvien se contractent. Leur tonicité améliore l'intensité de l'orgasme. Kegel a émis l'hypothèse selon laquelle les sensations sexuelles sont liées au tonus musculaire. Ces sensations peuvent être améliorées par la rééducation périnéale et notamment le renforcement du muscle pubo-coccygien. Il a démontré que ce renforcement a permis chez certaines femmes anorgasmiques, d'atteindre l'orgasme. [5]

3.2.1 Le centre tendineux

Il s'agit d'une formation fibreuse et solide, autrement appelée lame sacro-recto-vésico-génito-pubienne, située entre l'orifice du vagin et du rectum. Il résulte du croisement des muscles et tissus conjonctifs du périnée. Il participe à leur maintien et joue un rôle important dans la statique pelvienne : en effet il constitue une zone d'appui pour les organes pelviens. [6]

3.2.2 Le plancher musculaire

Il participe au même titre que les fascias et ligaments viscéraux à la statique pelvienne. Il est constitué de 3 plans musculaires (ANNEXE I, fig 2) :

- Le plan superficiel composé des muscles ischio caverneux, bulbo spongieux, transverses superficiels et constricteurs de la vulve. Ce sont des muscles à dominante phasique : ils contribuent au renforcement de la continence lors d'un effort.
- Le plan moyen comprenant le sphincter externe de l'urètre et les muscles transverses profonds. Ils possèdent davantage de fibres toniques.
- Le plan profond ou diaphragme pelvien, en forme d'éventail et composé des muscles coccygiens et élévateurs de l'anus. Il fonctionne en synergie avec le diaphragme thoracique : ils descendent à l'inspiration et remontent à l'expiration. Ces muscles sont plutôt toniques, endurants et interviennent dans le soutènement des viscères pelviens et assurent de façon continue la continence.

Remarque : Au sein du plancher pelvien, le contingent de fibres toniques représente approximativement 70% de l'ensemble des fibres et celui des fibres phasiques représente 30%. [7]

Ces muscles sont innervés par le nerf pudendal (S2, S3, S4). Ils possèdent des fonctions communes comme le soutènement et la stabilité des viscères. [8]

4. MÉCANISMES DE LA CONTINENCE ET DE LA MICTION

4.1 Phase de remplissage

L'urine est produite en permanence par les reins. Elle chemine ensuite vers la vessie par les uretères. Durant cette phase de remplissage :

- La pression intra-vésicale est basse, la vessie se laisse distendre.
- La pression urétrale est élevée, les sphincters sont contractés et permettent la continence.

Lors de cette phase de stockage de l'urine, l'augmentation du volume vésical entraîne une stimulation des mécanorécepteurs présents à la surface du détrusor. Au delà d'une certaine tension vésicale, un stimulus est envoyé au cortex : la sensation du besoin d'uriner apparaît. [9]

4.2 Miction

Lorsque la vessie est pleine, le cerveau et le système nerveux autonome ordonnent la miction. Se produit alors :

- Une augmentation de la pression vésicale : le détrusor se contracte.
- Une chute de la pression urétrale : les muscles sphinctériens automatiques et volontaires se relâchent.

Une fois la vidange terminée, les sphincters se referment, la pression vésicale est rétablie. La vessie peut à nouveau se remplir. [9]

5. INNERVATION ET CONTRÔLE DE LA FONCTION URINAIRE

5.1 Innervation

L'innervation des différentes structures musculaires de l'appareil vésico sphinctérien fait appel à deux systèmes nerveux :

- Le système nerveux autonome composé du système parasympathique et sympathique. Il permet la contraction des muscles lisses.
 - o Le système parasympathique assure l'innervation de la musculature lisse de la vessie (détrusor et trigone) grâce aux nerfs érecteurs (S2, S3, S4).
 - o Le système sympathique innerve le sphincter lisse urétral via les nerfs hypogastriques issus de T10 à L2.
- Le système nerveux somatique innerve le sphincter strié urétral par l'intermédiaire du nerf pudendal (S2, S3, S4). [9]

5.2 Contrôle neurologique

5.2.1 Contrôle automatique

5.2.1.1 Les réflexes mictionnels de MAHONY

Les différentes étapes du cycle mictionnel sont régies par les réflexes de MAHONY. Au nombre de 12, ils interviennent lors de chaque phase du cycle et permettent leur alternance. Ces réflexes neuromusculaires sont indispensables et assurent une fonction urinaire normale. [10]

5.2.1.1.1 Le remplissage

Lors de la phase de remplissage de la vessie, 4 réflexes interviennent :

- **R1** : réflexe sympathique inhibiteur du détrusor
 - o Le détrusor se relâche, la vessie se laisse distendre et permet le remplissage.
- **R2** : réflexe sympathique constricteur du sphincter lisse urétral (SLU)
 - o Le tonus musculaire du SLU augmente pour clôturer l'orifice de sortie.
- **R3** : réflexe inhibiteur périnéo –détrusorien
 - o Il est activé par les récepteurs de tensions des muscles pelviens notamment du pubo coccygien.
 - o Il entraîne une diminution de la pression vésicale en réponse à une augmentation du tonus musculaire des muscles pelviens : le détrusor se détend davantage.
 - o Il permet de finir de remplir la vessie en relâchant un peu plus le muscle vésical.
 - o La rééducation de l'instabilité vésicale fera appel à ce réflexe R3.
- **R4** : réflexe protecteur uro-sphincterien
 - o Le tonus musculaire du sphincter strié urétral (SSU) s'accroît en réponse à une augmentation de la tension du trigone vésical.
 - o Rôle de protection : l'augmentation de la tension au niveau du trigone permet de fermer les orifices d'abouchement des uretères pour éviter les reflux urinaires vers les reins. Il intervient au niveau de B4.

5.2.1.1.2 La miction

Au début de la miction 2 réflexes sont mis en jeu :

- **R5** : Réflexe de relaxation du périnée et du sphincter strié urétral
 - o Il est activé par la contraction du diaphragme et des abdominaux ainsi que le relâchement des muscles pelviens.
 - o Il permet l'initiation volontaire de la miction
- **R6** : Réflexe facilitant détruso-détrusorien
 - o La pression détrusorienne augmente.

Lors de la miction, 5 réflexes interviennent. Ils garantissent le maintien de contractions détrusoriennes efficaces afin de permettre une vidange complète de la vessie.

- **R7** : Réflexe de relâchement du sphincter lisse urétral
 - o Le tonus du SLU diminue.
- **R8** : réflexe de relâchement du sphincter strié urétral
 - o Les contractions du SSU sont inhibées en réponse à une forte tension vésicale.
- **R9 et R10** : réflexe facilitant uréthro-détrusorien
 - o Ils augmentent l'excitabilité de la vessie et facilitent ainsi la vidange de la vessie.
- **R11** : réflexe de relâchement du sphincter strié urétral
 - o Les contractions du SSU sont inhibées.
 - o R11 renforce l'action de R8.

En fin de miction, un seul réflexe opère :

- **R12** : Réflexe de contraction du périnée
 - Ce réflexe post-mictionnel est activé par la contraction volontaire des muscles du plancher pelvien et du SSU, il permet un nettoyage urétral.
 - Les influx stimulant le centre mictionnel sacré sont inhibés, les contractions vésicales diminuées.
 - La phase de remplissage se met à nouveau en place notamment grâce aux réflexes R1 et R4.

5.2.1.2 Coordination vésico sphinctérienne

L'alternance des phases de miction et de continence est le résultat d'une coordination entre les muscles sphinctériens et le détrusor sous contrôle du cerveau. Les pressions vésicale et sphinctérienne agissent différemment selon les phases du cycle mictionnel. [9] (ANNEXE VII, fig.1)

5.2.2 Contrôle volontaire

Le contrôle de la fonction urinaire passe également par une phase volontaire. En effet, au cours de notre croissance, nous avons appris à autoriser ou refuser la miction. Des signaux d'alerte de type sensitifs nous informent de l'état de remplissage de notre vessie : ce sont les besoins d'uriner. [9]

5.2.2.1 Sensation de besoin d'uriner

L'envie d'uriner se fait sentir dès lors que la stimulation des récepteurs de tension du détrusor dépasse un certain seuil. Un signal est alors envoyé à la corne postérieure de la moelle sacrée via les nerfs érecteurs puis transmis au cortex. Ces informations nous renseignent sur le niveau de remplissage de la vessie et la sensation de besoin. [9]

On distingue trois types de besoin en fonction du remplissage de la vessie :

- B1 : besoin fugace qui disparaît (perçu vers 100-150mL de remplissage)
- B2 : besoin normal (apparaît vers 250- 300mL de remplissage)
- B3 : besoin urgent (perçu vers 400-500mL de remplissage)

Le passage de B2 à B3 peut être retardé par le réflexe R3 : les contractions volontaires des muscles du plancher pelvien entraînent par voie réflexe une inhibition des contractions du détrusor et retardent de quelques minutes le besoin urgent B3.

5.2.2.2 Autoriser ou retarder la miction

Il existe, au niveau du lobe frontal, des centres mictionnels qui permettent de façon raisonnée ou instinctive d'autoriser ou non la miction :

- Le cortex pré-frontal intervient dans le déclenchement délibéré de la miction.
- Le système limbique intervient lors des mictions accompagnant de fortes émotions comme le fou rire, l'orgasme ou la peur par exemple. [9]

De plus, la contraction volontaire des muscles pelviens permet la continence et l'inhibition des contractions détrusoriennes (réflexe R3) afin de retarder la miction. Elle permet également de réduire voire interrompre le jet lors d'une perte d'urine involontaire.

6. DYSFONCTIONNEMENTS URINAIRES CHEZ LA FEMME

6.1 Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est définie par l'International Continence Society (ICS) comme étant « la perte involontaire d'urine au repos ou lors d'un effort ».

6.1.1 Incontinence urinaire d'effort (IUE)

L'incontinence d'effort résulte de fuites urinaires synchrones à un effort qui augmente la pression abdominale. Ces pertes urinaires soudaines ne sont pas précédées d'une sensation de besoin et surviennent le plus souvent lors d'éternuements, toux, rires, ports de charge et de sauts.

6.1.2 Incontinence par instabilité vésicale (IV)

Elle est caractérisée par une dysfonction du détrusor. En effet, les systèmes sympathique et somatique n'inhibent pas le système parasympathique entraînant des contractions vésicales soudaines et non inhibées lors de la phase de remplissage. Ces contractions intempestives et anarchiques provoquent dans un premier temps, des urgences mictionnelles mais sans fuite. Les personnes présentant une IV se rendent régulièrement aux toilettes pour éviter les urgences. Au fur et à mesure, ces mictions de précaution vont entraîner une diminution de la capacité vésicale. De ce fait, les urgences mictionnelles apparaissent plus tôt, les mictions seront plus fréquentes. Les sujets souffriront donc de pollakiurie avec urgences mictionnelles sans fuite. Dans un second temps, à force de retenue (réflexe R3), la musculature pelvienne se fatigue et devient moins efficace. S'ajoutera alors aux symptômes précédents une incontinence urinaire.

Les urgences mictionnelles sont déclenchées par des stimuli de différents types :

- émotionnel : stress, colère, orgasme, angoisse
- sensoriel : froid, bruit de l'eau qui coule, mains passées sous l'eau froide
- autre : syndrome du paillason (envies urgentes majorées à proximité du domicile)

6.1.3 Incontinence urinaire mixte (IUM)

Elle associe à la fois les symptômes de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) et de l'instabilité vésicale (IV). [11]

6.2 Prolapsus génitaux

Il s'agit d'une descente partielle ou totale d'un ou plusieurs organe(s) pelvien(s). Il peut concerner la vessie (cystocèle), la vessie et l'urètre (urétrocèle), l'utérus (hystéroptose), le rectum (rectocèle), le cul de sac de Douglas (élytrocèle), les anses grêles (entérocèle) ou encore le colon sigmoïde (sigmoïdocèle).

En fonction de la gravité de l'extériorisation, les prolapsus sont classés en trois stades selon la classification de Baden et Walker. Le patient doit réaliser une manœuvre de Valsalva c'est-à-dire une poussée glotte fermée. [12]

- Stade I : l'organe reste intra-vaginal.
- Stade II : le prolapsus affleure la vulve mais ne la dépasse pas.
- Stade III : l'organe dépasse la vulve et s'extériorise.
- Stade IV : le prolapsus est totalement extériorisé, même en dehors de la poussée.

6.3 Facteurs de risque

Les troubles urinaires peuvent être favorisés par différents facteurs :

- Les professions comportant des ports de charges lourdes réguliers,
- Les antécédents obstétricaux (accouchements par voie basse, poids du bébé à la naissance, prise de poids de la mère, utilisation de forceps ou ventouses),
- La bronchite chronique et en particulier les toux répétitives,
- La ménopause : les changements hormonaux qui l'accompagnent engendrent une diminution de l'élasticité des tissus conjonctifs par baisse du taux de collagène. La carence en oestrogène entraîne une diminution de la trophicité des cellules du vagin, de la vessie et de l'urètre. De plus, les muscles sphinctériens qui permettent la continence sont hormono-dépendants. Ainsi lors de la ménopause, leurs contraction et vascularisation sont moins bonnes, la pression de clôture maximale est alors diminuée et la continence moins efficace. [13]

- Le surpoids : il rend la sangle abdominale moins efficace et crée davantage de pression sur le périnée. [14]
- Les boissons diurétiques : le café, le thé, les sodas, les boissons énergisantes ainsi que l'alcool favorisent la contractilité vésicale et ont un effet diurétique. [15]
- Antécédents de constipation : les poussées à répétitions exercent des pressions sur les muscles pelviens et contribuent à fragiliser le périnée.
- Traitements médicamenteux comme les antihypertenseurs, anti-arythmiques et antidépresseurs peuvent occasionner des troubles urinaires. [16]
- Les chocs itératifs provoqués par certains sports (course à pied) ainsi que les efforts en apnée (athlétisme) fragilisent le périnée.

6.4 Impacts des troubles génito-urinaires

Les dysfonctionnements urinaires ainsi que les prolapsus peuvent être à l'origine de gênes pouvant impacter la vie sociale et personnelle. En effet, ces troubles peuvent altérer l'image personnelle et intime des personnes qui en souffrent. La confiance et l'estime de soi se dégradent. De plus, souffrir de dysfonctions urinaires peut entraîner une tendance à l'isolement (restriction des sorties, des loisirs) et avoir un retentissement sur les conditions de travail. Il faut également considérer le coût occasionné par l'achat de protection hygiénique.

7. LA PATIENTE DE LA TÊTE AUX PIEDS

7.1 Présentation de la patiente

Mme R.B, 61ans, célibataire, récemment retraitée présente depuis son accouchement, il y a 29 ans, des fuites urinaires à l'effort et des impériosités. Depuis 10 ans, ce qui correspond à sa ménopause, les symptômes et la gêne fonctionnelle ont augmenté.

La patiente a bénéficié, de 3 séries de 20 séances de rééducation périnéale chez des kinésithérapeutes, espacées de plusieurs années.

Mme R. est une femme active et sportive. Les fuites urinaires se produisant le plus souvent lors d'un effort, occasionnent une gêne fonctionnelle importante au quotidien.

Le calendrier des boissons met en évidence une consommation importante de liquide (entre 3L et 4L par jour) de tous types : café, thé, eau, alcool, soda (ANNEXE IV). La patiente adopte un comportement prophylactique. En effet, afin de prévenir les infections urinaires elle boit du jus de canneberge. Pour lutter contre la constipation, elle mange une « poignée de noix de cajou ». Mme R. s'est avérée être une patiente intéressée et volontaire, présente à toutes les séances de rééducation.

Mme R., présente plusieurs facteurs favorisant son IU :

- Elle était manutentionnaire chez Auchan. Elle devait donc régulièrement porter des charges lourdes occasionnant des hyperpressions au niveau du caisson abdominal.
- Elle a eu un enfant et lors de l'accouchement, les muscles pelviens ont été déchirés puis recousus.
- Mme R. est ménopausée mais n'a pas de traitement médicamenteux hormonal de substitution.
- Elle est en léger surpoids (IMC = 25,20).
- Sa consommation hydrique journalière est d'environ 3L et elle comprend des excitants vésicaux tels que le café, le thé, l'alcool, les sodas.
- La patiente a longtemps été constipée. Il n'est pas impossible que la constipation ait entraîné une rectocèle.
- Son traitement médicamenteux est composé d'antihypertenseurs, antigoutteux, anti-arythmiques et antidépresseurs.

7.2 Déroulement des séances

Nous avons mis en place un traitement personnalisé et adapté à la patiente, ses objectifs et les nôtres. La rééducation s'est basée sur les recommandations de la H.A.S. à savoir celles concernant la femme présentant des troubles urinaires à l'exclusion des affections neurologiques. [17]

La première séance est dédiée à l'information de la patiente et au bilan. L'anatomie et le fonctionnement du système urinaire sont expliqués grâce à des schémas et des planches anatomiques. Nous évoquons les principes de la rééducation périnéale ainsi que les techniques utilisées afin de rassurer la patiente et dédramatiser la situation. Cette dernière étant très logorrhéique et utilisant fréquemment l'humour pour répondre à nos questions, le bilan a dû se poursuivre lors de la deuxième séance (ANNEXE II). Afin d'évaluer la fréquence de ses mictions, urgences et fuites urinaires, Mme R. a tenu un calendrier mictionnel durant 3 jours, quelle nous a remis lors de la troisième séance. (ANNEXE V)

Chaque séance n'était pas identique : les exercices ont évolué en fonction de la patiente. Les séances comprenaient notamment de la relaxation, de l'électrostimulation, des exercices analytiques et fonctionnels ainsi que des conseils d'hygiène de vie.

7.3 Bilan diagnostic kinésithérapique

Déficiences :

- Prolapsus cystocèle stade II et rectocèle stade I entraînant une miction lente
- Fuites urinaires (gouttelettes) de 1 à 3x par jour
- Instabilité vésicale
- Pollakiurie (7 mictions par jour), nycturie (2 à 3 mictions par nuit)
- Muscles du plancher pelvien toniques
- Déficit musculaire des muscles releveurs (3/5) et bulbo spongieux (3/5)

- Syncinésies lors de la contraction périnéale : participation des abdos et fessiers, blocage respiratoire
- Pas de verrouillage périnéal efficace

Incapacités :

- IU à l'effort : toux, saut, course, danse, port de charges
- Courir, danser, sauter, porter des charges lourdes, avoir des fous rires sans fuite

Handicap :

Mme R. doit prévoir la localisation des toilettes lors des sorties. Elle évite les longs trajets car elle est incapable de se retenir plus de 15 minutes dès lors que la sensation de besoin apparaît. De plus, elle restreint ses activités car ses fuites entraînent une forte sensation de gêne due aux odeurs ou aux éventuelles tâches visibles sur ses vêtements. Son handicap est donc plutôt social.

Afin d'évaluer l'impact des troubles urinaires sur sa qualité de vie, Mme R. a rempli le questionnaire de qualité de vie CONTILIFE. Le résultat indique une qualité de vie globale jugée mauvaise avec un score de 1/5. (ANNEXE VI)

Remarque : Nous avons confrontée notre bilan diagnostic kinésithérapique au bilan urodynamique réalisé le 02/03/2009 : aucune évolution n'a été noté. (ANNEXE III)

7.4 Objectifs de la patiente

La patiente a pour objectif d'espacer ses mictions pour pouvoir sortir sans se préoccuper de la présence ou non de toilettes. Elle souhaiterait également pouvoir danser sans fuite urinaire.

7.5 Objectifs masso-kinésithérapiques

Mme R. est une femme active et volontaire soucieuse de bien faire. Il est cependant difficile de l'amener à porter son attention uniquement sur elle.

C'est pourquoi un de nos objectifs premiers est de détendre et mettre en confiance la patiente grâce à la relaxation et la respiration abdomino-diaphragmatique.

Lors du bilan nous avons remarquée que la contraction périnéale était accompagnée de syncinésies telles que le blocage respiratoire et la contraction des abdominaux et des fessiers. Nous allons travailler avec Mme R. afin d'obtenir une contraction sans compensation grâce à l'apprentissage de la respiration abdomino-diaphragmatique et la prise de conscience du périnée. Le renforcement musculaire et l'acquisition d'un verrouillage périnéal à l'effort plus efficace font également partie de nos objectifs à court terme.

Tout au long de la prise en charge nous allons apprendre à la patiente à changer ses habitudes de vie grâce à des conseils concernant son alimentation, ses boissons, le sport et la façon de retarder ses mictions. Nous allons la guider et la confronter à des activités du quotidien qui entraînent des fuites.

Enfin, les objectifs à long terme sont d'entretenir la musculature pelvienne et de retarder la une éventuelle chirurgie voire optimiser ses résultats si Mme R. se fait opérer.

7.6 Traitement

7.6.1 Relaxation et respiration

Nous proposons de commencer les séances par de la relaxation pour que Mme R. puisse se détendre. La séance se déroule sans protocole particulier. La patiente est installée en décubitus dans une salle, sans bruit, avec une lumière tamisée. Dans un premier temps, nous lui demandons de prendre conscience de la position de son corps, de ressentir les zones en appui et celles qui ne touchent pas la table. Ensuite, nous l'incitons à porter son attention sur sa respiration : son rythme, sa localisation, la durée de chaque phase.

Mme R. pose ses mains sur son ventre, puis son thorax et enfin sur la partie latérale des côtes pour qu'elle puisse prendre conscience de la mobilité de ces différentes zones.

Ces séances ont permis à Mme R. de se relaxer tout en portant son attention sur les différents mouvements de la respiration. Elle a pu, par sa propre expérience corporelle, sentir la différence entre une respiration thoracique et abdominale. Il a été ensuite plus simple d'automatiser la respiration abdomino-diaphragmatique et d'obtenir une contraction du plancher pelvien sans blocage respiratoire. Nous conseillons à la patiente de refaire cet exercice à la maison en ajoutant des contractions périnéales.

7.6.2 Prise de conscience

7.6.2.1 Mobilité du centre tendineux

Afin de faire prendre conscience de la mobilité du centre tendineux à Mme R., nous positionnons un doigt sur cette lame tendineuse puis nous lui demandons de se retenir comme pour éviter une fuite urinaire. La patiente sent que notre doigt est « aspiré ». Elle peut se servir de cet exercice à la maison, comme une aide afin de vérifier par elle-même si sa contraction périnéale est bonne.

7.6.2.2 Du bassin

Malgré le fait que Mme R. pratique de la danse, son bassin est une zone méconnue et sa mobilité est peu maîtrisée. Nous nous servons de schémas afin de faire connaître à la patiente l'anatomie du plancher pelvien, véritable nappe musculaire qui soutient les viscères, ainsi que ses actions. Nous lui faisons ensuite réaliser des exercices de contraste c'est-à-dire exécuter des mouvements globaux pour ensuite affiner et centrer le mouvement sur une zone précise. Cet exercice nous a permis de travailler l'antéversion et la rétroversion du bassin, en proposant dans un premier temps de réaliser un enroulement complet puis redressement du tronc et du bassin. La patiente tente ensuite de restreindre le mouvement au bassin (ANNEXE VI, fig 2).

Elle associe ensuite à ces mouvements des contractions du périnée. En fonction des positions, les afférences sensibles et proprioceptives qu'elle reçoit au niveau du bassin et du périnée sont différentes.

7.6.3 Travail manuel

Nous réalisons un toucher vaginal avec deux doigts et du gel lubrifiant : nous travaillons la contraction des fibres toniques (tenue 8 à 10 secondes à 50% de la force maximale) et la contraction des fibres phasiques (tenue 1 à 2 secondes à 100% de la force maximale). Nous veillons à laisser un temps de repos équivalent au temps de travail.

Nous invitons la patiente à placer ses mains sur ses abdominaux et fessiers pour vérifier la contraction isolée du périnée sans compensation.

Remarque : Le travail manuel a rapidement laissé place aux exercices car la patiente n'avait plus besoin de stimuli extéroceptifs pour réaliser des contractions périnéales efficaces non compensées.

7.6.4 Exercices en décubitus

A la suite du travail manuel, nous proposons à Mme R. de réaliser des exercices de difficulté croissante. En décubitus, elle réalise une contraction du périnée tout en levant une jambe (3 séries de 10 mouvements, temps de travail = temps de repos). Ensuite elle réalise des ponts fessiers en maintenant la contraction durant tout le mouvement (3 séries de 10 mouvements, temps de travail = temps de repos).

7.6.5 Électrostimulation

En plus de la relaxation et des exercices, chaque séance comprend une partie d'électrostimulation.

Nous optons pour un courant alternatif bi-phasique à moyenne nulle car le risque d'échauffement tissulaire est réduit. Nous utiliserons le même courant pour la stimulation des différentes fibres. [18] [19]

7.6.5.1 Matériel

Nous utilisons l'appareil d'électrothérapie PHENIX LIBERTY©, il nous permet d'utiliser de l'électrostimulation ainsi que le biofeedback. De plus, il possède des « pods » connectés en wifi à la machine. Nous utilisons une sonde endo-vaginale ainsi que des électrodes cutanées pour contrôler l'action des abdominaux et fessiers.

Nous déclarons n'avoir aucun conflit d'intérêt avec la société VIVALTIS qui commercialise l'appareil d'électrothérapie PHENIX LIBERTY© même s'ils nous ont autorisé à participer à leur formation. (ANNEXE IX)

7.6.5.2 Tonolyse

La patiente présente une cystocèle ainsi que des troubles urinaires qui mettent en permanence les muscles périnéaux en tension. Bien qu'ils aient un rôle de soutènement des viscères pelviens, il est important qu'ils puissent se relâcher pour ne pas s'épuiser. De plus, à la palpation lors du toucher vaginal, les muscles du plancher pelvien étaient très toniques. C'est pourquoi avant d'entamer le travail musculaire nous utilisons la tonolyse. Il s'agit d'un courant à très faible fréquence qui provoque des secousses musculaires et qui possède un effet décontracturant.

Les paramètres utilisés sont :

- un courant wobulé pour éviter l'accoutumance,
- fréquence = 3Hz,
- largeur d'impulsion = 100 microsecondes,
- durée = 20 min.

7.6.5.3 Électrostimulation dans le cadre d'une instabilité vésicale

Dès les premières séances, nous avons choisie de commencer par détendre le détrusor et calmer ses contractions anarchiques. Nous utilisons un courant interférentiel qui ne nécessite pas de sonde endo-vaginale. Une électrode est posée sous chaque ischion de la patiente et une autre au niveau de chaque pli inguinal. Le but consiste à faire se croiser deux courants de fréquences légèrement différentes (2000Hz et 2010Hz) au niveau de la vessie. Cette technique permet de renforcer le réflexe R3 de MAHONY pour que la vessie finalise son remplissage en relâchant un peu plus le détrusor. Elle va également permettre à la patiente d'espacer progressivement ses mictions.

Les fibres phasiques et toniques sont ensuite renforcées pour permettre à Mme R. de se retenir de façon efficace : 3 séries de 4 contractions brèves à 50% de la force maximale, entrecoupées de 10 secondes de repos.

7.6.5.4 Recruter les fibres toniques

Les fibres toniques assurent la solidité du plancher pelvien. Elles sont en tension permanente et soutiennent les viscères. Nous renforçons donc ces fibres dans un premier temps pour améliorer le tonus basal des muscles du plancher pelvien.

L'appareil d'électrothérapie propose différents programmes, notamment pour la stimulation des fibres toniques. Ils consistent à obtenir une contraction prolongée sur quelques secondes pour recruter uniquement les fibres toniques. Nous demandons à la patiente de réaliser une contraction volontaire en même temps que le courant est délivré.

Les paramètres utilisés sont :

- fréquence = 20 Hz,
- largeur d'impulsion = 320 microsecondes,
- temps de travail = temps de repos,
- durée = 15 min.

7.6.5.5 Recruter les fibres phasiques

Les fibres phasiques quant à elles, renforcent le périnée lors d'hyperpression. Renforcer ses fibres permettra à Mme R. d'acquérir un verrouillage périnéal plus efficace. Elle accompagne le courant par des contractions volontaires.

Les paramètres utilisés sont :

- fréquence = 70 Hz,
- largeur d'impulsion = 50 microsecondes,
- temps de repos = 2x le temps de travail car ce sont des fibres fatigables,
- durée totale = 20 min.

Nous utilisons ensuite des programmes mixtes pour recruter en même temps les fibres phasiques et toniques et assurer leur coordination.

7.6.6 Contrôle de la contraction périnéale et biofeedback

Nous utilisons des programmes de biofeedback afin que Mme R., puisse sentir et visualiser la contraction périnéale. Nous recrutons les fibres toniques, phasiques puis les deux simultanément. Des électrodes cutanées sont placées sur la paroi abdominale afin de contrôler l'éventuelle participation des grands droits lors des exercices. Dans un premier temps, le biofeedback est couplé à l'électrostimulation pour aider les muscles déficitaires. Ensuite il est réalisé seul, le but étant d'augmenter progressivement l'intensité des contractions.

7.6.7 Travail fonctionnel

7.6.7.1 Fentes

Une fois le verrouillage périnéal acquis en décubitus, puis en position assise nous amenons petit à petit Mme R. à réaliser des mouvements de squats puis des fentes avant/arrière,

latérales. (ANNEXE VII, fig 3) La patiente anticipe : elle contracte le périnée et maintient la contraction durant tout le mouvement. Nous augmentons ensuite progressivement la difficulté de l'exercice en réalisant des fentes plus grandes.

7.6.7.2 Ergonomie

Les fentes étant maîtrisées, nous proposons à Mme R. de les associer au port de charge. La encore, une difficulté de plus s'ajoute : maîtriser la composante de pression exercée par la charge sur le caisson abdominal. Bien que la patiente nous assure connaître les règles d'ergonomie, nous insistons cependant pour refaire le point et corriger ce qu'elle pense savoir. Nous utilisons des situations du quotidien telles que le port de sacs de course par exemple.

7.6.7.3 Verrouillage périnéal à l'effort

Les exercices sont axés sur la décomposition d'enchaînements chorégraphiques associés à la contraction des muscles du plancher pelvien entraînant le verrouillage du périnée. La répétition, sur plusieurs séances associée au biofeedback, a permis aux contractions de devenir inconscientes et automatiques.

De même pour les efforts de toux et d'éternuement, les mouvements ont été décomposés, travaillés en synergie avec le périnée sous le contrôle du biofeedback.

7.6.8 Traitement comportemental et conseils d'hygiène de vie

La rééducation périnéale passe également par l'éventuelle modification des habitudes de vie. En effet, les bienfaits de la prise en charge doivent se poursuivre une fois les séances de rééducation achevées. Or, beaucoup de facteurs environnementaux influencent le comportement de notre vessie au quotidien. Les conseils, que nous allons détailler ci dessous, ont été donnés à la patiente tout au long de sa prise en charge.

7.6.8.1 Reprogrammation des habitudes mictionnelles

Nous expliquons à Mme R. les risques que comprennent les mictions de précautions à savoir une diminution à terme de la compliance vésicale. Au vu du profil de la patiente, nous lui conseillons d'espacer les mictions pour atteindre 5 à 6 mictions pendant la journée. Elle ne doit pas vider sa vessie si elle n'a pas envie et doit éviter les mictions de précautions par peur d'avoir une urgence, une fois sortie. Nous la mettons cependant en garde : se retenir trop longtemps peut également fragiliser la vessie.

7.6.8.2 Conseils d'hygiène de vie

Nous avons constatée lors de notre bilan que Mme R. ingérait entre 3L et 4L de liquide par jour et notamment des excitants vésicaux. Il est donc normal d'avoir des mictions fréquentes. Nous lui expliquons que les besoins journaliers de l'adulte en boisson varient entre 1,5L et 2L et qu'elle doit réduire ses consommations sans pour autant tomber dans le schéma inverse de déshydratation. Il est également important qu'elle diminue sa consommation de boissons diurétiques.

Nous lui conseillons de surveiller son poids afin de ne pas affaiblir sa sangle abdominale et son périnée.

Afin de tester la force de ses muscles pelviens, Mme R. réalise des pipis stop. Nous lui avons déconseillée cette pratique car ils vont à l'encontre des boucles réflexes de MAHONY et altèrent la coordination vésico-sphinctérienne. De plus, ils peuvent engendrer des infections urinaires.

Mme R. pratique toutes sortes de danse : de salon, tango, rock, valse, ainsi que de la marche rapide. Bien qu'elle travaille les enchaînements chorégraphiques qui lui posaient problème durant les séances de rééducation, nous lui conseillons d'éviter les danses trop rythmées et présentant beaucoup de sauts comme la zumba. Cependant, il est important de garder une activité sportive pour le bien être général. [20])

La patiente était célibataire depuis plus de vingt ans. Au cours de notre prise en charge, elle nous dit avoir rencontré un homme depuis peu. De nouvelles interrogations se posent alors et notamment le retentissement de ses troubles urinaires sur sa vie sexuelle. Nous lui conseillons donc de vider sa vessie avant l'acte et de ne pas changer de position trop rapidement. Elle devra également éviter les positions qui compriment la vessie, comme le missionnaire.

Masters et Johnson ont défini durant les années 1960 les différents stades du cycle sexuel chez la femme. Il comporte 4 phases : la phase d'excitation, de plateau, d'orgasme et de résolution. La ménopause ainsi que l'âge peuvent entraîner des dysfonctions telles qu'une diminution du désir, de l'excitation, des douleurs et une sècheresse vaginale, des difficultés à atteindre l'orgasme. Prendre son temps permet de respecter et d'évoluer étape par étape dans le cycle sexuel. Mme R peut discuter avec son médecin d'une éventuelle hormonothérapie. Un sexologue peut être consulté. [13] [21] [22] [23] [24]

8. BILAN FINAL

Le bilan final a été réalisé 4 mois après le début de la prise en charge (ANNEXE II). La patiente n'a pas réalisé de calendrier mictionnel, elle a simplement compté le nombre de miction par jour durant 3 jours. Voici un tableau mettant en avant l'évolution des déficiences, incapacités et handicaps entre le début et la fin de la prise en charge.

| | Bilan initial | Bilan final |
|--|--|--|
| Déficiences | | |
| Fréquence des fuites | 1 à 3x par jour | Rarement |
| Miction de précaution | Systématique, avant chaque sortie | Occasionnelle |
| Mictions : | | |
| 1. le jour | 7x | 5 à 6x |
| 2. la nuit | 2 à 3x | 1x |
| Force musculaire : | | |
| - Releveurs de l'anus | 3/5 | 4/5 |
| - Bulbospongieux | 3/5 | 4/5 |
| Verrouillage périnéal | Non acquis | Acquis |
| Syncinésie | Oui | Non |
| Handicaps | | |
| Social | Sensation de gêne Restreindre les sorties | Prévoit la localisation des toilettes |
| Questionnaire de qualité de vie Contilife | 1/5 | 4/5 |

Remarque : Les résultats des deux questionnaires de qualité de vie à J0 et J+4mois ont été superposés pour des soucis de lisibilité. (ANNEXE VI)

9. FICHES

Mme R. étant curieuse et avide de mieux connaître son périnée et sa prise en charge, nous a posé énormément de questions. Nous avons donc trouvé intéressant de réaliser des fiches afin de mieux informer les patientes sur les troubles urinaires. (ANNEXE VIII)

10. DISCUSSION

Mme R. et nous même étions motivées, curieuses et volontaires. La prise en charge a donc débuté sur de bonnes bases et s'est avérée enrichissante pour toutes les deux. En effet, nous avons beaucoup échangé, une véritable relation de confiance s'est installée. Ce climat a favorisé l'efficacité de la rééducation ainsi qu'une aisance à parler de sujets délicats comme la sexualité. Cependant, durant les premières séances il a fallu déceler les mécanismes de défense de la patiente. En effet, cette dernière était très logorrhéique et utilisait fréquemment l'humour pour dédramatiser la situation. Il a fallu la canaliser à plusieurs reprises et la recentrer sur sa rééducation. Nous avons donc pris le temps d'expliquer les principes et les objectifs de la prise en charge afin de rassurer Mme R. Les troubles urinaires sont des sujets tabous, il n'est donc pas simple d'aborder de prime abord la question face un thérapeute inconnu, étudiant qui plus est. La peur du jugement ou de la non compréhension amène le sujet à se protéger psychologiquement. Notre avons instaurée avec Mme R. une rééducation respectant ses objectifs de traitement, c'est-à-dire : « retrouver une vie normale sans se préoccuper de ses troubles urinaires. »

Cependant nous avons conscience que notre prise en charge et nos bilans auraient pu être plus rigoureux. En effet, un pad test ou la mesure de la quantité d'urine émise à chaque miction aurait été souhaitable mais nous n'avons pas voulu contraindre la patiente à réaliser ces mesures. Nous aurions pu également réaliser un travail postural pour améliorer la statique de la patiente, nous avons cependant passée du temps à lui expliquer les exercices et à répéter les conseils d'hygiène de vie pour qu'elle modifie ses habitudes.

Nous avons dû faire face à une patiente agréable et motivée certes, mais de « trop » bonne volonté : il était parfois difficile de discerner la vérité du discours tenu pour nous faire plaisir. A plusieurs reprises, elle s'est rendue au cabinet de kinésithérapie bien plus tôt que son horaire de rendez-vous pour réaliser des exercices ou pour que nous puissions lui poser les questions nécessaires à la réalisation de ce mémoire. Le consentement éclairé et les explications fournies précisaient qu'être le cas clinique de ce mémoire ne changerait en rien la prise en charge. Malgré la signature de ce consentement, il nous a semblé que Mme R. s'est encore plus investie dans sa rééducation sachant qu'elle était l'objet de cette étude. Il a donc fallu lui répéter fréquemment que seule sa rééducation faisait foi. De plus, nous avons dû gérer les excès d'exercices réalisés à la maison et lui expliquer que trop d'exercices pouvait amener à un périnée hypertonique.

Enfin, ces 20 séances de rééducation ont permis d'améliorer sa qualité de vie : jugée mauvaise au début de la prise en charge, après ces séances elle la qualifie de bonne. Il est vrai que la rééducation aurait pu se poursuivre étant donné que la force des muscles périnéaux est évaluée à 4/5 mais la patiente avait pour objectif de « retrouver une vie dite normale (danser, sortir, etc.) sans se préoccuper de ses troubles urinaires ». Nous avons choisi de réaliser une prise en charge fonctionnelle centrée sur la patiente. Ses objectifs étant atteints nous avons décidé d'arrêter la prise en charge. Nous lui avons, cependant, conseillé de refaire les exercices à la maison et éventuellement de reprendre, d'ici 1 an, quelques séances de rééducation périnéale afin de ré-évaluer les capacités de son périnée.

11. CONCLUSION

La rééducation périnéale est une prise en charge qui ne se limite pas au renforcement des muscles du plancher pelvien. Les troubles urinaires ont un retentissement sur l'ensemble du patient et de sa qualité de vie. Il est donc nécessaire d'envisager la personne dans sa globalité c'est-à-dire au travers de ses habitudes de vie, ses activités, sa profession. Le kinésithérapeute est en quelque sorte la clé de voute de cette rééducation. En effet, il passe du temps avec le patient, une relation de confiance s'installe, le dialogue est plus libre. Face à des questions d'ordre médical, chirurgical, sexuel ou autre le thérapeute peut ensuite conseiller au patient d'aller consulter un spécialiste tel que l'urologue ou encore le sexologue, pour compléter le traitement et lui donner plus d'informations.

La rééducation périnéale doit également être considérée comme une solution avant toute intervention chirurgicale ou un moyen d'améliorer les effets de la chirurgie. La kinésithérapie intervient pour renforcer certes, mais également pour conseiller le patient dans le contrôle de sa fonction urinaire et le rendre plus efficace. Ce contrôle s'établit par une conscience et une maîtrise de son corps. Il faut prendre le temps de l'écouter et opter pour une hygiène de vie saine pour en prendre soin.

Face aux troubles urinaires, les personnes sont peu voire mal informées. Il serait intéressant de sensibiliser la population à ces dysfonctions notamment grâce à des conseils d'hygiène de vie simples applicables au quotidien et permettant de préserver son système urinaire.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. BUZELIN JM, GLEMAIN P, LABAT JJ, LE NORMAND L. Manuel de l'Enseignement du Collège d'Urologie <http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/DI/2003/DI-2003-00010001/Images/femme.pdf>
- [2]. LASSERRE A, PELAT C, GUEROULT V, HANSLIK T, CHARTIER-KASTLER E, BLANCHON T, et al. Urinary Incontinence in French Women: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Quality of Life. *Eur Urol.* 2009 Jul;56(1):177–83.
- [3]. FALTIN D-L. Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2009 Dec;38(8):S146–52.
- [4]. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). Élimination urinaire : connaissances scientifiques. <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/221306/60-53690.pdf>
- [5]. TRUDEL G. Les dysfonctions sexuelles. Presses de l'université du Québec; 2000.
- [6]. KAMINA P, RICHER J-P, SCEPI M, FAURE J-P, Demondion X. Anatomie clinique de l'appareil génital féminin. <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/17201/resultatrecherche/2>
- [7]. DENTZ J. Rééducation périnéologique dans les troubles de la statique pelvienne
Indications et principes de rééducation
http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication_id164.pdf
- [8]. B. FATTON, M. CAYRAC, V. LETOUZEY, F. MASIA, E. MOUSTY, P. MARES, et al. Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien. <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/873384/resultatrecherche/1>

- [9]. BUZELIN J-M, GLEMAIN P, LABAT J-J. Physiologie vésicosphinctérienne. <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/22705/resultatrecherche/1>
- [10]. MAHONY DT, LAFERTE RO, BLAIS DJ. Integral storage and voiding reflexes. Neurophysiologic concept of continence and micturition. *Urology*. 1977 Jan;9(1):95–106.
- [11]. MAUROY B. Incontinence d'urine de la femme. 1999 Jan 14
<http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/22710/resultatrecherche/43>
- [12]. COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANCAIS. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique Tome XXXI - 2007. 2007 Dec 12; http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2007_GO_205_amblard.pdf
- [13]. LEGENDRE G, FRITEL X, RINGA V, LESAVRE M, FERNANDEZ H. Incontinence urinaire et ménopause. *Prog En Urol*. 2012 Sep 8;22(11):615–21.
- [14]. LUKACZ ES, SAMPSELLE C, GRAY M, MACDIARMID S, ROSENBERG M, ELLSWORTH P, et al. A healthy bladder: a consensus statement. *Int J Clin Pract*. 2011 Oct;65(10):1026–36.
- [15]. ROBINSON D, GIARENIS I, CARDOZO L. You are what you eat: The impact of diet on overactive bladder and lower urinary tract symptoms. *Maturitas*. 2014 Sep 1;79(1):8–13.
- [16]. PASQUALI N. Les troubles urinaires et vésicaux induits par les médicaments. 2009 Nov 17; <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00592327/document>
- [17]. HAS. Bilans et techniques de reeducation perineo-sphincterienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme a l'exclusion des affections neurologiques. 2000. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/incontinrecos.pdf>

- [18]. PERRIGOT M, PICHON B, PESKINE A, VASSILEV K. Électrostimulation et rééducation périnéale de l'incontinence urinaire et des troubles mictionnels non neurologiques. *Ann Réadapt Médecine Phys.* 2008 Apr 24;51(6):479–90.
- [19]. SENGLER J, GROSSE D. Rééducation périnéale. <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/10289/resultatrecherche/2>
- [20]. JEAN-BAPTISTE J, HERMIEU J-F. Fuites urinaires et sport chez la femme. *Prog En Urol.* 2014 Apr 3;20(7):483–90.
- [21]. CUZIN B. Le couple face aux difficultés sexuelles liées aux troubles urinaires. *Sexologies.* 2014 Jan;23(1):33–40.
- [22]. SOUCHON S. Processus de vieillissement et sexualité. 2009 Sep 7 - <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/221447/resultatrecherche/13>
- [23]. PITKIN J. Sexuality and the menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009 Feb;23(1):33–52.
- [24]. TEMML C, HAIDINGER G, SCHMIDBAUER J, SCHATZL G, MADERSBACHER S. Urinary incontinence in both sexes: Prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourol Urodyn.* 2000 Jan 1;19(3):259–71.

ANNEXES

ANNEXE I : Anatomie

ANNEXE II : Bilans

ANNEXE III : Bilan urodynamique

ANNEXE IV : Calendrier des boissons

ANNEXE V : Calendriers mictionnels

ANNEXE VI : Questionnaire de qualité de vie à J0 et J+4 mois

ANNEXE VII : Schéma et photos

ANNEXE VIII : Fiches

ANNEXE IX : Attestation de formation suivie au sein de l'entreprise

VIVALTIS

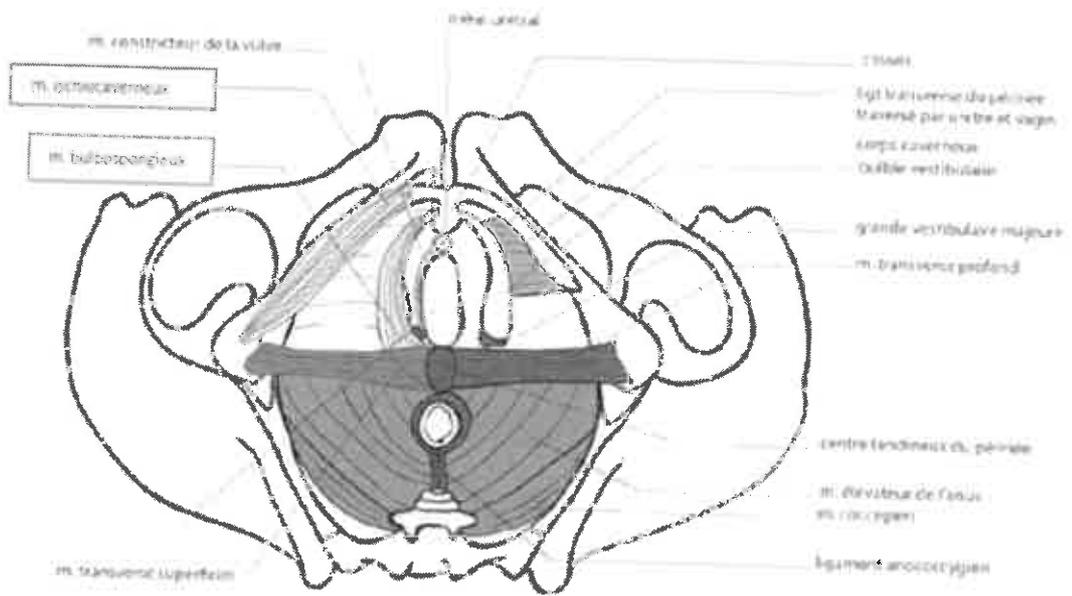


Figure 2 : Muscles du plancher pelvien

ANNEXE I : ANATOMIE

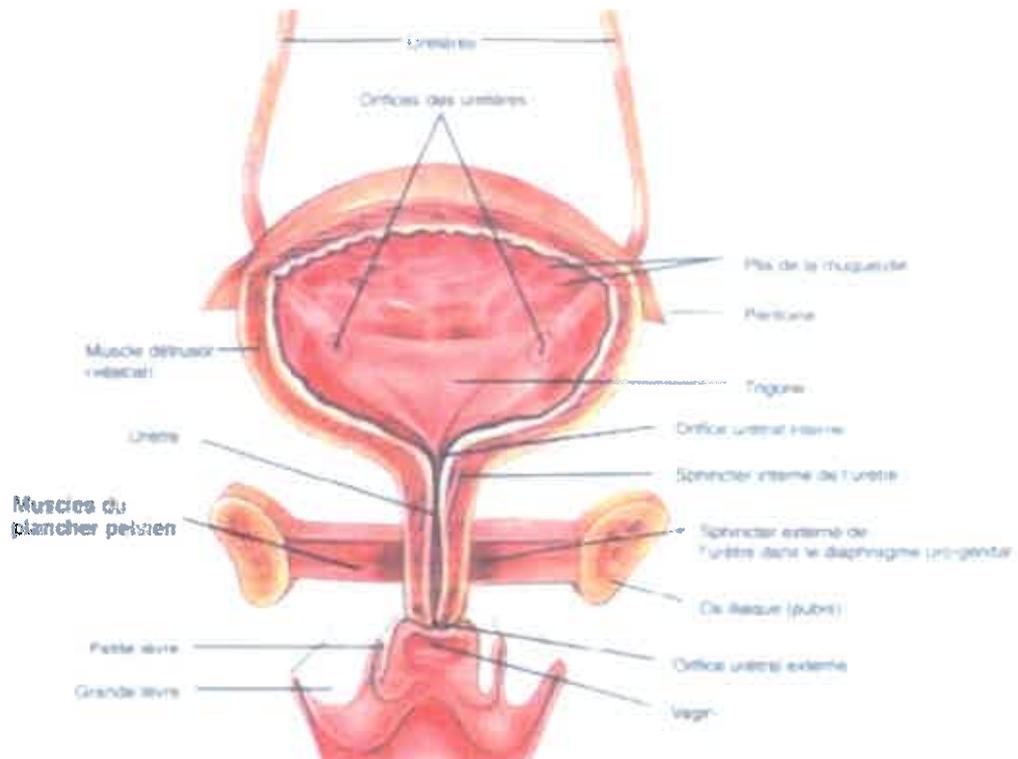


Figure 1 : Anatomie du système urinaire chez la femme

ANNEXE II : Bilans

| BILAN INITIAL (02/07/14 et 07/07/14) | |
|---|---|
| Interrogatoire | <p>Nom : R Prénom : B Age : 61 ans Taille : 1m57 Poids : 62kg IMC : 25,20 Situation familiale : Divorcée, une fille de 29ans Situation professionnelle : Manutentionnaire à Auchan (port de charges lourdes), retraitée depuis le mois de mai 2014</p> <p><u>Loisirs :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Danse (de salon, tango, rock, valse) 2x par semaine- Marche rapide 3x par semaine <p>Motif de consultation : Incontinence urinaire depuis l'accouchement (depuis 29ans)</p> <p>Séances de rééducation périnéale antérieures :</p> <ul style="list-style-type: none">-20 séances après l'accouchement (1985)-20 séances 10 ans après (1995)-20 séances 10 ans après (2005) <p>Réalisées par des kinésithérapeutes.</p> |

| | |
|--------------------|---|
| <p>Antécédents</p> | <p>- <u>Médicaux</u></p> <p>Hypercholestérolémie</p> <p>Surpoids</p> <p>H.T.A.</p> <p>A.I.T. vertébro basilaire en 2009, en A.L.D. depuis</p> <p>Dyslipidémie</p> <p>Hyperuricémie</p> <p>Tabagisme sevré depuis 2007 (60 PA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivie par un pneumologue : aucune pathologie respiratoire dépistée. - Pas de toux, ni expectoration <p>2 épisodes de péricardite en 2011 et 2012</p> <p>Crises de goutte</p> <p>- <u>Chirurgicaux</u></p> <p>Fermeture par pose d'une prothèse du foramen oval en 2010 (complications : 2 anévrismes fémoraux communs bilatéraux et une ischémie aiguë du MI droit pour laquelle la patiente a bénéficié d'un pontage veineux)</p> <p>Appendicectomie</p> <p>Grossesse en 1985</p> <p>- <u>Génito vésicaux</u></p> <p>Infection urinaire : Non, elle prévient l'infection en buvant du jus de canneberge</p> <p>Constipation : Oui mais plus depuis qu'elle est en retraite, va à la selle tous les matins.</p> <p>Ménopausée depuis 10ans, la ménopause a majoré l'incontinence urinaire</p> |
|--------------------|---|

| | |
|--|---|
| | <p align="center">- <u>Obstétricaux</u></p> <p>Une grossesse en 1985</p> <p>Prise de poids de la mère: 15kg</p> <p>Accouchement par voie basse</p> <p>Poids et taille du bébé : 46cm, 2,7kg</p> <p>Déchirure : Oui mais recousue</p> <p>Le père a appuyé sur le ventre pour aider l'expulsion du bébé.</p> |
| Traitement médicamenteux | <ul style="list-style-type: none"> - Lercan 10mg : Traitement de l'H.T.A. - Previscan 20mg : Fluidifiant sanguin - Fluoxetine 20g : Antidépresseur - Allopurinol : Traitement contre les crises de goutte - Flecaine : Traitement de l'arythmie |
| Interrogatoire concernant l'incontinence urinaire d'effort | <p>Incontinence urinaire d'effort</p> <p>Fuites : présentes depuis l'accouchement et augmentées depuis la ménopause</p> <p><u>Type</u> : gouttelettes (fréquentes : 1 à 3x par jour)</p> <p>Pas de sensation d'envie d'uriner avant la fuite</p> <p><u>Mictions de précaution</u> : oui</p> <p><u>Fréquence</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diurne : 7x par jour - nocturne : 2 à 3x par nuit <p><u>Circonstances d'apparition</u> : Rire, toux, course, danse, saut</p> <p><u>Garniture</u> : port d'une simple serviette hygiénique qu'elle ne change pas au cours de la journée</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Interrogatoire concernant l'instabilité vésicale</p> | <p>Lors des mictions, la patiente doit pousser pour uriner : Dysurie Douleurs périnéales : Non Fuites sous la douche même si la vessie n'est pas remplie Inhibition/Retenue impossible : jet non stoppé Impériosité mais à la temps d'aller aux WC Pollakiurie (7 mictions par jour) et nycturie (2 à 3 mictions la nuit)</p> <p><u>Questions complémentaires :</u> Apport hydrique : cf calendrier des boissons Pipi stop : réduit le flux mais pas d'arrêt Incontinence anale : non Dyspareunie : Plus de relation sexuelle à l'heure de ce bilan, la pénétration était douloureux avec son ancien conjoint (la patiente n'était alors pas ménopausée). Le toucher vaginal ne provoque pas de douleurs.</p> |
| <p>Examen clinique</p> | <p>Palpation de l'abdomen : Relâché et non douloureux Inspection des cicatrices : 2 cicatrices au niveau des 2 plis inguinaux, pas d'inflammation. Distance anovulvaire : 3cm (norme : 2,5 à 3cm) Tonicité du noyau fibreux : Bonne tonicité Trophicité des muqueuses : Les peaux sont rosées, légère diminution de la trophicité Béance vulvaire : non Hémorroïdes : non Pas de cicatrice chirurgicale ou obstétricale ressentie lors de la palpation Sensibilité S2S3S4 testée au pic touche au niveau des dermatomes concernés : pas d'erreur, la patiente ressent aussi bien le pic que le</p> |

| | |
|------------------------------|---|
| | <p>touche.</p> <p>Réflexe clitorido-anal S2S3 perçu</p> <p><u>Prolapsus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cystocèle : stade II -> Lors de la poussée la vessie affleure la vulve <p><u>Testing musculaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Releveurs : 2/5 <ul style="list-style-type: none"> o Contraction incomplète, tenue 2 secondes, répétée sans fatigabilité 2 fois. - Bulbe spongieux : 3/5 <ul style="list-style-type: none"> o Contraction complète sans résistance tenue 3 secondes, répétée sans fatigabilité 3 fois. <p><u>Syncinésies :</u> Participation des abdos et des fessiers lors de la contraction du périnée. La patiente bloque sa respiration lors de la contraction.</p> <p>Pas d'inversion de la commande</p> |
| <p>Examen morphostatique</p> | <p><u>Antéversion et rétroversion (bassin équilibré) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesure de l'angle spino trochantero fémoral : 110° (Norme : 130 +/- 20°) Dans la norme, mais plutôt en rétroversion. <p><u>Statique :</u> Contact en T6, chute postérieure</p> <ul style="list-style-type: none"> • C3 : 45mm • C7 : 30mm • T6 : 0mm • L3 : 40mm • S2: 10mm • L3 - S2 : 30mm <p>Courbes rachidiennes peu marquées.</p> <p>Statique pelvienne : plutôt en inversion lombaire</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Hypertonie des abdos : Non</p> <p>Diastasis des grands droits : non</p> <p>Mode de respiration : Costale haute</p> <p>Contraction du diaphragme (Sniff test et palpation): Bonne contraction, 7 aspirations</p> |
| Bilan urodynamique | <p><u>Conclusion du bilan urodynamique datant du 02/03/2009:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - IUM et IUE de stade II - Impériosités - Prolapsus cystocèle II et Rectocèle I - Releveurs faibles - Miction lente d'aspect obstructif |
| Bilan comportemental | <p>Patiente motivée et volontaire</p> <p>Adopte un comportement prophylactique pour ne pas tomber malade (jus de canneberge)</p> |
| Questionnaire de qualité de vie CONTILIFE | 1/5 |

BILAN FINAL (29/10/14)

| | |
|--|--|
| <p>Interrogatoire</p> | <p>La patiente se sent mieux dans son corps et dans sa vie de tous les jours, elle est moins gênée par ses troubles urinaires. Elle tente de réduire sa consommation d'excitants vésicaux.</p> <p>Miction : 5 à 6x par jour, 1x la nuit.</p> |
| <p>Examen clinique</p> | <p>Mouvements d'antéversion et de rétroversion du bassin : maîtrisés amélioration de la mobilité du bassin</p> <p>Force musculaire :</p> <ul style="list-style-type: none">- Releveurs : 4<ul style="list-style-type: none">o compensation encore avec les abdominaux lors de contractions longues et répétées- Bulbo spongieux : 4 <p>Contraction du périnée sans syncinésie</p> <p>Fuites : Rarement</p> <p>Infection urinaire : non</p> <p>Plus de miction de précaution, sauf si elle sort très longtemps sans possibilité d'aller aux toilettes</p> <p>Constipation : Se sent un peu plus constipée (selle : 1x tous les 2 jours) → Poignet de noix de cajou pour éviter la constipation</p> <p>Relations sexuelles</p> <ul style="list-style-type: none">- non perturbées par l'atrophie musculaire, pas de douleur |
| <p>Questionnaire de qualité de vie CONTILIFE</p> | <p>4/5</p> |

ANNEXE III : Bilan urodynamique

CABINETS DE RADIOLOGIE

(SELAB, ou médecins radiologistes)

| | | | |
|----------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------|
| Docteur Cécile BOUR | | | |
| Docteur Pierre DALLY | | | |
| Docteur Bernard DACHELET | Pierre Chandonne Collin | 79, rue de Metz | Scanner Saint Théobaut |
| Docteur Giles DE VERBIZIER | 57185 CLOUANGE | 57525 TALANGE | 12, rue des Augustins |
| Docteur Marc DIETRICH | Tel: 03 87 67 07 89 | Tel: 03 87 71 38 92 | 57000 METZ |
| Docteur Frédéric FIEVET | Fax: 03 87 58 19 46 | Fax: 03 87 71 37 90 | Tel: 03 87 67 07 89 |
| Docteur Thierry FRIARD | | | |
| Docteur Christian SCHWARTZ | | | |

Radiodiagnostic général et dentaire - Mammographie - Echographie générale et obstétricale -
Doppler artériel et veineux - Scanner - IRM - Densitométrie osseuse .

Responsable administrative : Mire PFEIFER

Docteur Frédéric FIEVET

Ancien interne médaille d'or
Ancien interne du CHU de Coen
Diplôme universitaire d'IRM
CU des maladies de sein
57 1 71078 9

Talange, le 02/03/2009

RT/Madame REMY Brigitte
Né(e) le 12/05/1953

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Clinique :
Contrôle.

Résultat :

La vessie a une paroi fine et un contenu anéchogène : pas d'image végétante ou lithiasique.
L'utérus est normalement antéversé et antéfléchi. Il mesure 60 mm de hauteur, 29 mm
d'épaisseur et 49 mm de largeur. Pas d'épaississement de l'endomètre (5 mm en mesurant les
deux berges).

Pas de collection tubaire.

Les ovaires sont de taille normale, mesurant 24 mm de plus grand diamètre à gauche, et 23 mm à
droite.

Pas d'élément nodulaire, tissulaire, ou kystique pathologique.

Pas d'épanchement liquidien intra-péritonéal visible dans le cul de sac de Douglas.

Conclusion

Echographie pelvienne normale.

Xario Toshiba 05/2003

Dr Frédéric FIEVET

CONCLUSION

Madame REMY souffre depuis son accouchement il y a 24 ans d'une incontinence urinaire mixte à l'effort de stade II et par impériosité.

L'examen clinique montre un prolapsus avec cystocèle II et rectocèle I. L'utérus est petit de 62 x 28 mm, les releveurs sont faibles et les tissus peu trophiques.

Le bilan urodynamique objective un détrusor normotonique et instable (à la perception de l'eau qui coule), un sphincter urétral de qualité normale pour l'âge, bien vascularisé, sans commande volontaire. A l'effort, je note un glissement cervical sous-symphysaire moyen. Le sphincter anal est normal. Enfin, la miction est lente d'aspect obstructif mais elle reste complète.

En somme, ce bilan met en évidence :

- une hyperactivité du détrusor,
- une mauvaise commande périnéale,
- une hypermobilité du col vésical à l'effort,
- et une miction obstructive.

En pratique, je pense qu'il faut prévoir une oestrogénothérapie locale, une réduction périnéale avec électrothérapie à 50 Hz, et envisager par la suite la chirurgie du prolapsus accompagnée d'un soutènement urétral pour les suites urinaires.

Avec tous mes remerciements, bien cordialement.

Docteur Ch. JOUFFROY

Courrier dicté en présence de la patiente et remis en main propre

ANNEXE IV : Calendrier des boissons

Réalisé sur 3 jours

BOISSONS

| Jour 1 | | | Jour 2 | | | Jour 3 | | |
|--------|--------------------|----------------|--------|-----------------------|------------------|--------|-------------------|------------------|
| Heure | Type | Quantité | Heure | Type | Quantité | Heure | Type | Quantité |
| 7h | can de jus de café | 1 can 1 bol | 7h30 | Micro-bol Bol café | 1 verre 1 Bol | 6h45 | Micro-bol Lait | 1 verre 1 Bol |
| 8h | can | 1 verre | 8h30 | can | 1 verre | 8h | can | 1 verre |
| 9h | can café | 1 mug | 9h30 | can | 2 verres | 10h30 | café | 1 mug |
| 9h30 | can | 1 verre | 10h | can | 1 verre | 12h30 | can | 3 verres |
| 11h | can | 2 verres | 11h | can | 1 verre | 12h | can | 1 verre |
| 12h | can | 3 verres | 12h | can | 2 verres | 12h30 | Quadrat | 3 Bol |
| 13h | can | 1 verre | 13h | can | 2 verres | 14h30 | can | 1 verre |
| 14h | can | 2 verres | 14h | can | 1 verre | 2h | soda | 1 verre |
| 15h | can café | 1 mug | 15h | can | 4 verres | | | |
| 16h | can | 3 verres | 16h | can | 1 verre | | | |
| 17h | can | 1 verre | 17h30 | can | 1 verre | | | |
| 18h | can | 1 verre | 3h | can | 1 verre | | | |
| 19h | can | 1 verre | | | | | | |
| 20h | can | 1 verre | | | | | | |
| 21h | can | 1 verre | | | | | | |
| 22h | can | 1 verre | | | | | | |

ANNEXE V : Calendrier mictionnel

Réalisé sur 3 jours

Calendrier mictionnel

| Jour 1 | | Mictions | Fuites | Remplissage de la vessie | | | Cause |
|--------|---|-------------------|-----------|--------------------------|-------------|--------|------------------------------------|
| Heure | | ● ● ● ● ● Urgence | ● ● ● ● ● | Repl | Moyennement | Pleine | Faire, toux, mouvement, course etc |
| 7h45 | X | | | | | X | Matière |
| 10h | X | | X | | X | | course - marche |
| 11h30 | X | | | | X | | mouvement |
| 13h | X | | X | | | X | si |
| 15h | X | | | | | X | si |
| 17h | X | | X | | | X | marche |
| 19h | X | | | | | X | mouvement |
| 22h30 | X | | | | | X | pour le sport |
| 4h | X | | | | | X | Matière |

| Jour 2 | | Mictions | Fuites | Remplissage de la vessie | | | Cause |
|--------|-----------|----------|-----------|--------------------------|-------------|-------|-----------------------------------|
| Heure | ● ● ● ● ● | Urgence | ● ● ● ● ● | Peu | Moyennement | Pléne | Rire, toux, mouvement, course etc |
| 7h | X | | | | | X | Marche |
| 8h30 | X | | X | | X | | mouvement |
| 11h | X | X | | | | X | Marche |
| 13h | X | | | | X | X | " |
| 15h30 | X | | | | | X | repos |
| 18h | X | X | | | | X | Marche |
| 20h | X | | | | | X | |
| 23h | X | | | | | X | Par la Marche |
| 3h | X | | | | | X | |

| Jour 3 | | Mictions | Fuites | Remplissage de la vessie | | | Cause |
|--------|-----------|----------|-----------|--------------------------|-------------|-------|-----------------------------------|
| Heure | ● ● ● ● ● | Urgence | ● ● ● ● ● | Peu | Moyennement | Pléne | Rire, toux, mouvement, course etc |
| 6h45 | X | X | | | | X | Marche |
| 7h30 | X | | | | X | | repos |
| 9h30 | X | | X | | X | | Marche Marche |
| 12h45 | X | | X | | | X | " " |
| 17h | X | | | | | X | repos |
| 22h30 | X | | | | | X | |

ANNEXE VI : Questionnaire de qualité de vie à J0 et J+4 mois

Questionnaire d'évaluation de la Qualité de Vie liée à l'incontinence urinaire de la femme

(CONTILIFE™)

⊗ → J0 début de la prise en charge

Ⓢ → J+4 mois: Fin de la prise en charge

Comment remplir le questionnaire :

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé au cours des 4 dernières semaines.

Choisissez la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez ou avez ressenti au cours des 4 dernières semaines en ne donnant qu'une seule réponse par ligne.

Si vous n'êtes pas concernée par certaines activités (ex. gêne pour prendre les transports en commun alors que vous n'en prenez pas), mettez une croix dans la case "non concernée".

Nous vous demandons d'essayer de répondre seule à ce questionnaire.

Pour répondre, faites une croix dans la case de votre choix.

Exemple : Au cours des 4 dernières semaines,

| | Non concernée | | | | | |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Question 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En cas d'erreur, barre/serrez la mauvaise réponse et entourez celle qui s'applique le mieux à votre cas.

Nous vous remercions de votre collaboration.

➤ Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui.

02 / 07 / 2014
000000000000000000
Jour Mois Année
29 / 10 / 2014

ACTIVITES QUOTIDIENNES

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous empêchent-ils :

| | * (Cocher la case de votre choix, une par ligne) | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | Non absolument | Pas du tout | Un peu | Moyen- nement | Beaucoup | Extrême- ment |
| 1. lorsque vous êtes à l'extérieur de chez vous ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. lorsque vous conduisez votre voiture (sans conduire ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. lorsque vous montez ou descendez les escaliers ? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. pour faire les courses au super- marché ? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. pour atteindre l'aire la plus près d'un restaurant, etc. ? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

| | * (Cocher la case de votre choix) | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Pas du tout | Un peu | Moyen- nement | Beaucoup | Extrême- ment |
| 6. avez-vous dû vous interrompre fréquemment pendant votre travail ou vos activités quotidiennes ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | * (Cocher la case de votre choix) | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Jamais | Rarement | De temps en temps | Souvent | En permanence |
| 7. vous êtes-vous réveillée mouillée ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SITUATIONS D'EFFORT

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles oraux vous ont-ils gênés :

| | (Cochez la case de votre choix, une par ligne) | | | | | |
|---|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| | Non concerné | Pas du tout | Un peu | Moyennement | Beaucoup | Extrêmement |
| 8. pour soulever ou porter quelque chose de lourd ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. pour faire du sport (course à pied, danse, gymnastique) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. lorsque vous vous êtes moché ou que vous avez éternué ou toussé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. lorsque vous avez eu un fou rire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IMAGE DE SOI

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

(Veuillez cocher la case de votre choix, sans pas repasser)

| | Jamais | Rarement | De temps en temps | Souvent | En permanence |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. vous êtes-vous senti(e) moins sûr(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. avez-vous craint de "sentir mauvais" ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. avez-vous eu peur que les autres ne s'aperçoivent de vos troubles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. avez-vous eu peur de faire des taches chez les autres ou au travail ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. avez-vous dû changer de tenue ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Au cours des 4 dernières semaines, malgré vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Veuillez cocher la case de votre choix)

| | Jamais | Rarement | De temps en temps | Souvent | En permanence |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 17. vous êtes-vous senti(e) bien dans votre peau ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

(Veuillez cocher la case de votre choix)

| | Je ne porte jamais de protections | Pas du tout | Un peu | Moyennement | Beaucoup | Extrêmement |
|--|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. avez-vous été gêné(e) par le fait d'avoir à porter des protections ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ACTIVITES QUOTIDIENNES

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gêné :

| | Non concerné | Pas du tout | Un peu | Évaluez la gêne de votre gêne, sur une échelle | | |
|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | | | | Moyennement | Beaucoup | Extrêmement |
| 1. lorsque vous êtes à l'extérieur de chez vous ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. lorsque vous conduisiez ou vous faisiez conduire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. lorsque vous montez ou descendez les escaliers ? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. pour faire les courses ou des achats ? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. pour attendre, faire la queue (au cinéma, supermarché... ?) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

| | Pas du tout | Un peu | Moyennement | Évaluez la gêne de votre gêne | |
|--|-------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| | | | | Beaucoup | Extrêmement |
| 6. avez-vous dû vous interrompre fréquemment pendant votre travail ou vos activités quotidiennes ? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | Jamais | Rarement | De temps en temps | Évaluez la gêne de votre gêne | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | | | | Souvent | En permanence |
| 7. vous êtes-vous réveillée mouillée ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RETENUESSEMENT EMOTIONNEL

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaux, avec quelle fréquence :

(Marquer la case de votre choix, une par ligne)

| | Jamais | Rarement | De temps en temps | Souvent | En permanence |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 19. vous êtes-vous sentie découragée ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. avez-vous perdu patience ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. la crainte d'avoir des troubles urinaux vous a-t-elle préoccupée ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir maîtriser vos réactions ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. vos troubles ont-ils été une obsession, une hantise pour vous ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. avez-vous dû porter à emporter des protections avant de sortir ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SEXUALITE

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaux :

(Marquer la case de votre choix, une par ligne)

| | Non du tout | Un peu | Moyennement | Beaucoup | Extrêmement |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 25. vous êtes-vous sentie anxieuse à l'idée d'avoir des rapports sexuels ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. avez-vous modifié votre comportement sexuel ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 27. avez-vous craint d'avoir des difficultés au cours des rapports sexuels ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

↳ *frange du célibat ou couple*

QUALITE DE VIE GLOBALE

28. Compte-tenu de vos troubles urinaux, comment évaluez-vous actuellement votre Qualité de Vie ?

(Marquer la réponse de votre choix)

| | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mauvaise | | | Excellente | |

ANNEXE VII : Schéma et photos

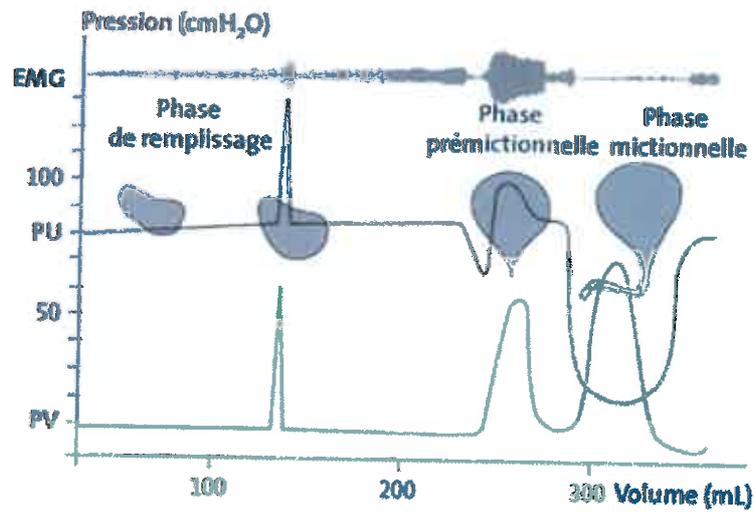


Figure 1 : évolution des pressions urétrale et vésicale au cours du cycle mictionnel



Figure 2 : exercice de prise de conscience du bassin associé à la contraction périnéale



Figure 3 : exercice des squats et des fentes associés à la contraction du périnée

ANNEXE VIII : Fiches

LE PERINEE

C'est où ?

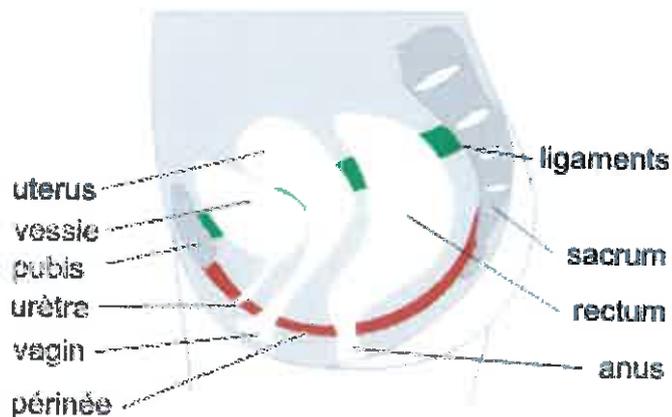
Il se situe à la partie inférieure du bassin : il s'étend du pubis au coccyx et sur les tubérosités ischiatiques.

C'est quoi ?

C'est une sangle musculaire et ligamentaire en forme de losange. Il entoure 3 orifices : l'urètre, la vessie et le rectum.

A quoi sert il ?

- Il soutient les organes du petit bassin : vessie, utérus, rectum.
- Sa contraction permet la continence. Il travaille en collaboration avec les abdominaux pour permettre l'expulsion des urines et des matières fécales.
- Il permet d'absorber les pressions abdominales lors d'un effort.
- Un périnée tonique améliore la qualité des rapports sexuels.



INCONTINENCE

Qu'est ce que l'incontinence ?

Il s'agit une perte involontaire et soudaine d'urine. Elle touche 20 à 47% des femmes en France parmi toutes les tranches d'âge.



Quelles sont les différentes formes d'incontinence ?

Incontinence d'effort : les fuites urinaires surviennent après un effort : saut, rire, port de charge lourde, toux. Souvent, elles ne sont pas précédées d'un besoin d'uriner.

Instabilité vésicale : les fuites urinaires sont précédées d'un besoin urgent et incontrôlable d'uriner. Les personnes souffrant d'instabilité vésicale se rendent fréquemment aux toilettes.

Incontinence mixte : association des symptômes précédents

REEDUCATION PERINEALE

En quoi consiste-t-elle ?

Le but de la rééducation périnéale est la prise de conscience du périnée ainsi que l'amélioration de son tonus pour qu'il puisse assurer ses fonctions correctement. Elle permet également d'acquérir un verrouillage périnéal efficace.

Comment se déroule une séance de rééducation périnéale ?

La première séance est dédiée au bilan comprenant quelques questions et un examen clinique. Les séances suivantes font appel à l'électrostimulation périnéale (réalisée avec une sonde endo-vaginale) ainsi qu'au biofeedback pour que vous puissiez visualiser votre travail musculaire.

Des exercices sont également proposés : ils sont réalisés dans un premier temps en position allongée, puis assise et enfin debout. Des situations du quotidien (port de charge, montée des escaliers) sont ensuite travaillées dans la grande salle.

Qu'est ce que le verrouillage périnéal ?

Il s'agit du contrôle des muscles périnéaux lors d'effort important créant des hyperpressions abdominales. Le périnée doit être capable de se contracter suffisamment fort et en même temps que les abdominaux pour ne pas avoir de fuites urinaires lors d'un effort.

CONSEILS D'HYGIENE DE VIE

Boissons

Les besoins journaliers de l'adulte en boisson varient entre 1,5L et 2L. Les boissons telles que le café, le thé, l'alcool (notamment le vin blanc, la bière et le champagne) ainsi que les boissons énergisantes sont des à éviter car elles excitent la vessie.



Miction

Il est important de ne pas vider sa vessie trop fréquemment. Cependant, se retenir trop longtemps est également nocif pour la vessie. Il est primordial d'aller aux toilettes quand vous avez envie. En moyenne, les mictions se réalisent toutes les 2h.

Évitez les pipis-stop ! Ils altèrent les réflexes neurologiques et peuvent entraîner des infections urinaires.

Sport

Le sport est recommandé pour le bon état physique général. Les sports à risque sont ceux comportant des sauts ou des efforts réalisés en apnée (athlétisme, basketball, handball, volley, course à pied zumba etc). Votre kinésithérapeute peut vous conseiller et vous apprendre la gymnastique hypopressive par exemple.



Constipation

Voici plusieurs conseils afin de prévenir la constipation et stimuler votre transit.

Concernant votre alimentation :

- Buvez un verre d'eau Hépar (eau riche calcium et magnésium) froide au réveil, à jeun.
- Mangez des fibres tendres comme les fruits crus (sauf les bananes), les légumes crus (sauf les carottes) et cuits (surtout les haricots et épinards).
- Agrémentez vos petits déjeuners de fibres dures comme le pain complet ou les céréales riches en fibres (1x tous les deux jours).

La position sur les toilettes est également importante. La position idéale est la position accroupie que nous adoptons lorsque nous sommes dans des toilettes à la turque. Chez vous, vous pouvez placer un marche pied d'environ 20 cm devant vos toilettes : vos genoux doivent être plus hauts que vos hanches. Ecartez vos pieds, penchez vous en avant et posez vos coudes sur vos genoux.

Cette position entraîne le relâchement du faisceau puborectal du muscle élévateur de l'anus et permet ainsi la verticalisation de l'ampoule rectale.



EXERCICES

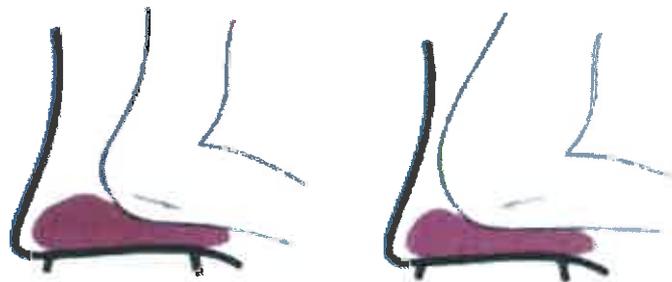
Voici quelques exercices de prise de conscience du périnée à réaliser à la maison :

Allongez-vous sur le dos, les jambes pliées. Placer une main sur votre ventre. Vous allez maintenant contracter 10 fois de suite le périnée. Essayez de contracter votre périnée sans contracter les abdominaux ou les fessiers. Reposez vous puis recommencez l'exercice 2 fois. Réaliser ce même exercice en variant la position de votre bassin.

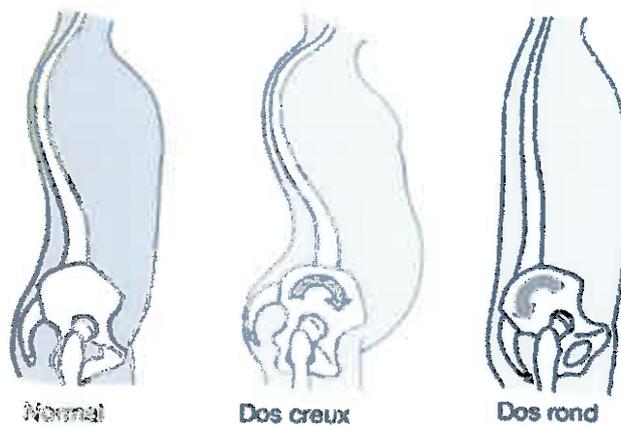
Remarque : vous pouvez vérifier si la contraction du périnée est efficace en plaçant vos doigts sur le centre tendineux du périnée. Lors de la contraction, vos doigts doivent être « aspirés ».



Recommencez l'exercice en étant assise. Vous pouvez rouler une serviette et la placer entre vos jambes pour sentir davantage la contraction périnéale. Contractez et faites varier la position du bassin en réalisant un dos rond puis creux. Soyez attentive à la zone où se passe la contraction.



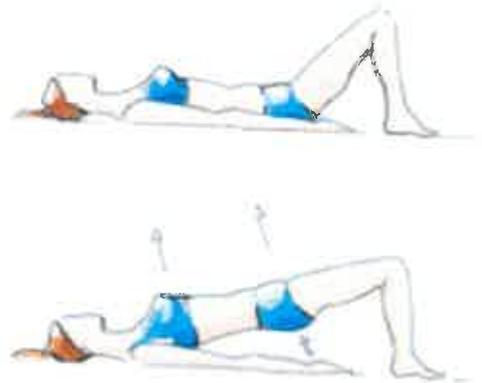
Pour terminer, réalisez l'exercice debout, jambes légèrement écartées et fléchies.



Gainage du périnée

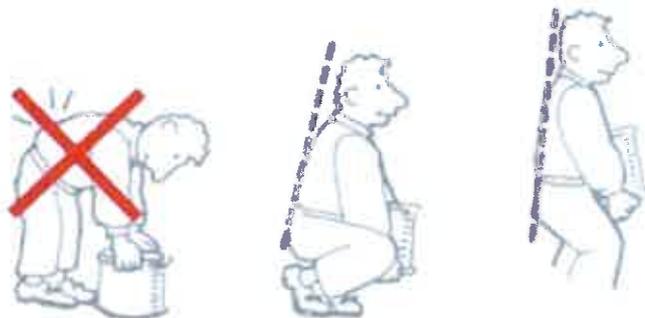
En position allongée, réalisez un pont fessier. Maintenez la contraction périnéale durant tout le mouvement, reposez et relâchez le périnée. Réalisez 3 séries de 10 mouvements, avec 2 minutes de repos entre chaque série. Recommencez l'exercice en maintenant la position et la contraction durant quelques secondes puis reposez et relâchez.

Remarque : Ne bloquez pas votre respiration durant l'exercice



Port de charge

Pensez à votre dos et protégez-le ! Approchez-vous au plus près de la charge, encadrez-la avec vos membres inférieurs. Pliez les jambes pour vous baisser. Gardez le dos droit et les bras tendus en vous redressant. Les contraintes sur votre dos et votre périnée seront moins importantes.



ANNEXE IX : ATTESTATION DE FORMATION 2015



Monsieur Georges BILLARD & Monsieur Serge CHRISTMANN

certifient que

Madame SALOMON Virginie

**a suivi la formation « Electrostimulation et Biofeedback »
appliquée aux matériels de la marque PHENIX**

**Les vendredi 27/03 et samedi 28/03/2015
de 8h30 à 18h00**

Fait à Montpellier le 28/03/2015

VIVALTIS

Parc Eureka - 200 rue de Thor - 34000 Montpellier
Tel : (33) 4 67 27 48 88 - Fax : (33) 4 67 27 15 40 - E-mail : dialogue@vivaltis.com
... ..