Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 27 (1991)

Heft: 3

Artikel: Physiothérapie et incontinence urinaire féminine

Autor: Dhenin, Thierry

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930048

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 19.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Physiothérapie et incontinence urinaire féminine

*Texte original par Thierry Dhenin, Lausanne**

L'approche physiothérapeutique de patients souffrant d'incontinence urinaire (fraction élevée de la population féminine) est récente en Suisse. Après avoir rappelé certains points fondamentaux d'anatomophysiologie et de pathologie, l'auteur points fondamentaux d'anatomophysiologie et de pathologie, l'auteur présente le cadre général de cette prise en charge et les différentes techniques utilisées: électrostimulation, gymnastique selon Kegel, myo-feedback ainsi que des conseils d'hygiène de vie.
Ne cherchant en aucun cas à se substituer aux autres traitements existants (pharmacologique ou chirurgicaux), les premiers résultats encourageants de cette approche laissent augurer d'un bon avenir à cette nouvelle orientation de la physiothérapie, à condition que celle-ci soit réalisée scrupuleusement par des praticiens bien formés.

III) Rappels de pathologie

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, l'incontinence urinaire est une symptomatologie dont souffrent beaucoup de femmes. Il est classique de distinguer trois grands types d'incontinences.

A) Incontinence urinaire d'effort

Elle est de loin la plus fréquemment rencontrée chez nos patientes [2]. Elle se caractérise par des fuites urinaires en jets ou en gouttes consécutivement à des efforts élevant la pression abdominale. On lui trouve principalement deux origines pouvant être ou non concomittentes.

Incompétences de l'urètre et de ses capacités occlusives
Cet état (fig. 17) peut avoir différentes origines comme le vieillissement, la diminution de l'imbibition hormonale post-ménopausique, la diminution de l'activité alpha-sympathique au niveau du sphincter lisse avec plus ou moins une béance vaginale associée, des lésions neurologiques des structures innervant les sphincters, voire des défauts de la constitution génétique de ces structures.

Défaut de transmission des pressions
Il est dû en grande partie à l'incompétence du plancher pelvien (fig. 16), qui perturbe la statique pelvienne et interdit à l'urètre de béneficier des surpressions abdominales. L'accouchement en est le principal pourvoyeur par le traumatisme obstétrical qu'il occasionne au périnée (déchirure, épisiotomie).
La gravité de cette forme d'incontinence urinaire est appréciée selon les trois degrés de la classification de Meyer, De Grandi et Schmidt [27].

Premier degré: Histoire positive
Clinique négative
Tonométrie négative

Deuxième degré: Histoire positive
Clinique positive
Tonométrie négative

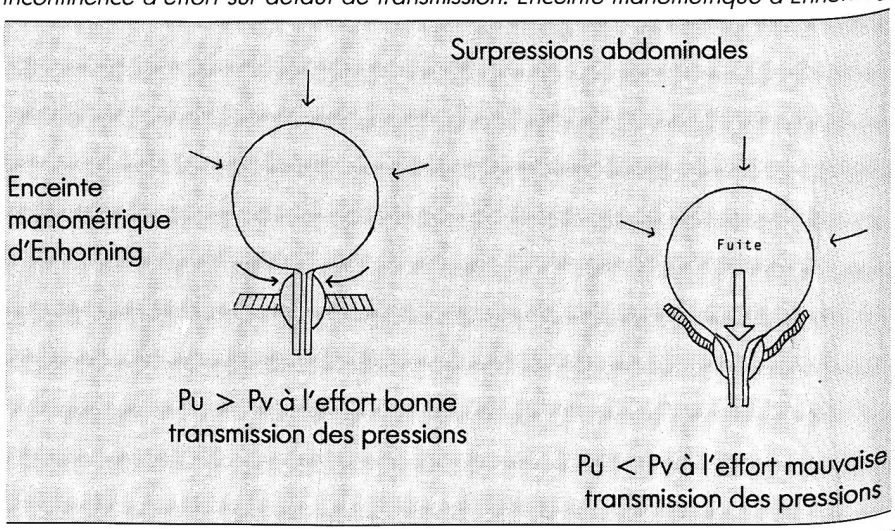
Troisième degré: Histoire positive
Clinique positive
Tonométrie positive

Une autre classification couramment utilisée [18] est celle de Ingelman-Sundberg. Elle se réfère aux degrés de gêne fonctionnelle.
Premier degré:
Fuites à la toux, au rire, aux éternuements.
Deuxième degré:
Fuites à la marche ou aux efforts de soulèvement.
Troisième degré:
Fuites à la position debout ou au moindre effort.

B) Incontinence urinaire par instabilité vésicale

Elle se manifeste par des fuites urinaires abondantes précédées d'un fort besoin et sans qu'un effort particulier soit nécessaire; d'autre part, on note l'existence d'une pollakiurie. Elle est en fait le reflet de contractions non inhibées du détrusor. De nombreuses étiologies sont admises comme la présence d'un obstacle urétral, des problèmes psychologiques, un dysfonctionnement du système nerveux neurovégétatif, la présence d'une cystite ou d'autres atteintes vésicales, diminution de la compliance vésicale, atteinte de la voie digestive terminale, etc. [36]. Néan-

Figure 16:
Incontinence d'effort sur défaut de transmission. Enceinte manométrique d'Enhorning.



* En raison de son étendue, cet article paraîtra sur plusieurs numéros:
1re partie dans le numéro 2/91
2e partie dans le numéro 3/91

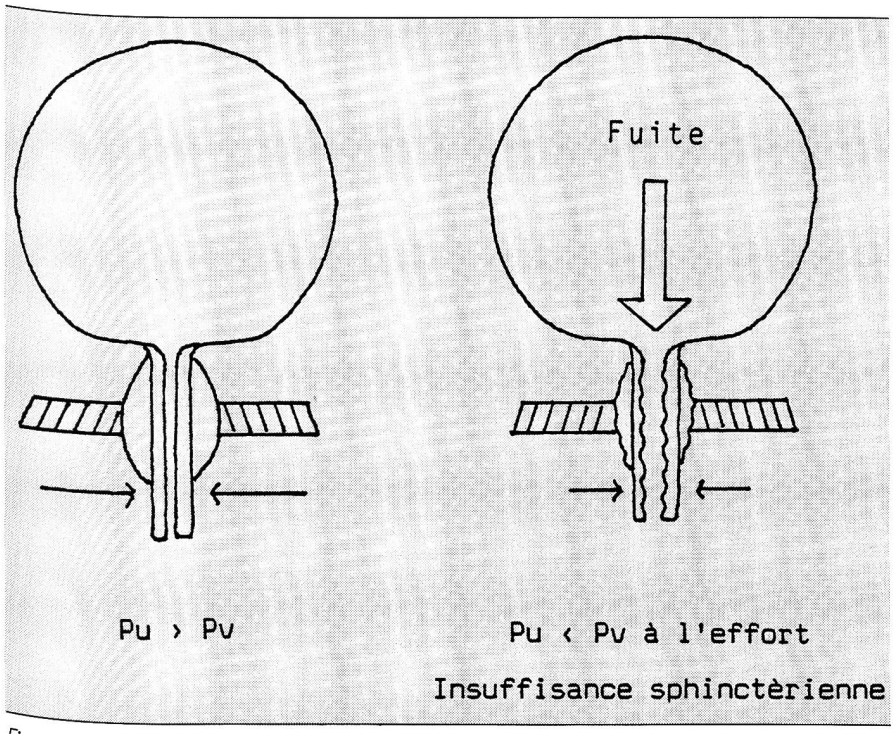


Figure 17:
Incontinence d'effort sur insuffisance sphinctérienne.

moins, certaines instabilités semblent idiopathiques.

C) L'incontinence urinaire mixte

Elle rassemble les deux symptomatologies précédemment décrites (25 à 30% des incontinences de la femme).

Enfin notons pour information que d'autres types d'incontinences sont décrits: incontinence par «overflow» [28], due à une augmentation passive des forces d'expulsion, par instabilité urétrale, par perte d'autonomie de la personne ou bien consécutive à des lésions neurologiques (traumatismes médullaires, hémiplégie, etc.)

IV) Traitements

Nous ne détaillerons pas les différents traitements pharmacologiques [3, 22, 23, 24] possibles ainsi que les différents gestes chirurgicaux proposés, ceux-ci ayant été déjà très bien abordés dans différents articles de la presse médicale.

Doléris [11] a été un des premiers à défendre la gymnastique des releveurs de l'anus en 1903, mais c'est surtout depuis les années 40 par le docteur Kegel, et depuis les années 70 par M. Bourcier, que la rééducation de l'incontinence urinaire a acquis progressivement ses lettres de noblesse. Néanmoins, elle ne prétend pas faire des miracles, mais entend seulement se placer comme une alternative thérapeutique tout à fait reconnue qui peut trouver sa place tant dans des intentions curatives que préventives. Elle peut enfin être un complément efficace d'une stratégie chirurgicale.

Après avoir consulté son médecin, la patiente est adressée au physiothérapeute avec une prescription de physiothérapie.

A) Status

Anamnèse

Cette phase nous semble essentielle pour créer un climat de confiance et ainsi faire pleinement adhérer la patiente à son traitement. Après avoir pris les coordonnées générales de la patiente, nous menons un interrogatoire qui va nous permettre de préciser la symptomatologie [17].

La première partie de cet interrogatoire se réfère à l'histoire actuelle, c'est-à-dire à l'incontinence d'une part et à l'activité mictionnelle d'autre part. Aussi nous semble-t-il important que la patiente exprime d'emblée ce qui l'a amenée à consulter.

Puis nous nous renseignons sur:

L'ancienneté des troubles.
La fréquence des pertes d'urine.
La quantité de ces pertes.
Les facteurs déclenchant.
Les positions dans lesquelles elles se produisent.
Si le besoin d'uriner est bien ressenti.
La capacité à retarder le besoin.
Le nombre de protections utilisées par jour.
La quantité de liquide absorbé quotidiennement.
Les fréquences mictionnelles diurne et nocturne.
Si la gravité du problème varie durant l'année.
Sur le déroulement du cycle menstruel ou de la ménopause.

La deuxième partie de l'interrogatoire se réfère à l'histoire ancienne et surtout au vécu des grossesses afin d'évaluer les facteurs de risques tels que:

Poids de naissance supérieur à 3700 g ou inférieur à 2500 g.
Accouchement dystocique.
Prise de poids de la maman supérieure à 10 kg.
Obésité.
Pratique d'une gymnastique post-partum précoce.

Puis nous interrogeons la patiente sur:

Un passé éventuel d'énurésie.
Les antécédents médico-chirurgicaux de la région anovulvaire.
D'éventuels traitements antérieurs de l'incontinence.
Son état général.

Enfin nous apprécions le profil psychologique de la patiente dont la qualité conditionnera en partie les chances de réussite du traitement.

Avant de conclure cette première rencontre, à l'aide d'une planche anatomique en relief (fig. 18), le physiothérapeute consacrera une partie de son temps à expliquer à la patiente le déroulement et les buts de ce nouveau traitement qui lui sera appliqué. Tout ceci concourt à mieux la préparer psychologiquement aux séances suivantes.

Examen clinique

L'examen clinique abordé lors de la deuxième séance est une étape fondamentale qui va nous permettre de préciser la symptomatologie de la patiente [26]. Il doit être réalisé dans un parfait climat de confiance.

Dans un premier temps, nous observons:

- La distance ano-vulvaire dont la norme se situe entre 25 et 35 mm.
- La présence ou non d'une béance vaginale et d'un éventuel prolapsus. En effet, il n'est pas rare de constater l'existence d'un prolapsus plus ou moins important. Dans ce cas, le traitement sera le plus souvent chirurgical, hormis pour les prolapsus antérieurs de premier degré susceptibles d'être améliorés par la physiothérapie [33].
- La présence ou non d'éventuelles cicatrices.
- La tonicité du noyau fibreux central du périnée.

Puis nous pratiquons un examen dynamique appréciant par la palpation:

- La contraction des muscles releveurs en notant la présence ou non d'éven-

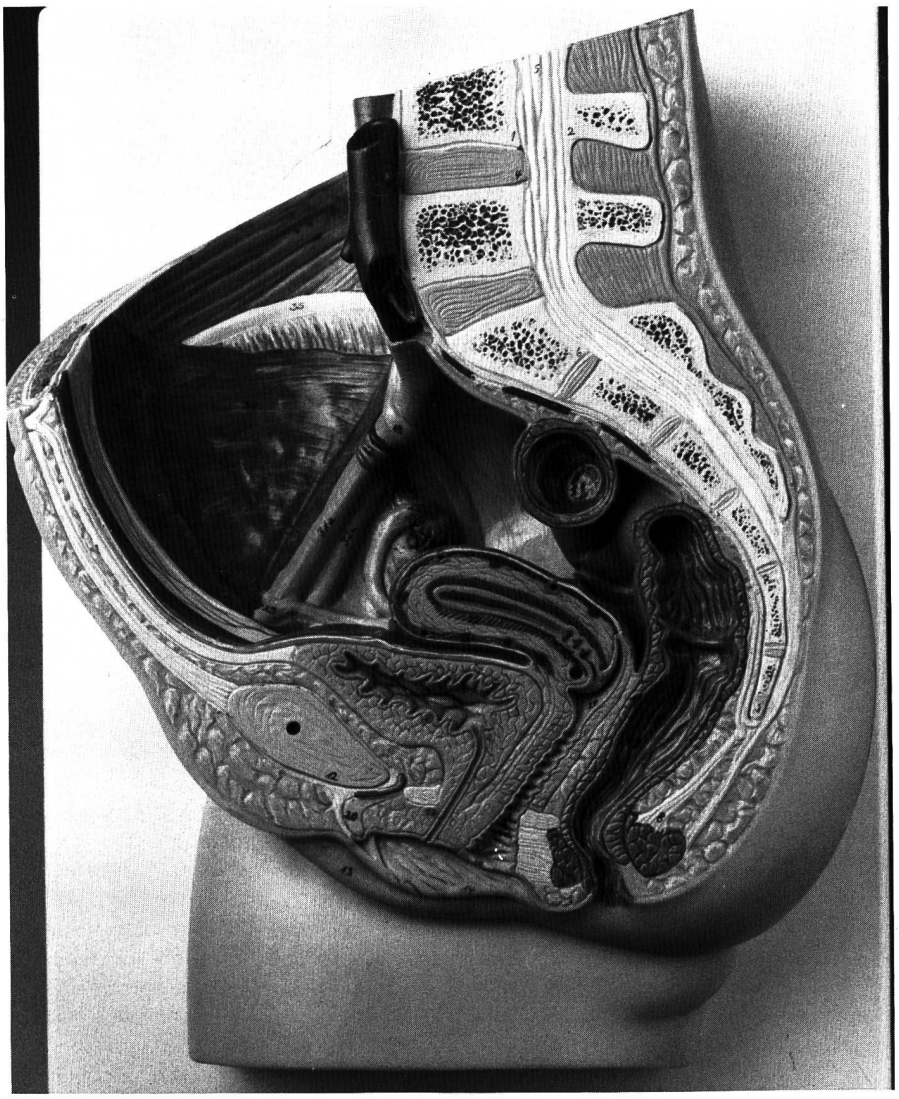


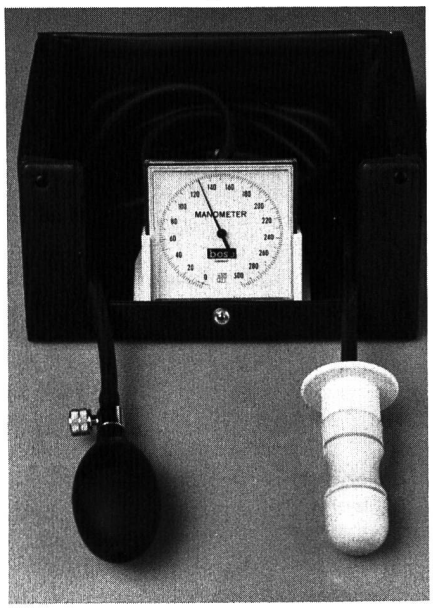
Figure 18:
Planche anatomique en relief de la région pelvi-périnéale.

tuelles asymétries ou d'inversion de commande périnéale.

- La fonction des muscles releveurs est évaluée de 0 à 5:
  0: Aucune contraction palpable.
  1: Contraction à peine perceptible.
  2: Contraction perceptible mais faible.
  3: Contraction bien palpable sans résistance.
  4: Contraction bien palpable contre faible résistance.
  5: Contraction bien palpable contre forte résistance.
- La contraction réflexe des muscles releveurs lors de la toux.
- Le déroulement de la paroi antérieure ou de la paroi postérieure du vagin lors de la toux ou d'un effort de poussée abdominale volontaire.

De façon complémentaire, nous faisons une évaluation à l'aide du périnéomètre de Kegel, appareil pneumatique enregistrant les forces de serrage de ces muscles. Une pression de 60 cm d'eau correspond à une cotation 5 au testing. Pour plus de fiabilité, cette mesure est répétée 3 fois (fig. 19).

Figure 19:
Périnéomètre de Kegel.



Pour conclure cet examen, nous pratiquons une rapide évaluation de la sensibilité afin de mettre en évidence d'éventuels troubles de l'innervation loco-régionale.

L'ensemble de ces résultats sont répertoriés sur une fiche prévue à cet effet.

Résultats de l'examen uro-dynamique

Lorsque la patiente a été examinée sur le plan uro-dynamique, il est intéressant pour le physiothérapeute de s'attarder sur les résultats. Nous ne rappellerons pas toutes les finesses de cet examen, mais seulement quelques aspects qui nous semblent essentiels à une bonne compréhension de la pathologie dont souffre la patiente.

Les différentes courbes obtenues au repos ou lors d'efforts de toux (fig. 20, 21), permettent d'approcher certains paramètres tels que:

- la pression de clôture maximale urétrale.
- La longueur fonctionnelle urétrale.
- La transmission des pressions à l'effort.
- La réserve de continence.
- La débitmétrie.

Les schémas suivants (fig. 22), illustrent quelques cas couramment rencontrés.

La comparaison des courbes obtenues avant et après traitement physiothérapeutique ne permet pas de mettre en évidence des modifications significatives des paramètres précités. Néanmoins, il semble que le gradient de pression urétrovésicale à l'effort soit sensiblement amélioré par la contraction volontaire du périnée [10, 29]. Ceci expliquerait en partie l'amélioration clinique constatée par la patiente après un tel traitement.

B) Méthode de traitement

Nous ne décrirons pas de recettes en fonction des différents syndromes rencontrés, mais nous commenterons les différents moyens à disposition du physiothérapeute et utilisés dans notre unité de soins.

Electrostimulation

L'électrostimulation utilisée en urogynécologie peut avoir différents buts en fonction du problème de la patiente.

– Incompétence périnéo-sphinctérienne

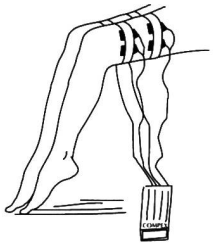
Nous chercherons à stimuler les structures musculaires non pas pour les renforcer, mais pour en améliorer le schéma moteur. D'autre part, on peut imaginer d'après les travaux de Hudlicka [19], que nous améliorons la trophicité locale dont nous avons vu qu'elle intervenait dans

Avec Compex® 50

la haute technologie découvre la simplicité

1) Choisir la carte standard correspondant à l'indication thérapeutique choisie

2) Insérer cette carte dans le stimulateur Compex

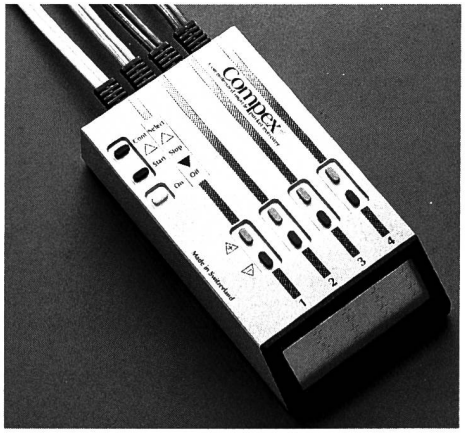


3) La séance commence

SFR 3'842.--

(Possibilités de leasing ou de location)

Compex 50, c'est la performance exceptionnelle du système Compex, alliée à une simplification extrême du travail du thérapeute: nous avons créé pour vous des programmes standard correspondant aux indications thérapeutiques du système Compex (électrothérapie Excito-motrice, électrothérapie antalgique...).
Il vous suffit donc de choisir celle qui correspond à votre patient, et de l'insérer dans le stimulateur Compex. Celui-ci est alors programmé, et gère automatiquement les étapes de stimulation.
L'électrothérapie, avec Compex 50, entre dans l'ère de l'efficacité et de la simplicité.



Pour information:
MEDICOMPEX S.A.
ZI "larges Pièces"
Chemin du Dévent, 1024 Ecublens
Switzerland
Tél: 021 691 61 67
Fax: 021 691 61 90

Axe Communication Entreprises 022 61 90 41

30% du mécanisme de continence. Pour la pratique de cette technique, l'utilisation d'une table gynécologique n'est pas nécessaire. Nous avons choisi cette installation plus confortable pour la patiente et permettant par la rétroversion du bassin une meilleure orientation des organes pelviens [30], (fig. 23).

Les conditions requises pour pratiquer cette stimulation sont les suivantes:

Indolence totale.

Intégrité des structures neurologiques assurant l'innovation du complexe périnéosphinctérien.

Utilisation d'appareils délivrant des impulsions compensées à moyenne nulle permettant d'éviter tout risque de polarisation membranaire.

Les paramètres utilisés sont les suivants:

Fréquence de 50 Hz pour tenter de stimuler préférentiellement les fibres phasiques du périnée.

Largeur d'impulsion de 220 µs.

Temps de contraction de 2, 4 ou 6 sec. avec un temps de repos trois fois plus long. Le temps de contraction est choisi en fonction du testing.

Testing à 2 = 2 sec. de contraction.

Testing à 3 = 4 sec. de contraction.

Testing à 4 = 6 sec. de contraction.

La durée de la stimulation est de 20 min.

Cette technique est réalisée par voie endo-cavitaire à l'aide de sondes vaginales longues nous permettant de positionner le champ électrique de façon optimale en fonction de la réponse musculaire; celle-ci doit être bien ressentie par la patiente, mais n'est pas forcément visible extérieurement. En cas d'importante asymétrie entre les faisceaux droit et gauche, une sonde type stylet sera préférée (fig. 24).

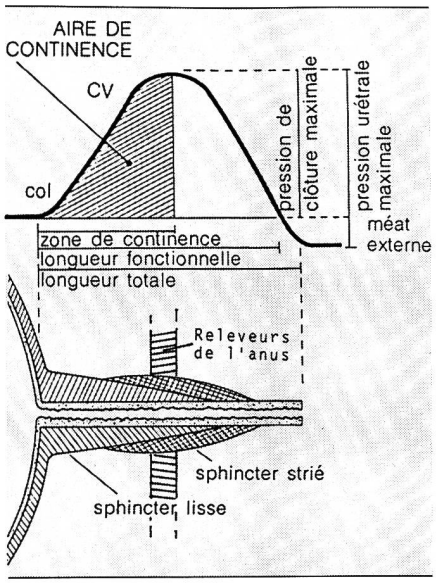


Figure 20:
Profil urétral de repos, d'après Bourcier.

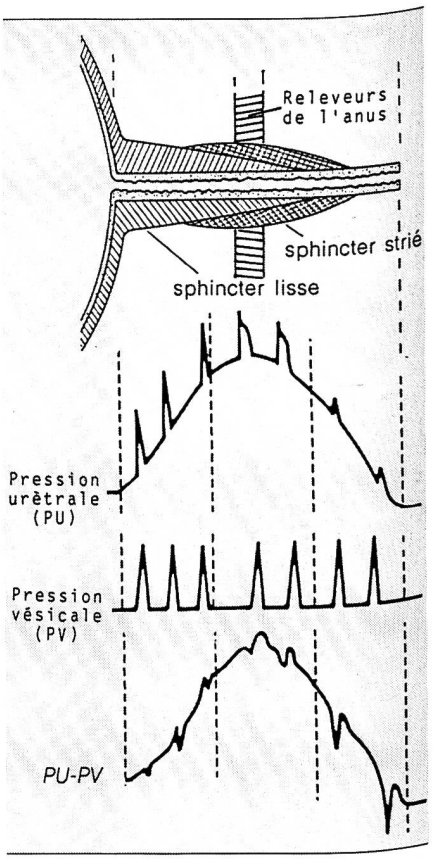
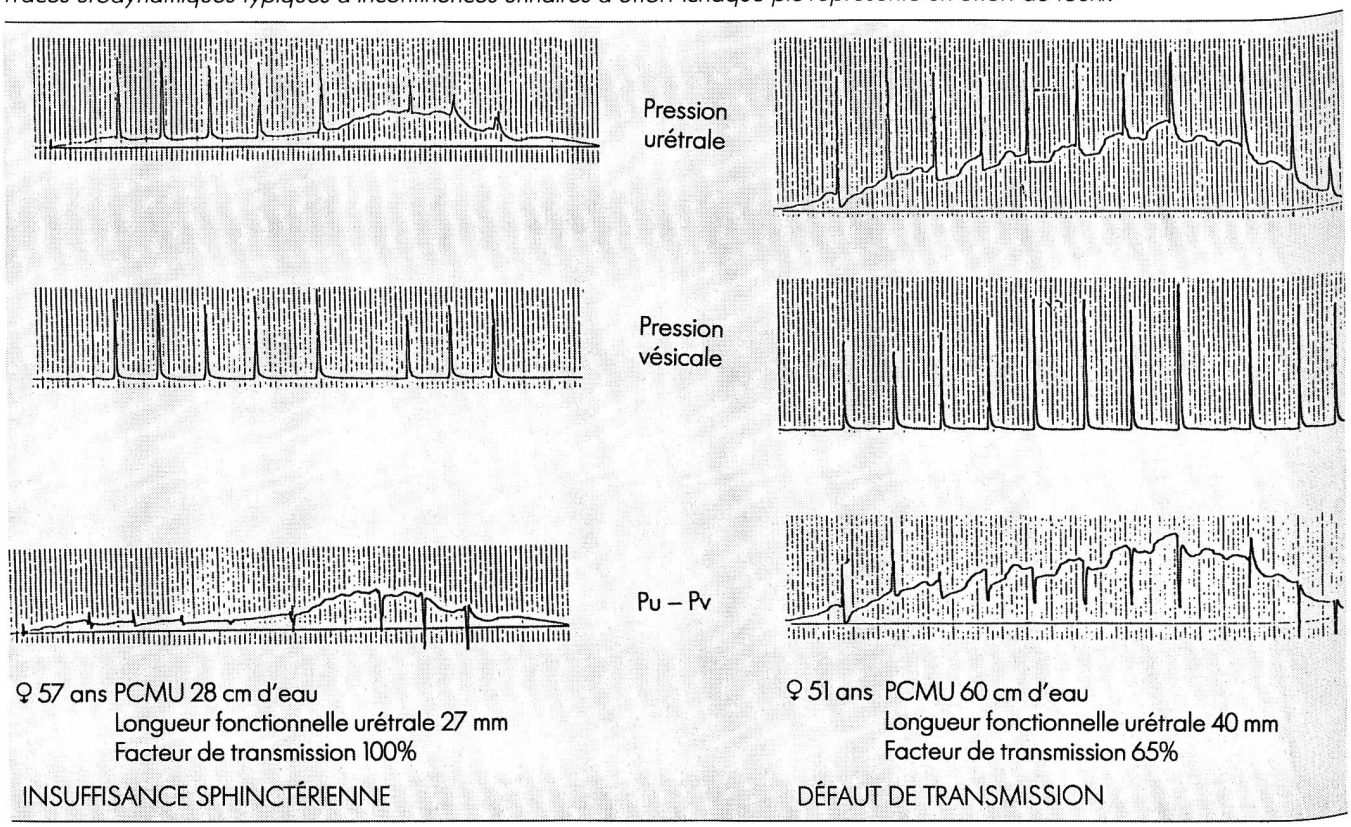


Figure 21:
Profil urétral d'effort avec bonne transmission des pressions (chaque pic représente un effort de toux).

Figure 22:
Tracés urodynamiques typiques d'incontinences urinaires d'effort (chaque pic représente un effort de toux).



Volle Freizügigkeit!

Auch im überobligatorischen Bereich.

SHP

Leben, wie es Ihnen passt.
Aber sicher.

Mit der vollen Freizügigkeit macht die SHP Pensionskasse einen ersten, bahnbrechenden Schritt. Denn wir finden, die finanziellen Nachteile bei einem Stellenwechsel sollten für immer aus dem Weg geräumt werden. Und nicht nur das. Warum komplizieren, wenn es einfacher geht. Auch am neuen Arbeitsort kann die versicherte Person bei der SHP bleiben, vorausgesetzt, der neue Arbeitgeber ist damit einverstanden. Im andern Fall ist ihr der Gegenwartswert der versicherten Rente weiterhin gewährleistet. Und das bei gleichem Vorsorgeschutz. Für Arbeitnehmer wie Arbeitgeber eine zweifellos vorteilhafte Einrichtung. Informieren Sie sich jetzt unter Telefon 01/252 53 00.

☐ Über die volle Freizügigkeit möchte ich Genaueres wissen. Bitte, senden Sie mir kostenlos und unverbindlich Ihre Broschüre.

PH

Name/Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Bitte einsenden an: SHP Pensionskasse für Spital-, Heim- und Pflegepersonal, Gladbachstrasse 117, 8044 Zürich, Telefon 01/252 53 00.

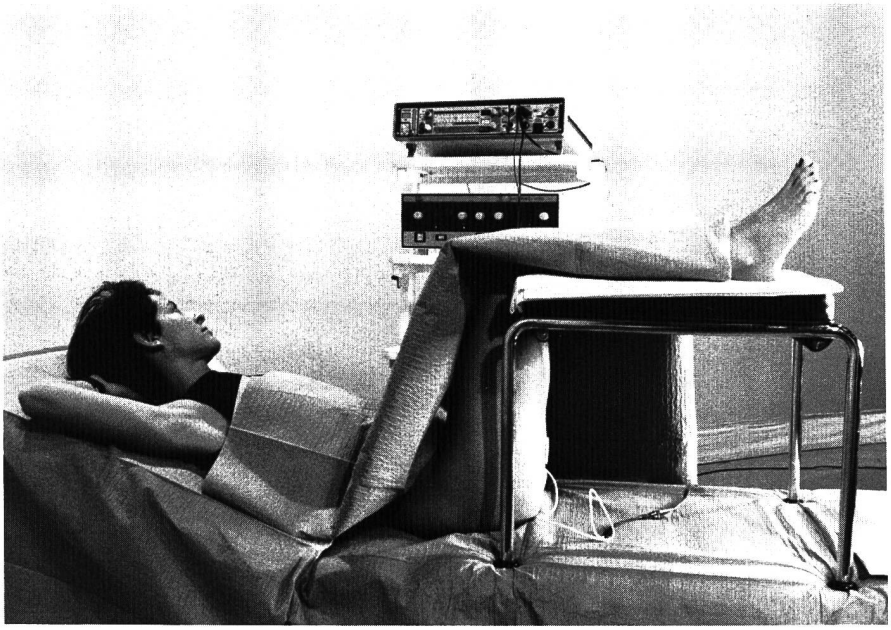


Figure 23:
Travail avec biofeedback à plusieurs voies pour vérifier le bon relâchement des muscles «parasites».

Durant la deuxième moitié de cette stimulation, nous demandons à la patiente d'associer une contraction volontaire des muscles du périnée, afin d'augmenter le recrutement des fibres musculaires.
En cas de suspicion d'une grande faiblesse du sphincter strié para-urétral, une stimulation, avec une fréquence de 10 Hz, peut être associée au traitement afin de stimuler préférentiellement les fibres toniques dont il est exclusivement composé.

– Instabilité vésicale
Pour favoriser l'inhibition du détrusor par voie réflexe, nous utilisons une féquence plus basse de 10 Hz basée sur les travaux de Magnus Fall [13, 14, 35]. Les autres caractéristiques ne changent guère hormis l'intensité qui doit être montée au maximum du supportable pour la patiente. Il semblerait souhaitable d'après certains auteurs que la durée quotidienne de stimulation soit augmentée à quelques heures par jour [12], ce qui nécessite dans la mesure du possible de pouvoir louer à domicile des petits stimulateurs portables.
Si le périnée de la patiente ne semble pas suffisamment efficace pour assurer une contraction inhibitrice du détrusor (réflexe D1 de Mahony), il est alors possible d'utiliser, en complément, les mêmes paramètres de stimulation que pour l'incontinence d'effort.

– Incontinence mixte
Les deux traitements peuvent être associés.

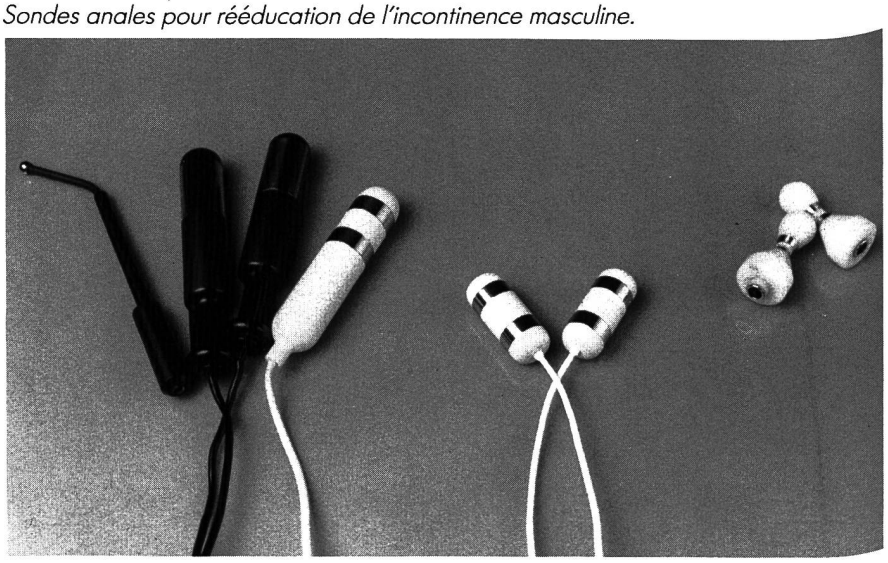
– Autre indication
L'électrostimulation est aussi pratiquée dans le traitement de cicatrices douloureuses en utilisant des courants de type TENS à l'aide de sonde de type stylet.

Gymnastique selon Kegel
C'est dans les années 40 que le docteur Arnold Kegel [25] a décrit l'importance des muscles du périnée et plus particulièrement de la partie interne des releveurs de l'anus encore appelée «élévateurs» de l'anus dans les problèmes d'incontinence d'effort.

Le physiothérapeute introduit un ou deux doigts légèrement fléchis vers le bas dans le vagin de la patiente. Chacun des doigts se trouvent appliqués en regard des muscles puborectaux droit et gauche (fig. 25).
Cette technique consiste à travailler ces muscles contre résistance manuelle. Ainsi, nous pouvons orienter le travail musculaire vers un mode concentrique, isométrique ou mieux encore pour des muscles affaiblis vers un mode excentrique. Le travail peut se faire sur les deux faisceaux simultanément ou bien préferentiellement sur un faisceau.
Durant toute la durée de ces exercices, le physiothérapeute surveille le relâchement des muscles «parasites» tels que abdominaux, adducteurs et fessiers dont la contraction perturbe le bon contrôle du périnée.
D'autre part, cette approche nous permet d'exercer des étirements brefs de ces muscles dans un but facilitateur.
Lorsque cette contraction est bien contrôlée, nous commençons l'apprentissage du verrouillage à l'effort en demandant à la patiente de la maintenir lors de toux ou de flexion du tronc.
Durant les temps de repos, le physiothérapeute peut également exécuter quelques manœuvres de massage. Elles ont pour buts d'éveiller l'image proprioceptive de ces structures musculaires et d'assouplir d'éventuels tissus cicatriciels.

Myo-biofeedback
L'utilisation du myo-biofeedback est une phase essentielle de ce traitement. En effet, grâce à cet appareil la patiente va

Figure 24:
Différents types de sondes utilisées. De gauche à droite:
Sondes longues pour électromyostimulation endovaginale.
Sondes courtes pour utilisation du biofeedback.
Sondes anales pour rééducation de l'incontinence masculine.



prendre conscience par des informations auditives et visuelles de la qualité de sa contraction périnéale. La répétition et la progression de ces exercices va permettre d'améliorer l'apprentissage de la commande, l'image corporelle et la force musculaire du périnée [32].
Il est nécessaire de posséder une instrumentation à deux voies, afin de suivre d'un côté l'activité des muscles périnéaux et de l'autre la qualité du relâchement des muscles fessiers dont la contraction nuit au bon contrôle des muscles périnéaux. Il est aussi souhaitable de surveiller de temps en temps l'activité des muscles abdominaux si souvent impliqués dans les inversions de commande périnéale (fig. 23).
En début de progression, nous conservons la même installation de la patiente. L'électrode utilisée est de plus petit calibre, afin de faciliter la réalisation des exercices.
Tout au long de ces exercices, la patiente doit respirer en évitant tout temps d'apnée, ceux-ci augmentant sensiblement les pressions abdominales. Pour cela, nous conseillons à la patiente de respirer bouche ouverte et à petit volume.

Figure 25:
Approche manuelle lors de la gymnastique selon Kegel.

Pour solliciter préférentiellement les fibres toniques, nous demandons des contractions de faible intensité maintenues pendant 45 à 60 secondes. Pour les fibres phasiques, nous conseillons des contractions de forte intensité d'une durée de 12 secondes, suivies d'une période de repos d'une minute. ▷

VISTA med S.A. vous propose le plus grand choix d'appareils et d'accessoires pour le traitement de l'**incontinence urinaire;** jugez par vous-même:

- **UROMYOLEC 9530** — Biofeedback et stimulateur compact
- **UROGYN 8900** — Electrostimulateur
- **MYOLEC 8900** — Biofeedback
- **PHYSIOSTIM VS1** — Stimulateur et biofeedback
- **PHYSIOSTIM K1** — Stimulateur et électrothérapie universelle
- **IBS1** — Biofeedback 2 canaux
- **IBS3** — Biofeedback 3 canaux
- Imprimantes — Thermiques et autres
- **CON MAX** — Stimulateur portable
- Périnéomètre
- Sondes diverses
- Préservatifs
- Tubes en verre
- Cônes **FEMINA**
- Câbles
- Coupleurs
- Gants d'examen
- Planches anatomiques
- Produit de désinfection

N'hésitez pas à prendre contact avec nous pour une demande d'offre, de littérature, d'essais divers, etc.

VISTA med

021/691 98 91, Ch. du Croset 9, 1024 Ecublens

Un travail de dissociation peut être entrepris en demandant à la patiente de contracter ses muscles du périnée, alors qu'elle exécute d'autres activités motrices.
Pour augmenter le recrutement des muscles du plancher pelvien, il est encore possible de pratiquer des techniques de débordement d'énergie en utilisant par exemple un travail contre forte résistance des muscles abducteurs/rotateurs externes de hanche [8].
La progression ne serait pas complète si la patiente ne travaillait pas en position debout, situation plus contraignante pour le périnée, celui-ci devant en plus jouer son rôle de soutien des viscères pelviens. Pour cela, il est utile de disposer d'un biofeedback portable de petite taille laissant la patiente complètement libre de ses gestes. Différents exercices seront demandés tels que (fig. 26):
Appui unipodal.
Mouvements de rétroversion et d'antéversion du bassin.
Marche sur place.
Accroupissements.
Marche avec déplacements.
Montée et descente des escaliers.
Il faut en moyenne 15 à 20 séances pour obtenir de bons résultats, mais il n'est pas possible d'en faire une règle générale, la longueur du traitement étant fonction du type d'atteinte et de sa gravité.
Chez l'homme, les mêmes techniques seront utilisées, mais l'approche se fera par voie endo-anale, le patient étant en latéro-cubitus. Les sondes utilisées sont de type diabolo et l'intensité beaucoup plus basse, l'anus ayant une innervation sensitive très développée (fig. 27).

Hygiène de vie

- En cas d'instabilité vésicale, nous demandons à la patiente de tenir un calendrier mictionnel quotidien, afin de contrôler le rythme des mictions et d'essayer de le diminuer progressivement.
- Pour les incontinences urinaires d'effort, dans le but d'entraîner la contraction périnéale, nous demandons à la patiente d'essayer de stopper une fois par jour le jet urinaire, uniquement en début de miction, afin de ne pas favoriser de résidus et d'éviter tout risque de reflux d'urine ayant pu être contaminé au niveau de l'urètre distal.
  Puis nous lui conseillerons de pratiquer des séries de contractions du périnée deux à trois fois par jour ou encore de réaliser celles-ci lors de certaines activités de la vie quotidienne comme l'habillage ou l'utilisation des escaliers.
  Si besoin, nour prêterons à la patiente des cônes vaginaux lestés (10 g, 20 g, 30 g ou 40 g), afin de créer à la fois une stimulation et une résistance à la contraction musculaire [4] (fig. 28).

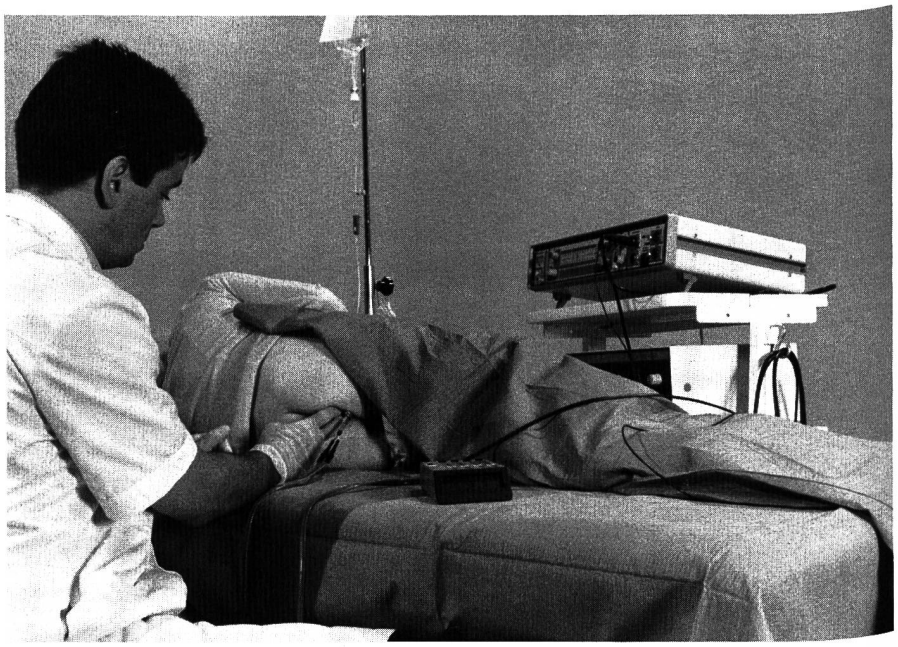


Figure 27:
Approche en décubitus latéral pour les incontinences urinaires masculines.

V) Stérilisation

Nous ne pourrions finir cet exposé des différentes techniques utilisées sans souligner l'importance de la stérilisation du matériel. Pour cela, nous effectuons après usage un brossage des sondes avec un savon antiseptique avant de les laisser tremper dans une solution de glutaraldéhyde pendant une durée minimale de 4 heures. Toutes les semaines, nos sondes sont stérilisées au gaz par la stérilisation centrale du CHUV.

Figure 26:
Travail en position debout avec biofeedback portable.

VI) Conclusion

Ce long exposé n'a pas la prétention d'être exhaustif quant aux différentes possibilités que la rééducation propose dans les problèmes d'incontinence urinaire.
Retenons que les principaux buts de cette rééducation sont de permettre à la patiente de retrouver le meilleur contrôle possible du potentiel restant de ses structures périnéales.
Les résultats sont très encourageants (étude prochaine à paraître) et la réalisation de ces techniques n'est pas très compliquée. Cependant, il est absolument nécessaire qu'elles soient réalisées par des physiothérapeutes bien formés et motivés, travaillant en étroite collaboration avec le corps médical.
Ce sont les seules conditions pour que la physiothérapie reste un partenaire respecté et apprécié pour le traitement des incontinences urinaires.

Bibliographie

[1] *Amarenco G., Lacroix P., Houssin B.:* Epidémiologie de l'incontinence urinaire de la femme. Gazette médicale, tome 94, No 27, Paris 1987, 1–3.
[2] *Amarenco G.:* Exploration urodynamique et troubles de la miction. Edition Agence 3C, Paris 1988.
[3] *Aranda B., Bertolo G.:* Traitement médical d'un trouble vésico-sphinctérien. Soins, No 531, Paris, déc. 1989, 20–26.
[4] *Blondon J., Caubel P., Foulques H.:* La rééducation

ducation pelvi-périnéale par les cônes vaginaux: Intérêts de cette méthode pour le traitement des prolapsus génitaux et des incontinences urinaires d'effort. Abstracts book, The pelvic floor, Cannes 1989, 106–107.
[5] *Bourcier A.:* Le plancher pelvien, explorations fonctionnelles et réadaptation. Editions Vigot, Paris 1989.
[6] *Caufriez M., Naudin M., Schulman Cl., Wespes E.:* La biomécanique viscérale abdomino-pelvienne. Applications à la rééducation des incontinences urinaires à l'effort chez la femme. Patient Care, mai 1990, 8–28.
[7] *De Grandi P.:* Incontinence urinaire en gynécologie, Masson, Paris 1980.
[8] *Delamer B., Deheck P., Delannoy J.-L., Matkowski V.:* Rééducation post-partum du plancher pelvien. Justification EMG, Entretien de Bichat, Rééducation, Paris 1988, 276–283.
[9] *De Leval J.:* Anatomie de la musculature striée du bas appareil urinaire. Abstracts book, The pelvic floor, Cannes 1989, 4–9.
[10] *Dhenin T., Meyer S.:* Analyse urodynamique après physiothérapie pour incontinence d'effort. Abstracts book, The pelvic floor, La Martinique 1990.
[11] *Doleris J. A.:* La gynécologie, tome 8, Paris 1903, 394–397.
[12] *Ericksen B. C., Bergman S., Mjolnerod O.K.:* Effect of anal electrostimulation with the «Incontan» device in women with urinary incontinence. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, vol. 94, 1987, 147–156.
[13] *Fall M.:* Intravaginal electrical stimulation in urinary incontinence. From the department of urology, Sahlgren Hospital, University of Göteborg, and the department of applied electronics, Chalmers University of Technology, Göteborg, Sweden.
[14] *Fall M.:* Pathophysiological aspects of female urinary incontinence with reference to functional re-training. Abstracts book, The pelvic floor, Cannes 1989, 73–74.
[15] *Gosling J. A., Dixon J. S., Hilary O. D. Critchley, Thompson SA:* A comparative study of the human external sphincter and periurethral levator ani muscles. British Journal of Urology, 53, 1981, 35–41.
[16] *Grosse D., Sengler J., Jurascheck F.:* La rééducation périnéale, Annales de kinésithérapie, tome 15, No 7–8, Masson, Paris 1988, 373–384.
[17] *Hahn, C., Devez C.:* Rééducation de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme. Travail de diplôme, ECVP, Lausanne 1990.
[18] *Heber N., Barre C., Lobel B., Louvigne Y., Brissot R., Fouin F., Le Coz M. T.:* Rééducation périnéale dans l'incontinence urinaire chez la femme. Annales de réadaptation et de médecine physique, 29, Elsevier, Paris 1986, 245–252.
[19] *Hudlicka O., Dodd L., Renkin E. M., Gray S. D.:* Early changes in fiber profile and capillary density in long-term stimulated muscles. American Journal of Physiology, 243, 528–535, 1982.
[20] *Jesel M.:* Fonctionnement vésico-sphinctérien. Bases neurologiques, interrogatoire du patient. Annales de kinésithérapie, tome 15, No 7–8, Masson, Paris 1988, 341–346.
[21] *Jurascheck F.:* Anatomie fonctionnelle du bas appareil urinaire. Annales de kinésithérapie, tome 15, No 7–8, Masson, Paris 1988, 339–340.

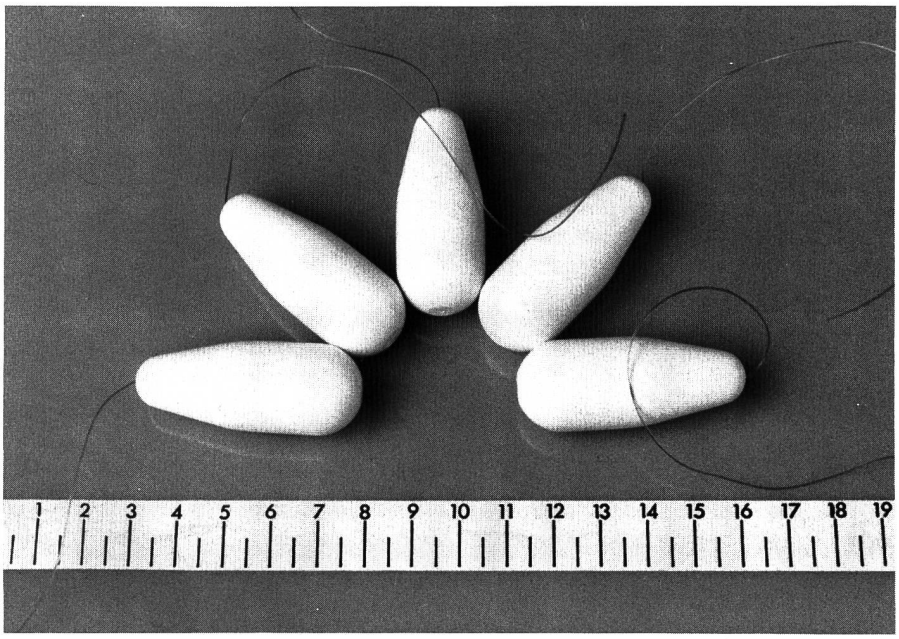


Figure 28:
Cônes vaginaux lestés de Plevnick.

[22] *Jurascheck F., Vitoux J. F.:* Le traitement pharmacologique des troubles mictionnels. 2e Congrès national du CRRUG, Mulhouse, mai 1989.
[23] *Jurascheck F.:* Aspects de la neuropharmacologie du bas appareil urinaire. Annales de kinésithérapie, tome 15, No 7–8, Masson, Paris 1988, 359–364.
[24] *Jurascheck F., Sengler J.:* Traitements pharmacologiques des troubles du bas appareil urinaire. Journal de réadaptation médicale, No 3–4, Masson, Paris 1988, 108–110.
[25] *Kegel A. H.:* Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 56, 1948, 238–248.
[26] *Meillet J.:* Bilan clinique de l'incontinence urinaire chez la femme. Journal de Réadaptation Médicale, vol. 7, 5–6, Masson, Paris 1987, 140–143.
[27] *Meyer S., De Grandi P., Schmidt N.:* Comparative data from history, clinic and tonometry in patient with urinary stress incontinence and recurrent urinary stress incontinence after surgery. Tiré à part 1989.
[28] *Meyer S.:* Les effets bénéfiques de l'électromyostimulation et du bio-feedback. Patient Care, mai 1990, 21–22.
[29] *Meyer S., Dhenin T., De Grandi P., Schmidt N.:* Modifications anamnestiques et tonométriques apportées par l'électromyostimulation et biofeedback dans un collectif de patients souffrant d'incontinence urinaire d'effort pur. Assemblée annuelle de la Société suisse de gynécologie-obstétrique, Lausanne 1990.
[30] *Minaire P., Lyonnet A., Sabot E., Chevallard J., Braize C., Capderon C., Benoit-Gonin P.:* Rééducation périnéale et statique lombo-pelvienne. Annales de kinésithérapie, tome 15, No 7–8, Masson, Paris 1988, 391–394.
[31] *Minaire P.:* Notes personnelles du cours de rééducation en uro-gynécologie, Genève 1989.
[32] *Perrigot M., Brissot R., Le Coz M. T.:* La rééducation périnéale en biofeedback. Journal de réadaptation médicale, 4, No 1, Masson, Paris 1984, 5–7.
[33] *Pigne A., Maghioracos P., Marpeau L., Keskes J.:* La rééducation uro-gynécologique dans le prolapsus et l'incontinence urinaire. Actualités en Rééducation Fonctionnelle et Réadaptation, 13e série, Masson, Paris 1988, 53–62.
[34] *Pigné A.:* Premiers éléments d'uro-dynamique et de rééducation périnéale. Dominique Kunst, Laboratoire d'urodynamique du professeur Pigné, Hôpital Saint-Antoine, Paris 1987.
[35] *Plevnick S.:* Nonimplantable electrical stimulation of the pelvic floor muscles for treatment of urinary incontinence. Abstracts book, Pelvic floor, Cannes 1989, 46–47.
[36] *Robain G., Perrigot M.:* Mécanisme de la continence. Place des explorations complémentaires de l'incontinence. Annales de kinésithérapie, tome 15, No 7–8, Masson, Paris 1988, 353–357.

Autres ouvrages consultés

Bastide G.: Schémas de travaux pratiques. Bassin, parois et contenu, fascicule XIV, Vigot Frères, Paris 1969.
Laboratoires Débats. Le dysfonctionnement vésical, 60, rue de Monceau, 75008 Paris.
Gray's Anatomy, 36e édition, Williams and Warwick, Churchill, Livingstone, Londres 1980.
Kahle W., Leonhardt H., Platzer W.: Anatomie, viscères et système nerveux, tomes 2 et 3, Flammarion, médecine et sciences, Paris 1984.
Lazorthes G.: Le système nerveux périphérique, 3e édition, Masson, Paris 1981.
Rouvière H.: Anatomie humaine, tome 2. Tronc. A. Delmas, 11e édition, Masson, Paris 1974.

Dieser Artikel folgt in deutscher Sprache.

Cet article paraîtra aussi en allemand.

Adresse de l'auteur:
Thierry Dhenin
Physiothérapeute-chef coordinateur, service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du professeur Y. Saudan, CHUV, Lausanne.
Physiothérapeute-enseignant ECVP, 1011 Lausanne. ●