

# Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

**Date de création du document 01/03/11**

## Table des matières

<b>SPECIFIQUES :</b> .....	<b>4</b>
<b>I Physiologie des troubles</b> .....	<b>7</b>
<b>I.1 Les troubles de la continence urinaire</b> .....	<b>7</b>
<b>I.2 Les troubles de la continence anale</b> .....	<b>7</b>
<b>I.3 Les dyspareunies</b> .....	<b>9</b>
<b>I.4 Les béances</b> .....	<b>9</b>
<b>I.5 Les prolapsus</b> .....	<b>9</b>
<b>I.6 Les pathologies du rachis et de la ceinture pelvienne</b> .....	<b>10</b>
<b>I.7 Les pathologies de la sangle abdominale</b> .....	<b>10</b>
<b>II Facteurs de risque</b> .....	<b>11</b>
<b>II.1 Facteurs généraux</b> .....	<b>11</b>
<b>II.2 Facteurs obstétricaux</b> .....	<b>11</b>
<b>III La prévention</b> .....	<b>12</b>
<b>III.1 En prénatal</b> .....	<b>12</b>
<b>III.2 En per-partum</b> .....	<b>12</b>
<b>III.3 En post-partum</b> .....	<b>13</b>
<b>IV La rééducation périnéale</b> .....	<b>14</b>
<b>IV.1 Indications</b> .....	<b>14</b>
<b>IV.2 Prise en charge initiale</b> .....	<b>15</b>
<b>IV.2.1 L'interrogatoire</b> .....	<b>15</b>
<b>IV.2.1.1 Les antécédents</b> .....	<b>16</b>
<b>IV.2.1.2 La fonction génito-urinaire</b> .....	<b>16</b>
<b>IV.2.1.3 La fonction ano-digestive</b> .....	<b>17</b>
<b>IV.2.2 L'examen clinique</b> .....	<b>17</b>

<b>IV.2.2.1</b>	<b>Inspection seule de la vulve.....</b>	<b>18</b>
<b>IV.2.2.2</b>	<b>Inspection vulve écartée.....</b>	<b>18</b>
<b>IV.2.2.3</b>	<b>Le toucher vaginal.....</b>	<b>19</b>
<b>IV.2.2.4</b>	<b>le testing des releveurs.....</b>	<b>19</b>
<b>IV.2.2.5</b>	<b>Les examens complémentaires.....</b>	<b>20</b>
<b>IV.3</b>	<b>Les méthodes de rééducation.....</b>	<b>20</b>
<b>IV.3.1</b>	<b>La rééducation manuelle.....</b>	<b>21</b>
<b>IV.3.2</b>	<b>L'électrostimulation.....</b>	<b>21</b>
<b>IV.3.3</b>	<b>Le biofeedback.....</b>	<b>22</b>
<b>IV.3.4</b>	<b>Le travail à la maison.....</b>	<b>23</b>
<b>V</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>24</b>
<b>VI</b>	<b>Annexes.....</b>	<b>26</b>

## **PRÉ-REQUIS**

- Anatomie du petit bassin
- Physiologie du plancher pelvien
- Physiologie du post-partum
- Pathologies urogénitales

## **OBJECTIFS**

SPECIFIQUES :

- Connaître les moyens de dépistage et participer à la prévention des troubles périnéosphinctériens
- S'initier à la pratique de la rééducation périnéale

## INTRODUCTION

La problématique liée aux troubles périnéaux constitue un enjeu réel en matière de santé publique puisqu'elle concerne en France trois millions de personnes tout âge confondu avec un coût global de 4,6 milliards d'euros et un impact négatif avéré sur la qualité de vie.

Les femmes sont plus touchées que les hommes et l'âge constitue un facteur de risque avéré auxquels peuvent se surajouter les facteurs de risques généraux et /ou obstétricaux.

La grossesse et le postpartum sont des périodes de la vie au cours desquelles peuvent apparaître des troubles périnéaux. En effet, l'hypermobilité cervico-urétrale liée à l'étirement des ligaments pubo-urétraux, l'élongation des muscles releveurs de l'anus et du nerf pudendal favorisent l'incontinence urinaire d'effort aux 2ème et 3ème trimestres, y compris chez une patiente primipare. L'existence de cette incontinence en cours de grossesse est un facteur de risque de voir persister ou apparaître une incontinence urinaire à 3 mois du postpartum et/ ou à distance.

Par ailleurs, l'accouchement par voie vaginale peut être également délétère en induisant une déchirure périnéale mais aussi une rupture occulte de l'appareil sphinctérien ou des lésions neurologiques.

Dans le postpartum, la prédominance hormonale en progestérone diminue la tonicité du périnée et augmente la laxité ligamentaire ; la faiblesse du périnée majore alors les problèmes d'incontinence urinaire ou anale, les béances vulvaires, les dyspareunies et les prolapsus.

La prise en charge comprendra :

- une prévention fondée sur l'éducation périnéale,
- une rééducation ciblée par un thérapeute en fonction des facteurs de risque et/ou des troubles observés.

## PREAMBULE

Il est important de noter que le niveau de preuve de la plupart des études retrouvées dans la littérature concernant ce sujet est faible.

De ce fait, la plupart des recommandations sont basées sur un accord professionnel.

Enfin, la prise en charge des lésions périnéo-sphinctériennes post-natales nécessite une approche globale qui traite les pathologies du rachis, de la ceinture pelvienne et de la sangle abdominale.

L'assurance maternité ne prend en charge à 100 % les frais médicaux (liés ou non liés à la grossesse) que pendant la période qui débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine douze jours après l'accouchement (article L.331-2 du code de la sécurité sociale en vigueur le 1er juillet 2004 : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FBFD330049043863D0DD1738B5709D67.tpdjo13v\\_3?idArticle=LEGIARTI000006742540&cidTexte=LEGITEXT000006073189&categorieLien=id&dateTexte=20110418](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FBFD330049043863D0DD1738B5709D67.tpdjo13v_3?idArticle=LEGIARTI000006742540&cidTexte=LEGITEXT000006073189&categorieLien=id&dateTexte=20110418) ).

Cependant, l'arrêté du 23 décembre 2004 (JORF n°303 du 30 décembre 2004, texte n°45 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000805723&fastPos=4&fastReqId=1419887101&categorieLien=id&oldAction=rechTexte> ), fixe la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité, quelle que soit la date de leur réalisation, y compris en dehors de la période précitée et prévoit entre autres « les séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne ».

Leur remboursement se fera donc à 100 % dans le cadre de l'assurance maternité, sans limitation ni dans le temps, ni dans le nombre de séances.

La sage-femme peut effectuer la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement (article R.4127 du code de la santé publique, JO du 18 octobre 2006 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000019412438&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110418&oldAction=rechCodeArticle> ). Elle est donc habilitée à réaliser la rééducation urogynécologique sans limite d'âge chez toutes les patientes ayant accouché.

Les kinésithérapeutes sont également habilités à pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne dans le cadre du post-partum, mais au delà de 90 jours après l'accouchement, pour qu'il puisse y avoir une prise en charge à 100 % par l'assurance maternité. La prise en charge par un kinésithérapeute peut être accordée avant ce délai de 90 jours si la patiente n'a pas de sage-femme rééducateur dans un périmètre de 50 kilomètres autour de son domicile.

Dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (Nomenclature Générale des Actes Professionnels), la cotation des séances de rééducation périnéale est SF 7 pour les sages-femmes (SF = 2,65 €).

Attention, il est encore nécessaire à ce jour, en attendant le décret d'application, de procéder à une demande d'entente préalable lorsque la rééducation est effectuée par une sage-femme.

La prescription de ces séances peut être effectuée :

- par un médecin,

- par une sage-femme si l'on est dans le cadre du post-partum (90 jours.)

## I **PHYSIOLOGIE DES TROUBLES**

---

Les conséquences de la grossesse et de l'accouchement sont variées ; les principales conséquences influençant la rééducation portent sur :

### I.1 **LES TROUBLES DE LA CONTINENCE URINAIRE**

L'Incontinence Urinaire d'Effort (IUE) est caractérisée par une fuite involontaire d'urine, non précédée du besoin d'uriner et qui survient à l'occasion d'un effort tel que toux, rire, éternuement, saut, course, soulèvement de charges ou toute autre activité physique augmentant la pression intra-abdominale.

Dans les mécanismes en cause, on retrouve l'hypermobilité cervico-urétérale, liée à l'étirement des ligaments pubo-urétraux, l'élongation des muscles élévateurs de l'anus et du nerf pudendal.

L'IUE reste l'incontinence urinaire la plus fréquemment retrouvée en période périnatale.

- 3,6 % avant la grossesse
- **43,7 % pendant la grossesse** avec un âge médian d'apparition des symptômes à 30 SA
- 14,6 % après l'accouchement (à 3 mois)

Malgré une régression au cours des trois premiers mois du postpartum, sa prévalence s'élève à nouveau à distance touchant 46% des femmes de plus de 50 ans et diminuant leur qualité de vie.

*En savoir plus* : Les pathologies urinaires : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html> (*Actuellement non disponible*)

### I.2 **LES TROUBLES DE LA CONTINENCE ANALE**

Les contraintes exercées lors de l'expulsion foetale sur l'appareil sphinctérien anal sont la source de déchirures dont le retentissement sur la continence anale est immédiat ou plus tardif.

Il peut s'agir de lésions sphinctériennes évidentes : lésions grade 3 et 4, mais également d'altérations sphinctériennes sans rupture ou encore de lésions sphinctériennes occultes qui seront mises en évidence rétrospectivement.

La symptomatologie à relever concerne l'incontinence aux gaz, aux selles avec notion d'impériosité.

On sait par ailleurs que la grossesse elle-même pourrait avoir une influence sur la continence anale, avec une prévalence de l'incontinence anale chez la nullipare, qui passe de 1,9 % avant la grossesse à 15,5 % pendant. Le mécanisme de ces troubles ne semble pas neurologique.

Les ruptures sphinctériennes occultes liées à l'accouchement sont trois fois plus fréquentes que les déchirures périnéales (18 à 35 % selon les études.) Elles sont par définition de diagnostic difficile. A 6 semaines de l'accouchement, 13 % des primipares et 23 % des multipares auraient une incontinence anale ou des phénomènes d'urgence. Elles surviennent essentiellement au cours du premier accouchement. Elles intéressent surtout le sphincter anal externe dans sa portion antérieure. Toutefois, 35 à 38 % des primipares ayant des lésions sphinctériennes ont une continence anale normale et 45 % des patientes ayant une incontinence anale en post-partum n'ont pas de rupture détectable en écho-endoscopie.

En dehors de tout traitement chirurgical, l'incontinence associée à des lésions sphinctériennes peut s'améliorer dans 50 % des cas dans les mois qui suivent l'accouchement.

Il a été montré grâce à l'écho-endoscopie, qu'il existe après l'accouchement, par rapport aux primipares, une diminution de l'épaisseur du sphincter anal externe dans sa partie antérieure, un épaississement de ce sphincter latéralement et une augmentation de l'épaisseur de la couche longitudinale complexe.

Par contre, il n'existe pas d'influence propre de la grossesse sur la morphologie sphinctérienne des femmes césarisées.

La fonction sphinctérienne peut également être altérée par l'atteinte de l'innervation pelvienne. Cela se traduit par l'augmentation du temps de latence motrice du nerf pudendal. La neuropathie pudendale concerne 80 % des primipares après un accouchement par voie vaginale. Des problèmes de dénervation sont d'ailleurs retrouvés chez 60 % des patientes ayant une rupture sphinctérienne en post-partum.

Cette neuropathie est en rapport avec l'étirement nerveux sous l'effet de la distension brutale du périnée. Elle régresse au moins partiellement en 2 à 12 mois.

Elle existe également après césarienne, surtout si celle-ci a été tardive. Elle permet d'expliquer un certain nombre d'incontinences anales dites « idiopathiques », sans rupture sphinctérienne.

Cette incontinence peut être transitoire, mais les dégâts obstétricaux contribuent à de nombreux cas d'incontinence anale se révélant après la ménopause.



### **I.3 LES DYSPAREUNIES**

Le terme de dyspareunie est utilisé pour signifier des rapports sexuels douloureux ou présentant des difficultés.

*En savoir plus* : La sexologie : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html> (Actuellement non disponible)

Plus de 20 % d'accouchées à 2 mois et 10 % après 12 mois présentent cette pathologie.

Ces dyspareunies ont de multiples étiologies mais peuvent résulter de lésions vulvo-vaginales dont l'épisiotomie avec une mauvaise cicatrisation peaussière, des sutures trop serrées à la commissure postérieure de la vulve, une cicatrisation scléreuse, une infection ou plus rarement une fistule recto-vaginale.

Elles peuvent également être d'origine psychogène : une douleur intense et répétée, la difficulté d'intégrer une nouvelle image de son corps après l'accouchement font qu'une angoisse peut s'installer. Cette peur de la douleur conditionne alors la femme qui involontairement est contractée aux moments des rapports sexuels et ressent une douleur liée plus à cette contraction inconsciente qu'à la douleur initiale.

De plus, le contexte hormonal du postpartum avec une baisse de la libido et une sécheresse vaginale peuvent contribuer à l'apparition de ces troubles

### **I.4 LES BÉANCES**

Bien qu'une involution rapide intervienne dans les 15 premiers jours après l'accouchement, l'involution post-natale de la vulve n'est totale qu'au bout de deux mois. La béance provoquée par l'étirement des muscles superficiels du périnée peut entraîner une gêne essentiellement à la marche avec parfois un petit bruit à type de clapotis ou encore une sensation de frottement.

Il est également possible d'observer une béance du méat urétral ; la patiente se plaint d'un jet d'urines dévié qui peut mouiller ses cuisses lors de la miction.

### **I.5 LES PROLAPSUS**

C'est la chute ou abaissement d'un organe ou d'une partie d'organe, par suite du relâchement de ses moyens de fixité.

*En savoir plus* : UE gynécologie - Le prolapsus : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html> ) (Actuellement non disponible)

Le traitement chirurgical des prolapsus représente 25 % des actes de gynécologie.

Ce problème concerne 50 % des femmes entre 50 et 59 ans.

Cette symptomatologie en lien avec un prolapsus est retrouvée chez :

- 43 % des femmes ayant eu une césarienne
- 60 % des femmes ayant des antécédents d'accouchements par voie basse
- 70 % des femmes avec des antécédents d'extraction instrumentale

## **I.6 LES PATHOLOGIES DU RACHIS ET DE LA CEINTURE PELVIENNE**

Il est important de les évoquer et de les rechercher car, avec les pathologies de la sangle abdominale, ils s'inscrivent dans un équilibre global important à considérer pour déterminer une prise en charge des lésions.

L'évolution la plus fréquente de la lordose lombaire est une diminution significative entre le 2ème et le début du 3ème trimestre de grossesse, puis une accentuation qui se poursuit dans les premiers mois post-partum.

Aucune étude retrouvée n'a concerné les éventuelles corrélations entre posture et douleurs en post-partum.

Des douleurs lombaires et/ou de la ceinture pelvienne (pubalgies et douleurs pelviennes postérieures) sont fréquemment présentes plusieurs mois après l'accouchement chez plus d'un tiers des femmes.

En post-partum, il faudra être attentif aux postures surtout lors de l'alimentation et du portage de l'enfant.

## **I.7 LES PATHOLOGIES DE LA SANGLE ABDOMINALE**

L'allongement des muscles grands droits pendant la grossesse avoisine les 15 cm.

On estime que c'est à partir de 6 mois de grossesse que la musculature inverse sa commande et passe de la transmission des pressions vers le haut, à une poussée vers le bas, sollicitant de façon néfaste le périnée.

La grossesse et l'accouchement sont donc créateurs du symptôme d'inversion de commande abdominale, pourvoyeur des pathologies d'incontinence, des troubles dyspareuniques et pudendaux et de prolapsus.

Entre cinq et sept semaines de post-partum, le diastasis des muscles grands droits persiste chez près de la moitié des femmes.

Il est à noter que lorsqu'un diastasis est supérieur à 2 cm, il n'est plus possible d'obtenir une force maximale de ce muscle.

## II FACTEURS DE RISQUE

---

### II.1 FACTEURS GÉNÉRAUX

- L'âge
- Des facteurs constitutionnels et génétiques : l'obésité, les troubles d'apprentissage de la propreté ainsi que la qualité des tissus de soutènement (origine asiatique et indienne)
- L'hygiène de vie : certains sports, la constipation chronique ou le port de poids avant la grossesse augmentent le risque d'IUE

### II.2 FACTEURS OBSTÉTRICAUX

- La primiparité : la première grossesse et le premier accouchement sont déterminants pour le sphincter externe
- Une prise poids importante pendant la grossesse
- La macrosomie fœtale: un poids de naissance > 4000g ainsi que le diamètre bipariétal >100mm augmentent le risque de déchirure périnéale et d'incontinence anale
- Une 2ème phase de travail prolongée (plus de 2h de stagnation)
- L'analgésie péridurale et l'hypocontractibilité utérine augmente le risque de déchirure périnéale
- L'expulsion prolongée a une incidence sur l'IUE et l'incontinence anale
- Les extractions instrumentales selon l'axe de traction et l'assynclitisme
- Les présentations postérieures avec dégagement en Occipito-Sacré (OS)
- L'expression abdominale multiplie par 4,6 le risque de déchirure du sphincter anal et par 1,83 celui de déchirure périnéale du 3ème degré

### III LA PRÉVENTION

---

Les moyens de prévention comprennent une éducation et un diagnostic précoce des troubles dès la période prénatale ; une rééducation périnéale pourra même commencer avant l'accouchement en cas de symptômes préexistants.

#### III.1 EN PRÉNATAL

La préparation à la naissance et à la parentalité est un espace temps privilégié pour assurer l'éducation périnéale des patientes ; elle consiste d'abord en une information sur l'anatomie et la physiologie périnéale réalisée à partir de schémas et planches anatomiques ; puis des exercices pratiques permettent une prise de conscience et une maîtrise, par les patientes, de leur musculature périnéale ainsi que la prévention des troubles de la statique pelvienne.

L'entretien prénatal précoce a aussi un rôle clé à jouer dans le dépistage des facteurs de risques ou de troubles périnéaux.

*En savoir plus* : Préparation à la naissance et à la parentalité : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/pnp/site/html/1.htm>

La consultation prénatale permet par ailleurs :

- le dépistage des facteurs de risque
- le diagnostic de troubles génitaux urinaires
- le contrôle lors du Toucher Vaginal (TV) de la fonction périnéale

#### III.2 EN PER-PARTUM

La prévention est également possible en salle de naissance par :

- le dépistage des macrosomies fœtales et des variétés postérieures
- des efforts expulsifs débutés vessie vidée, présentation en partie basse et limités à 30 min
- un contrôle visuel et manuel attentif du périnée
- une contre-indication des épisiotomies médianes
- une limitation des extractions par forceps (privilégier les extractions par ventouse)
- l'absence de recours à l'expression abdominale
- une réparation rigoureuse des déchirures périnéo sphinctérienne.

En l'état actuel des connaissances, ni l'épisiotomie, ni la césarienne ne permettent de prévenir l'apparition d'une incontinence urinaire d'effort dans le postpartum. Toutefois, une césarienne prophylactique peut-être proposée en cas d'antécédent de déchirure périnéale du 4ème degré ou en cas de lésions sphinctériennes symptomatiques avec incontinence anale avant l'accouchement.

Par ailleurs, sont discutées les positions maternelles lors de l'expulsion. En l'absence d'études de grande ampleur avec un niveau de preuve suffisant, on ne dispose pas de résultats probants permettant de déterminer un lien direct entre certaines postures et la survenue de lésions pelvi-périnéales.

Toutefois, il semble important de respecter le principe qui consiste à trouver une position « passive » pour le périnée, c'est à dire une position dans laquelle le périnée est détendu et soumis au moins de pression possible. Par exemple la position gynécologique aménagée avec bascule du bassin et cuisses remontées sur la poitrine (angle inférieur à 90 °).

Concernant la respiration, il en est de même pour ce qui est de l'état des connaissances. Mais là encore, la poussée sur l'expiration, beaucoup plus physiologique et autrement appelée poussée réflexe, s'oppose à la poussée bloquée, dite volontaire.

Dans la poussée réflexe, c'est le muscle abdominal transverse qui travaille et serre la ceinture abdominale avec un diaphragme refoulé vers le haut alors que dans la poussée volontaire, bloquée, ce sont les muscles grands droits qui interviennent avec un diaphragme en position basse.

La poussée réflexe semble donc beaucoup plus physiologique, mais comme son nom l'indique elle nécessite de ressentir l'envie de pousser. Cela n'est pas toujours compatible avec la présence d'une analgésie péridurale.

### **III.3 EN POST-PARTUM**

Il est recommandé dès les premiers jours après l'accouchement de s'assurer du niveau d'information de la patiente sur les suites de la grossesse et de l'accouchement et de lui donner une information concernant l'évolution spontanée des déficiences périnéales, rachidiennes, pelviennes et abdominales après le retour de couches.

De plus, il faut apprendre aux femmes à se protéger des pressions vers le bas dans tous les gestes quotidiens et donc à limiter les poussées : lors du portage du nouveau-né, en station debout (ni cambrer, ni pousser le ventre en avant), lors des éternuements...il s'agit aussi de lutter contre la constipation et ne pas pousser pour aller à la selle. Il peut être également important dans cette période d'aider les abdominaux étirés et écartés en utilisant une ceinture de soutien du bassin qui aide à la rétroversion du bassin et à la contre nutation.

## IV LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

---

### IV.1 INDICATIONS

En présence d'une incontinence urinaire avérée pendant la grossesse, la rééducation périnéale par exercice du plancher pelvien sera proposée en prénatal et/ou postnatal même si seule la prévalence d'Incontinence Urinaire à court terme est prouvée.

En revanche, la prescription dans le post-partum ne doit pas être systématique ; elle découle des symptômes décrits par la patiente ou décelés au cours de l'examen clinique effectué au cours de la consultation postnatale.

L'indication pourra être posée si :

- il existe après l'accouchement des déficiences ou incapacités résiduelles dans au moins une des trois dominantes (périnéale, pelvi-rachidienne et abdominale) ;
- en cas d'incontinence anale du post-partum (20 séances environ de biofeedback plus ou moins électrostimulation à partir de 6 semaines du post-partum en systématique) ;
- il persiste une incoordination entre verrouillage périnéal, contraction abdominale et posture pelvi-rachidienne au cours des efforts globaux ;
- il existe un ou plusieurs facteurs de risque.

Le nombre de séances proposé tiendra compte de l'importance du tableau clinique (en général 10 ou 20 séances).

À l'issue d'une première série de rééducation, si aucune amélioration n'est notée, il convient de s'interroger sur le bien fondé de la poursuite de la rééducation. Mais si une amélioration est notée mais insuffisante, une prolongation du traitement peut être envisagée. Si l'amélioration est satisfaisante, la rééducation peut-être interrompue.

Il est conseillé d'attendre le retour de couches et donc la récupération spontanée du tonus musculaire pour commencer la rééducation focalisée sur le périnée.

Toutefois, pour les femmes qui allaitent et dont la a récupération spontanée est souvent plus tardive (imprégnation hormonale), quelques séances avant le sevrage peuvent permettre aux mères d'identifier les bonnes sensations et de protéger leur périnée lors des efforts ; si le praticien estime qu'il n'est pas possible de gagner en force musculaire à ce stade, les séances restantes pourront être reportées après le sevrage.

## **IV.2 PRISE EN CHARGE INITIALE**

Lors de la première séance de rééducation, en fonction des connaissances de la patiente, le praticien explique le périnée et son rôle capital dans le soutènement des organes pelviens au besoin à l'aide de planches anatomiques. Il est également important d'informer et de tempérer les patientes qui souhaitent surtout retrouver une silhouette au ventre plat, des risques connus d'une rééducation abdominale intempestive. Il est nécessaire de faire comprendre à la patiente l'importance de son implication et d'un travail personnel entre les séances.

Avant toute rééducation, l'information doit également permettre d'expliquer le déroulement des séances et les différentes possibilités thérapeutiques. Il s'agit d'aboutir à une décision partagée en fonction de la nature des éventuels troubles et des contraintes imposées par chacune des méthodes.

Une demande d'entente préalable devra être remplie et donnée à la patiente qui l'adressera à la sécurité sociale même si la prescription de 10 séances est systématiquement accordée.

Si nécessaire, il sera rédigé une ordonnance de matériel médical adapté aux besoins et au mode de rééducation (les sages-femmes sont autorisées à prescrire des dispositifs médicaux dont les sondes vaginales ou électrodes cutanées périnéales ; JO/ Arrêté du 27 juin 2006.)

Ce bilan sera poursuivi par un interrogatoire et un examen clinique dont les objectifs sont :

- De rechercher les facteurs de risque
- D'évaluer le retentissement de la gêne et /ou de la douleur dans la vie de la femme
- De préciser la présence ou non de symptômes dans chacune des trois dominantes, périnéale, pelvi-rachidienne, abdominale et les quantifier dans la mesure du possible
- D'écarter la présence de complications (déhiscences cicatricielles, troubles thrombo-emboliques, complications neurologiques), contre-indiquant certaines techniques de rééducation.
- De mettre en place une évaluation afin de permettre de mesurer les résultats de la rééducation par comparaison entre le bilan initial et le bilan final réalisé en fin de prise en charge.

### **IV.2.1 L'interrogatoire**

Il doit être méthodique et ciblé.

#### IV.2.1.1 Les antécédents

- Antécédents familiaux d'incontinence (urinaire, anale) et de prolapsus
- Antécédents médicaux habituels avec questions ciblées concernant l'acquisition de la continence, d'éventuels problèmes de toux chronique (bronchites, allergies, tabagisme...) ou de maladies chroniques avec prise habituelle de médicaments (diabète), déficit neurologique
- Antécédents chirurgicaux (bassin et colonne vertébrale) et orthopédiques (sciatiques, lombalgies...)
- Antécédents urologiques : infections urinaires à répétition, sondages vésicaux, préexistence d'une incontinence ou d'une impériosité
- Antécédents digestifs: constipation chronique, fécalome
- Antécédents obstétricaux : prise de poids pendant la grossesse, si possible durée des efforts expulsifs, la position et le mode d'expulsion, atteinte périnéosphinctérienne (déchirure, épisiotomie), poids et présentation de nouveau-né. Pour la dernière naissance, relever la notion d'incontinence et / ou troubles mictionnels pendant la grossesse et préciser le mode d'allaitement en cours.
- Taille et poids actuel, comparé au poids d'avant et de fin de grossesse
- Habitudes de vie (sports, activités sociales)

#### IV.2.1.2 La fonction génito-urinaire

L'interrogatoire permet de préciser le siège, la fréquence, les facteurs déclenchants, le mode et l'intensité de la douleur périnéale et d'évaluer le retentissement fonctionnel dans la vie quotidienne et sexuelle de la femme.

Sont également notées les gênes à type de pesanteur avec leur localisation et leur fréquence d'apparition.

Enfin, des signes fonctionnels urinaires seront recherchés.

#### Évaluation de l'incontinence

Le diagnostic du type d'incontinence est un diagnostic d'interrogatoire qui ne préjuge pas de son mécanisme physiopathologique ; incontinence d'effort, par impériosité (*cf. glossaire*) ou mixte.

*En savoir plus* : Cours sur l'urologie : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html> (*Actuellement non disponible*)

Il est proposé de rechercher :

- des pertes d'urine en dehors d'efforts de poussée et d'en évaluer la fréquence, l'importance, ainsi que la conscience ;



- des pertes d'urine à l'effort dont il faut évaluer la fréquence, l'importance et le stade : stade 1 = toux, rire, éternuement ; stade 2 = marche rapide, port de charge, changement de position ; stade 3 = au moindre effort ;
- une instabilité vésicale avec des besoins impérieux (une pollakiurie (*cf. glossaire*) de précaution ne doit pas être confondue avec une impériosité), une énurésie, des facteurs psychiques ou extérieurs déclenchants ;
- des troubles mictionnels ; évaluer le nombre de mictions sur 24 heures (on peut proposer la réalisation d'un calendrier des habitudes) et la façon dont se déroule la miction (miction continue, vidage, hésitation, poussée) ;
- l'association éventuelle des deux types de symptômes ;
- des problèmes de béance : fundique (signe du bain, gaz vaginaux), vulvo-vaginale (clapotis à la marche), du méat urinaire (cuisses mouillées lors de la miction).

Voir Tableau : mesure quantitative des différents symptômes urinaires (échelle MHU) :

[http://www.aly-abbara.com/livre\\_gyn\\_obs/termes/urologie/handicap\\_urinaire\\_echelle.html](http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/urologie/handicap_urinaire_echelle.html) .

#### IV.2.1.3 La fonction ano-digestive

- Problème de constipation et/ou fréquence des selles.
- Problème d'exonération : poussée, manœuvres.
- Questionner sur les habitudes de vie : durée de passage aux toilettes, installation, notion d'envie respectée...
- Rechercher une incontinence anale en post-partum immédiat, même minime et temporaire.

Cet interrogatoire est capital car moins d'un tiers des femmes consultent pour ces symptômes.

#### IV.2.2 L'examen clinique

On appréciera:

- la couleur générale des phanères et de la peau
- l'existence de courbures vertébrales
- la position du bassin (hyperlordose?)
- l'éventuelle existence d'une ptose abdominale.

La patiente est ensuite installée confortablement en position gynécologique ; les étriers ne sont pas nécessaires et l'examineur peut rester sur le côté.

Il est important de s'assurer que les conditions sont requises pour réaliser l'examen dans de bonnes conditions: patiente détendue avec bassin basculé, source lumineuse efficace.

#### IV.2.2.1 Inspection seule de la vulve

##### **Au repos :**

- Observer la vulve et préciser une éventuelle béance
  - pas de béance,
  - béance faible (vulve entrouverte, à peine),
  - béance modérée (vulve entrouverte 1/2 doigt),
  - béance 1 doigt (vulve) ou importante avec béance du méat urinaire,
  - béance 2 doigts,
  - béance au delà de 2 doigts.
- Inspecter ensuite le périnée : distance anovulvaire (25 à 30 mm), apparence du noyau fibreux central du périnée, présence de cicatrice
- Rechercher une déchirure périnéale et apprécier une extension vers l'anus de l'épisiotomie éventuelle. Cet examen reste tout à fait insuffisant pour dépister une rupture sphinctérienne occulte
- Terminer par l'anus afin de repérer une béance ou la présence d'hémorroïdes.

##### **À l'effort :**

On demande à la patiente de tousser franchement.

Cela permet d'observer les pressions transmises et leur incidence (par exemple aggravation de la béance vulvaire).

Avec le dos de la main sur le périnée, les pressions transmises et leur dominante sont évaluées : vulve, noyau fibreux central, anus.

Il est également possible de les faire percevoir à la patiente.

#### IV.2.2.2 Inspection vulve écartée

##### **Au repos :**

- Visualisation d'une béance du méat urétral.

- Présence de colpocèles (cf. glossaire) (déroulement des parois vaginales antérieures et postérieures) ou de prolapsus (cystocèle (cf. glossaire) ou rectocèle (cf. glossaire), très rarement hystérocèle (cf. glossaire) extériorisé).

*En savoir plus* : UE Gynécologie - Propalsus : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html>  
(Actuellement non disponible)

#### À l'effort :

- Apparition ou majoration des signes.

#### IV.2.2.3 Le toucher vaginal

- Suivre la face antérieure para-urétrale puis aller apprécier l'angle vésical qui est normal à 100 % (seul l'ongle est coiffé).
- Suivre ensuite la face postérieure jusque dans le cul-de-sac de Douglas et balayer les différents muscles et faisceaux à la recherche de pathologies musculaires.

Chaque zone sera appréciée au repos et à l'effort.

Seront diagnostiqués et évalués :

- les colpocèles : antérieurs souvent isolés, postérieurs souvent associés à une rectocèle ;
- les prolapsus : urétrocèle (cf. glossaire), cystocèle, hystérocèle, élytrocèle et rectocèle ;
- les effractions musculaires, élongations, déchirures, désinsertions ;
- la sensibilité et la latéralisation ; cet examen a pour objectif d'étudier les territoires sensitifs de la région périnéale (hypoesthésie périnéale).

#### IV.2.2.4 le testing des releveurs

Il s'agit de l'évaluation manuelle de la force musculaire périnéale.

Le « Testing » permet d'évaluer la force et l'endurance des muscles du plancher pelvien, et de **détecter une éventuelle inversion de commande.**

Il aide au choix des techniques de rééducation et sert d'indicateur de surveillance des qualités contractiles du muscle (force, endurance.)

Il ne mesure pas l'efficacité de la rééducation sur l'incontinence, mais l'amélioration de la force musculaire.

Dans le cadre du post-partum, cette évaluation manuelle permet également de s'assurer du verrouillage périnéal au cours des efforts volontaires abdominaux.

Lors du toucher vaginal, les deux doigts vont crocheter les faisceaux puborectaux des releveurs en position médiale et latérale droite et gauche.

La cotation se fait de 0 à 5 :

- 0 : pas de contraction.
- 1 : contraction très faible, perçue sur le doigt comme un frémissement.
- 2 : contraction faible mais incontestable.
- 3 : contraction bien perçue mais insuffisante pour être contrariée par une opposition modérée.
- 4 : contraction forte mais opposition faible.
- 5 : contraction forte, résistance à une opposition forte. Contractions prolongées à force égale pendant 5s. 5 contractions de suite sans diminution de l'intensité

Le Stetch Réflexe :

Les muscles élévateurs de l'anus sont placés en position d'étirement : l'examineur pose ses doigts à plat et réalise un étirement supplémentaire sec, tonique vers le bas. La réponse obtenue est une contraction musculaire que l'on peut demander ensuite à la patiente de reproduire.

#### IV.2.2.5 Les examens complémentaires

A l'exception de l'examen cyto bactériologique des urines parfois indiqué pour porter un diagnostic différentiel, ils sont rarement prescrits en première intention.

Ils découlent d'un avis médical spécialisé de 2ème intention. La sage-femme devra apprécier la nécessité d'une orientation précoce, avant rééducation, ou secondaire en l'absence de résultats satisfaisants consécutifs à une rééducation.

### IV.3 LES MÉTHODES DE RÉÉDUCATION

La rééducation périnéale utilise les différentes techniques de travail : manuel, biofeedback et éventuellement l'électrostimulation.

Des études prouvent que de meilleurs résultats s'obtiennent lorsque le thérapeute combine plusieurs techniques couplées à un travail à domicile pour entretenir sur le long terme.

La patiente est allongée sur un plan résistant en position gynécologique, dos toujours maintenu au contact de la table pendant les exercices (pas dans les étrières).

### **IV.3.1 La rééducation manuelle**

Elle est indispensable à chaque séance. La stimulation directe reste le meilleur moyen de travailler une région en permettant à la patiente de la localiser et l'échauffement direct est utile quel que soit le moyen utilisé pour la suite de la séance.

Il est demandé à la patiente de faire une contraction volontaire des muscles du périnée ; le praticien vérifie la contraction sur le mode du testing et s'assure de l'absence de contraction synergique involontaire des abdominaux, fessiers ou adducteurs afin de ne pas majorer les pressions abdo-périnéales aggravant l'IUE et les prolapsus.

La patiente peut également contrôler son travail par l'utilisation d'un miroir ou avec son doigt sur le noyau du périnée pour en vérifier l'ascension.

Chaque faisceau est travaillé séparément puis globalement en progression.

Le rythme temps de repos double du temps de la contraction sera toujours respecté.

La première phase de travail a pour but d'augmenter l'intensité et l'endurance du muscle.

La seconde phase est celle des résistances ajoutées et du verrouillage à l'effort ; les résistances peuvent être induites :

- soit par la patiente lors d'une respiration abdominale (mobilisation diaphragmatique qui modifie la pression abdominale)
- soit par des résistances extérieures (pesanteur en verticalisant plus ou moins la position de la patiente jusqu'à exécuter les exercices en position debout)
- ou par des situations défavorables : toux ou travail contre les muscles antagonistes abdominaux- périnée

Au total, l'objectif des exercices du plancher pelvien est multiple :

- prise de conscience associée à une approche posturo-respiratoire
- renforcement musculaire périnéal en augmentant la force, l'endurance (tenue et fatigabilité) du muscle et intégration du verrouillage à l'effort pour renforcer le soutènement des organes pelviens et contribuer au mécanisme de fermeture urétrale

La rééducation de la sangle abdominale ne commencera que lorsque la rééducation périnéale est terminée et que l'on a obtenu un test des muscles élévateurs satisfaisant.

### **IV.3.2 L'électrostimulation**

Le principe de fonctionnement de l'électrostimulation fonctionnelle est de reproduire les processus qui interviennent dans la contraction musculaire commandée par notre cerveau en stimulant les fibres nerveuses périphériques au moyen d'impulsions électriques brèves

transmises par des électrodes placées le plus proche possible des afférences du nerf pudendal pour provoquer une contraction du plancher pelvien. Proposer des séances d'électrostimulation périnéale suppose de connaître les effets de chaque type de courant choisi sur les nerfs et les muscles des patientes et de prendre en compte les contre-indications :

- la grossesse
- les patientes porteuses de stimulateurs cardiaques
- les infections vaginales
- les lésions périnéales nerveuses avec un potentiel de régénération nerveuse.

Il existe de grands appareils comportant de multiples fonctions et de petits appareils portatifs que l'on utilise avec différentes sondes adaptées aux besoins de rééducation et à l'anatomie du vagin (sondes obus avec 1 ou plusieurs bagues selon la taille) ; la sonde doigtier peut être utilisée pour stimuler de façon très ciblée un muscle ou une zone précise ou pour traiter une douleur de cicatrice d'épisiotomie.

Le temps de stimulation est en moyenne de 20 minutes.

On utilise des courants bidirectionnels, biphasiques ou alternatifs pour des raisons de sécurité, en général à une fréquence de 10Hz.

Lorsque la femme a bien perçu la contraction induite par l'appareil, il lui est demandé de faire une contraction en même temps que celle donnée par le courant.

L'analyse de la littérature met en évidence l'efficacité de l'ESF, quel que soit le type d'incontinence à traiter (66% à 89 % de bons résultats en cas d'incontinence urinaire d'effort et 49% à 72% en cas d'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale.) Elle représente une aide précieuse en cas d'inversion de commande ou quand le testing est  $\leq 2$ .

### **IV.3.3 Le biofeedback**

Le principe est fondé sur la prise de conscience objective d'une fonction physiologique non révélée au niveau de la conscience.

La patiente visualise l'enregistrement électrique effectué à l'aide d'une sonde vaginale. Un signal sonore ou visuel matérialise la contraction et le relâchement des muscles volontairement contractés par la patiente et lui permet d'objectiver la vitesse, la force et l'amplitude de la contraction tout en lui donnant la possibilité de corriger les défauts observés.

Ce travail utilise un résultat global de la force musculaire (et non sélectif) obtenu par la mobilisation des muscles dans le meilleur état au détriment des muscles faibles et sera

proposé à une patiente bien entraînée pour affiner sa perception périnéale en repérant toutes les sensations qui accompagnent le degré de la contraction.

#### **IV.3.4 Le travail à la maison**

Toute rééducation doit s'accompagner d'un travail régulier à la maison. Ces exercices personnels effectués quotidiennement dans les premiers temps, permettent de renforcer la tonicité musculaire initiée lors des séances. A long terme, leur pratique régulière assure à la patiente un bénéfice prolongé.

## V BIBLIOGRAPHIE

---

*Recommandation* : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Rééducation dans le cadre du post-partum. HAS ; décembre 2002. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272241/reeducation-dans-le-cadre-du-post-partum](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272241/reeducation-dans-le-cadre-du-post-partum)

*Recommandation* : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. HAS ; mai 2003. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272291/prise-en-charge-de-lincontinence-urinaire-de-la-femme-en-medecine-generale-actualisation-2003](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272291/prise-en-charge-de-lincontinence-urinaire-de-la-femme-en-medecine-generale-actualisation-2003)

*Bibliographie* : Baggio M. Rééducation ano-rectale. La Rééducation périnéale, Collège National des Sages-femmes. 2011 : 31-33.

*Bibliographie* : Battut A. Incontinence urinaire et prolapsus. Quelle prévention en antepartum. La revue Sage-femme. Novembre 2010 ; 9 (5) : 227-239.

*Bibliographie* : De Gasquet B. Bien-être et maternité. 4ème éd. Paris : Implex ; 2001. 370 p.

*Bibliographie* : De Tayrac R. Incontinence urinaire et incontinence anale pendant la grossesse : quelle prise en charge ? La Rééducation périnéale, Collège National des Sages-femmes. 2011 : 8-10.

*Bibliographie* : Fabre-Clergue C. Intérêt de la rééducation périnéale. La Rééducation périnéale, Collège National des Sages-femmes. 2011 ; 5.

*Recommandation* : Haute Autorité de Santé (HAS). L'expression abdominale pendant la 2e phase de l'accouchement. HAS ; janvier 2007. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_513170/l-expression-abdominale-durant-la-2e-phase-de-l-accouchement](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_513170/l-expression-abdominale-durant-la-2e-phase-de-l-accouchement) )

*Recommandation* : Jacquetin B, Dreyfus M, Goffinet F, Teurnier F. L'épisiotomie. 29èmes Journées nationales du CNGOF ; décembre 2005. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_14.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM)

*Recommandation* : Jacquetin B, Fauconnier A, Fritel X, Marès P, Mellier G, Robain G, et al. Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte - Recommandations pour la pratique clinique. 33èmes Journées Nationales du CNGOF ; 2009. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/RPC%20INCONTINENCE\\_2009.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC%20INCONTINENCE_2009.pdf)

*Recommandation* : Mimoun S. En pratique, place de la prise en charge somatique et psychique : exemple des dyspareunies chroniques. 29èmes Journées Nationales du CNGOF ; décembre 2005. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/conf2005/conf2005/012/index.htm](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2005/conf2005/012/index.htm)



*Bibliographie* : Rouanet F, Vigne-Chazaud V, de Gasquet B. Périnée de l'accouchée à la maternité : conseils pratiques pour une meilleure prévention. Les Dossiers de l'Obstétrique. Octobre 2009 ; 386 : 18-26.

*Bibliographie* : Rouanet F. Électrothérapie et périnée. La Rééducation périnéale, Collège National des Sages-femmes. 2011 : 24-26.

*Bibliographie* : Sarramon JP, Rischmann P. Examen du périnée féminin. Progrès en urologie. 1997 ; 7 : 137-148. :  
<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/1997/PU-1997-00070137/TEXF-PU-1997-00070137.PDF>

## CONCLUSION

La prévention primaire fondée sur l'éducation périnéale, le dépistage des facteurs de risque et des pratiques obstétricales préventives en salle de Naissance, a toute sa place en matière de santé publique.

La rééducation prénatale pourra être proposée pour les nullipares ou primipares présentant des facteurs de risques d'incontinence urinaire.

Quant à la prescription systématique d'une rééducation en postnatal, elle ne fait pas l'objet d'un consensus ; elle sera prescrite préférentiellement chez la population potentiellement à risque ou au regard de la symptomatologie et/ou de la clinique lors de la consultation postnatale.

Les protocoles de rééducation périnéo-sphinctérienne, qu'ils soient débutés en ante- ou en post-partum montrent une efficacité sur la prévalence de l'incontinence urinaire.

Les programmes de renforcement musculaire basés sur des exercices du plancher pelvien semblent plus efficaces pour améliorer la force musculaire que l'électrostimulation fonctionnelle.

## VI ANNEXES

---

### GLOSSAIRE

- colpocèles : bombement de la paroi vaginale par prolapsus ; elle est peut-être antérieure associée à une uréthro-cystocèle ou postérieure associée à la rectocèle et l'élythro-cèle.
- cystocèle : saillie de la partie inférieure de la vessie à travers la paroi antérieure du vagin dans sa partie haute avoisinant la vessie ; elle est reconnaissable par l'aspect lisse de la muqueuse vaginale ; elle se situe en arrière de l'urétrécèle.
- hystérocèle : descente du col utérin avec retournement en doigt de gant du vagin
- impériosité : mictionnelle ou urgenturie : désir soudain, impératif et fréquemment irrépressible d'uriner
- pollakiurie : augmentation de la fréquence des mictions dans la journée et/ou la nuit
- rectocèle : saillie de la partie inférieure du rectum à travers la paroi postérieure du vagin au niveau de sa partie basse
- urétrécèle : bombement de la partie basse du vagin qui avoisine l'urètre, facilement reconnaissable par la présence des plis transversaux de la muqueuse vaginale lui donnant un aspect strié transversalement

### EN SAVOIR PLUS

- Cours sur l'urologie : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html>
- La sexologie : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html>
- Les pathologies urinaires : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html>
- Préparation à la naissance et à la parentalité : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/pnp/site/html/1.html>
- UE gynécologie - Le prolapsus : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html>
- UE Gynécologie - Propalsus : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html>

## RECOMMANDATION

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. HAS ; mai 2003. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272291/prise-en-charge-de-lincontinence-urinaire-de-la-femme-en-medecine-generale-actualisation-2003](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272291/prise-en-charge-de-lincontinence-urinaire-de-la-femme-en-medecine-generale-actualisation-2003)
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Rééducation dans le cadre du post-partum. HAS ; décembre 2002. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272241/reeducation-dans-le-cadre-du-post-partum](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272241/reeducation-dans-le-cadre-du-post-partum)
- Haute Autorité de Santé (HAS). L'expression abdominale pendant la 2e phase de l'accouchement. HAS ; janvier 2007. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_513170/l-expression-abdominale-durant-la-2e-phase-de-l-accouchement](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_513170/l-expression-abdominale-durant-la-2e-phase-de-l-accouchement)
- Jacquetin B, Dreyfus M, Goffinet F, Teurnier F. L'épisiotomie. 29èmes Journées nationales du CNGOF ; décembre 2005. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_14.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM)
- Jacquetin B, Fauconnier A, Fritel X, Marès P, Mellier G, Robain G, et al. Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte □ Recommandations pour la pratique clinique. 33èmes Journées Nationales du CNGOF ; 2009. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/RPC\\_%20INCONTINENCE\\_2009.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_%20INCONTINENCE_2009.pdf)
- Mimoun S. En pratique, place de la prise en charge somatique et psychique : exemple des dyspareunies chroniques. 29èmes Journées Nationales du CNGOF ; décembre 2005. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/conf2005/conf2005/012/index.htm](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2005/conf2005/012/index.htm)

## ABRÉVIATIONS

- ECBU : examen cyto bactériologique des urines
- ESF : électrostimulation fonctionnelle
- IU : Incontinence Urinaire
- IUE : Incontinence Urinaire d'Effort
- NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
- OS : Occipito-Sacré
- TV : Toucher Vaginal