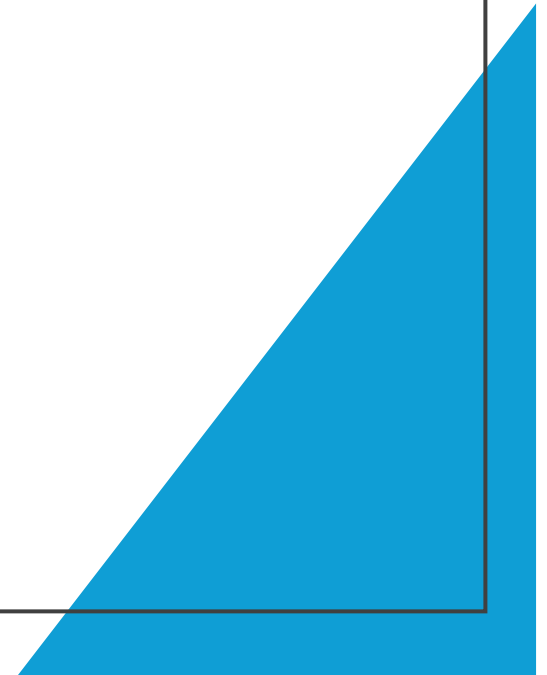


Incontinence urinaire d'effort féminine

Aspects cliniques et traitement par rééducation



Définitions

Incontinence urinaire : pertes involontaires d'urine entraînant une plainte, sociale et psychologique.

Retentissements physiques, psychiques et économiques.

2 principaux types d'incontinence chez la femme :
incontinence urinaire d'effort et par urgenturie.

Définitions

Incontinence urinaire par urgenturie :

Fuite involontaire d'urine par le méat urétral accompagnée ou immédiatement précédée d'une urgenturie.

- 10 à 20% des cas chez la femme.
- Besoin anormal par sa soudaineté et son intensité.
- Quelques gouttes ou vidange vésicale complète.

Définitions

Incontinence urinaire d'effort

Fuite involontaire d'urine par le méat urétral lors d'augmentation de la pression intra-abdominale à l'effort.

- La plus fréquente chez la femme jeune (50% des cas).
- Fuite en jet.
- Non précédée par un besoin d'uriner.
- Synchrones de l'effort.

Définitions

Incontinence urinaire mixte

Associe des symptômes d'IUE et d'IUU.

30 à 40% des cas, la prévalence ↗ avec l'âge.

A. Cortesse, V. Cardot. Recommandations pour l'évaluation clinique d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. ProgUrol. 2007 ;17 : 1242-51.

HAAB F., AMARENCO G., COLOBY P., GRISE P., JACQUETIN B., LABAT J.J., CHARTIER-KASTLER E., RICHARD F., Prog. Urol., 2004, 14, 1103-1111

Définitions

Fuites insensibles : pas de facteurs déclenchants retrouvés

Incontinence permanente : écoulement d'urine indépendantes de tout besoin ou effort

Incontinence coïtale : fuites urinaires lors des rapports sexuels

Incontinence par regorgement : élimination du trop plein vésical d'une rétention urinaire chronique

Enurésie : miction involontaire au cours du sommeil

Epidémiologie de l'IUE

Prévalence de l'IUE en France : entre 17 et 41% de la population féminine.

Variations selon la définition, la gravité (occasionnelle, modérée, sévère), ↑ avec l'âge, parité

Aggravation progressive :

Efforts brusques (toux, éternuements) ou intenses au début (sauts...).

- Efforts moindres par la suite (se relever d'une chaise, buter sur une marche...).

Retentissement

Sur la qualité de vie, le bien être psychique et émotionnel.

Sur la participation à des activités du quotidien et des activités physiques

Sur la fonction sexuelle (Frigerio et al., 2022)

Gülnar E, Özveren H, Yuvaç E. Correlation Between Spiritual Well-being and Quality of Life in Patients With Urinary Incontinence: A Cross-sectional Descriptive Study. *Wound Manag Prev*. 2020 Dec;66(12):23-28. PMID: 33290250.

Frigerio M, Barba M, Cola A, Braga A, Celardo A, Munno GM, Schettino MT, Vagnetti P, De Simone F, Di Lucia A, Grassini G, Torella M. Quality of Life, Psychological Wellbeing, and Sexuality in Women with Urinary Incontinence-Where Are We Now: A Narrative Review. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Apr 9;58(4):525. doi: 10.3390/medicina58040525.

Objectifs pédagogiques

Comprendre les mécanismes
de la continence et la
physiopathologie de l'IUE

Identifier les facteurs de risque
et les moyens diagnostiques

Modalités diagnostiques et
évaluation

Intégrer la rééducation dans une
prise en charge globale

Anatomie fonctionnelle de la continence

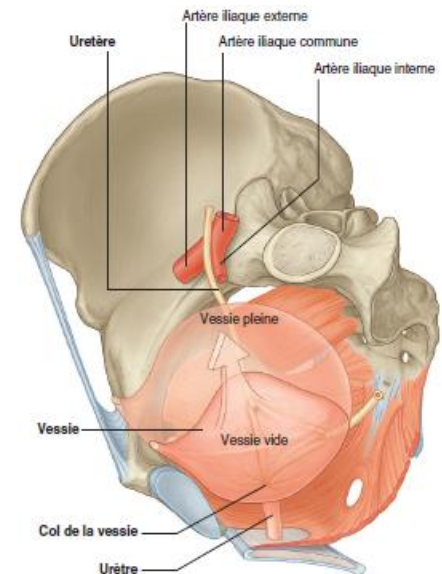
Régime de basse pression vésicale

Compliance vésicale : Permet un remplissage suffisant de la vessie avec une basse pression vésicale.

→ Qualités mécaniques tissulaires du détrusor.

→ Intégrité de l'innervation autonome Σ .

- Relaxation du détrusor.
- Inhibition de sa contraction. :



Fatton B, Cayrac M, Letouzey V, Masia F, Mousty E, Marès P, et al. Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien. EMC - Gynécologie 2014;0(0):1-18 [Article 15-A-10].

Drake RL, Vogl WA, Mitchell AWM, Duparc F, Duparc J. Gray's Anatomy pour les étudiants. 3^{ème} ed. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson ;2015.

Anatomie fonctionnelle de la continence

Régime de haute pression sous vésicale:

- Col vésical et sphincter urétral lisse : continence passive
- Sphincter urétral strié : contraction volontaire = verrou de sécurité

Importance de la compliance urétrale :

Étanchéité et rigidité pendant le remplissage.

Relâchement pendant la miction.

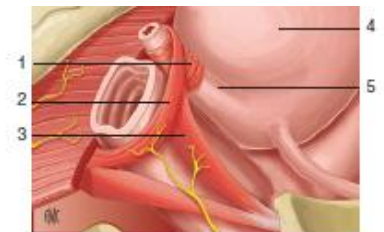


Figure 3. Muscle sphincter de l'urètre (d'après^[13]). 1. Sphincter strié de l'urètre; 2. muscle urétrovaginal; 3. muscle compresseur de l'urètre; 4. vessie; 5. sphincter urétral lisse.

Anatomie fonctionnelle de la continence

Régime de haute pression sous vésicale:

- Col vésical et sphincter urétral lisse : continence passive
- Sphincter urétral strié : contraction volontaire = verrou de sécurité

Lors $\nearrow$ de la Pintra-abdo :

Tonus urétral insuffisant pour maintenir $P_{urétrale} > P_{vésicale}$.

Contraction réflexe du SS :

Permet un pic de $P_{urétrale}$.

Précède $\nearrow$ Pintra-abdo (250ms).

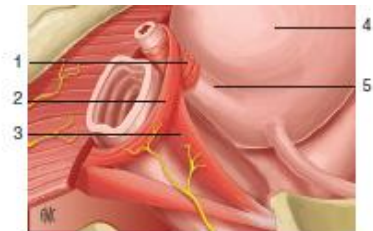


Figure 3. Muscle sphincter de l'urètre (d'après^[13]). 1. Sphincter strié de l'urètre; 2. muscle urétrovaginal; 3. muscle compresseur de l'urètre; 4. vessie; 5. sphincter urétral lisse.

Anatomie fonctionnelle de la continence

Système de soutènement sous-urétral efficace

Hamac sous-vésical (théorie de DeLancey) : Structure fibromusculaire tendue sur l'arc tendineux du fascia pelvien et des releveurs.

Se tend lors de la contraction réflexe à l'effort.

Peut être renforcé par la contraction volontaire des MPP.

→ l'urètre se plaque sur ce plan résistant.

Théorie controversée : l'hypermobilité cervico-urétrale ne provoque pas toujours d'IUE.

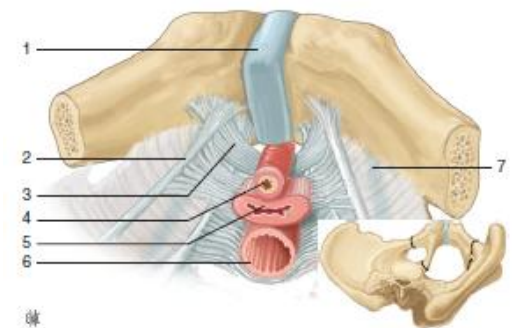


Figure 11. Support urétral (d'après [18]). 1. Symphyse pubienne; 2. arc tendineux du fascia pelvien; 3. connexions fasciales et musculaires; 4. urètre; 5. vessie; 6. rectum; 7. diaphragme pelvien.

Anatomie fonctionnelle de la continence

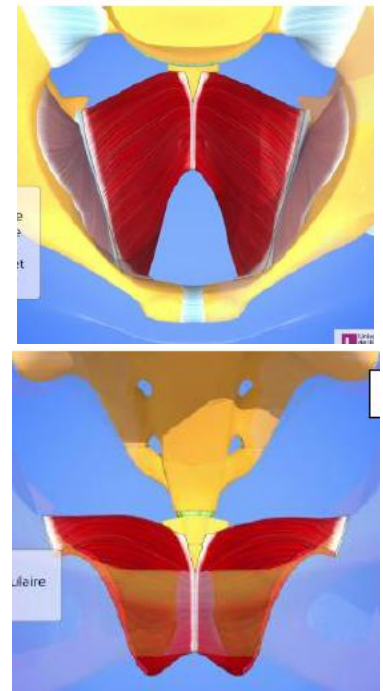
Système de soutènement sous-urétral efficace

Elévateur de l'anus

Ilio-coccygien

Nappe musculaire, statique.

- Origine latérale sur le pubis et l'arcade tendineuse de l'obturateur interne.
- Terminaison coccyx et ligament ano-coccygien.
- Plateau quasiment horizontal.



Kearney R, Sawhney R, DeLancey JO. Levator ani muscle anatomy evaluated by origin-insertion pairs. Obstet Gynecol. 2004 Jul;104(1):168-73. doi: 10.1097/01.AOG.0000128906.61529.6b

Anatomie fonctionnelle de la continence

Système de soutènement sous-urétral efficace

Elévateur de l'anوس

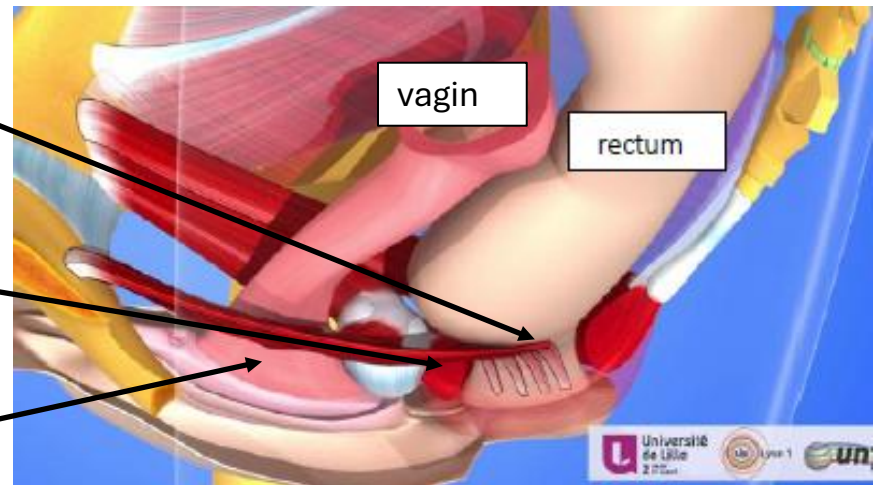
Pubo-viscéral :

Pubo-anal sphincter anal

Pubo-périnéal

centre tendineux du périnée

Pubo-vaginal faces latérales du vagin



Kearney R, Sawhney R, DeLancey JO. Levator ani muscle anatomy evaluated by origin-insertion pairs. Obstet Gynecol. 2004 Jul;104(1):168-73. doi: 10.1097/01.AOG.0000128906.61529.6b

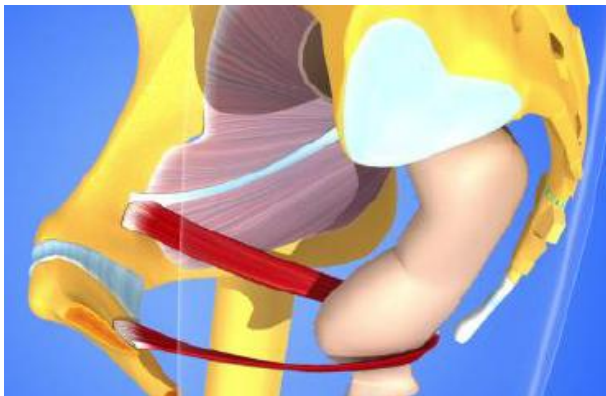
Anatomie fonctionnelle de la continence

Système de soutènement sous-urétral efficace

Elévateur de l'anus

Pubo-rectal :

- Insertion sur le pubis.
- Ceinture le rectum à la jonction anorectale.
- Clôture le plancher pelvien en fermant l'angle anorectal.



Anatomie fonctionnelle de la continence

Système de soutènement sous-urétral efficace

3 faisceaux essentiels du LA :

- Puboviscéral : activité tonique, élève le corps du périnée, le vagin et l'anus.
- Puborectal : élève le rectum, le vagin et l'urètre en accentuant les caps viscéraux.
- Iliococcygien : plateau lévatorien sur lequel s'appuient les organes pelviens au cours des efforts de poussée.

Muscle postural.

- **Fibres de type I +++**
- ↗ proportion de fibre II dans les régions périurétrale et périanale.

Anatomie fonctionnelle de la continence

Synergie avec les structures thoraco-abdomino-pelviennes

Au niveau ostéo-ligamentaire :

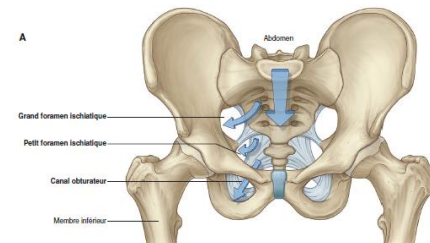
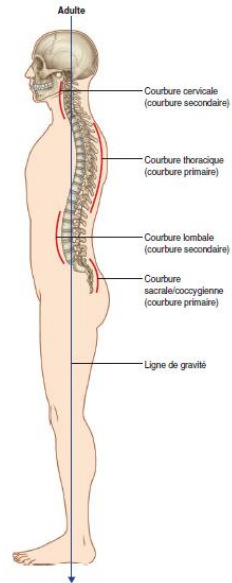
Forme d'**arche** de la structure osseuse du bassin :

→ Transmission correcte des forces depuis le haut du corps jusqu'à la ligne inter-fémorale.

Courbure sagittale lombaire et **degré d'antéversion** du bassin

→ Influence la contraction des MPP.

Facteurs anatomiques constitutionnels



Drake RL, Vogl WA, Mitchell AWM, Duparc F, Duparc J. Gray's Anatomy pour les étudiants. 3^{ème} ed. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson ;2015.

Grewar H., Mc Lean L. The integrated continence system: A manual therapy approach to the treatment of stress urinary incontinence. ManTher. 2008; 13 : 375–86.

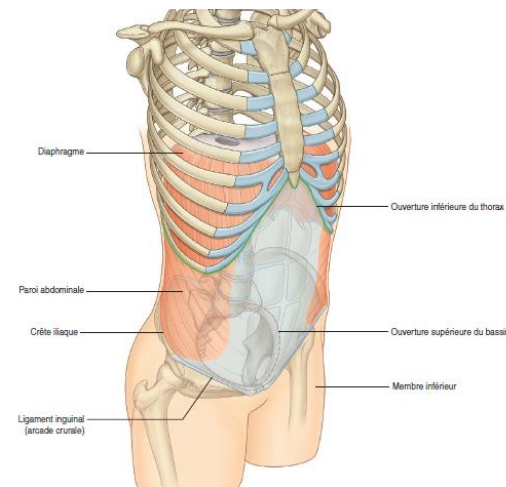
Anatomie fonctionnelle de la continence

Synergie avec les structures thoraco-abdomino-pelviennes

Synergies musculaires MPP – diaphragme – multifide – abdominaux : **pré-activation musculaire en amont de la perturbation.**

→ Régulation de la pression intra-abdominale.

→ Mise en tension du fascia thoraco –lombaire.



Anatomie fonctionnelle de la continence

Synergie avec les structures thoraco-abdomino-pelviennes

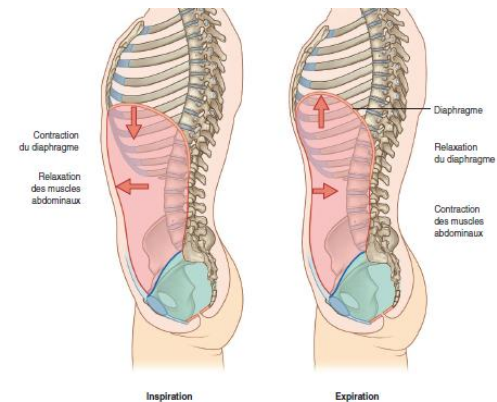
Synergie musculaire au cours de tâches qui mettent en jeu la **stabilité de la colonne** :

Inspiration:

- Diaphragme agit comme un piston.
- Contre-appui créé par le tonus des MPP et des abdominaux.

Expiration, toux, éternuements.

Stabilisation de la colonne vertébrale : équilibre, contrôle postural...



Anatomie fonctionnelle de la continence

Comportements adaptés

Elévation chronique de la pression intra-abdominale.

Sédentarité.

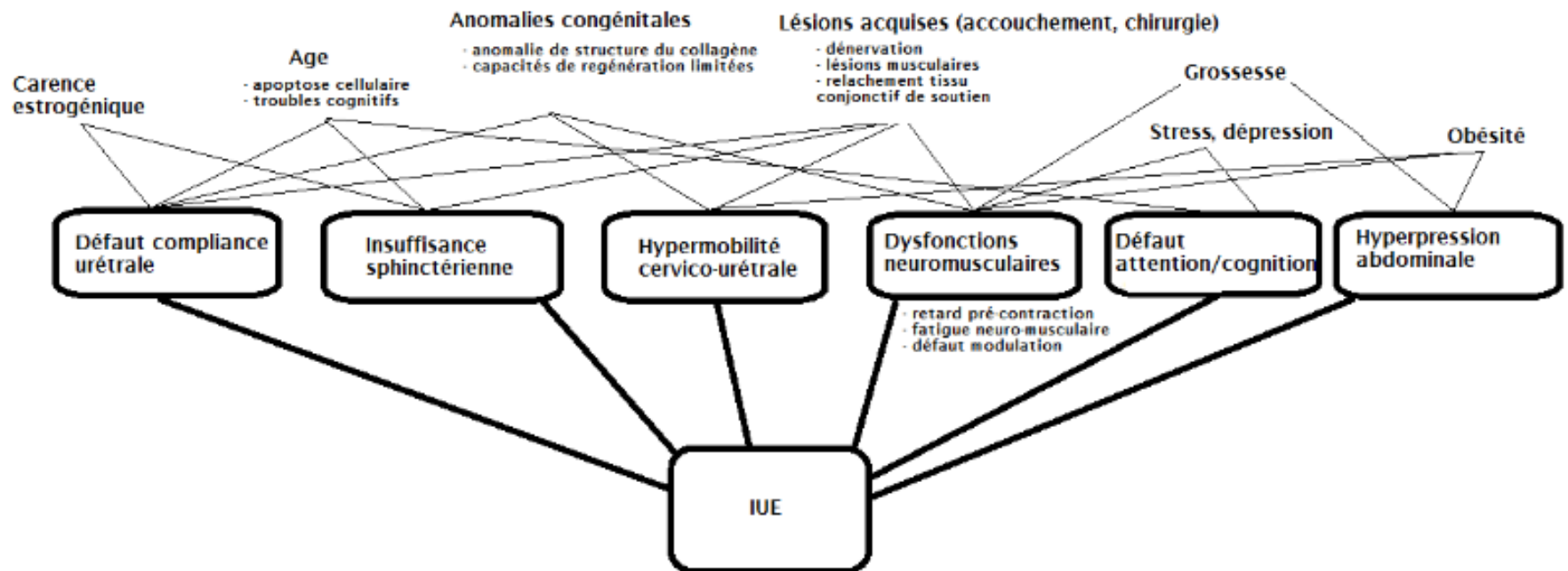
Apports liquidiens anormaux.

Vidange vésicale anormale.

Facteurs psychologiques / cognitifs.



Hypothèses physiopathologiques de l'IUE



Kerdran et Deffieux, Elsevier-Masson, 2017
Physiopathologie de l'incontinence urinaire à l'effort

Physiopathologie de l'IUE

Facteurs prédisposants :

- Carence oestrogénique.
- Âge.
- Anomalies congénitales (collagène, capacités de régénération).
- Lésions acquises (accouchement, chirurgie) : dénervation, lésion musculaire, relâchement des tissus de soutien.
- Grossesse.
- Stress, dépression.
- Obésité.

Physiopathologie de l'IUE

Âge ++++

IU ↗ proportionnellement avec l'âge (**âge > 40ans**) chez la femme.

IU ↗ avec l'âge chez l'homme.

Prolapsus génitaux semblent également ↗.

- Jeune fille (<20 ans) : Puberté ? Sexualité active ?
- Femme jeune : IUE ++, grossesse, période de post-partum ?
- 40 ans : période de pré-ménopause, ↗IUM.
- Après 70 ans : IUU, IUM.

Physiopathologie de l'IUE

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{poids (kg)} / \text{taille} \times \text{taille (m}^2\text{)}$$

Classification de l'IMC¹

	IMC en kg/m ²
Poids normal	18,5-24,9
Surpoids	25-29,9
Obésité classe I	30-34,9
Obésité classe II (sévère)	35-39,9
Obésité classe III (massive)	≥ 40

[HAS Table d'indice de masse corporelle 2009]

- Dose-dépendant : + l'IMC est élevé, + le risque d'IU est grand
- Importance de l'obésité abdominale et du rapport taille/ hanches (hyperpression abdominale ?)
- Effet positif de la perte de poids sur l'IU.

Physiopathologie de l'IUE

Multifactorielle :

- Pression de clôture urétrale faible (<20 cm H₂O).
- Support urétral déficient.
- Dysfonctions neuro-musculaires
- Défaut d'attention, cognition.
- Hyperpression abdominale

Physiopathologie de l'IUE

Dysfonctions neuro-musculaires :

Diminution de force / asymétrie de contraction des MPP

Retard à l'activation des MPP à l'effort

Fatigue neuromusculaire...

Diagnostic et évaluation de l'IUE

3 Incontinence Questionnaire

1. Durant les 3 derniers mois, avez-vous perdu involontairement vos urines (même en faible quantité) ?

Non (fin du questionnaire).

Oui.

2. Durant les 3 derniers mois, avez-vous perdu vos urines (cochez les cases d'application) :

a. en cas d'activité telle qu'une toux, un éternuement, le soulèvement d'un objet, un exercice physique ?

b. en cas d'impression de miction urgente ou de nécessité de vider votre vessie sans pouvoir atteindre les toilettes assez vite ?

c. sans activité physique et sans impression de miction urgente ?

3. Durant les 3 derniers mois, avez-vous eu des fuites urinaires plus fréquemment (cochez une seule case) :

a. en cas d'activité telle qu'une toux, un éternuement, le soulèvement d'un objet, un exercice physique ?

b. en cas d'impression de miction urgente ou de nécessité de vider votre vessie sans pouvoir atteindre les toilettes assez vite ?

c. sans activité physique et sans impression de miction urgente ?

d. aussi souvent lors d'une activité physique qu'en cas d'impression de miction urgente ?

→ IUE

→ IUU

→ Autre

→ Mixte

Diagnostic et évaluation de l'IUE

Interrogatoire

Contexte

Antécédents médicaux, obstétricaux

Symptômes urinaires

Symptômes digestifs/ ano-rectaux

Symptômes gynécologiques associés

Questionnaires

Score d'IU

Score de qualité de vie

Calendrier mictionnel

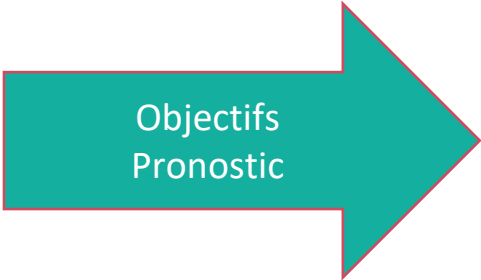


Signes cliniques

Observation visuelle

Inspection physique.

Tests



Objectifs
Pronostic

Diagnostic et évaluation de l'IUE

Interrogatoire

- Âge.
- IMC.
- Profession.
- Activité physique.
- ATCD médicaux
- ATCD obstétricaux

→ donne une 1^{ère} idée des objectifs de la rééducation, des points à explorer plus précisément ...

Diagnostic et évaluation de l'IUE

Sédentarité et IUE : Les femmes sédentaires semblaient plus à risque d'IU que les femmes actives.

(facteurs confondants : IMC, facteurs métaboliques...)

AP régulière : en lien avec ↗ de l'IU.

Fuites urinaires pendant l'AP.

- Diminution nombre et intensité des entraînements.
- Evitement des activités.

Diagnostic et évaluation de l'IUE

Lombalgie et IUE :

Dysfonction du contrôle postural :

- Contrôle moteur lombaire, repositionnement du tronc.
- Co-activation des muscles du plancher pelvien et des abdominaux.

Altération des mécanismes de feedback :

- Douleur → modification de l'excitabilité neuronale → retard dans la réponse réflexe.
- Retard dans la pré-activation des muscles du plancher pelvien.



Cholewicki J. et al. Delayed Trunk Muscle Reflex Responses Increase the Risk of Low Back Injuries. Spine. 2005; 30 (23) : 2614–20.

Sapsford R. Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization. Man Ther. 2004. 9 : 3–12.

Grewar H., Mc Lean L. The integrated continence system: A manual therapy approach to the treatment of stress urinary incontinence. ManTher. 2008; 13 : 375–86.

Madill SJ, Harvey MA, McLean L. Women with SUI demonstrate motor control differences during voluntary pelvic floor muscle contractions. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2009 Apr;20(4):447-59

Diagnostic et évaluation de l'IUE

Pathologie pulmonaire obstructive et IUE :

IUE + fréquente dans les populations avec toux chronique.

Apparition + jeune, sévérité de l'IUE + importante.



Diagnostic et évaluation de l'IUE

Demande de la patiente.

Gêne réelle ressentie par la patiente = quelle perception a t'elle de son symptôme ?

- IUU souvent + gênante que IUE quel que soit l'âge.
- IUE moins bien perçue chez la femme jeune.

Nature de la demande = objectif de la rééducation pour la patiente.

→ important pour l'acceptation du traitement.

Diagnostic et évaluation de l'IUE

EVALUATION MUSCULAIRE

Tonus musculaire : tension de repos évaluée cliniquement par la résistance à un mouvement passif.

↘ Diminution du tonus des MPP.

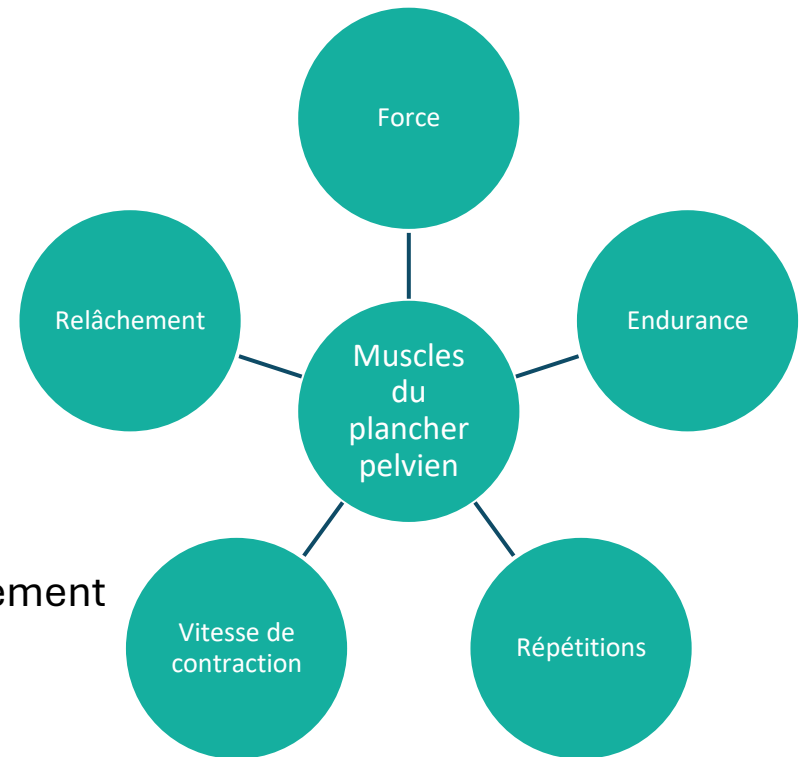
↗ Augmentation du tonus des MPP, peut survenir sans plainte de douleur associée.

Diagnostic et évaluation de l'IUE

EVALUATION MUSCULAIRE

Echelle PERFECT.

- Fiabilité et reproductibilité.
- Evaluation musculaire complète.
- Permet d'adapter les exercices de renforcement des MPP.



Diagnostic et évaluation de l'IUE

EVALUATION MUSCULAIRE

Coordination (aspect du contrôle moteur) : capacité à utiliser différentes parties du corps de manière efficiente et fluide.

Au cours d'un mouvement externe (ex. contraction des MPP au cours d'un mouvement des membres)

Au cours d'une augmentation de la PIA (ex. contraction des MPP avant un effort de toux).

Diagnostic et évaluation de l'IUE

CALENDRIER MICTIONNEL

Nombre de mictions jour/ nuit.

Intervalle entre chaque miction.

- Idéal 3 à 4h entre chaque miction.

Volume des mictions.

- Volume maximal.
- Volume moyen.

Diurèse totale / 24h.

- > 2500 ml (potomanie, diabète)
- < 1000 ml (restriction hydrique)

Évènements : fuites, impériosités...

DATE	Heure de la Miction	Volume uriné (mL)	Envie (notée de 0 à 4, ou U)	Remarques	Boissons
5/6	2h	400	0		
	7h00	2verre 1/2	++		
	10h30	750	+		
	11h30	1 tasse			Tisane
	11h00	4			Aca
	11h30	4			De ca
	13h10	1 verre 1/2	++		
	14h00	1 tasse	+		
	14h40	500	+		
	15h10	4 verre 1/3	+		
	16h45	1 verre 1/2	++		
	21h00	1/2 verre			eau
	5h00	2 verre 1/2	+		
	10h30	250	0		eau
	12h10	1/2 verre	0		eau
	13h00	6 verres			eau
	14h30	1 tasse			De ca
	15h25	1 verre	++		eau
	16h20	2 verre	+ 500		
	17h00	1 verre	0 250		eau
	19h20	1 tasse	+		tisane
	19h35	1 verre 1/2			eau
	17h20	4 verre			eau
	20h45	2 verre			eau

Diagnostic et évaluation de l'IUE

Fonctions organiques =

« Fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques) ».

Structures anatomiques

= « Parties anatomiques du corps, telles que les organes, les membres et leurs composantes ».

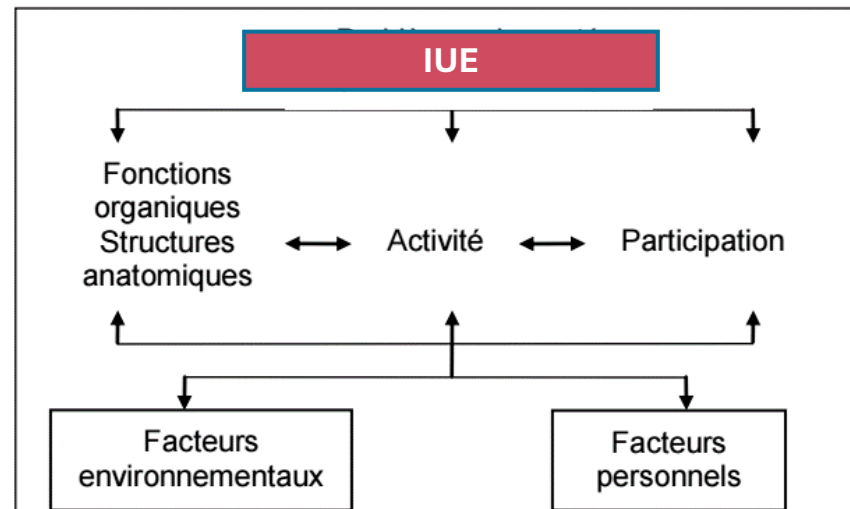


Figure 1 : Interactions entre les composantes de la CIF
Source : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF), OMS, 2001.

Rééducation de l'IUE

RECOMMANDATIONS

Sous la supervision d'un professionnel de santé, plutôt séance individuelle (SMD -0.18, 95% CI -0.35 to -0.01; $I^2 = 0\%$; 5 trials, 544 women; moderate-certainty evidence).

Entraînement intensif, 3 mois. Plusieurs jours / sem (SMD -1.60, 95% CI -2.15 to -1.05; 1 trial, 68 women; low-certainty evidence)

Plutôt combinaisons d'interventions. Traitements combinés (SMD) -0.22, 95% confidence interval (CI) -0.44 to -0.01; $I^2 = 81\%$; 8 trials, 356 women; low-certainty evidence).

IUE :
Rééducation
périnéale en 1^{ère}
intention.

Rééducation de l'IUE

CADRE LEGAL

Kinésithérapeute ou sage-femme si patiente non-nullipare.

Prescription médicale (pas sage-femme).

« Séances de rééducation périnéale » : indispensable pour évaluation endocavitaire.

Pas de mention du nombre de séances.

Prescription de sonde non nécessaire.

Rééducation de l'IUE

2 AXES

Education thérapeutique du patient.

Entrainement des muscles du plancher pelvien.

Rééducation de l'IUE

Pas de « protocole ».

Adaptée aux résultats du bilan et aux objectifs de traitement.

Bilan réévalué à chaque séance en fonction :

- Des résultats (stagnation, amélioration).
- De l'état du jour de la patiente : consentement à chaque séance.

Rééducation de l'IUE

CAS CLINIQUE Liliane – 48 ans

Prof : informatique

AP : kayak 2 entraînements / sem (loisirs + compétition). Pas d'autre AP.

Motif : fuites urinaires à l'effort d'aggravation récente, depuis 4 ou 5 mois (depuis rentrée de sept, moins d'activité physique à cette période). Marche toux course à pied (en a fait pdt des années en compétition, arrêt du fait douleurs dos).

Rééducation de l'IUE

CAS CLINIQUE Liliane – 48 ans

ATCD :

- Pas d'HTA. Pas de diabète.
- Pas de toux chronique. Pas de tabac. Pas d'alcool. Pas de drogues.
- Douleurs lombaires chroniques.
- Pas de patho neuro.
- Pas de stress/ anxiété. Pas de symptômes dépressifs.

ATCD obst : GIIPII

- 2008 VBS forceps. 3300g. ELD. SDC RAS. Rééduc.
- 2012 VBS pas d'instru. 3300g. Pas d'ELD. SDC RAS. Rééduc.

Refait rééduc il y a qqs années pour IU il y a une dizaine d'années. Manuelle. Couchée et debout.

Rééducation de l'IUE

CAS CLINIQUE Liliane – 48 ans

ATCD :

- Pas d'HTA. Pas de diabète.
- Pas de toux chronique. Pas de tabac. Pas d'alcool. Pas de drogues.
- Douleurs lombaires chroniques.
- Pas de patho neuro.
- Pas de stress/ anxiété. Pas de symptômes dépressifs.

ATCD obst : GIIPII

- 2008 VBS forceps. 3300g. ELD. SDC RAS. Rééduc.
- 2012 VBS pas d'instru. 3300g. Pas d'ELD. SDC RAS. Rééduc.

Refait rééduc il y a qqs années pour IU il y a une dizaine d'années. Manuelle. Couchée et debout.

Rééducation de l'IUE

CAS CLINIQUE Liliane – 48 ans

Symptômes urinaires :

PKD : 5 à 6 PKN 0 Délai : normal.

Urgenturies : non. Impériosités à une période mais pas en ce moment. Parfois fuites au déshabillage, si a trop attendu.

IUE : toux éternuements. Marche rapide sur vessie pleine. Course à pied. Sauts. En portant son kayak à l'entraînement. Pas en trébuchant.

Mictions : assise sur les toilettes. Jet normal, sensation de vidange incomplète ; miction en 2 tps. Pas de poussées. Gouttes retardataires.

Infections urinaires : en a fait beaucoup ; pas depuis 1 an.

Rééducation de l'IUE

CAS CLINIQUE Liliane – 48 ans

Calendrier mictionnel

Quasi normal. Apports ++ le matin, moins l'après-midi bonne compliance vésicale avec remplissages ++ en matinée 700ml max. Espaces importants l'après-midi

Rééducation de l'IUE

CAS CLINIQUE Liliane – 48 ans

Symptômes digestifs :

1 selle/ 2 jours. Selles non dures, sauf si pas assez bu. **Parfois poussées importantes.**

Alimentation équilibrée. Boit 1L à 1,5L si a fait du sport.

IG : non. Pas de pertes de selles.

Hémorroïdes occasionnellement.

Symptômes gynécologiques :

Réglée, stérilet Mirena. Non douloureuses. Non hémorragiques.

Sécheresse vaginale non.

Rapports oui. Pas de douleurs aux rapports. Pas de modif libido. Pas de modification plaisir/ orgasmes.

Pesanteur pelvienne : oui. **Au niveau vessie (sus pubien). En position debout prolongée, si vessie pleine.** Pas de sensation de boule vaginale.

Rééducation de l'IUE

EDUCATION THERAPEUTIQUE

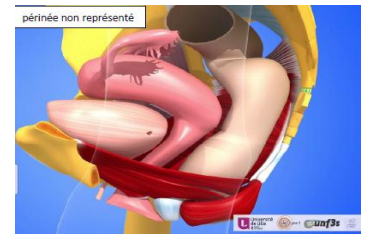
Anatomie et physiologie des structures impliquées :

- Planches anatomiques, vidéos, modèles 3D, miroir...



Connaissances sur la pathologie et les facteurs de risque.

- Constipation
- Comportement mictionnel et hydrique



Rééducation de l'IUE

EXAMEN CLINIQUE

Vulve légèrement ouverte au repos, DAV assez courte avec bride résiduelles ELD visibles, mais non rigides à la palpation.

CV possible mais très peu d'amplitude d'élévation du NFC.

PR bilat étirés, ++ G. Contraction possible mais peu d'amplitude de mouvement et endurance très limitée. Fermeture incomplète lat du hiatus.

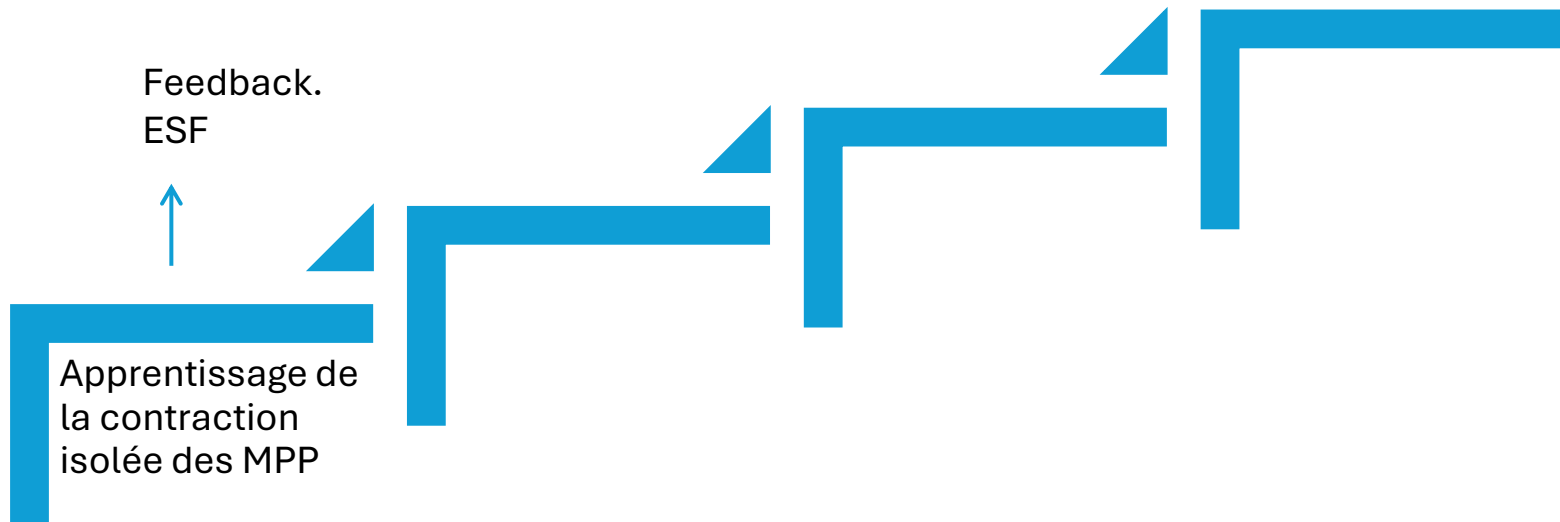
IC tonus normal, contractile mais peu mobile difficile d'obtenir une élévation fermeture incomplète du hiatus.

Pas de précontraction à la toux, bascule du col +++ sans ouverture du méat.

CI limite II non aggravée à la poussée, H0RO.

Rééducation de l'IUE

ENTRAINEMENT DES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN



Rééducation de l'IUE

FEEDBACK POUR L'APPRENTISSAGE DE LA CONTRACTION DES MPP.

- Palpation vaginale, autopalpation, synergies.
- Pas de méthode plus efficace décrite dans la littérature.

ELECTROSTIMULATION FONCTIONNELLE.

- Amélioration de la force de contraction des MPP.

Rééducation de l'IUE

ENTRAINEMENT DES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN

Apprentissage
de la
contraction
isolée des MPP

**Amélioration
des paramètres
de contraction
des MPP (force,
endurance,
vitesse de
contraction,
relâchement)**

Rééducation de l'IUE

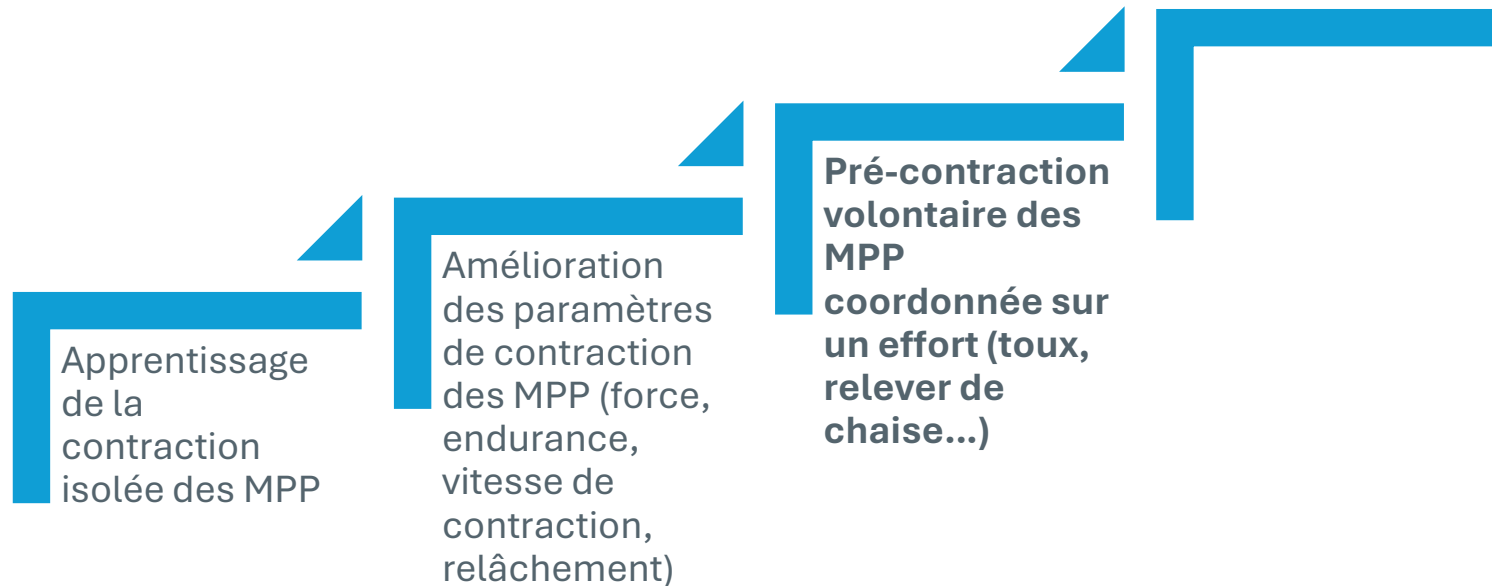
BIOFEEDBACK

- Progression dans les positions (couchée, assise, debout, plan instable).
- Double-tâche.



Rééducation de l'IUE

ENTRAINEMENT DES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN



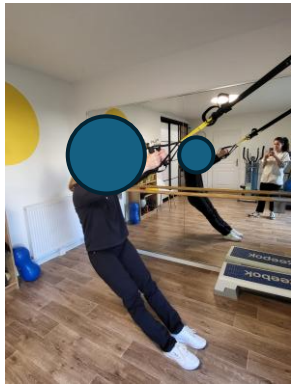
Rééducation de l'IUE

« Knack » ; précontraction à l'effort

Expiration résistée (PEP)

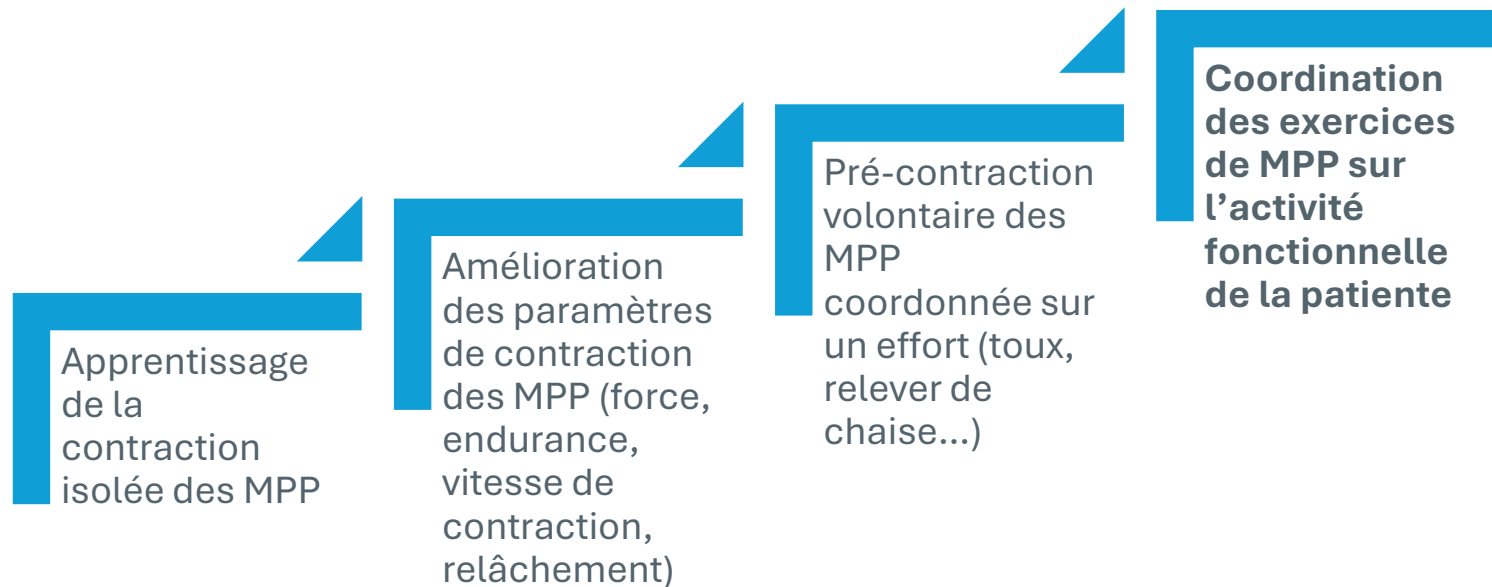


Rééducation de l'IUE



Rééducation de l'IUE

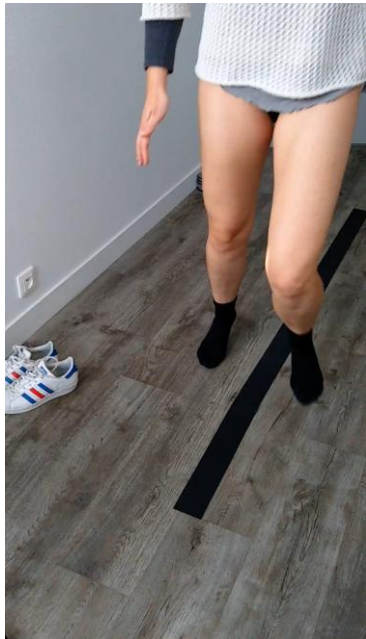
ENTRAINEMENT DES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN



TRAITEMENT REEDUCATIF DE L'IUE



Rééducation de l'IUE



Rééducation de l'IUE

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR4
SEM 1	5x (1'course + 1'marche)	7x (1'course + 1'marche)	10x (1'course + 1'marche)	12x (1'course + 1'marche)
SEM 2	15x (1'course + 1'marche)	5x (2'course + 1'marche)	7x (2'course + 1'marche)	10x (2'course + 1'marche)
SEM 3	12x (2'course + 1'marche)	5x (3'course + 1'marche)	7x (3'course + 1'marche)	8x (3'course + 1'marche)
SEM 4	9x (3'course + 1'marche)	5x (4'course + 1'marche)	6x (4'course + 1'marche)	7x (4'course + 1'marche)
SEM 5	5x (5'course + 1'marche)	6x (5'course + 1'marche)	4x (6'course + 1'marche)	4x (7'course + 1'marche)
SEM 6	3x (8'course + 1'marche)	3x (10'course + 1'marche)	2x (14'course + 1'marche)	1x 30'course

Rééducation de l'IUE

AUTO-EXERCICES :

Auto-entretien conseillé afin de maintenir les acquis à moyen terme.

Taux de satisfaction de 65% à 5 ans si séances d'auto-rééducation réalisées par les patientes elles mêmes.

Sondes d'auto-entraînement au domicile :

- Pas de différence avec de l'entraînement musculaire seul.
- Peut améliorer l'adhérence.

CONCLUSION

IUE pathologie fréquente, multifactorielle.

Retentissement sur la qualité de vie et la participation.

Rééducation en 1ere intention.

Pas d'effet secondaire nocif.

Intérêt de la connaissance de la pathologie et du schéma corporel.

Pas de protocole mais combinaison de techniques .

Traitement individualisé, progressif et adapté aux objectifs de la patiente.

MERCI DE VOTRE ATTENTION