

# ÉDUCATION EN SANTÉ PÉRINÉALE : COMMENT OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-CHIRURGICALE ?

JEUDI 6 JUILLET 2023

Dr Anne-Cécile Pizzoferrato, Gynécologue obstétricienne  
Véronique Blanchard, Kinésithérapeute en pelvi-périnéologie

# RAPPEL DES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

## L'ÉDUCATION, UN OUTIL EFFICACE POUR AMÉLIORER LES SYMPTÔMES ET LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES :

- 1 Importance de l'éducation et de l'information dans la prise en charge des femmes ayant des troubles pelvi-périnéaux
- 2 Comprendre et expliquer simplement aux femmes l'anatomie et la biomécanique des muscles du plancher pelvien
- 3 Comprendre et expliquer simplement la physiologie des filières urinaire et digestive
- 4 Impact des mauvais comportements urinaires et défécatoires sur la survenue et le risque de récurrence des TPP
  - Savoir expliquer et analyser simplement un calendrier mictionnel
  - Exemples de calendriers mictionnels
  - Pourquoi la constipation est facteur d'échec de la PEC (pessaire – chirurgie)
- 5 Mise en pratique dans le quotidien et le sport

# 1. IMPORTANCE DE L'ÉDUCATION ET DE L'INFORMATION DANS LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES AYANT DES TROUBLES PELVI-PÉRINÉAUX

ENCORE BEAUCOUP D'IDÉES REÇUES

RETOUR DE NOS PATIENTES :

“ *Pourquoi on ne nous apprend  
Pas ça plus tôt ?* ”

# ENCORE BEAUCOUP D'IDÉES REÇUES



- HYDRATATION : « IL FAUT BOIRE BEAUCOUP »  
*attention aux apports cachés*
- LIMITER LES APPORTS POUR ÉVITER LES FUITES À L'EFFORT  
solution = boire régulièrement sur la journée
- LE « STOP-PIPI » ÇA MUSCLE LE PÉRINÉE  
risque de résidu post-mictionnel → infection urinaire

# ENCORE BEAUCOUP D'IDÉES REÇUES

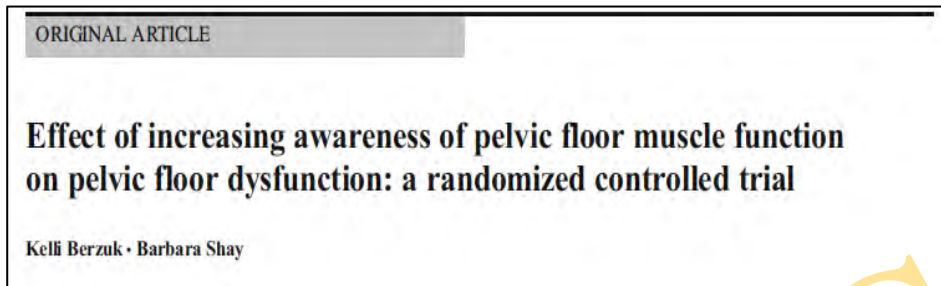


- **CONSTIPATION BANALISÉE**  
ennemi N°1 en pelvi-périnéologie
- **PUBLICITÉ DE PROTECTIONS**  
impression d'une normalité de l'IU de la femme
- **L'INCONTINENCE URINAIRE EST UNE FATALITÉ**  
en particulier chez la femme âgée

*“ Je ne suis pas constipée !  
je vais à la selle tous les jours ”*

# POURQUOI FAIRE DE L'ÉDUCATION PÉRINÉALE CHEZ LA FEMME ?

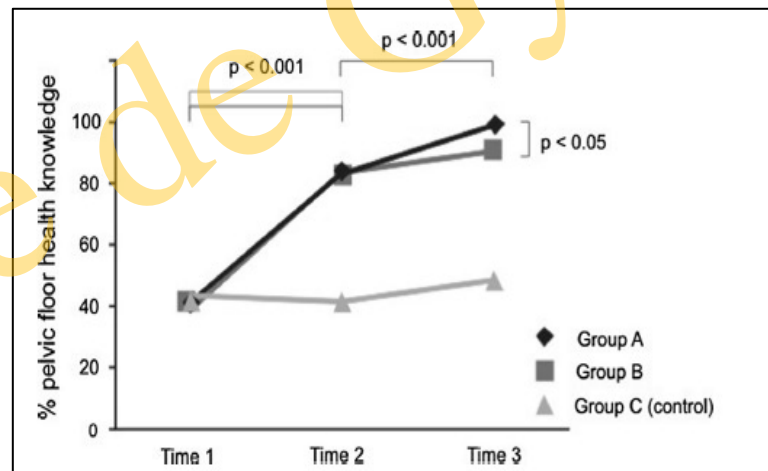
## L'amélioration des connaissances améliore les symptômes des femmes



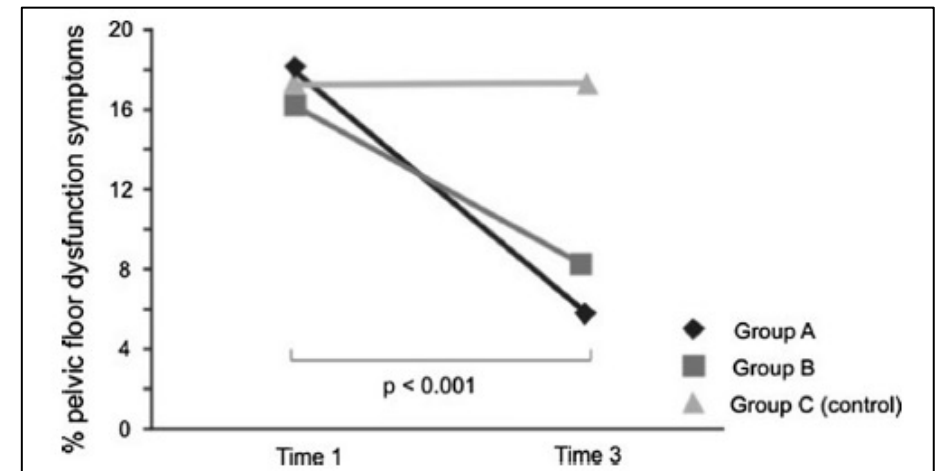
Int Urogynecol, 2015

Essai contrôlé randomisé, effet de séances d'éducation sur connaissances des femmes et leurs troubles périnéaux  
145 femmes, 3 groupes

Sans aucun travail de renforcement musculaire !



Connaissances des femmes (PIKQ)



Symptômes des femmes (PFDI-20)

## 2. COMPRENDRE ET EXPLIQUER SIMPLEMENT AUX FEMMES L'ANATOMIE ET LA BIOMÉCANIQUE DES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN

OBJECTIF = SIMPLIFIER LES MESSAGES +++

# DES OUTILS SIMPLES ET ACCESSIBLES POUR TOUTES



## ÉDUCATION PÉRINÉALE

CHANGER LES MAUVAISES HABITUDES

APPRENDRE À SE SERVIR À BON ESCIENT DES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN

### 1 PÉRINÉE / PLANCHER PELVIEN ?

c'est un ensemble de *PLUSIEURS*

- muscles
- ligaments
- tissus conjonctifs

### 2 OÙ ?

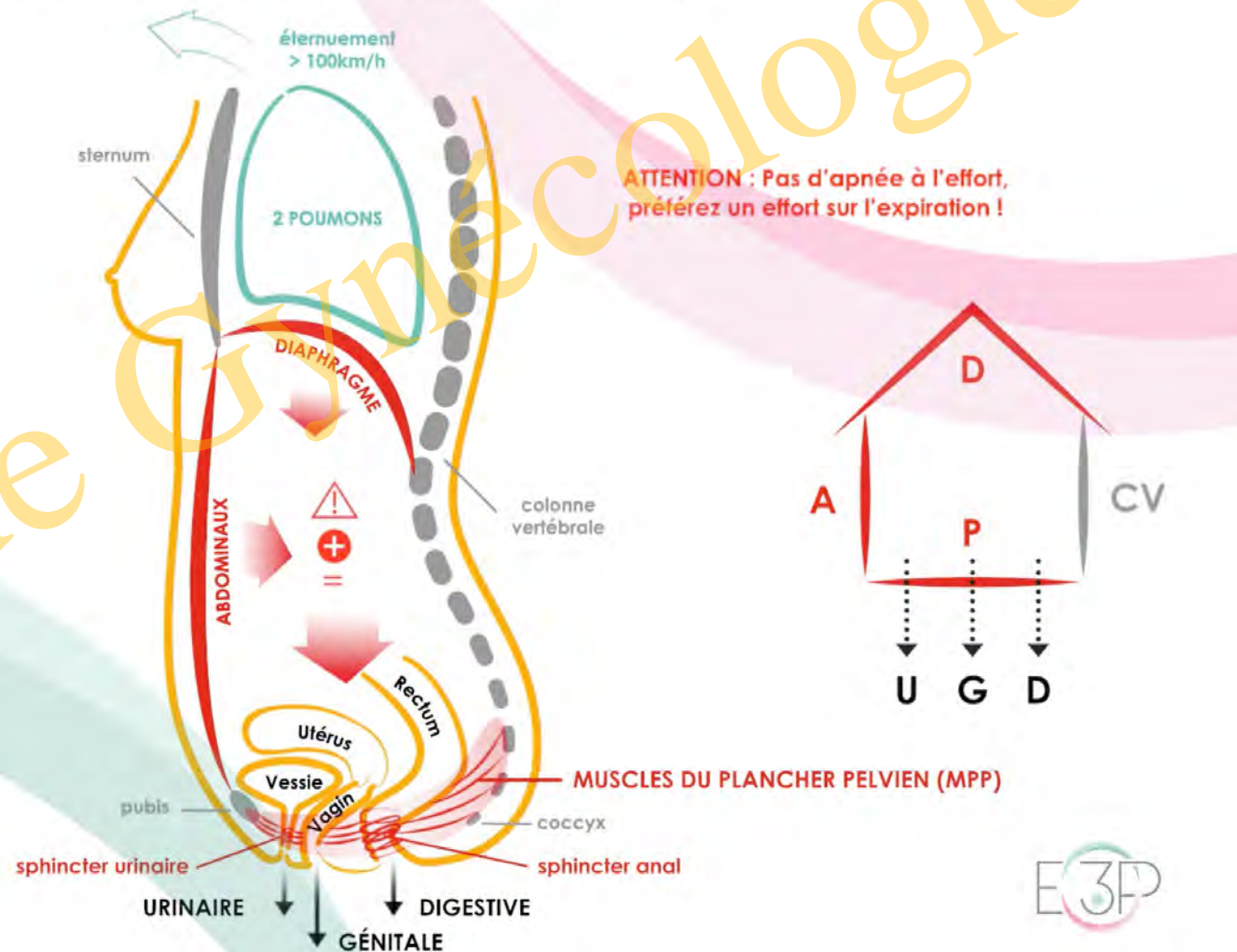
il occupe la *TOTALITÉ* du fond du bassin

### 3 MOUVEMENT ?

MONTE

### 4 LOCOMOTIVE ?

ANUS





# EXTRAIT DU GROUPEMENT EUROPÉEN DE PÉRINÉOLOGIE

Des angles pour :

- Une meilleure continence
- Le maintien des organes en place



Un empilement  
des organes



Retentissement  
les uns sur les autres

# EXTRAIT DU GROUPEMENT EUROPÉEN DE PÉRINÉOLOGIE



# EXTRAIT VIDÉO D'ANATOMIE 3D

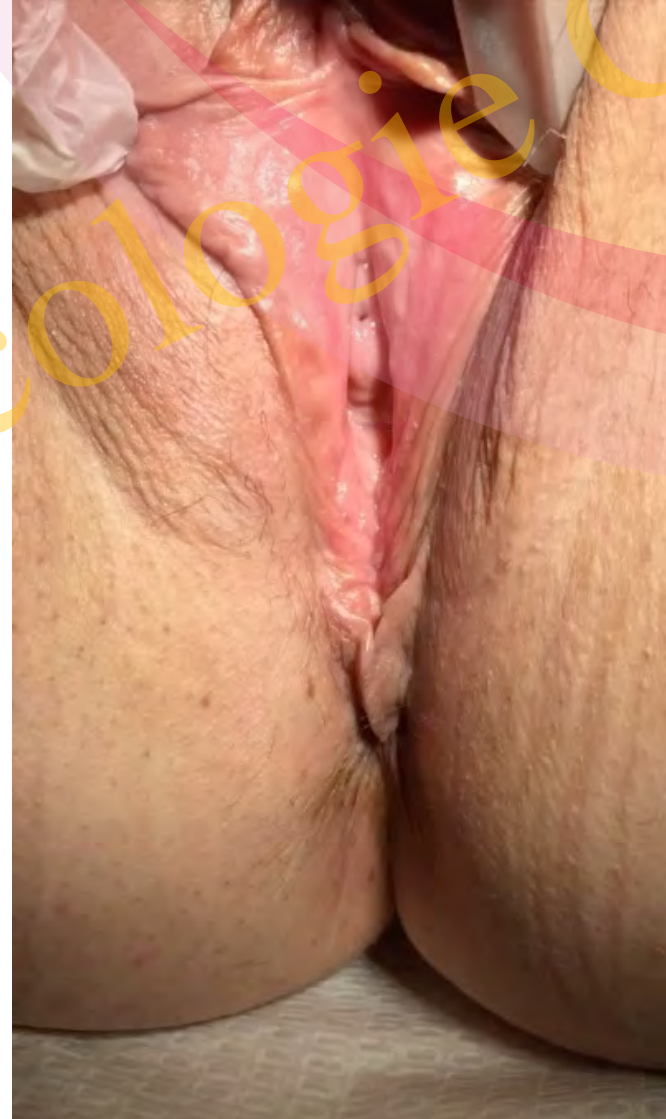


Les rapports du  
plancher pelvien  
et des autres muscles  
des parois de la cavité  
pelvienne



Collège de Gynécologie C.V.I.

# EXEMPLE DE CONTRACTION PÉRINÉALE



Collège de Gynécologie

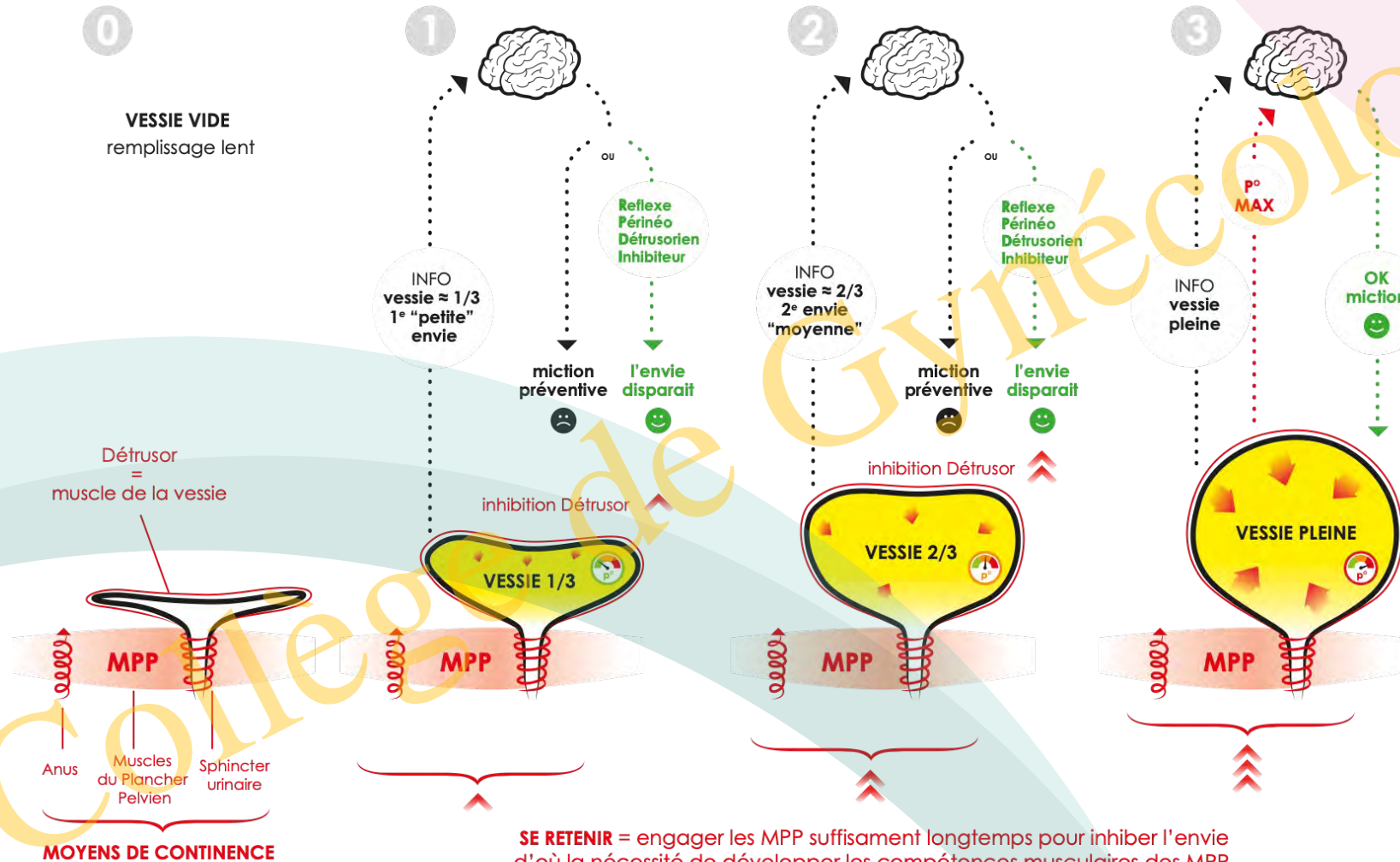
CVL

### 3. COMPRENDRE ET EXPLIQUER SIMPLEMENT LA PHYSIOLOGIE DES FILIÈRES URINAIRE ET DIGESTIVE

LA FILIÈRE URINAIRE

# COMMENT FONCTIONNE UNE VESSIE ?

## PHYSIOLOGIE DE LA PHASE DE REMPLISSAGE DE LA VESSIE



**SE RETENIR** = engager les MPP suffisamment longtemps pour inhiber l'envie d'où la nécessité de développer les compétences musculaires des MPP.

# LES MESSAGES À TRANSMETTRE +++

➔ HYDRATATION CONSEILLÉE

+ / - 1,5 L à 2 L / jour  
à adapter +++



FRÉQUENCE URINAIRE

5 à 7 / jour  
0 à 1 / nuit

CAPACITÉ VÉSICALE

Δ 200 ml à 500ml



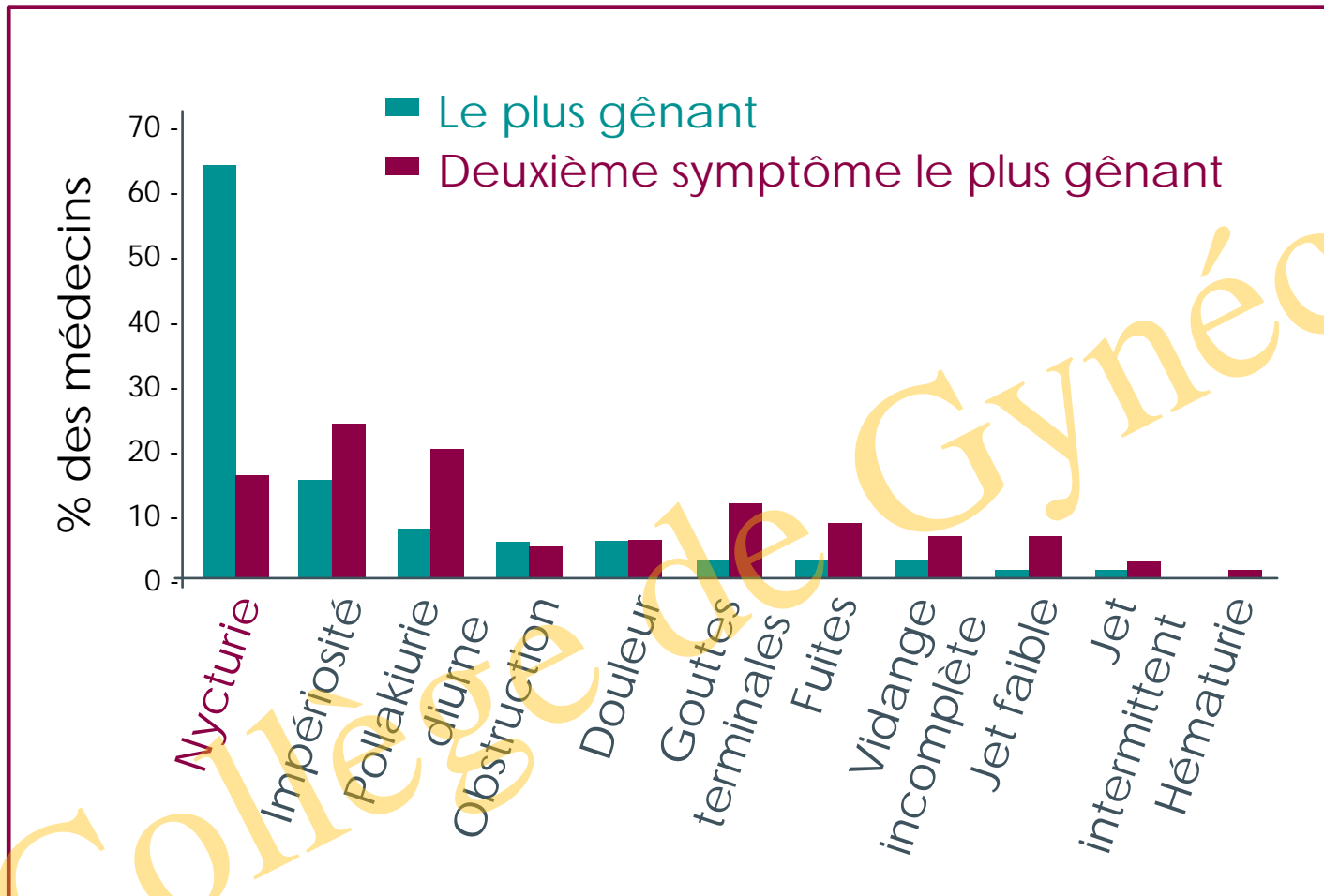
# LES MESSAGES À TRANSMETTRE +++

DIURÈSE CONSEILLÉE  
pour éviter les troubles  
1,5 l – 2l d'urines / 24h

OLIGURIE SI  
< 1 000 ml / 24h

POLYURIE SI  
> 2 500 ml / 24h

# INTÉRÊT À DÉPISTER UNE NYCTURIE



Van kerrebroeck, Prog Urol, 2006, | Tikkinen KA et al, Eur Urol 57:488-496

## Conséquences de la nycturie :

- Troubles du sommeil
- Fatigue diurne
- 🏠 activités quotidiennes
- Dépression
- Chutes et fractures

Chartier Kastler et al, Prog Urol, 2009 Oelke et al, WJU, 2014

Échelle de somnolence d'Epworth  
Si score > 10 = troubles du sommeil ?

# LES MESSAGES À TRANSMETTRE

Stratégie de diminution de l'hydratation pour éviter l'IUE  
« Je ne bois pas pour ne pas avoir de fuites »

**PAS BONNE OPTION**

Stratégie d'anticipation des mictions pour éviter l'IUE  
« Je vais uriner avant de ....»

**PAS BONNE OPTION**

**BONNE OPTION** = Apports liquidiens réguliers

MODALITÉS = boire régulièrement sur la journée :

- Matinée et après-midi (et pas uniquement aux repas)
- Lors d'activités sportives (Avant - Pendant - Après l'effort)



# LES MESSAGES À TRANSMETTRE

**Certaines vessies seront plus sensibles que d'autres à certains liquides.**

**les irritants vésicaux:**

- caféine du café
- théine du thé
- sodas
- boissons gazeuses
- alcool (vin blanc)
- agrumes
- épices

**Certaines situations (eau, froid, émotionnel) peuvent aussi influencer.**

# LES MESSAGES À TRANSMETTRE +++

URINER C'EST LAISSER FAIRE = NE PAS POUSSER – NE PAS STOPPER

Pousser = atteinte prématurée sphincter U et MPP / hyper pression

« stop pipi » = résidu, défaut de vidange => **! infection urinaire**

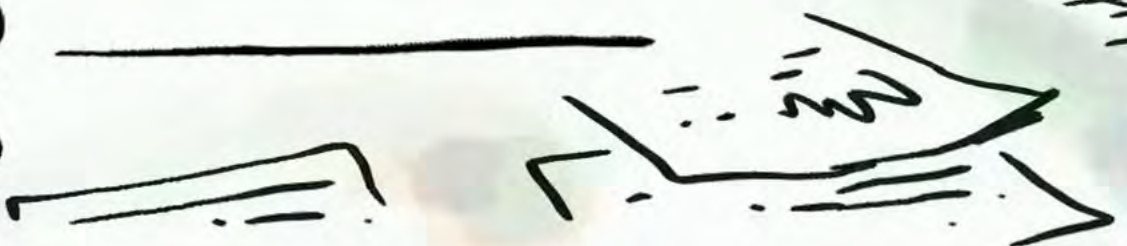
PRENDRE LE TEMPS D'URINER

S'ESSUYER DE L'AVANT VERS L'ARRIÈRE

pour ne pas risquer de ramener les germes de l'anus vers la vulve



TU MOURRAS  
MOINS BÊTE



# 3. COMPRENDRE ET EXPLIQUER SIMPLEMENT LA PHYSIOLOGIE DES FILIÈRES URINAIRE ET DIGESTIVE

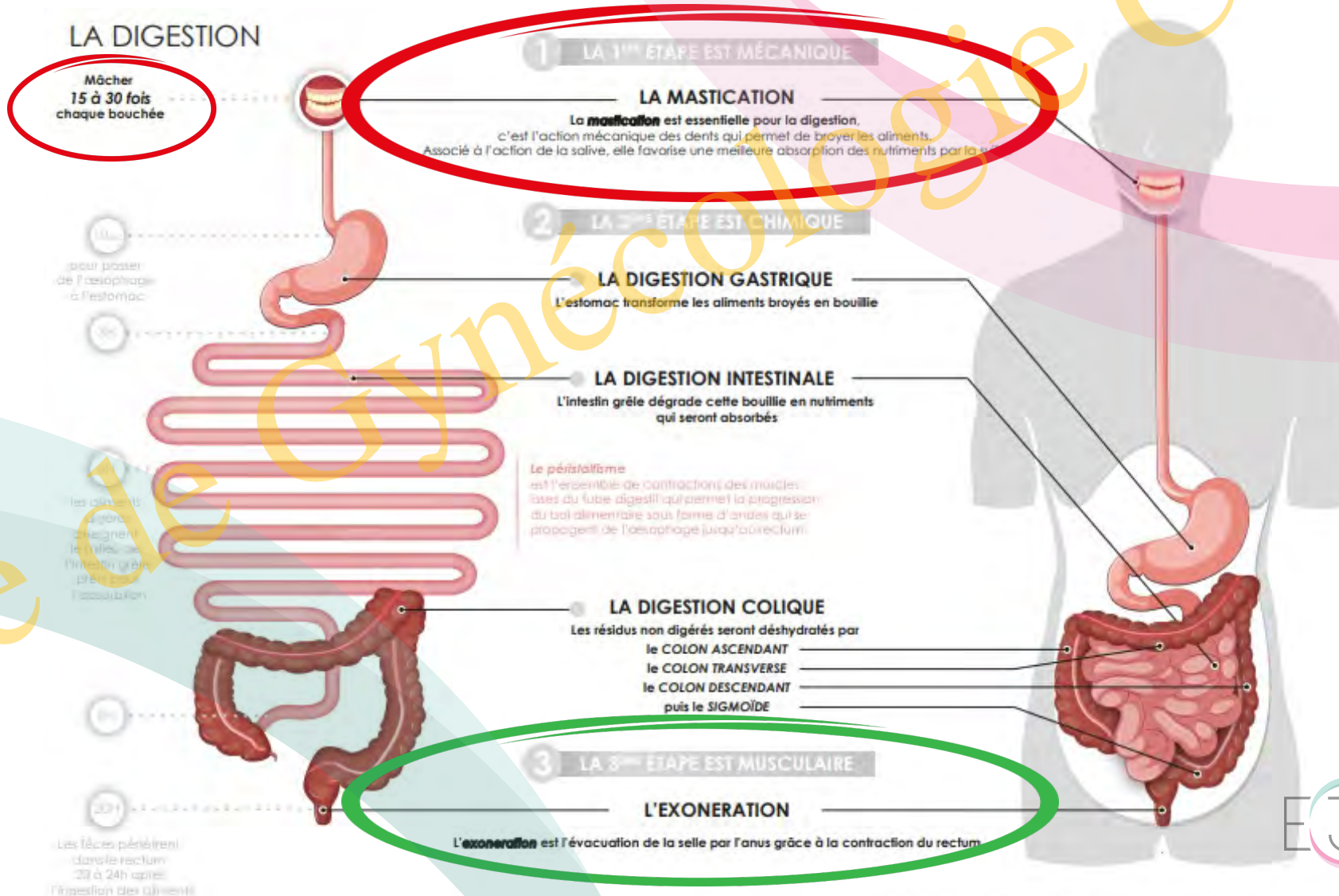
LA FILIÈRE DIGESTIVE

# LES MESSAGES À TRANSMETTRE +++

**1ÈRE ÉTAPE  
IMPORTANTE :  
MASTICATION**

**DERNIÈRE ÉTAPE :  
DÉFÉCATION**

- installation
- comportement
- fréquence 3... 3
- Temps < 5min





# LES MESSAGES À TRANSMETTRE +++

**Ne pas se contenter de demander :**  
« Mme êtes-vous constipée? »

**La fréquence n'est pas le seul critère !!**

## **ATTENTION À :**

- Selles dures
- Mode d'exonération
- Sensation de blocage ou d'obstruction ano-rectale
- Sensation d'évacuation incomplète
- Nécessité d'exonération digitale

25% des selles

Constipation  
Classification de Rome IV

2 symptômes

Selles peu fréquentes  
< 3 par semaine

Présents depuis au moins 6 mois



# UN OUTIL SIMPLE = Score de KESS

## Score de Kess

Une constipation est retenue pour un score  $\geq 10/39$

1. Depuis combien de temps êtes-vous constipée ? Je ne suis pas constipée   
0 à 18 mois  18 mois à 5 ans  5 à 10 ans  10 à 20 ans   
plus de 20 ans
2. Utilisez-vous des médicaments laxatifs ?  
jamais  rare/courte période  fréquent/utilisation régulière   
en continu mais inefficaces
3. Allez-vous à la selle (avec ou sans traitement) ?  
au moins 1 fois tous les 2 jours  2 fois par semaine ou moins   
moins d'une fois par semaine  moins d'une fois toutes les 2 semaines
4. Vous arrive-t-il d'avoir du mal à évacuer ?  
jamais ou rarement  de temps en temps  régulièrement   
toujours ou en s'aidant
5. Avez-vous l'impression d'évacuer incomplètement ?  
jamais  rarement  de temps en temps  fréquemment  toujours
6. Avez-vous des douleurs de ventre ?  
jamais  rarement  de temps en temps  fréquemment  toujours
7. Avez-vous des ballonnements de ventre ?  
jamais  uniquement perçus par vous-même  perçus par vos proches  fréquemment   
toujours
8. Faites-vous des lavements, mettez-vous des suppositoires ou vous aidez-vous de vos doigts pour évacuer ?  
Jamais  lavements et suppositoires occasionnels  lavements et suppositoires réguliers   
Aide digitale occasionnelle  aide digitale fréquente
9. Combien de temps vous faut-il en moyenne pour évacuer ?  
Moins de 5 minutes  5 à 10 minutes  10 à 30 minutes   
Plus de 30 minutes
10. Avez-vous des défécations difficiles et douloureuses ?  
Jamais  rarement  de temps en temps  fréquemment  toujours
11. La consistance de vos selles est-elle ?  
Normale ou molle  de temps en temps dure  toujours dure   
Dure comme des billes
12. Vous arrive-t-il d'avoir besoin d'aller à la selle et de ne pas pouvoir évacuer ?  
Jamais  rarement  de temps en temps  toujours

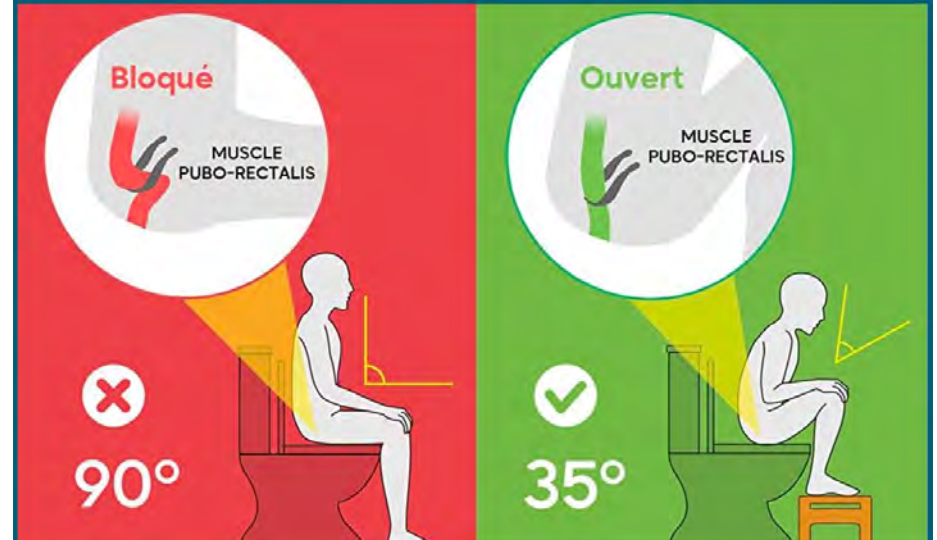
# LES MESSAGES À TRANSMETTRE +++

## MARCHEPIED

- ➔ meilleure détente des MPP notamment du muscle pubo rectal
- ➔ ouverture de l'angle ano rectal sinon c'est plus compliqué

Si constipation chronique  
étirement délétère des MPP

### Lutter contre la constipation et les efforts de poussée





# 4. IMPACT DES MAUVAIS COMPORTEMENTS URINAIRES ET DÉFÉCATOIRES SUR LA SURVENUE ET LE RISQUE DE RÉCIDIVE DES TROUBLES PELVI-PÉRINÉAUX

## LE CALENDRIER MICTIONNEL

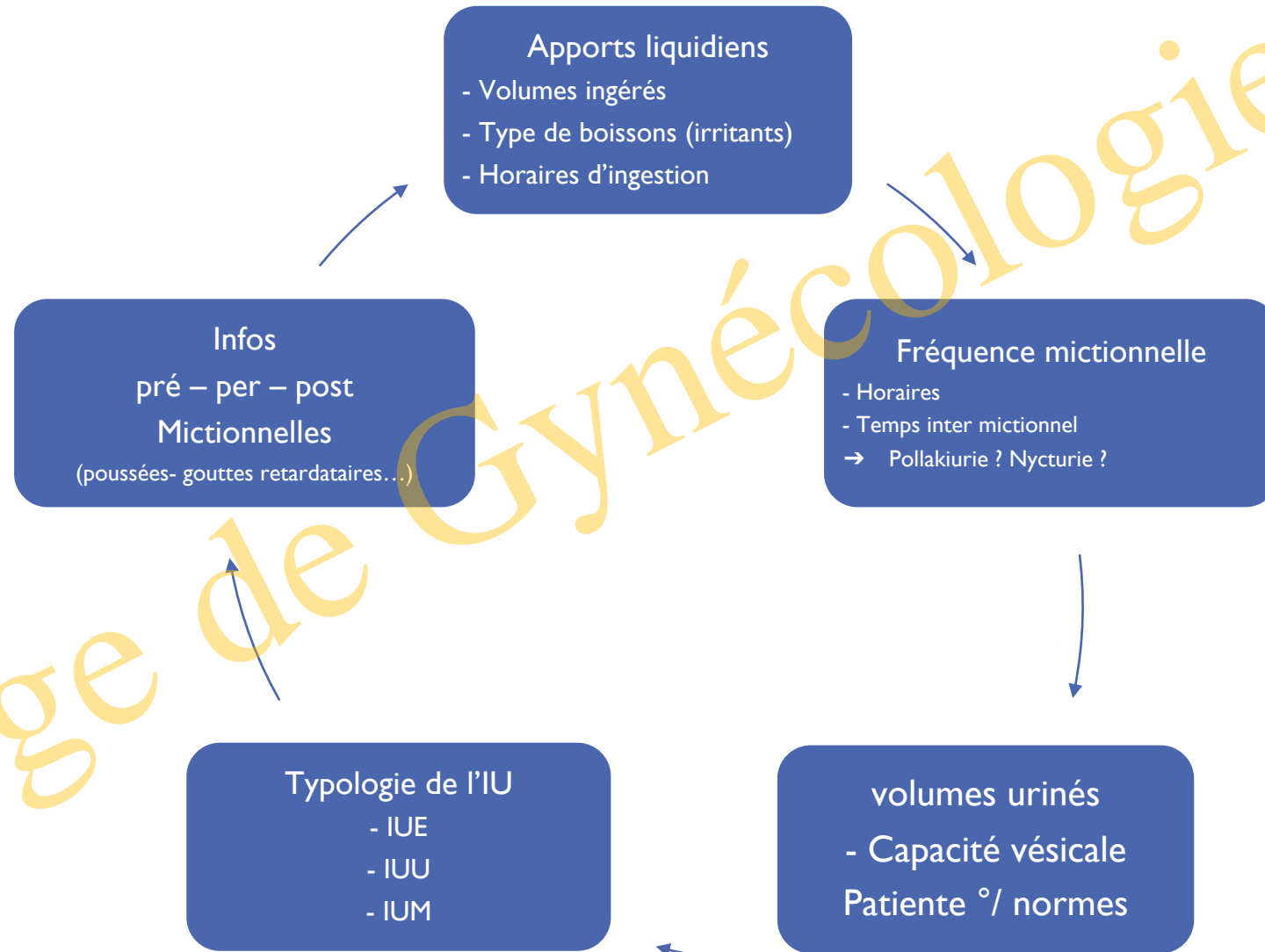
- SAVOIR EXPLIQUER
- SAVOIR ANALYSER

# LE CALENDRIER MICTIONNEL : OUTIL SIMPLE ++++

## OUTIL D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES DU BAS APPAREIL URINAIRE

- Non invasif
- Peu coûteux
- Sans effets secondaires
- Souvent utilisé en 1<sup>ère</sup> intention
- Uniquement 6% des professionnels de santé l'utilisent...
- Idéalement sur 3 jours
- 24h c'est déjà bien, mais pas forcément représentatif

# LES DONNÉES EXPLOITABLES DU CALENDRIER MICTIONNEL



# BILAN DES APPORTS LIQUIDIENS SUR 24H :

- ➔ Visibilité de la répartition des apports liquidiens sur 24h
  - Excès ou insuffisance des apports liquidiens
  - Mauvaise répartition sur la journée
  - Excès d'irritants vésicaux
- ➔ Met en évidence des comportements à risque
  - consommation importante en peu de temps
  - consommation importante avant le coucher
- ➔ Outil thérapeutique = rééducation comportementale
  - reprogrammation des quantités ingérées



# BILAN DES VOLUMES URINÉS SUR 24H

- Objectiver les volumes urinés  
Volumes urinés ( si  $<50-100\text{ml}$  ou  $>600\text{ml}$ )  
Diurèse sur 24h (polyurie  $>2,8\text{l}$ )  
Diurèse nocturne (polyurie nocturne)
- Explore la production d'urine

# CALENDRIER MICTIONNEL SUR **24H**

Collège de Gynécologie CVL



# CAS CLINIQUE 1 :

PATIENTE AVEC PROMONTOFIXATION  
MAIS COMPORTEMENT DÉLÉTÈRE

# CM PATIENTE 68 ANS AVEC PROMONTOFIXATION

→ Hydratation 7 170ml / 24h

1 300 ml au petit déjeuner → 600ml café + 700ml eau  
800 ml eau déjeuner et au dîner

→ POTOMANIE

Heure	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6						
Boissons	600 café + 700 eau	2 000ml eau														800 eau	2 270ml eau														800 eau
Mictions	130	450	450	350	310	240	350	530	600		650	600		650	520						900					550					
	7 170															7 600															



# CM PATIENTE 68 ANS AVEC PROMONTOFIXATION

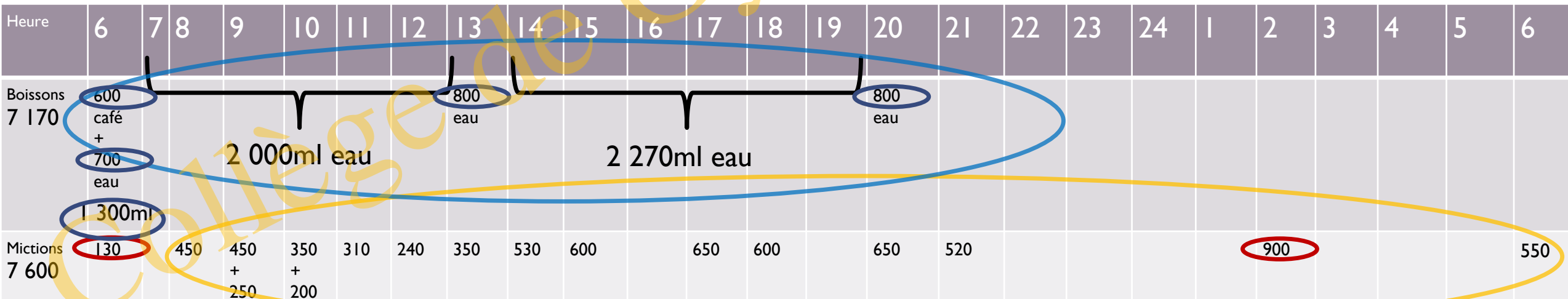
Objectifs : reprogrammation hydrique +++

↓ progressive H° 7 170ml => 3 500ml → 2 000ml

↓ fréquence mictionnelle 17 => 15 => 12 → 8/9

réguler volumes mictionnels => Δ 200-400ml

temps inter mictionnel > 2h



## CAS CLINIQUE 2 :

PATIENTE AVEC BSU  
MAIS COMPORTEMENT DÉLÉTÈRE



# LES APPORTS LIQUIDIENS

heure	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	1	2	3	4	5	6	7
Entrées l 650ml	150 thé					400 eau	100 café	300 thé						300 eau	300 soupe		100 eau								
Sorties																									
lieu																									
temps																									
habitude																									
risque																									

Collège de Gynécologie CML



# ADAPTATION COMPORTEMENTALE DE LA FRÉQUENCE MICTIONNELLE : INTERVALLES MICTIONNELS

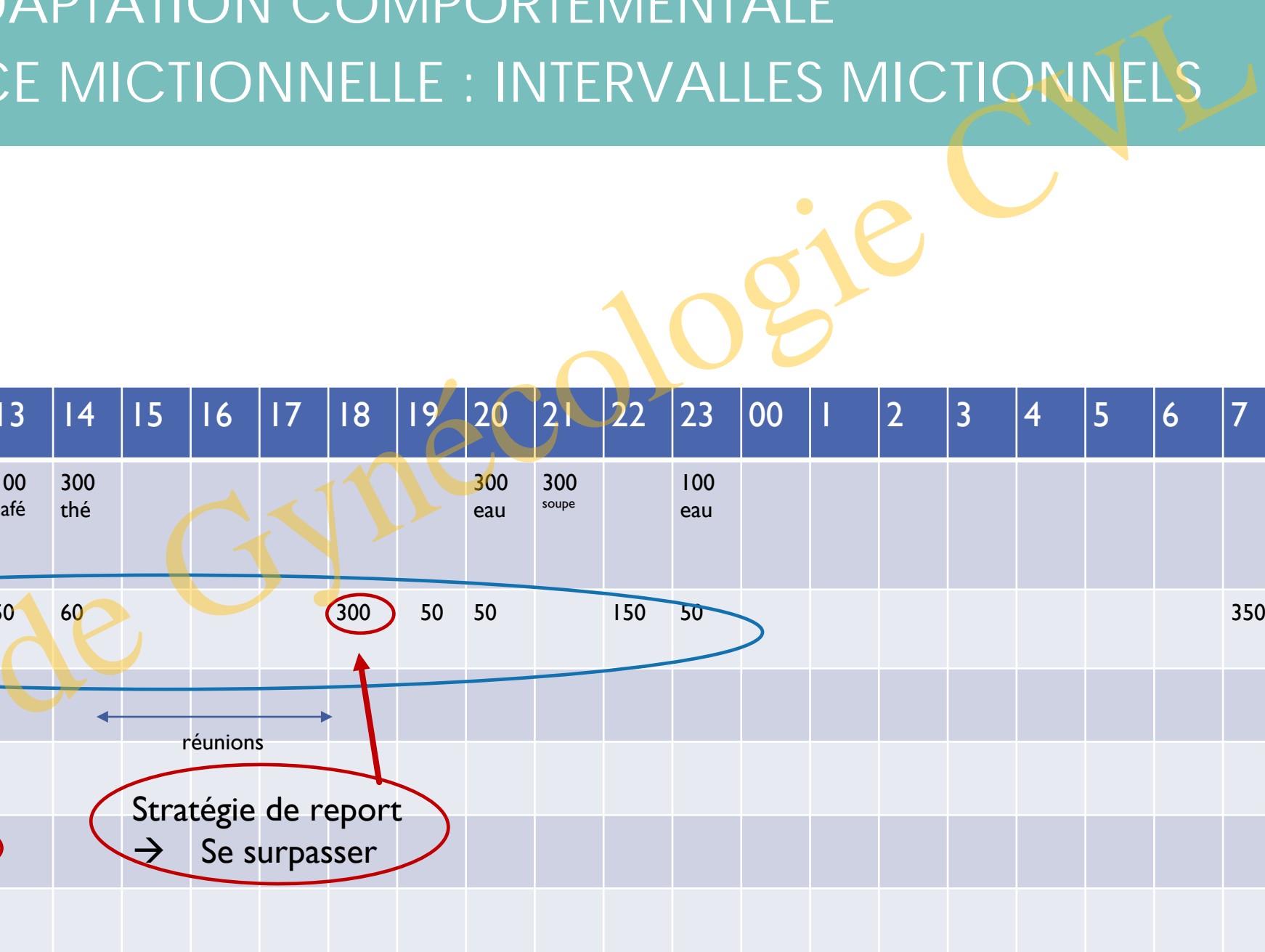
heure	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	1	2	3	4	5	6	7
Entrées l 650ml	150 thé					400 eau	100 café	300 thé						300 eau	300 soupe		100 eau								
Sorties l 1410ml	300					350	50	60				300	50	50		150	50								350
lieu																									
temps																									
habitude																									
risque																									

Trajet – chantier  
Pas de WC

réunions

Stratégie de report  
→ Se surpasser

Stratégie de report  
→ Se surpasser



# ADAPTATION COMPORTEMENTALE DE LA FRÉQUENCE MICTIONNELLE : INTERVALLES MICTIONNELS

heure	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	1	2	3	4	5	6	7
Entrées l 650ml	150 thé					400 eau	100 café	300 thé						300 eau	300 soupe		100 eau								
Sorties l 1410ml	300					350	50	60				300	50	50		150	50								350
lieu																									
temps																									
habitude																									
risque																									

Trajet – chantier  
Pas de WC

réunions

Stratégie d'anticipation  
avant la réunion

Stratégie d'anticipation  
avant le sport  
avant les sauts

# THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

heure	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	1	2	3	4	5	6	7
Entrées l 650ml	250 thé			200 eau		250 eau			250 eau		200 eau		250 eau		250 eau										
Sorties l 800ml	300			250			250			200			250				200								350

CONNAISSANCES

COMPETENCES

Optimisation des données  
du calendrier mictionnel

CAS CLINIQUE 3 :

ANTICHOLINERGIQUES & CALENDRIER MICTIONNEL

Collège de Gynécologie CVL

# ANTICHOLINERGIQUES

Anticholinergiques = MOLECULES EFFICACES  
sur les symptômes d'hyperactivité vésicale =

Inhibent les récepteurs muscariniques sur le  
détrusor et modulent les afférences sensibles :

Diminuent les contractions non inhibées de la  
vessie

Augmentent la capacité vésicale

Retardent l'envie initiale d'uriner

MOLECULES disponibles :

Chlorhydrate d'oxybutinine : Ditropan 5  
mg

Chlorure de trospium : Ceris 20 mg  
(2 fois par jour, en dehors des repas, sinon  
perte 30% efficacité)

Toltérodine : Detrusitol 1 et 2 mg

Solifenacine : Vesicare 5 et 10 mg

Fésotérodine : Toviaz 4 mg

→ Diminution de 60% des épisodes d'incontinence

# ANTICHOLINERGIQUES

MAIS EFFETS SECONDAIRES ENTRAINANT DES ABANDONS DE TTT +++

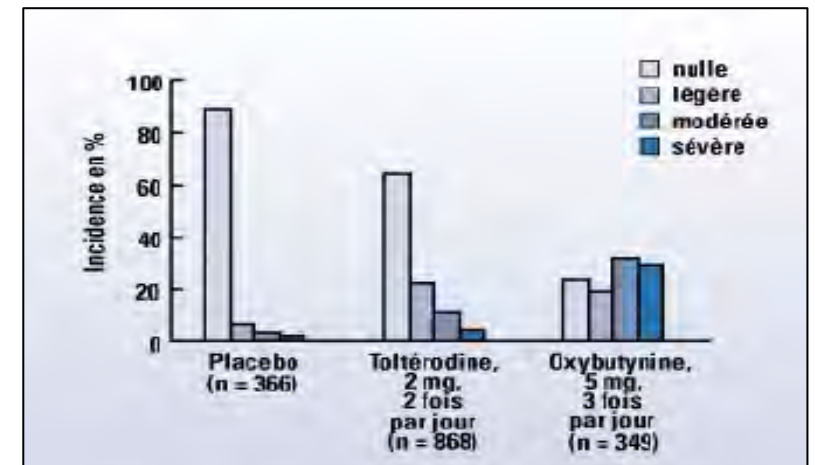
Dose-dépendants pour tous les anticholinergiques :

Risque de rétention urinaire : surveillance VIDANGE vésicale+++ (personnes âgées, neurologiques, prolapsus)

Sécheresse de bouche (variable selon les anticho)

Constipation

Sécheresse buccale





# ANTICHOLINERGIQUES & CALENDRIER MICTIONNEL

Pas de littérature MAIS EN PRATIQUE :

IL NE SERT A RIEN DE PRESCRIRE DES ANTICHOLINERGIQUES

**SANS TRAVAIL SUR CALENDRIER MICTIONNEL +++**

Exemple de Mme R, 65 ans, G2P1 (1 AVB), antécédent d'HVB, adressée pour IU mixte prédominant sur l'urgenterie

Gêne 8/10, fuites déclenchées par le froid, syndrome clé dans la serrure

Rythme des mictions très variables

Constipation

Echec de la neurostimulation tibiale postérieure et des anticholinergiques (aggravation de la constipation)

→ Neuromodulation S3 ??

NON ! LE TRAVAIL SUR CALENDRIER MICTIONNEL + SUR LA CONSTIPATION A RÉGLÉ LES PROBLEMES DE MME R...

# CALENDRIER MICTIONNEL AVANT

Nom : R.....

Prénom : Ca.....

Date de naissance : 22/03/1958

Madame, il vous a été demandé de réaliser un calendrier mictionnel.

Pour cela, veuillez noter l'heure à laquelle vous urinez dès votre premier lever du matin (quand vous commencez votre journée) pendant 24 heures, nuit comprise ainsi que le volume de la miction mesuré à l'aide d'un verre doseur gradué.

Vous noterez l'intensité de votre besoin avant la miction (B1 = petite envie, B2 = envie normale, B3 = envie urgente). Vous noterez également l'horaire de survenue de fuites et dans la case fuites leur importance (+, ++ ou +++) ainsi que le volume de vos apports hydriques dans la case apports hydriques.

Les éléments de ce catalogue mictionnel sont primordiaux pour la prise en charge de votre pathologie.

Jour 1 : le 09/11 /2019				
Heure	Volume d'urines(ml)	Besoin	Fuites	Apports hydriques (ml)
7h30	400	B3	+	600 (café)
9h20	300	B2		100 (café)
10h00	150	B3	+++	350 (thé)
11h15	100	B3	++	
11h45	100	B3	+	
12h00	.	.	.	300 (eau)
14h30	350	B2		
15h00	.	.	.	250 (thé)
15h45	100	B3	++	
16h30	50	B3	+	300 (eau)
19h00	320	B2		500 (soupe) + 250 (eau)
21h00	400	B2		
22h00	400	B2	+	
4h00	250	B1		
Total volume uriné : 2920 ml				
Total volume bu : 2650 ml				

## CALENDRIER MICTIONNEL APRÈS

Nom : R.....

Prénom : Ca.....

Date de naissance : 22/03/1958

Madame, il vous a été demandé de réaliser un calendrier mictionnel.

Pour cela, veuillez noter l'**heure** à laquelle vous urinez dès votre premier lever du matin (quand vous commencez votre journée) **pendant 24 heures, nuit comprise** ainsi que le **volume de la miction** mesuré à l'aide d'un verre doseur gradué.

Vous noterez l'intensité de votre **besoin** avant la miction (B1 = petite envie, B2 = envie normale, B3 = envie urgente). Vous noterez également l'horaire de survenue de **fuites** et dans la case fuites leur importance (+, ++ ou +++), ainsi que le volume de vos **apports hydriques** dans la case apports hydriques.

Les éléments de ce catalogue mictionnel sont primordiaux pour la prise en charge de votre pathologie.

Date : le 15/13/2023				
Heure	Volume d'urines(ml)	Besoin	Fuites	Apports hydriques (ml)
7h00	350	B2		250 (thé)
9h30				100 (café-déca)
10h00	250	B2		200 (eau)
11h15				
11h45				
12h30	250	B2		300 (eau)
14h45	200	B2		
15h00	.	.	.	250 (thé-déshéiné)
16h45	.	.	.	300 (eau)
17h15	300	B2		
20h00	250	B2		250 (soupe) + 150 (eau)
23h00	300	B2		
Total volume uriné : 1900 ml				
Total volume bu : 1800 ml				

ELLE N'A  
PLUS DE FUITES ++

## 4. IMPACT DES MAUVAIS COMPORTEMENTS URINAIRES ET DÉFÉCATOIRES SUR LA SURVENUE ET LE RISQUE DE RÉCIDIVE DES TROUBLES PELVI-PÉRINÉAUX

LA CONSTIPATION FACTEUR D'ÉCHEC DE LA PEC +++ :

- ➔ PESSAIRE
- ➔ CHIRURGIE
- ➔ RÉÉDUCATION

# LA CONSTIPATION EST LE FACTEUR DE RISQUE N°1

- La constipation fonctionnelle chronique
  - ➔ plaie de la sphère pelvi-périnéale
  - ➔ cause des troubles de la statique pelvienne
- Les efforts de poussées défécatoires
  - ➔ pérenniser voir accentuer le prolapsus
  - ➔ responsable de l'hypotonie périnéale
  - ➔ peuvent exposer à incontinence anale ultérieure

➔ LA CONSTIPATION EST  
UNE CAUSE D'ÉCHEC :  
pessaire  
chirurgie pelvienne

# OUTIL SIMPLE : CALENDRIER DE RECUEIL +++

Jour	date 	Heure 	minutes 	évacuer 	aspect 	nombre 	fuites 	Notes 
		1 <sup>ère</sup> selle	Durée WC	facile difficile	Bristol	Selles/24h	0 à +++	
Lundi	../..	..h..						
Mardi	../..	..h..						
Mercredi	../..	..h..						
Jeudi	../..	..h..						
Vendredi	../..	..h..						
Samedi	../..	..h..						
Dimanche	../..	..h..						

Type 1



Petites crottes dures et détachées, qui ressemblent à des noix (difficiles à évacuer)

Type 2



Selles grumeleuses en forme de saucisse

Type 3



Ressemble à une saucisse avec des craquelures en surface

Type 4



Ressemble à une saucisse ou à un serpent, lisse et moelle

Type 5



Petites crottes molles aux bords nets (faciles à évacuer)

Type 6



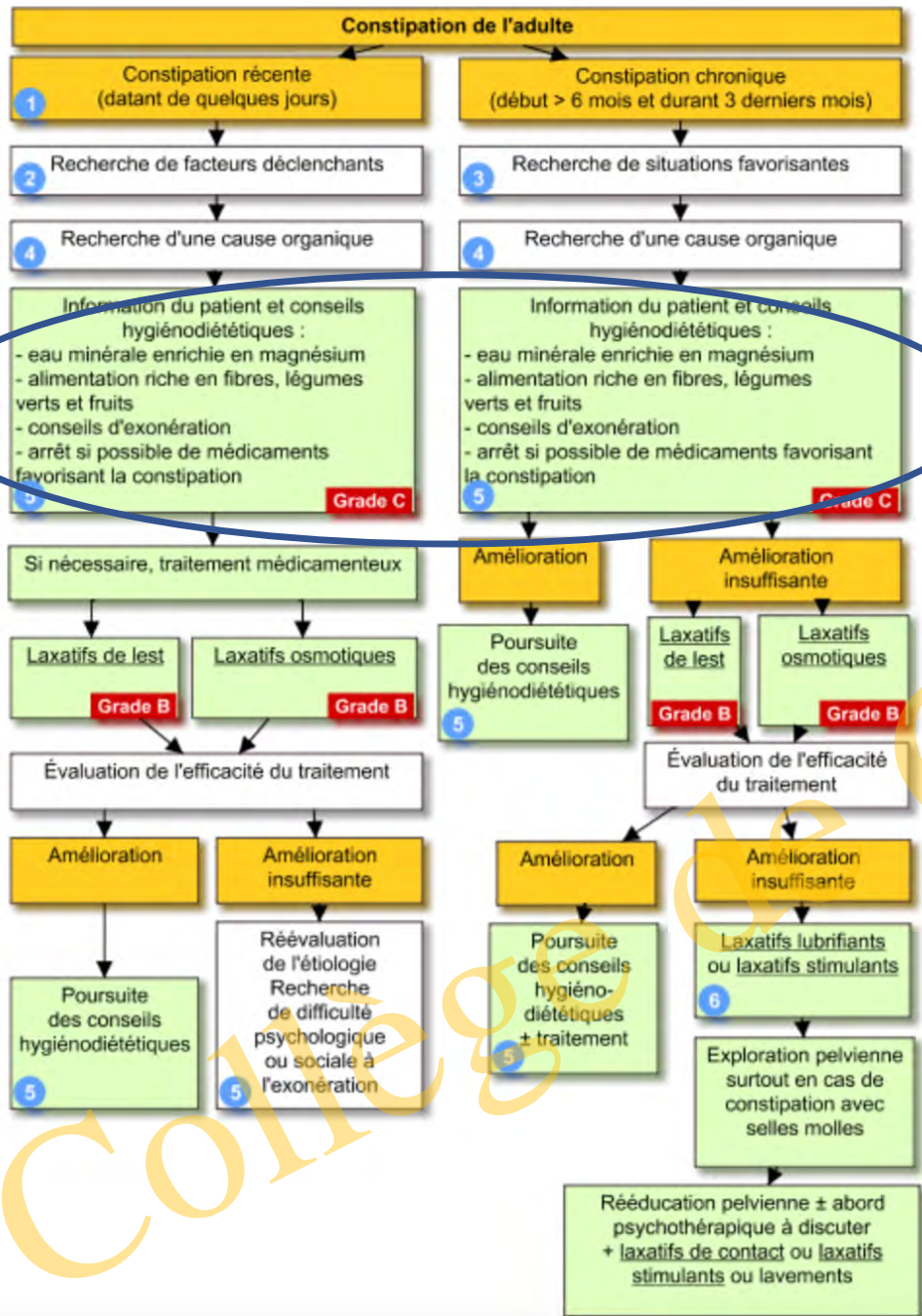
Morceaux floconneux aux bords irréguliers, selles en bouillie

Type 7



Selles liquides, sans morceaux solides, entièrement liquides

## Constipation de l'adulte



# INFORMATIONS AUX PATIENTS CONSEILS HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES 1ÈRE INTENTION



TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SONT CONCERNÉS !

- Hydratation (AP)
- Eaux riches en Magnésium (niveau II grade B)
- Alimentation (+++ fibres) (niveau II grade B)
- Activité physique (niveau III grade C)
- Position défécatoire (marche pied) (AP)
- Environnement défécatoire (AP)
- Reflexe gastro colique (AP)

# OUTIL À DISPOSITION

## EXEMPLE DE RÉPARTITION JOURNALIÈRE DES FIBRES :

### Petit déjeuner :

- Café + lait ou produits laitiers ou fromage
- Pain au son ou complet ou céréales complètes - Beurre

### Déjeuner :

- 1 crudité
- 1 part de viande ou de poisson ou d'œufs
- 1 part de féculent : pomme de terre, pâtes ou riz etc...
- 1 produit laitier ou fromage
- 1 fruit cuit
- Pain complet
- Eau

### Dîner :

- 1 crudité ou 1 entrée
- 1 part de viande ou de poisson ou d'œufs
- Légumes verts cuits sous forme de potage
- 1 produit laitier
- 1 fruit cru
- Pain complet
- Eau

EN CAS D'INEFFICACITÉ DES MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES, IL EST PRÉFÉRABLE DE CONSULTER VOTRE MÉDECIN.

## CONCLUSION

La constipation est un symptôme fréquent le plus souvent corrigé par les mesures hygiéno-diététiques. En cas de constipation inexpliquée d'apparition récente, en particulier si les mesures hygiéno-diététiques sont insuffisantes, il est préférable de consulter un médecin. Dans certains cas, la constipation est chronique et nécessite la prise de laxatifs au long cours.



## DIÉTÉTIQUE SUR LA CONSTIPATION

Vianna Costil, Pauline Jouët

La CONSTIPATION peut être définie par la survenue de moins de trois selles par semaine ou de l'existence de selles dures et/ou des difficultés d'évacuation (efforts de poussée, sensation de blocage au passage des selles ou d'évacuation incomplète, temps d'exonération allongé, nécessité de manœuvres digitales). La constipation peut être associée à des douleurs abdominales et/ou des ballonnements sans que ces derniers symptômes soient prédominants, sinon on parle alors de colopathie fonctionnelle ou syndrome de l'intestin irritable.

L'émission de selles liquides n'élimine pas la constipation lorsqu'elles précèdent ou suivent une période sans évacuation et/ou si elles sont associées à l'élimination d'un bouchon de selles dures.

Le caractère chronique d'une constipation est défini par un délai d'au moins 6 mois.

La constipation peut être d'origine multiple. Dans certains cas, l'interrogatoire peut d'emblée retrouver une cause, comme un changement de régime alimentaire, ou la prise d'un nouveau traitement (comme par exemple des anti-dépresseurs).

La constipation touche environ une personne sur 10 dans le monde, plus souvent les femmes et les personnes âgées. Lorsqu'aucune cause n'est retrouvée on parle de constipation fonctionnelle.

## LE RETENTISSEMENT DE LA CONSTIPATION

Bien que considérée comme une pathologie bénigne, la constipation peut entraîner une altération importante de la qualité de vie des patients. Il faut identifier la (ou les) plaintes dominantes afin d'adapter un traitement. Le traitement a pour but de soulager les symptômes et de traiter la cause lorsque cela est possible.

Les efforts de poussée peuvent favoriser le développement d'une pathologie hémorroïdaire et dans certains cas d'une descente périnéale, qui peut être un facteur d'incontinence.

Les mesures hygiéno-diététiques sont recommandées en première intention dans le traitement de la constipation chronique :

- ✓ Faire de l'exercice physique régulièrement.
- ✓ Privilégier un rythme régulier des défécations (se présenter aux toilettes tous les jours à la même heure), respecter une durée suffisante pour satisfaire au besoin, et ne pas attendre en cas de sensation de besoin.
- ✓ Surélever les pieds lors de la défécation à l'aide d'un petit tabouret.
- ✓ Boire suffisamment : au moins 1,5 l par jour d'eau, de potages etc...
- ✓ Avoir une alimentation riche en fibres.

Les fibres ont la particularité d'être faiblement absorbées dans l'intestin grêle et d'arriver quasiment intactes dans le côlon. Les fibres augmentent la fréquence des selles, améliorent leur consistance et diminuent la prise des laxatifs. Elles ont un effet sur le transit par leur capacité à augmenter l'arrivée d'eau dans le côlon, par un effet stimulant direct sur l'intestin, et/ou par leur fermentation par les bactéries. Cette fermentation peut être à l'origine d'une sensation de ballonnement, de distension abdominale et de gaz. Pour limiter cela, il est recommandé de privilégier les fibres solubles (comme le psyllium), et d'augmenter progressivement les apports en fibres.

Elles peuvent être apportées sous forme d'aliments. Les aliments les plus riches en fibres étant les céréales complètes, les fruits secs, les légumes secs et à un moindre degré les légumes et les fruits frais. Il faut conserver une alimentation variée, composée de fruits, de légumes et de céréales complètes. L'effet des fibres alimentaires sur la constipation a été bien démontré avec les pruneaux.

Elles peuvent aussi être ingérées sous forme de compléments alimentaires (par exemple le psyllium).

En pratique, il est recommandé de prendre 25 à 35g de fibres chaque jour avec une augmentation progressive des quantités et des apports en eau suffisants.

ALIMENTS	Contenu en fibre gr/100g de Poids cru	Contenu en fibre gr/100g de Poids cuit
<b>LÉGUMES</b>		
Ancolie	5	8
Carotte	3	3
Champignons	3	2,5
Chou	4	4
Epinards	6,5	2,7
Laitue	1	
Mâche	2	
Petit pois		6
Haricots		3
Soja (haricots mungo)	1,7	6
<b>LÉGUMES SECS</b>		
Haricots secs		6
Lentilles		6
Pois cassés		9
Pois chiches		6
Fèves		3
<b>PRODUITS CÉRÉALIERS</b>		
Graines de Chia		34
Traite complète		3,5
Pain complet		7
Pain blanc (Bouquette)		2,5
Pain de mie		3,4
Riz complet		2,5
Son de blé		40
Son d'avoine		16

FRUITS	Contenu en fibre gr/100g de Poids cru
Amandes	9
Cacahuètes	7
Dattes	7
Figues séchées (tranche)	19 (3)
Noix de cajou	3,5
Noix de coco séché	14
Pruneaux	7
Raisins secs	3,6
Fraise	1,5
Framboise	6
Groseille	4,2
Pêche	2
Poire avec peau	3
Pomme avec peau	2

Tableau des valeurs en fibres alimentaires pour 100 grammes de poids  
Source : CIGAL de FANES

## IL EST RECOMMANDÉ DE CONSOMMER :

- ✓ A chaque repas : une crudité c'est à dire, légumes crus (salade, carottes râpées, céleri, fenouil...) ou un fruit cru.
- ✓ A l'un des 2 principaux repas : des légumes verts, fruits (frais surgelés ou en conserve ou bien des légumes secs (lentilles, pois cassés, flageolets) si vous les supportez bien).

Les eaux riches en magnésium peuvent avoir un effet favorable sur la constipation ; il est recommandé de varier les eaux de boisson



## EN CAS DE CONSTIPATION OPINIÂTRE, VOUS POUVEZ INTRODUIRE LE SON DANS VOTRE ALIMENTATION

Le son de blé est assez irritant, privilégier plutôt le son d'avoine.

- ✓ Faites-le progressivement sur 8 à 10 jours en augmentant les quantités chaque jour pour arriver à une dose suffisante de son (à savoir 20g de son par jour).
- ✓ Il est préférable de fractionner cet apport en 2 ou 3 prises par jour.
- ✓ Les formes les plus efficaces sont :

Pain « Jac Son » ou « Turner Son » ou « Spécial complet de Monoprix la Forme »

= 6 tranches par jour.

OU  
All Bran de Kellogg's 30 à 40g par jour

OU  
Son en paillettes type « Céréal », 20g par jour que vous mélangez par exemple à un yaourt, à un potage...

OU  
Le pain frais au son fabriqué sans additif avec de la farine obtenue par meulage (magasins diététiques)

Chez certains patients, le son, qui est une fibre insoluble, entraîne des ballonnements qui s'améliorent après une dizaine de jours. Le son d'avoine est mieux toléré. Si les ballonnements persistent, il faut l'interrompre.

## LES PLANTES

Certaines plantes pourraient avoir un effet sur la constipation chronique, mais les études sont le plus souvent très limitées ou inexistantes.

Constipation occasionnelle : bourdaine, séné

Constipation permanente : graine de lin

## LES PROBIOTIQUES

Les probiotiques sont des micro-organismes vivants qui ont des effets bénéfiques pour la santé. Il n'y a pas actuellement suffisamment de preuves scientifiques pour recommander leur utilisation dans le traitement de la constipation chronique.





## CAS CLINIQUE 4 :

PATIENTE AVEC POP & PESSAIRE  
MAIS COMPORTEMENT DÉLÉTÈRE

Mme F., IDE, 46 ans, 2 AVB à terme  
En pré-ménopause, pas d'ATCD chirurgical

Gênée par boule vaginale depuis 4 ans + fuites à l'effort + sensation de mauvaise vidange vésicale parfois avec brûlures mictionnelles + urgenturies et mictions / heure le jour

Rééducation selon méthode CMP : peu efficace

Pessaire anneau taille 4 porté lors des efforts (rando, activité pro) : parfois gênée par pessaire

Constipation

Apports hydriques : environ 3L / 24h

Ne s'assoit pas aux toilettes pro (du CHU ...)

A l'examen : Cystocèle stade 2 (à la vulve), hystéroptose stade 2 (col -1,5 cm) – atrophie VV  
+++

à CAT vue avec la patiente : travail sur position aux toilettes, alimentation, calendrier mictionnel, oestrogènes locaux, poursuite pessaire

# CALENDRIER MICTIONNEL AVANT

Nom : F.....

Prénom : S.....

Date de naissance : 06/06/1974

Sensation de  
mauvaise vidange  
vésicale  
Brulures  
mictionnelles

Madame, il vous a été demandé de réaliser un calendrier mictionnel.

Pour cela, veuillez noter l'heure à laquelle vous urinez dès votre premier lever du matin (quand vous commencez votre journée) pendant 24 heures, nuit comprise ainsi que le volume de la miction mesuré à l'aide d'un verre doseur gradué.

Vous noterez l'intensité de votre besoin avant la miction (B1 = petite envie, B2 = envie normale, B3 = envie urgente). Vous noterez également l'horaire de survenue de fuites et dans la case fuites leur importance (+, ++ ou +++) ainsi que le volume de vos apports hydriques dans la case apports hydriques.

Les éléments de ce catalogue mictionnel sont primordiaux pour la prise en charge de votre pathologie.

Jour 1 : le 11/04/2023

Heure	Volume d'urines(ml)	Besoin	Fuites	Apports hydriques (ml)
7h30	400	B3		
8h00				1000 (thé)
9h15	75	B0 (avant une marche)		
10h15	300	B3	++	
10h20				250 (eau)
11h10	450	B3		
11h15				250 (eau)
12h30				250 (eau)
13h20	400	B2	+	
13h30				250 (chicorée café)
14h30				250 (eau)
15h45	400	B2		250 (eau)
17h45	250	B2	++	Tisane (1 litre)
19h30	300	B2		
19h50	150	B0		
22h00	400	B3		
0h00	250	B3	+	
Total volume uriné : 3375 ml				
Total volume bu : 3500 ml				

10 mictions le jour  
Volumes urinés  
variables  
Fuites urinaires pas  
forcément sur les plus  
grand volumes

1 miction la nuit

Trop de liquides matin  
et soir  
Irritant vésical : thé

# CALENDRIER MICTIONNEL APRÈS 2 MOIS

Nom : F....

Prénom : S.....

Date de naissance : 06/06/1974

Madame, il vous a été demandé de réaliser un calendrier mictionnel.

Pour cela, veuillez noter l'heure à laquelle vous urinez dès votre premier lever du matin (quand vous commencez votre journée) pendant 24 heures, nuit comprise ainsi que le volume de la miction mesuré à l'aide d'un verre doseur gradué.

Vous noterez l'intensité de votre besoin avant la miction (B1 = petite envie, B2 = envie normale, B3 = envie urgente). Vous noterez également l'heure de survenue de fuites et dans la case fuites leur importance (+, ++ ou +++), ainsi que le volume de vos apports hydriques dans la case apports hydriques.

Les éléments de ce catalogue mictionnel sont primordiaux pour la prise en charge de votre pathologie.

Date : le 25/06/2023				
Heure	Volume d'urines(ml)	Besoin	Fuites	Apport hydriques (ml)
7h15	350	B2		400 (thé)
8h45	300	B3		100 (café-déca)
11h45				250 (eau)
10h30	250	B2	+ (Gym)	
12h30	300	B3		
13h30				250 (eau)+50 (café)
14h45	300	B2		
17h00	300	B2		300 (tisane)
19h00	300	B2		
21h00				250 (eau)
23h00				250 (tisane)
0h00	150	B1		
Total volume uriné : 2300 ml				
Total volume bu : 1850 ml				

Amélioration 70% des symptômes urinaires (reste fuites à l'effort)  
 Presque plus de fuites par urgenturie, plus de brûlures mictionnelles +++  
**MOINS** de pesanteur !!  
 Amélioration de la constipation

Motivée pour poursuivre le travail  
 Poursuite pessaire lors de la rando  
 RDV 3 mois

LES PESSAIRES EN PRATIQUE

Collège de Gynécologie CVL

# PESSAIRES

Une vingtaine de type

2 grandes familles

Pessaires de soutènement  
maintenu sur les faisceaux  
pubo-rectaux du releveur

Pessaires de  
remplissage /  
comblement de la  
lumière vaginale

Il existe des pessaires « mixtes » : pessaire Gellhorn



## Les plus évalués et utilisés :

- pessaire anneau avec ou sans support (1,2)
- pessaire anneau avec bouton/Dish (3)
- pessaire Donut (4)
- pessaire cube (5)
- pessaire Gellhorn (6)

EVITER LE LATEX +++ PREFERER SILICONE

# PESSAIRES – RECOMMANDATIONS HAS 2021



Les pessaires sont des traitements efficaces sur les symptômes associés au prolapsus génital et améliorent la qualité de vie.

Leur efficacité sur les symptômes est IMMEDIATE et semble équivalente à celle du traitement chirurgical.

Patel, 2010; Mao, 2019, Martin-Lasnel, 2020

# FREINS A L'ACCEPTATION DU PESSAIRE ?

- ➔ DISPOSITIF BIEN ACCEPTÉ PAR LES PATIENTES : TAUX D'ACCEPTATION ÉLEVÉ (> 90%) MALGRÉ CONNAISSANCE MODÉRÉE DES PATIENTES :

Taux très variable dans la littérature : 20% à 63%

Freins à l'utilisation du pessaire : femmes plus jeunes et sexuellement actives

Heit, 2003; Kapoor, 2009, Bodner-Adler, 2009

Pessaire d'autant mieux accepté que les modalités de surveillance et les effets secondaires potentiels bien explicités +++

Storey et al. (2009): étude qualitative avec entretiens semi-structuré (11 femmes utilisant un pessaire pour POP ou IU):

soutien psychosocial fourni par les infirmières joue un rôle primordial dans leur prise en charge



# MISE EN PLACE D'UN PESSAIRE

La première mise en place du pessaire peut se faire au cours d'une consultation, par un professionnel de santé.

Une fois mis en place, le pessaire ne doit pas faire mal.

Le professionnel de santé doit vérifier l'ajustement du dispositif.

Si un pessaire est proposé :

La patiente doit être informée sur les modalités d'utilisation et de surveillance d'un pessaire

Une éducation à la pose et dépose du pessaire est indispensable à la bonne adhésion de la patiente au traitement.

# CHOIX D'UN PESSAIRE ?

Pour le pessaire anneau :

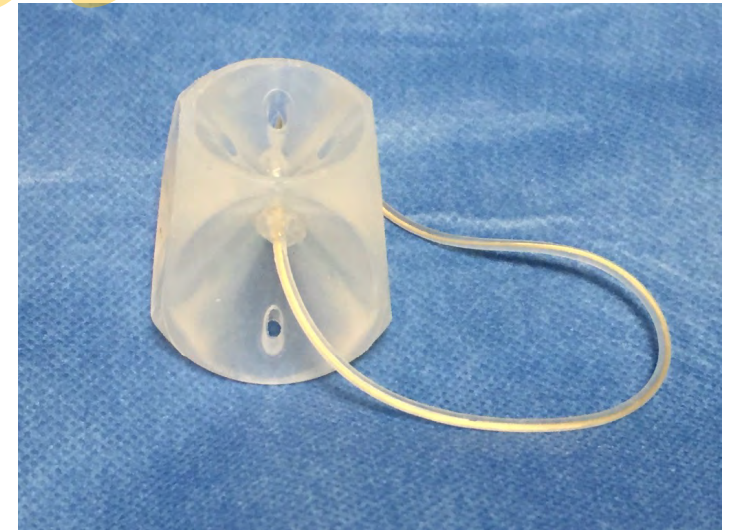
- dans la plus part des cas, la taille 70mm (taille 4) est adapté pour les femmes non ménopausées ou ayant une bonne trophicité vaginale
- la taille 64mm (taille 3) sera préférée chez les femmes ménopausées avec une atrophie vaginale
- la taille 76mm (taille 5) peut être utilisée en cas de grande cavité vaginale avec une bonne trophicité



# CHOIX D'UN PESSAIRE ?

Pour le pessaire Cube :

- un pessaire Cube taille 3 (36 ou 38mm) sera le plus souvent adapté



# QUELLES INFORMATIONS À LA PATIENTE ?

Augmentation des pertes vaginales fréquente +++

Le pessaire peut bouger :

→ s'il n'est pas gênant et reste efficace, il n'est pas nécessaire de le repositionner

Risques principaux :

- si trop grand, il peut gêner
- si trop petit ou trop d'hyperpression abdominale, il peut être expulsé (défécation, sport)
- il peut démasquer des fuites urinaires +++

Complications devant amener à consulter :

- saignements,
- douleurs,
- difficultés de vidange vésicale ou rectale, fuites urinaires

# QUELLES INFORMATIONS À LA PATIENTE ?

La patiente pourra conserver son pessaire pour la natation (en piscine ou bain de mer)

Il est préférable de d'enlever le pessaire Cube pendant les règles (ou le nettoyer plus souvent)

Il est tout à fait possible d'utiliser un pessaire à la demande (activités physiques, jardinage...), quel que soit le type de pessaire !!!

Il est indispensable d'informer la patiente de la nécessité de corriger la constipation ++++++

Pessaire = bon marqueur d'hyperpression abdominale ++  
(à risque d'échec pour le pessaire ET POUR LA  
CHIRURGIE)



# PESSAIRE ET VIE SEXUELLE ?

## Anneau :

Essayer et évaluer le confort de la patiente et de son partenaire:

- ➔ le garder: confort variable selon les positions, et la profondeur vaginale
- ➔ le retirer si le partenaire est gêné

## Autres types de pessaires :

Doivent être retirés

Bien qu'il n'existe pas de donnée pour le confirmer, l'utilisation d'une oestrogénothérapie vaginale pourrait améliorer la tolérance du pessaire chez les femmes ménopausées ou présentant une atrophie vulvo-vaginale

Dénomination	DCI	Résumé
Blissel® (non remboursé), crème vaginale	Estriol (crème vaginale 1 g = (50 µg d'estriol)	Crème vaginale (1 application/j 3 semaines puis tous les 2-3 j)
Colpotrophine® (Remb 30%SS), crème ou capsules vaginales	Promestriène (300 mg/tube, 10 mg par capsules)	Crème vaginale (1 application/j 3 semaines puis tous les 2j) Capsules vaginales (1 gélule/j 20 j)
Florgynal® (Remb 30%SS), capsules vaginales	Bacille de Doderlein, estriol (0,2 mg), progestérone	Gélules vaginales (2/j 20 j puis 1/j)
Gydrelle® (Remb SS 30 %), crème	Estriol Crème vaginale à 0,1 % (tube de 30 g dont 30 mg d'estriol)	Crème vaginale (1 application/j de 1 g de crème) (butée) et vulvaire puis tous les 2 j 3 semaines
Physiogyne® (Remb SS 30 %) crème, capsules vaginales,	Estriol Crème vaginale à 0,1 % (tube 15 mg)  Ovule à 0,5 mg	Crème vaginale (1 application de 0,5 g de crème (trait rouge)/j 3 semaines puis 2j/sem) Ovules (1 ovule/j 3 sem puis 2/sem)
Trophicrème® (Remb SS 30 %)	Estriol 30 mg (crème vaginale à 0,1 %)	Crème vaginale (1 application vaginale (1 g, marque rouge) et 1 application vulvaire par jour pendant 1 sem puis 1 application tous les 2 jours 3 semaines)
Trobigil® (remb SS 30 %)	Bacille de Döderlein, estriol (0,2 mg), progestérone	Gélules vaginales (1 gélule matin et soir pendant 20 jours puis 1 gélule/j) Diffusion systémique non chiffrée
Estring® (non remboursé)	Estradiol 2 mg	Anneau vaginal/90 jours Diffusion systémique (CE2) = 10 pg/mL

AVEC OESTROGÈNE

SANS OESTROGÈNE

Dénomination	DCI	Résumé
Ainara®, gel hydratant vaginal	Tube de 30 g avec applicateur de 1 g	1 application 2 fois par semaine
Cicatridine®, hydratant vaginal (acide hyaluronique), ovules	Boîte de 10 ovules vaginaux 2 g	1 ovule par jour
Hyalofemme®, hydratant vaginal (acide hyaluronique), gel	Tube de 30 mL avec applicateur	3 mL de gel tous les 3 jours (tube avec applicateur)
Intimhae®, hydratant vaginal	Boîte de 7 unidoses de 5 mL	1 unidose par jour pendant 7 jours
Jailys Hydratant®, hydratant vulvaire	Flacon de 50 mL	1 application par jour (flacon pompe)
Monasens®, hydratant et lubrifiant (acide hyaluronique)	Flacon 30 mL	Application avant et pendant les rapports
Monolub®, hydratant et lubrifiant	Boîte de 5 unidoses de 5 mL	1 fois par jour
Mucogyne®, hydratant et lubrifiant (acide hyaluronique), gel	Tube de 40 mL avec applicateur Boîte de 8 unidoses 5 mL	2 à 3 fois par semaine
Replens®, hydratant	Boîte de 8 applicateurs unidose 2,5	2 à 3 fois par semaine
Serelys®, hydratant et lubrifiant, gel	Boîte de 7 applicateurs unidose 5 mL	1 unidose tous les 3 jours
Taido® gel hydratant vulvaire	Tube de 50 g	1 application vulvaire quotidienne
Bartoline®, lubrifiant, gel	Flacon de 60 mL et 125 mL	Pendant les rapports
Saforelle lubrifiant®, lubrifiant, gel	Flacon 30 mL Boîtes de 15 unidoses 1,5 mL	
Saugella®, lubrifiant, gel	Flacon 30 mL	
Sensilube Durex®, fluide lubrifiant	Flacon 40 mL	



## Prolapsus génital de la femme

### Le pessaire gynécologique : à quoi ça sert ? Comment l'utiliser ?

Avril 2022

Vous avez un prolapsus génital, appelé aussi « descente d'organes » dans le langage courant. Votre médecin vous a prescrit un pessaire. Cette fiche a pour objectif de vous informer sur ce dispositif et sur la manière de l'utiliser. Ces informations sont complémentaires de la fiche d'information pour les patientes « [Prolapsus génital de la femme : des solutions pour le traiter](#) » que votre médecin pourra vous remettre en consultation.

### Qu'est-ce qu'un pessaire ?

Un pessaire est un dispositif introduit dans le vagin dont le but est de maintenir les organes pelviens (vessie, rectum, utérus) à leur place.

Il peut être utilisé :

- en cas de prolapsus génital ;
- en cas de fuites urinaires survenant lors des efforts (activité physique, jardinage, bricolage, toux, rire...);
- de manière temporaire en cours de grossesse.

Les pessaires sont efficaces : dans 70 à 80 % des cas, ils soulagent quasi-immédiatement la sensation de boule dans le vagin associée à un prolapsus génital. Ils ne sont pas invasifs et présentent peu d'effets secondaires. Ils peuvent être utilisés en association avec la rééducation du périnée.

### Comment choisir son pessaire ?

Le choix du pessaire à utiliser sera effectué en lien avec vous par votre médecin, sage-femme ou kinésithérapeute en consultation. Il existe des pessaires en latex ou en silicone. Le silicone est en général privilégié car plus durable dans le temps.

→ Il existe **différentes formes** de pessaires. Les plus fréquemment proposés sont les pessaires anneau, cube ou Donut.

Le pessaire Dish est parfois utilisé en cas de fuites urinaires à l'effort associées.

En règle générale, un pessaire peut être utilisé plusieurs années (2 à 3 ans).

Il doit être changé en cas de modification d'aspect (fissuration, cassure).

Pessaire anneau



Pessaire cube



Pessaire Donut



Pessaire Dish



...

## Prolapsus génital de la femme

### Des solutions pour le traiter

Avril 2022

*Un prolapsus génital, appelé aussi « descente d'organes », peut apparaître à tout âge même s'il est plus fréquent après 50 ans. C'est encore un sujet tabou. Beaucoup de femmes n'osent pas en parler et vivent dans l'inconfort alors que des solutions existent.*

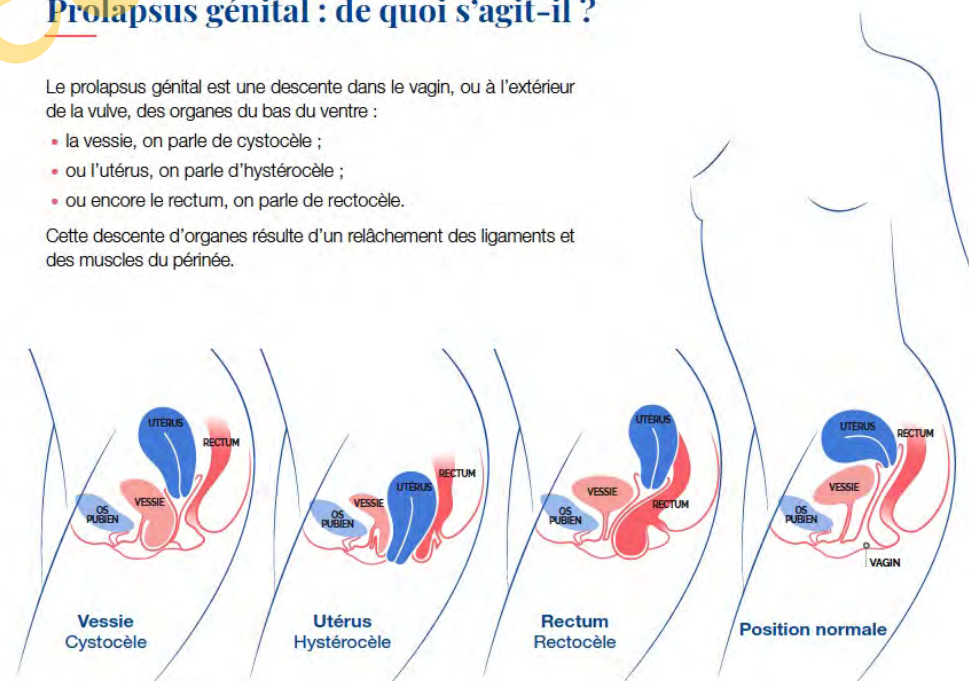
*Ce document est conçu pour vous aider à mieux comprendre cette maladie et les différents traitements qui peuvent vous être proposés. Vous pourrez ainsi prendre la décision qui vous convient le mieux en lien avec votre médecin.*

### Prolapsus génital : de quoi s'agit-il ?

Le prolapsus génital est une descente dans le vagin, ou à l'extérieur de la vulve, des organes du bas du ventre :

- la vessie, on parle de cystocèle ;
- ou l'utérus, on parle d'hystérocèle ;
- ou encore le rectum, on parle de rectocèle.

Cette descente d'organes résulte d'un relâchement des ligaments et des muscles du périnée.



## 4. IMPACT DES MAUVAIS COMPORTEMENTS URINAIRES ET DÉFÉCATOIRES SUR LA SURVENUE ET LE RISQUE DE RÉCIDIVE DES TROUBLES PELVI-PÉRINÉAUX

→ IMPACT DÉLÉTÈRE DE L'APNÉE  
SUR LE PLANCHER PELVIEN

# POURQUOI L'APNÉE EST-ELLE DÉLETÈRE?

Apnée à l'effort =>  pressions intra abdominales

Privilégier les efforts sur un temps expiratoire :

- les ports de charges (porter le sac de sport ; soulever le pack d'eau...)
- les transferts (se lever du lit / de la chaise ; sortir de la voiture...)

**!! \ CAISSON ABDOMINAL = COCOTTE MINUTE  
LA PRESSION DOIT SORTIR PAR LE HAUT !!**

Idem pour le sport !



## 5. MISE EN PRATIQUE DANS LE QUOTIDIEN ET LE SPORT

- COMPRENDRE ET INTÉGRER LA CONTRACTION DES MPP DANS LE QUOTIDIEN
- EVITER L'APNÉE À L'EFFORT
- ATTENTION À LA POSTURE

# COMPRENDRE LE FONCTIONNEMENT DES MPP +++

La pression intra-abdominale varie au cours de la journée, augmente avec:

- les changements de position
- les mouvements
- la respiration
- la contraction de la paroi abdominale

**FONCTION  
PRINCIPALE  
DES MPP :  
ANTICIPER  
CES EFFORTS**

Quand perte de cette compétence réflexe, les objectifs en rééducation :

- ➔ Reprogrammation neuro-motrice (plasticité cérébrale)
- ➔ Automatiser l'anticipation de la contraction (ports de charges/efforts quotidiens)  
C'est le verrouillage périnéal à l'effort

# A QUELS MOMENTS LES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN SONT-ILS SOLLICITÉS ?

## SITUATIONS À RISQUE

- ▶ URINAIRES (fuites)
- ▶ DIGESTIFS (selles - gaz)
- ▶ PROLAPSUS (descente d'organes)

## EFFORTS PNEUMATIQUES

VITESSE / COORDINATION  
tousser / éternuer / rire  
se moucher / racler  
crier / renifler / vomir

...

▶ NEZ + BOUCHE

=  
efforts engendrés  
par le diaphragme

2 études Ulmsten 1997, Papa Petros 1999

À la toux

- Contraction reflexe des muscles puborectaux
- 200 millièmes de secondes avant l'augmentation de pression intra vésicale



# A QUELS MOMENTS LES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN SONT-ILS SOLLICITÉS ?



## SITUATIONS À RISQUE

- ▶ **URINAIRES** (fuites)
- ▶ **DIGESTIFS** (selles - gaz)
- ▶ **PROLAPSUS** (descente d'organes)

## EFFORTS QUOTIDIENS

ENDURANCE / COORDINATION

**monter et descendre (lit, chaise, voiture, escaliers,...)**  
**faire les courses / faire le ménage / habillage / déshabillage**  
**préparation des repas (lave vaisselle, mettre le couvert...)**  
**gestion du linge (porter la panier, fer à repasser...)**  
**hygiène (la douche, se laver les mains, les dents...)**

...

▶ **efforts engendrés par les gestes simples**

Patientes continentes  
+ bonne statique pelvienne  
pré-contractent ou co-  
contractent automatiquement  
les MPP  
⇒ Fonction automatique

Patientes souffrant IUE + POP  
peuvent apprendre à pré-  
contracter et  
co-contracter volontairement  
les MPP  
⇒ Verrouillage périnéal à  
l'effort ++

# A QUELS MOMENTS LES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN SONT-ILS SOLLICITÉS ?

## SITUATIONS À RISQUE

- ▶ **URINAIRES** (fuites)
- ▶ **DIGESTIFS** (selles - gaz)
- ▶ **PROLAPSUS** (descente d'organes)

## EFFORTS PLUS PHYSIQUES

VITESSE / ENDURANCE /  
COORDINATION  
tous les sports  
bricolage / jardinage  
bois

...





# INTÉRÊT DU TRAVAIL POSTURAL

- Limiter les hyperpressions sur le hiatus uro génital
- Prise de conscience corporelle de la bonne position du dos
- Bonne statique rachidienne permet de protéger l'avant du périnée

/! \ hyperlordose  
=> fragilise le plancher pelvien

/! \ toutes les pressions  
=> avant = zone + vulnérable vulve



**POSTURE EN HYPERLORDOSE**  
Cette posture fragilise le périnée  
en dirigeant les pressions vers l'avant,  
zone vulnérable du périnée

**POSTURE À PRIVILÉGIER**  
Cette posture protège  
le périnée en dirigeant  
les pressions vers le coccyx

LES IMPACTS DANS LE SPORT (IDEM LORS DU PORT DE CHARGES)

IMPACT D'UN EFFORT EN APNÉE  
**SUR LE PÉRINÉE**

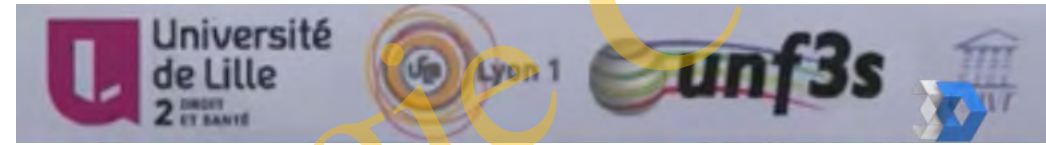
Collège de Gynécologie CML

QUELLE SOLUTION PROPOSER ?

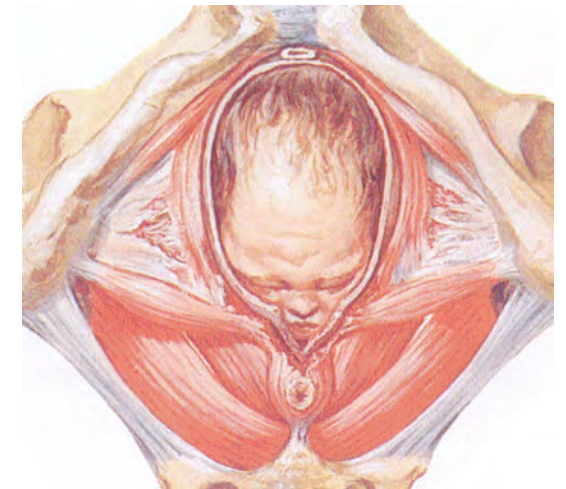




# LA SPHÈRE PÉRINÉALE ET L'ACCOUCHEMENT



## L'AMPLIATION DU PÉRINÉE



Distension périnéale est de 170% en transverse et 40% en vertical au grand couronnement

Risque de déchirure périnéale sévère (LOS)

# RISQUE DES LOSA : INCONTINENCE FÉCALE ++

## Recommandations CNGOF 2018

La prévalence des femmes présentant des symptômes ano-rectaux augmente avec la sévérité des LOSA (NP3).

A long terme, 35 à 60% des femmes ayant eu une LOSA présentent une incontinence anale ou fécale (NP3).



Femme de 42 ans, G5P5  
AVB très rapide, LOSA non diagnostiquée

# COMMENT LIMITER LES SYMPTÔMES EN PP ?

- Interroger sur l'environnement :
  - port de charges lourdes (cosi, sac à langer, poussette...)
  - tâches ménagères (courses, cuisine...)
  - aide à la maison ?

éviter l'apnée à l'effort : assez facile à intégrer +++

- Mode mictionnel et défécatoire ++++ : fréquence mictionnelle, miction de précaution, apports hydriques, poussée défécatoire

répartir au mieux les apports liquidiens et régulariser les mictions (parfois difficile, surtout si allaitement)

utiliser un marche-pied : plus facile

Informations importantes à donner +++

car sollicitations importantes sur un périnée fragilisé ++



# AVENIR

Ateliers d'éducation pré-nataux en groupe  
pour informer des mesures de prévention  
périnéale possibles pendant la grossesse  
et le PP +++





ÉDUCATION EN SANTÉ PÉRINÉALE :

CONCLUSION

Collège de Gynécologie CVL

# COMMENT OPTIMISER LA PEC MÉDICO CHIRURGICALE ?

INFORMER SUR LES FACTEURS MODIFIABLES :

- Obésité (variations de poids)
- Comportement aux WC (miction, défécation)
- Installation (marche-pied)
- Calendrier mictionnel
- Statique globale du dos
- Eviter l'apnée dans son quotidien
- Utiliser à bon escient les MPP dans le quotidien
- Prendre de bonnes habitudes de vie à vie !

LE PLANCHER PELVIEN, L'INTÉGRER  
DANS SON QUOTIDIEN = LE PRÉSERVER !

EDUCATION

Tous concernés!



MERCI DE VOTRE ATTENTION

Collège de Gynécologie CVL