

Rééducation périnéale

Gilberte Robain
Hôpital Rothschild APHP
Université Pierre et Marie Curie
gilberte.robain@rth.aphp.fr

Les questions

- La rééducation est elle efficace ?
- Pour quelle incontinence?
- RMP : Résultats et autres questions
 - But (coordination, force, endurance, combinaison)
 - Supervision/domicile
 - Isolé/autres technique
 - Durée
- Les autres techniques
 - BFB : Résultats et autres questions
 - Stimulation électrique périnéale/Stimulation magnétique
 - Cônes

Les questions

- En prévention/en curatif
- Y a t' il une population cible
- Y a t' il une population à exclure

Par qui est faite la rééducation

- Masseur-kinésithérapeute le plus souvent
 - Avec une formation supplémentaire
- Sage Femme surtout dans le post partum
- Médecin

RMP

- Le renforcement des muscles périnéaux est efficace dans la prise en charge de l'incontinence urinaire chez la femme (Niveau de Preuve A)
- Dans la totalité des études ce travail est supervisé par un professionnel
- L'amélioration est immédiate mais également avec des bénéfices à 15 ans.

Apprentissage de la contraction

- Se fait au mieux par les doigts du kinésithérapeute
 - Par voie vaginale chez la femme
 - Par voie rectale chez l'homme, l'enfant, la femme vierge, la personne âgée
 - Apprentissage de la contraction et de la relaxation des muscles périnéaux
 - Apprentissage de la contraction isolé des muscles périnéaux
 - Dans de rare cas sans toucher pelvien

Position des doigts pour l' examen et la rééducation



Renforcement analytique

- Des muscles releveurs de l' anus
 - Ce sont des muscles accessoires de la continence
 - Synergiques avec le sphincter strié de l' urètre
- Eliminer la contraction des adducteurs, des abdominaux qui ne sont pas toujours des muscles synergiques
- Contraction volontaire de durée suffisante
- Contraction réflexe automatisée

Les programmes d'exercices:

Visant la coordination (Miller, 1998) :

- Enseigner la contraction du plancher pelvien en inspirant et en expirant
- Faire la contraction du plancher pelvien avant et pendant la toux **Knack** (verrouillage)
- Pratiquer cette technique à la maison pendant une semaine

Les programmes d'exercices:

Visant la force (Bo, 1999)

- Contractions: 8 à 12 contractions maximales volontaires de 6 à 8 secondes avec 3 à 4 contractions rapides ajoutées à la fin de chaque contraction.
- Relaxation: Repos de 6 secondes entre les contractions
- Nombre de séries par jour: 3 séries
- Position: couchée, à genoux, assis, debout jambes ouvertes avec audio-guide pour exercices à la maison
- Séances avec supervision: hebdomadaire en groupe
- Durée: 6 mois

Les programmes d'exercices:

Visant la force (Burgio, 1998; Aksac 2003)

- Contractions: 15 contractions maximales volontaires de 10 secondes (45 par jour). Interruption de la miction 1x par jour, contractions pour réduire l'urgence (Burgio, 1998) ou
- Contractions: 10 contractions maximales volontaires de 5 secondes et 10 secondes de repos progression après deux semaines à 10 contractions de 10 secondes et repos 20 secondes (30 par jour) (Aksac, 2003)
- Relaxation: ?
- Nombre de séries par jour: 3 séries
- Position: couchée, à genoux, assis, debout jambes ouvertes
- Séances avec supervision: chaque semaine ou aux deux semaines
- Durée: 8 semaines

Les programmes d'exercices:

Visant la force et l'endurance (Yoon, 2003)

- Contractions: Contractions maximales volontaires de 6 à 12 secondes, contractions de 1 seconde pour une durée de 15 minutes par jour
- Relaxation: ?
- Nombre de séries par jour: ?
- Position: ?
- Séances avec supervision: hebdomadaire avec infirmière
- Durée: 8 semaines

Les programmes d'exercices:

Visant l'endurance (Hennella, 1989; Burns, 1993)

- Contractions: 5 contractions de 5 secondes par heure jusqu'à 80 contractions par jour (Hennella, 1989) ou 10 contractions maximales volontaires de 3 secondes, 10 contractions maximales volontaires de 10 secondes en progression jusqu'à 200 contractions par jour. (Burns, 1993)
- Relaxation:?
- Nombre de séries par jour: 1 à 4 séries
- Position: couchée
- Séances avec supervision: individuelle avec infirmière ou physiothérapeute
- Durée: 8 semaines à 12 semaines

Les programmes d'exercices:

Visant une combinaison d'exercices (Kim, 2007)

- Contractions: 10 contractions maximales volontaires de 3 secondes, 10 de 10 secondes, pour un total de 40 contractions par jour.
- Relaxation: ?
- Nombre de séries par jour: 2 séries par jour
- Position: différentes positions
- Séances avec supervision: 2 x semaine en groupe
- Durée: 12 semaines

Les programmes d'exercices:

Visant une combinaison d'exercices (Casto, 2008)

- Contractions: 5 contractions maximales volontaires de 10 secondes, 10 de 5 secondes, 20 de 2 secondes, 20 de 1seconde et 5 contractions avec la toux pour un total de 60 contractions par jour.
- Relaxation: ?
- Nombre de séries par jour: 1 série, 3 fois par semaine
- Position: différentes positions
- Séances avec supervision: 3 x semaine en groupe
- Durée: 6 mois

RPM

- Le RMP est efficace pour la prise en charge de l' IUE, l' urgenturie et l' IU mixte.
- Elle serait plus efficace vers 40-50 ans avec nécessité d' un TT prolongé d' au moins 3 mois

Différents paramètres de RMP:

- Pour les femmes avec IUE, il ne semble pas y avoir de différences entre un programme de force et un programme d'endurance après 6 semaines (Johnson 2001) (Niveau d'évidence 2)
- Pour les femmes avec IUE, il n'y a pas de différences entre la combinaison exercices de contrôle moteur + exercice de renforcement et les exercices de contrôle moteur seuls (Hay-Smith 2003) (Niveau d'évidence 2)
- Pour les femmes avec IUE, il n'y a pas de différences entre la pratique des exercices couchée et la pratique des exercices dans différentes positions (Borello-France 2006) (Niveau d'évidence 2)

Effets indésirables:

- Les femmes qui font les exercices de RMP ne montrent pas d'effets indésirables sérieux
- Seule une étude rapporte: douleur (1 sujet) inconfort (3 sujets) (Lagro-Janssen, 1991)

Recommandations:

Les EPP devraient être offerts comme traitement de première ligne pour l'IUE, l'IUU et l'IUM chez la femme (Niveau 1; recommandation: A).

- Enseignement de la contraction par toucher vaginal ou anal
- Programme d'exercices quotidien de 12 semaines à 6 mois:
 - 3 séries de 8 à 12 contractions maximale du plancher pelvien de 6 à 10 secondes
 - 3 à 4 contractions rapides à la fin de chaque contraction ou 10 contractions rapides
 - différentes positions (couchée, à genou, assise, debout)
 - Utilisation des exercices avant la toux
- Séances individuelles ou de groupe hebdomadaire

Recommandation

- Le RMP est efficace dans la prise en charge des incontinences et devrait être proposé en TT de première intention
- Le nombre d'étude bien conduite est faible et ne permet pas de conclure sur un type de renforcement à privilégier :
 - Force, endurance, coordination

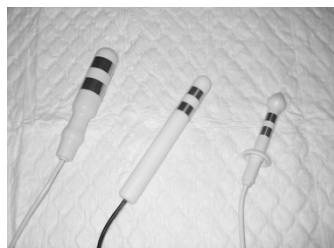
Le BFB

- Bio-feedback
 - EMG ou pression
 - Auditif ou visuel
 - 1/7 à 7/7
 - 4 semaines à 6 mois
 - Kinésithérapeute, domicile

Bio-feed-back

- Définition : la visualisation externe d' un signal interne. On demande au patient de modifier le signal externe visualisé et pas de faire consciemment ce qu' on lui demande
- Utilisé pour la TA, la contraction musculaire, les migraines de tension

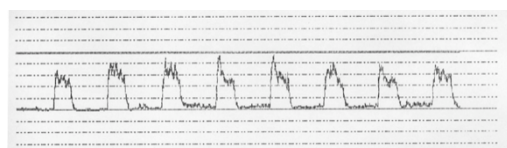
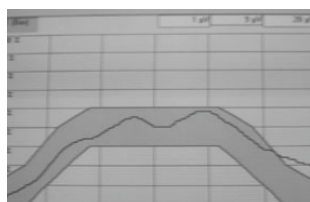
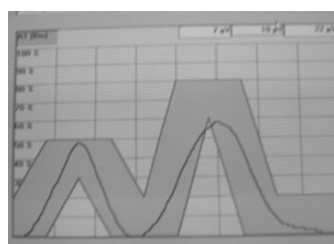
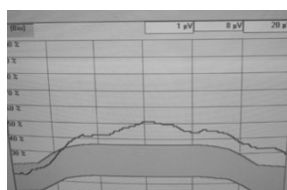
Appareil et sondes de rééducation



En rééducation périnéale

- Demande de faire monter ou faire descendre une colonne lumineuse, ce qui en fait correspond à la contraction des muscles périnéaux
- Permet au patient de travailler seul sans kinésithérapeute

Quelques résultats de bio-feed-back



RMP avec biofeedback vs sans biofeedback:

- 5 études comparent les RMP avec et sans biofeedback en clinique
- Dans 4 études, le programme de RMP à domicile est le même avec ou non l'addition de feedback 1x semaine (Burns, 1993, Glavind, 1996), 2x semaine (Wang, 2004) ou 3x semaine (Berghmans, 1996)
- La durée du traitement est 4 semaines (Berghmans, 1996, Glavind, 1996), 8 semaines (Burns, 1993) et 12 semaines (Wang, 2004)
- La 5^{ième} étude, (Pages, 2001) compare le RMP (en groupe 5x semaine pour 4 semaines) vs biofeedback en clinique 5x semaine pour 4 semaines)

RMP avec biofeedback vs sans biofeedback:

- Il semble ne pas y avoir de différences significatives entre les RMP avec biofeedback en clinique et les RMP sans biofeedback en clinique pour les femmes avec SUI, UII ou MUI (Niveau d'évidence 1)
- Il ne semble pas y avoir de différences significatives entre les RMP avec biofeedback à domicile et les EPP sans biofeedback à domicile pour les femmes avec SUI (Niveau d'évidence 2)

Stimulation électrique

- Stimulation électrique
 - Type de courant : interférentiel, faradique, biphasique, intermittent
 - Fréquence le plus souvent 50 Hz
 - Mais travaux entre 12,5 et 100 Hz
 - Durée de l'impulsion 0,08 ms à 100 ms
 - Intensité : seuil perçu à seuil douloureux
 - Durée : 30 mn à 8 h
 - Durée : 1 fois par semaine à 7/7
 - Durée : 12 semaines à 6 mois
 - Kinésithérapeute, domicile

Stimulation Périnéale

- Par voie vaginale, 50 Hertz,
- Entraîne une contraction des muscles périnéaux
- Temps de repos double du temps de contraction
- CI en cas de grossesse, de cancer, pace-maker
- Surtout utile en cas de contraction très faible
- Utilisée en cas d'insuffisance sphinctérienne
- Permet l'apprentissage de la sensation de contraction

Stimulation magnétique



- 50 à 100 Hz
- 30 min
- 12 à 16 séances

Cônes

- Cônes 20min, 2x15 min
- Augmentation progressive des poids
- Durée de TT 6 mois à domicile

Les Essais clinique randomisés:

- 3 ECR ont comparé les cônes à l'absence de traitement
- Wilson 1998 compare les cônes et le traitement postnatal standard chez les femmes avec IUE postnatale. Les cônes sont utilisés 15 minutes, 2x par jour avec une progression de 20 à 100 g selon la cliente pour 9 mois.
- Bø 1999 compare les cônes vaginaux à l'absence de traitement chez des femmes avec IUE. Les cônes sont utilisés 20 minutes, 1x par jour avec une progression de 20, 40, 70g selon la cliente pour 6 mois.
- Williams 2006 compare les cônes avec un traitement conventionnel soit la remise d'un document d'exercices. Les cônes sont utilisés 15 minutes, 2x par jour avec une progression de 10 à 60 g selon la cliente pour 3 mois.

Résultats:

- Les femmes avec IUE sont 2 x plus susceptibles de se considérer guéries après les cônes que les femmes qui ne font pas les cônes (Niveau d'évidence 1) (clientèles particulières sous la supervision d'un professionnel de la santé)
- Des effets secondaires tels que le saignement et l'inconfort ont été observés dans les trois études.

Rééducation comportementale

- Rééducation comportementale
 - Mictions programmées avec augmentation progressive du temps entre 2 mictions
 - Apprentissage des techniques de relaxation et de détournement de l'attention pour les urgences
 - Catalogue mictionnel
 - Conditionnement positif verbal avec renforcement de l'auto-estime (prompted voiding)
 - Durée 5 jours à 24 semaines
 - Médecin traitant ou infirmière

Séance type en France 10 séances

- Dure 30 à 40 mn
- Si mauvaise contraction périnéale ou IS
 - Stimulation, puis RMP ou BFB
- Si contraction bonne
 - RMP ou bio-feed-back
 - allongé puis debout
 - Vessie vide puis vessie pleine

Quels patients

- Pas d'études en cas d'atteinte neurologique
- Prévention de l'apparition d'une incontinence urinaire (péri-partum)
- IUE, mixte, urgenturie chez la femme quelque soit l'âge
- L'encadrement d'une chirurgie de prostate
- La personne âgée
- Les patientes en surpoids

Quels résultats

- Le renforcement musculaire améliore 65% des patientes (toutes incontinences confondues).
- La guérison est rare 25%
- L'amélioration est plus fréquentes chez les femmes de 40-50 ans
- Les résultats dépendent de la poursuite de l'auto-entraînement
- Une durée de prise de charge d'au moins 3 mois semble importante

Quels résultats

- Les résultats se dégradent chez les femmes améliorées mais pas guéries
- Le renforcement des muscles périnéaux est le TT de base
- Il n' est pas évident que l' association du RMP à la stimulation ou au Bio-feedback améliore les résultats sauf par le biais d' une augmentation des exercices

Peri partum

- Le renforcement des muscles périnéaux diminue le risque d' incontinence pendant la grossesse et dans le post partum.
- Il diminue probablement la gravité de l' IU pendant et juste après la grossesse.
- Son effet à long terme est discuté

Personne âgée

- Testé chez les patientes non démentes à domicile et en institution
- La rééducation comportementale associée ou non aux autres techniques est la plus efficace.
- Les mictions programmées ne sont pas très efficaces car passives
- Pas d'étude chez les déments

Obésité et Incontinence

- La perte de poids améliore l'IUE et non l'urgenterie
- Exercice physique plus de 200 min/semaine
- Perte de poids de 7-10 kg

Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. Subak LL and al. NEJM 2009, 29 January 481

Le sport

- L'activité physique n'est pas associée à une augmentation de l'incontinence urinaire.
- Même si l'activité physique est susceptible de démasquer le symptôme au cours d'effort tel que le saut.
- Chez la femme mature et chez la femme âgée l'activité physique diminue le risque d'incontinence.
- Certaines activités pourraient favoriser le prolapsus (niveau de preuve faible)

Quelle rééducation

- Beaucoup de techniques
- Est validé : le renforcement des muscles périnéaux, la rééducation comportementale est toujours associée
- Sont discutés l'association du RMP à d'autres techniques : la stimulation électrique, du Bio-feedback
- Toutes les prises en charge font mieux que pas de prise en charge

Les autres techniques

- Le BFB est plus efficace que rien dans la prise en charge de l' IUE, I mixte et l' urgenturie
- La stimulation périnéale est plus efficace que rien dans la prise en charge de l' IUE, I mixte et l' urgenturie
- Les cônes sont plus efficaces que rien dans l' IUE

Conclusion 1

- L' intensité de la rééducation et la durée des exercices est un facteur supplémentaire d' efficacité (niveau de preuve modéré)
- Ceci explique que dans certaines études, les prises en charges combinées soient plus efficaces (travail plus intensif)

En conclusion 2

- Le niveau de preuve pour associer le RMP aux autres techniques est faible
- Les autres techniques ont une efficacité qui n'est jamais supérieure au RMP

En conclusion 3

- La prise en charge hygiéno-diététique chez la femme en surpoids est importante
- La responsabilité du sport semble moins délétère que ce qui était dit pour l'IUE