



**Réseau
Hospitalier
Neuchâtelois**

Approche physiothérapeutique des troubles de la continence urinaire et fécale

Demi journée de formation du SNM

14.03.2024

Plan

- Présentation filière
- La vision de la rééducation
- La prise en charge
- Incontinence urinaire féminine
 - Anamnèse, bilan/scores, traitement, cas clinique
- Incontinence urinaire masculine
 - Anamnèse, bilan/scores, traitement, cas clinique
- Incontinence fécale
 - Anamnèse, bilan/scores, traitement, cas clinique
- Take home message
- Contact RHNe
- Contact référente filière

Présentation filière en Pelvipérinéologie

- Nouvelle filière physiothérapie en pelvipérinéologie au RHNe: Janvier 2024
- Nomination référente: Coral Lopez Moriana
- Objectifs de travail en collaboration pour homogénéiser les pratiques et mutualiser les compétences
- Actuellement:
 - Prévention primaire : Flyer prénatal
 - Prévention secondaire: groupe du périnée à la Maternité
 - Prévention secondaire: Brochure rééducation du périnée post partum
 - Prévention secondaire: Flyer post prostatectomie
 - Vidéo réseaux sociaux pour la prévention des troubles périnéales.
 - Participation ateliers de la ménopause
- Projets:
 - DEP: inclusion des bilans et rapports de fin de traitement
 - Standardisation des pratiques dans tout le RHNe
 - Participation à la prise en charge spécialisée de l'Endométriose
 - Création d'une unité multidisciplinaire pour les troubles de la statique pelvienne

La rééducation en pelvipérinéologie

La vision

- L'approche de la rééducation a évolué
 - L'objectif n'est pas seulement de tonifier le plancher pelvien, il faut le réintégrer et lui redonner sa fonctionnalité en tenant compte des synergies existantes, dans le contexte de vie des patients.
- Vision globale : habitudes mictionnelles et défécatoires, vie sexuelle, impact du cycle menstruel ou la ménopause et tout ceci à mettre en lien avec les contraintes sociales (hygiène de vie)
- Travail évolutif: augmentation de l'intensité et contrainte sur le périnée
- Travail intégratif: inclusion de la coordination abdominopérinéale
- Travail fonctionnel: dès que possible, commencer le travail debout et en salle de gym puis remise à l'activité physique ou le sport si possible
- Education thérapeutique +++++ le patient devient acteur de sa propre rééducation

Prise en charge

- Prescription médicale de 1-9 séances pour la «rééducation d
 - IUE, IUU, IUM, IA, Douleurs pelviens, Dyspareunie...
- Pris en charge par l'assurance de base (en fonction de la frai
- Prescription du médecin généraliste/famille ou le spécialiste
- Cas spécial : pendant la Grossesse et le postpartum
 - Dans le forfait maternité jusqu'à 8 semaines post accouchement
 - Possibilité de commencer en pré partum
 - Prise en charge des douleurs ou l'incontinence urinaire avant l'a
 - Moment idéal pour faire la prévention primaire (sans symptômes
- Cas spécial : Prise en charge pré-opératoire
 - Prostatectomie, TVT, rétablissement de continuité post stomie, a traitement oncologique...
 - Une pré-habilitation pourrait améliorer la qualité et rapidité de la rééducation post chirurgicale ou traitement oncologique

physio Schweizer Physiotherapie Verband - Swiss Association of Physiotherapy
Associazione Svizzera di Fisioterapia - Associazione Svizzera di Fisioterapia

MEDIZINISCHES
KONFERENZ (MKT)
COMMISSION DES TRAPES
MILITAIRES (LMA-CTM)
COMMISSION DELLE
TAPPE MEDICHE (LMT) INVALIDENVERSICHERUNG (IV)
ASSURANCE INVALIDITE (AI)
ASSICURAZIONE INVALIDITA (AI) MILITÄRVERSICHERUNG (MV)
ASSURANCE MILITAIRE (AM)
ASSICURAZIONE MILITARE (AM)

Prescription de Physiothérapie

Identité:

Nom _____
Prénom _____
N° _____
Assurance _____
Téléphone privé _____
Employeur _____
NPA/Lieu _____
Département _____
N° de la carte _____

Diagnostic:

☐ notification séparée au médecin-conseil selon LaMal

☐ maladie ☐ accident ☐ invalidité

Traitement physiothérapeutique proposé (à compléter par le médecin):

ordonnance: ☐ première ☐ deuxième ☐ troisième ☐ quatrième ☐ traitement de longue durée

But de la prescription: _____
Amélioration de la fonction articulaire _____
Amélioration de la fonction musculaire _____
Amélioration de la fonction cardiorespiratoire _____
Amélioration de la fonction digestive _____
Amélioration de la fonction uro-génitale _____
Amélioration de la fonction sensorielle _____
Amélioration de la fonction psychomotrice _____
Amélioration de la fonction cognitive _____
Amélioration de la fonction sociale _____
Amélioration de la fonction globale _____
Autres: _____

But de la prescription: _____
Amélioration de la fonction articulaire _____
Amélioration de la fonction musculaire _____
Amélioration de la fonction cardiorespiratoire _____
Amélioration de la fonction digestive _____
Amélioration de la fonction uro-génitale _____
Amélioration de la fonction sensorielle _____
Amélioration de la fonction psychomotrice _____
Amélioration de la fonction cognitive _____
Amélioration de la fonction sociale _____
Amélioration de la fonction globale _____
Autres: _____

Location d'appareils: _____

Incontinence Urinaire féminine

Incontinence urinaire féminine

Anamnèse

- Problème principale
 - Quoi? Quand? Comment? Depuis quand? Fréquence? ...
 - En cas de grossesse: prévention primaire
- ATCD obstétricaux, neurologiques, cardiaques..., Médication, traitements et interventions faites
- Habitudes de vie mictionnelles: Calendrier mictionnel, infections urine...
- Habitudes de vie défécatoires: Echelle de Bristol et Hygiène de vie aux WC
- Habitudes de vie sexuelles: santé sexuelle, mycoses
- Scores
- Aspect gynécologique : contraception/menstruations/douleurs
- Ecoute active et réassurance avec orientation multidisciplinaire (beaucoup de questions et tabous sur cette sphère de l'intimité)

A l'aide du calendrier mictionnel et anamnèse

- 3 jours de contrôle
 - Heures et quantité de la miction
 - Besoin et fuites
 - Hydratation
-
- A la 2eme séance, faire le point avec la patiente sur ses habitudes de vie hydrique et mictionnelle.
-
- Caractère du jet?
 - Sensation de vidange de la vessie?
 - Poussée pour vider la vessie?
 - Fuites par débordement? Par urgence? A l'effort?
 - Equilibre entrées – sorties ?

[illegible]

Codes concernant la sensation de besoin :

- 0 Vous n'avez pas envie d'uriner, mais vous y allez par précaution.
- 1 Envie normale d'uriner sans urgence.
- 2 Besoin pressant, mais qui est passé avant que vous alliez aux toilettes.
- 3 Urgence, mais vous avez pu arriver aux toilettes sans avoir eu de fuites urinaires.
- 4 Urgence, mais vous n'êtes pas arrivé à temps aux toilettes et avez perdu des urines.

Habitudes défécatoires

- Fréquence et type de selles (Echelle de Bristol)
- Installation
- Type de poussée
- Temps aux WC
- Fissures / hémorroïdes
- Constipation?
- Accidents?
- Incontinence?

- Conseils nutritionnels
- Conseils d'hydratation

Type 1		Petites crottes dures et détachées, ressemblant à des noix. Difficiles à évacuer.
Type 2		En forme de saucisse, mais dures et grumeleuses.
Type 3		Comme une saucisse, mais avec des craquelures sur la surface. Crotte quasiment parfaite.
Type 4		Ressemble à une saucisse ou un serpent, lisse et douce. Crotte parfaite.
Type 5		Morceaux mous, avec des bords nets (néanmoins aisés à évacuer).
Type 6		Morceaux duveteux, en lambeaux, selles détrempées.
Type 7		Pas de morceau solide, entièrement liquide.

Santé Sexuelle

- Approche de la patiente avec son intimité
- Troubles du désir ? → libido
- Troubles de la pénétration ? → dyspareunie, vestibulodynie...
- Troubles de l'orgasme → anorgasmie, dysorgasmie...

Respect +++

Parfois un symptôme cache autres dysfonctionnements

Objectifs et moyens de traitement toujours discutés avec la patiente avant,
consentement informé

Rediriger la patiente vers l'équipe multidisciplinaire si nécessaire :
gynécologue, infirmière en sexologie, psychologue en sexologie...

SCOF

Questionnaire d'évaluation de la Qualité de Vie liée à l'incontinence urinaire de la femme (CONTILIFE™)

Comment remplir le questionnaire :

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé au cours des dernières semaines en ne donnant qu'une seule réponse par ligne.

Choisissez la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez au cours des dernières semaines en ne donnant qu'une seule réponse par ligne.

Si vous n'êtes pas concernée par certaines activités (ex. : gêne lors de la marche), mettez une croix dans la case "non concerné".

Nous vous demandons d'essayer de répondre seule à ce questionnaire.

Pour répondre, faites une croix dans la case de votre choix.

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐

Questionnaire de symptômes urinaires Urinary Symptom Profile – USP®

Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui :

____/____/____
Jour Mois Année

Les questions suivantes portent sur les symptômes que vous avez eu au cours des 3 derniers mois.

Questionnaire

sur les troubles de la statique pelvienne
Version courte (PFDI-20)

Instructions

Ce questionnaire porte sur certains symptômes intestinaux, urinaires ou pelviens ; il vous sera demandé si vous ressentez ces symptômes, et si oui, s'ils vous gênent. Merci de répondre à toutes les questions suivantes en cochant (✓) la ou les cases appropriée(s). Si vous hésitez sur une réponse, choisissez la réponse correspondant le mieux à votre cas. En répondant à ce questionnaire, prenez en compte les symptômes que vous avez ressentis au cours des **3 derniers mois**.

Exemple

Pour la question suivante :

Si vous n'avez généralement **pas** de maux de tête, cochez simplement la case « Non ».

Avez-vous souvent des maux de tête ?

☒ Non ☐ Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

Explication de la prise en charge

Education thérapeutique

- Explication de l'anatomie du périnée et le fonctionnement de la vessie
- Explication de l'implication de la respiration VS poussées pendant la miction/défécation
- Explication de l'impact du cycle hormonal menstruel ou de la ménopause sur les tissus et muqueuses (si pertinent)
- Conseils d'hygiène de vie
- Explication des outils de rééducation (bilan manuel, biofeedback, électrostimulation...)
- Obtenir le consentement oral du patient



Bilan postural
et respiratoire

BILAN PERINEAL

Bilan périnéale

The PERFECT Scheme

Evaluation complète, vision fonctionnelle

- P = Puissance (1-5)
- E = Endurance
- R = Répétitions
- F = Fréquence

The NEW PERFECT Scheme

- E = Elévation (amplitude musculaire)
- C = Co contraction abdominopérinéale
- T = Test à la toux – réflexe APA

Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme

Key Words **631**
Pelvic floor, assessment, research, validity, reliability.

by J Laycock
D Jerwood

Kinesither Rev 2023;23(264):47-50

Pratique

Le *PERFECT* scheme pour évaluer le plancher pelvien



Int Urogynecol J. 2021 Dec;32(12):3199-3207. doi: 10.1007/s00192-020-04629-2. Epub 2021 Jan 8.

Reliability of the PERFECT scheme assessed by unidigital and bidigital vaginal palpation

Jordana Barbosa da Silva ¹, Jéssica Gabriela de Godoi Fernandes ², Bruna Raquel Caracciolo ², Sara Campana Zanello ², Tatiana de Oliveira Sato ³, Patricia Driusso ²

Affiliations + expand

PMID: 33416969 DOI: 10.1007/s00192-020-04629-2

Le schéma de l'évaluation du plancher pelvien comme une altération de la fonction normale de la musculature du plancher pelvien [1]. Les dysfonctions comprennent

composantes de la contraction des muscles du plancher pelvien. PERFECT = P : Power (Force), E : Endurance (Endurance), R : Repetitions (Répétitions), F : Fast (Vélocité)

Bilan périnéale

Quelles questions nous nous posons après le bilan : diagnostic physio et pose des objectifs

- Périnée hypotonique?
- Périnée hypertonique?
- Périnée douloureux?
- Périnée avec contractures musculaires?
- Prolapsus?
- Périnée réactif? A des réactions posturales anticipatoires?
- Périnée travaille en co-contraction avec les abdominaux à l'effort?

En fonction de la prescription médicale et notre évaluation globale nous adapterons notre traitement

Incontinence urinaire féminine

Traitement

- Douleur (thérapie manuelle, massage, TAPE, Exercice douce, étirements, TENS...)



Incontinence urinaire féminine

Traitement

- Douleur (thérapie manuelle, massage, TAPE, Exercice douce, étirements, TENS...)
- **Travail cicatrice épisiotomie, césarienne, chirurgie (massage, palper-rouler), aiguilles acupuncture, ventouses, dispositif spécial en silicone pour les cicatrices type Cicacare ou autres, TAPE)**



Lubczyńska, A., Garncarczyk, A., & Wcisło-Dziadecka, D. (2023). Effectiveness of various methods of manual scar therapy. *Journal of Bioengineering and the Skin (ISBS) [and] International Society for Digital Imaging of Skin (ISDIS) [and] International Society for Skin Imaging (ISSI)*, 29(3), e13272. <https://doi.org/10.1111/srt.13272>

Incontinence urinaire féminine

Traitement

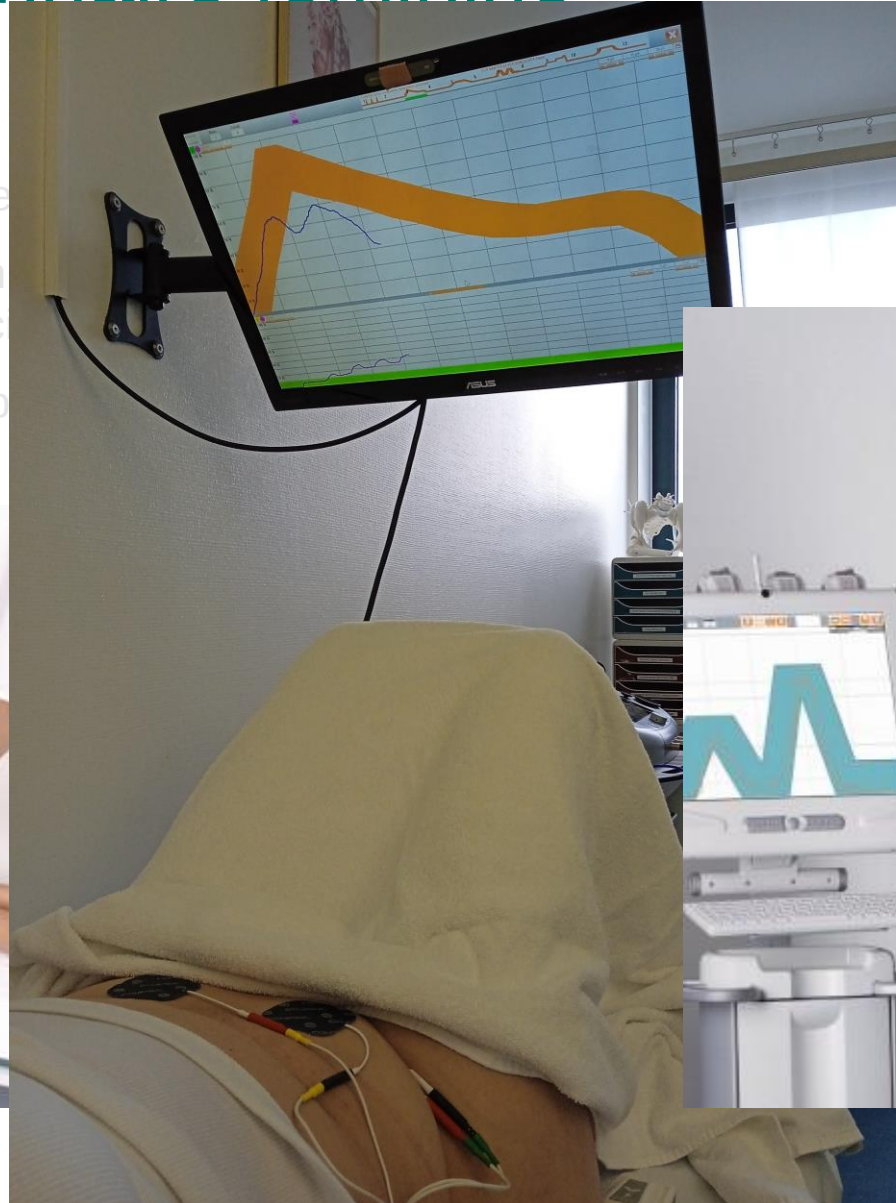
- Douleur (thérapie manuelle, massage, TAPE, Exercice douce, étirements, TENS...)
- Travail cicatrice épisiotomie, césarienne, chirurgie (massage, palpé roulé), aiguilles acupuncture, ventouses, silicone spéciale pour les cicatrices type Cicacare ou autres, TAPE)
- **Prise de conscience du périnée (éducation avec miroir, travail manuel, regard de l'intime, les aprioris de la sexualité...)**



Incontinence urinaire féminine

Traitement

- Douleur (thérapie manuelle
- Travail cicatrice épisiotomie, silicone spéciale pour les c
- Prise de conscience du p sexualité...)
- **Biofeedback**



Incontinence urinaire féminine

Traitement

- Douleur (thérapie manuelle)
- Travail cicatrice épisiotomie (silicone spéciale pour cicatrisation)
- Prise de conscience (relaxation, sexualité...)
- Biofeedback
- **Electrostimulation**
 - Fibres toniques
 - Fibres phasiques
 - Tonolyse (hypertonie périnéale)



Incontinence urinaire féminine

Traitement

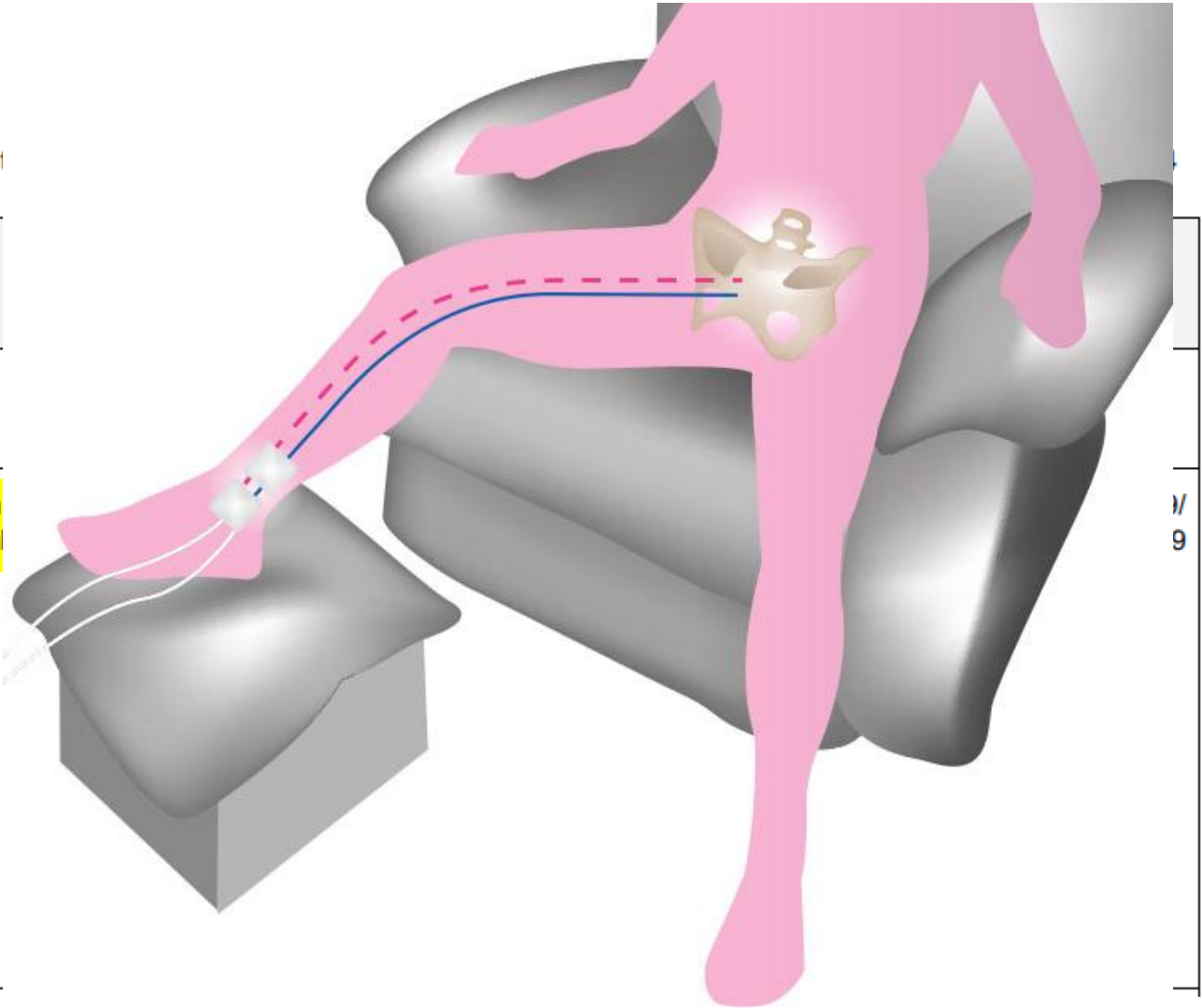
- Douleur (thérapie manuelle, massage, TAPE, Exercice douce, étirements, TENS...)
- Travail cicatrice épisiotomie, césarienne, chirurgie (massage, palpé roulé), aiguilles acupuncture, ventouses, silicone spéciale pour les cicatrices type Cicacare ou autres, TAPE)
- Prise de conscience du périnée (travail manuel, éducation avec miroir, regard de l'intime, les aprioris de la sexualité...)
- Biofeedback
- Electrostimulation
- **Electrostimulation du nerf tibial postérieur (TENS 10-20Hz 180-200µs)**
 - **Rééducation + Education thérapeutique + possibilité de location – physiothérapeutes**

Précisions de la stimulation du N

- Remboursé par l'assurance de base (144.-)
- Indications normalement après échec du traitement médicamenteux et la rééducation en physiothérapie
- Non invasif
- Location
- Education à l'utilisation

Ordonnance sur les prest

Mesure
Électroneuromodulation percutanée du nerf tibial électrodes aiguilles



Incontinence urinaire féminine

Traitement

- Douleur (thérapie)
- Travail cicatriciel
silicone spéciale
- Prise de conscience
sexualité...)
- Biofeedback
- Electrostimulation
- Electrostimulation
 - Education
 - Rééducation... Education thérapeutique
- **Técarthérapie (PRT)**



González-Gutiérrez, M. D., López-Garrido, Á., Cortés-Pérez, I., Obrero-Gaitán, E., León-Morillas, F., & Ibáñez-Vera, A. J. (2022). Effects of Non-Invasive Radiofrequency Diathermy in Pelvic Floor Disorders: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(3), 437. <https://doi.org/10.3390/medicina58030437>

Incontinence urinaire féminine

Traitement

- Douleur (thérapie manuelle, massage, TAPE, Exercice douce, étirements, TENS...)
- Travail cicatrice épisiotomie, césarienne, chirurgie (massage, palpé roulé), aiguilles acupuncture, ventouses, silicone spéciale pour les cicatrices type Cicacare ou autres, TAPE)
- Prise de conscience du périnée (travail manuel, éducation avec miroir, regard de l'intime, les aprioris de la sexualité...)

Anneau mince



Anneau épais



Falk



Anneau urétral



Cube



Donut



- Rééducation + Education thérapeutique + possibilité de location – physiothérapeutes
- Tecarthérapie (PRT)
- **Pessaires – troubles de la statique pelvienne**

Pessaires

- En physiothérapie, juste pour les patientes capables d'être autonomes
 - Pre-chirurgie, sport...
- Avec prescription médicale, sont pris en charge dans l'assurance de
- Progression en physiothérapie:
 - Rééducation jusqu'à avoir un bon tonus du périnée pour pouvoir tenir le p
 - Séance de mesure et essayage d'un pessaire qui puisse réduire le prolap
 - Test fonctionnels (Valsalva, course, saut, toux et aller uriner possible san
 - Prescription de la bonne taille du pessaire
 - **Séance d'éducation thérapeutique: mettre, enlever et désinfecter son pessaire**



Incontinence urinaire féminine

Traitement



- Travail fonctionnel
 - En cours: brochure d'exercices
 - Explication : exercices à éviter -> hyper pression



Incontinence urinaire féminine

Cas type: Ménopause

- Mme S, 59 ans
- 101.2 kg
- Indépendante
- Depuis 1 an, aggravation des fuites urinaires et impériosités urinaires
- 2-3 mictions par jour!
- Nycturie 4-5 fois!
- Travaille en salle d'isolement, évite de uriner au travail car doit se changer.
- Ménopause asymptomatique
- EVALUATION GLOBALE : anamnèse, bilan analytique, fonctionnel (CM) et postural
- Point sur les habitudes de vie mictionnelle et défécatoire
- Hydratation +++
- Se permettre aller aux toilettes toutes les 2-3h puis ne pas pousser pendant la miction – rester assise 3 min pour bien vider la vessie.
- Evaluation du plancher pelvien par TV
- P 2/5 E 6/10 R 3/10 F 5/10
- Course musculaire moyenne, pas d'APA, pas de co-contraction.
- Tendance au Valsalva et pousser aux efforts
- Travail sur contraction efficace et fonctionnelle du périnée avec biofeedback
- Ensuite, renforcement périnée avec une plus grande amplitude musculaire
- Après, travail de co-contraction abdominopérinéale, travail postural
- Suite du travail debout pour être plus fonctionnel
- **5eme séance: pas de fuites malgré la grippe ni urgences la nuit mais doit encore se lever 1 fois la nuit pour**

Incontinence urinaire féminine

Cas type: IUM

- Mme R, 43 ans
- 4 AVB (1 avec épisio et 1 déchirure)
- Depuis quelques temps, peu tonique au niveau périnéal, IUE à la course à pied et urgences mictionnelles.
- Marche 3h semaine
- Femme au foyer
- Fuites occasionnelles, surtout gênée aux urgences.
- Hydratation normale
- Selles 1 fois par jour Bristol 3-4 sans pousser fort.

	Heure	Volume d'urine (ml)	Sensation de besoin	Fuites urinaires (x)	Changement de protection (x)	Boissons	
						Volume (dl)	Type
Lever	6h30	200ml	X			4,0	thé/tisane
	8h15	50ml	X			} 5,0	eau
	9h45	300ml	X				
	11h30	400ml		X			
	12h15	200ml	X				
	13h					2,5	eau
	17h30					2,5	Tisane
	17h45	180ml	X				
	22h					2	jus d'orange
	23h30	300ml					

Incontinence urinaire féminine

Cas type: Postpartum

- Mme R, 43 ans
- Depuis quelque temps, peu tonique au niveau périnéale, IUE à la course à pied et urgences mictionnelles.
- Marche à pied 3h semaine
- Femme au foyer
- Fuites occasionnelles, surtout gêné aux urgences.
- Hydratation normale
- Selles 1 fois par jour Bristol 3-4 sans pousser fort.
- EVALUATION GLOBALE
- Autour de 5-7 mictions par jour
- Posture en Sway back
- Bilan périnéal:
- P 2/5 E 8 R 2 F 9/10sec
- Course musculaire moyenne, pas d'APA, pas de cocontraction.
- Entéroçèle et rectocèle au Valsalva
- Travail de renforcement du périnée avec biofeedback
- Avec électrostimulation
- Apprentissage DE la Stimulation du réflexe A3 de Mahony pour contrôler l'urgence
- Suite du travail debout
- Abdominaux Hypopressifs
- **9eme séance; pas de fuites d'effort, urgences parfois, bonne contraction à la toux**
- **P 4/5 E 10 R7 F9/10sec**
- **Légère gêne ressentie par le prolapsus, discussion et explication de la possibilité de mettre un pessaire**

Incontinence Urinaire masculine

Incontinence urinaire masculine

Anamnèse

- Problème principale
 - Quoi? Quand? Comment? Depuis quand? Fréquence? ...
- ATCD neurologiques, cardiaques..., traitements et interventions chirurgicales faites
- Très important avoir en tête la médication (diurétiques, antihypertenseurs..)
- Habitudes de vie mictionnelles: Calendrier mictionnel, infections...
- Habitudes de vie défécatoires: Echelle de Bristol et Hygiène de vie aux WC
- Habitudes de vie sexuelles: santé sexuelle
- Scores
- Ecoute active et réassurance avec orientation multidisciplinaire (**encore plus de questions et tabous** sur cette sphère de l'intimité)

Incontinence urinaire masculine

Considérations

- HISTOIRE DE L'INCONTINENCE
 - Depuis quand, diurnes et/ou nocturnes...
 - Temps de miction; augmenté/lent/fractionné
 - Pollakiurie, dysurie, besoin de pousser, manœuvres facilitatrices, infections...
 - Accidents diurnes et/ou nocturnes
 - Fuites; fréquence, contrôlables, précédés d'un besoin ou pas, perçues ou pas...
 - Cause: effort, urgence, débordement...
- Bien faire attention au caractère du jet
 - Faible, intermittent, retardataire, urgent, avec écoulement après miction, douloureux... -> Dyssynergie vésicale?
- Si il y a eu une chirurgie, faire attention aux complications post opératoires
 - Infections urinaires, incontinence d'effort ou d'urgence, troubles érectiles, éjaculation rétrograde.
- Quelles stratégies a mis en place le patient pour son incontinence?
 - Traitements et équipe pluridisciplinaire? Suivi par équipe urodynamie? Infirmière en sexologie?...

Incontinence urinaire masculine

Considérations

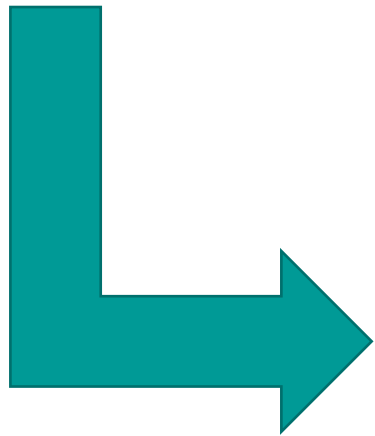
- Les études suggèrent que une PEC pré-chirurgicale pour les prostatectomies peut être bénéfique pour aider au patient à se préparer et améliorer sa qualité de vie:
 - Pré opératoire
 - Prise de conscience de la mécanique musculaire
 - Renforcement fibres toniques et phasiques
 - Réentraînement à l'effort – pré habilitation
 - Accompagnement pour la gestion de l'incontinence ou la dysfonction sexuelle (équipe multidisciplinaire)
 - Post opératoire immédiat
 - Travail musculaire après ablation de la sonde
 - Education thérapeutique à travers le calendrier mictionnel
 - Post opératoire : 1 mois
 - Si incontinence urinaire effort: travail musculaire +++
 - Si hyperactivité vésicale: Education thérapeutique, travail du réflexe A3 de Mahony et biofeedback +++
 - Réentraînement à l'effort

Mungovan, S. F., Carlsson, S. V., Gass, G. C., Graham, P. L., Sandhu, J. S., Akin, O., Scardino, P. T., Eastham, J. A., & Patel, M. I. (2021). Preoperative exercise interventions to optimize continence outcomes following radical prostatectomy. *Nature reviews. Urology*, 18(5), 259–281. <https://doi.org/10.1038/s41585-021-00445-5>

Explication de la prise en charge

Education thérapeutique

- Explication de l'anatomie du périnée et le fonctionnement de la vessie
- Explication de l'implication de la respiration VS poussées pendant la miction
- Si urgences, travail sur les habitudes de vie mictionnelle et le réflexe A3 de Mahony
- Conseils d'hygiène de vie
- Explication des outils de la rééducation (bilan manuel, touché rectale, biofeedback, électrostimulation...)
- CONSENTEMENT INFORME oral du patient



Bilan postural
et respiratoire

BILAN PERINEAL

Incontinence urinaire masculine

Traitement

- Douleur (thérapie manuelle, massage, TAPE, Exercice douce, étirements, TENS...)
- Travail cicatrice chirurgicale (massage, palpé roulé), aiguilles acupuncture, ventouses, silicone, TAPE)
- Prise de conscience du périnée (travail manuel, éducation avec miroir, regard de l'intime, les aprioris de la sexualité...)
- Biofeedback avec électrodes de surface ou sonde rectale
- Electrostimulation avec électrodes de surface ou sonde rectale
- Electrostimulation du nerf tibial postérieur (TENS 10-20Hz 180-200µs)
 - Education thérapeutique + Possibilité de location – service urodynamique PRT
 - Rééducation + Education thérapeutique + possibilité de location – physiothérapeutes
- Télecathérapie (PRT)
- Travail fonctionnel
 - En cours: brochure d'exercices
 - Education des exercices proscrits ou à risque

Incontinence urinaire

Cas type: Prostatectomie

- Mr T, 74 ans
- 2008 prostatectomie radicale; reste avec IU modérée et impuissance. Portait des protections mais pas toujours mouillé
- 2023 Récidive CA; 35 séances de radiothérapie. IUE lors des changements de position + hémorroïde douloureuse
- Mictionnel env 10 mictions par jour et 3 la nuit, avec jet fort et continu, bonne sensation de vidange vésicale.
- **Fuites à l'effort lors des changements de positions**

2^e jour Date: 21.01.24 *note slip*

Heure	Volume d'urine (ml)	Sensation de besoin	Fuites urinaires (x)	Change-ment de protection (x)	Boissons	
					Volume (dl)	Type
09:30	200	✓			4	eau café
Lever 10:00	50	✓				
11:45	50	✓			2,5	eau
12:30					3	eau
13:30					2	eau - sirup
13:40	50		✓x	x		
15:00	120		✓x	x		
16:00					2,5	thé
16:15	200	✓				
17:00	100	✓				
18:00	250	✓				
18:40	300	✓				
19:30					2,5	café léger
19:45	200	✓				
21:15	200	✓				
23:00	250	✓				
00:15	100	✓				
03:00	450	✓				
07:15	450	✓				
Total	2970	13	2		16,5	

Codes concernant la sensation de besoin:

0 Vous n'avez pas envie d'uriner, mais vous y allez par précaution.

Incontinence urinaire masculine

Cas type: Prostatectomie

- Mr T, 74 ans
- Indépendant
- 2008 prostatectomie radicale; reste avec IU modéré et impuissance. Portait des protections mais pas toujours mouillé
- 2023 Récidive CA; 35 séances de radiothérapie. IUE lors des changements de position + hémorroïde douloureuse
- Mictionnel 6 mictions par jour et 3 la nuit, avec jet fort et continu, bonne sensation de vidange vésicale.
- Point sur les habitudes de vie mictionnelle
- Mictions assis, se donner le temps de bien vidanger la vessie.
- Bilan périnéal :
 - P 1/5 E 5 R 1 F 5/10sec
 - Course musculaire très petite, pas d'APA, pas de co-contraction.
- Travail de renforcement du périnée avec biofeedback
- Avec électrothérapie
- Après, travail de Co contraction abdominopérinéale, surtout avant les efforts ou changer de position
- Travail du réflexe A3 de Mahony pour les urgences
- Suite du travail debout
- **5eme séance: contrôle mieux les urgences, nycturie 2 fois, pas de fuites aux changements de position mais quelques fuites à la toux.**
- **SNTP pour la suite?**

Incontinence fécale

Incontinence fécale

Anamnèse

- Anamnèse comme nous avons vu précédemment
- Considérations spécifiques chez la femme ou l'homme
- Regarder très soigneusement les antécédents/traitements **chirurgicaux** et **oncologiques**
 - **Néorectum? Rétablissement continuité post Stomose? Radiothérapie? Déchirure accouchement**
- Prise de médicaments: anti diarrhéiques? Laxatifs?
- Autres stratégies mises en place pour le patient?
- Exercice/sport
- Nutrition
- Hydratation
- Préciser le dysfonctionnement... alternance constipation/incontinence?

Incontinence fécale

Considérations

- Début de l'incontinence:
- Traitements essayés ?
- Sensations de besoin :
 - Discrimination gaz/selles ?
 - Sensation de besoin ?
 - Accidents :
 - Troubles urinaires associées :
 - Prise d'anti diarrhéiques par semaine:
- Score de gravité (Wexner)

Score fonctionnel d'incontinence fécale dit de Jorge & Wexner ou Score de Cleveland

(Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 1993;36:77-97).

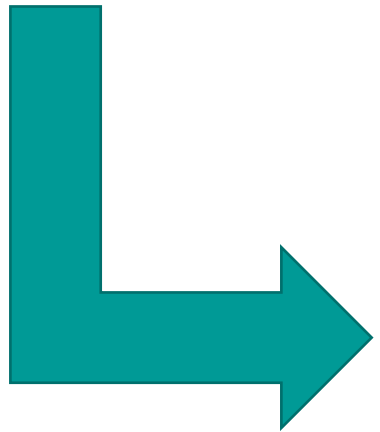
Nature	Fréquence				
	0	> 1mois	< 1mois	< 1 semaine	= 1 jour
selles solides	0	1	2	3	4
selles liquides	0	1	2	3	4
gaz	0	1	2	3	4
garnitures	0	1	2	3	4
qualité de vie	0	1	2	3	4

Valeurs extrêmes : 0-20

Explication de la prise en charge

Education thérapeutique

- Explication de l'anatomie du périnée et le fonctionnement de la défécation
- Explication de l'implication de la respiration VS poussées pendant la défécation
- Si urgences, travail sur les habitudes de vie défécatoire et le réflexe A3 de Mahony
- Conseils d'hygiène de vie
- Explication des outils de la rééducation (bilan manuel, biofeedback, électrostimulation...)
- CONSENTEMENT INFORME oral du patient



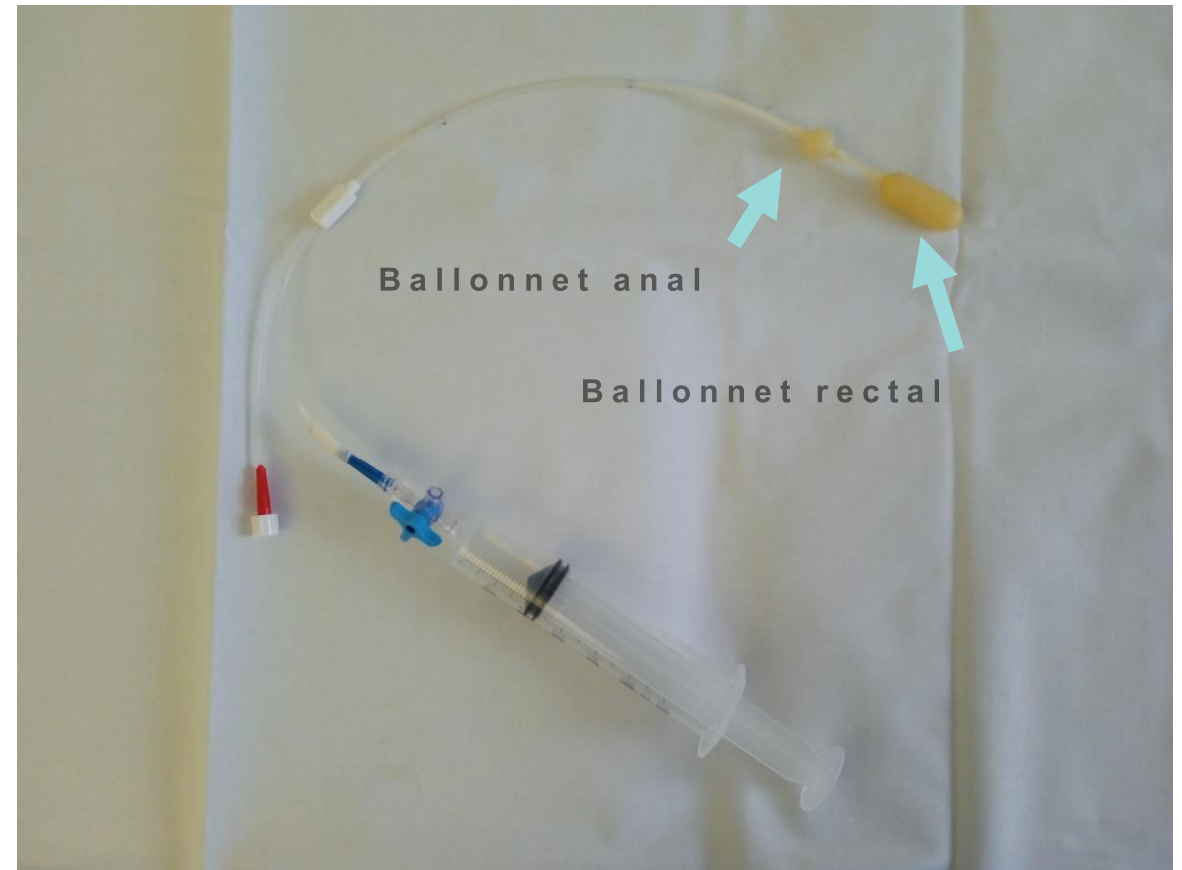
Bilan postural
et respiratoire

BILAN PERINEAL

Incontinence fécale

Bilan

- Test du périnée à la toux
- Béance du canal anal
- Prolapsus?
- Toucher rectal:
 - Orientation anatomique et cicatrices
 - Temps de tenue du sphincter anal externe
 - PERFECT du puborectal
 - Test de la toux (synchronisation) et à l'effort (APA)
- Test de ballonnet
 - Capacités
 - Volume de première sensation (VPS) = 20ml
 - Volume de sensation constante (VSC) = 120-240 ml
 - Volume maximale tolérable (VMT) = 300 – 450ml
 - Test évacuation (si alternance avec constipation) – dyssynergie?
 - Test reflexe recto sphinctérien striée RRSS



Incontinence fécale

Précision du travail de ballonnets

- Important:
 - Rectum vide
 - Décubitus dorsal ou latéral
 - Lubrification par toucher rectal
 - Orientation du rectum
- Travail au ballonnet:
 - Réflexe recto sphincterien striée RRSS avec le volume de première s à la norme.
 - Capacité:
 - Si Microrectum, diminution de la contenance rectale et la sensibilité, travail sensibilité seuil de
 - Si Megarectum, essayer de diminuer contenance rectale et diminuer seuil d
 - Expulsion: Test évacuation à 60ml : voir si pression sur la seringue et
 - Attention aux inversions de commande, hypertonie du puborectale ou dysci
- Biofeedback avec adaptateur manométrique : renforcement musc dyssinergies
- Biofeedback pour la coordination abdominopérinéale



Incontinence

Précision

- Travail au

- Réflexe norm

- Capacité

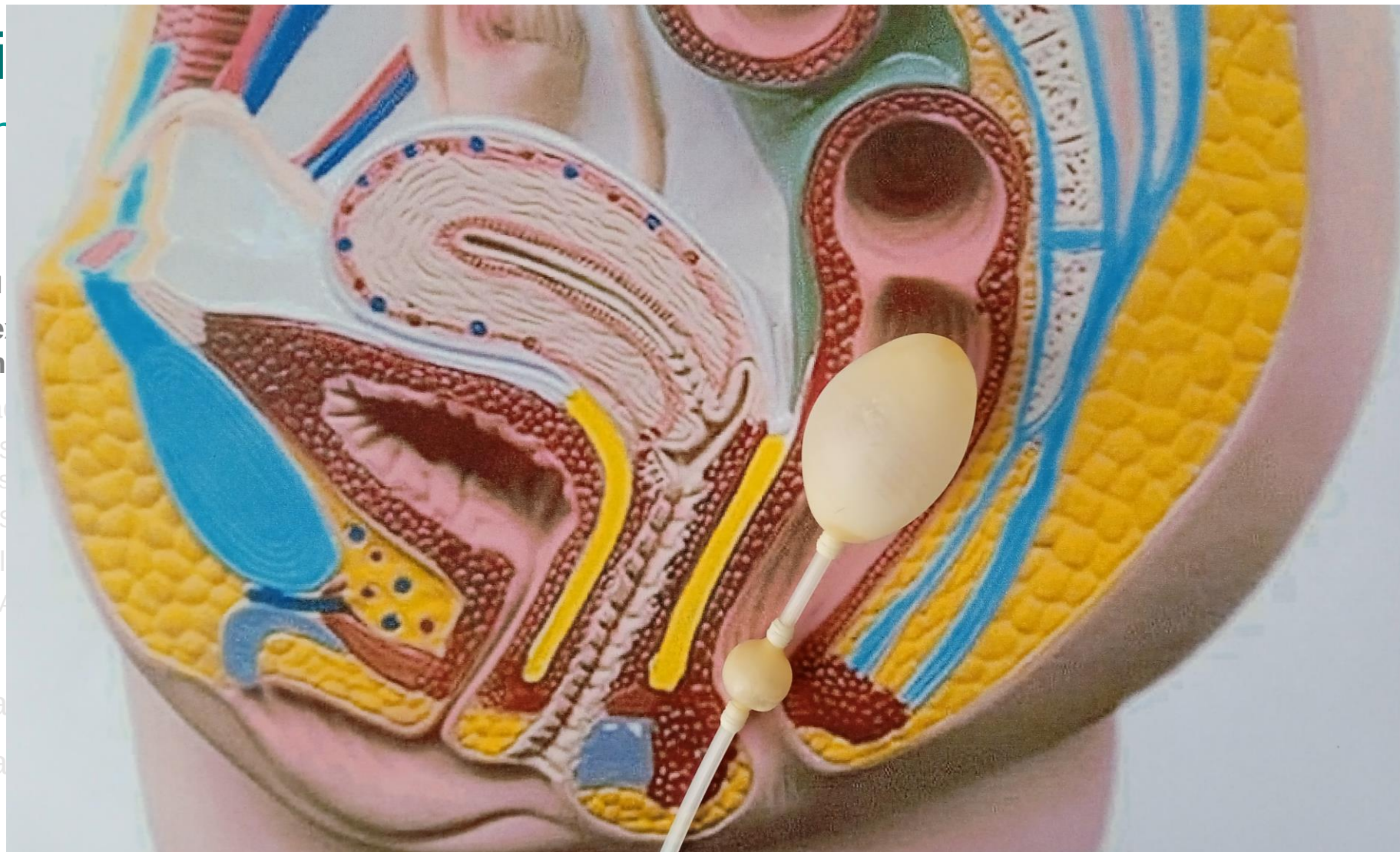
- S
 - S
 - S

- Expul

- A

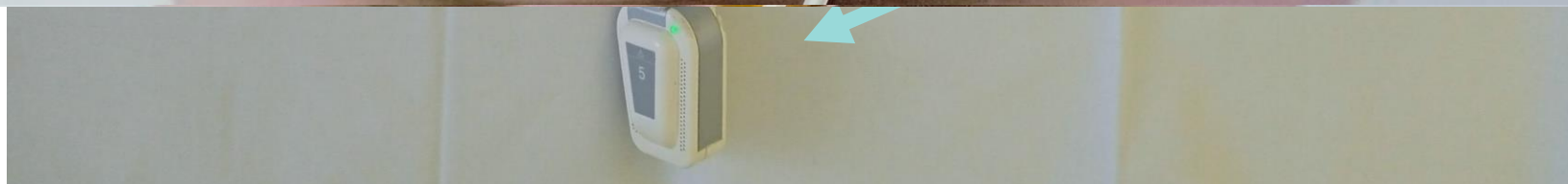
- Biofeedback

- Biofeedback



er à la

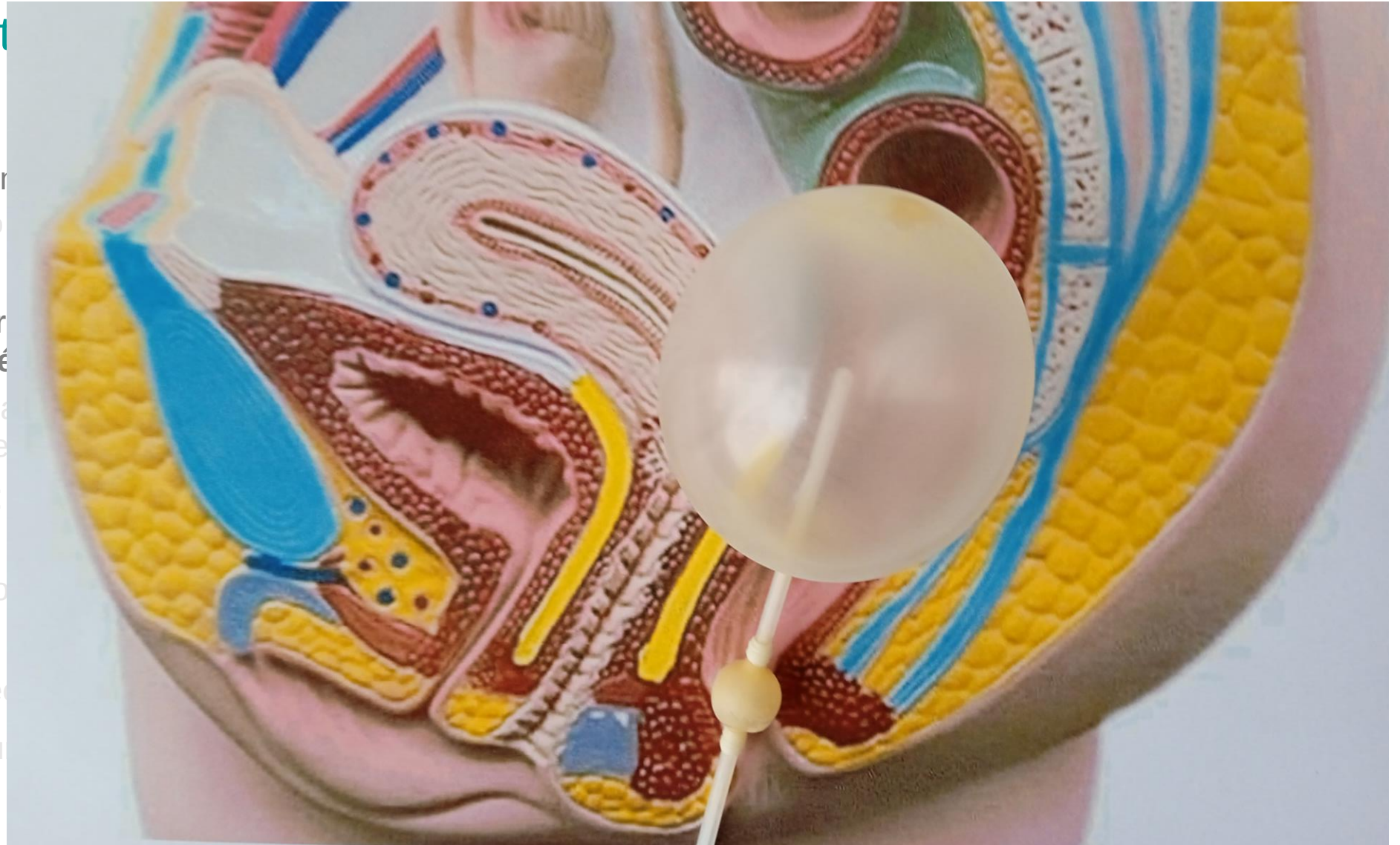
ergies



Incontinence fécale

Précision du t

- Travail au ballonnet
 - Réflexe recto
- **Capacité:**
 - Si Micro indiqué
 - Si Mega thérape
- Expulsion: anal
 - Attentio
- Biofeedback avec
- Biofeedback pou



Incontinence fécale

Précision du travail de ballonnets

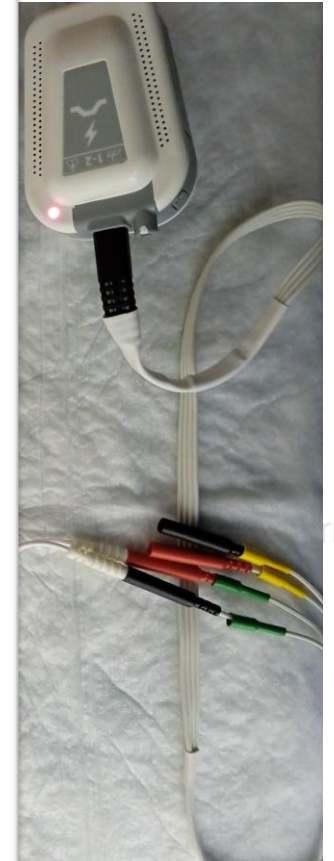
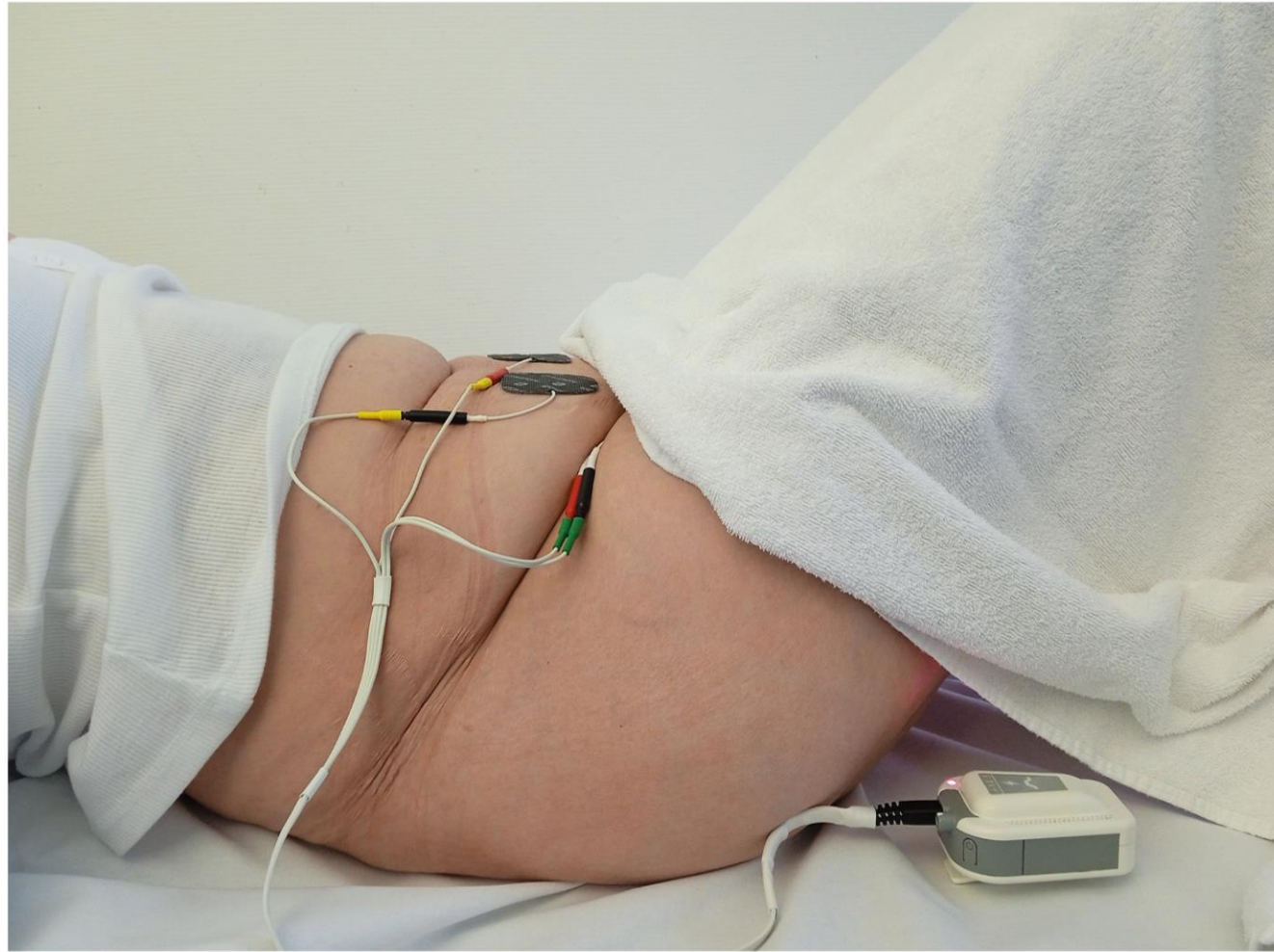
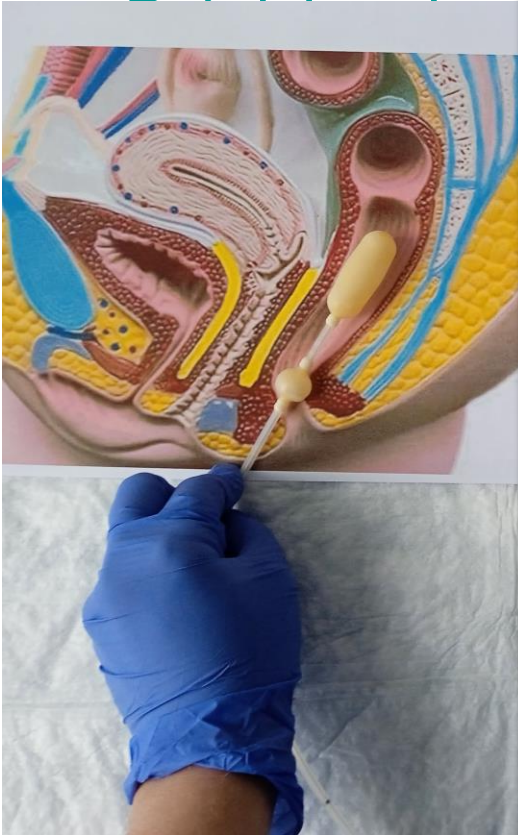
- Travail au ballonnet:
 - Réflexe recto sphincterien striée RRSS avec le volume de première sensation et en essayant de se rapprocher à la norme.
 - **Capacité:**
 - Si Microrectum, diminution de la contenance rectale et la sensibilité, travail de volumes indiqué pour augmenter capacité et seuil de sensibilité
 - **Si Megarectum, essayer de diminuer contenance rectale et diminuer seuil de sensibilité**
 - Education thérapeutique**
 - Stimulation du nerf tibial postérieur**
 - Conscience et proprioception du périnée (capacité de contraction et relaxation**
 - Travail des volumes pour ressentir**
- Expulsion: Test évacuation à 60ml : voir si pression sur la seringue et relâchement du sphincter anal
 - Attention aux inversions de commande, hypertonie du puborectale ou dyssinergie recto sphinctérienne.
- Biofeedback avec adaptateur manométrique : renforcement musculaire et proprioceptive – travail de dyssinergies
- Biofeedback pour la coordination abdominopérinéale

Incontinence fécale

Précision du travail de ballonnets

- Travail au ballonnet:
 - Réflexe recto sphincterien striée RRSS avec le volume de première sensation et en essayant de se rapprocher à la norme.
 - Capacité:
 - Si Microrectum, diminution de la contenance rectale et la sensibilité, travail de volumes indiqué pour augmenter capacité et seuil de sensibilité
 - Si Megarectum, essayer de diminuer contenance rectale et diminuer seuil de sensibilité (education thérapeutique ++)
 - **Expulsion: Test évacuation à 60ml : voir si pression sur la seringue et relâchement du sphincter anal**
 - **Attention aux inversions de commande, hypertonie du puborectal ou dyssynergie recto sphinctérienne.**
- Biofeedback avec adaptateur manométrique : renforcement musculaire et proprioceptive – travail de dyssinergies
- Biofeedback pour la coordination abdominopérinéale

Incontinen



- Biofeedback : renforcement musculaire (soit avec sonde double ballonnet soit avec sonde rectale) et travail proprioceptif puis travail de la coordination abdominopérinéale

Pourmomeny, A. A., Emami, M. H., Amooshahi, M., & Adibi, P. (2011). Comparing the efficacy of biofeedback and balloon-assisted training in the treatment of dyssynergic defecation. *Canadian journal of gastroenterology = Journal canadien de gastroenterologie*, 25(2), 89–92. <https://doi.org/10.1155/2011/268062>

Incontinence fécale

Scores

INCONTINENCE FÉCALE

QUESTIONNAIRE DE QUALITÉ DE VIE

Q1 : De manière générale, diriez-vous que votre état de santé est :

☐ Excellent (1); ☐ Très bon (2); ☐ Bon (3); ☐ Moyen (4); ☐ Médiocre (5).

Pour chacune des questions suivantes, indiquez avec quelle fréquence le problème vous concerne en raison de pertes fécales incontrôlées (gaz et/ou selles). Si le problème vous concerne pour d'autres raisons que les pertes fécales incontrôlées, cochez la case NAP (« »).

Q2 : En raison de pertes fécales incontrôlées :	Le plus souvent	Assez souvent	Rarement	Jamais	NAP
a) J'évite de sortir	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐
b) J'évite les activités physiques prolongées	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐
c) J'évite de rendre visite à des amis	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐
d) J'évite de passer la nuit ailleurs que chez moi	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐
e) Il m'est difficile de sortir pour faire des choses telles que aller au cinéma ou à l'église	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐
f) Je fais attention à ce que je mange avant de sortir	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐
g) Chaque fois que je ne suis pas chez moi, je m'efforce de rester près des toilettes aussi souvent que possible	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐

Score fonctionnel d'incontinence fécale dit de Jorge & Wexner ou Score de Cleveland

(Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 1993;36:77-97).

Nature	Fréquence				
	0	> 1mois	< 1mois	< 1 semaine	= 1 jour
selles solides	0	1	2	3	4
selles liquides	0	1	2	3	4
gaz	0	1	2	3	4
garnitures	0	1	2	3	4
qualité de vie	0	1	2	3	4

Valeurs extrêmes : 0-20

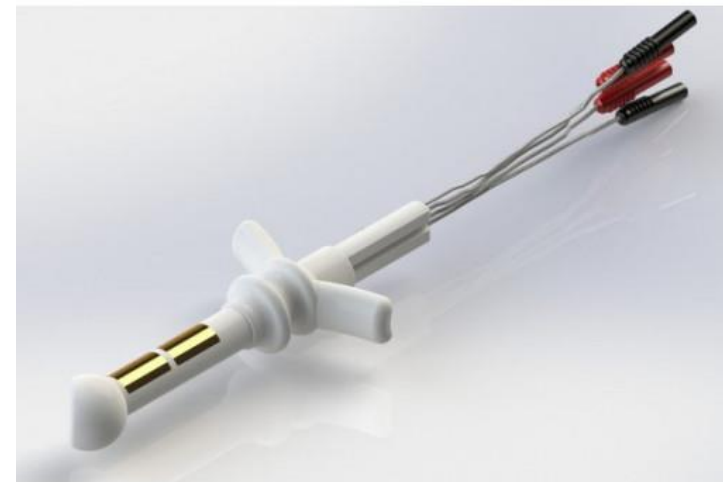
Incontinence fécale

Traitement

- Douleur (thérapie manuelle, massage, TAPE, Exercice douce, étirements, TENS...)
- Travail cicatrice chirurgicale (massage, palpé roulé), aiguilles acupuncture, ventouses, silicone, TAPE)
- Prise de conscience du périnée (travail manuel, éducation avec miroir, regard de l'intime, les aprioris de la sexualité...)
- Travail avec ballonnets pour normaliser les volumes rectales, la sensibilité, la défécation ou le RRSS
- Biofeedback électromyographie (avec sonde rectale) ou manométrique (ballonnets)
- Electrostimulation
- Electrostimulation du nerf tibial postérieur (TENS 10-20Hz 180-200µs)
 - Education thérapeutique + Possibilité de location – service urodynamique PRT
 - Rééducation + Education thérapeutique + possibilité de location – physiothérapeutes
- Télecathérapie (PRT)
- Travail fonctionnel
 - En cours: brochure d'exercices
 - Education des exercices proscrits ou à risque

Incontinence fécale

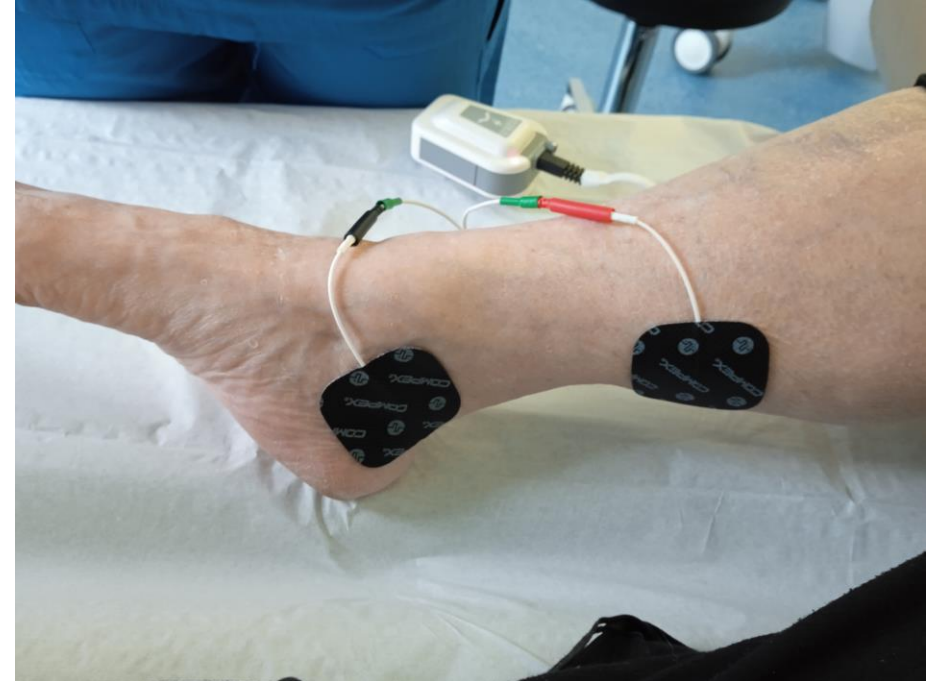
Traitement: Electrostimulation



Incontinence fécale

Traitement

- **Electrostimulation du nerf tibial postérieur (TENS 10-20Hz 180-200µs)**



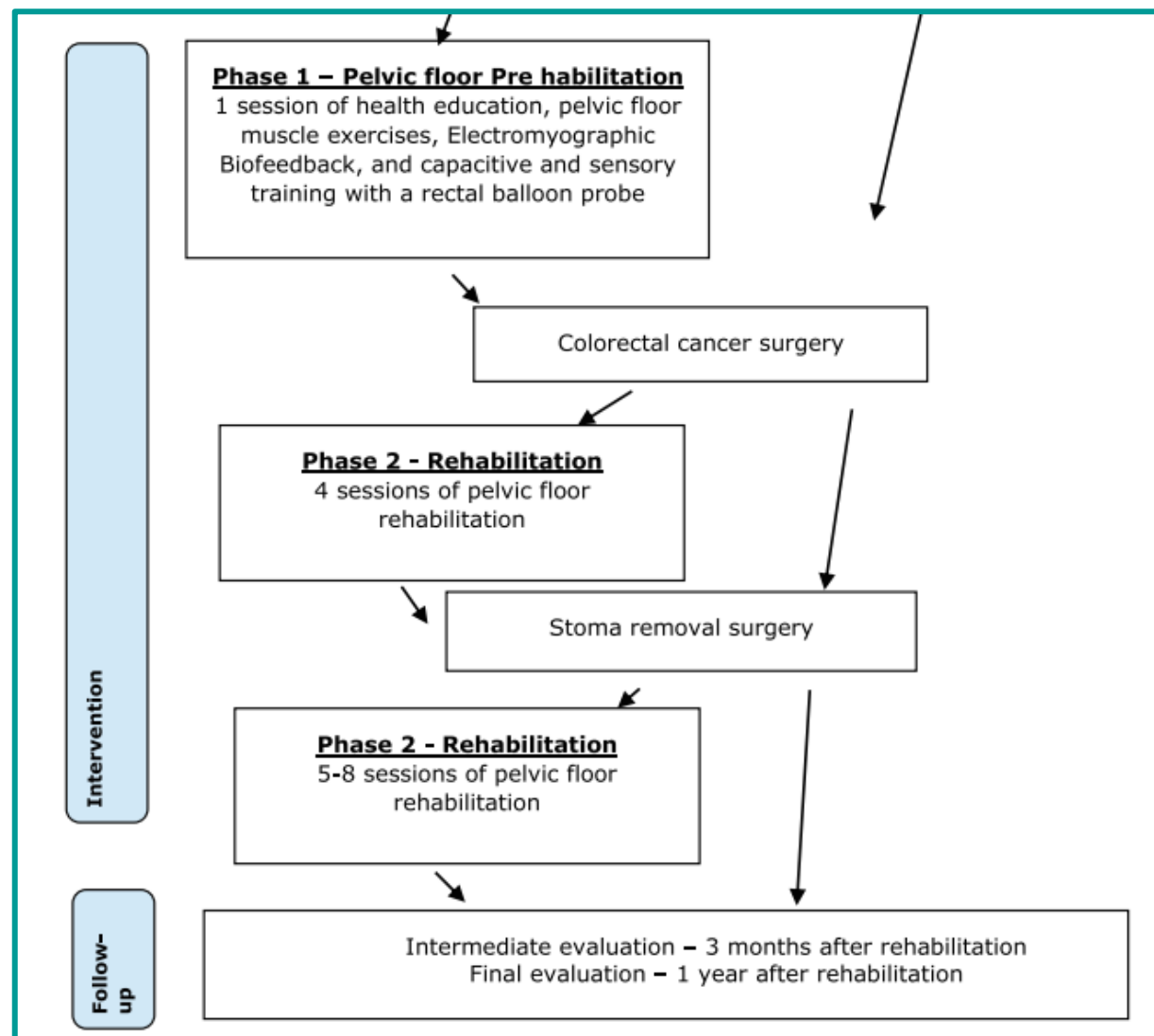
Ibáñez-Vera, A. J., Mondéjar-Ros, R. M., Franco-Bernal, V., Molina-Torres, G., & Diaz-Mohedo, E. (2022). Efficacy of Posterior Tibial Nerve Stimulation in the Treatment of Fecal Incontinence: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 11(17), 5191. <https://doi.org/10.3390/jcm11175191>

Bulfone, G., Del Negro, F., Del Medico, E., Cadorin, L., Bressan, V., & Stevanin, S. (2020). Rehabilitation strategies for low anterior resection syndrome. A systematic review. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 56(1), 38–47. https://doi.org/10.4415/ANN_20_01_07

Incontinence fécale

Considérations

- Les études suggèrent que une PEC pré-chirurgicale peut être bénéfique pour diminuer/prévenir la symptomatologie du LARS
- RCT
- Protocole
 - 1 séance pré habilitation
 - 4 séances post chirurgie
 - 5-8 séances après rétablissement continuité



Sacomori, C., Lorca, L.A., Martinez-Mardones, M. *et al.* A randomized clinical trial to assess the effectiveness of pre- and post-surgical pelvic floor physiotherapy for bowel symptoms, pelvic floor function, and quality of life of patients with rectal cancer: CARRET protocol. *Trials* **22**, 448 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05396-1>

Incontinence fécale

Cas clinique

- Mme B, 66 ans
- 77,5 kg
- Résection antérieure basse et iléostomie de protection pour un adenoCA du rectum
- Fermeture iléostomie mai 2022
- ATCD
- AVB avec épisiotomie
- Mictionnel; pas d'urgences 7-10 mictions par jour
- Défécatoire
 - Bristol 4, rétention max 5 min,
 - Bristol 5-6 fuite et accident immédiat
- Réveil la nuit pour selles 3-5 fois
- Prise IMODIUM chaque jour
- **P3 E8 R2 F** compensation
- Ballonnets
 - VPS 30ml (20)
 - VSC 55 ml (120-240)
 - VMT 110 ml (300-450)
- 1 année après:
 - VPS 15ml
 - VSC 60ml
 - VMT 170-220ml
- Travail biofeedback et électrostimulation
- P 4 E 7 R 8 F 8
- Travail actif et postural
- Prise IMODIUM 1-2 fois par semaine
- Pas d'accidents
- Rétention Bristol 5-6, 8 min.

Secrétariats physio du RHNE

Site de Pourtalès : 032 713 32 10

Site de La Chaux-de-Fonds : 032 967 23 11

Site du Locle : 032 933 61 90

Site du Val-de-Ruz : 032 854 45 27

Site du Val-de-Travers : 032 864 64 18

TAKE HOME MESSAGE

La prévention est très importante car la qualité de vie mictionnelle, fécale et sexuelle peut en dépendre

La physiothérapie pelvipérinéale serait un traitement de première ligne pour l'incontinence urinaire et fécale.

Parfois un symptôme cache autres dysfonctions

Si les mauvaises habitudes de vie ne sont pas corrigées, les effets de la rééducation ne seront pas maintenus -> importance de l'éducation thérapeutique et de la prévention

Merci pour votre attention

Sabrina Locatelli
sabrina.locatelli@rhne.com

SI BESOIN DE COMPLEMENT

Coral Lopez Moriana
coral.lopez-moriana@rhne.ch

Bibliographie

- Alouini, S., Memic, S., & Couillandre, A. (2022). Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence with or without Biofeedback or Electrostimulation in Women: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 2789. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052789>
- González-Gutiérrez, M. D., López-Garrido, Á., Cortés-Pérez, I., Obrero-Gaitán, E., León-Morillas, F., & Ibáñez-Vera, A. J. (2022). Effects of Non-Invasive Radiofrequency Diathermy in Pelvic Floor Disorders: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(3), 437. <https://doi.org/10.3390/medicina58030437>
- Lubczyńska, A., Garncarczyk, A., & Wcisło-Dziadecka, D. (2023). Effectiveness of various methods of manual scar therapy. *Skin research and technology : official journal of International Society for Bioengineering and the Skin (ISBS) [and] International Society for Digital Imaging of Skin (ISDIS) [and] International Society for Skin Imaging (ISSI)*, 29(3), e13272. <https://doi.org/10.1111/srt.13272>
- Gluppe, S., Engh, M. E., & Bø, K. (2021). What is the evidence for abdominal and pelvic floor muscle training to treat diastasis recti abdominis postpartum? A systematic review with meta-analysis. *Brazilian journal of physical therapy*, 25(6), 664–675. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2021.06.006>
- Wang, T., Wen, Z., & Li, M. (2022). The effect of pelvic floor muscle training for women with pelvic organ prolapse: a meta-analysis. *International urogynecology journal*, 33(7), 1789–1801. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05139-z>
- Mungovan, S. F., Carlsson, S. V., Gass, G. C., Graham, P. L., Sandhu, J. S., Akin, O., Scardino, P. T., Eastham, J. A., & Patel, M. I. (2021). Preoperative exercise interventions to optimize continence outcomes following radical prostatectomy. *Nature reviews. Urology*, 18(5), 259–281. <https://doi.org/10.1038/s41585-021-00445-5>
- Astasio-Picado, Á., & García-Cano, M. (2022). Neuromodulation of the Posterior Tibial Nerve for the Control of Urinary Incontinence. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(3), 442. <https://doi.org/10.3390/medicina58030442>
- Ibáñez-Vera, A. J., Mondéjar-Ros, R. M., Franco-Bernal, V., Molina-Torres, G., & Diaz-Mohedo, E. (2022). Efficacy of Posterior Tibial Nerve Stimulation in the Treatment of Fecal Incontinence: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 11(17), 5191. <https://doi.org/10.3390/jcm11175191>
- Pourmomeny, A. A., Emami, M. H., Amooshahi, M., & Adibi, P. (2011). Comparing the efficacy of biofeedback and balloon-assisted training in the treatment of dyssynergic defecation. *Canadian journal of gastroenterology = Journal canadien de gastroenterologie*, 25(2), 89–92. <https://doi.org/10.1155/2011/268062>
- Mazur-Bialy, A. I., Kołomańska-Bogucka, D., Oplawski, M., & Tim, S. (2020). Physiotherapy for Prevention and Treatment of Fecal Incontinence in Women-Systematic Review of Methods. *Journal of clinical medicine*, 9(10), 3255. <https://doi.org/10.3390/jcm9103255>