

Connaissance et Maîtrise du Périnée

MÉTHODE DE RÉÉDUCATION ÉDUCATIVE VERS L'AUTONOMIE DE LA PATIENTE

Corinne ROQUES,
Sage-Femme Libérale (30),
Formatrice CMP à l'Institut Naissance & Formations

- Aider une femme à traiter son incontinence urinaire, l'aider à se rééduquer dans une optique d'autonomie et de prévention en santé publique, voilà le but de la CMP, le but de Dominique TRINH-DINH, sage-femme (1950-2007), lorsqu'elle a créé cette méthode avec les femmes et pour les femmes.

Afin de décrire la CMP, je me propose dans un premier temps d'exposer les principes généraux de cette méthode. Dans un deuxième temps, j'illustrerai la démarche CMP par un cas clinique.

- **une phase de maîtrise** : elle sera abordée lorsque la femme pourra percevoir :
 - d'une part, ses *Pressions Thoraco-Abdominales pathologiques à l'Effort* (PTAE) : rire, tousser, éternuer, se moucher, crier, courir, sauter, porter, tousser... (les pressions physiologiques ne pouvant être perçues par la femme) ;
 - d'autre part, la remontée de la vessie lors de l'exercice correspondant.

■ Les PTAE

Il est essentiel en rééducation périnéale d'amener la femme à percevoir des PTAE s'il y a lieu, si nous voulons traiter durablement une IUE ou si nous voulons traiter ou modérer des pesanteurs, des colpocèles ou prolapsus. Car nous considérons en CMP que l'étiologie des pathologies précédentes est liée à l'existence de pressions pathologiques sur le périnée lors des efforts quotidiens et pas seulement au traumatisme obstétrical.

Les PTAE sont recherchées à l'examen clinique en faisant tousser fort plusieurs fois à différents niveaux : avec le dos de la main contre la vulve, en péri-vulvaire au regard, au TV en direction de la paroi vaginale antérieure ou de la paroi vaginale postérieure.

Je ne m'étendrai pas dans cet article sur les causes des PTAE pathologiques. Cela pourrait faire l'objet d'une étude à part entière. Le diaphragme pelvien, pour jouer son rôle physiologique de « renvoi des pressions » vers le haut du corps est aidé par une sangle abdominale compétente, un diaphragme thoraco-abdominal souple et libre avec une statique rachidienne favorable.

CAS CLINIQUE

Prenons le cas très classique d'une patiente venant consulter pour une IUE :

GÉNÉRALITÉS

- La CMP est une méthode de **rééducation éducative** et non pas manuelle dans le sens où le toucher vaginal est réservé au bilan clinique et à l'évaluation du travail musculaire au fur et à mesure des consultations. Il n'est pas utilisé en étirement ou en contre-appui pour faire travailler la femme.
- La CMP s'inscrit dans une **démarche médicale** avec, de ce fait :
 - Un **diagnostic** posé grâce à un questionnaire médical détaillé (recueil des symptômes) et grâce à un bilan clinique (recueil des signes cliniques).
 - Un **traitement ciblé** qui sera adapté au fur et à mesure des consultations aux pathologies à traiter.
 - Une **évaluation** de ce traitement avec un compte rendu en trois exemplaires.
- Le travail en CMP s'articule **en deux phases** :
 - **une phase de connaissance** avec un travail moteur ciblé possible grâce à des visualisations spécifiques à chaque zone musculaire. Le but étant d'augmenter le testing musculaire et d'amener la femme à la perception sensitive de toutes ses zones vaginales.

« Connaissance & Maîtrise du Périnée »

Journée des kinésithérapeutes
et des sages-femmes
32^e CONGRÈS DE LA SIFUD-PP
JUIN 2009 - MARSEILLE

LE PÉRINÉE

■ M^{me} D., 60 ANS, 2^e GESTE, 2^e PARE

• Elle n'a pas de traitement médicamenteux particulier.

Dans ses antécédents, nous retrouvons une hystérectomie et une cure d'événtration en 2000.

• 1^{er} enfant en 1972 : après une prise de poids de 22 kg, naissance d'un bébé de 4 100 g par forceps pour souffrance fœtale aiguë avec déchirure périnéale.

• 2^e enfant en 1974 : naissance d'un bébé de 3 800 g, accouchement normal à terme, avec déchirure périnéale.

L'IUE apparaît à la toux et à l'éternuement depuis l'intervention, sans autre trouble mictionnel.

Le questionnaire révèle une incontinence anale aux gaz.

Ces symptômes n'ont pas pu être résolus par des séances de rééducation périnéale avec électrostimulation et biofeedback, effectuées dans les deux années précédentes.

■ Organisation des consultations

• 1^{re} consultation

Présentation de la démarche CMP et du principe du partenariat thérapeutique : travail personnel quotidien et utilisation de visualisations permettant un travail musculaire ciblé.

Il n'est jamais pratiqué de TV lors de cette première séance.

Le questionnaire mettra en évidence les symptômes précédemment cités, dont l'importance sera évaluée avec M^{me} D.

Il est prescrit à M^{me} D. un calendrier des habitudes (calendrier mictionnel élargi) sur une semaine.

• Consultations suivantes

Lorsqu'une zone est abordée pour la première fois avec la femme, nous en faisons la présentation anatomique.

Puis lors du travail avec TV, l'examen clinique est réalisé, les exercices avec visualisations proposés.

• Dans le cas de M^{me} D, l'examen clinique révèle une colpocèle antérieure proximale fonctionnelle faible (à l'effort de toux) et une cystocèle anatomique et fonctionnelle stade I.

À l'évaluation, ses pressions thoraco-abdominales à l'effort sont pathologiques.

Lors de l'examen du diaphragme pelvien, nous retrouvons un testing global à 4/5.

Le testing détaillé donne :

- 1/5 pour la zone pubienne droite avec une élévation;
- 3/5 pour la zone pubienne gauche;
- 3/5 pour la zone iliaque droite, 2/5 pour la gauche;

- 3/5 pour la zone ischiatique droite, 3/5 pour la gauche;

- 3/5 pour la zone ischiatique médiane.

À la fin de chaque consultation, un travail personnel est prescrit à la patiente (exercices avec visualisation, à faire dans quatre positions : debout, assise, couchée et accroupie).

Dans le cas de M^{me} D., l'accent sera mis sur les exercices de la zone urinaire, la remontée de vessie et, bien sûr, au niveau du traitement des PTAE.

Le travail personnel prescrit est repris au début de la consultation suivante afin :

- d'évaluer le travail effectué par la femme (et de l'encourager!)
- de mettre en évidence les perceptions sensibles en cours d'instauration, nécessaires à la mise en place du traitement de l'IUE :
 - perception des poussées lors des efforts dans le quotidien;
 - perception de la remontée de la vessie, lors de l'exercice correspondant.

Quand la patiente arrivera à ce moment charnière de la rééducation, il lui sera demandé de repérer quels types d'efforts provoquent chez elles des poussées sur son périnée, afin qu'elle puisse remplacer ses poussées par des "exercices-outils" allant dans le sens d'une remontée.

La patiente sera soutenue dans cette démarche jusqu'à l'automatisme.

Les autres exercices permettant l'augmentation du testing musculaire ciblé et le traitement des autres pathologies seront poursuivis quotidiennement jusqu'à une cotation satisfaisante.

Dernière consultation

Une évaluation de ses différents symptômes en fin de rééducation sera effectuée en concertation avec M^{me} D. :

- Disparition de l'IUE et de l'IA aux gaz;
- À l'examen clinique, on retrouvera une normalisation des PTAE ainsi qu'une amélioration des colpocèles ou prolapsus;
- Les testings musculaires (global et détaillé) du diaphragme pelvien seront tous à 5/5.

Un compte rendu sera alors rédigé avec la femme en trois exemplaires : un pour elle, un pour le médecin et un autre qui restera dans le dossier.

Il est de plus prescrit une « **hygiène périnéale** » toujours en collaboration avec la femme. Pour M^{me} D., il est conseillé de continuer à faire les exercices étudiés deux fois par semaine à raison de deux fois dans la journée. Cet entretien périnéal est essentiel afin de stabiliser les résultats obtenus. Il lui est recommandé de faire une consultation de contrôle tous les ans.





M^{me} D. est revenue consulter deux ans et demi après la fin de cette première rééducation. Elle dit avoir été "tranquille" pendant deux années mais être gênée actuellement par une IU par impériosité, notamment lors d'infections urinaires répétées. En fait, elle vit une période difficile avec un nouveau compagnon dont elle supporte mal les enfants adolescents.

À l'examen clinique, il est retrouvé des PTAE pathologiques mais cependant moins fortes que la première fois. L'automatisme était perdu, ce qui peut être le cas dans des situations particulières de la vie : grossesse, accouchement, ménopause, événements éprouvants...

D'où l'intérêt de proposer, lors de la dernière consultation, un contrôle annuel (pathologies importantes) ou tous les trois ou cinq ans suivant les cas.

Les symptômes de M^{me} D. ont été rapidement traités, dès la septième consultation, ainsi que les PTAE avec une nouvelle rééducation en CMP.

« Amener la femme vers l'autonomie, c'est une démarche essentielle en Santé Publique : c'est la patiente qui se rééduque. Elle pourra entretenir, autonome, le travail effectué. »

AMENER VERS L'AUTONOMIE

C'est à la praticienne de faire comprendre à la femme qu'il ne s'agit pas en CMP de se « faire rééduquer le périnée ». Nous ne pouvons que l'accompagner dans "se rééduquer". Pour cela, il est nécessaire d'installer un **partenariat thérapeutique** avec la femme dès la première consultation et tout au long de la démarche CMP.

C'est, par exemple, en lui demandant d'évaluer l'importance de la gêne occasionnée par ses symptômes – lors du questionnaire et lors du compte rendu de fin de traitement – et de faire un calendrier des habitudes que la consultante pourra réaliser un auto-diagnostic.

C'est en lui présentant la démarche CMP et en lui prescrivant des exercices, qu'elle pourra inscrire son travail dans une réalité quotidienne.

C'est aussi tout au long des consultations, s'enquérir du travail personnel prescrit, de son chemin vers la perception sensitive, de la gestion de ses efforts au quotidien afin de la rendre partenaire et responsable de sa rééducation.

Et c'est enfin, en rédigeant le compte rendu de fin de traitement en partenariat avec elle, qu'elle pourra continuer à être actrice de sa rééducation et pérenniser les résultats obtenus, en accord avec elle. ●