

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
et Obstétrique**

—  
**Tome XXXI - 2007  
publié le 12.12.2007**



*TRENTE ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2007*

# **Prolapsus génital : indications et résultats de la rééducation périnéale**

Y. ANSQUER, P. SANTULLI, B. CARBONNE \*  
(Paris)

## **I. INTRODUCTION**

### **Physiologie**

Le plancher musculaire pelvien est un ensemble de muscles étendus depuis la symphyse pubienne puis le long de la paroi pelvienne jusqu'au coccyx. De par sa situation à l'intérieur du bassin osseux, le plancher musculaire pelvien est le seul groupe musculaire de l'organisme assurant un soutien anatomique à des organes, ici les organes pelviens (urètre et vessie, vagin et rectum) [1]. Le plancher musculaire pelvien est constitué de muscles aux orientations variables, chaque muscle ayant de façon isolée une action spécifique. L'innervation du plancher musculaire pelvien est assurée par les racines de S2 à S4.

Le plancher musculaire pelvien présente un tonus de base en position debout, et l'intensité de la contraction peut varier avec la pression abdominale. Le plancher musculaire pelvien peut également être contracté volontairement entraînant une élévation du plancher

\* Service de Gynécologie Obstétrique - Hôpital St Antoine - 75012 PARIS

pelvien dirigée vers l'intérieur et une striction autour de l'urètre, du vagin et du rectum et un déplacement ventral et cranial du périnée [2].

## Évaluation des muscles du plancher pelvien

L'évaluation des muscles du plancher pelvien est essentiellement clinique. La force de la contraction volontaire peut être évaluée par la palpation digitale. L'ICS (*International Continence Society*), recommande une classification en quatre stades : contraction absente, faible, normale, forte [3]. Si aucune contraction volontaire n'est perçue, cela n'exclut pas la possibilité de contractions involontaires ou inconscientes. La qualité de la contraction doit idéalement être testée en position allongée mais aussi debout pour vérifier si la contraction contre la gravité est possible [3].

Enfin les examens d'imagerie, échographie, auparavant colpocytogramme, et plus récemment l'IRM dynamique permettent une évaluation précise des muscles du plancher pelvien au repos et à l'effort [4]. L'IRM en fournissant des données objectives et reproductibles est particulièrement intéressante dans le cadre de protocoles de recherche.

## 2. TECHNIQUES DE RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

Les protocoles de rééducation périnéale sont variés et souvent peu décrits dans les études. La plupart des experts insistent sur 2 points : 1) consacrer un temps suffisant à la rééducation, 2) augmenter progressivement la quantité et l'intensité des exercices. Un nombre de 30 contractions par jour d'intensité croissante peut être proposé comme un minimum [5].

La rééducation périnéale a 2 objectifs : 1) l'apprentissage d'une contraction volontaire du plancher pelvien avant et pendant une augmentation de la pression abdominale ; 2) l'entraînement musculaire pelvien [6].

### *La contraction volontaire avant effort*

L'objectif est de contracter préventivement le plancher pelvien avant l'apparition d'une surpression abdominale (toux, rire, éternuement...) et de maintenir cette contraction pendant toute la durée de l'effort. Le but est de limiter la descente du col et de la base vésicale.

D'autre part, la contraction du plancher musculaire pelvien augmente la pression intra-urétrale, elle est donc également indiquée en cas d'incontinence urinaire. En 1998 Miller *et al.* ont appelé cette technique le « Knack » [7].

### ***L'exercice musculaire ou méthode de Kegel***

On attribue habituellement à Arnold Kegel la paternité de la rééducation périnéale. Il propose en effet en 1948 la physiothérapie pour restaurer la fonctionnalité du plancher pelvien, initialement en post-partum mais il envisageait déjà son utilisation pour le prolapsus [8]. En réalité la mise en tension du plancher pelvien était proposée dans les ouvrages médicaux anglais depuis 1920 et la médecine traditionnelle chinoise inclut des exercices du plancher pelvien depuis plusieurs millénaires [1].

L'objectif d'un entraînement musculaire, quel que soit le groupe musculaire considéré, est d'obtenir une augmentation du volume du muscle, une augmentation du nombre de motoneurones activés et de leur fréquence d'excitation [9]. L'exercice musculaire pourrait également accroître le tissu conjonctif [10].

La rééducation périnéale peut être manuelle (le thérapeute fait prendre conscience à la patiente de la commande des muscles du périnée), elle peut être également guidée par une sonde vaginale qui retranscrit sur écran la qualité de la contraction (technique dite du *bio-feedback*).

## **3. RÉSULTATS DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE DANS LA LITTÉRATURE**

Les données de la littérature sont très limitées. La revue de la Cochrane publiée en 2006 ne retient que 3 essais randomisés qui présentent eux-mêmes un certain nombre de limites [11, 12, 13], et il n'y a pas eu depuis de nouvelle étude randomisée publiée.

### **L'étude de Piya-Anant [11]**

Les auteurs ont d'abord réalisé une enquête auprès de 682 femmes thaïlandaises âgées de 60 ans et plus et vivant dans un périmètre de 10 km autour de leur hôpital. Parmi celles-ci, 654 étaient considérées

comme ayant un prolapsus de la paroi vaginale antérieure et incluses dans l'étude. 330 femmes étaient randomisées dans le groupe traitement (rééducation périnéale et conseils pour diminuer la constipation) et 324 femmes étaient randomisées dans le groupe témoin.

L'objectif principal était d'évaluer si la rééducation périnéale permettait l'absence d'aggravation du prolapsus de la paroi vaginale antérieure. L'évaluation était réalisée à 6, 12 et 24 mois.

Le groupe expérimental devait réaliser des exercices musculaires pelviens 30 fois par jour pendant 2 ans. Des conseils hygiéno-diététiques étaient également donnés : alimentation plus riche en fruits et en légumes, boisson au moins 2 litres par jour afin de lutter contre la constipation.

À 6 mois il n'était pas retrouvé de différence entre les 2 groupes pour la proportion de femmes ayant une aggravation du prolapsus antérieur.

Pour les femmes initialement classées en « prolapsus modéré », il y avait à 12 mois significativement ( $p < 0,05$ ) moins de femmes ayant une aggravation du prolapsus, mais cette différence disparaissait à 24 mois.

Pour les femmes initialement classées en « prolapsus sévère », il n'y avait pas de différence entre les groupes à 12 mois, mais à 24 mois significativement ( $p = 0,005$ ) moins d'aggravation dans le groupe traité (28 % *versus* 72 %).

La conclusion des auteurs était que la rééducation périnéale est efficace à 24 mois pour la prévention d'une aggravation du prolapsus génital sévère.

## Commentaire

L'étude vise à démontrer l'efficacité de la rééducation périnéale dans la prévention d'une aggravation du prolapsus génital. Cette étude conclut à une efficacité de la rééducation périnéale pour prévenir une aggravation du prolapsus sévère à 2 ans alors que le bénéfice observé pour le prolapsus modéré à un an disparaît à 2 ans. Il s'agit de l'étude randomisée ayant le plus grand effectif parmi les 3 publiées. Cependant un certain nombre de défauts méthodologiques peuvent être notés. La prévalence du prolapsus dans la population des 682 femmes est de 70 %, chiffre élevé justifié par les auteurs comme la conséquence d'une grande parité des femmes de leur population d'étude. Cependant 654 femmes parmi les 682 ont été incluses, soit 96 %. Ainsi une proportion de femmes ne souffrant pas de prolapsus a été incluse.

L'étude ne s'est intéressée qu'au prolapsus antérieur. La sévérité du prolapsus a été évaluée d'une façon non standard. Les auteurs définissent une aggravation du prolapsus comme une « plus grande protrusion de surface de paroi vaginale » pour le prolapsus modéré, et « un plus grand volume de la protrusion de la paroi vaginale » pour le prolapsus sévère. D'autre part les symptômes du prolapsus n'ont pas été évalués. Le nombre de perdues de vue était important puisque seulement 72 % des femmes sont venues aux consultations de suivi. Enfin les numérateurs et dénominateurs des calculs statistiques ne sont pas clairement rapportés, et la réalité de réalisation effective des exercices recommandés n'est pas avérée.

### **L'étude de Hagen 2005 [12]**

47 patientes étaient randomisées, soit dans le groupe avec intervention consistant à 5 rendez-vous de physiothérapie soit dans le groupe témoin qui ne recevait que des conseils d'hygiène de vie.

Le prolapsus était évalué au départ et après 20 semaines par l'examen clinique. Un questionnaire incluant une évaluation des symptômes et de la qualité de vie liés au prolapsus était également envoyé par la poste à 20 et 26 semaines.

À 26 semaines significativement moins de femmes ont rapporté une aggravation des symptômes de prolapsus dans le groupe avec intervention : 7/19 *versus* 16/21 (RR = 0,48; IC 95% : 0,26-0,91). Concernant l'évaluation clinique du prolapsus à 20 semaines, significativement moins de femmes dans le groupe avec intervention avaient un stade POP-Q identique ou aggravé : 6/11 *versus* 9/9 (RR = 0,55; IC 95 % : 0,32-0,94). Lorsque l'on détaille les points recueillis par l'évaluation POP-Q, le point Aa n'était pas différent dans les 2 groupes alors que le point Ba était significativement moins prolabé dans le groupe avec rééducation périnéale. Aucune différence n'était notée dans les 2 groupes pour les questionnaires d'évaluation des symptômes et de qualité de vie.

### **Commentaire**

Ce travail était principalement limité par la taille de l'échantillon et constituait pour les auteurs une étude de faisabilité précédant un essai multicentrique. Par ailleurs le détail de la physiothérapie proposée n'est pas exposé.

## L'étude de Jarvis 2005 [13]

Dans cette étude australienne, les auteurs se sont intéressés à l'apport potentiel de la rééducation périnéale sur l'incontinence et le prolapsus génital chez des femmes devant être opérées pour incontinence urinaire et/ou prolapsus.

60 patientes ont été randomisées, 30 dans le groupe avec intervention (physiothérapie pré- et postopératoire) et 30 dans le groupe témoin.

Les critères de jugement utilisés étaient : un calendrier mictionnel, un *pad test*, une manométrie des muscles pelviens, un recueil des symptômes urinaires et un questionnaire de qualité de vie d'incontinence urinaire.

Sur le plan urinaire les auteurs constatent une amélioration significative des *pad tests* après la chirurgie sans différence significative entre les 2 groupes de randomisation. La symptomatologie urinaire était également améliorée dans les 2 groupes avec une amélioration significativement supérieure dans le groupe avec physiothérapie ( $p = 0,017$ ). De même les urgences diurnes étaient significativement plus faibles dans le groupe avec physiothérapie ( $p = 0,024$ ). La force de contraction des muscles pelviens était également supérieure dans le groupe avec physiothérapie ( $p = 0,022$ ).

### Commentaire

Cette étude est, comme la précédente, limitée par son effectif et par l'absence d'évaluation après traitement des symptômes liés au prolapsus.

## 4. INDICATIONS DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE DANS LE PROLAPSUS

Les indications de la rééducation périnéale dans le prolapsus ne sont pas actuellement codifiées en raison du faible nombre d'études randomisées dans la littérature. Les indications sont donc variables en fonction des équipes, beaucoup considérant que la rééducation ne peut pas être efficace pour un prolapsus extériorisé [14]. Il faut cependant considérer le fait qu'il n'y a pas d'effet négatif connu à la rééducation. Il est donc souhaitable d'aborder systématiquement avec les

patientes la possibilité d'un traitement non chirurgical : conseils hygiéno-diététiques, rééducation périnéale, pessaires [14]. Le principal obstacle à la rééducation peut être l'âge de la patiente et plus généralement son état physiologique.

## 5. CONCLUSION

La rééducation périnéale semble avoir un intérêt dans la prise en charge du prolapsus génital. De nouveaux essais randomisés doivent être conduits pour en préciser les meilleures indications. Dans l'attente de ces études, et en raison de l'absence d'effet négatif connu, la rééducation devrait être systématiquement discutée avec la patiente.

### *Résumé*

*Le plancher musculaire pelvien est le seul groupe musculaire de l'organisme assurant un soutien anatomique à des organes, ici l'urètre et la vessie, l'utérus et le rectum. Le but de la rééducation périnéale est d'augmenter la force et l'endurance du plancher musculaire pelvien, permettant ainsi un meilleur soutien des organes pelviens. Seule la rééducation en cas de prolapsus a été envisagée dans cette revue et non la rééducation périnéale du post-partum.*

*Seules trois études ont évalué par randomisation l'intérêt de la rééducation périnéale dans le prolapsus. Ces études montrent toutes un bénéfice de la rééducation périnéale tant dans la prévention d'une aggravation du prolapsus qu'en association au traitement chirurgical.*

*La portée de ces études est cependant limitée par des problèmes méthodologiques et/ou la faiblesse des effectifs. Enfin la technique de rééducation périnéale employée n'est pas standardisée ni décrite de façon détaillée.*

*De nouvelles études sont donc nécessaires avant qu'il soit possible de proposer des indications formelles à la rééducation périnéale dans le prolapsus. Si la rééducation a peu de chances d'être efficace dans un prolapsus extériorisé, il faut en contrepartie considérer qu'elle n'a pas d'effet indésirable connu et que son efficacité est par contre démontrée pour l'incontinence urinaire, pathologie fréquemment associée au prolapsus.*



## Bibliographie

1. Bo K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female urinary incontinence, but how does it work? *Int Urogynecol J* 2004; 15: 76-84.
2. Bo K, Lilleas F, Talseth T, Hedlund H. Dynamic MRI of pelvic floor muscles in an upright and sitting position. *Neurourol Urodyn* 2001; 20: 167-174.
3. Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bo K, Corcos J, Fowler C, *et al.* Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the international continence society. *Neurourol Urodyn* 2005; 24: 374-380.
4. Ansquer Y, Fernandez P, Chapron C, Frey C, Salomon L, Mandelbrot L, Carbonne B. Static and dynamic MRI features of the levator ani and correlations to the genital prolapse severity. *Acta Obstet Gyn Scand* 2006; 85: 1468-75.
5. Rodriguez-Trowbridge E, Fenner DE. Conservative management of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48: 668-681.
6. Bo K. Can pelvic floor muscle training prevent and treat pelvic organ prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 263-268.
7. Miller JM, Ashton-Miller JA, DeLancey J. A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urien loss in selected women with mild SUI. *J Am Geriatr* 1998; 46: 870-874.
8. Kegel A. A progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948; 56: 238-246.
9. DiNubile NA. Strength training. *Clin Sports Med* 1991; 10: 33-62.
10. Stone M. Implications for connective tissue and bone alterations resulting from resistance exercise training. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 20: 162-168.
11. Piya-Anant M, Therasakvichya S, Leelaphatanadit C, Techtrisak K. Integrated health research program for the Thai elderly: Prevalence of genital prolapse and effectiveness of pelvic floor exercises to prevent worsening of genital prolapse in elderly women. *J Med Assoc Thai* 2003; 86: 509-15.
12. Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Review* 2006, Issue 4. Art. No.:CD003882. DOI: 10.1002/14651858. CD003882.pub3.
13. Jarvis SK, Hallam TK, Lujici S, Abbott JA, Vancaillie TG. Peri-operative physiotherapy improves outcomes for women undergoing incontinence and or prolapse surgery: results of a randomised controlled trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005; 45: 300-3.
14. Weber AM, Richter HE. Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 615-634.