

## Rééducation

# Prolapsus et rééducation périnéale

**RÉSUMÉ:** Le prolapsus touche de nombreuses femmes et reste un sujet tabou. La prise en charge sera rééducative, analytique (rééducation manuelle, électrothérapie et *biofeedback*) mais surtout globale (réintégrer le périnée dans son enceinte abdominale en corrigeant la posture et en réintégrant la co-activation musculaire), sans oublier l'éducation thérapeutique. Le pessaire peut également être proposé avec un accompagnement par un rééducateur ou un médecin. Ce n'est seulement qu'en cas d'échec de ces traitements et de symptômes persistants qu'une chirurgie pourra alors être proposée.



**S. GALLIAC-ALANBARI**  
Cabinet de rééducation périnéale,  
PARIS.

### Définition du prolapsus

Le terme vient de *pro* ("en avant") et *labi* ("tomber"). Cerbonnet définit le prolapsus comme "toute saillie permanente ou à l'effort, dans la lumière vaginale ou à l'orifice vulvaire ou hors de celui-ci, de tout ou partie des parois vaginales doublées de la vessie, du rectum et des culs-de-sac péritonéaux adjacents, ainsi que du fond vaginal solidaire du col utérin" (Congrès français de chirurgie, 1970).

Le prolapsus pelvien (POP) est la conséquence d'une anomalie anatomique :  
– l'élargissement du hiatus urogénital ;  
– l'étirement de l'ensemble des structures impliquées dans la statique et la stabilité des organes pelviens : muscles, ligaments, fascias.

Ces anomalies sont la conséquence de la diminution de la force et de l'efficacité du plancher pelvien.

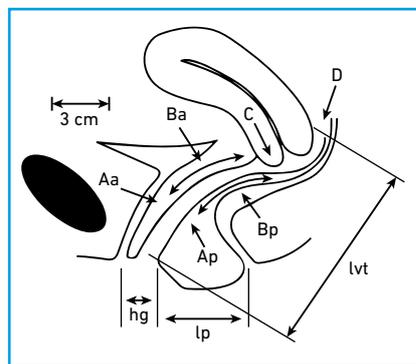
La classification des prolapsus est donnée dans le **tableau I** et la **figure 1**.

### Épidémiologie

Les données de la littérature montrent des écarts considérables dans les chiffres concernant la prévalence, située entre 2,9 et 97,7 %. Ces différences peuvent être dues à des populations étudiées non comparables, mais surtout à la méthode

Classification de Baden et Walker	
Stade	Localisation du prolapsus
1	Intravaginal
2	Affleurant la vulve
3	Dépassant l'orifice vulvaire
4	Prolapsus totalement extériorisé
Classification ICS	
Stade	Localisation du prolapsus
0	Pas de prolapsus
1	Intravaginal
2	Le point le plus bas est à la vulve
3	Prolapsus extériorisé
4	Prolapsus totalement extériorisé

**Tableau I:** Classifications du prolapsus génital.



**Fig. 1:** La référence des mesures se fait à partir de l'hymen. Aa: 1/3 inférieur paroi vaginale antérieure; Ap: 1/3 inférieur paroi vaginale postérieure; Ba: 2/3 supérieurs paroi vaginale antérieure; Bp: 2/3 supérieurs paroi vaginale postérieure; C: col utérin ou fond vaginal; D: cul-de-sac postérieur; hg: hiatus génital; lp: longueur périnéale; lvt: longueur vaginale totale.

## Rééducation

diagnostique employée, posant le problème de la définition de la maladie : l'incidence est mesurée entre 2,9 et 11,4 % si on utilise un questionnaire, et entre 31,8 et 97,7 % si on effectue un examen clinique et qu'on utilise la classification de Baden ou la classification *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POPQ).

La prévalence selon la classification POPQ est la suivante :

- stade 1 : 21,4 à 43,3 % ;
- stade 2 : 4 à 62,9 % ;
- stade 3 : 0 à 6,8 % ;
- stade 4 : 0 à 1,8 %.

Elle augmente avec l'âge jusqu'à 50 ans (ménopause).

Concernant le type de prolapsus, l'étude des compartiments dans la littérature montre une prédominance de l'étage antérieur par rapport à l'étage postérieur, qui lui-même est plus fréquent que l'étage moyen.

### Symptomatologie

La symptomatologie du prolapsus est souvent une pesanteur pelvienne augmentée en fin de journée. Mais on peut également retrouver des plaintes comme une sensation de boule dans le vagin, une impression d'un poids dans le bas-ventre, des tiraillements, des rapports sexuels gênants, une constipation, une gêne à la miction ou même des douleurs et des lombalgies chroniques à type de lumbago.

### Étiologie

#### 1. Le traumatisme obstétrical (tableau II)

#### 2. Les modifications de courbures rachidiennes

L'augmentation de la lordose lombaire et de l'antéversion du bassin, en modifiant la direction des forces intra-abdominales

Variables	OR (IC 95 %)	p
Âge	1,05 (1,01-1,10)	0,020
IMC	1,09 (1,01-1,17)	0,025
Accouchement par voie basse	<b>7,22 (1,84-28,27)</b>	0,005
Nombre de césariennes	0,43 (0,24-0,78)	0,006
Nombre d'accouchements avec forceps	1,07 (0,60-1,92)	0,824
Antécédents familiaux de prolapsus	2,27 (1,05-4,93)	0,038
Poids de naissance ≥ 4 000 g	2,91 (1,24-6,79)	0,014

Tableau II : Facteurs de risque des prolapsus génitaux (d'après [1]).

vers la fente vulvaire et non la région anorectale, serait un facteur favorisant les prolapsus (fig. 2). 91 % des patientes avec une anomalie des courbures rachidiennes ont un prolapsus génital (OR : 3,19) [3-5].

La morphologie du bassin est évaluée par l'incidence pelvienne (IP = pente sacrée + version pelvienne), elle détermine l'orientation des insertions du

muscle releveur. La version pelvienne est l'angle entre la verticale et la ligne rejoignant le centre des têtes fémorales au centre du "plateau sacré". La pente sacrée correspond à l'orientation de face supérieure du sacrum/horizontale passant par le bord postérieur de face supérieure (fig. 3).

Une grande incidence (angle > 62 °C) correspond à un bassin bréviligne, c'est-à-dire un bassin antéversé + un sacrum horizontal. La distance pubo-coccygienne est augmentée et le chef musculaire des releveurs est tendu, on retrouve donc une difficulté à contracter par hypertonie. Une petite incidence (angle < 44°C) correspond à un bassin longiligne, c'est-à-dire un bassin rétroversé + un sacrum vertical. La distance pubo-coccygienne est diminuée et le chef musculaire des releveurs est détendu, la contraction est donc possible si on a une efficacité musculaire mais, si

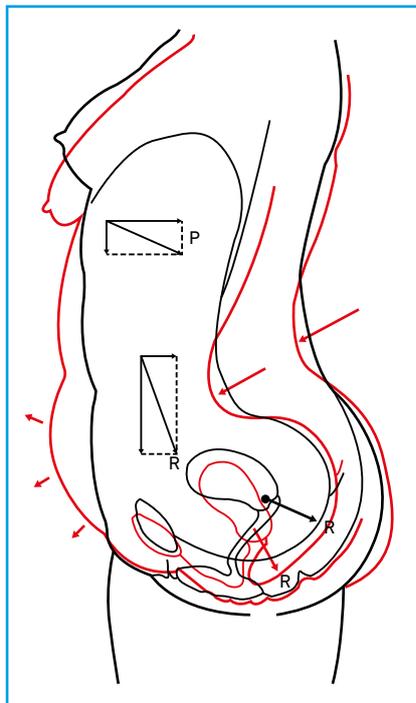


Fig. 2 : Modifications de courbures rachidiennes (d'après [2]).

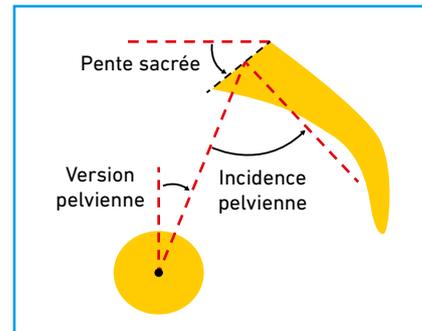


Fig. 3 : Morphologie du bassin.

trop hypotonique, on retrouve une difficulté à la contraction [6].

### 3. La posture

L'impact podal est à la base de l'équilibre pelvien, mais la posture est également sous l'influence de nombreux capteurs comme la vue et l'oreille interne (fig. 4 et 5) [7, 8].

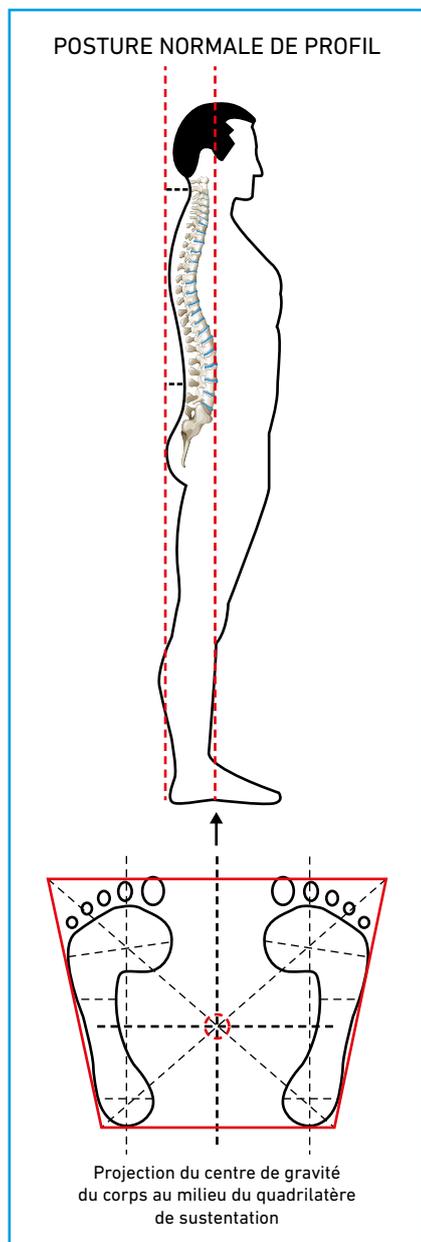


Fig. 4 : Impact podal sur l'équilibre pelvien.

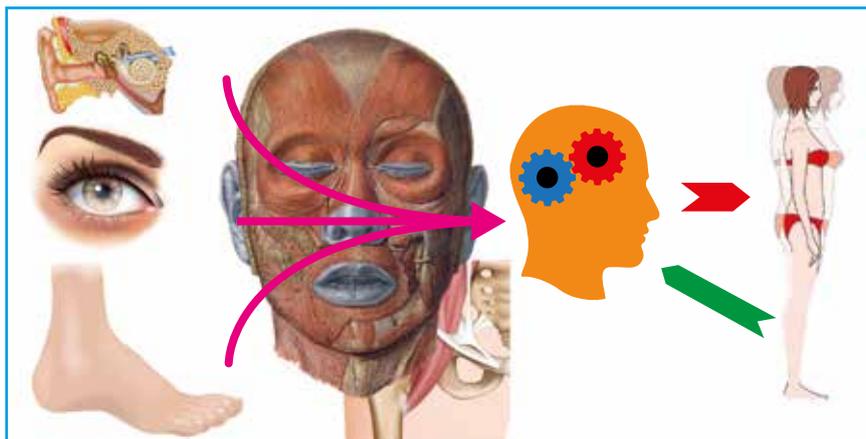


Fig. 5 : La posture est sous l'influence de nombreux capteurs.

### 4. L'âge et la ménopause

Ils entraînent un vieillissement des structures musculo-aponévrotiques et ligamentaires (tableau III).

### 5. Des facteurs congénitaux tels une mauvaise qualité des tissus

Les femmes avec un syndrome de Marfan ou d'Ehlers-Danlos ont un taux élevé d'incontinence urinaire et de prolapsus. Ainsi, dans une série de 12 patientes avec syndrome de Marfan, 4 ont une incontinence urinaire et 5 un prolapsus génital, et dans une série de 8 patientes avec syndrome d'Ehlers-Danlos, 4 ont une incontinence urinaire et 6 un prolapsus génital [9].

### 6. L'activité physique inadéquate : sports à fort impact et sports hyperpressifs

Braekken *et al.* ont démontré que le sport est générateur de prolapsus [10].

Une étude cas-témoins menée par Nygaard *et al.* auprès de 191 femmes ayant un POP et 191 contrôles appariés selon l'âge a évalué l'association entre activité physique et POP à l'aide des questionnaires *Lifetime Physical Activity Questionnaire* (LPAQ) et *Occupation Questionnaire* (OQ) [11]. Les auteurs ont retrouvé que l'activité physique de la vie quotidienne (activités de loisirs, domestique et professionnelle) n'augmentait pas la prévalence du POP anatomique chez les femmes d'âge moyen. Seule une activité intense pendant l'adolescence était significativement associée au risque de POP.

### 7. La surcharge pondérale

Dans une étude, 55,7 % des femmes qui ont vu leur poids augmenter sur une période de 5 ans (moyenne de 4,43 ± 5,95 kg) ont vu leur proportion de prolapsus augmenter de 40,9 à 43,8 % [12]. Dans une autre étude, les patientes avec une diminution de 10 % du poids

Âge (ans)	Stade 0	Stade 1	Stade 2	Stade 3
18-29 (n = 66)	22,7 %	50,0 %	27,3 %	-
30-39 (n = 116)	6,9 %	50,9 %	41,1 %	0,9 %
40-49 (n = 154)	2,6 %	44,2 %	51,9 %	1,3 %
50-59 (n = 95)	3,2 %	38,9 %	55,8 %	2,1 %
60-69 (n = 47)	4,3 %	27,7 %	59,6 %	8,5 %
≥ 70 (n = 19)	-	26,3 %	52,6 %	21,1 %

Tableau III : Répartition des différents stades de prolapsus en fonction de l'âge (d'après l'International Continence Society, 2014).

## I Rééducation

en 5 ans ont eu une régression de la cystocèle et de la rectocèle. Les scores PFDI-20 et PFIQ-7 ont été significativement améliorés (POP antérieur particulièrement) [13].

### ■ Objectifs de la rééducation

L'objectif principal de la rééducation pelvi-périnéale (RPP) est de réduire ou ralentir l'évolution des symptômes et de diminuer l'impact de la pathologie sur la qualité de vie. Lorsqu'elle est encadrée par un professionnel, elle est multimodale, comportant une partie d'éducation (prise de conscience, modification des habitudes mictionnelles), une partie de renforcement musculaire (contraction contre résistance, co-activation des muscles transverses abdominaux, *biofeedback*, électrostimulation) ainsi qu'un travail sur la posture.

#### 1. Le renforcement des muscles du plancher pelvien

##### >>> Preuves de l'efficacité du renforcement des muscles du plancher pelvien

On retrouve des différences dans les groupes avec POP et sans POP. Dans une étude, la contraction des muscles du plancher pelvien était automatisée pour 38 % des femmes avec POP vs 75,2 % des femmes sans POP [14].

Braekken *et al.* ont étudié 109 femmes avec prolapsus de grade 1, 2 et 3 : ils retrouvent dans le groupe rééduqué une épaisseur musculaire augmentée de 1,9 mm, un hiatus vaginal réduit de 1,8 cm ( $p = 0,026$ ), une réduction de la longueur musculaire de 6,1 mm ( $p = 0,007$ ), et une élévation de la position de la vessie à l'échographie de 4,3 mm ( $p < 0,007$ ) et du rectum de 6,7 mm ( $p = 0,007$ ) [15].

Dans l'étude randomisée de Frawley, le groupe traité bénéficiait de séances de rééducation périnéale (8 séances sur 12 mois) en plus des instructions et des

conseils. Les auteurs notaient une augmentation de la force des muscles du plancher pelvien dans le groupe traité mais pas de différence entre les deux groupes concernant l'*Urogenital Distress Score* (UDI) et l'*Incontinence Impact Questionnaire* (IIQ) [16].

Dans une autre étude, le grade du prolapsus antérieur et postérieur, la force musculaire, l'endurance et des paramètres d'électromyographie étaient également significativement améliorés après rééducation ( $p < 0,01$ ) [17].

##### >>> Techniques de renforcement des muscles du plancher pelvien

###### ● Informer, expliquer et corriger les inversions de commande

Il n'est pas facile de contracter son plancher pelvien : la très grande majorité des auteurs pensent que 30 à 40 % des femmes, même jeunes, en sont spontanément capables, les autres femmes poussent.

###### ● Prise de conscience de la contraction

On utilise des consignes telles que "comme si vous reteniez une envie d'uriner", "comme si vous reteniez un gaz", "serrez votre vagin sur mes doigts" (exercices de Kegel).

###### ● Réintégrer :

- le tonus de base ;
- la force ;
- l'endurance ;
- la résistance.

###### ● Automatiser et intégrer dans la fonctionnalité

Les femmes peuvent apprendre le verrouillage périnéal pour prévenir le POP [18].

##### >>> Électrostimulation et biofeedback

La stimulation du nerf pudendal entraîne une contraction directe du plancher pel-

vien. Le muscle cible est le périnée, muscle innervé par le nerf pudendal, issu des racines nerveuses S1-S2-S3. Cette électrostimulation permet de recruter de nouvelles unités motrices. La stimulation doit se faire par voie vaginale (position où les électrodes seront le plus près des troncs nerveux, **fig. 6**).

Quatre buts sont recherchés par le travail du *biofeedback* à partir d'une contraction active :

- l'enregistrer et en retransmettre "l'image" ;
- dissocier le travail du périnée sans faire travailler les muscles parasites et améliorer les performances : tenue, force, vitesse ;
- renforcer en modulant les différents types de travail dont on a besoin : contraction forte et de courte durée, contraction moyenne et de longue durée, passage d'un type à l'autre, vitesse d'obtention du résultat souhaitée ;
- optimiser et rentabiliser, en reproduisant avec une qualité égale ces contractions sans regarder l'écran, debout en verrouillage périnéal et en déstabilisation (**fig. 7**).



Fig. 6 : Sonde d'électrostimulation.

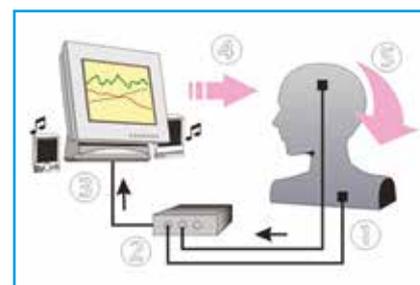


Fig. 7 : Biofeedback.

### >>> Entretenir la rééducation à domicile

Les femmes peuvent améliorer le tonus permanent du plancher pelvien par un entraînement régulier [18]:

- exercices de Kegel;
- aides à domicile : cônes, perles de rééducation (boules de geisha, **fig. 8**), sonde connectée (**fig. 9**).

### >>> Réintégrer les synergies et la co-activation musculaire

Pour obtenir une co-contraction des muscles du plancher pelvien, nous pouvons utiliser différentes voies:

- la co-activation par le transverse de l'abdomen. Sapsford *et al.* et Richardson *et al.* [19, 20] ont prouvé que l'activité concentrique du muscle transverse de l'abdomen déclenchait l'activation du plancher pelvien et vice-versa [21];
- la contraction réflexe grâce aux techniques posturales;
- la co-contraction abdomino-pelvienne et son anticipation permettent la stabilité abdomino-lombo-pelvienne en tant qu'unité centrale fonctionnelle du tronc. La perte de cette activation posturale anticipatrice (la pré-contraction) des muscles du plancher pelvien, déjà décrite par Constantinou en 1981 [22], Richardson en 1999 [20] et Bø en 2003 [23], a été récemment évoquée comme un facteur favorisant le développement de l'incontinence urinaire d'effort et des prolapsus [24-26].

### 2. Corriger la posture avec des semelles posturales (**fig. 10**)

#### Le pessaire cubique : à proposer par tous les rééducateurs !

Il est recommandé chez la femme jeune sexuellement active, la femme ménopausée à condition d'avoir une hormonothérapie locale, la sportive pratiquant des activités physiques délétères ou en

post-partum. On proposera soit de le mettre le matin et le retirer le soir pour les patientes avec des symptômes très handicapants, soit de manière ponctuelle pour la femme jeune dans un but davantage préventif (**fig. 11**).



Fig. 8 : Boule de geisha.

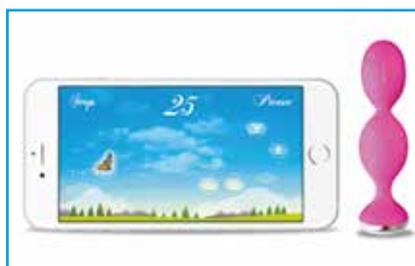


Fig. 9 : Sonde connectée.

## POINTS FORTS

- Le prolapsus peut être un vrai handicap de par ses symptômes.
- Il faut en parler, il existe des solutions.
- Accompagner la patiente par une rééducation adaptée.
- Proposer la pose de pessaire.
- Penser à l'éducation thérapeutique.

Son rôle:

- effet support : chacune des faces du pessaire comporte un creux de forme concave perforé de trous ce qui permet un effet "ventouse" dans le vagin, empêchant la mobilité du dispositif et stabilisant tous les viscères attenants (utérus, vessie). Le système de ventouse, au lieu d'élargir le fond du vagin, permet un rétrécissement de celui-ci ainsi qu'un rapprochement latéral des parois du vagin (je parle souvent d'un effet "lifting" du périnée);
- effet volume : comblement du hiatus uro-génital grâce à sa forme cubique.



Fig. 10 : Semelles posturales.



Fig. 11 : Gyn & Cube, laboratoire Gynéas.

# Rééducation

## Règles hygiéno-diététiques

### 1. Conseils nutritionnels

Il est essentiel de manger sain, en évitant le gras et le sucre.

### 2. Lutte contre la constipation

Le respect de la posture de défécation (membres inférieurs surélevés de telle sorte que l'angle tronc/membre soit supérieur à 90°) est essentiel. Il est important d'incorporer des fibres dans l'alimentation et de boire 1 à 1,5 litre d'eau par jour.

Il faut se présenter à la première envie aux toilettes et, si besoin, mettre un suppositoire d'Éductyl afin de ne pas pousser. Le massage ou l'automassage abdominal peuvent aider, ainsi que la réhabilitation d'une respiration costo-abdomino-diaphragmatique pour stimuler le péristaltisme.

### 3. Gestion de la toux chronique

Il est nécessaire de gérer les pressions vers le haut grâce à l'accélération du flux expiratoire au moment de la toux.

### 4. Gestion des efforts physiques et du port de charge

On évitera les sports hyperpressifs et à impact (jogging, crossfit, basket, handball...). À l'inverse, on recommandera des activités de type natation, yoga.

La prise en charge sera complétée par des séances d'éducation thérapeutique qui amélioreront les symptômes et la qualité de vie des patientes, avec une information sur la sphère pelvienne au niveau anatomique mais également physiologique.

## Conclusion

La nouveauté de la prise en charge rééducative réside dans une prise en charge globale : lombo-abdomino-périnéo-diaphragmatique. On ne doit pas s'arrêter

à la force des releveurs mais à leur compétence et à leur aptitude à l'automatisation.

## BIBLIOGRAPHIE

1. DE FALCO MARTINS K, DE JÁRMY-DI BELLA ZIK, DA FONSECA AM *et al.* Evaluation of demographic, clinical characteristics, and genetic polymorphism as risk factors for pelvic organ prolapse in Brazilian women. *NeuroUrol Urodyn*, 2011;30:1325-1328.
2. KAMINA P. Facteurs favorisant le prolapsus et l'incontinence d'urine d'effort chez la femme. In: *Les Prolapsus génitaux*. GREPA, 1984;83:14-18.
3. MATTOX TF, LUCENTE V, MCINTYRE P *et al.* Abnormal spinal curvature and its relationship to pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*, 2000;183:1381-1384; discussion 1384.
4. NGUYEN JK, LIND LR, CHOE JY *et al.* Lumbosacral spine and pelvic inlet changes associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*, 2000;95:332-336.
5. LIND LR, LUCENTE V, KOHN N. Thoracic kyphosis and the prevalence of advanced uterine prolapse. *Obstet Gynecol*, 1996;87:605-609.
6. BOULAY C, TARDIEU C, HECQUET J *et al.* Sagittal alignment of spine and pelvis regulated by pelvic incidence: standard values and prediction of lordosis. *Eur Spine*, 2006;15:415-422.
7. MARZOLF A. Communication congrès "A deux mains". Marseille, 2016.
8. GAGEY PM, WEBER B. *Posturologie*. Masson, 1995.
9. CARLEY ME, SCHAFFER J. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with Marfan or Ehlers Danlos syndrome. *Am J Obstet Gynecol*, 2000;182:1021-1023.
10. BRAEKKEN IH, MAJIDA M, ELLSTRÖM ENGH M *et al.* Pelvic floor function is independently associated with pelvic organ prolapse. *BJOG*, 2009;116:1706-1714.
11. BØ K, NYGAARD IE. Is physical activity good or bad for the female pelvic floor? A narrative review. *Sports Med*, 2020;50:471-484.
12. KUDISH BI, IGLESIA CB, SOKOL RJ *et al.* Effect of weight change on natural history of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*, 2009;113:81-88.
13. WASSERBERG N, PETRONE P, HANEY M *et al.* Effect of surgically induced weight loss on pelvic floor disorders in morbidly obese women. *Ann Surg*, 2009;249:72-76.
14. SLIEKER-TEN HOVE MCP, POOL-GOUDZWAARD AL, EIJKEMANS MJC *et al.* Pelvic floor muscle function in a general population of women with and without pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*, 2009;21:311-319.
15. BRAEKKEN IH, MAJIDA M, ELLSTRÖM ENGH M *et al.* Morphological changes after pelvic floor muscle training measured by 3-dimensional ultrasonography: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 2010;115:317-324.
16. FRAWLEY HC, PHILLIPS BA, BØ K *et al.* Physiotherapy as an adjunct to prolapse surgery: an assessor-blinded randomized controlled trial. *NeuroUrol Urodyn*, 2010;29:719-725.
17. STÜPP L, MAGALHÃES RESENDE AP, OLIVEIRA E *et al.* Pelvic floor muscle training for treatment of pelvic organ prolapse: an assessor-blinded randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*, 2011;22:1233-1239.
18. BØ K. Can pelvic floor muscle training prevent and treat pelvic organ prolapse? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2006;85:263-268.
19. SÅPSFORD R. The pelvic floor. A clinical model for function and rehabilitation. *Physiotherapy*, 2001;87:620-630.
20. HODGES PW, RICHARDSON CA. Transversus abdominis and the superficial abdominal muscles are controlled independently in a postural task. *Neurosci Lett*, 1999;265:91-94.
21. HODGES PW, RICHARDSON CA. Relationship between limb movement speed and association contraction of the trunk muscles. *Ergonomics*, 2017;40:1220-120.
22. CONSTANTINOU CE, GOVAN DE. Contribution and timing of transmitted and generated pressure components in the female urethra. *Prog Clin Biol Res*, 1981;78:113-120.
23. BØ K, SHERBURN M, ALLEN T. Trans-abdominal ultrasound measurement of pelvic floor muscle activity when activated directly or via a transversus abdominis muscle contraction. *NeuroUrol Urodyn*, 2003;22:582-588.
24. BERGMARK A. Stability of the lumbar spine. A study in mechanical engineering. *Acta Orthop Scand Suppl*, 1989;230:1-54.
25. LEE DG, LEE JL, MCLAUGHLIN L *et al.* Stability, continence and breathing: the role of fascia following pregnancy and delivery. *J Bodyw Mov Ther*, 2008;12:333-348.
26. HODGES PW, CHOLEWIECKI J. Functional Control of the Spine. In: Vleeming A, Mooney V, Stockhart R. *Movement, Stability and lumbopelvic Pain. Integration of research and therapy*. Elsevier, 2006.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.