



VENDREDI 19 NOVEMBRE 2021

PARIS, FRANCE

PALAIS DES CONGRÈS

---

[www.cfu-congres.com](http://www.cfu-congres.com)

# 115<sup>e</sup>

## CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

---

### JOURNÉE DES KINÉSITHÉRAPEUTES

**AfU** ASSOCIATION  
FRANÇAISE  
D'UROLOGIE  
[www.urofrance.org](http://www.urofrance.org)

Connectez-vous !



@AFUrologie

#CFU2021

# PROGRAMME DE LA JOURNÉE DES KINÉSITHÉRAPEUTES 115e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

**Vendredi 19 novembre 2021** – Palais des Congrès de Paris

## ORGANISATEURS :

Dr Xavier BIARDEAU, Sylvie BILLECOCQ  
(AFRePP), Martine CORNILLET-BERNARD (AFRePP),  
Pr Véronique PHÉ

## Prérequis

- Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'État, ayant validé sa formation ou en cours de formation

## Objectifs pédagogiques

- Connaître la prévalence des troubles de la vidange vésicale dans les situations suivantes :
  - Après prostatectomie totale
  - Après enterocystoplastie de substitution
  - Au cours du post-partum
  - Chez la personne âgée
  - Dans le contexte d'endométriose pelvienne profonde
- Connaître les mécanismes des troubles de la vidange vésicale dans les situations suivantes :
  - Après prostatectomie totale
  - Après enterocystoplastie de substitution
  - Au cours du post-partum
  - Chez la personne âgée
  - Dans le contexte d'hypertonie urétrale fonctionnelle
  - Dans le contexte d'endométriose pelvienne profonde
- Connaître la place de la rééducation pelvi-périnéale dans la prise en charge des troubles de la vidange vésicale dans les situations suivantes :
  - Après prostatectomie totale
  - Après enterocystoplastie de substitution
  - Au cours du post-partum
  - Chez la personne âgée
  - Dans le contexte d'hypertonie urétrale fonctionnelle
  - Dans le contexte d'endométriose pelvienne profonde
- Connaître les modalités et les précautions pour la réalisation d'une rééducation pelvi-périnéale dans la prise en charge des troubles de la vidange vésicale dans les situations suivantes :
  - Après prostatectomie totale
  - Après enterocystoplastie de substitution
  - Au cours du post-partum
  - Chez la personne âgée
  - Dans le contexte d'hypertonie urétrale fonctionnelle
  - Dans le contexte d'endométriose pelvienne profonde

## Programme

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10:00 | <b>Le mot du Président du 115e Congrès</b><br>Pr Dominique ROSSI (Marseille)                                                                                                                                                                                                                  |
|       | <b>Rétention urinaire et kinésithérapie : Table ronde</b>                                                                                                                                                                                                                                     |
| 10:10 | <b>Chez l'homme : Après une prostatectomie totale – Après une entérocystoplastie</b><br>Dr Thibault Brierre (Toulouse)                                                                                                                                                                        |
| 10:40 | <b>Rétention urinaire en post-partum et kinésithérapie</b><br>Mme Sylvie Billecocq (Paris), Dr Anne-Cécile Pizzoferrato (Caen)                                                                                                                                                                |
| 11:10 | <b>La rétention urinaire chez la personne âgée et kinésithérapie</b><br>Mme Martine Bernard (Evry), Dr Rebecca Haddad (Paris)                                                                                                                                                                 |
| 11:40 | <b>Hypertonie urétrale fonctionnelle (séviés, abus sexuels)</b><br>Mme Delphine Lelong (Paris), Dr Gilberte Robain(Paris)                                                                                                                                                                     |
| 12:10 | <b>Endométriose pelvienne profonde</b><br>Mme Blandine Liagre (Hellemmes), Dr Xavier Biardeau (Lille)                                                                                                                                                                                         |
| 12:30 | <i>Pause déjeuner</i>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|       | <b>Rapport du congrès : L'HAV</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 14:00 | <b>L'essentiel du rapport du congrès : Hyperactivité vésicale</b><br>Pr Xavier Gamé (Toulouse), Pr Véronique Phé (Paris)                                                                                                                                                                      |
| 14:30 | <b>Publier dans Progrès en Urologie, en tant que Kiné, c'est possible !</b><br><b>Progrès en Urologie 2020 : Les publications des kinés, retour d'expérience</b><br>Point de vue de l'auteur : Mme Véronique Blanchard (Chanceaux)<br>Point de vue du reviewer : Mme Sylvie Billecocq (Paris) |
| 14:45 | <b>La rééducation en groupe : objectifs, avantages, efficacité et limites</b><br>Mme Florence Happillon (Anthy-sur-Léman)                                                                                                                                                                     |
| 15:15 | <i>Pause</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 15:30 | <b>Présentation des recommandations de l'HAS : Prolapsus des organes pelviens de la femme</b><br>Mme Martine Cornillet-Bernard (Evry), M. Benoît Steenstrup (Rouen)<br>Dr Anne-Cécile Pizzoferrato (Caen)                                                                                     |
| 16:00 | <b>Intérêt d'un test au Pessaire : diagnostic, pronostic et thérapeutique</b><br>Pr Xavier Deffieux (Clamart)                                                                                                                                                                                 |
| 16:30 | <b>Conclusion de la journée</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |

Programme réalisé par



Organisé par



En collaboration avec



Organisation congrès :

COLLOQUIUM - CFU 2021 • Paris • Tél. : 01 44 64 15 15 • e-mail : [cfu@clq-group.com](mailto:cfu@clq-group.com)

# **Chez l'homme : Après une prostatectomie totale – Après une entérocytoplastie**

Dr Thibault Brierre (Toulouse)

## Rétention urinaire en post-partum et kinésithérapie

Mme Sylvie Billecocq (Paris), Dr Anne-Claire Pizzoferrato (Caen)

La rétention urinaire en post-partum (RUPP) est une complication du post-partum mal connue et dont la prévalence est très variable en fonction des définitions (variant entre 0,5 et 30% des accouchements). On distingue la rétention urinaire complète du post-partum (RUPP-C), définie comme l'absence de miction spontanée dans les 6 heures après l'accouchement ou un volume vésical supérieur à 400 ml et la rétention urinaire partielle (RUPP-P) qui correspond à des mictions spontanées avec vidange vésicale incomplète (résidu post-mictionnel  $\geq$  150 ml).

De nombreux facteurs de risque ont été évalués dans la littérature ; les principaux étant l'âge, les antécédents de neuropathie ou pathologie urologique obstructive, la primiparité, le travail prolongé, les extractions instrumentales ou l'analgésie péridurale.

Le pronostic est lié à la rapidité du dépistage et de la prise en charge dans les maternités. En cas de retard à la prise en charge, un RUPP peut en effet entraîner la perte partielle ou totale de la capacité contractile de la vessie et à plus long terme des risques de survenue d'infections urinaires à répétition ou de fuites urinaires par regorgement.

Il n'existe aucun consensus validé par les sociétés savantes sur la prise en charge de la RUPP mais l'apprentissage à la maternité des ASPI (autosondages propres intermittents) semble plus adaptée que la pose d'une sonde urinaire à demeure. Le suivi devra ensuite reposer sur l'utilisation de calendriers mictionnels relevant les volumes urinés et auto-sondés dans les jours ou semaines suivant l'accouchement. En cas de RUPP persistante un bilan urodynamique et un examen uro-gynécologique sur table devront être envisagés.

Lors de la rééducation post-partum, la prise en charge est en général déjà mise en place chez ces patientes. Les enjeux seront pour le professionnel, en dehors du travail de renforcement musculaire, de dépister les RUPP persistantes grâce à un interrogatoire détaillé (éventuellement basé sur les questionnaires validés de symptômes urinaires) et l'utilisation de calendriers mictionnels pour contrôler le bon comportement vésical, et ce, manière répétée si nécessaire.

Cette prise en charge optimisée pourra permettre d'éviter la survenue de complications et limiter le risque de récurrence (lors d'un accouchement suivant ou d'une chirurgie par exemple).

## La rétention urinaire chez la personne âgée et kinésithérapie

Mme Martine Bernard (Evry), Dr Rebecca Haddad (Paris)

La rétention urinaire est fréquemment rencontrée chez la personne âgée : 22.1% chez l'homme et 10.8 chez la femme. Elle est définie comme l'incapacité ou l'impossibilité de vider complètement la vessie. Elle est classée comme pouvant être aiguë ou chronique.

La rétention urinaire aiguë (RUA) est l'incapacité soudaine de vider sa vessie malgré une envie impérieuse avec globe vésicale, elle est généralement précédée d'une évolution, progressive de diminution du jet urinaire et intervient lors d'un événement déclencheur : intervention chirurgicale, fécalome, médication (morphinique, anticholinergique...), immobilité... Elle est considérée comme une urgence médicale et la vessie est drainée immédiatement puis la cause de rétention doit être traitée.

La rétention urinaire chronique (RUC) se caractérise par une incapacité permanente à vider complètement la vessie par la miction. Dans de nombreux cas, le patient reste capable d'uriner partiellement par une contraction du détrusor ou par un effort abdominal (appui ou manœuvre de Valsalva).

Les symptômes et les signes cliniques peuvent être moins clairs et l'RUC peut s'accompagner d'une incontinence par regorgement, d'une pollakiurie et d'urgenturie. Par conséquent, l'RUC peut passer inaperçue.

La prise en charge rééducative a un rôle à jouer dans la prise en charge des rétentions chroniques dans certaines causes fonctionnelles comme la dyssynergie vésico-sphinctérienne non neurologique, l'hypertonie sphinctérienne et la prise en charge du prolapsus génital chez la femme. Dans les autres cas, elle peut accompagner les patients en combinant des stratégies comportementales et l'activité physique.

## Hypertonie urétrale fonctionnelle (sévices, abus sexuels)

Mme Delphine Lelong (Paris), Dr Gilberte Robain (Paris)

L'hypertonie urétrale est un concept qui existe depuis de nombreuses années sans que sa définition soit précise. En effet, en dehors des pathologies neurologiques centrales dont on connaît la notion d'hypertonie spastique et plastique, il n'existe pas pour les autres muscles de notion d'hypertonie mais plus de contracture. Le fait que les pressions dans le sphincter urétral soient élevées n'est donc pas pathologique mais c'est plutôt le manque de relaxation lors de la miction qui est en cause ou les contractures du plancher pelvien responsable de douleur.

Certaines pathologies de non relaxation pendant la miction en dehors des pathologies neurologiques sont connues : chez l'enfant syndrome de Hinmann et infections urinaires récidivantes de la petite fille avec urètre « toupie ». Chez la femme adulte le syndrome de Clare Fowler avec rétention d'urine, ovaire polykystique et rafales pseudomyotonique du sphincter strié est bien décrit.

Cette hypertonie dans les syndromes douloureux chroniques et dans les troubles périnéaux après abus sexuels sont souvent évoqués sans beaucoup de littérature.

La prise en charge de cette hypertonie le plus souvent chez la femme même si le « bégaiement urinaire » chez l'homme a été décrit par Jules Jeannet est mal codifiée.

Les traitements médicamenteux n'ont été validés que dans les pathologies neurologiques (toxine, alpha-bloquant).

La rééducation périnéale est toujours proposée avec peu de niveau de preuve mais un consensus d'experts. Il s'agit alors de technique locale massage, relaxation etc. Au total cette notion d'hypertonie urétrale nécessite une définition et des travaux pour permettre un plus haut niveau de preuve

## Endométriose pelvienne profonde

Mme Blandine Liagre (Hellemmes), Dr Xavier Biardeau (Lille)

L'endométriose, définit histologiquement comme la présence de tissu endométrial en-dehors de la cavité utérine, touche jusqu'à 10% des femmes en âge de procréer et jusqu'à 40% des femmes présentant des douleurs pelviennes chroniques. Lorsque les nodules d'endométriose infiltrant le péritoine en profondeur ou envahissent les organes adjacents, on parle d'endométriose pelvienne profonde. Cette dernière peut régulièrement entraîner des troubles de la vidange vésicale par infiltration/inflammation du nerf et/ou des plexus hypogastriques. La chirurgie d'exérèse des lésions endométriosiques, comprenant notamment des gestes de résection des ligaments utéro-sacrés et/ou de résection rectale, peuvent altérer encore un peu plus la vidange vésicale. Ainsi, un trouble de la vidange vésicale est rapporté chez environ 20% des femmes présentant une endométriose pelvienne profonde et chez environ 15% des femmes au décours d'un geste chirurgical.

Selon les référentiels actuels, en cas de trouble de la vidange vésical secondaire à une endométriose pelvienne profonde, les autosondages propres intermittents constituent le mode mictionnel de référence, ce d'autant plus qu'il existe une rétention chronique d'urine. Là où la neuro-modulation sacrée peut être proposée comme alternative - chez des patientes motivées et informées de son efficacité limitée - la rééducation pelvi-périnéale ne trouve aujourd'hui sa place dans aucun référentiel. Pourtant, même si l'hypocontractilité détrusorienne est le plus souvent la cause du trouble de la vidange vésicale, l'obstruction sous-vésicale en lien avec une hypertonie sphinctérienne pourrait aussi être régulièrement impliquée dans ces troubles. De même, les femmes atteintes d'endométriose pelvienne profonde présenteraient des dysfonctionnements spécifiques de la musculature pelvi-périnéale. Deux arguments qui laissent entrevoir un intérêt certain pour la rééducation pelvi-périnéale dans la prise en charge des troubles de la vidange associés à l'endométriose.

Au cours de cette présentation nous aborderons les spécificités de cette rééducation pelvi-périnéale et présenterons les résultats obtenus dans notre pratique clinique.

## **L'essentiel du rapport du congrès : Hyperactivité vésicale**

Pr Xavier Gamé (Toulouse), Pr Véronique Phé (Paris)

## **Publier dans Progrès en Urologie, en tant que Kiné, c'est possible !**

### **Progrès en Urologie 2020 : Les publications des kinés, retour d'expérience**

Mme Véronique Blanchard (Chanceaux)

Introduction : Après un diplôme de Masso-Kinésithérapie, il est courant d'effectuer des formations complémentaires. Suite à un DIU et la rédaction du mémoire, un travail de rédaction d'un article dans une revue médicale est un exercice plus rigoureux.

Retour d'expérience :

Avant d'envisager de publier, il va falloir passer par plusieurs étapes dont un investissement dans la lecture d'articles médicaux et se conformer aux instructions aux auteurs de la revue. Puis débute l'indispensable travail de corrections avec les différents co auteurs avant la soumission et le processus de reviewing.

Conclusion :

Publier dans une revue médicale est possible pour les kinésithérapeutes. Il est important de s'entourer de co auteurs expérimentés pour une première expérience. Il y a un réel intérêt pour l'évolution de la profession que les kinésithérapeutes publient dans des revues médicales.

## La rééducation en groupe : objectifs, avantages, efficacité et limites

Mme Florence Happillon (Anthy-sur-Léman)

La rééducation en groupe est pratiquée dans de nombreux pays, en France elle reste minoritaire en comparaison à la rééducation individuelle. La rééducation en groupe est souvent comparée à la rééducation individuelle ou la rééducation à domicile sans supervision. A notre connaissance, aucune recommandation des sociétés savantes n'a été établie pour le choix d'une rééducation en pelvi-périnéologie en groupe ou en individuelle.

Nous nous concentrons sur la rééducation en pelvi-périnéologie dans la prise en soin de l'incontinence urinaire chez la femme de tout âge. Nous souhaitons définir quelles sont les modalités et les patientes ciblées à la rééducation en groupe.

Les objectifs et avantages de la rééducation en groupe sont nombreux et sont essentiellement économiques. Nous revenons également sur l'efficacité de cette pratique, afin d'avoir une vision complète de la rééducation en groupe, nous comparons l'efficacité sur les symptômes, l'observance, l'adhésion, la satisfaction des patientes à ce type de prise en soin.

Les limites à la rééducation en groupe réside dans la nomenclature générale des actes professionnels, limitant cette opportunité dans le champ de la pelvi-périnéologie et sa mise en place en France. Nous observons, dans certains cas, une limite dans l'efficacité des symptômes de l'incontinence urinaire en comparaison à une rééducation individuelle.

Pour cette raison, nous faisons le choix de proposer cette rééducation à un public averti, choisi en fonction de ces caractéristiques (âge, objectif de la rééducation) et sa motivation influençant ainsi l'observance et l'adhésion au traitement.

Les résultats trouvés dans le champ de la pelvi-périnéologie sont également comparés avec les autres champs de rééducation avant d'établir un algorithme décisionnel de proposition à nos patientes vers une rééducation en groupe et/ou individuelle.

Les recherches cliniques devront se poursuivre pour justifier d'allier la rééducation en groupe avec la rééducation individuelle et non seulement les opposer, de préciser les patients ciblés ou moment de la rééducation ciblés par cette prise en soin et de varier les objectifs de rééducation en pelvi-périnéologie.

# Présentation des recommandations de l'HAS : Prolapsus des organes pelviens de la femme

Mme Martine Cornillet-Bernard (Evry), M. Benoît Steenstrup (Rouen)  
Dr Anne-Claire Pizzoferrato (Caen)

Prolapsus génital de la femme, prise en charge thérapeutique/Recommandations HAS 2021

## Contexte

Le prolapsus génital de la femme est un trouble de la sphère pelvienne défini comme la « descente d'un ou plusieurs éléments anatomiques de la paroi vaginale antérieure, de la paroi vaginale postérieure, de l'utérus ou de l'apex du vagin, en corrélation avec les symptômes qui leurs sont associés » [1]. Il correspond à une défaillance des systèmes de soutènement et/ou de suspension. La chirurgie réparatrice présente un taux élevé de risque de ré-intervention et un risque non-négligeable de complications [3]. Les prises en charge alternatives à la chirurgie sont les traitements conservateurs avec une éducation thérapeutique sur les bonnes mesures hygiéno-diététiques, la rééducation et la pose de pessaire. L'objectif de cet article est de présenter une synthèse de l'aspect rééducatif des POP, rédigé par le groupe de travail (Annexe 1), et publié par l'HAS sous le titre : « Prolapsus génital de la femme, prise en charge thérapeutique » [5]. Nous avons effectué une synthèse des deux textes rédigés par le groupe de travail: recommandations [5] et argumentaire [6].

## Résultats

### *Evaluation*

L'examen clinique initial porte sur l'évaluation du grade du prolapsus, une évaluation du handicap, des symptômes et du retentissement sur la qualité de vie (AE). Il a pour objectif de confirmer le diagnostic, d'éliminer une pathologie pelvienne concomitante (AE) et de confronter cet examen aux symptômes et à leur retentissement psycho-social décrits par la patiente. Il est recommandé de demander à la patiente d'effectuer des efforts de poussée et de toux pour évaluer l'importance du prolapsus compartiment par compartiment (AE). La trophicité vaginale, la qualité fonctionnelle des MPP, une recherche d'IU à la toux doivent être évalués (AE). Des auto-questionnaires permettent d'évaluer les symptômes associés au prolapsus génital. Il est recommandé de rechercher les facteurs de risque potentiels de survenue ou d'aggravation, en particulier en cas de récurrence post-chirurgicale (AE). Il est recommandé de proposer une prise en charge spécifique des facteurs modifiables identifiés (AE).

### *Prise en charge rééducative*

La rééducation fait partie des prises en charge conservatrices non chirurgicales recommandées en première intention pour le prolapsus génital modéré (grade C), stade < 3 (AE). Il est recommandé de rassurer la patiente en cas de crainte ou d'incertitude vis-à-vis du prolapsus ou de son évolution (AE). La rééducation améliore les symptômes du POP (pesanteur pelvienne), les symptômes qui lui sont associés (incontinence urinaire ou

anale, urgenturies, troubles de la vidange vésicale ou rectale), la qualité de vie et permet de favoriser le retour aux activités de la vie quotidienne. Le nombre de séances est défini par le rééducateur. La prise en charge sera multimodale. L'électrostimulation à domicile n'est pas recommandée (AE).

L'argumentaire des recommandations [6] précise les éléments suivants : La rééducation comporte une partie d'éducation, rééducation musculaire, ainsi qu'un travail sur le contrôle postural. A ce jour, les techniques de stabilisation lombo-pelvienne permettent une amélioration des symptômes associés au POP avec des résultats équivalents aux exercices analytiques des MPP. Aucune étude n'a pu montrer la supériorité de la rééducation hypopressive abdominale par rapport à la rééducation des MPP.

#### *Commentaire des auteurs*

Si l'ensemble de ce texte permet enfin d'encadrer la prise en charge des POP, nous pensons qu'il serait important d'élargir les formulations de prescriptions proposées par la NGAP. Selon les discussions du groupe de travail de la HAS, le terme « rééducation périnéale » semble en effet trop restrictif, au regard de l'aspect multimodal de la prise en charge des POP.

#### *Conclusion*

Le prescripteur dispose désormais de recommandations lui permettant d'orienter ces patientes vers une prise en charge rééducative et le rééducateur dispose des modalités pour conduire une prise en charge multimodale optimale. Des études de haute qualité méthodologique sont encore nécessaires afin de consolider les modalités de la prise en charge des prolapsus génitaux de la femme.

#### *Références*

1. Hallock, J.L. and Handa, V.L., 2016. The epidemiology of pelvic floor disorders and childbirth: an update. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 43 (1), 1-13
2. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2013;24(11):1783-90
3. Fritel X, Campagne-Loiseau S, Cosson M, Ferry P, Saussine C, Lucot JP, Salet-Lizee D, Barussaud ML, Boisramé T, Carlier-Guérin C, Charles T, Debodinance P, Deffieux X, Pizzoferrato AC, Curinier S, Ragot S, Ringa V, de Tayrac R, Fauconnier A. Complications after pelvic floor repair surgery (with and without mesh): short-term incidence after 1873 inclusions in the French VIGIMESH registry. *BJOG*. 2020;127(1):88-97
4. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/300120\\_reco329\\_\\_note\\_cadrage\\_rbp\\_prolapsus\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/300120_reco329__note_cadrage_rbp_prolapsus_mel.pdf)
5. HAS • Prolapsus génital de la femme – Prise en charge thérapeutique. Recommandations. mai 2021
6. HAS • Prolapsus génital de la femme – Prise en charge thérapeutique. Argumentaire. mai 2021
7. Bø K, Nygaard IE. Is physical activity good or bad for the female pelvic floor? A narrative review. *Sports Med* 2020;50(3):471-84

## Intérêt d'un test au Pessaire : diagnostic, pronostic et thérapeutique

Pr Xavier Deffieux (Clamart)

La rééducation périnéale est le traitement de première ligne des prolapsus génitaux car ses risques sont inférieurs à ceux des pessaires, mais seuls les prolapsus génitaux de stade 1 ou 2 peuvent être nettement améliorés par cette rééducation sur un plan anatomique. Pour les prolapsus de stade 3 ou 4, il faut expliquer à la patiente que pour faire « rentrer » la boule, il n'existe que deux solutions ; les pessaires ou la chirurgie. Son efficacité se juge à l'aune des chirurgies évitées : 69-84% des femmes pouvant mettre un pessaire ne se feront pas opérer dans les deux ans. Il existe de multiples types de pessaires (cube, donut, anneau, etc) nécessitant la mise en place d'une consultation spécialisée dédiée. Pour les femmes jeunes capables de mettre et d'enlever le pessaire elle-même c'est en général un cube qui est le mieux toléré. Chez les femmes ménopausées, la prescription d'un pessaire est associée à une estrogénothérapie locale, bien que les essais randomisés sur ce point ne soient pas concluants. Le pessaire n'est pas seulement un outil de traitement du prolapsus et des symptômes associés, mais il est également un outil de diagnostic, permettant parfois d'établir une corrélation entre les symptômes et le prolapsus génital. Il permet également dans certains cas de prédire les résultats de la chirurgie (réversibilité des symptômes, risque d'incontinence urinaire de novo).



