

L'analyse des troubles de la statique pelvienne chez la femme a souvent été limitée au dépistage, le plus souvent assurée par les patientes elles-mêmes, pour des descentes d'organes dont elles venaient se plaindre auprès des médecins. Secondairement est apparue la pathologie urinaire, et plus récemment la pathologie du périnée postérieur avec l'incontinence anale. La prise en charge de ces symptômes, réduite le plus souvent à des traitements chirurgicaux visant pour traiter le symptôme sans analyser la physiopathologie en cause, conduisait à des récives avec des perturbations de la vie sociale majeures. Aujourd'hui, les signes venant de la pathologie anale et sexologique sont venus compléter ces tableaux cliniques. S'il était relativement simple de trouver une réponse aux troubles de la statique pelvienne tant qu'il n'existait pas de questionnaire de qualité de vie et que l'espérance de vie était réduite, il n'en est plus de même aujourd'hui. En effet, l'espérance de vie des femmes est proche de 90 ans. Par ailleurs, la chirurgie ou la rééducation qui ne prendrait pas compte la qualité de vie dans sa globalité, aussi bien au niveau de l'image corporelle que de l'activité physique ou de l'impact social et sexuel, ne peut être acceptée. La meilleure connaissance de la physiopathologie et donc de la biomécanique de la statique pelvienne peuvent aider à mettre en place des démarches de prévention mais aussi d'accompagnement de la prise en charge chirurgicale des lésions.

I - Rappel anatomique : 1 – Les organes : On peut considérer que les organes pelviens : vessie, utérus, rectum sont positionnés en suspension au dessus de la sangle pelvi-périnéale qui constituent à ce niveau un véritable diaphragme à l'identique du diaphragme abdominal. Ces organes pelviens sont donc maintenus par des systèmes de traction antérieurs, postérieurs, latéraux, assurant leur mobilité et leur déplacement en fonction des contraintes et des pressions induites par les mouvements quotidiens, voire par les évacuations des réservoirs. L'aspect particulier et récent de notre compréhension du prolapsus associe à la position des organes la notion du fonctionnement des réservoirs et de leur vidange. Il s'agit donc de leur capacité sphinctérienne au niveau vésical et anal qui sont dépendants de leur bon positionnement dans la zone pelvi-périnéale. En effet, tout déplacement de ces réservoirs, au-delà de leur zone habituelle, peut modifier les capacités sphinctériennes et déboucher sur des pathologies à type d'incontinence le plus souvent, de rétention parfois. Le dernier élément anatomique important, au niveau des organes, est lié à la mobilisation de ces derniers sous les efforts de pression qui vont conduire à des pathologies neurologiques liées à des étirements nerveux provoquant simultanément des pathologies de la commande sphinctérienne qui vient s'ajouter aux difficultés précédentes.

2 – La sangle pelvi-périnéale : (La sangle pelvi-périnéale qu'il vaut mieux appeler ainsi que sous la dénomination de plancher pelvien ou périnéal, le plancher étant par définition peu mobile !) La sangle pelvi-périnéale qui se positionne comme un diaphragme n'est pas du tout en situation de carène inversé comme on l'a vu sur tous les schémas jusqu'à la venue de l'IRM dynamique. En effet, cette position des muscles en V correspond à des dissections sur cadavre avec les muscles dévascularisés et non innervés. Dans la réalité, il s'agit d'un réel diaphragme en aile de mouette ou en arcade romaine qui viennent soutenir les organes, tout en assurant une mobilité qui sert à la fois à la continence, à la possibilité de l'accouchement et de la sexualité.

3 – L'impact de la verticalisation humaine avec les courbures du rachis cervico-dorso-lombaire sur les organes pelviens est apparu plus tardivement et a rarement été utilisé dans les thérapies expliquant de nombreux échecs de rééducation, voire de chirurgie. En effet, (cf. KAMINA), l'existence des courbures rachidiennes, associée à une paroi abdominale stable et tonique assure un équilibre des pressions intra-abdominales et une orientation postérieure des pressions vers le raphé ano-coccygien.

II – Biomécanique : C'est la prise en compte de l'ensemble de ces données rachidiennes, pariétales et ligamentaires pour la position des organes et musculaires du diaphragme pelvi-périnéal que permet aborder la physiopathologie du prolapsus et simultanément sa prévention mais également sa prise en charge.

1 – Situation normale : En situation normale (sans hyperlordose), paroi abdominale tonique, les forces de

pression s'équilibrent et celles qui vont agir sur le dôme utérin vont produire une horizontalisation de ce dernier avec une traction en arrière du col par les utéro-sacrés constituant une réelle protection de la zone périnéale à la pression abdominale. Ceci est d'autant plus efficace que, comme l'ont montré les études conduites par KAMINA, cette organisation permet une orientation de la résultante vers le raphé ano-coccygien, zone particulièrement forte qui évite ainsi la descente des organes génitaux dans la filière uro-génitale. De façon anticipée, il est possible pour la femme de contracter la sangle pelvi-périnéale grâce à l'utilisation du levator ani qui assure une fermeture de la fente uro-génitale favorisant le mécanisme précédemment décrit et évitant ainsi, de fait, tout passage vers la fente uro-génitale. C'est la synchronisation de ces systèmes avec l'anticipation périnéale de la force de pression (APCA – anticipation périnéale à la contraction abdominale) qui permet d'assurer simultanément une protection contre le risque de prolapsus et d'incontinence urinaire. La pathologie pelvi-périnéale peut être favorisée, de façon isolée, par : - une anomalie de statique et une hypotonie de paroi abdominale, - un surpoids, - une pathologie obstétricale, - une constipation, - une inversion de commande anale avec des efforts de poussée itératifs sur sphincter fermé conduisant aux risques de périnée descendant voire descendu associé à un étirement des nerfs pudendaux. La connaissance de ces paramètres dans leur ensemble permet de conduire à une prise en charge de la patiente dans sa globalité et avec une analyse complète pelvipérinéale, au-delà des symptômes, pour lesquels la patiente vient consulter. Cette approche permet ainsi d'améliorer les résultats de la rééducation, d'adapter les gestes chirurgicaux à la pathologie et de ne plus utiliser la même technique chirurgicale ou rééducative pour toutes les patientes, ou tous les prolapsus... On peut ainsi imaginer de mettre en place une prévention de ces problèmes chez les femmes très jeunes, voire les petites filles et l'entretenir tout au long de la vie. Ceci s'applique également pour les sportives à tous les niveaux de pratiques. En effet, si ces pathologies pouvaient être négligées il y a quelques dizaine d'années, ceci n'est plus possible aujourd'hui. Compte-tenu de l'espérance de vie augmentée et du souhait d'une qualité de vie maintenue, une prise en charge nouvelle doit être proposée. Ceci permettra de protéger le capital pelvipérinéal et d'éviter la survenue d'un véritable handicap.