

Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 31 (1995)
Heft: 8

Artikel: Rééducation urogynécologique
Autor: Souffir, Joëlle
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929463>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 01.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Rééducation urogynécologique

En urogynécologie, le geste kinésithérapique, bien qu'il soit pratique, ne peut pas être une «recette». Chaque élément de cette rééducation est sous-tendu par une information donnée par le bilan kinésithérapique. Ce dernier, très complet, donne des indications au thérapeute pour orienter son raisonnement. A chaque chapitre de ce bilan, nous indiquerons quel élément est apporté à la conduite de rééducation.

L'exploration urodynamique, s'il y en a une (nous en parlerons plus loin), doit compléter ces éléments; il s'agit bien d'une information destinée à une meilleure compréhension, mais qui ne peut en aucun cas remplacer la description des symptômes fonctionnels.

Trois questionnements doivent rester en filigrane de ce bilan:

- Est ce une indication de rééducation? En effet, certaines maladies ou certains médicaments, par exemple, peuvent donner des symptômes comparables à ceux qu'on peut rééduquer, mais ne sont pas rééducables. Il faut savoir les reconnaître.
- Peut-on utiliser toutes les techniques à notre disposition? Certaines atteintes, neurologiques ou infectieuses notamment, justifient qu'on prenne certaines précautions sur l'utilisation de l'électrothérapie par exemple.
- Quel est le pronostic? L'âge du sujet, la dépendance hormonale de certains tissus, l'incidence neurologique doivent amener une réflexion sur ce qu'on peut attendre de la rééducation et en combien de temps.

1. Le bilan kinésithérapique

Mis à part le dossier du sujet, il sera composé de trois grands chapitres:

- les antécédents;
- l'histoire des symptômes;
- l'examen clinique.

A l'intérieur de ces chapitres, chaque réponse du sujet doit être comprise comme répondant à l'un des trois questionnements précédents.

1) Le dossier

Outre l'état civil du patient, il doit découvrir:

- son âge;
- ses activités habituelles, professionnelles ou non;
- le motif de l'envoi en rééducation.

Incidence kinésithérapique: l'âge, relié aux activités, donnera des informations sur l'état hormonal du sujet et de son niveau d'exigence vis-à-vis de la rééducation: une jeune femme sportive n'aura pas la même exigence fon-

tionnelle qu'une femme plus âgée sans activité professionnelle, par exemple. L'activité du sujet, par ailleurs, permet de reconnaître des conduites de risques périnéaux dont la prophylaxie est à prévoir au cours de la rééducation.

2) Les antécédents

Ils doivent être datés, car rapportés plus tard aux dates d'apparition des symptômes et traités en grandes «familles».

A Antécédents autres que gynécologiques

a Antécédents médicaux

Ils doivent éclairer sur les maladies tissulaires, métaboliques, les pathologies cardiovasculaires justifiant des médicaments, des récepteurs neurovégétatifs pouvant avoir une action sur la sphère vésico-urétrale.

Incidence kinésithérapique: si la date d'apparition des symptômes coïncide avec le début de prise d'un médicament ou d'un cocktail médicamenteux, il sera préférable d'en faire part au médecin, et de toutes façons, ne pas attendre de la rééducation plus qu'une récupération musculaire. C'est un problème fondamental chez le sujet âgé, souvent plurimédiqué.

b Antécédents urologiques

Certains syndromes urologiques, comme les infections urinaires, les sténoses de l'urètre,

les infections ou inflammations urétrales par exemple, peuvent donner une symptomatologie analogue à celles que l'on pourrait rééduquer.

Incidence kinésithérapique: outre qu'il s'agit d'une mauvaise indication, l'électrothérapie est contre-indiquée dans ce cas. Tout soupçon justifie la demande d'un examen cyto bactériologique des urines avant toute électrothérapie.

c Antécédents neurologiques

Ils peuvent être du domaine de la neurologie centrale ou de la neurologie périphérique.

En neurologie centrale, des maladies comme la sclérose en plaques se manifestent d'emblée ou évoluent avec des problèmes urinaires. La maladie de Parkinson peut aussi donner lieu à des prescriptions médicamenteuses pouvant, liées à d'autres, jouer sur l'équilibre vésico-sphinctérien.

Incidence kinésithérapique: l'évolution, même favorable, sera toujours compromise par le risque de poussée.

En neurologie périphérique, nombreuses sont les causes d'atteinte du nerf honteux interne sur le mode de l'étirement (syndrome du périnée descendant, constipation chronique, etc.) ou sur le mode de la coupure franche (accouchement).

Incidence kinésithérapique: toute lésion neurologique périphérique périnéale subit l'évolution connue des trois possibilités (neurapraxie, axonotmésis, neurotmésis). Dans ces cas, les pa-

ramètres d'électrothérapie sont très particuliers et doivent être respectés ainsi que les délais de repousse nerveuse.

d Antécédents orthopédiques

Certaines scolioses à grand angle, certaines compressions au niveau vertébral, surtout lombo-sacré, certaines séquelles de sciatiques opérées, peuvent entraîner des incapacités fonctionnelles au niveau des muscles pelviens.

Incidence kinésithérapique: il semble difficile de rééduquer les conséquences d'une de ces pathologies si, par exemple, la compression n'est pas levée. S'il s'agit de séquelles chirurgicales, donc à type neurologique, les mêmes précautions que celles indiquées plus haut doivent être prises.

e Antécédents rhumatologiques

La prise de certains médicaments myorelaxants ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens donne lieu, parfois, à une symptomatologie urinaire à type de fuites ou de dysurie.

Incidence kinésithérapique: même réflexion qu'à propos de toute prise de médicaments: corrélation des dates, information du médecin.

f Antécédents pneumorespiratoires

Ce genre de problème appelle deux réflexions:

- d'une part, ces maladies font tousser ou leur rééducation demandera qu'on fasse tousser les patients;
- d'autre part, ils donnent lieu à des prises de médicaments jouant sur les récepteurs alpha et bêta présents dans le col vésical et dans la vessie.

Les incidences kinésithérapiques seront aussi de deux ordres: prise en compte des médicaments et surtout adaptation fonctionnelle du plancher pelvien pendant les

efforts de toux obligatoires dans le cursus de rééducation.

g Antécédents psychiatriques

La prise, pendant de nombreuses années successives de certains antidépresseurs, neuroleptiques, hypnotiques, anxiolytiques, peut créer ou renforcer quelques symptômes.

Incidence kinésithérapique: même réflexion que plus haut, le résultat d'une rééducation pratiquée en raison d'une valeur musculaire trop faible sera influencé par des médications qui parfois sont indispensables au patient.

h Antécédents chirurgicaux

Ils peuvent être de l'ordre de la chirurgie viscérale, orthopédique ou de l'ordre de la chirurgie gynécologique (cure de prolapsus, hystérectomie, etc.) ou urologique (iléocystoplastie, prostatectomie, etc.).

Incidence kinésithérapique: même risque de microlésions neurologiques (voir plus haut).

i Antécédents gastro-entérologiques

Ils ont trait, surtout, aux problèmes de constipation opiniâtre qui, à terme et à force d'efforts de poussée quotidiens, peuvent entraîner des dénervations d'étiement.

Incidence kinésithérapique: le risque neurologique est d'autant plus important qu'il peut encore être évolutif et qu'on n'en connaît pas la date de début.

Les résultats de la rééducation seront très aléatoires.

B Antécédents gynécologiques

a Antécédents gynécologiques médicaux

Ils peuvent être de deux ordres:

- liés à une pathologie spécifique, l'endométriase (prolifération de cellules de l'endomètre sur les structures tis-

sulaires avoisinantes) qui peut se traduire par des zones de tissu cicatriciel anarchique, donc des adhérences parfois douloureuses sur les différents organes pelviens;

- liés à des infections à germes particuliers (chlamydia, mycoplasme, trichomonas, gardnerella, etc.) difficiles à dépister et à soigner, et capables d'entraîner des urétrites chroniques ou des mictions impérieuses.

Incidence kinésithérapique: il est difficile de rééduquer un problème lié à une cicatrisation fibreuse et l'électrothérapie sera contre-indiquée tant que les infections seront actives.

b Antécédents obstétricaux

Certains, liés aux dates des accouchements, à la primiparité, au poids des bébés et aux manœuvres d'accouchement donnent des informations sur l'importance des séquelles possibles au plan périnéal.

D'autres, liés à l'éventuel allaitement et au retour de couches, informent sur la possible évolutivité de la récupération, l'ensemble des tissus avoisinants étant hormonodépendants.

Incidence kinésithérapique: la rééducation ne peut commencer qu'à partir de six à huit semaines après un accouchement, du fait de la carence hormonale propre à cette période et subira les aléas de l'imprégnation en œstrogènes. Les résultats peuvent être modérés tout le temps de l'allaitement et progresser très rapidement ensuite.

3) Les signes fonctionnels

A L'incontinence urinaire

Elle se définit par l'émission involontaire d'urine à des moments non choisis par le sujet. L'interrogatoire doit préciser:

PRACTIQUE

- le contexte éventuel d'énurésie;
- la date d'apparition des fuites qui doit être rapportée à la date des antécédents;
- leur mode d'évolution qui peut être très évocateur: symptomatologie progressive et se majorant, ou bien évoluant et régressant à certaines périodes, lié au cycle, etc.;
- leurs circonstances d'apparition: efforts allant de l'effort violent et brutal (toux) à l'effort peu intense de vie courante (marche, port de charges); stimulations sensorielles (bruits d'eau, froid, stress); mixtes ou de circonstances particulières (fuites après la miction, fuites par regorgement, etc.);
- leur fréquence et leur volume;
- le port de garnitures, leur type et leur nombre.

Incidence kinésithérapique: Les circonstances d'apparence «pures» (origine vésicale, origine sphinctérienne, etc.) peuvent être stimulées d'emblée avec des fréquences spécifiques de courant électrique, les mixtes demanderont une réflexion plus fine liée à l'évolution de la rééducation.

B Les troubles mictionnels

Cette part de l'interrogatoire n'a de sens que si on connaît la quantité et la qualité des boissons absorbées. On définira:

- le nombre de mictions diurnes et nocturnes;
- les qualités du jet urinaire qui doit être facile, efficace, non douloureux, confortable et sans résidu;

PRATIQUE

- l'impériosité avec ou sans fuites;
- la possibilité d'interrompre ou non le jet urinaire.

Incidence kinésithérapique: les réponses donnent là des éléments de suspicion permettant de déterminer la responsabilité sphinctérienne ou vésicale, donc des paramètres de stimulation différents, mais ce ne sont que des probabilités, donc des éléments à explorer en cas d'échec d'une rééducation initiale.

C Les troubles anorectaux

Ils peuvent être corrélés aux incontinences urinaires; ce seront les incontinences aux gaz, aux liquides ou aux matières qu'il faudra prendre en compte.

Incidence kinésithérapique: si ces symptômes existent, cela oblige également à une rééducation par voie rectale et à l'apprentissage nécessaire de la mobilité viscérale avec ascension anale.

D Les Douleurs

Elles peuvent être de plusieurs ordres:

- pesanteur pelvienne, classique du prolapsus, mais dont l'intensité n'est pas liée au stade du prolapsus (notons que le prolapsus peut ne pas être douloureux du tout et ne se manifester que par une masse apparente à la vulve);
- douleur de reprise des rapports dans le post partum, d'épisiotomie ou de paroi vaginale;
- douleur aux rapports du prolapsus extériorisé;
- douleur à la miction avec dif-

ficulté de déclenchement ou non;

- douleur de rétention urinaire.

Incidence kinésithérapique: la douleur d'épisiotomie a, dans un premier temps, son indication kinésithérapique.

Le prolapsus extériorisé n'est pas a proprement parler kinésithérapique.

Les douleurs de miction ou de rétention doivent attirer l'attention sur la possibilité d'une pathologie urologique plus complexe qui contre-indique l'électrostimulation.

E L'incidence génito-séxuelle

Outre les dyspareunies, il peut y avoir des «bruits» vaginaux, au sport ou aux rapports, très gênants pour les femmes, ainsi que des anorgasmies ou des anomalies de sensations vaginales plus ou moins importantes, signant une atteinte nerveuse périphérique, même discrète.

Chez l'homme, la perte de sensibilité, selon sa topographie, donne parfois une idée de la racine atteinte et la perte de l'érection (réelle et non psychologique), une lésion à coup sûr des nerfs pelviens.

Incidence kinésithérapique: les bruits vaginaux demandent un effort particulier vers la clôture la meilleure possible du vagin ainsi que «l'étoffement» musculaire. Les problèmes de sensibilité indiquent que l'on peut être sur un versant neurologique à respecter pour les courants utilisés.

F Les habitudes sportives ou de loisirs

Elles doivent être aménagées pour plus ou moins longtemps suivant l'évolution favorable ou décevante de la rééducation.

Incidence kinésithérapique: certains sports obligent le thérapeute à un travail assidu de verrouillage périnéal à l'effort en

position verticale, avec automatisation du geste. Certains sports, malheureusement, devront être interrompus. Là, le kinésithérapeute doit être une aide positive à retrouver une activité sportive de remplacement satisfaisante.

4) L'examen clinique

Il portera sur trois axes principaux:

- l'état trophique, cicatriciel et tissulaire;
- la quantification du prolapsus éventuel;
- l'évaluation clinique et fonctionnelle des muscles releveurs.

A La trophicité

Les tissus vaginaux et vulvaires se doivent être de belle couleur rosée, élastiques, correctement lubrifiés.

a Les anomalies trophiques

Elles peuvent informer sur:

- des carences oestrogéniques: dans ce cas, les tissus sont pâles, secs, parfois comme gercés, douloureux au toucher. Dans le cas du post partum, ces carences se retrouvent fréquemment pendant l'allaitement éventuel, avant le retour de couches et parfois même dans les premiers cycles retrouvés. Dans le cas de la ménopause, ces carences sont liées à l'absence de traitement substitutif, au moins local;
- des contextes infectieux: dans ce cas, les muqueuses sont d'un rouge soutenu, parfois violacé, œdématisé. Il peut y avoir des pertes vaginales.

Incidence kinésithérapique: dans le cas du post partum, la carence oestrogénique, provisoire, sera respectée, et la rééducation ne commencera qu'après six à huit semaines, l'imprégnation hormo-

nale ayant alors repris ses droits. Dans le cas de la ménopause, et s'il n'y a pas de contre-indication médicale, on peut recourir aux œstrogènes locaux, sous forme d'ovules ou de crèmes. L'avis du médecin sera bien sûr sollicité.

Ces produits, outre l'avantage d'améliorer la compliance de l'abord vaginal, ont pour grand intérêt d'améliorer la trophicité des récepteurs alpha-adrénergiques, responsables de la qualité sphinctérienne.

Dans les carences très importantes, un préalable de traitement œstrogénique peut être placé avant d'entamer la rééducation.

Le traitement sera ensuite effectué un peu à distance des séances d'électrothérapie, pour que les produits ne réalisent pas de «barrage» à l'action du courant.

b La mise en évidence des carences et des cicatrices

Elle passe par l'inspection et la palpation tissulaire. La patiente est installée en position gynécologique. Le kinésithérapeute écarte les petites lèvres vulvaires, examine, puis palpe les tissus, qui, outre une coloration correcte, doivent être souples, élastiques, non douloureux.

Les zones qui peuvent porter des cicatrices doivent être également examinées et palpées, sur la totalité du trajet et de la topographie indiquée par la patiente. Il peut se faire en effet que la zone cicatricielle visible soit totalement indolore et souple, alors que la patiente perçoit une zone douloureuse intravaginale qui a été le siège d'une éraillure ou d'une simple distension, encore douloureuse, et passée inaperçue.

Elles sont le plus souvent liées aux séquelles cicatricielles de l'accouchement, épisiotomies dont la topographie est en général précise (médiolatérale ou médiane), déchirures périnéales de plus ou moins grande taille, de topographie plus anarchique. Il

peut y avoir également des nodules cicatriciels douloureux.

Incidence kinésithérapique: le travail sur cicatrice sera un préalable à la rééducation, a fortiori si cette dernière est douloureuse. En effet, toute douleur aura un rôle négatif d'inhibition des potentiels de récupération et rendra la patiente moins compliant à son traitement.

B L'évaluation du prolapsus éventuel

Le prolapsus ou «descente d'organes» peut concerner un ou plusieurs organes; il doit, d'autre part, obéir à un consensus de quantification.

Lors de l'examen clinique, l'inspection soigneuse et les tests «dynamiques» donneront des renseignements précis.

a Les types de prolapsus

Les prolapsus antérieurs concernent en général la vessie, l'urètre, la jonction vésico-urétrale, ou l'utérus. Leur dénomination est donnée par la région concernée: cystocèle, urétrocèle, urétrocystocèle (ou ptôse), cervicocystoptôse, hystérocèle ou hystéroptôse.

Les prolapsus postérieurs concernent en général le rectum basculant dans le vagin ou le cul-de-sac de Douglas descendu dans le vagin. Notons que le terme de prolapsus rectal concerne le rectum descendu et apparaissant au niveau de l'anus.

b La quantification du prolapsus

On donne le nom de stade 3 à la protrusion d'un organe à l'extérieur de l'orifice (vagin ou anus), en dehors de toute incidence dynamique. A l'inspection, l'organe est déjà extériorisé.

On donne le nom de stade 2 à la présence de l'organe affleurant à la vulve lors du simple écartement des petites lèvres. L'effort de poussée amène ce dernier à s'extérioriser.

On donne le nom de stade 1 à l'apparition de l'organe, dans l'orifice, lors de l'effort de poussée. L'incidence kinésithérapique est de deux ordres:

- au-delà d'un stade 2, la kinésithérapie n'aura pas grand sens, si ce n'est préventif, en vue des suites d'une intervention programmée;
- le kinésithérapeute, n'ayant pas droit au diagnostic, ne fera que qualifier ce qu'il voit sans plus de précision diagnostique: à savoir que la mise en évidence d'un «déroulement» de paroi vaginale antérieure ou postérieure ne lui permet que de le désigner comme tel et non pas de nommer l'organe.

c La mise en évidence du prolapsus éventuel

- Inspection statique: lors de l'inspection, le praticien verra une zone prolabée au repos s'il y en a une.
- Inspection dynamique à la poussée: il demandera ensuite à la patiente de tousser, de pousser (comme pour aller à la selle).

A ce moment peuvent apparaître des déroulements de paroi vaginale, dont l'«examen sera affiné par une étude à la «valve», (en fait un demi-spéculum) qui, refoulant l'une des parois vaginales, permet de mettre l'autre en évidence lors des mêmes efforts (pousser, tousser). Notons qu'à ce moment peut aussi se produire une fuite urinaire.

A la retenue il est demandé à la patiente de retenir, comme pour retenir un gaz. A ce moment, on doit noter l'efficacité ou non de cette contraction qui se traduit par l'ascension du noyau fibreux central du périnée.

On peut noter aussi l'éventualité de l'inversion de commande périnéale, où la patiente pousse au lieu de retenir. Par ailleurs, on doit noter la présence ou non de

contractions «parasites» qui, la plupart du temps, concernent les groupes abdominaux et/ou adducteurs, abducteurs, fessiers, pelvitrochantériens, spinaux lombaires.

C L'évaluation clinique et fonctionnelle des releveurs de l'anus

Elle se fait tout d'abord en décubitus dorsal, position gynécologique. Elle doit être précédée d'un examen sommaire des différentes zones d'innervation sensitive et d'une exploration des réflexes simples: clitorido-anal et ano-anal.

Les doigts intravaginaux palpent ensuite les parois postérieure puis latérale droite et latérale gauche du vagin, en demandant la contraction des muscles releveurs. Cela donne l'appréciation d'une sorte de «testing», allant du 0 (absence de contraction) au 5 (normal), difficile à évaluer, dans la mesure où la comparaison au muscle controlatéral n'est pas possible. Cette appréciation s'accompagne de deux notions distinctes: la tenue de la contraction et sa fatigabilité.

La première est la capacité de maintenir une contraction pendant cinq secondes à la même force. La seconde, la capacité de répéter cette contraction à la même force, plusieurs fois de suite, avec des temps de repos doubles des temps de travail.

La même évaluation doit être faite en position verticale; en effet, des muscles même correctement contractiles peuvent ne pas être efficaces en présence de la pesanteur, ce qui est leur lot habituel dans la vie.

Incidence kinésithérapique: on comprendra que là se trouve l'articulation de la «fiche de travail» de la patiente, qu'on développera plus loin.

Cependant on peut déjà s'interroger sur des anomalies qui doivent frapper:

PRATIQUE

- un interrogatoire riche en signes fonctionnels corrélé à un examen clinique parfait: cela implique que, soit les releveurs, existants et puissants, ne sont pas utilisés; soit ils ne sont pas en cause dans la pathologie présente. Quel peut être, à ce moment, le rôle de la rééducation des releveurs?
- un interrogatoire, au contraire très peu parlant, et des releveurs très peu efficaces. Cela arrive notamment dans les rééducations systématiques du post partum, où le rôle de la rééducation est fondamental puisqu'il est celui de la prévention des risques ultérieurs.

2. L'exploration urodynamique

C'est un examen actuellement plus fréquemment prescrit, permettant une évaluation en temps réel des valeurs manométriques du fonctionnement vésico-urétral.

Les valeurs obtenues sont à comparer avec les valeurs normales; cela permet de savoir où se situe l'anomalie, mais sans en donner la cause qui reste à rechercher.

C'est donc l'examen de choix, permettant de discriminer, devant l'échec d'une thérapeutique apparence évidente, telle anomalie de telle autre.

1) L'examen proprement dit

A La débitmétrie

Elle permet d'étudier la qualité du jet urinaire, le temps de

PRATIQUE

miction, le débit maximum, le résidu éventuel. Elle détermine ainsi le degré de dysurie, mais sans en donner la cause. Les causes peuvent en être très variables, de l'obstacle urétral qui gêne l'évacuation, jusqu'à l'hypotonie vésicale, par exemple, l'un ou l'autre devant être exploré pour en déceler l'étiologie.

Incidence kinésithérapique: les données de la débitmétrie peuvent notamment contre-indiquer l'électrothérapie en cas de résidu ou d'hypotonie vésicale.

B L'uretrocystomanométrie, à eau ou à gaz

Elle permet de voir de façon contemporaine l'évolution des pressions urétrale, vésicale et abdominale, pendant toute la durée d'un remplissage vésical à vitesse lente.

On peut chiffrer ainsi le moment de l'apparition du premier besoin (B 1), du besoin justifiant de chercher les toilettes (B 2), du besoin urgent (B 3), du besoin douloureux (B 4).

On qualifiera et on quantifiera ainsi la stabilité, la tonicité, la sensibilité, la réactivité, la compliance vésicale, ainsi que la sensibilité et la stabilité de l'urètre.

Incidence kinésithérapique: les données de l'uretrocystomanométrie permettent de mettre en place des facteurs spécifiques de la rééducation, notamment les paramètres de l'électrothérapie.

C La sphinctérométrie

Elle permet d'examiner le comportement de l'urètre au repos (sphinctérométrie statique), puis à l'effort (sphinctérométrie dynamique), puis lors de tests provocatifs (test à capteur blo-

qué). On évalue ainsi la pression de clôture urétrale, le taux de transmission des pressions, la sensibilité et la stabilité de l'urètre.

L'interprétation et les conclusions de cette exploration mettront un concept et un nom sur les différentes anomalies, le tableau fonctionnel pouvant être la résultante de plusieurs anomalies superposées.

Elles donneront lieu, peut-être, à d'autres explorations, permettant d'affiner encore la compréhension et de trouver, si c'est possible, les thérapeutiques adaptées, qu'elles soient rééducatives et/ou médicamenteuses ou chirurgicales.

2) La place et l'indication de l'exploration

L'examen étant invasif et cher, devant des pathologies dont la thérapeutique semble dans un premier temps évidente, on aurait tendance à tenter ces thérapeutiques sans bilan préalable, l'exploration reprenant ses droits devant un échec du premier traitement, notamment rééducatif.

L'exploration sera aussi prescrite en première intention, devant des manifestations cliniques criantes, comme par exemple un prolapsus extériorisé et invalidant, amenant presque à coup sûr à la chirurgie.

3) L'incidence kinésithérapique de l'EUD

Comme on l'a vu plus haut, les précisions apportées par l'exploration urodynamique peuvent amener à coupler rééducation et médicaments, rééducation et chirurgie, voire médicaments, chirurgie et rééducation.

Sur le plan des techniques kinésithérapiques proprement dites, l'exploration aide à mettre en place des montages plus fins et plus adaptés ou au contraire à

placer certaines contre-indications. Cela sera précisé plus loin.

3. Les techniques de rééducation

Les techniques de rééducation ayant été souvent décrites par ailleurs, elles ne seront que brièvement rappelées afin de permettre la compréhension de l'arbre des conduites à tenir qui suivra lors du prochain chapitre.

1) La rééducation manuelle

Sa cible directe est la musculature périnéale proprement dite, et en priorité les muscles releveurs de l'anus qui ferment comme un «sphincter» le petit bassin. Son anatomie complexe explique ses nombreuses physiologies et l'importance de sa fonctionnalité intègre. La progression de la rééducation trouve son origine dans l'évaluation initiale faite lors du bilan.

A ce moment, le thérapeute peut décider, si le muscle est très faible, de commencer ce travail par une électrostimulation excitomotrice sur le mode du passif ou de l'actif aidé (contractions volontaires effectuées en même temps que l'impulsion électrique). Il y a deux avantages à cette conduite:

- faire repérer exactement au sujet le lieu et le travail qu'on lui demande et qu'il ne sait pas réaliser correctement;
- lui faire percevoir que cette contraction peut et doit se faire sans participation d'autres muscles.

Notons que s'il y a électrostimulation à cette phase, elle ne peut qu'être transitoire et de courte durée.

Si le muscle est contractile et montre une force équivalente à un 2 au testing habituel, il doit être travaillé manuellement sur

les modes connus, actif, actif résisté, en isotonique, et en isométrique, enfin en éveil proprioceptif. Chaque étape de sa progression doit être retrouvée en position verticale de fonction.

Echecs: Ils peuvent être liés à plusieurs éléments, isolés ou contemporains:

- la persistance de l'inversion de commande périnéale, que le sujet, même au bout de nombreuses séances, ne sait pas corriger;
- la lésion neurologique majeure, rendant le muscle atonique et acontractile de façon définitive;
- les releveurs congénitalement graciles et peu étoffés.

2) Le biofeedback

Concernant également la musculature des releveurs, le biofeedback a pour but de rendre performante leur contraction, acquise auparavant lors du travail manuel.

Elle doit en effet à ce moment gagner soit en rapidité et puissance, soit en tenue et en résistance, soit les deux, développant là les potentiels de fibres lentes et de fibres rapides que comporte le muscle.

Le biofeedback peut être exécuté en recueillant des potentiels électriques de surface; dans ce cas, il permet, sous surveillance du thérapeute, de travailler des muscles encore peu efficaces. On peut aussi recueillir des potentiels manométriques; on y perd l'avantage de travailler tôt dans la rééducation, mais on gagne celui de pouvoir opposer au muscle des résistances mesurables.

3) Le verrouillage périnéal à l'effort

Il va dans la suite logique des techniques de rééducation manuelle et de biofeedback, puis-

que c'est le stade le plus poussé de la bonne utilisation des muscles releveurs. Il s'agit d'une adaptation proprioceptive parfaite de ces muscles dans la continence allant jusqu'à l'automatisation de la contraction lors de l'effort.

4) L'électrostimulation fonctionnelle

Nous avons vu plus haut son utilisation comme excitomoteur au démarrage d'une rééducation des releveurs.

Elle a cependant d'autres rôles plus spécifiques:

- celui d'agir dans l'amélioration des forces de continence passive, d'une façon encore mal connue mais souvent efficace, à condition qu'il n'y ait pas de dénervation.

On utilise pour cet effet des protocoles de stimulation quotidienne, en faisant louer au sujet un appareil miniaturisé.

La séance est donc effectuée par le patient à son domicile. Elle dure vingt minutes par jour, tous les jours pendant un mois, un jour sur deux pendant deux semaines, hormis les jours de règles et en respectant les contre-indications connues de l'électrostimulation (maladies évolutives, infections, résidu mictionnel, etc.). La fréquence de stimulation nécessaire est de 50 hertz.

Des instructions sont données au patient pour le nettoyage et la désinfection des électrodes qu'il possède en propre;

- celui d'inhiber, par un circuit réflexe, la contraction du détrusor.

Toujours avec les mêmes précautions, on utilise la fréquence la plus basse supportable (10 à 20 hertz), avec des protocoles comportant un nombre de séances dégressif qui doivent être effica-

ces rapidement, sans quoi le traitement est interrompu. L'utilisation active des muscles releveurs ainsi que l'aide par des médicaments adaptés, pour le même but, doivent être entreprises simultanément, afin de pouvoir relayer la capacité d'inhibition du courant par celle, active, du muscle;

- celui de créer une antalgie sur les cicatrices douloureuses;
- celui d'améliorer la trophicité des tissus vaginaux.

5) Le calendrier mictionnel

Il s'adresse aux patients porteurs d'une pollakiurie, d'une instabilité vésicale reconnue lors d'une exploration urodynamique, et après un ECU ayant éliminé de possibles causes infectieuses.

C'est une technique comportementale, destinée à mettre en évidence, par la tenue d'un cahier très précis, le rythme mictionnel du sujet que l'on relie à la quantité et la qualité des boissons absorbées ainsi qu'à ses activités.

Le patient apporte, à des intervalles réguliers, son cahier au thérapeute. Ils le commentent ensemble et peu à peu «reconstruisent» un rythme mictions-boissons, en suggérant la suppression de certaines mictions de précaution (sans besoin), d'une part, et en utilisant d'autre part la contraction, désormais apprise, des muscles releveurs pour surseoir à une miction.

6) La relaxation

C'est une méthode comportementale apportée en sus. Elle est utilisée d'une part lorsque, tous les éléments pathologiques organiques ayant été éliminés, il ne reste plus chez un sujet que des hypothèses psychosomatiques;

d'autre part, lorsque certains contextes d'anomalies mictionnelles comme la pollakiurie, sont devenues tellement invalidantes et prégnantes dans la vie du sujet, qu'il se sent tout à fait désécurisé et crée une pollakiurie dite de «précaution».

L'apprentissage de certaines relaxations (sophrologie, training autogène, etc.) lui est à ce moment d'un grand secours, créant une amélioration du terrain et venant en complément du calendrier mictionnel.

4. Le plan de rééducation

Il est réalisé à partir des données des bilans. En l'absence d'une exploration urodynamique prescrite en première intention, seuls les éléments du bilan kinésithérapique sont entre les mains du thérapeute.

Notons tout de même que le fait d'avoir une exploration urodynamique ne dispense pas d'un interrogatoire et d'un examen clinique précis. Nous avons vu plus haut que la richesse des symptômes était parfois plus évocatrice que les chiffres d'un bilan.

Nous distinguerons donc deux plans de rééducation, l'un pour le sujet ayant une EUD d'emblée, l'autre pour le sujet n'en ayant pas.

1) Le sujet exploré

Nous avons pour lui tous les éléments nécessaires à monter le traitement. L'analyse de l'interrogatoire permet de repérer les contre-indications et les éléments de prédiction des résultats attendus. L'analyse de l'exploration urodynamique amène à placer, d'emblée, les indications spécifiques, s'il en est besoin, et certaines contre-indications. L'analyse de l'examen clinique permet de solliciter les aides mé-

PRATIQUE

dicamenteuses locales, si c'est utile, et surtout de savoir si les muscles releveurs de l'anus sont capables de tenir leur rôle. Cette question restera fondamentale.

Le premier objectif, chez un sujet ayant des releveurs trop faibles, mal ou non utilisés, sera d'améliorer cet état de choses. C'est le rôle de la rééducation manuelle, du biofeedback et éventuellement du verrouillage à l'effort.

Le second objectif qui peut être ciblé simultanément, est celui d'améliorer la pathologie mise en évidence à l'urodynamique (instabilité vésicale, insuffisance sphinctérienne, etc.).

C'est le rôle de l'électrostimulation fonctionnelle, de l'adaptation de l'usage des muscles releveurs, de la gestion des méthodes comportementales (calendrier mictionnel par exemple), l'éventualité d'un traitement médical ayant au préalable été examinée par le médecin.

2) Le sujet non exploré

Dans ce cas, le kinésithérapeute ne peut travailler qu'à partir de son propre bilan et des conclusions qui en résultent. L'interrogatoire a donné des renseignements sur le fonctionnel. L'examen clinique donne ceux de la trophicité et de la valeur des releveurs.

Là encore, cet élément est fondamental et on se doit de réagir de la même façon que précédemment: toute musculature des releveurs incompétente doit devenir compétente. Quand cela est fait, il faut s'interroger sur la transformation des symptômes. C'est le terme le plus simple et le

PRATIQUE

moins iatrogène pouvant expliquer un certain nombre de plaintes de patients. Un tableau clinique, établi avec des releveurs in-

compétents, peut être amélioré, en tout ou en partie, par une rééducation correcte et bien menée de ces muscles. C'est encore le rôle de la triade rééducation manuelle biofeedback adaptation proprioceptive.

L'utilisation de tel ou tel type d'électrothérapie ou des techniques comportementales qui peuvent être contemporaines ne sont

établies que sur des probabilités qui peuvent devoir être remises en question.

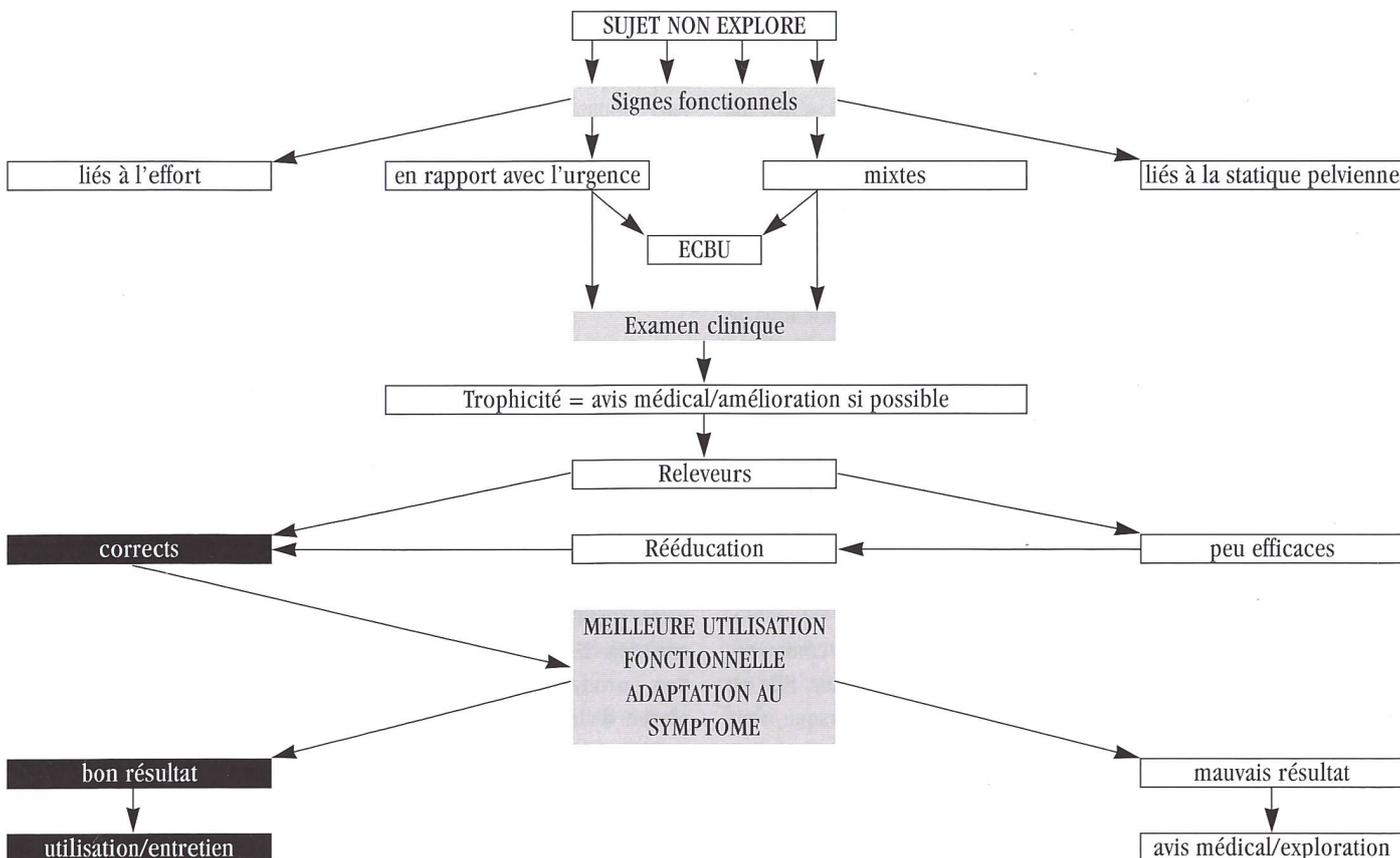
Au fur et à mesure du déroulement de la rééducation, l'évolution du sujet doit amener à s'interroger, suivant que l'effet obtenu va dans le sens de l'amélioration des symptômes ou non.

L'interprétation des symptômes fonctionnels dicte une con-

duite, mais ce n'est qu'une interprétation, et non une certitude. L'absence des résultats espérés ou la persistance des symptômes doit amener à reconsulter et peut-être à explorer.

Les deux tableaux ci-joints précisent, de façon schématique, ces deux arbres thérapeutiques et les probabilités que l'on peut en tirer.

Résultats urodynamiques		SUJET EXPLORÉ			Examen clinique	
Etat trophique pouvant nécessiter le traitement						
Pathologie	releveurs	ESF	rééducation	précaution		
insuffisance sphinctérienne	bons	ESF 50 Hz	fonction à l'effort	avis médical avis médical risque infectueux		
insuffisance sphinctérienne	mauvais	ESF 50 Hz	rééd. + bfb + effort			
hypertonie urétrale	bons	PAS D'ESF	peu d'intérêt			
hypertonie urétrale	mauvais	PAS D'ESF	intérêt discutable			
instabilité urétrale	bons	ESF + ou -	fonction a l'effort			
instabilité urétrale	mauvais	ESF + ou -	rééd. bfb + effort	risque infectueux		
instabilité vésicale	bons	ESF 20 Hz	fonction d'inhibition	ECBU		
instabilité vésicale	mauvais	ESF 20 Hz	rééd. + bfb + inhibition	ECBU		
hypertonie vésicale	bons	PAS D'ESF	peu d'intérêt	avis médical		
défaut de transmission	bons	PAS d'ESF	fonction à l'effort			
défaut de transmission	mauvais	ESF 50 Hz	rééd. + bfb + effort			



Rieducazione uroginecologica

Nella rieducazione uroginecologica il gesto terapeutico non è una «ricetta», ma la risultante di un attento bilancio chinesi-terapico, costituito da tre domande essenziali: È indicato il trattamento riabilitativo? Si possono utilizzare tutte le tecniche a disposizione? Qual'è la prognosi? Il bilancio chinesi-terapico comprende oltre al dossier del soggetto (età, attività abituali e professionali, motivo per il quale è stato inviato in rieducazione), sindrome, evoluzione dei sintomi, esame clinico.

Le sindromi possono essere così raggruppate:

A Sindromi diverse da quelle ginecologiche

- a) Sindromi farmacologiche che possono avere un'azione sulla sfera vescico ureterali: se la data d'apparizione dei sintomi coincide con l'assunzione dei medicinali, con la rieducazione si potrà avere solo un recupero muscolare.
- b) Sindromi urologiche: alcune sindromi urologiche (le infezioni urinarie, le stenosi dell'uretra) che danno una sintomatologia analoga a quelle che si possono rieducare, la rieducazione con elettroterapia è contro-indicata.
- c) Sindromi neurologiche centrali (sclerosi a placche, Morbo di Parkinson) e periferiche. Nei pazienti neurologici centrali l'evoluzione non è favorevole e sarà sempre compromessa dal rischio di pousse. Nei pazienti periferici, i parametri di elettroterapia sono particolari.

- d) Sindromi ortopediche (scolliosi gravi, compressioni vertebrali soprattutto lombosacrali, schiatiche): in fisioterapia bisogna usare le stesse precauzioni che per le sindromi neurologiche periferiche.
- e) Sindromi reumatologiche (per medicinali quali miorellassanti o anti-infiammatori): rientrano nelle sindromi farmacologiche.
- f) Sindromi pneumo-respiratorie: la rieducazione consiste nell'adattamento funzionale del pavimento pelvico durante gli sforzi della tosse.
- g) Sindromi psichiatriche.
- h) Sindromi chirurgiche (chirurgia viscerale, ortopedica, ginecologica): con la rieducazione c'è lo stesso rischio delle microlesioni neurologiche.
- i) Sindromi gastro-enteriche (costipazioni che comportano delle denervazioni di stiramento): i risultati della rieducazione sono aleatori.

B Sindromi ginecologiche

- a) Legate ad una patologia specifica (endometriosi) o legate ad infezioni. È difficile rieducare un problema legato ad una cicatrizzazione fibrosa e l'elettroterapia è contro-indicata nel caso di infezioni.
- b) Sindromi dovute al parto: la rieducazione inizia solo dopo sei o otto settimane dal parto ed i risultati possono essere modesti per il tempo dell'allattamento e progredire rapidamente in seguito.

I segni funzionali:

A Incontinenza urinaria per la quale si devono precisare:

- contesto eventuale dell'enuresi;
- la data di apparizione delle perdite;
- modalità d'evoluzione;
- circostanze in cui appare;
- frequenza e volume.

Se l'incontinenza urinaria è determinata da circostanze pure (origine vescicale o sfinterica), si possono usare stimolazioni di elettroterapia con frequenza specifica; se dipende da circostanze miste sarà invece necessario riflettere sull'evoluzione della rieducazione.

B Problemi minzionali: per la rieducazione è necessario stabilire se si tratta di disturbi di tipo sfinterico o vescicale ed usare quindi dei parametri di stimolazione diversi.

C Problemi rettali correlati ad incontinenza urinaria:

se esistono questi sintomi, si farà una rieducazione per via rettale e sarà necessario un apprendimento della mobilità vescicale con ascensione anale.

D Dolori di diversa origine:

- pesantezza pelvica, classica del prolasso (il prolasso esteriorizzato non è di competenza fisioterapica);
- dolori post-parto e episiotomia che in un primo tempo è trattabile con la chinesi-terapia;
- dolori alla minzione e ritenzione urinaria, per i quali si può pensare a una patologia più complessa dove sareb-

RIASSUNTO

be contro-indicata l'elettrostimolazione.

E Incidenza genito-sessuale («rumori» vaginali, anorgasmie, anomalie della sensibilità vaginale):

i problemi di sensibilità indicano che si può essere su un versante neurologico, per cui è importante la scelta delle correnti utilizzate.

L'esame clinico deve indagare:

- il trofismo cicatriziale e testutale;
- lo stadio di un eventuale prolasso;
- la valutazione clinica e funzionale dei muscoli elevatori.

Per la valutazione clinica vi sono esami clinici quali: esame urodinamico, l'uretromanometria a gas o acqua, la sfinterometria.

Le tecniche di rieducazione:

- 1) La rieducazione manuale e progressiva, si rivolge ai muscoli perineali e soprattutto ai muscoli elevatori dell'ano che chiudono come uno «sfintere» il piccolo bacino. Se la muscolatura è debole, il fisioterapista può cominciare con un'elettrostimolazione eccito-motoria di breve durata, passiva o attiva aiutata (contrazioni volontarie effettuate insieme all'impulso elettrico) allo scopo di far reperire al paziente il luogo e il lavoro richiestogli che il soggetto non sa effettuare correttamente e, di fargli percepire una contrazione, senza la partecipazione di altri mu-

RIASSUNTO

- scoli. Se il muscolo è contrattile con forza al test muscolare pari a due, si lavorerà attivamente, attivo-resistito, in isotonia, isometria e infine un «risveglio» propriocettivo.
- 2) Il biofeedback: con un lavoro sulla muscolatura dei muscoli perineali (elevatori in particolare) che devono acquistare potenza e rapidità sia in tenuta che in resistenza, sviluppando i potenziali delle fibre lente e delle fibre rapide.
 - 3) Adattamento perineale allo sforzo: si tratta di un adattamento propriocettivo perfetto dei muscoli per la continenza fino all'automatizzazione della contrazione durante lo sforzo.
 - 4) L'elettrostimolazione funzionale: oltre alla componente eccitomotoria, agisce nel migliorare le forze di continenza passiva. Si utilizzano dei protocolli giornalieri di stimolazione al domicilio del paziente con un apparecchio miniaturizzato. La seduta dura 20 minuti al giorno per un mese, la frequenza di stimolazione è di 50 Hertz. L'elettrostimolazione ha inoltre come scopo d'inibire, per circuito riflesso, la contrazione del detrusore. Si usano protocolli con sedute decrescenti con frequenze basse sopportabili dal paziente 10/20 Hertz. Con l'elettrostimolazione si può ottenere anche un'antalgia sulle cicatrici dolorose e migliorare il trofismo dei tessuti vaginali.
 - 5) Il calendario minzionale: si rivolge ai pazienti con pollachiuria, instabilità vescicale identificata tramite EUD e

dopo aver accertato la non-esistenza di fattori infettivi. È una tecnica comportamentale per evidenziare il ritmo minzionale del soggetto rispetto alla qualità e alla quantità di ciò che il paziente beve e alle sue attività.

Il paziente porta ad intervalli regolatori il quaderno al terapeuta, che cerca di ricostruire insieme a lui un ritmo minzionale/bevande, suggerendo la soppressione di alcune minzioni precauzionali (senza bisogno), utilizzando la contrazione appresa dei muscoli elevatori per sospendere la minzione.

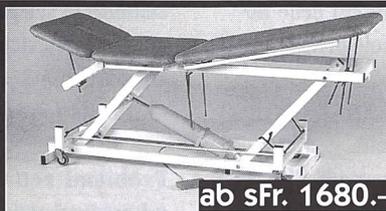
- 6) Il rilassamento: è un metodo comportamentale efficace soprattutto quando gli elementi patologici non sono organici, ma psicosomatici.

Il piano di rieducazione: si distinguono due fasi di rieducazione, una per il soggetto con esplorazione urodinamica e l'altra senza EUD.

Per il soggetto con EUD il problema fondamentale è di stabilire se i muscoli elevatori sono troppo deboli, male o non-utilizzati, e di migliorare, tramite la rieducazione manuale, il biofeedback e l'adattamento allo sforzo, lo stato delle cose. Il secondo obiettivo sarà di migliorare la patologia evidenziata dall'esame urodinamico con l'elettrostimolazione funzionale e la gestione dei metodi comportamentali. Per il soggetto non indagato con EUD, il fisioterapeuta pianifica partendo dal proprio bilancio, derivandone dati sulla funzione, sul trofismo e sul valore degli elevatori. Gli obiettivi rieducativi sono di rendere efficace tutta la muscolatura degli elevatori e interrogarsi sulla trasformazione dei sintomi. L'assenza di risultati o la persistenza dei sintomi implica una revisione del bilancio o rappresenta un'indicazione per l'esplorazione urodinamica.

RehaTechnik

- Massage und Therapieliegen
- Schlingentische und Zubehör



ab sFr. 1680.-

LEHRINSTITUT RADLOFF

CH- 9405 Wienacht-Bodensee
Telefon 071-91 31 90
Telefax 071-91 61 10

Muskeldehnung

warum und wie?

Olaf Evjenth und Jern Hamberg

Eine erfolgreiche Behandlungsmethode bei Schmerzen und beschränkter Beweglichkeit

Teil I

Die Extremitäten. 178 Seiten mit mehr als 260 Bildern, Muskelregister und 16 Tabellen mit Schema über die bewegungshindernde Funktion verschiedener Muskeln. SFr. 70.-

Teil II

Die Wirbelsäule.

Im Moment nicht lieferbar!

BÜCK DICH NICHT!

Ärztliche Anleitung für die richtige Haltung und Bewegung der Wirbelsäule.

Dr. Peter Schleuter

Broschüre mit 40 Seiten Inhalt. In dieser Broschüre wird deutlich gemacht, dass vor allem Belastungen des Alltags und banale Alltagsbewegungen in ihrer Summation zu Rückenbeschwerden führen.

Anhand von Beispielen werden falsche Bewegungen erklärt und die richtigen Bewegungen aufgezeigt. SFr. 21.50

Einsenden an:

Remed Verlags AG, Postfach 2017, CH-6302 Zug/CH

Senden Sie mir bitte gegen Nachnahme:

Anzahl _____ Teil I, SFr. 70.-
(+ Verpackung und Versandkosten)

Anzahl _____ Bück dich nicht! SFr. 21.50
(+ Verpackung und Versandkosten)

Name: _____

Strasse: _____

Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Land: _____

PH-02/95

24 Wirbel ergeben die Wirbelsäule. Tragen Sie Sorge dazu!

Die Voraussetzungen für einen guten und gesunden **Schlaf** und rückenfreundliches **Ruhen** erfahren Sie aus unserem **Gratis-Bettbüchlein**.

Verlangen Sie es – Ihrem Wohlbefinden zuliebe.

Hüsler Nest AG
4538 Oberbipp
Tel. 065-76 37 37


HÜSLER NEST[®]
Das Schweizer Naturbett
PH-08/94

999.-

Administrations-Software für Physiotherapien

DNR Inter-Consulting, Hergiswil/NW
Donat N. Reinhard 041 953 557

ORIGINAL MEDAX

Von uns entwickelt und seit vielen Jahren bewährt.

Machen Sie **keine Experimente mit irgendwelchen Kopien!**

Unser Fabrikationsprogramm:

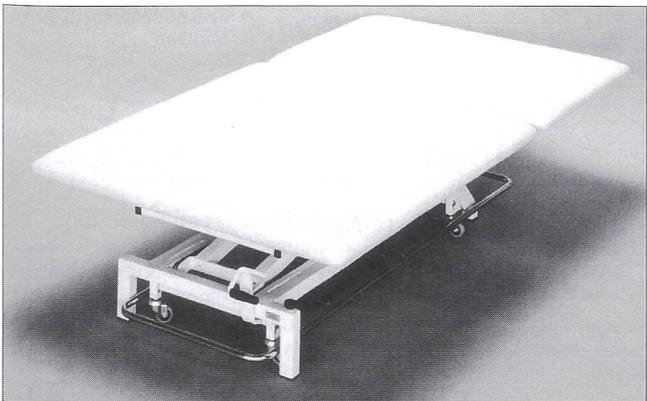
- 2-/3-/4-/6teilige Liegen
- Extensionsliegen
- Bobath-Liegen
- Manualtherapie-Liegen
- Kombi-Liegen mit Gynäkologieteil
- CLEWA-Kofferliegen (Import)

Behandlungsliege MEDAX P 40 A



- Elektrische Höhenverstellung von 44 bis 104 cm mit praktischer Fuss-Schaltstange
- Rückenstütze und Knieflexion mit bequemen Hubhilfen stufenlos verstellbar
- Fahrwerk (Lenkrollen) mit Fusspedal in jeder Position der Höhenverstellung ausfahrbar
- Sehr stabiles Schweizer Fabrikat
- SEV-geprüft
- 2 Jahre Garantie

BOBATH-Liege MEDAX 1- oder 2teilig



- ☐ Senden Sie uns bitte eine Dokumentation.
☐ Bitte rufen Sie uns an.

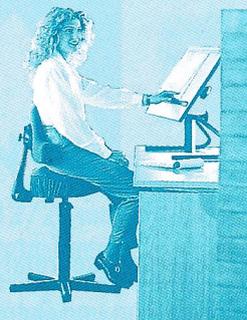
Name: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.: _____

PH-03/94

**MEDAX AG
MEDIZINTECHNIK**

Schneckerstrasse 20
CH-4114 Füllinsdorf BL
Tel. 061-901 44 04
Fax 061-901 47 78

MIT UNSEREN DYNAMISCHEN



PRODUKTEN LÄSST'S SICH IN DER



SCHULE UND IM BÜRO BEWEGT



SITZEN! SCHON PROBIERT?



Bitte senden Sie mir Ihre Unterlagen
inkl. die Broschüre "on the move" von
Dr. med Bruno Baviera

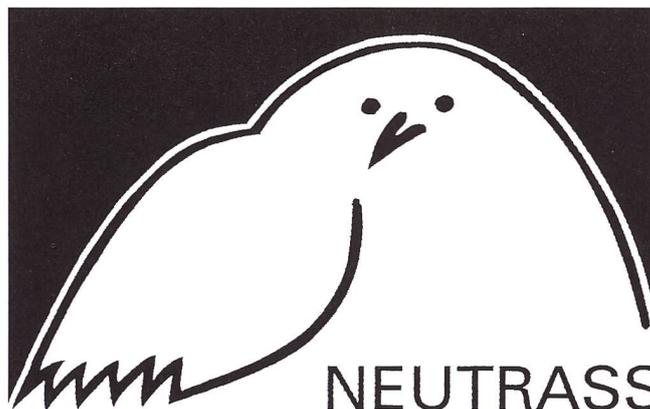
Name.....
Adresse.....
Tel.....

VISTA
WELLNESS

GYMNIC
LINE

RITMO
BIL

Vista Wellness AG • Langendorfstasse 2 • 4513 Langendorf • Tel: 065/382914



NEUTRASS

VERSICHERUNGS-PARTNER AG

Führung des SPV-Versicherungssekretariats

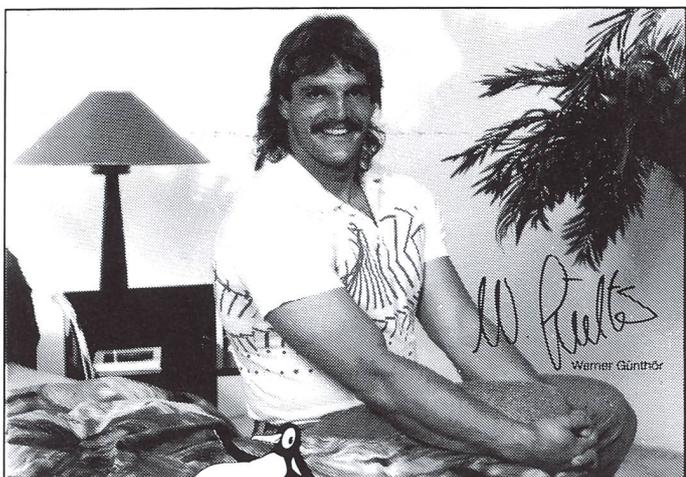
- Erstellung, Ausbau, Beratung und Betreuung des SPV-Versicherungskonzeptes – eine kostenlose Dienstleistung für SPV-Mitglieder
- Ausführung von neutralen und unabhängigen Versicherungsanalysen in allen Versicherungsbereichen
- Erstellung von Prämien-/Leistungsvergleichen
- Durchsetzung von Leistungsansprüchen
- Verwaltung von Portefeuilles und Rahmenverträgen

- Ihre direkte Telefonnummer: **042 - 65 80 50**

Gestion du bureau des assurances FSP

- Constitution, développement, assistance et conseils concernant le concept d'assurance FSP, des prestations gratuites pour les membres de la FSP
- Réalisation d'analyses neutres et indépendantes dans tous les domaines d'assurance
- Etablissement de comparaisons primes/prestations
- Surveillance de l'exécution des droits aux prestations
- Gestion de portefeuilles et de contrats-cadre

- Bureau régional pour la Suisse romande: **022 - 367 13 74**



Werner Günthör
Werner Günthör

Das Wasserbett.
Der Gesundheit zuliebe.

AquaDynamic

Schweizer Qualitäts-Wasserbetten

Gerne senden wir Ihnen eine Dokumentation und eine Liste der autorisierten Fachgeschäfte. Rufen Sie uns einfach an.

Tel. 055 - 27 95 55, FAX 055 - 274 185, VTX 055 - 27 53 55

BDF ●●●●
Beiersdorf
medical



TAPING KURS

Sonntag,
8. Oktober 1995

Kursleitung: Dr. med. P. Jenoure
Rennbahnklinik, Muttenz

Kursinhalt

- Einführungsreferat
- Grundlagen Materialkunde
- Praktische Übungen
- Schlussdiskussion

Dieser Kurs ist speziell für

- Betreuer von Sportclubs
- Physiotherapeuten und Masseure
- Sportärzte, Allgemeinpraktiker
- Turn- und Sportlehrer
- Einzelsportler, Pflegepersonal

Preis: Fr. 225.-
inkl. Mittagessen
und Pausengetränke

Anmeldefrist:
22. September 1995

Bitte senden Sie mir die detaillierten Kursunterlagen.

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Sportart/Funktion: _____

Einsenden an: BDF ●●●● Beiersdorf AG, Division Medical
Aliothstrasse 40, 4142 Münchenstein