

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 47 (2011)
Heft: 3

Artikel: Physiotherapie bei "pelvic pain" = La physiothérapie dans le traitement des douleurs pelviennes
Autor: Lütolf, Béatrice
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-928443>

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: 29.03.2025

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

Physiotherapie bei «pelvic pain»

La physiothérapie dans le traitement des douleurs pelviennes

BÉATRICE LÜTOLF

Schmerzen im Beckenbereich, Symptome des unteren Harntrakts, Störungen der Darm- sowie der sexuellen Funktion gehen oft einher mit Dysfunktionen des Beckenbodens. Ein Therapieansatz ist Physiotherapie.

Zur Beckenboden-Rehabilitation werden PatientInnen meistens wegen einer Inkontinenz zugewiesen. Diese Indikation ist etabliert. Weniger bekannt und untersucht ist die physiotherapeutische Beckenbodenrehabilitation bei Schmerzen im Beckenbereich, einem Symptomenkomplex, der als «pelvic pain» zusammengefasst wird. Pelvic Pain wird definiert [1] als anhaltende Schmerzen oder wiederkehrende Schmerzepisoden im Zusammenhang mit Symptomen des unteren Harntraktes, Störungen der Darmfunktion sowie der sexuellen Funktion, ohne manifeste urologische oder gynäkologische Infektionen oder erkennbaren Pathologien. Pelvic Pain wird bei Frauen wie bei Männern diagnostiziert. Die Prävalenz wird unterschiedlich angegeben, bei Frauen zwischen 4 und 20 Prozent. Die Ursache ist häufig unklar, das Geschehen oft chronifiziert. Es gibt diverse Therapieansätze, einer davon ist die Physiotherapie. [2,3]

Ursachen von Beckenschmerzen

Das Besondere der Behandlung von Pelvic Pain sind die wenig zugänglichen Strukturen, die von den Betroffenen oft unzureichend wahrgenommen werden, und die Tatsache, dass die Behandlung in einem Intimbereich stattfindet. Der Fokus der Interventionen liegt, wie bei anderen physiotherapeutischen Massnahmen auch, in der Beeinflussung von muskuloskelettalen und neuralen Strukturen – dies im Wissen um schmerzphysiologische Prozesse und den funktionellen und biopsychosozialen Zusammenhängen.

Was kann Schmerzen im Becken verursachen? Schmerzverursachende Strukturen können Gelenke, am Becken ansetzende Muskeln und Nerven sein. Diese können zu lokalen oder ausstrahlenden Schmerzen führen. Schmerz kann eben-

Les douleurs situées dans la région du bassin, symptômes de troubles des voies urinaires inférieures, de troubles de l'intestin ou de la fonction sexuelle, s'accompagnent souvent de dysfonctionnements du plancher pelvien. La physiothérapie constitue une des approches thérapeutiques.

Les patients sont généralement amenés à suivre une rééducation du plancher pelvien en raison d'un problème d'incontinence. Cette indication est bien connue. La rééducation physiothérapeutique du plancher pelvien en cas de douleurs situées dans la région du bassin, un syndrome résumé sous le terme de «pelvic pain syndrom» (PPS) est en revanche moins connue et étudiée. Cette affection est définie [1] comme une douleur persistante ou des épisodes douloureux récurrents liés à des symptômes des voies urinaires inférieures, à des troubles de la fonction intestinale ainsi que



La nuit, Aristide Maillol. Foto/Photo: Andreas Praefcke, www.commonswikimedia.org

so von Beckenorganen, pelvi-perinealem Bindegewebe oder der Haut ausgehen. Bei chronifizierten Zuständen spielt auch das zentrale Schmerzgedächtnis eine Rolle. Psychologische Faktoren und individuelle Bewältigungsstrategien beeinflussen das Geschehen begünstigend oder erschwerend (*siehe Abbildung 1*).

Zum physiotherapeutischen Vorgehen und den gebräuchlichen Instrumenten wurde am Universitätsspital Zürich eine Checkliste erarbeitet. Aus dieser werden im Folgenden einzelne Elemente vorgestellt, ohne auf Details und alle Anmerkungen einzugehen. Der Beitrag beschreibt nur die Situation der Frau.

Die Zuweisung

Die Patientinnen werden mit folgenden Diagnosen angemeldet: verspannte Beckenboden-Muskulatur, Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr), Vaginismus, Vulvodynie (generalisiert oder lokalisiert am Vestibulum), Beckenring-schmerzen, Coccygodynie und anorektale Schmerzen. Als assoziierte Diagnosen gelten Haltungsdefizite, muskuläre Dekonditionierung, überaktive Blase, Reizdarm, chronische Zystitis, Endometriose sowie Fibromyalgie.

Bei Unklarheiten in den Zuweisungsunterlagen soll mit der Ärztin oder dem Arzt Kontakt aufgenommen werden. Je nach Schmerzursache und -hypothese kann es von Nutzen sein zu erfahren, welche Erwartungen die Zuweisenden an die Physiotherapie knüpfen und/oder ob andere Therapien vorausgingen oder geplant sind. Wie zur Behandlung von chronischen Schmerzpatienten im Allgemeinen ist auch bei Pelvic Pain ein interprofessionelles Vorgehen empfehlenswert. [4]

Anamnese und erste körperliche Untersuchung

Die Ziele der ersten Sitzung mit der Patientin sind es, das Problem einzuordnen und aus Physiotherapie-Sicht mögliche Massnahmen aufzuzeigen, über die Untersuchungen speziell im Intimbereich zu orientieren sowie Vertrauen zu schaffen. Die Geschichte des Gesundheitsproblems wird mit Augenmerk auf physiotherapeutisch relevante Bezüge erhoben. Speziell wird auf das Schmerzgeschehen eingegangen und es werden auch Fragen gestellt, welche die Sexualität und Funktionen der Beckenorgane betreffen. Sexuelle Übergriffe werden nicht systematisch erfragt, im Einzelfall erfordert diese mögliche Schmerzursache jedoch spezielle Achtsamkeit. In der Literatur wird ein Zusammenhang kontrovers diskutiert. [5]

Es folgt die *körperliche Untersuchung*, diejenige des Beckenbodens meist in der zweiten Sitzung. Speziell an der physischen Untersuchung interessiert: die Statik im Sitzen und Stehen, die Gelenke (ISG, Symphyse, Os coccygis, LWS, Hüftgelenke), die muskuläre Kondition und Dehnfähigkeit der Rumpfmuskulatur sowie der unteren Extremität.

de la fonction sexuelle, sans infections urologiques ou gynécologiques manifestes ni pathologies identifiables. Il concerne aussi bien les femmes que les hommes. Sa prévalence est variable; chez les femmes elle se situe entre 4 et 20%. La cause est généralement peu claire et la douleur tend souvent à devenir chronique. Il existe diverses approches thérapeutiques dont l'une est la physiothérapie. [2,3]

Causes des douleurs pelviennes

La particularité du traitement du PPS réside dans la rareté des structures existantes, souvent mal connues des personnes touchées, et dans le fait que le traitement concerne une région intime du corps. Les interventions, comme dans le cas d'autres mesures physiothérapeutiques, visent notamment à agir sur les structures musculo-squelettiques et neurales en s'appuyant sur la connaissance des processus physiologiques de la douleur et des rapports fonctionnels et bio-psycho-sociaux.

Les structures à l'origine de la douleur peuvent être les articulations, les muscles et les nerfs de la région du bassin. Celles-ci peuvent provoquer des douleurs localisées ou irradiantes. La douleur peut également provenir des organes pelviens, du tissu conjonctif pelvi-périnéal ou de la peau. Dans le cas d'un état chronique, la mémoire centrale de la douleur joue également un rôle. Les facteurs psychologiques et le rapport individuel à la douleur influent de manière favorable ou défavorable sur l'évolution (*voir illustration 1*).

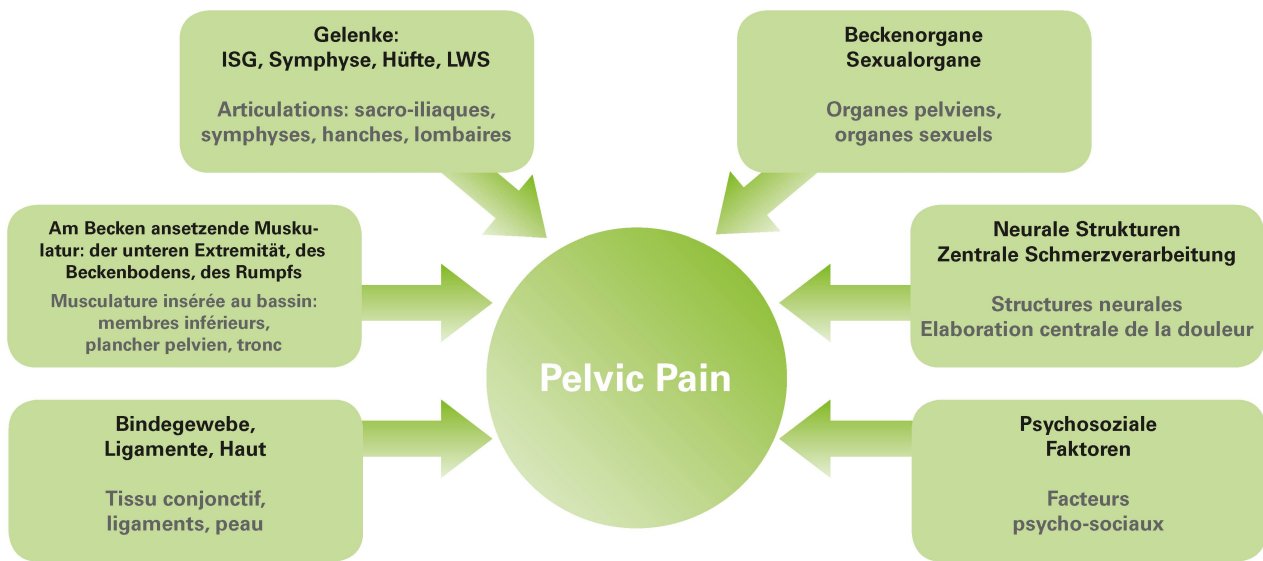
Une check-list consacrée à la démarche physiothérapeutique et aux instruments généralement utilisés a été élaborée à l'Hôpital universitaire de Zürich. Cet article présente différents éléments de cette liste, sans entrer dans les détails. Seule la situation de la femme sera évoquée ici.

Indications

Les patientes viennent consulter suite aux diagnostics suivants: contraction des muscles du plancher pelvien, dyspareunie (douleurs lors des rapports sexuels), vaginisme, vulvodynie (généralisée ou localisée au niveau du vestibule), douleur au niveau de l'anneau pelvien, coccygodynie et douleurs ano-rectales. Les diagnostics associés sont une posture déséquilibrée, une faiblesse musculaire, une vessie hyperactive, un syndrome d'intestin irritable, une cystite chronique, une endométriose ou une fibromyalgie.

En cas de doutes concernant les documents dont dispose la patiente, il convient de contacter le médecin. Une fois la cause de la douleur et l'hypothèse formulées, il est important de connaître les attentes de la patiente à l'égard de la physiothérapie et/ou si elle a suivi ou compte suivre d'autres thérapies. Comme pour le traitement des patients souffrant de douleurs chroniques en général, une approche interprofessionnelle est souhaitable. [4]

Abbildung 1: Mögliche Ursachen für Schmerzreaktionen – angelehnt an H. Frawley und W. Bower [6] |
Illustration 1: Causes possibles des réactions douloureuses – modifié selon H. Frawley et W. Bower [6]



Die Untersuchung des Beckenbodens und Therapieplan

Vor der Untersuchung des Beckenbodens wird die Patientin genau darüber informiert, weshalb und wie eine Physiotherapeutin den Genitalbereich untersucht. Die Patientin soll verstehen, dass die «verborgenen» Muskeln des Beckenbodens dank Palpation beurteilt und anschliessend gezielt behandelt werden können. Erst dann kann die Patientin ihr Einverständnis zur Untersuchung geben. Das Einverständnis wird vor jeder Untersuchung, auch im weiteren Verlauf, neu mündlich oder schriftlich eingeholt und dokumentiert.

Nach der Inspektion kommt die digitale Palpation perineal, vaginal und eventuell rektal. Beurteilt werden Kraft, Ausdauer, Schnellkraft, Reflexaktivität der Muskeln, die Mobilität der Organe bei Beckenboden-Muskelaktivität und Pressmanöver. Die Sensibilität wird geprüft. Neben der Muskelfunktionsprüfung und dem Identifizieren von auf Berührung/Druck schmerzhaften Bereichen wird so die Muskelgrundspannung beurteilt und klassifiziert (tief, normal, hoch).

Die Wahl der Massnahmen beruht auf den Untersuchungsergebnissen, den physiotherapeutisch beeinflussbaren Störungen und den persönlichen Faktoren.¹ Das Resultat am Ende der physiotherapeutischen Intervention soll anhand der Ziele überprüft werden können, welche in Übereinkunft mit der Patientin festgelegt wurden. Diese können sein: die Kontrolle der Beckenboden-Muskelspannung im Zusammenhang

Anamnèse et premier examen physique

L'objectif de la première séance avec la patiente est de cerner le problème, de présenter les mesures physiothérapeutiques possibles, de lui expliquer les examens qui seront effectués, en particulier dans la zone intime, et de la mettre en confiance. L'histoire de ce problème de santé est retracée en mettant l'accent sur les traits pertinents pour le traitement de physiothérapie. La physiothérapeute aborde notamment les manifestations de la douleur et pose des questions concernant la sexualité et les fonctions des organes pelviens. L'abus sexuel n'est pas systématiquement abordé, mais dans certains cas cette cause possible de douleur requiert une attention particulière. Même si le lien fait l'objet de controverse dans la littérature spécialisée. [5]

Vient alors l'*examen physique*, celui du plancher pelvien, généralement lors de la deuxième séance. Il se concentre particulièrement sur les aspects suivants: la statique en position assise et debout, les articulations (ASI, symphyse, coccyx, région abdominale de la colonne vertébrale, articulations de la hanche), l'état et la souplesse de la musculature du torse ainsi que des membres inférieurs.

Examen du plancher pelvien et plan thérapeutique

Avant de procéder à l'examen du plancher pelvien, la physiothérapeute explique à la patiente pourquoi et comment elle va examiner la zone génitale. La patiente doit comprendre que la palpation permet d'examiner les muscles «cachés» du

¹ Gemäss ICF-Modell: Strukturen, Funktionen, Aktivitäten, Partizipation.

mit Schmerz, dass Geschlechtsverkehr möglich ist oder das Sitzen über einen bestimmten Zeitraum.

Pelvic Pain geht oft einher mit einem deconditionierten Beckenboden, respektive überaktiver Muskulatur, die Blasen-/Darmentleerungsstörungen begünstigen oder sexuelle Dysfunktionen zur Folge haben können.

Die wissenschaftliche Datenlage hinsichtlich eindeutiger Empfehlungen oder der Wirksamkeit einzelner therapeutischer Elemente ist mager. [6] Die Herausforderung besteht für uns PhysiotherapeutInnen darin, die Informationen, die therapeutischen Massnahmen und die Instruktionen so zu wählen, dass sie zu einem für die Patientin erstrebenswerten Ergebnis führen.

Informationen und Verhaltensanpassung

Ein Bestandteil der Therapie ist es, die Patientin, abgestimmt auf ihre Vorkenntnisse, über die Anatomie der gesamten Beckenregion zu informieren. Je nach Beschwerden und Störungen wird auf die Funktionen des Beckens und des Beckenbodens eingegangen.

Wenn Juckreiz oder Brennen im Genitalbereich besteht, werden hygienische Massnahmen wie Intimpflege und Waschmittel als potenzielle Reizstoffe angesprochen. Wie häufig, wenn keine gesicherten ursächlich wirkenden Mittel vorhanden sind, existieren viele Hausmittel. Als PhysiotherapeutInnen können wir allenfalls den Patientinnen helfen, die Spreu vom Weizen zu trennen oder Adressen weiterer professioneller Berater abgeben.

Der Umgang mit Schmerzen, insbesondere mit chronischen, bedarf der Analyse und wenn nötig einer Anpassung von Verhaltensweisen. Zusammen mit der Patientin werden Strategien erarbeitet wie schmerzreduzierende Lagerung, Positionen beim Geschlechtsverkehr, Instruktion von Entspannungstechniken oder das Tragen eines Trochantergurts.

Behandlungsmassnahmen

Zur allgemeinen aktiven Rehabilitation zählen Massnahmen wie Haltungskorrektur und -training, Rekrutierung der lokalen Stabilisatoren (M. transversus abdominis, Beckenbodenmuskulatur, Mm. multifidi) zur lumbo-pelvinen Stabilisation unter Einbezug der Atmung.

Als passive Massnahmen kommen manuelle Mobilisationstechniken der Becken-/LWS-Gelenke (Os coccygis) in Frage sowie die Applikation von Wärme/Kälte. Um die Schmerzen zu beeinflussen, werden auch myofasziale manuelle Triggerpunkt- und Bindegewebsstechniken angewendet (siehe anschliessenden Beitrag). Bei Bedarf werden Dehnungen der hüftnahen Muskeln (M. iliopsoas, M. obturator, M. piriformis usw.) instruiert.

plancher pelvien et de déterminer ensuite un traitement en conséquence. C'est seulement après cette explication que la patiente peut donner son accord pour l'examen. La physiothérapeute le lui demandera et en prendra acte avant chaque examen, aussi dans la suite du traitement, oralement ou par écrit.

Après l'examen, la physiothérapeute procède à la palpation tactile des zones périnéale, vaginale et éventuellement rectale. Elle évalue la force, l'endurance, l'élasticité, l'activité réflexe des muscles, la mobilité des organes lorsque on fait travailler les muscles de la zone pelvienne et lorsqu'on exerce une pression. Elle teste la sensibilité. En plus de l'examen de la fonction musculaire et de l'identification des zones douloureuses au toucher/à la pression, la physiothérapeute évalue le tonus musculaire de base et le qualifie (faible, normal, élevé). Le choix des mesures à adopter s'appuie sur les résultats de l'examen, les troubles sur lesquels la physiothérapie peut avoir une influence et les facteurs personnels.¹ Le résultat à la fin de l'intervention physiothérapeutique doit pouvoir être vérifié à l'aide des objectifs qui ont été déterminés en accord avec la patiente. Ceux-ci peuvent être: contrôler le tonus musculaire du plancher pelvien en rapport avec la douleur, rendre les rapports sexuels ou la position assise possibles pendant une certaine durée.

Le PPS va souvent de pair avec un affaiblissement du plancher pelvien ou une musculature hyperactive qui peuvent favoriser des troubles de la miction/défécation ou des dysfonctionnements sexuels.

Les données scientifiques permettant d'attester la valeur de certaines recommandations ou l'efficacité de certains éléments thérapeutiques sont rares. [6] La tâche consiste pour nous physiothérapeutes à choisir les informations, les mesures thérapeutiques et les instructions afin d'obtenir un résultat valable pour la patiente.

Informations et adaptation du comportement

Un des aspects du traitement consiste à informer la patiente, en se basant sur ses connaissances préalables, sur l'anatomie de toute la zone du bassin. Suivant la nature des douleurs et des troubles, on abordera les fonctions du bassin et du plancher pelvien.

En cas de démangeaisons ou de sensation de brûlure dans la zone génitale, on évoquera la possibilité selon laquelle certaines mesures d'hygiène (soin intime, savon) peuvent être la cause de l'irritation. Comme souvent, en l'absence de causes certaines, il existe de nombreux remèdes. En tant que physiothérapeutes, nous pouvons tout au moins aider la patiente à séparer le bon grain de l'ivraie ou l'orienter vers d'autres professionnels qui pourront la conseiller.

¹ Selon le modèle de la CIF: structures, fonctions, activités, participation.

Den Beckenboden wahrnehmen, spannen und entspannen können

Zur spezifischen Rehabilitation der Beckenbodenmuskulatur gehören Wahrnehmungsschulung, korrekte Aktivierung und vollständige Relaxierung des Beckenbodens, die Kontrolle der Muskelspannung, insbesondere auch die Reduzierung einer allenfalls anhaltend erhöhten Grundspannung.

Die Fähigkeit, den Beckenboden entspannen zu können, kann demnach ein wichtiges Mittel zur Schmerzreduktion sein. Hier werden Contract-Release-Techniken [7] empfohlen, ebenso «Down-Training» mit Hilfe von Biofeedback, Oberflächen-Elektromyographie (sEMG) zur unmittelbar sichtbaren Rückmeldung der Muskelaktivität [8,9,10].

Auch Narbenbehandlungen können dazu beitragen, die Schmerzen zu reduzieren, bei vaginalen strukturellen Veränderungen (postoperativ, nach Bestrahlung) können Dilatatoren hilfreich sein. Als so genannte Desensibilisierungs-Massnahme wird die Anwendung von transkutaner elektrischer Nervenstimulation (TENS) diskutiert.

Mit der Patientin werden ausserdem Übungen, Lagerungsinstruktionen und Selbstbehandlungen für zu Hause erarbeitet und dokumentiert. Gibt die Patientin ihr Einverständnis, so kann auch der Partner informiert und einbezogen werden.

Spezialisiertes Wissen und Fingerspitzengefühl erfordert

Die Behandlung von Pelvic Pain erfolgt durch PhysiotherapeutInnen, welche in Beckenboden-Rehabilitation spezialisiert sind, und in Zusammenarbeit mit den Zuweisenden sowie, wenn nötig, weiteren Health Professionals. Zusammenfassend gilt beim physiotherapeutischen Vorgehen bei Pelvic Pain:

- Überzeugungen und Erwartungen der Patientinnen klären



Béatrice Lütolf

Béatrice Lütolf, Physiotherapeutin FH, ist Fachverantwortliche Beckenboden Rehabilitation am Universitätsspital Zürich Therapie Nord (Urogynäkologie, Urologie, Geburtshilfe). Sie ist Gründungs- und Vorstandsmitglied von «pelvisuisse – physiotherapeutische Weiterbildung in Beckenboden Rehabilitation» und Mitglied der Fachkommission physioswiss «Innere Organe und Gefässe». Sie unterrichtet unter anderem bei «somt swiss pelvic education».

Béatrice Lütolf, physiothérapeute HES, est responsable du service Rééducation du plancher pelvien à l'Hôpital universitaire de Zürich (Thérapie Nord, uro-gynécologie, urologieobstétrique). Elle est membre fondatrice et membre du Comité de «pelvisuisse – formation continue de physiothérapie dans le domaine de la rééducation du plancher pelvien» et membre de la Commission spécialisée de physioswiss «Organes internes et vaisseaux». Elle enseigne au sein de «somt swiss pelvic education».

Gérer la douleur, notamment chronique, exige une analyse et, le cas échéant, une adaptation des comportements. Des stratégies sont élaborées en collaboration avec la patiente: trouver une position qui permette d'atténuer la douleur, y compris lors des rapports sexuels, conseiller des techniques de détente ou le port d'une ceinture de trochanter.

Mesures thérapeutiques

La rééducation active générale passe par des mesures comme la correction de la posture, le recrutement des stabilisateurs locaux (transverse de l'abdomen, musculature du plancher pelvien, muscle multifide) pour une stabilisation lombo-pelvienne prenant en compte l'aspect respiratoire.

Les mesures passives incluent les techniques manuelles de mobilisation des articulations du bassin, de la colonne vertébrale (coccyx) ainsi que l'application de compresses froides/chaudes. Afin d'atténuer les douleurs, on utilise également des techniques manuelles axées sur les points gâchette myofasciaux et les tissus conjonctifs (*voir article suivant*). En cas de besoin, la physiothérapeute conseille des étirements des muscles proches de la hanche (m. psoas-iliaque, obturateur, pyramidal etc.).

Être en mesure de sentir, tendre et détendre son plancher pelvien

La rééducation spécifique de la musculature du plancher pelvien inclut l'entraînement de la perception, l'activation correcte et la relaxation complète du plancher pelvien, le contrôle du tonus musculaire, notamment la réduction d'un tonus musculaire de base élevé en permanence.

La capacité à détendre son plancher pelvien peut permettre de réduire considérablement la douleur. Des techniques de type Contract-Release [7] sont conseillées à cet effet, ainsi que le «Down-Training» à l'aide du Biofeedback et de l'électromyographie de surface (EMG) pour une observation immédiate de l'activité musculaire [8,9,10].

Les traitements des cicatrices peuvent également contribuer à réduire les douleurs en cas de modifications vaginales structurales (post-opératoires, après une radiothérapie); les dilateurs peuvent être utiles. L'utilisation de la stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) est débattue en tant que mesure de désensibilisation.

En en discutant avec elle, on fournira également à la patiente des exercices, des suggestions de positions et de traitements qu'elle pourra effectuer elle-même chez elle. Si elle donne son accord, son partenaire peut aussi être informé et s'impliquer dans le traitement.

- Strukturen und Funktionen genau untersuchen
- mit Achtsamkeit und Fingerspitzengefühl behandeln
- Lebensqualität durch stressmindernde Massnahmen/Empfehlungen erhöhen
- der Chronifizierung des Schmerzes entgegenwirken
- Fokus auch auf das soziale Umfeld/den Partner richten. ■

Weiterführende Literatur I Bibliographie approfondie

- für PatientInnen/pour patients: Elizabeth G. Stewart, Paula Spencer: The V Book: A Doctor's Guide to Complete Vulvovaginal Health, Bantam Paperbacks New York, 2002.
<http://www.thevbook.com/toc.html>
- für Fachleute/pour professionnels: Frawley H, Bower W (2007): Pelvic Pain. In: Evidence-Based Physical Therapy for the pelvic floor. Edited by K. Bø, B. Berghmans, S. Mørkved, M. Van Kampen. Elsevier, Philadelphia.

Literatur I Bibliographie

- Abrams P, Cardozo L, Fall M et al: The standardisation of terminology of lower urinary tract function(ICS) 2002; Am J of Obstetrics and Gynecology.
- Bergeron S, Brown C et al. (2002): Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. J Sex Marital Ther 28(3): 183–92.
- Rosenbaum, T. Y. (2005). Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. J Sex Marital Ther 31(4): 329–40.
- Weijmar Schultz, W., R. Basson et al. (2005). Women's sexual pain and its management. J Sex Med 2(3): 301–16.
- Jack J.H. (2009). Multiple pelvic Floor Complaints Are Correlated with Sexual Abuse History. J Sex Med 2009; 6: 193–198.
- Frawley H, Bower W (2007): Pelvic Pain. In: Evidence-Based Physical Therapy for the pelvic floor. Edited by K. Bø, B. Berghmans, S. Mørkved, M. Van Kampen. Elsevier, Philadelphia.
- Weiss, J. M. (2001). Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. J Urol 166(6): 2226–31.
- Bergeron S, Binik YM et al. (2001): A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. Pain 91(3): 297–306.
- Glazer, HI (2000). Dysesthetic vulvodynia. Long-term follow-up after treatment with surface electromyography-assisted pelvic floor muscle rehabilitation. J Reprod Med 45(10): 798–802.
- McGuire H et al: Interventions for vaginismus. Cochrane Database Syst Rev 2001.

Connaissances spécifiques et tact exigés

Le traitement du PPS est effectué par des physiothérapeutes spécialisés dans la rééducation du plancher pelvien, en collaboration avec le médecin traitant ainsi que, si nécessaire, d'autres professionnels de santé.

Pour résumer, on peut dire que l'approche thérapeutique du PPS exige:

- de clarifier les convictions et les attentes de la patiente
- d'examiner précisément les structures et les fonctions
- de faire preuve d'attention et de tact
- d'améliorer la qualité de vie grâce à des mesures/recommandations qui atténuent le stress
- d'empêcher que la douleur ne devienne chronique
- de mettre l'accent sur l'environnement social/le partenaire. ■

einfach mehr
wahrnehmen.

Protac Hilfsmittel für die sensorische
Integrationstherapie und senso-
motorische Wahrnehmungsförderung.

PROTAC®
Integrating Senses



◀ **Protac Kugeldecke**
gibt dem Körper Ruhe und
Geborgenheit, bei der Therapie oder
auch in der Nacht zum Schlafen.

Protac Kugelhissen ▶
stimuliert die Haltungsmuskulatur
und fördert die Aufmerksamkeit

NEU - Protac MyFit
eine sensorisch stimulierende
Weste mit Gewicht

- vermittelt Körpergrenzen
- wirkt beruhigend
- bietet ein verbessertes Körpergefühl

Für Menschen mit verminderter
Körperwahrnehmung, körperlicher
und psychischer Unruhe.



*Das Gewicht und punktuellen Druck
der Kugeln stimuliert die Oberflächen-
und Tiefensensibilität. Dies intensiviert
die Körperwahrnehmung und verschafft
psychische, soziale, kognitive und
motorische Entwicklung.*

Ihre Protac Vertretung in der Schweiz:

www.northcare.ch

Tel 031 812 08 37 mail@northcare.ch