

QUESTIONS REPONSES 2015

1°Concerne l'anisme

QUESTION 1

J'ai suivi votre formation sur la rééducation ano rectale l'année dernière.
Je souhaitais vous poser une question par rapport à une patiente qui souffre d'anisme.
Elle fait beaucoup de voyages et est particulièrement gênée lors de ceux-ci. Elle peut ne pas réussir à aller à la selle pendant 15 jours, alors que chez elle, elle arrive à y aller tous les jours.
Elle ne conçoit pas d'aller aux toilettes ailleurs que chez elle donc j'ai du mal à voir comment je peux l'aider si elle ne souhaite faire aucun effort à ce sujet...
Dois-je l'envoyer voir un psychologue pour l'aider à accepter le fait d'aller aux toilettes ailleurs que chez elle ? Cordialement

REPONSE 1 d'Hélène Colangeli Hagège

Merci de partager ce cas clinique et vos interrogations.
Pour vous renseigner, pourriez-vous préciser le bilan clinique de cette patiente en résumant ses antécédents, l'examen clinique vaginal, anal externe, ano-rectal endo-cavitaire, et éventuellement manométrique si vous l'avez réalisé? Ces éléments permettront d'orienter un peu la réponse.
Quelle âge a-t-elle? Ses difficultés ont-elle lieu uniquement en voyage ou a-t-elle des difficultés au quotidien qu'elle arrive à gérer habituellement et qui se décompensent en voyage? Au quotidien quelles sont ses habitudes défécatoires? Horaire régulier? déclenché par un de ses repas? combien de temps après le repas en ce cas? a-t-elle l'habitude d'attendre le réflexe d'exonération ou se présente-t-elle régulièrement? utilise-t-elle un dispositif d'aide à l'exonération (éductyl®, lavement)? a-t-elle une rectocèle? un périnée descendant? sur le calendrier des selles quelle est son score (selles souples ou dures)? a-t-elle un traitement médical de laxatifs osmotiques ou de lest? si oui l'observe-t-elle bien? a-t-elle recours à des manœuvres digitales endo-cavitaires ou péri-anales? Applique-t-elle la posture facilitatrice? l'expiration freinée?
Vous parlez d'anisme dont le diagnostic nécessite un bilan manométrique ou électromyographique, a-t-elle bénéficié de ces examens?
De façon générale, les troubles du transit sont aggravés par les changements d'habitude, de rythme et de régime alimentaire, la station assise prolongée du voyage, la déshydratation, etc. Les suppositoires Eductyl peuvent aider ponctuellement. Les mini lavements Normacol® peuvent aider quand Eductyl® n'est pas bien toléré ou efficace, soit en l'utilisant tel quel 24 à 48 h après l'arrivée pour relancer le transit (en lubrifiant l'embout pour ne pas se blesser), soit en vidant le produit et en remplissant le flacon avec de l'eau tiède.
Les patients peuvent être rassurés (ce n'est pas dans la tête!!!!) en leur expliquant le réflexe gastro-colique (mettre quelque chose dans la bouche relance une séquence motrice du tube digestif), la fonction de réabsorption d'eau du colon (plus le bol séjourne longtemps plus l'eau est réabsorbée, plus les selles seront dures), l'importance de respecter les horaires habituels (le réflexe d'exonération est fragile, plus on diffère, plus on le perd), le temps nécessaire pour relancer un réflexe d'exonération à heure fixe (trois semaines!). Ce sont ces éléments qui expliquent pourquoi ça va à peu près en temps normal, et cela ne va plus du tout quand on est en voyage et qu'on est en horaires décalés. Votre rééducation peut beaucoup aider à se repérer dans les réflexes et sensations, à comprendre l'organisme, à accepter le recours à un dispositif d'aide à l'exonération systématiquement quand les conditions le nécessitent.
Je vous propose de poursuivre cet échange avec les précisions sur le cas clinique. Si vous êtes d'accord et de façon anonyme, il pourrait faire l'objet d'une question-réponse pour la lettre de l'ARREP, en ce cas je ferais circuler votre question vers les différents experts de l'ARREP (anonymement) ce qui permettra à l'ensemble de nos lecteurs de s'intéresser à cette question souvent posée par nos patients.

2°Concerne les problèmes liés à l'ulcère solitaire du rectum

QUESTION 2

Je vois un nouveau patient 65ans

Contexte :Trachéotomie pour poussée de Myasthénie Thymectomie

Sous Imurel®

Ulcère solitaire du rectum

Il a pratiqué une manométrie de réalisation difficile car très algique

Aurais tu des info à me transmettre ??

Merci d'avance

REPONSE 2 d'Hélène Colangeli Hagège!

L'ulcère solitaire du rectum apparaît en cas de poussées intenses et brusques, sur un plancher pelvien plutôt tonique: le patient propulse sa muqueuse rectale sur celle du canal anal en regard de la lame des élévateurs, un peu comme si cette muqueuse était prise entre marteau et enclume...

Avant tout, tu pourrais regarder comment ce patient respire, souffle, dirige son expiration active.

Tu peux aussi l'examiner, sur le plan externe, en posant ton doigt sur la marge anale, à la recherche d'une commande volontaire de son sphincter anal (contraction, décontraction). Dès que possible, aussi doucement que possible, un toucher endo-anal doit être possible, au moins sur les deux-tiers inférieurs sans réveiller de douleur.

Bien entendu, il est possible de réaliser un bfb avec électrodes collées sur la marge anale, pour l'aider à visualiser la contraction/décontraction.

Ce patient doit apprendre au fil des séances:

- à observer correctement le traitement médical qui fluidifie les selles et les régularise +++
- à respecter la sensation de besoin, le réflexe gastro-colique, la posture qui facilite la défécation (le plus souvent fermeture de l'angle tronc/cuisse, mais pas toujours)
- à contracter l'appareil sphinctérien strié anal de façon progressive et douce (pas vite, pas trop fort),
- à relâcher correctement l'appareil sphinctérien strié anal, avec une certaine douceur aussi (ne pas lâcher tout d'un bloc)
- à réaliser une expir active douce (souffler sur le poing fermé, pas vite, pas fort, sur plusieurs secondes)
- à coordonner la poussée avec une relaxation sphinctérienne, et la contraction volontaire avec une absence de poussée.

Tant que le canal sera très douloureux, la sonde double ballons est déconseillée. Elle est relativement fine, souple, donc très bien tolérée, dès que l'examen ano-rectal sera possible (ton doigt parvient dans l'ampoule rectale) la sonde peut être proposée sans problème. Au départ, les robinets fermés offrent deux capteurs de pression, cela permet un excellent bfb de la coordination: transitions douces, effort de retenue progressif et doux, poussée pas plus de 30 cm d'eau (maximum 40), avec expir active. Par la suite, en l'absence de douleurs, tu pourras gonfler le ballonnet rectal. Si tout va bien, tu pourras pratiquer le test d'évacuation du ballonnet, gonflé à 15 ml (c'est suffisant), en guidant la sonde en tractant doucement, et en encourageant le patient à autoriser la sonde à migrer vers l'extérieur et à pratiquer l'expir active douce.

3°Concerne l'électrothérapie

QUESTION 3

Je suis kinésithérapeute et j'ai assisté il y a 3 ans à une de vos formations sur l'électrostimulation.

Cette semaine je me suis replongée dans mes cours et j'aurais besoin de quelques éclaircissements.

J'espère que vous aurez la gentillesse de m'aider.

J'ai noté que pour que l'électrostimulation soit efficace il faut que la contraction électro induite soit égale à environ 30% de la contraction maximale volontaire qui se mesure en bfb.

Mais quel moyen avons-nous de quantifier la contraction électroinduite?

Par ailleurs une fois les seuils sensoriel et moteur définis, ceux ci ne varient ils plus quelques soient les progrès de la patiente? J'attends votre retour avec impatience.

En vous remerciant.

Siham Chraïbi

Bonjour

REPONSE 3 de Max Claude cappelletti

Je réponds bien volontiers à vos deux questions et pour élargir mes réponses je vous transmets en PJ un travail effectué sous ma direction par nos élèves et professionnels de notre association.

Il y a plusieurs manières de quantifier la contraction électroinduite efficace.

-Mécanique visuel : lorsque la sonde endo cavitare oscille en cadence par rapport aux impulsions on le constate par la partie extérieure à la cavité, cette oscillation peut être faible ou importante mais elle ne doit pas être douloureuse. Ou par la toucher au niveau du NFC.

-Statistique : parce que nos nombreuses études ont démontré que le seuil de contraction musculaire électroinduite efficace se trouvait être entre deux à trois fois le seuil sensoriel (seuil de première perception du passage de l'impulsion).

-Mécanique réel : on sait que nous ne pouvons pas mesurer une réponse électrique d'un muscle stimulé électriquement en mA car l'arrivée d'un courant électrique provoque un artefact électronique sur la réponse musculaire et donc la mesure en μ volts devient impossible. Pour pallier à ce phénomène bien connu, et pour tout de même mesurer cette réponse, nous avons équipé une sonde intra cavitare (anale ou vaginale) d'un ballonnet fixé entre les deux électrodes, dispositif exclusif à notre groupe . Lorsque le muscle se contracte sous l'effet de l'impulsion, cette contraction déforme le ballonnet proportionnellement à la force de la contraction. Le ballonnet étant relié à un dôme de pression les variations sont transmises à l'écran qui mesure les pics en cmH20 ou en mm Hg.

Si vous avez mesuré la CMV en pression vous pouvez ainsi calculer le moment ou le volume de courant obtient une contraction musculaire > à 30%.

Mais tout simplement sachez que la contraction électroinduite efficace se trouve être entre 2 à trois fois le seuil sensoriel.

Pour être plus précis je vous joins un travail explicitant cette procédure en PJ.

Pour répondre à votre deuxième question les variations des mesures sont individuelles et dépendent beaucoup de la charge hormonale considérée et de l'état physique. Généralement les seuils ne sont pas des indicateurs de progression ou de régression mais des indicateurs instantanés permettant d'ajuster au jour le jour la quantité de courant nécessaire au bon déroulement biologique de la stimulation électrique.

Ces indicateurs doivent donc être recherchés à chaque séance et notés de façon à voir si les courbes suivent l'évolution de l'état de vos patients, car l'amélioration ou la guérison ne dépendent pas de chiffres mais des déficits dont le patient se plaint. Les chiffres sont un moyen et non une fin.

En parcourant notre listing de confrères périnéologues je me rends compte que vous n'y figurez pas, nous avons 3-4 confrères au Maroc. Si vous souhaitez recevoir nos infos (je vous joins également une de nos lettres régulières) il vous suffit de m'expédier par retour vos coordonnées postales et téléphoniques.

En espérant avoir répondu à votre attente,

Très cordialement

Max Claude Cappelletti

4° Concerne la sexualité

Je me tourne vers vous pour vous exposer le cas d'une patiente de 34 ans qui m'a été adressé pour rééducation vésico-sphinctérienne et périnéale. Cette patiente progresse bien et est appliquée dans ses exercices, mais sa plainte récurrente est d'une autre nature. Elle a une hypersécrétion vaginale, perturbant ses rapports et une galactorrhée depuis son dernier accouchement. Elle a passé différents examens (IRM de l'hypophyse, tests hormonaux,..) tout semble normal. Ce qui me trouble c'est qu'à la pénétration la muqueuse est plutôt sèche. Et le gynécologue précise que c'est le col utérin qui sécrète trop lors des rapports. J'entends sa souffrance et son désarroi car elle ne sait plus vers qui se tourner pour régler ce problème, mais je suis démunie. Je ne veux pas me substituer aux médecins, mais peut-être l'orienter vers un spécialiste. Avez-vous déjà eu ce genre de cas ? Qu'en pensez-vous ? Merci de m'éclairer. Je vous précise également que cette patiente a été maman pour la première fois à l'âge de 15 ans ½. J'espère avoir été claire dans mes explications, ni trop longue. Merci de l'attention que vous porterez à ma demande.
Cordialement

REPONSE 3 de Max Claude cappelletti

Le cas présenté est compliqué mais pas exceptionnel. Pour traiter ce genre de problème je pense qu'il faut avoir des connaissances approfondies notamment après des stages de formation en sexothérapie (voir à la fin des réponses). Nos collègues ne doivent pas avoir une attitude négative est il est souvent préférable de réa dresser les patientes à l'équipe qui la suit, sans avoir de remord ni de fausse honte Il n'y a aucun échec à ne pas être compétent en tout. Cependant pour vous aider nous avons une réponse de notre collègue Geneviève Peronny-Marquat et deux volumes écrits par des périnéologues proches de notre association dont je vous recommande la lecture et, pourquoi ne pas vous renseigner pour suivre des formations.

REPONSE 3 complémentaire de Geneviève Péronny-Marquat

Au sujet d'une patiente de 34 ans se plaignant d'une hypersécrétion vaginale au moment des RS
Cette personne semble faire partie des femmes fontaines qui sont relativement nombreuses

Qu'est-ce qu'une femme fontaine : origine de la source ?

Il n'existe pas d'étude suffisante pour comprendre la nature du liquide émis

Plusieurs théories contradictoires ont été avancées : lubrification vaginal, hypertrophie des glandes de Skene ou de la prostate féminine, urine diluée ou autres

Une étude prospective des Docteurs Samuel SALAMA et Pierre DESVAUX concernant 7 femmes volontaires ayant l'expérience d'une émission abondante de liquide durant les RS a été réalisée afin de localiser écho graphiquement l'origine et caractériser biochimiquement la nature du fluide émis.

Il apparait alors qu'il existe 2types distincts d'expulsion liquidienne chez la femme. :

L'une pouvant être de très grande abondance, provenant de la vessie (la présence d'urée, de créatinine et d'acide urique dans le liquide émis oriente vers une sécrétion d'origine rénale) et qui correspond aux « femmes fontaines »

La seconde, de très faible quantité et provenant de la prostate ; que l'on appelle par analogie masculine l'éjaculation féminine *

Pourquoi le vivre comme une souffrance psychologique ? Les femmes comme les hommes ont peur de ne pas être normaux sexuellement. Mais il n'y a pas de normalité sexuelle, chacun possède un mode de fonctionnement.

D'autre part une bonne sécrétion vaginale favorise les RS !! Tant de femmes souffrent d'assèchement vaginal !! Une hypersécrétion n'est pas forcément une gêne sexuelle, mais c'est souvent une mauvaise interprétation conséquence d'une information sexuelle erronée, de tabous...

Pour aider cette personne il est indispensable de réaliser une analyse fonctionnelle du couple avec les antécédents historiques, les problèmes immédiats ainsi que les conséquences personnelles et environnementales. Afin de traiter les dysfonctions qui pourraient être sous-jacentes

Comment son partenaire réagit à cette hypersécrétion ? C'est très important !!!

L'objectif : bien vivre sa sexualité avec ce mode de fonctionnement.

Du point de vue pratique, si cette hypersécrétion devient gênante par rapport à l'environnement (à l'hôtel chez des amis....) Cette personne peut apprendre à mieux gérer son excitation en lui permettant de freiner cette hypersécrétion, c'est à l'écoute des réactions de son corps en utilisant la relaxation, la respiration qu'elle pourra maîtriser l'hypersécrétion comme l'éjaculateur précoce !!

La femme fontaine n'est pas une anomalie mais c'est la conséquence d'une très forte excitation sexuelle.

*il existerait des cellules prostatiques chez la femme au niveau de l'urètre, dans une étude prospective des Docteurs Samuel SALAMA et Pierre DESVAUX concernant 7 femmes volontaires ayant l'expérience d'une émission abondante de liquide durant les RS, chez 5 des 7 participantes la détection de Prostatic Spécific Antigen est positive. (PSA)

Bibliographie

-Geneviève Péronny-Marquat : Vient de paraître son livre : Dysfonctions sexuelles : prise en charge en kiné-sexologie et thérapie cognitivo-comportementales Robert Jauze Editeur 2014 .

-Laure Mourichon, sexualité. maternité. paroles de femmes chez le même éditeur