

Les questions sont formulées en bleu les réponses en noir

Question I : relative à rééducation après PTR

Je me permets de prendre contact avec vous, au centre chirurgical, ou je fais la rééducation urinaire masculine.

Le chirurgien vient de me confier un patient 50 ans, sur lequel a été pratiquée une biopsie de prostate, un grattage me dit le patient, mais surtout le cancer découvert se situe sur le canal anal. Ce patient présente une incontinence urinaire majeure, puis je quand même le prendre en charge ? Stimulation électrique permise ou NON ??? je n'ai pas de référence "sous la main".

J'ai YSY 4, je peux faire biofeedback, manuel...sera-ce suffisant ?

Il a rdv avec le chirurgien viscéral vendredi matin, merci de votre aide, je suis démunie

C. S

Réponse I à Q I

Chère consœur

Une réponse complète en si peu de temps me paraît hasardeuse, toutefois on peut (après un bilan très soigneux, neuromusculaire et comportemental) développer une stratégie rééducative symptomatique avec électrostimulation bien sûr après repère des seuils confortables et suffisants, puis biofeedback soit par électrode soit par voie pression et ou manuel.

L'important est de faire comprendre le mécanisme de la contraction et décontraction de la recherche de l'imminence d'une fuite (est-elle d'effort d'instabilité ou les deux) et de préparer le patient à une intervention que vous n'indiquez pas. Est-une PTR ou une intervention sur le canal anal?

Je transmets votre question à nos experts afin qu'ils puissent aussi vous donner des indications. Nous sommes à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Max Claude Cappelletti : maxclaude@free.fr

Réponse II à Q I

Ces patients sont difficiles à prendre en charge, mais le moindre résultat est très gratifiant.

Dans ces situations de stress intense, au moment de l'annonce et de la batterie d'exams, il est utile de rechercher la mobilité du bassin, la respiration abdominale, la mobilité du diaphragme. La respiration abdominale avec bascule du bassin, en douceur, permet souvent de faire chuter la pression intra-abdominale, de détendre la coupole diaphragmatique et de moins peser sur la vessie.

Le calendrier mictionnel est un bon outil pour vérifier si ce ne sont pas des fuites par regorgement, sur dysurie.

Lorsque l'incontinence est sévère, le pad test sur 24 h permet de quantifier les pertes et de mettre en évidence les premiers progrès (le patient enferme ses protections dans un sac étanche la veille du rdv kiné, le kiné les pèse, possibilité de les numéroter pour savoir à quelle heure il perd le plus).

La première chose, c'est détendre ces patients. Obtenir des mictions sans trop de poussée, complètes.

Ensuite, nos techniques manuelles et BFB permettent l'apprentissage de la contraction volontaire des muscles du plancher pelvien.

Des électrodes collées externes de part et d'autre de la marge anale (ou sous le scrotum) peuvent suffire en BFB, lorsque la chirurgie a beaucoup remanié l'anatomie.

L'encouragement de ces patients permet parfois des progrès étonnants.

Bon courage, amicalement,

Hélène Colangeli-Hagege, hcolangeli.hagege@gmail.com

Complément de correspondance de C S QI

Un grand merci à vous tous de vos réponses. J'ai vu le chirurgien digestif qui va s'occuper de l'évacuation sanitaire sur Léon Bérard à Lyon, pour sa radiothérapie et chimio.

Puis retour à K, pour l'intervention de la tumeur, bien située sur le canal anal, mauvais pronostic.

Alors, j'ai vu aussi l'un des Urologues du centre mexico chirurgical, qui m'a expliqué que l'incontinence est apparue suite à la 2 ème intervention sur la prostate, y a-t-il eu erreur du chirurgien ??? Ou la tumeur déborde-t-elle ???

Je ne peux pas le laisser dans l'état où il est et le chir me dit qu'en effet, mettre une sonde intra rectale ne pose pas de problème particulier.

Donc je vais commencer demain par respiration abdominale, un brin de relaxation, et BFB

Catherine S.

Commentaires MCC à cette question

Chère collègue

Merci de ces précisions, nous attendons la suite.

A propos du désert médical dont vous vous plaigniez pourriez-vous nous faire un listing de vos collègues les plus proches afin que nous les contactions et commencer une info sur ce type de rééducation.

Au fil du temps l'ARREP a constitué un listing riche à ce jour de +de 1600 confrères et consœurs ayant un intérêt pour la périnéologie.

Le mieux serait, si vous vous sentez en capacité de temps, de constituer vous-même un réseau géographique. Peut-être même vous former à la formation. Nous avons ici un réseau de formateur qui a commencé cette passionnante aventure avec notre aide.

Je reste à votre écoute.

Max Claude Cappelletti

Question II : relative à rééducation périnéale chez patiente musicienne

Madame, Monsieur,

J'ai une ancienne patiente âgée de 46 ans, qui me demandait si elle pouvait reprendre son activité musicale " jouer de l'instrument à vent".

Cette personne est pré-ménopausée, et ne rencontre pas spécialement de souci périnéal si ce n'est quelques soucis pendant les rapports.

D'avance je vous remercie de votre aide, et je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

S. PT.

Réponse I à Q II

Madame,

J'ai des patientes (musiciennes et chanteuses) qui sont dans ce contexte et lorsque le périnée ne pose pas de problème particulier, je leur donne l'autorisation, à condition de faire une ou deux séances en pratique musicale. Elles viennent au cabinet, elles font une prise de conscience de la contraction abdo -périnée en synergie et avec le souffle et ensuite mise en situation avec l'instrument dans la mesure du possible et éventuellement le chant pour certaines. Elles sont toutes stupéfaites du résultat car maîtrisent beaucoup mieux leur souffle et plus de volume pour le chant. Et elles sont conscientes de leur travail périnéal. Parfois il faut plusieurs séances, d'où l'intérêt de les tester.

Evelyne Pouron. evelynepouron@club-internet.fr

Réponse II à Q II

Pour ma part, je reçois régulièrement des instrumentistes, notamment à vent. Ces personnes consultent dans le cadre d'un travail postural global, et à la recherche de performance musicale. J'aborde le plus souvent possible l'intérêt de la prise de conscience de la zone périnéale dans cette globalité. Cela passe par des exercices de prise de conscience du corps (allongé, assis ou sur ballon), des explications autour de la synergie périnéo-abdomino-diaphragmatique.

Je propose des temps d'exercice de type GAH. Les patientes témoignent d'une aisance dans les traits musicaux longs, et d'une facilité pour trouver les aigus grâce à cette conscience périnéale.

Un temps de pratique instrumentale est inclus dans la séance.

Parfois la discussion et l'explication autour du périnée permettent aux patientes d'évoquer des symptômes tabous. Et dans ce cas, il est intéressant de proposer un bilan plus complet.

A noter que depuis maintenant deux ans, je donne des cours d'anatomie et de physiologie à des danseuses au conservatoire de Besançon. Cette année, je leur ai proposé un cours sur le périnée et la synergie périnéo-abdomino-diaphragmatique. Elles ont toutes témoigné d'un intérêt pour stabiliser leur enchaînement de monter sur pointe et tour complet sur un pied...

Marie-Alice Ottmann : maloulott@gmail.com

Question III : relative à un accouchement traumatique

J'ai accouché à la maternité d'Orléans en février 2011. C'était mon premier accouchement. Il a été compliqué car mon bébé se présentait tête vers le ciel et avait le cordon enroulé 2 fois autour du cou. J'ai malgré tout accouché par voie basse. J'ai eu une épisiotomie qui a filé jusqu'à l'anus. J'ai eu une déchirure du périnée complet (+sphincter). Peu d'explications m'ont été fournies malgré un énorme traumatisme et des douleurs terribles. J'étais physiquement et moralement très affaiblie car 24 H après mon accouchement j'ai fait une hémorragie qui a nécessité une nouvelle intervention et une transfusion sanguine. J'ai vu la psychologue de l'hôpital qui a exigé que le gynécologue qui m'avait recousue vienne m'expliquer ce qui s'était passé. Il l'a fait mais j'étais dans un tel état de choc que je ne me souviens que d'une seule phrase "on vous a recousue comme on a pu mais vous garderez des séquelles" ...j'ai vu par la suite deux kinés différentes pour des séances de rééducation. Au départ, elles pensaient que j'avais juste un problème "d'inversion de commande" car au moment de contracter le périnée, je ne pouvais que pousser. Malgré toutes les séances aucune amélioration n'a été constatée. L'une des kinés a parlé de mon cas à un urologue qu'il lui aurait répondu qu'il n'y avait rien à faire tant

que je ne souffrais pas d'incontinence urinaire. A l'époque, j'avais des problèmes d'incontinences anales, toujours présentes aujourd'hui mais pas d'incontinence urinaire. A priori le coût de l'examen pour déceler d'éventuelles lésions étaient très cher et les machines utilisées pour le faire très rares...etc. Bref, on ne m'a pas proposé d'examen. J'en ai par la suite parlé à mon gynécologue qui ne m'a rien proposé non plus. Selon lui, il n'y avait rien à faire. Je ne connais pas le nom des techniques utilisées par les kiné (avec sonde et sans sonde). Désespérée, je me suis résignée. Aujourd'hui, à 37 ans, je commence à souffrir de légères incontinences urinaires et toujours d'incontinences anales (gaz notamment) et je ne supporte plus cette situation qui rend absolument désagréable toute relation intime en raison des douleurs toujours présentes et de l'inconfort lié à mon incapacité à contracter volontairement mon périnée. Je pratique régulièrement les exercices de gymnastique hypopressive montrés par la kiné pour malgré tout pour faire travailler mon périnée.

Je suis extrêmement traumatisée par tout cela, plus de 4 ans après et j'ai perdu tout espoir de pouvoir avoir de nouveau des rapports intimes satisfaisants et exclut complètement la possibilité d'avoir un deuxième enfant.

Je vais contacter les spécialistes dont vous m'avez communiqué les noms. D'après les kinés, mon périnée se contractait de façon reflexe lorsque j'éternuais notamment...peut-être que tout espoir n'est pas perdu.

Je vous remercie pour votre aide,

Réponse I à Q III

Madame,

Avez-vous commencé vos soins et si oui, pouvez-vous nous dire si cela se passe bien ?

Je n'ai pas répondu tout de suite à votre mail décrivant votre accouchement, car il fallait vous laisser le temps de commencer vos soins pour faire une réponse à ce douloureux souvenir alors qu'un accouchement ne doit laisser, en règle générale que des bons souvenirs.

Je comprends votre traumatisme physique et psychique et malheureusement ce genre d'accouchement arrive de temps en temps et l'accompagnement médical et psychologique ne sont pas souvent présents. Vous avez eu un accouchement très compliqué avec une présentation du bébé difficile et je ne sais pourquoi il n'y a pas eu césarienne, mais on ne peut revenir en arrière hélas.

Votre prise en charge aurait dû être immédiate pour vous donner explications et vous prendre en charge pour les douleurs d'abord et ensuite les fuites de selles en faisant un certain nombre d'examen, qui est possible et remboursé par la SS et qui pouvait se passer en région parisienne si aucun centre n'était capable de le faire à Orléans. Et faire une rééducation très spécifique prise en charge par des kinés formés. Après 4 ans, il est possible de rattraper et avec une solide rééducation, vous allez résoudre des problèmes, mais il faudrait peut-être faire ces examens complémentaires (manométrie, bilan uro dynamique, recherche sur votre Sensibilité neuro musculaire) pour autant que les troubles persistent et que Votre gynéco veuille vous les prescrire.

J'ai eu des patientes comme vous et pour une d'elle, le traitement a duré 2 ans, il restait une fragilité côté anal, mais cette patiente a pu mener une 2^o grossesse tout à fait satisfaisante, a eu une césarienne et est revenue ensuite faire sa rééducation avec une amélioration de certains troubles : par exemple, elle ressentait mieux la sensation de besoin pour aller à la selle et comme on avait eu un suivi pendant toute sa grossesse, il n'existait pas de dégradations majeures.

Avec le temps sa vie sexuelle est améliorée et elle est épanouie.

Vous voyez, je voudrais vous encourager à bien faire vos soins, à en parler avec votre kiné et je suis certaine que vous pourrez avoir un autre bébé, avec un suivi très pointu.

Donnez-nous de vos nouvelles.

Bon courage et gardez le moral.
Nous attendons des nouvelles
Evelyne Pouron, evelynepouron@club-internet.fr

Question IV : relative à une rééducation du plancher pelvien hypotonique

Nous avons été en contact il y a quelques temps concernant une patiente qui me posait des problèmes en rééducation. De nouveau, je vous sollicite pour une nouvelle patiente à problèmes !

Primipare de 30 ans, 1m76 pour 69 kg connue pendant sa grossesse ; acct de S. 10/04/2015, 3470g; travail long mais acct eutocique avec poussées sur expir ; petite déchirure périnéale. Application d'une péridurale. A noter une appendicectomie en fin de grossesse mais un acct à terme. Allaitement maternel.

-Fuites urinaires+ à l'effort pendant la grossesse, même avec un verrouillage préventif d'un effort. Ne ressentait plus l'envie d'uriner et allait aux toilettes en prévention. Pas d'infection urinaire dépistée. Déficit anal aux gaz possible. Au moment de l'appendicite, a vomi beaucoup et les fuites urinaires ont été impressionnantes selon la patiente.

-Vue en suites de couches immédiates, pas de problèmes à signaler. Revue le 22/05/2015 pour sa visite post-natale : pas de troubles urinaires : sensations de miction retrouvées et pas de fuites à l'effort. On note seulement la sensation de non vacuité vésicale post-mictionnelle. Pas de constipation, cicatrice appendicectomie encore sensible, cicatrice périnéale ok. Contraception par DIU envisagée. Préservatifs en attendant + allaitement complet au sein.

-Revue le 23/06/2015 pour un bilan périnéal.

Histoire urinaire

Allait à l'école à 2ans et demi donc avait acquis la propreté, sans coercition d'aucune sorte.

Pas de souvenirs précis dans l'enfance mais pense avoir toujours eu des problèmes.

Fuites urinaires + à l'adolescence, lors de fous-rires en particulier.

Sensibilité vésicale à l'eau qui coule ; même phénomène non retrouvé avec le froid.

Infections urinaires ++ entre 24 et 26 ans puis RAS...

Pas d'infection urinaire pendant la grossesse.

Pas de travail périnéal depuis l'accouchement malgré les encouragements : zone semblant désinvestie. Maman très "occupée" par un bébé très demandeur de temps, de câlins, de sein. Couple que je connais bien et qui "fonctionne" bien.

Testing à 0 ou 1/5 : difficile à dire. Mme H. pense qu'elle a toujours eu un périnée faible.

Mise en place du travail perso et au cabinet en manuel, biofeedback et électostim finalement mais sans succès.

J'ai vraiment cru à un moment qu'on obtenait quelque chose...Nous avons ensemble décidé de faire un break de deux mois après 20 séances (ras-le-bol et découragement de la patiente) pour qu'elle poursuive le travail personnel et de nous revoir en octobre, ce que nous avons fait. Malheureusement, le Testing est identique, le périnée inerte, et les fuites deviennent de plus en plus fréquentes tout comme le déficit anal qui ne s'arrange pas....

Conduite à tenir ??? Pb uro-génital, pb neuro ???

Merci de me guider pour savoir à qui je passe la main.

Très cordialement,

J. C, Sage-femme

Réponse I à Q IV

L'ARREP transmet votre question à ses experts :

Bonjour,

Ce problème semble délicat vous dites : « les fuites deviennent de plus en plus fréquentes tout comme le déficit anal qui ne s'arrange pas... »

Je note : elle a certainement une petite vessie, à vérifier par le BUD (car enfant déjà elle avait des fuites d'effort)
Notez aussi qu'elle a un déficit anal : Mais quoi exactement ? Fuites ou suintement ? Quel score sur l'échelle de Bristol ? Comment ça se passe ? Etc...

Je vais au staff hospitalier, sur cas particuliers de patientes, demain, je transmets le cas de votre patiente à nos amis, sages-femmes, kinés et médecins chir, qui seront présents et je vous tiens au courant.

Bien cordialement
Lucile Poumarat

Complément de correspondance Q IV

Bonsoir et merci de votre prise en compte de mes questions. Il s'agit de fuites urinaires de plus en plus fréquentes au moindre effort et d'un déficit anal aux gaz, en aucun cas à des matières.

Problème majeur pour travailler : un périnée sans aucune réaction alors que j'avais l'impression qu'il se "réveillait". Il n'y a pas de contexte d'abus sexuel avec une région périnéale qui serait désinvestie suite à une maltraitance. Patiente en forme physiquement et mentalement, en activité, et heureuse maman et femme. 1er enfant.

Très cordialement,
J.C

Réponse LP Q IV

Bonjour,

J'ai donc proposé le dossier de votre patiente au staff hier soir. Devant cette insuffisance sphinctérienne tous à l'unanimité proposèrent : Echo -endo ; manométrie ano-rectale ; BUD

La docteur D. gastro-entérologue, propose sur Paris (ne sachant pas d'où vous me laissez le mail) : Hôpital de PASSY à Passy : La DR V- B.

Voilà ce que je peux vous dire.

Merci pour votre confiance.

Lucile Poumarat, poumarat@free.fr

Réponse II à Q IV

Comme Lucile le dit une manométrie ano-rectale serait d'une grande utilité pour contrôler la sensibilité rectale consciente. Les confrères ayant participé à nos cours sur la rééducation ano-rectale savent bien l'importance de ce contrôle et donc de la possibilité de le rééduquer en cas de fuite intempestive de gaz.

Votre patiente et vous-même soulignez le problème « majeur » de l'absence de réaction du plancher du périnée.

Je reprends votre appréciation « zone semblant désinvestie. Maman très "occupée" par un bébé très demandeur de temps, de câlins, de sein. Couple que je connais bien et qui "fonctionne" bien.

Testing à 0 ou 1/5 : difficile à dire. Mme H. pense qu'elle a toujours eu un périnée faible. »

Le mot désinvestissement désigne une double dysfonction : neuromusculaire intrinsèque et psychologique extrinsèque. Personnellement je comprends mal un couple qui fonctionne bien alors que la zone sexuelle principale est désinvestie ?

Un confrère compétent en rééducation ano-rectale saura faire un bilan complet de la fonction ano-rectale et vous dira si, effectivement la sensibilité consciente rectale est en défaut et comment la rééduquer.

Pour ce qui concerne l'hypotonie des MPP il n'existe une paralysie que très exceptionnellement, peut être en cas de trauma du bassin important ou maladie neuro.

Il faut donc essayer d'éveiller la proprioception à l'aide du travail manuel type réflexe à l'étirement qui demeure même en cas de trauma. Se servir de votre propre réception à la réponse et demander à la patiente d'aiguiser sa sensibilité consciente surtout au décours de la contraction réflexe très souvent corticalisé par la patiente.

Partant de cette prise de conscience on reprend alors les programmes de renforcement musculaire : contraction isométrique, an isométrique, concentrique et excentrique, stato-dynamique, et ensuite pliométrique ajouter au fur et à mesure des gains : vitesse du travail et augmentation de la résistance que vous opposerez à chaque type de contraction.

L'échographie et le BUD seront complémentaires ou plutôt devraient précéder votre reprise en main.

Je vous souhaite patience et courage

Max Claude Cappelletti maxclaude@free.fr