

REEDUCATION PERINEO-SPHINCTERIEENNE MASCULINE ET GRANDS TABLEAUX CLINIQUES : pathologies les plus fréquentes, examens complémentaires, chirurgie et conséquences

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel

- 1 heure d'évaluation des pratiques
- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)
- Maximum : 20

FORMATEURS

- Jean-Pierre DENTZ – CMK
- Max-Claude CAPPELLETTI - MK

1) OBJECTIFS

Généraux :

Cette formation sur deux journées permet d'approfondir les connaissances de la rééducation périnéo-sphinctérienne chez l'homme soit après intervention : adénome prostatique bénin, prostatectomie totale radicale (ptr) ou/et intervention sur vessie soit dans différentes pathologies non chirurgicales. Après une revue précise d'éléments théoriques permettant la compréhension de la fonction du complexe périnéo vésico sphinctérien et l'étude des examens complémentaires les plus fréquents les stagiaires seront guidés dans la réalisation d'un bilan diagnostic kinésithérapique de la fonction vésico-sphinctérienne et sexuelle et de leurs complications les plus fréquentes.

Les données recueillies permettront l'élaboration d'un protocole de traitement rééducatif adapté reposant sur des données récentes et validées.

Spécifiques :

L'objectif de cette formation sera donc de permettre au masseur kinésithérapeute de :

- Préparer les thérapeutes à des traitements demandant écoute, empathie, respect de la pudeur et de l'intimité,
- Inscription du kinésithérapeute dans une équipe pluri-disciplinaire,
- Elaborer un bilan diagnostic de la fonction vésico-sphinctérienne et sexuelle et des éventuelles complications ano-rectales.
- Informer et éduquer le patient : observance du traitement médical, palliatifs, auto-entraînement, précautions pour éviter les troubles de la statique pelvienne, et surtout l'aider à comprendre son fonctionnement génito urinaire et de sa fonction ano-rectale
- Définir des protocoles de traitement adaptés aux principales pathologies rencontrées : Incontinence par effort ou par urgence et douleurs périnéales,
- De guider le thérapeute dans le choix des outils nécessaire au diagnostic, traitements et suivi.
- Grâce au bilan enseigné, qui sera répété au fil des séances, d'effectuer une évaluation continue de sa pratique professionnelle en suivant l'évolution du patient au jour le jour.

2) RESUME

Premier jour : 9h00-13h00 & 14h00-17h30 – Jean-Pierre DENTZ

Matin

- Présentation de l'intervenant et du programme
- Présentation des stagiaires
- Restitution des grilles EPP 1 et tour de table
- Objectifs individuels
- Mise en place d'objectifs communs au groupe
- Anatomie vésico-sphinctérienne et génitale
- Myologie périnéale
- Innervation vésico-périnéale
- Neurophysiologie de la miction et de la continence
- Neurophysiologie de l'érection et de l'éjaculation

Après-midi

Physiopathologie :

- Adénomes prostatique
- Adénocarcinome prostatique
 - o épidémiologie
 - o diagnostic
 - o prise en charge

Traitement :

- Médical
- Chirurgical (adénomectomie, prostatectomie radicale)
- Coelioscopie et autres techniques récentes (chirurgie robotisée)
- Radiothérapie, curiethérapie
- Traitements palliatifs (chimiothérapie, hormonothérapie)

Complications :

- IUE (incontinence urinaire d'effort)
- IUU (incontinence urinaire par urgenturie)
- Dysfonction érectile
- Réalisation d'un bilan diagnostic à l'aide d'outils validés, principes spécifiques à l'examen, ROMP

Deuxième jour : 9h00-12h30 & 13h30-17h30 – Max-Claude CAPPELLETTI

Matin

- Les examens complémentaires. (Biologie, radiologies, dynamique)
- Description des techniques manuelles
- Rappel de la biomécanique musculaire
- Rappel de l'usage et des différents courants en rééducation et place de l'électrothérapie
- Description des techniques instrumentales : importance du bio-feed-back. BFB sensoriel, BFB musculaire

Rééducation de l'IUE :

- En pré-opératoire
- En postopératoire

PRATIQUE/autopalpation active externe du périnée (habillés)

Prise en charge du patient opéré :

- En pré-opératoire :
(acquisition du schéma corporel périnéal et sphinctérien : travail locorégional et intracavitaire, prise de conscience des synergies et de l'inversion de commande)
- information du patient (anatomie, physiologie, déroulement des séances)
- anamnèse

En postopératoire

- à l'ablation de la sonde
- un mois après l'intervention

Après-midi

Prise en charge de la dysfonction érectile

- étiologie
- mécanisme
- traitements (per os, IIC, vacuum, injections intra-urétrales, prothèses) suivi des traitements médicamenteux.

Prise en charge d'éventuelles complications ano-rectales.

- Bilans : locorégional, testing, évaluation EMG du tonus musculaire
- Bilan de l'incontinence et de la qualité de vie (échelle d'évaluation validées : PAD TEST, EVA, DITROVIE, MHU)
- Matériel palliatif : protections, étuis péniers (comment mettre en place un étui pénien)
- Simulation d'une séance type bilan, traitement.
- Cas cliniques
- Debriefing
- Synthèse – préparation EPP 2

3) METHODOLOGIES

- Analyse des pratiques par grille EPP pré formation
- Restitution au formateur des résultats de ces grilles d'analyse des pratiques préformation, question par question au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 15 h comportant des échanges de 30 minutes sur les résultats des grilles pré-formation, d'un face à face pédagogique de 14h d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les EPP et d'une préparation de 30 minutes des EPP post formation
- Analyse des pratiques par EPP post formation
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique.

B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

Les différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- **Méthode participative - interrogative** : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation
- **Méthode expérientielle** : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- **Méthode expositive** : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- **Méthode démonstrative** : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP
- **Méthode active** : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, polycopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Si besoin et en fonction du thème de la formation : tables de pratiques (1 pour 2), tapis, coussins, modèles anatomiques, consommables (bandages, tapes, etc...).

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- EPP pré et post formation présentielle
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire de satisfaction à distance

D – Référence recommandation bibliographie

- Light J.K., Rapoll E., Wheeler T.M. The striated urethral sphincter : muscle fibre types and distribution in the prostatic capsule. Br. J. Urol., 1997, 79, 539-542.
- N.J. Georges, J.A. Gosling, R. Humpherson. Fonctionnal anatomy of the urinary tract 1983.
- Hutch J.A. Anatomy and physiology of the bladder, trigone and urethra. Appleton Century-Crofts, New York, 1972.
- Rouvière N. Anatomie humaine. Tome II. Masson Paris 1970, 488-491.
- B.Mauroy, X.Stefaniak, Les mécanismes anatomiques de la continence chez l'homme, Progrès en Urologie (1997), 7, 1028-1036.
- Buzelin J.M. Bases anatomiques de la physiologie vésico-sphinctérienne. Urodynamique du bas appareil urinaire. Ed . Masson, Paris, 1988.
- Chantraine A. Electromyographie des sphincters striés anal et urétral. Etude descriptive et analytique. Rev. Neurol., 1996, 175, 396-403.
- Gosling J.A., Dixon J.S., Hilary O.D., Thompson C., Thompson S.A. A comparative study of the human external sphincter and peri-urethral elevator ani muscles. Brit. J. Urol., 1981, 53, 35-41.
- Boring CC, Squires TS, Tong T. Cancer statistics, 1992. CA Cancer J Clin. 1992 Jan-Feb;42(1):19–38.
- Silverberg E, Lubera JA. Cancer statistics, 1989. CA Cancer J Clin. 1989 Jan-Feb;39(1):3–20.
- Prostate cancer. Report of a meeting of physicians and scientists, Institute of Cancer Research and the Royal Marsden Hospital. Lancet. 1993 Oct 9;342(8876):901–905.
- Chadwick DJ, Kemple T, Astley JP, MacIver AG, Gillatt DA, Abrams P, Gingell JC. Pilot study of screening for prostate cancer in general practice. Lancet. 1991 Sep 7;338(8767):613–616.
- Stamey TA, Yang N, Hay AR, McNeal JE, Freiha FS, Redwine E. Prostate-specific antigen as a serum marker for adenocarcinoma of the prostate. N Engl J Med. 1987 Oct 8;317(15):909–916.
- George NJ. Natural history of localised prostatic cancer managed by conservative therapy alone.Lancet. 1988 Mar 5;1(8584):494–497.
- Paulson DF, Lin GH, Hinshaw W, Stephani S. Radical surgery versus radiotherapy for adenocarcinoma of the prostate. J Urol. 1982 Sep;128(3):502–504.
- Hanks GE. More on the Uro-Oncology Research Group report of radical surgery vs. radiotherapy for adenocarcinoma of the prostate. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1988 May;14(5):1053–1054
- Perez CA, Garcia D, Simpson JR, Zivnuska F, Lockett MA. Factors influencing outcome of definitive radiotherapy for localized carcinoma of the prostate. Radiother Oncol. 1989 Sep;16(1):1–21.
- Zagars GK, von Eschenbach AC, Johnson DE, Oswald MJ. Stage C adenocarcinoma of the prostate. An analysis of 551 patients treated with external beam radiation. Cancer. 1987 Oct 1;60(7):1489–1499.
- Shearer RJ, Davies JH, Gelister JS, Dearnaley DP. Hormonal cyto-reduction and radiotherapy for carcinoma of the prostate. Br J Urol. 1992 May;69(5):521–524.
- Gibbons RP, Correa RJ, Jr, Brannen GE, Weissman RM. Total prostatectomy for clinically localized prostatic cancer: long-term results. J Urol. 1989 Mar;141(3):564–566.
- Paulson DF, Moul JW, Walther PJ. Radical prostatectomy for clinical stage T1-2N0M0 prostatic adenocarcinoma: long-term results. J Urol. 1990 Nov;144(5):1180–1184.

- Walsh PC, Lepor H, Eggleston JC. Radical prostatectomy with preservation of sexual function: anatomical and pathological considerations. *Prostate*. 1983;4(5):473–485.
- Morton RA, Steiner MS, Walsh PC. Cancer control following anatomical radical prostatectomy: an interim report. *J Urol*. 1991 Jun;145(6):1197–1200.
- Meikle AW, Smith JA., Jr Epidemiology of prostate cancer. *Urol Clin North Am*. 1990 Nov;17(4):709–718.
- Chodak GW, Thisted RA, Gerber GS, Johansson JE, Adolfsson J, Jones GW, Chisholm GD, Moskovitz B, Livne PM, Warner J. Results of conservative management of clinically localized prostate cancer. *N Engl J Med*. 1994 Jan 27;330(4):242–248.
- Anastasiadis, A. G., L. Salomon, et al. (2003). "Radical retropubic versus laparoscopic. prostatectomy: a prospective comparison of functional outcome." *Urology* 62(2):292
- de Leval, J. and D. Waltregny (2008). "The inside-out trans-obturator sling: a novel surgical technique for the treatment of male urinary incontinence." *Eur Urol* 54(5): 1051-65.
- Groutz, A., J. G. Blaivas, et al. (2000). "The pathophysiology of post-radical prostatectomy incontinence: a clinical and video urodynamic study." *J Urol* 163(6): 1767-70.
- Hansen, M. V., C. Ertekin, et al. (1989). "A neurophysiological study of patients undergoing radical prostatectomy." *Scand J Urol Nephrol* 23(4): 267-73.
- Hellstrom, P., O. Lukkarinen, et al. (1989). "Urodynamics in radical retropubic prostatectomy." *Scand J Urol Nephrol* 23(1): 21-4.
- Hunter, K. F., K. N. Moore, et al. (2004). "Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence." *Cochrane Database Syst Rev*(2): CD001843.
- John, H., D. Hauri, et al. (2001). "Evidence of trigonal denervation and reinnervation after radical retropubic prostatectomy." *J Urol* 165(1): 111-3.
- Kleinhans, B., E. Gerharz, et al. (1999). "Changes of urodynamic findings after radical retropubic prostatectomy." *Eur Urol* 35(3): 217-21; discussion 221-2.
- Kundu, S. D., K. A. Roehl, et al. (2004). "Potency, continence and complications in 3,477 - consecutive radical retropubic prostatectomies." *J Urol* 172(6 Pt 1): 2227-31.
- Lose, G., L. Jorgensen, et al. (1989). "24-hour home pad weighing test versus 1-hour ward test in the assessment of mild stress incontinence." *Acta Obstet Gynecol. Scand* 68(3): 211-5.
- Moore, K. N., D. J. Cody, et al. (2001). "Conservative management for post prostatectomy urinary incontinence." *Cochrane Database Syst Rev*(2): CD001843.
- O'Sullivan, R., E. Karantanis, et al. (2004). "Definition of mild, moderate and severe incontinence on the 24-hour pad test." *Bjog* 111(8): 859-62.
- Paparel, P., O. Akin, et al. (2009). "Recovery of urinary continence after radical prostatectomy: association with urethral length and urethral fibrosis measured by preoperative and postoperative endorectal magnetic resonance imaging." *Eur Urol* 55(3): 629-37.
- Poon, M., H. Ruckle, et al. (2000). "Radical retropubic prostatectomy: bladder neck preservation versus reconstruction." *J Urol* 163(1): 194-8.
- Poore, R. E., D. L. McCullough, et al. (1998). "Puboprostatic ligament sparing improves urinary continence after radical retropubic prostatectomy." *Urology* 51(1): 67-72.
- Salomon, L., A. G. Anastasiadis, et al. (2002). "Urinary continence and erectile function: a prospective evaluation of functional results after radical laparoscopic prostatectomy." *Eur Urol* 42(4): 338-43.
- Coakley F.V., Eberhardt S., Kattan M.W., Wei D.C., Scardino P.T., Hricak H. Urinary continence after radical retropubic prostatectomy: relationship with membranous urethral length on preoperative endorectal magnetic resonance imaging. *J. Urol*. 2002; 168 : 1032-1035

E – Grille d'évaluation des pratiques professionnelles

Cf page suivante

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris
tél. : 01 44 83 46 71
secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 1175 116 30 75



REEDUCATION PERINEO-SPHINCTERIEUNE MASCULINE

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document, en fonction de vos connaissances actuelles :

- O = OUI, la réponse est conforme

- N = NON, la réponse est non conforme

- NC = non concerné, ne pas cocher (valide une réponse fausse)

	OUI	NON	NC
01 - Le bilan diagnostique est réalisé lors de la 1ère séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Le patient présente un ECBU positif commencez vous la séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Vous proposez quelques séances de rééducation pré-opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Vous proposez à votre patient des séances de rééducation dès la sortie de clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Vous proposez à votre patient d'attendre deux mois après l'intervention pour entreprendre la rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Vous demandez le compte-rendu chirurgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Vous vous informez sur le traitement médical prescrit et son observance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Le bilan urodynamique n'a pas été fait : commencez-vous la séance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Vous évaluez la sévérité de l'incontinence avec une échelle de qualité de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Vous évaluez la sévérité de l'incontinence avec le pad test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
11 - Le patient se présente avec un dispositif de recueil des urines type étui pénien, vous lui demandez de l'abandonner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Le patient a subi une entérocystoplastie avec sa prostatectomie radicale, la rééducation est contre-indiquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Le bilan urodynamique a montré une hypertonie du sphincter externe strié faite vous une stimulation électrique excitomotrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Vous demandez un calendrier mictionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Le patient présente des douleurs périnéales consécutives au traitement chirurgical, c'est une contre-indication de la rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Vous proposez un examen endo-cavitaire à chaque séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Vous contrôlez la qualité de contraction périnéale de votre patient par techniques manuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Pour la stimulation excitomotrice, vous utilisez obligatoirement une sonde endo-cavitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Vous proposez des exercices de bio-feed-back en position debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - La cystoscopie révèle un rétrécissement urétral, vous poursuivez la stimulation excitomotrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
21 - Le taux de PSA augmente brutalement, vous poursuivez la rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Vous montrez à votre patient des exercices d'auto-rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Vous expliquez à votre patient l'intérêt des séances de suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Votre patient part à l'étranger, vous lui prescrivez un stimulateur portable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>