

# REEDUCATION ANO-RECTALE : LES GRANDS TABLEAUX CLINIQUES

---

## 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**

- Max Claude CAPPELLETTI, Masseur Kinésithérapeute
- Hélène COLANGELI-HAGEGE, Masseur Kinésithérapeute

### 1) OBJECTIFS

#### **Généraux :**

L'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle, est pour le kinésithérapeute formé :

- d'acquérir ou de perfectionner les techniques de kinésithérapie périnéo sphinctériennes chez l'homme, et donc d'améliorer l'offre de soins, de par la qualité de la prestation mais aussi du plus grand nombre de professionnels formés (accès aux soins)
- d'amener le professionnel à mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de l'HAS :
  - savoir de connaissances ;
  - savoir de techniques pratiques ;
  - savoir-faire opérationnel ;
  - savoir relationnel.
- Par ailleurs, sensibiliser le professionnel au contexte socio-économique de la santé afin qu'il intègre l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

#### **Spécifiques :**

A l'issue de ces deux jours de formation, le stagiaire sera capable de :

- repérer et de dépister les dyschésies
- d'aborder plus efficacement leur prise en charge en l'intégrant si nécessaire dans le déroulement de la rééducation périnéale.

## 2) RESUME

### Premier jour (MC Cappelletti) : 9h00-13h00 & 14h00-17h30

- Restitution des grilles EPP 1 et tour de table
- Anatomie du rectum et de l'appareil sphinctérien – Digestion – Physiologie de la continence et de la défécation – Réflexe gastro-colique – Biomécanique viscérale – Grossesse et accouchement
- Physiopathologie de la constipation terminale = anisme, troubles de la statique pelvienne (rectocèles, intussusceptions, prolapsus recto-anaux, périnéées descendants, neuropathies d'étirement). Epidémiologie.
- Examens complémentaires, indications chirurgicales, traitement médical des constipations, diagnostic différentiel entre constipations de transit et constipations terminales.
- Traitement comportemental : éducation du patient, utilisation du calendrier des selles, palliatifs, diététique, accompagnement psychologique, activité physique. Prise en charge en multi-disciplinarité.
- Posture facilitatrice, comportement défécatoire.
- Description d'un bilan diagnostique à l'aide d'outils validés.
  - Principes spécifiques à l'examen ano-rectal
  - ROMP
  - Description de l'examen clinique externe et interne et des techniques manuelles = Détection des pathologies de la marge anale (fissures, hémorroïdes, intussusception, etc.). Observation de la mobilisation à l'effort de retenue volontaire et à la poussée.
  - Bilan endo-cavitaire manuel : 3 temps de Lucile Poumarat. Vacuité de l'ampoule rectale, douleurs rectales, anales, évaluation du tonus du canal anal. Evaluation des éléments musculaires pubo-rectal et sphincter anal externe, qualité de la contraction et de la relaxation musculaire, poussée. Test digital : différenciation entre les groupes musculaires.
  - Bilan endo-cavitaire instrumental : manométrie ano-rectale adaptée à l'usage des rééducateurs.

### Deuxième jour (H. Colangéli-Hagège) : 9h00-12h30 & 13h30-17h30

- Description des techniques manuelles.
- Description des techniques instrumentales :
  - importance du bio-feed-back,
  - place de l'électrothérapie,
  - bio-feed-back sensoriel, bio-feed-back musculaire.
- Manipulation pratique des sondes simples de distension et des double-ballons
- Techniques globales : massage abdominal, auto-massage, gymnastique abdominale adaptée (non génératrice de pression), traitement des cicatrices, travail postural.
- Le matériel biofeedback : stimulateurs, appareil de mesure EMG et pression.
  - Sondes endocavitaires, électrodes cutanées externes.
  - Précautions et hygiène.
  - Matériel palliatif.
- Entraînement BFB adapté aux différents cas cliniques.
- Cas cliniques et traitements appropriés
  - Troubles de la statique pelvienne
  - Anisme
  - Hypotonie périnéale et dyschésie
- Simulation d'une séance bilan, traitement, enseignement auto-rééducation.
- Débriefing. Synthèse -Table ronde autour des grilles EPP 2. Evaluation fin de stage.

### 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 14 h 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 oeuvre**

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, photocopié 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**

1. Abramowitz L. Impact de l'obésité morbide sur le périnée. Acta Endosc, 2008; 38: 19
2. Amarenco G. Électromyographie et constipation. Pelvi-Périnéologie 2010 ; 5:171-177
3. Amaro JL. Effect of intravaginal electrical stimulation on pelvic floor muscle strength. Int Urogynecol J 2005 16: 355-358
4. Atienza P. Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement, CNGOF – MISES À JOUR EN GYN.-OBST. – XXIII, 1999.
5. Bassotti G, Chistolini F, Sietchiping-Nzepa F, de Roberto G, Morelli A, Chiarioni G. Biofeedback for pelvic floor dysfunction in constipation. BMJ 2004; 328: 394-396.
6. Beco J, J Mouchel, G Nelissen, La périnéologie, comprendre un équilibre et le préserver, GEP, 1998

7. Billecocq S, Morel MP, Fritel X. Traumatismes du levator ani après l'accouchement, de l'étirement à l'avulsion : revue de la littérature. Progrès en urologie 2013 ; 23, 511—518
8. Bo K, Berghmans Bet al 2007 Evidence based physical therapy for the pelvic floor. Edinburgh: Elsevier 2007
9. Bonniaud V, Parratte B. Effets obésité sur le plancher pelvien. Pelvi Perineol, 2008; vol.2, supp. 1
10. Boulay C et al. Sagittal alignment of spine and pelvis regulated by pelvic incidence: standart values and prediction of lordosis. J Eur Spine, 2006; 15: 415-422
11. Boulay C, Prudhomme M, Prat-Pradal D et al. Statique pelvienne: morphologie osseuse et périnée. Pelvi Perineol, 2: 97-105
12. Cochrane review (2008) C. Dumoulin, J. Hay-Smith ; Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary incontinence in women. A Cochrane systematic review. Eur J Phys Rehabil Med 2008; 44:47-63
13. Colangeli-Hagege H. Prise en charge des dyschésies et rééducation. Kinésithér Scient 2013;539:5-13
14. Colangeli H. Les techniques manuelles de rééducation périnéale : aspects éthiques. Kinésithér Scient 2006 ;464 : 1-4
15. Cotelte O, Cargill G, Marty ML, Marty MD, Bueno L, Cappelletti MC, Colangeli-Hagège H, Savarieau B, Ducrotté P. A Concomitant Treatment by CO2-Releasing Suppositories Improves the Results of Anorectal Biofeedback Training in Patients With Dyschezia: Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo- Controlled Trial. Diseases of the Colon & Rectum 2014 Volume 57: 6.
16. Coulom P. L'algorithme décisionnel devant une dyschésie, jta 2009
17. De Bisschop G et coll. Le plancher pelvien hypotonique. Kinésithér Scient 2007;476:11-19
18. Deffieux X, Hubeaux K, Damphousse M et al. Perineal neuromuscular fatigue. Ann Readapt Med Phys, 2006; 49: 331-6, 413-417
19. Denis P. Diagnostic et prise en charge de la dyschésie. Tiré à part, Hôpital Charles Nicolle, Rouen, 2008.
20. Enck P et col, Biofeedback therapy in fecal incontinence and constipation, Neurogastroenterology and motility, Nov 2009; vol 21 issue 11
21. Gallas S, Leroi AM. Physiologie de la défécation. Pelvi-périnéologie 2010
22. Ghroubi S et coll. Apport du traitement conservateur dans la prise en charge du prolapsus urogénital de bas grade. Le devenir après deux ans. Annales de readapt et Med Phys 2008;51:96-102
23. Guinet A, Jousse M, Verollet D, Amarenco G. Constipation, dyschésie et lésions neurogéniques centrales. Pelvi-Périnéologie 2010 ; 5:181-184.
24. Hagen S, Thakar R. Conservative management of pelvic organ prolapse. Obs Gyn 2012;22-5:118-122
25. Hagen S, Stark D, Glazener CMA et al. A randomised controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. International Urogynecology Journal, 2009; 20 : 45-51
26. HAS Guide Affections longues durée Cancer colo-rectal, 2008, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) ou [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
27. HAS Hygiène au cabinet médical ou paramédical recommandations, 2007, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

- 28.
29. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993 Jan;36(1):77-97
30. Lagoidet JP. Prise en charge comportementale et diététique de la constipation. *Pelvi-Périnéologie* 2010 ; 5:270-274
31. Lackner JM, Mesmer C, Morley S, et al (2004) Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 72(6):1100-13
32. Lindberg G et coll. Constipation: une approche globale. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines*, 2010.
33. Mason et coll. (2002) Psychological state and quality of life in patients having behavioral treatment for intractable constipation. *Am J Gastroenterol* 97(12):3154-9
34. Piche T et col, Recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte, *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:125-135
35. Pigot F, Castinel A, Juguet F, Marrel A, Deroche C, Marquis P. Qualité de vie, symptômes de dyschésie et anatomie après correction d'un trouble de la statique rectale par voie basse. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25 :154-60. *J Colorect Dis* 1992 ;7 :102-7
36. Poumarat-Pralus L. Les embarras du ventre : alimentation et traitements. Paris : Robert Jauze, 2010.
37. Raibaut P, Verollet D, Lebreton F, Mandon L, Jousse M, Amarenco G. Intérêt des explorations manométriques dans les dyschésies anorectales. *Pelvi-Périnéologie* 2010 ; 5:252-256.
38. Renzi A et col, Five-item score for obstructed defecation syndrome: study of validation. *Surg Innov*. 2013 Apr;20(2):119-25
39. Siproudhis L, Eléouet M, Kerdraon J. Traitements médicamenteux de la constipation. *Pelvi-Périnéologie* 2010 ; 5:267-269.
40. Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P, et al. Defecation disorders: a French population survey. *Dis Colon Rectum* 2006 ; 49(2):219-27
41. Siproudhis L et coll. Stratégie diagnostique d'une dyschésie, *Gastroenterol Clin et Biol*. 2009 ; 33 (10): F 68 – F74
42. SNFCP. Score de Jorge et Wexner simplifié.
43. SNFGE. Constipation de l'adulte (avec le traitement) chapitre 34 in *ABREGÉ D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE-2ème édition* Paris : Elsevier-Masson ; 2012.
44. SNFGE. Recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:125-135.
45. SNFGE. Colopathie fonctionnelle, chapitre 20 - item 229 in *ABREGÉ D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE-2ème édition* Paris : Elsevier-Masson ; 2012.
46. SNFGE. Syndrome occlusif, chapitre 18 – item 217 in *ABREGÉ D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE-2ème édition* Paris : Elsevier-Masson ; 2012.
47. SNFGE. Douleurs abdominales aiguës chez l'enfant et chez l'adulte, chapitre 16 item 195 in *ABREGÉ D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE-2ème édition* Paris : Elsevier-Masson ; 2012.
48. Soudan D. Constipation et syndrome de l'ulcère solitaire du rectum. *Pelvi-Périnéologie* 2010 ; 5:178-180.

49. Staumont G, Diagnostic et traitement d'une dyschésie, Gastroentérologie Clinique et Biologique Vol 30, N° 3 - mars 2006 pp. 427-438
50. Sultan H. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. The New England Journal of Medicine, 1993.
51. Valancogne G, Wattier A. Rééducation de la défécation dyssynergique. Pelvi-Périnéologie 2010 ; 5:275-284.
52. Valancogne G. Rééducation en colo-proctologie, Masson, 1993

## **E – Grille d'évaluation des pratiques professionnelles**

Cf page suivante

## Rééducation ano-rectale grands tableaux cliniques

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 - Pour prendre en charge en rééducation la constipation terminale de votre patient(e), la mention « rééducation ano-rectale » doit figurer sur la prescription de rééducation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Lorsque le diagnostic de constipation terminale figure sur la prescription, le BDK n'est pas nécessaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Puisqu'il s'agit d'une constipation terminale, vous n'interrogez pas votre patient(e) sur la continence anale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Vous interrogez votre patient(e) sur les signes subjectifs de dyschésie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Vous quantifiez la gêne ressentie par votre patient(e) sur une échelle visuelle analogique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
06 - Vous ne donnez pas de conseils d'hygiène alimentaire : seuls les professionnels de la diététique sont habilités à le faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Vous déconseillez le recours à toute forme de laxatif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Vous conseillez les suppositoires à libération gazeuse et en expliquez l'indication.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Vous éduquez votre patient(e) à la posture facilitatrice de la défécation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Pour l'examen, vous installez votre patient(e) en quadrupédie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
11 - Lors de l'examen, vous recherchez les réflexes anaux à la toux et à l'étirement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Lors de l'examen endo-cavitaire vous respectez les trois temps de l'examen ano-rectal décrit par Lucile Poumarat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Vous notez dans votre BDK la présence éventuelle d'un résidu rectal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Lorsque vous visualisez une hémorroïde externe inflammatoire, vous diffusez l'examen endo-cavitaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Pour votre traitement, vous utilisez des techniques digitales endo-cavitaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
16 - Pour votre traitement, vous utilisez des techniques d'électrothérapie endo-cavitaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Pour votre traitement, vous utilisez des techniques de bio-feed-back endo-cavitaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Pour votre traitement, vous entraînez la sensibilité rectale consciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Pour votre traitement, vous entraînez le volume maximal tolérable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Pour votre traitement, vous entraînez l'expulsion d'un ballonnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
21 - Toutes vos sondes de rééducation ano-rectale sont patient unique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Vous faites collecter les déchets liés à la rééducation ano-rectale (draps d'examen, gants, etc.) par une filière spécifique pour déchets septiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Pour votre traitement, vous utilisez des techniques de respiration abdomino-diaphragmatique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Vous indiquez à votre patient(e) des exercices d'auto-entraînement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>