

Rééducation ano-rectale : renforcement

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel : -
14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

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

FORMATEURS

- Hélène COLANGELI-HAGEGE, Masseur Kinésithérapeute
- Isabelle GIEN CHAUVAT, Masseur Kinésithérapeute

1) OBJECTIFS

La rééducation ano-rectale nécessite la mobilisation de larges connaissances théoriques, cliniques et pratiques. Les connaissances sont difficiles à maîtriser, mobiliser et mettre en œuvre dans la prise en charge rééducative de situations cliniques complexes. L'INK MDK propose aux kinésithérapeutes **déjà formés** à la rééducation ano-rectale un **stage théorique et pratique** de deux journées consacré à la rééducation ano-rectale, autour de cas cliniques complexes.

La première journée sera théorique. Elle intègrera une réflexion autour de cas cliniques précis, par petits groupes, pour élaborer une démarche réflexive à partir des résultats du bilan diagnostic kinésithérapique propre à la rééducation ano-rectale en revoyant cet examen pas à pas sous forme de cas cliniques. La formatrice apportera l'éclairage de son expérience et les compléments théoriques nécessaires.

La deuxième journée permettra la mise en pratique des techniques de bilan et de traitement envisagés en réponse aux cas cliniques étudiés. Les modalités et objectifs de ces techniques de rééducation ano-rectale seront revus et mis en pratique par petits groupes sur mannequin de simulation, encadrés par deux formateurs.

La compréhension et la prise en charge périnéo sphinctérienne ont évolué profondément et très rapidement ces dernières années, notamment sous l'impulsion de la recherche française et internationale. La visée de ce stage est de permettre une remise à jour des savoirs afin de les rendre conformes aux connaissances actuelles de la physiologie à la physiopathologie. Ce stage sera également l'occasion pour le stagiaire de développer des compétences portant sur le bilan et le traitement de situations cliniques complexes.

Le dépistage et la prise en charge des troubles ano-rectaux en rééducation est primordial pour assurer une éducation des patients à une vidange rectale physiologique, pour traiter les troubles de la continence anale, les troubles de la statique rectale et les douleurs périnéales postérieures. La rééducation ano-rectale permet le traitement de symptômes très gênants pour la qualité de vie.

Contenu :

Théorique (cognitif, conceptuel), technologique et pratique (Voir infra)

Objectifs généraux :

Cette formation sur deux journées permet de repérer et de dépister les troubles ano-rectaux, et d'aborder plus efficacement leur prise en charge en l'intégrant si nécessaire dans le déroulement de la rééducation périnéale.

Après le rappel d'éléments théoriques permettant la compréhension des troubles anorectaux et les possibilités thérapeutiques apportées par la rééducation ano-rectale, les stagiaires seront guidés dans l'élaboration d'un bilan diagnostic kinésithérapique de la fonction anorectale et d'un protocole de traitement rééducatif adapté aux différents tableaux cliniques par une formatrice spécialisée dans ce domaine.

L'objectif général est d'acquérir les connaissances nécessaires à l'évaluation et à la rééducation kinésithérapique les techniques de kinésithérapie ano-rectale chez l'adulte.

A l'issue de la formation, le participant sera capable après une analyse de la pratique actuelle et des recommandations de :

- Réaliser des tests et évaluations simples et rapides, recommandés et validés par la HAS (ou les sociétés savantes) et ensuite d'améliorer leur prise en charge avec une approche globale, novatrice et mieux adaptée.
- Contribuer à améliorer l'offre de soins et leur accès par des prestations pertinentes, réalisées par un plus grand nombre de professionnels.
- Mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de l'HAS ou des sociétés savantes françaises ou internationales : - savoir de connaissances ;
- savoir de techniques pratiques ; - savoir-faire opérationnel ; -
savoir relationnel.
- Analyser et évaluer un patient, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique
- Concevoir et conduire un projet thérapeutique kinésithérapique, adapté au patient et à sa situation (incluant la dimension éducative)
- Concevoir, mettre en œuvre et évaluer la prise en charge kinésithérapique
- Intégrer l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

Objectifs spécifiques :

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

- Comprendre et maîtriser les mécanismes responsables de troubles de la continence anale, de la défécation, de la statique rectale et des douleurs du périnée postérieur, y compris dans des situations cliniques complexes ou peu fréquentes,
- Connaitre les différentes étapes du bilan et les techniques validées,
- Connaitre les principes du bilan endo-cavitaire manuel et instrumental,
- Connaitre les principes des techniques endocavitaires manuelles,
- Connaitre les principes des techniques endocavitaires instrumentales,
- Savoir manipuler les sondes,
- Savoir réaliser les techniques gymniques et les techniques cicatricielles,
- Connaitre les principes du matériel de biofeedback et les précautions et règles d'usage,
- Maîtriser le déroulé d'une séance,
- Elaborer une progression.

2) RESUME

Jour 1 : formatrice Hélène Colangeli Hagege 9h00-13h00 et 14h00-17h30

9h00-9h30 9h30-10h45

Accueil, présentation des stagiaires, de leurs attentes, présentation de la formation

Théorie : Rappels sur la rééducation anorectale : BDK, techniques manuelles de rééducation, techniques instrumentales, part comportementale, part globale, complémentarité entre les techniques.

Pathologies de la marge anale : révision de l'examen externe, diagnostic différentiel entre fissure, marisque et hémorroïde, entre périnée descendant et périnée descendu, contreindications à l'examen endo-cavitaire.

Pathologies du tonus anal : révision de l'examen endo-cavitaire anal, analyse du tonus des différents faisceaux constituant l'appareil sphinctérien strié anal, que faire face à une béance anale, que faire face à une hypertonie anale. Propositions de prise en charge d'une hypotonie anale avec béance, d'une hypertonie anale par techniques manuelles, bio-feed-

back, place de l'électrothérapie. **11h00-12h30**

Théorie : Pathologies de la vidange rectale : présence d'un résidu rectal, quand les techniques instrumentales endo-cavitaires sont-elles contre-indiquées ? Analyse de la poussée évacuatrice par techniques manuelles, entraînement de la poussée évacuatrice par techniques globales. Intérêt et limites des dispositifs d'aide à la vidange rectale. **14h00-14h45**

Théorie : Pathologies du réservoir rectal : troubles de la sensibilité rectale consciente, trouble de la compliance rectale. Révision des évaluations et entraînements volumétriques par sondes à ballonnets.

Pratique : Manipulation de la sonde pour entraînement de la sensibilité rectale, pour entraînement de la compliance rectale. **14h45-15h30**

Théorie : Pathologies de la coordination recto-anale : l'anisme, l'asynchronisme ou inversion de commande, bio-feed-back ano-rectal par sonde à double ballonnets, entraînement par techniques manuelles. **15h30-16h15**

Pratique : manipulation de sonde pour entraînement de la coordination recto-anale. **16h15-17h30**

Pathologies neurologiques : l'examen neurologique, les palliatifs, les techniques de rééducation.

Cancers colo-rectaux : rééducation avant et après chirurgie.

Synthèse : démarche réflexive, différents éléments du bilan, techniques de rééducation anorectale contextualisées pour chacun des cas cliniques proposés.

Temps interactif : à partir d'éléments de bilans correspondant à de réelles situations cliniques, construire les propositions thérapeutiques et leur évolution. Mise en commun des techniques manuelles d'entraînement de l'appareil sphinctérien strié anal. Proposition de séquences de bio-feed-back adaptées à différents cas cliniques. Proposition d'une progression.

Régulation : identification des gestes et techniques à revoir lors de la journée pratique

Objectifs de la première journée :

A l'issue du premier jour de formation, le stagiaire sera capable de :

- Maîtriser les savoirs physiopathologiques des troubles ano-rectaux : pathologies de la marge anale, du réservoir rectal, de la coordination recto-anale, du tonus sphinctérien anal.
- Connaître les différentes étapes du bilan et les techniques validées
- Connaître les principes du bilan endo-cavitaire manuel et instrumental
- Connaître et maîtriser les techniques de rééducation en fonction des résultats du bilan, proposer une auto-rééducation, proposer une progression.

Jour 2 : formatrices Hélène Colangeli Hagege et Isabelle Gien Chauvat 9h00-12h30 & 13h30-17h30



**MAISON
DES KINES**
INK FORMATION

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 : 11 75 116 30 75



processus certifié

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification qualité a été délivrée au titre de
la catégorie d'action suivante :
ACTIONS DE FORMATION

9h-9h30

Théorie : rappel des différentes étapes du bilan, installation du patient, précautions, contre-indications à l'examen endo-cavitaire. **9h30-10h30**

Pratique : Démonstration puis pratique de l'examen clinique et des techniques manuelles par petits groupes, sur mannequin de simulation, encadrés par les formateurs. Savoir analyser les résultats du bilan.

- bilan externe : réflexes, zone sensitivo-motrices, présence des plis radiés, recherche des réflexes à la toux, à l'étirement, visualisation de l'effort de retenue volontaire, de l'effort de poussée, recherche des éléments pathologiques (fissure, hémorroïde externe, marisque, béance, prolapsus, descente périnéale).

- bilan intra cavitaire manuel : déroulement de l'examen endo-cavitaire ano-rectal. Présence de résidu, testing analytique des différents faisceaux constituant le sphincter anal, test du retrait, évaluation du tonus de base, de la qualité de la relaxation et de la commande musculaire, fatigabilité, comportement lors de l'effort de poussée. Manœuvre des valves.

10h30-11h30

Pratique : Techniques manuelles d'entraînement des muscles du plancher pelvien : prise de conscience de la contraction et de la relaxation de l'appareil sphinctérien strié anal, différents régimes musculaire, savoir faire varier la résistance et sa direction au cours de l'entraînement, levées de tension. **11h30-12h30**

Pratique : Manipulation pratique des sondes simples de distension et des sondes double-ballons hors site anatomique.

14h-14h30

Théorie : Le matériel biofeedback, stimulateurs, appareil de mesure emg et pression. Sondes endocavitaires, électrodes cutanées externes. Précautions et hygiène. Matériel palliatif.

14h30-15h00

Pratique : simulations d'entraînement BFB adapté aux différents cas cliniques.

15h00-15h30

Cas cliniques et traitements appropriés. Pathologies de la marge anale, du réservoir rectal, du tonus anal, de la coordination ano-rectale : simulation de séquences d'entraînement appropriées.

15h30-16h30 16h30-17h30

Pratique : **Simulation** d'une séance bilan, traitement, enseignement auto rééducation. Debriefing. Evaluation de fin de stage

Objectifs de la seconde journée :

A l'issue du deuxième jour de formation, le stagiaire sera capable de :

- Connaître les principes des techniques endocavitaires manuelles
- Connaître les principes des techniques endocavitaires instrumentales
- Savoir manipuler les sondes
- Connaître les principes du matériel de biofeedback et les précautions et règles d'usage
- Maîtriser le déroulé d'une séance dans des situations variées : après cancer colo-rectal, dans le cas d'une hypertonie anale, d'une hypotonie, d'une pathologie neurologique ou tout cas clinique rapporté par les stagiaires.

3) METHODOLOGIES

- Analyse des pratiques par grille d'évaluation « pré formation » (**pré-test**)
- Restitution au formateur des résultats de ces grilles d'analyse des pratiques préformation, question par question au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présente d'une durée de 14 h comportant des échanges sur les résultats de l'évaluation pré-formation (**pré-test**), d'un face à face pédagogique d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les évaluations.
- Analyse des pratiques par évaluation 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 (prétest)
- **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, simulée hors site anatomique sur matériel pédagogique (bassin féminin et bassin masculin), devant les participants lors des TP (Voir modalités pédagogiques pour plus d'explications)*
- **Méthode active** : les stagiaires reproduisent les gestes techniques sur mannequin de simulation.

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.

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Evaluation « pré » (pré-test) et « post formation » (post-test)
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire de satisfaction à distance

D – Référence recommandation bibliographie

Abramowitz L. Impact de l'obésité morbide sur le périnée. Acta Endosc, 2008; 38: 19
Altomare DF, Spazzafumo L, Rinaldi M, Dodi G, Ghiselli R, Piloni V. Set-up and statistical validation of a new scoring system for obstructed defaecation syndrome. Colorectal Dis 2008; 10: 84-88

Amarenco G. Électromyographie et constipation. Pelvi-Périnéologie 2010 ; 5:171-177
Bharucha AE et al. American Gastroenterological Association technical review on constipation. Gastroenterology 144(1), 218-238 2013

Bols E et al. A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand 2010

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
Bonniaud V, Parratte B. Effets obésité sur le plancher pelvien. Pelvi Perineol, 2008; vol.2, supp. 1

Bordeianou L, Hicks CW, Kaiser AM, et al. Rectal prolapse: an overview of clinical features, diagnosis, and patient-specific management strategies. J Gastrointest Surg 2014
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

Boulay C, Prudhomme M, Prat-Pradal D et al. Statique pelvienne: morphologie osseuse et périnée. *Pelvi Perineol* 2009 2: 97-105

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

Coelho SC et al. Female pelvic organ prolapse using pessaries: Systematic review. *Int Urogynecol J* 2016

Collège national des enseignants en gériatrie. Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé. UNF3S 2009 <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie10/site/html/3.html> (accessed October 13, 2019).

Colangeli-Hagege H. Prise en charge des dyschésies et rééducation. *Kinésithér Scient* 2013;539:5-13

Cotelle 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.

Coulom P. L'algorithme décisionnel devant une dyschésie, *jta* 2009

Damon H et col. Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: a multicenter randomized study, *Digestive and liver disease : Off. J. Ital. Soc. Gastroenterol. Ital.Assoc. Study Liver* 46 (3) (2014) [237-42 pp.].

Dumoulin C. et al. Pelvic floor muscle training versus no treatment. *Cochrane database of systematic reviews* 2018.

Enck P et col, Biofeedback therapy in fecal incontinence and constipation, *Neurogastroenterology and motility*, Nov 2009; vol 21 issue 11

Gallas S, Leroi AM. Physiologie de la défécation. *Pelvi-périnéologie* 2010

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

Guinet A, Jousse M, Verollet D, Amarenco G. Constipation, dyschésie et lésions neurogéniques centrales. *Pelvi-Périnéologie* 2010 ; 5:181-184.

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

Hagen S, Thakar R. Conservative management of pelvic organ prolapse. *Obs Gyn* 2012;225:118-122

HAS Guide Affections longues durée Cancer colo-rectal, 2008, www.has-sante.fr ou www.ecancer.fr

HAS Hygiène au cabinet médical ou paramédical recommandations, 2007, www.hassante.fr
Heymen S Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2009

Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993 ; 36 : 77-97.

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
Lagoidet JP. Prise en charge comportementale et diététique de la constipation. *PelviPérinéologie* 2010 ; 5:270-274

Laycock, J. and D. Jerwood, Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. *Physiotherapy*. 87(12): p. 631-642

- Lindberg G et coll. Constipation: une approche globale. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines, 2010.
- Lorenz J, Tracey I. Braincorrelates of psychological amplification of pain, 2009
- Marsh F et all. Obstetric anal sphincter in the UK and its effect on bowel, bladder and sexual function. EJOG 154, 2, 223-227 2011
- Matthews CA. Risk factors for urinary, fecal, or double incontinence in women. Curr Opin Obstet Gynecol 2014;26:393–7.
- Meyer I, Richter HE. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. Womens Health (Lond) 2015;11:225–38
- Norton et col, Randomized controlled trial of bio-feed-back for fecal incontinence. Gastroenterology 2003
- 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;31:125135
- Queralto M. et coll. La stimulation tibiale postérieure (STP) par TENS peut améliorer la continence des patients présentant une rupture sphinctérienne. Gastroenterol clin et Biol. Vol 33, 3,1, 2009
- Rao SS. Dyssynergic defecation and biofeedback therapy. Gastroenterol Clin North Am 2008; 37:569-586
- Rao SS. Diagnosis and management of chronic constipation in adults. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 13(5):295-305 2016
- Raubaut 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.
- Rainbow Y et all. The prevalence of anal incontinence in post-partum women following obstetrical anal sphincter injury. Int Urogynecol J 21, 927-932 2010.
- Renzi A et col, Five-item score for obstructed defecation syndrome: study of validation. Surg Innov. 2013 Apr;20(2):119-25
- Simillis C et col. A systematic review and network meta-analysis comparing treatments for faecal incontinence. International Journal of Surgery 66 (2019) 37-47 Siproudhis L et coll. Stratégie diagnostique d'une dyschésie, Gastroenterol Clin et Biol. 2009 ; 33 (10): F 68 – F74
- Siproudhis L, Eléouet M, Kerdraon J. Traitements médicamenteux de la constipation. PelviPérinéologie 2010 ; 5:267-269.
- Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P, et al. Defecation disorders: a French population survey. Dis Colon Rectum 2006 ; 49(2):219–27
- Sliekerten Hove MCP, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJC, Steegers-Theunissen RPM, Burger CW, Vierhout ME. Prevalence of double incontinence, risks and influence on quality of life in a general female population. NeuroUrol Urodyn 2010;29:545–50.
- SNFCP Traitement de l'incontinence anale recommandations 2012. SNFCP. Score de Jorge et Wexner simplifié.
- SNFGE. Abrégé d'hépto-gastro-enterologie Paris Elsevier-Masson 2012.
- Soudan D. Constipation et syndrome de l'ulcère solitaire du rectum. Pelvi-Périnéologie 2010 ; 5:178-180.
- Valancogne G, Wattier A. Rééducation de la défécation dyssynergique. Pelvi-Périnéologie 2010 ; 5:275-284.
- Valancogne G. Indications et résultats de la rééducation périnéologique des incontinences anales: Indications and results of perineum rehabilitation for fecal incontinence. Kinésithérapie, La Revue 2011;11:83–4

Yuaso DR, Santos JLF, Castro RA, Duarte YAO, Girão MJBC, Berghmans B, et al. Female double incontinence: prevalence, incidence, and risk factors from the SABE (Health, Wellbeing and Aging) study. Int Urogynecol J 2018;29:265–72.

Sites :

- HAS Haute Autorité de Santé. <https://www.has-sante.fr>
- Société Nationale Française de Colo-Proctologie : son site diffuse des recommandations et des ressources pour la formation. <https://www.snfcop.org>
- Société Nationale Française de Gastro-Entérologie : fiches professionnels et patients concernant les maladies de l'appareil digestif. <https://www.snfge.org>
- Urofrance site internet de l'Association Française d'Urologie <https://www.urofrance.org>

E – Grille d'évaluation pré-test / post-test (pré et post-formation)

Cf page suivante

INK - 12/03/2021 **RÉÉducation ano-rectale : renforcement**

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)

Vous n'avez pas eu de patient au cours des 2 derniers mois, ou vous n'avez pas d'expérience pour cette pathologie : répondez quand même par OUI ou NON en fonction de vos connaissances actuelles.

	OUI	NON	NC
01 - Chez les patients stomisés après cancer colo-rectal en attente de rétablissement de la continuité, vous proposez des techniques de renforcement de l'appareil strié anal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Chez les patients stomisés après cancer colo-rectal en attente de rétablissement de la continuité, vous proposez des techniques par sonde ballonnnet pour entraîner la capacité du néo réservoir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Pour entraîner la capacité du néo réservoir après cancer colo-rectal, vous vous rapprochez du chirurgien pour connaître la capacité du néo réservoir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Lorsque le patient rapporte des troubles de la statique rectale, vous lui expliquez que la rééducation ano-rectale est contre-indiquée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Pour réaliser l'examen endo-cavitaire ano-rectal vous installez votre patient en décubitus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Vous réalisez l'examen endo-cavitaire ano-rectal avec l'index pour un examen plus confortable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Vous réalisez l'examen endo-cavitaire ano-rectal avec le médus, plus long et plus précis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Lors du BDK, votre recherche de rectoclé s'effectue en laterocubitus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Vous différenciez dans votre examen prolapsus rectal et rectoclé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Vous différenciez dans votre examen fissure anale et hémorroïde externe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Pour la recherche du périnée descendant, vous installez le patient en décubitus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Vous conseillez le recours aux laxatifs osmolytiques chez vos patients après rectopexie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Lors de votre BDK vous recherchez les zones sensitivo-motrices périméales par le test pique-touche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Lors de l'examen ano-rectal, vous recherchez les réflexes anaux la toux et l'éirement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Vous notez dans votre BDK la présence éventuelle d'un résidu rectal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Dans votre BDK vous évaluez les différents faisceaux constituant l'appareil sphinctérien strié anal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Vous conseillez le recours aux laxatifs osmolytiques pendant votre prise en charge en rééducation ano-rectale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Vous conseillez les suppositoires libération gazeuse pour les troubles de l'exonération et en expliquez l'indication.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Vous réservez les techniques digitales endo-cavitaires ano-rectales au bilan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Pour votre traitement d'une incontinence anale, vous privilégiez systématiquement l'électrothérapie endo-cavitaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - Pour votre traitement ano-rectal, vous utilisez des techniques de bio-feed-back.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - En cas d'incontinence anale du post-partum, vous renoncez poursuivre les séances au-delà de 20 séances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Toutes vos sondes de rééducation ano-rectale sont patient unique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - 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"/>
25 - Pour votre traitement, vous utilisez des techniques de respiration abdomino-diaphragmatique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Vous indiquez votre patient(e) des exercices d'auto-entraînement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

