

# KINESITHERAPIE ET DYSURIE CHEZ LE PATIENT NEUROLOGIQUE

L. Gaspard

Kinésithérapeute, PhD

Service de médecine physique et réadaptation

Cliniques Universitaires Saint-Luc

La Baule, septembre 2015



Cliniques universitaires  
**SAINT-LUC**  
UCL BRUXELLES

## CAS CLINIQUE: ANAMNESE

- Femme de 44 ans
- SEP depuis 10 ans
- Type: poussée-rémission
- Score EDSS: 2,5
- Premier symptôme: névrite optique
- Symptômes uro: depuis 6 ans
- Pas de boîterie à la marche
- Faiblesse musculaire MI (D>G) (si marche longtemps)
- Travail: secrétaire



# ANAMNESE

## ● Motifs de consultation

Dysurie, urgences mictionnelles

## ● Urologique

- Nombre de miction/j: toutes les 1h30
- Nycturie: 3/n
- Délai de sécurité: directement-1'
- Infection urinaire: fréquemment
- Boissons: Café: 4; Eau: 2; Coca: 1; Tisane: 2

Jusqu'au coucher (23h)



# ANAMNESE

## ● Gastro-intestinal

- Fréquence défécatoire: 1\*/3-4j
- Consistance des selles: dures
- Pousse fort
- Hémorroïdes

## ● Gynéco-obstétrique

Pas d'enfant

## ● Gênes hypogastriques lors de sensation de besoin d'uriner



# ANAMNESE

## ● Sexologique

- Libido diminuée
- Diminution de la sensibilité
- Dysorgasmie

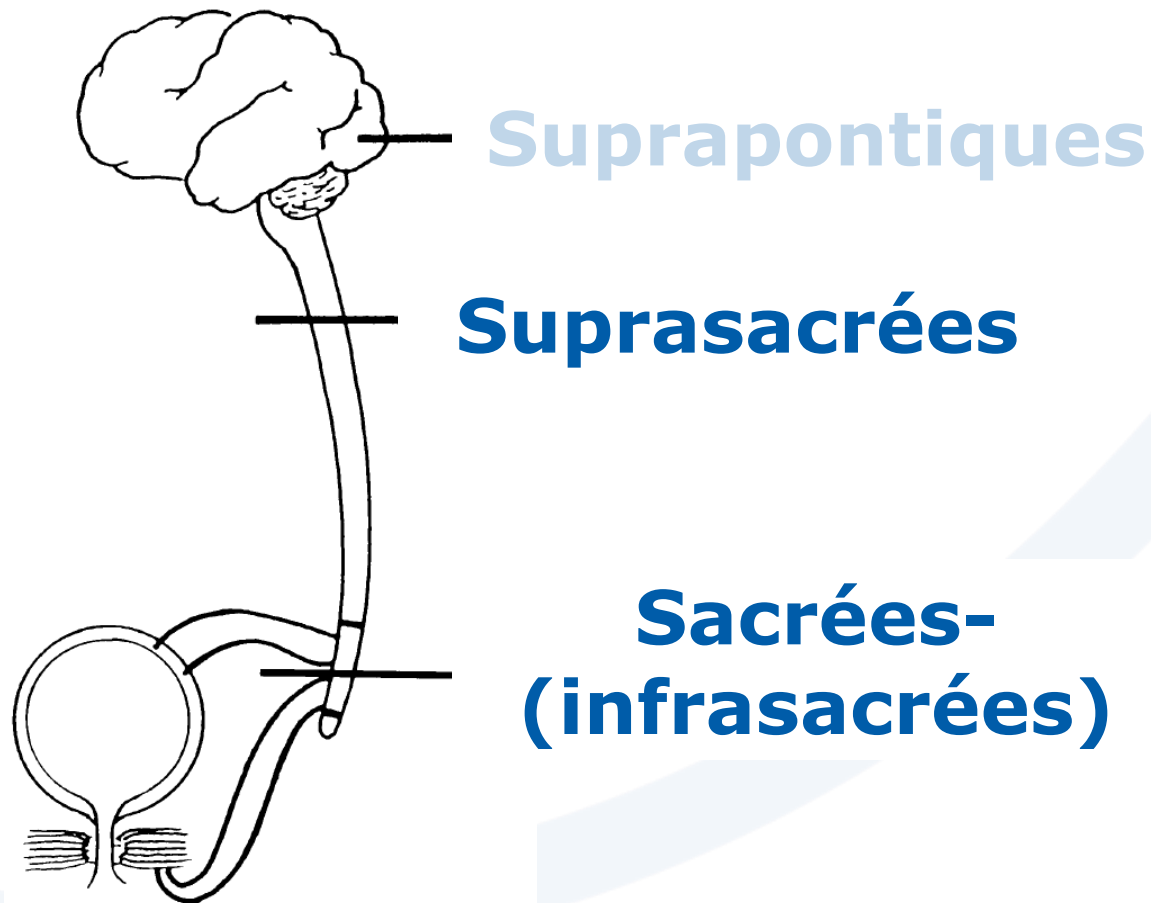
## ● Médicaments

- Movicol
- Interferon
- Furadentine
- Ditropan (médecin de famille !!!)



# PHYSIOPATHOLOGIE

Niveau du SNC atteint (ICS)



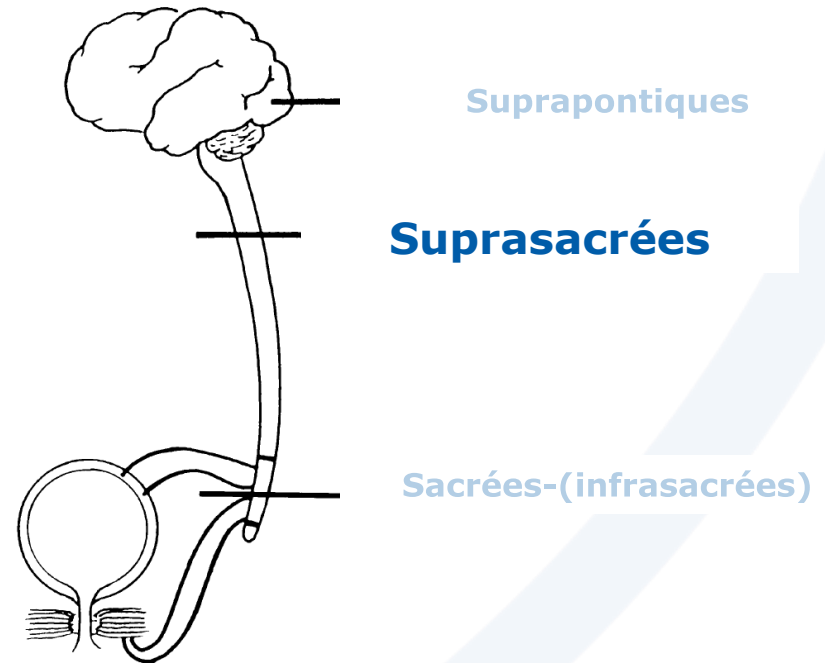
# ATTEINTES SUPRASACRÉES

- Dyssynergie Vésico-Sphinctérienne

○ **Dysurie, rétention**

- Diminution voire perte de la régulation mictionnelle cérébrale, hyperactivité détrusorienne neurogène

○ Urgenturies



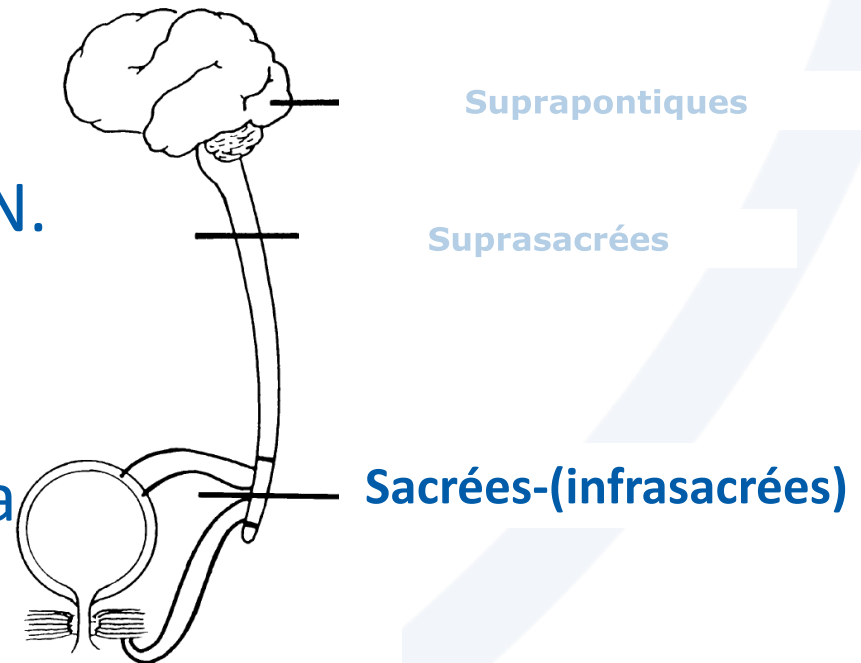
# ATTEINTES SACREES

- Diminution voire perte du réflexe de contraction détrusorienne, hypoactivité détrusorienne neurogène (N. pelvien)

○ Dysurie, rétention

- Diminution voire perte de la contractilité des MPP (N. pudendal)

○ Incontinence urinaire





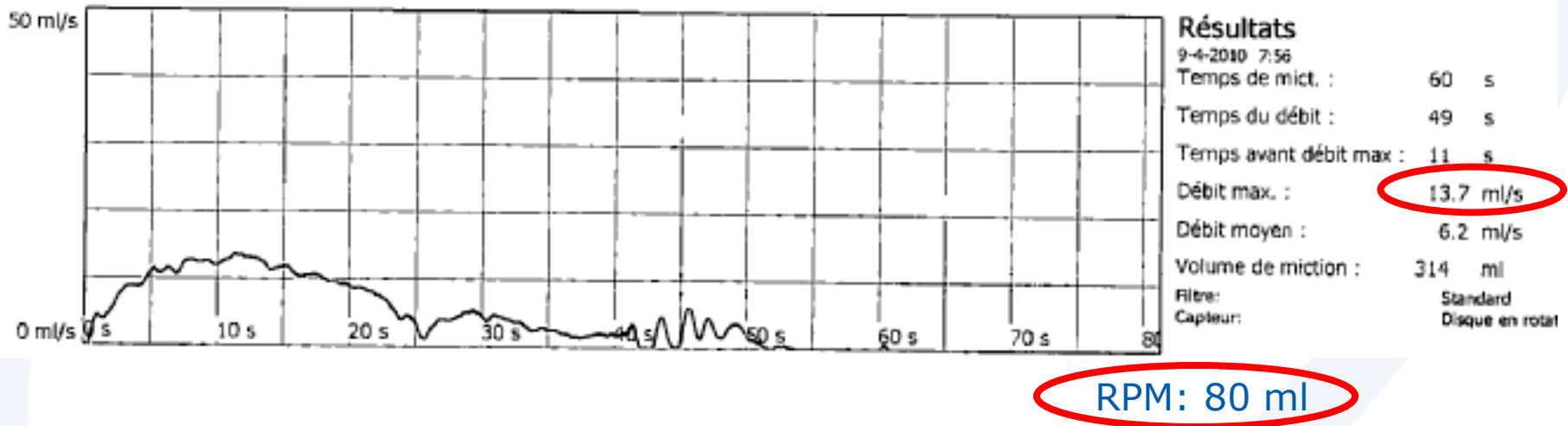
# BILAN FONCTIONNEL

Date	Heure	Volume uriné (ml)	Normal Urgent Précaution Fuite	Date	Heure	Volume uriné (ml)	Normal Urgent Précaution Fuite	
Travail	6h30	150	U	Maison	7h30	90	U	
	9h	70	U		8h30	100	N	
	11h10	50	N		11h45	140	N	
	12h	60	P		14h20	210	N	
	13h40	70	U		15h30	80	N	
	15h	20	N		18h30	120	U	
	15h40	40	N		20h10	120	N	
	16h50	70	P		23h10	40	P	
	18h	70	U		*1h45	90	N	
	20h10	150	N		*4h50	70	U	
	22h50	90	P					
	*1h30	70	N					
	*3h	50	U					
	*4h45	30	N					

\* = la nuit

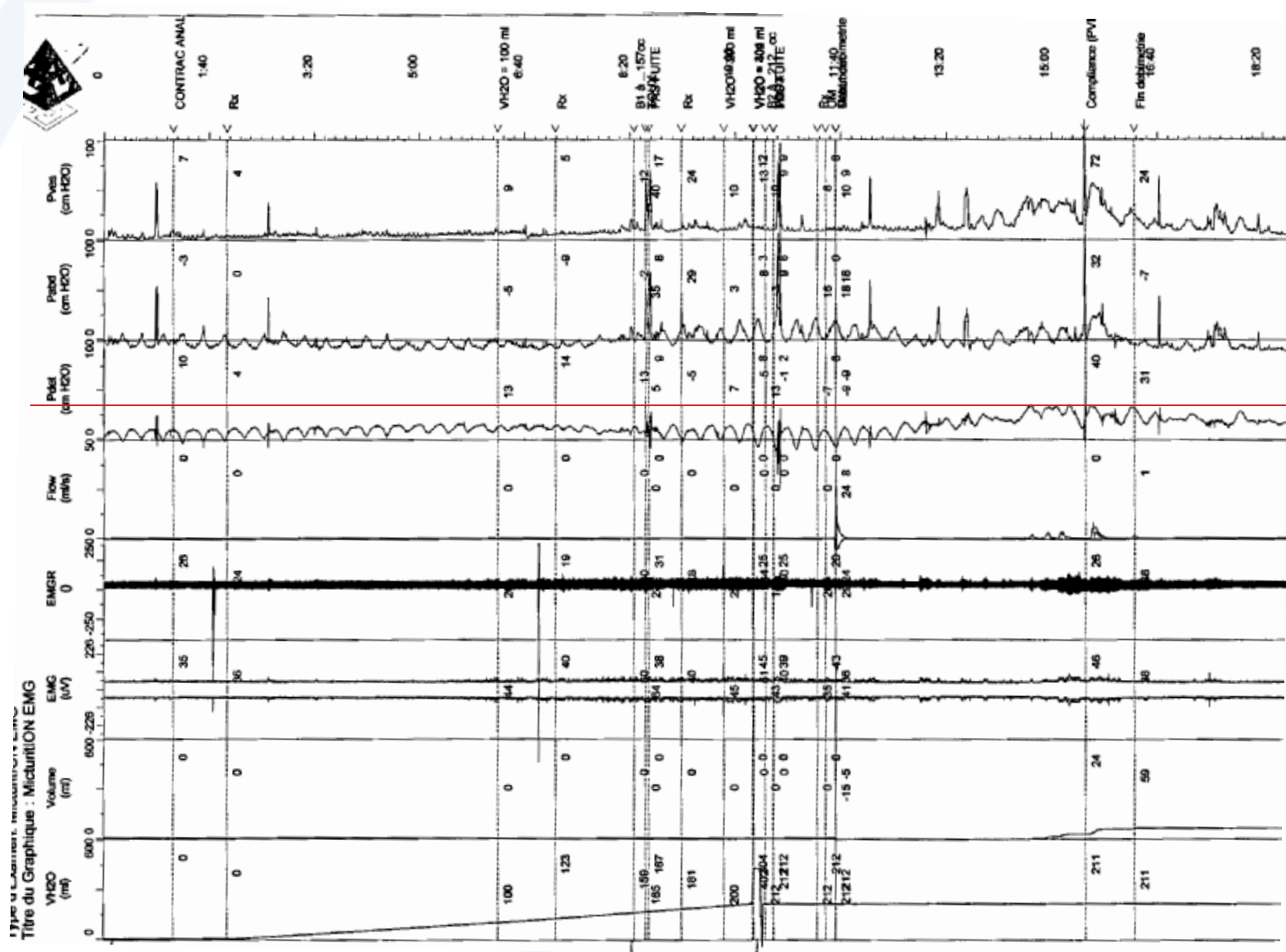
# BILAN FONCTIONNEL

## Débitmétrie spontanée



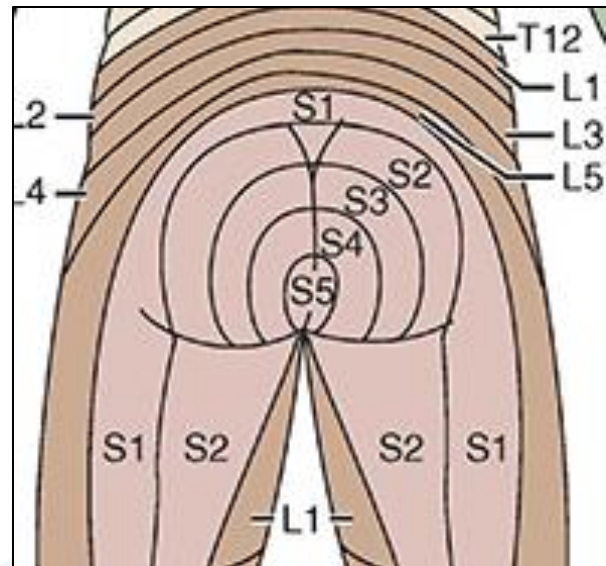
- ✓ Dysurie: jet faible et saccadé, pousse pour uriner
- ✓ Ne peut pas uriner sur commande
- ✓ Position: pas assise si pas chez elle!

# BILAN FONCTIONNEL



## OBSERVATION

- Aspect général: OK
- Sensibilité cutanée: diminuée à droite en S2-S3
- Réflexes: cliniquement faibles, mais présents
- Vulve: fermée
- Anus: hémorroïdes

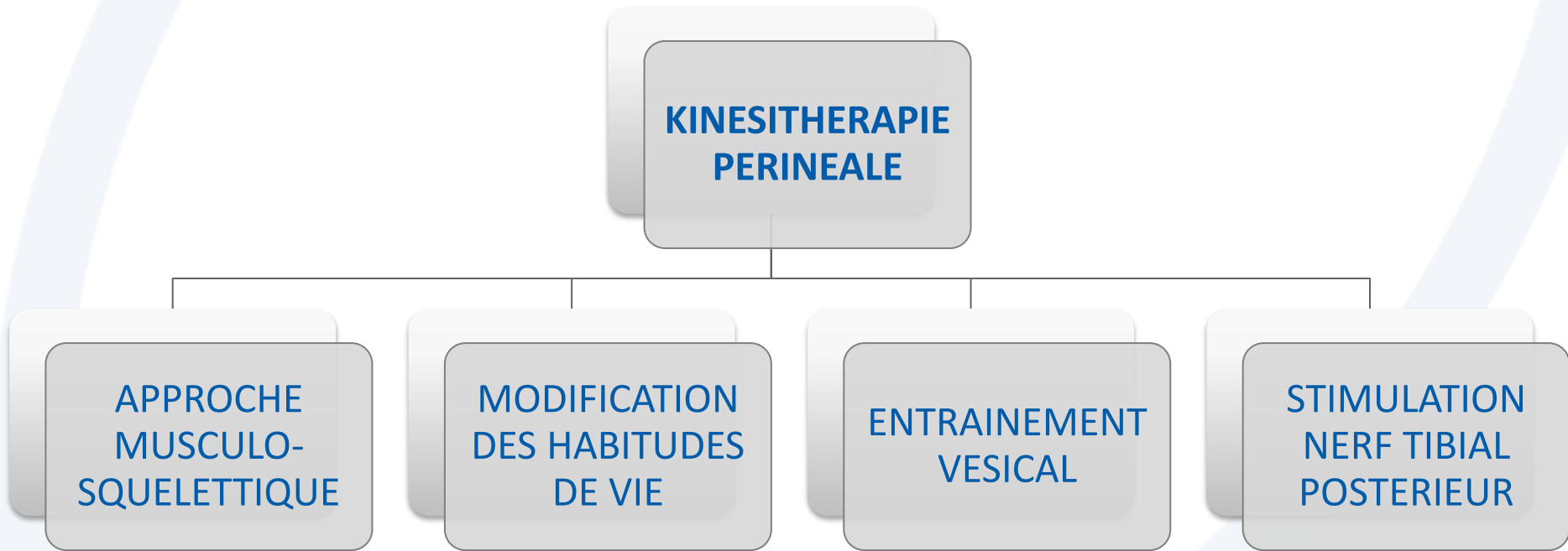


# EXAMEN CLINIQUE

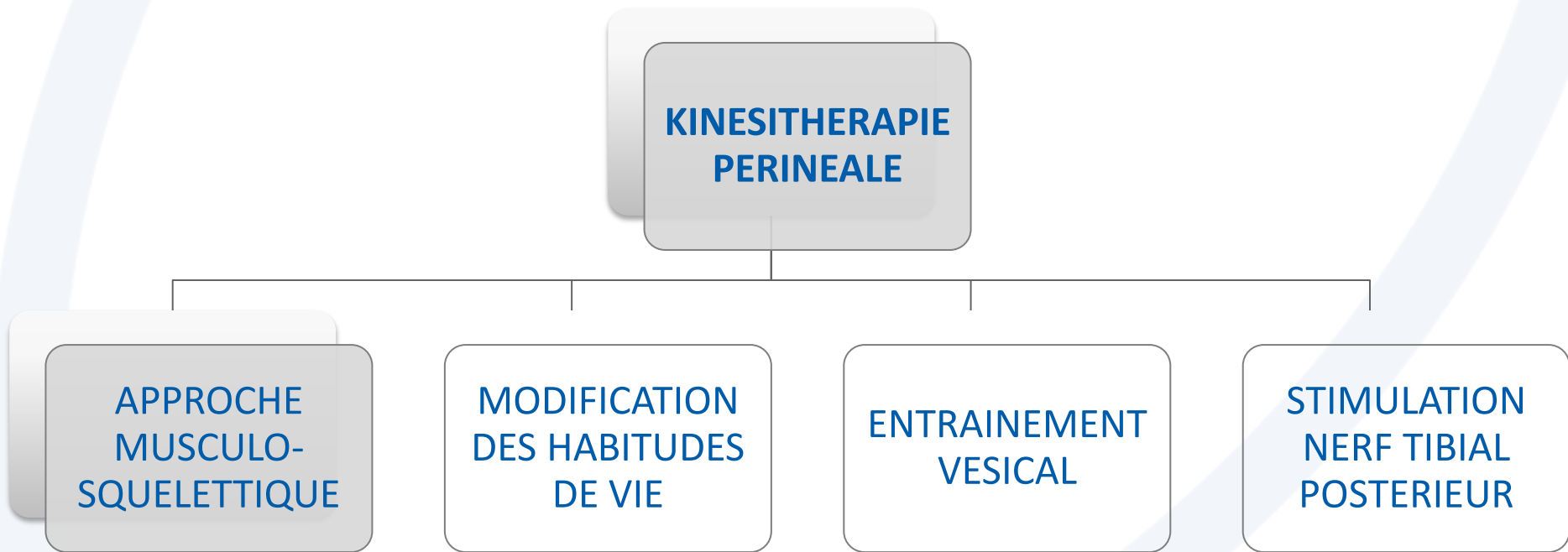
- Pli fessier marqué
- Mobilité périnéale: 2 mm
- Tonicité anale de base: 68 cmH<sub>2</sub>O
- Contraction Volontaire Maximale: 15 cm H<sub>2</sub>O
- Endurance: faible
- Douleur: palpation ligament sacro-tubéral gauche
- Examen de la statique: iliaque postérieure gauche



# PROPOSITION THERAPEUTIQUE



# PROPOSITION THERAPEUTIQUE



# DETENTE THORACO-ABDOMINO-PERINALE

- Pathologies neurologiques engendrent:
  - Anxiété, stress
  - Perturbation de la posture, la marche, ...
- Par conséquent:
  - Défaut de relâchement des muscles stabilisateurs du tronc
  - Aggravation des symptômes irritatifs et dysuriques





# DETENTE THORACO-ABDOMINO-PERINALE

## ● Travail des muscles posturaux

### ○ Normalisation activité (relâchement<sup>+++</sup>)

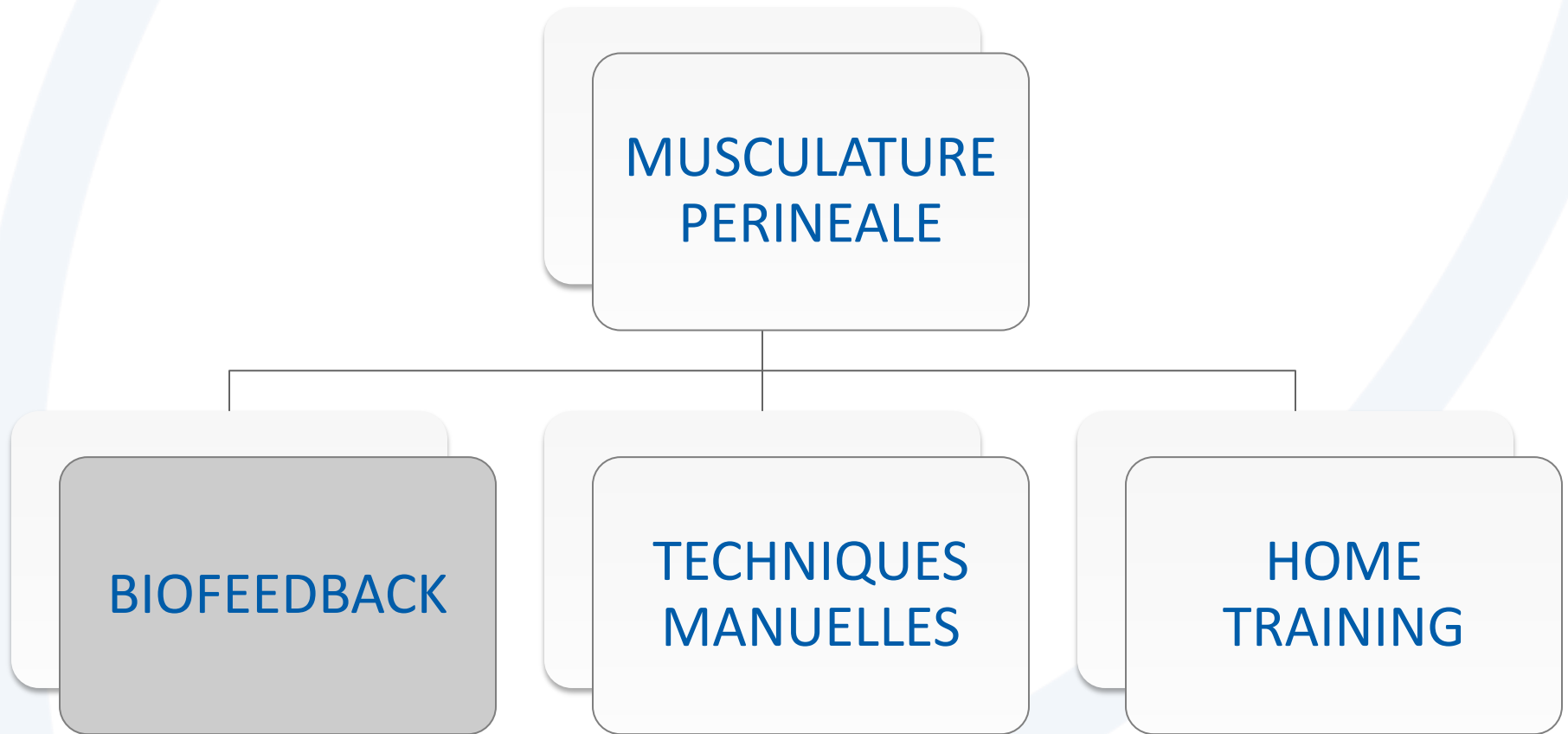
- Diaphragme thoracique
- Multifides
- Carré des lombes
- Transverse abdominal
- Musculature périnéale

### ○ Proprioception

## ● En raison des déficiences neurologiques, récurrence des troubles posturaux. Suivi chronique à long terme



# PROPOSITION THERAPEUTIQUE

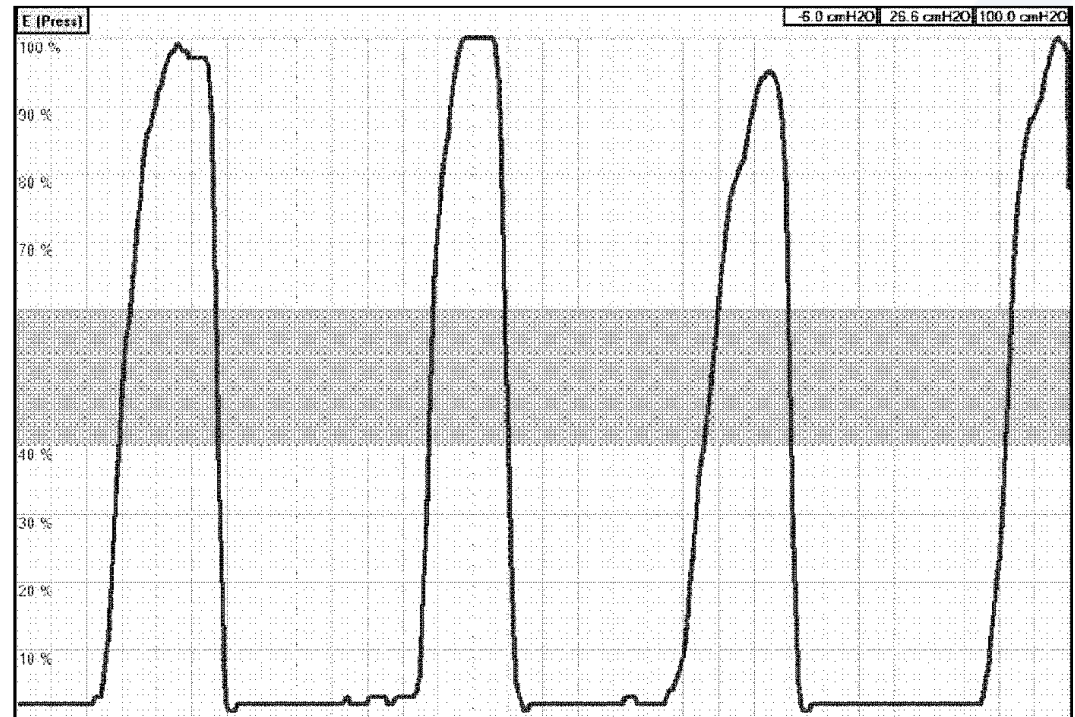


# BIOFEEDBACK

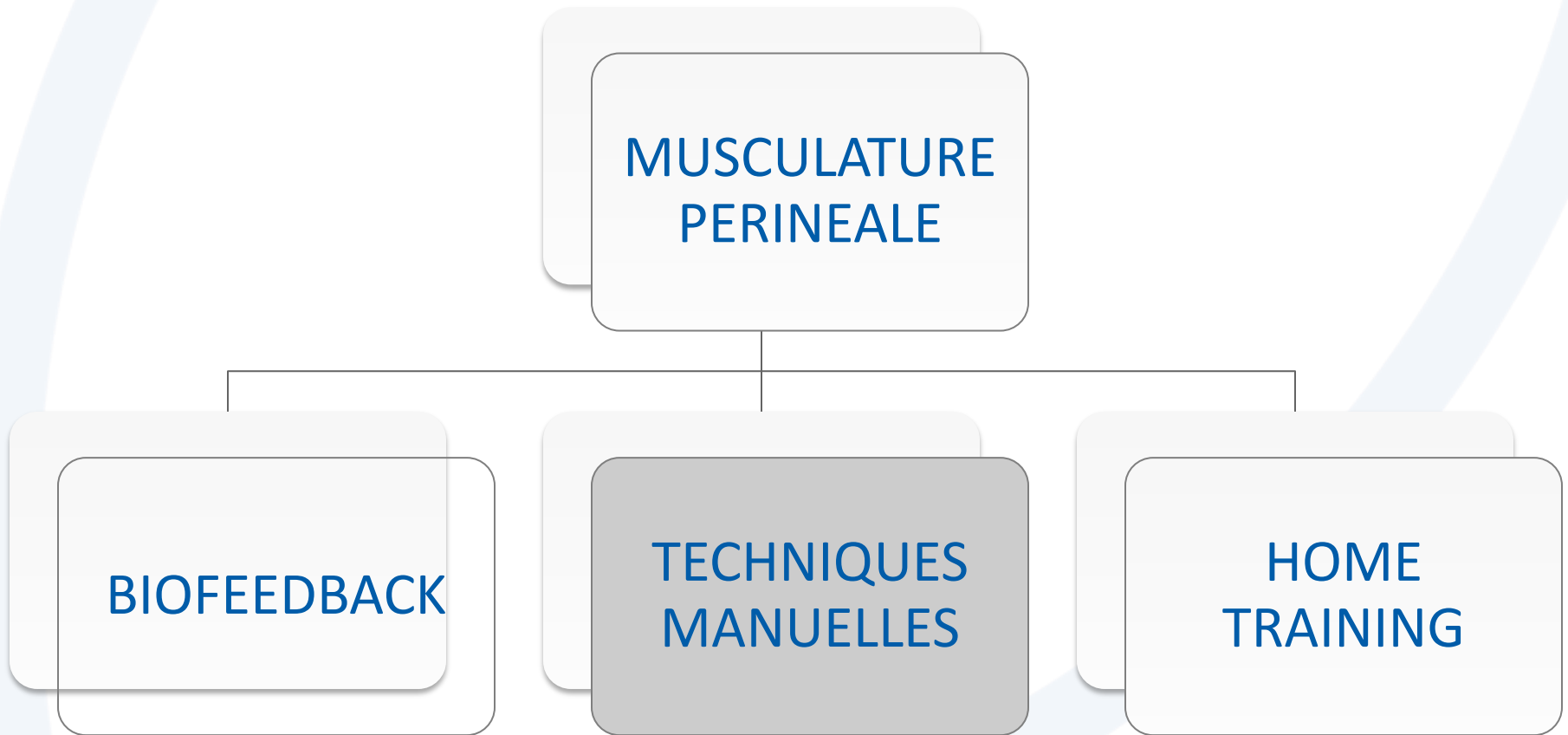
- Utilisation essentielle du BFB

- Objectifs:

- Proprioceptif
- Relâchement musculaire



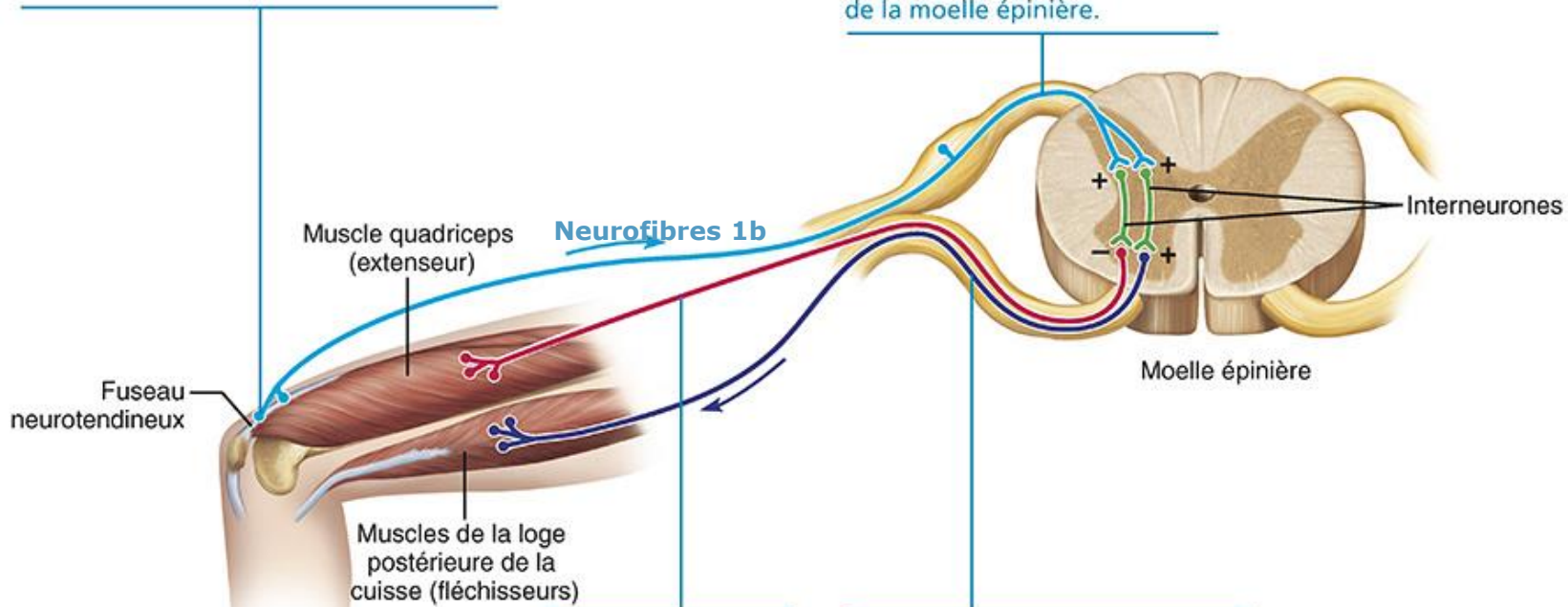
# PROPOSITION THERAPEUTIQUE



# TECHNIQUES MANUELLES

① Le muscle quadriceps se contracte. Les fuseaux neurotendineux sont activés.

② Les neurones afférents font synapse avec des interneurones de la moelle épinière.



+ Synapse excitatrice

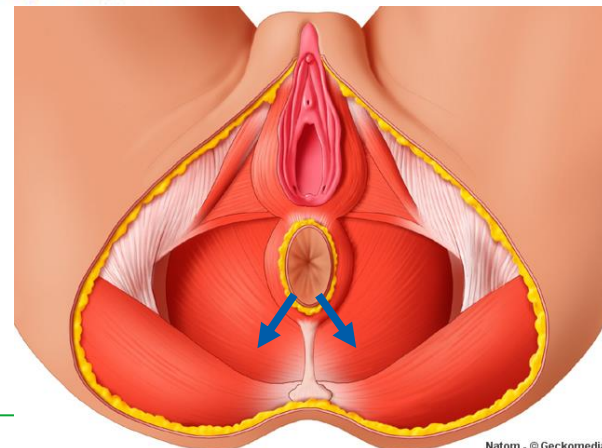
- Synapse inhibitrice

③a) Les influx efférents atteignant le muscle dont le tendon est étiré sont inhibés. Le muscle se relâche, ce qui réduit la tension.

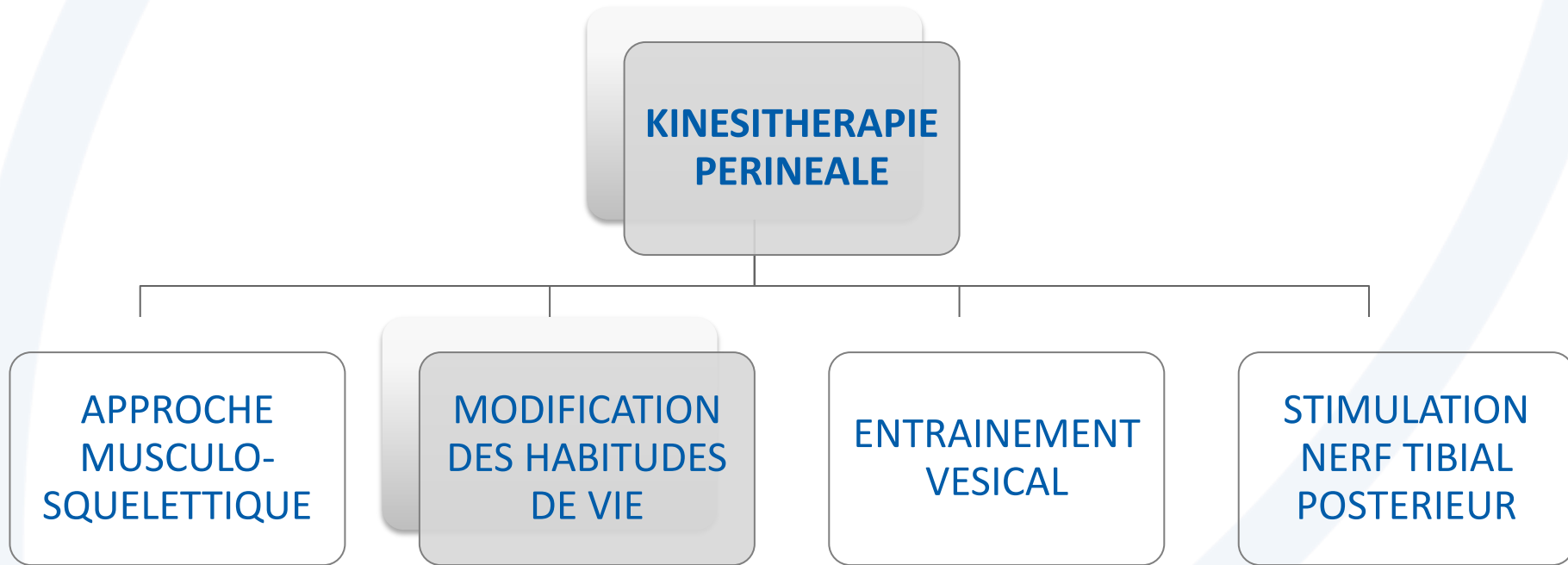
③b) Les influx efférents atteignant le muscle antagoniste provoquent sa contraction.

Figure 13.18 Réflexe tendineux.

© ERPI, tous droits réservés.



# PROPOSITION THERAPEUTIQUE



# MODIFICATION DES HABITUDES DE VIE

Dès la 1<sup>ère</sup> séance

- Miction

- Assise

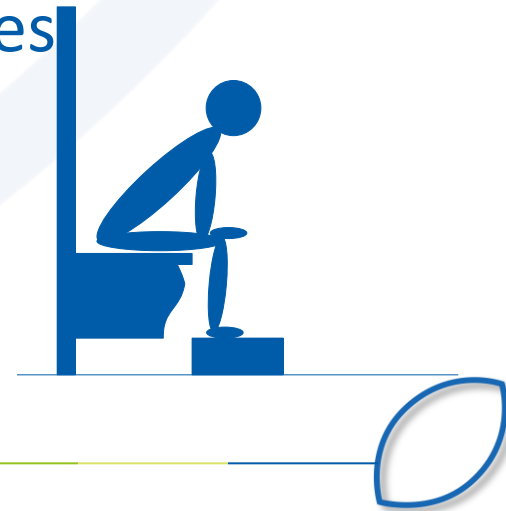
- Ne pas pousser, attendre patiemment jusqu'à la fin

- Gestion des boissons

- Ne pas boire trop peu

- Ne pas boire trop

- Prise en charge des problèmes défécatoires



# TECHNIQUES DE VIDANGE

## ● Manœuvre de Crédeé et Valsalva

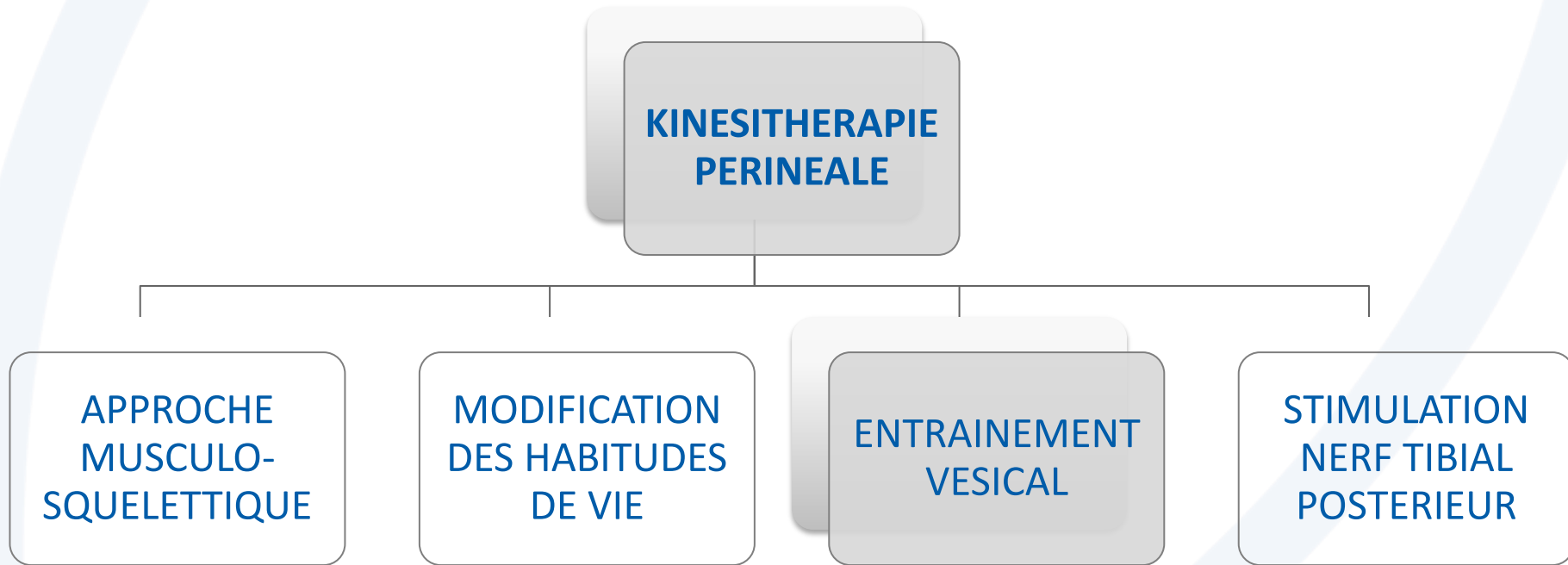
- Obstruction fonctionnelle du SSE
- Risque de reflux intra-prostatique et vers le haut appareil
- Poussées répétitives
  - Hémorroïdes
  - Aggravation de l'incontinence , ...

## ● Sondage vésical intermittent



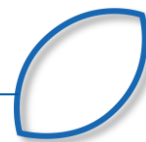


# PROPOSITION THERAPEUTIQUE

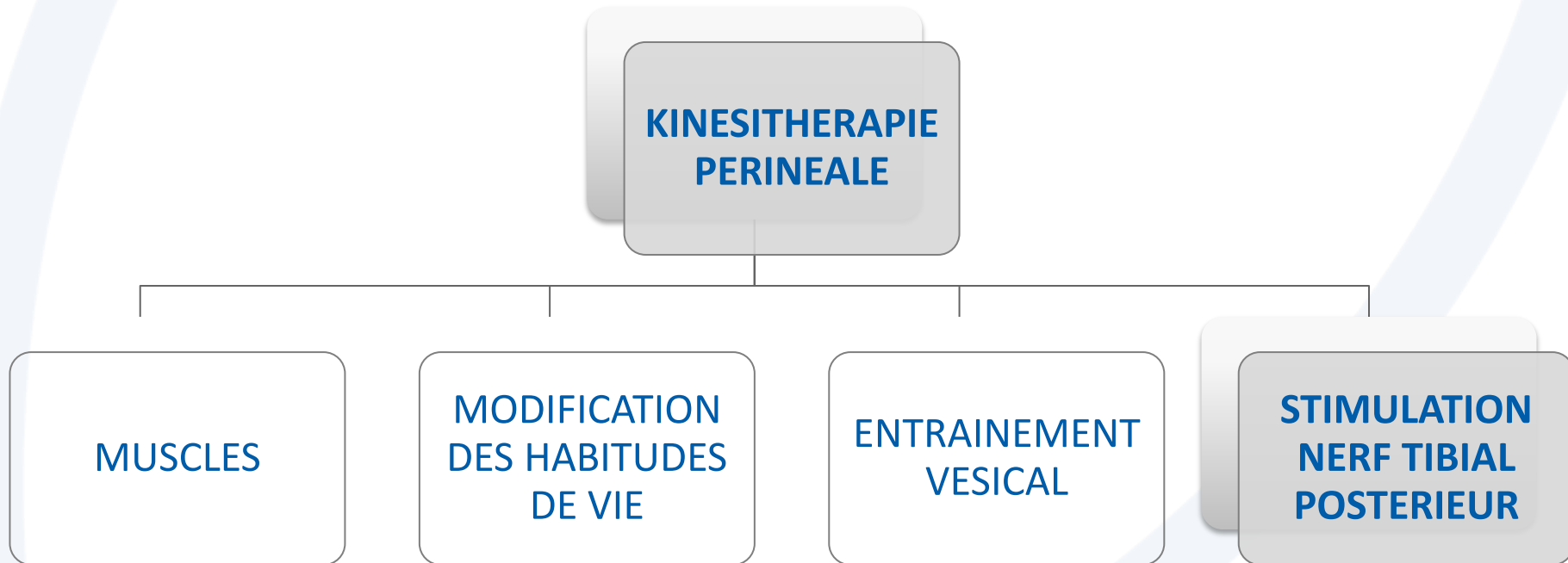


# ENTRAINEMENT VESICAL

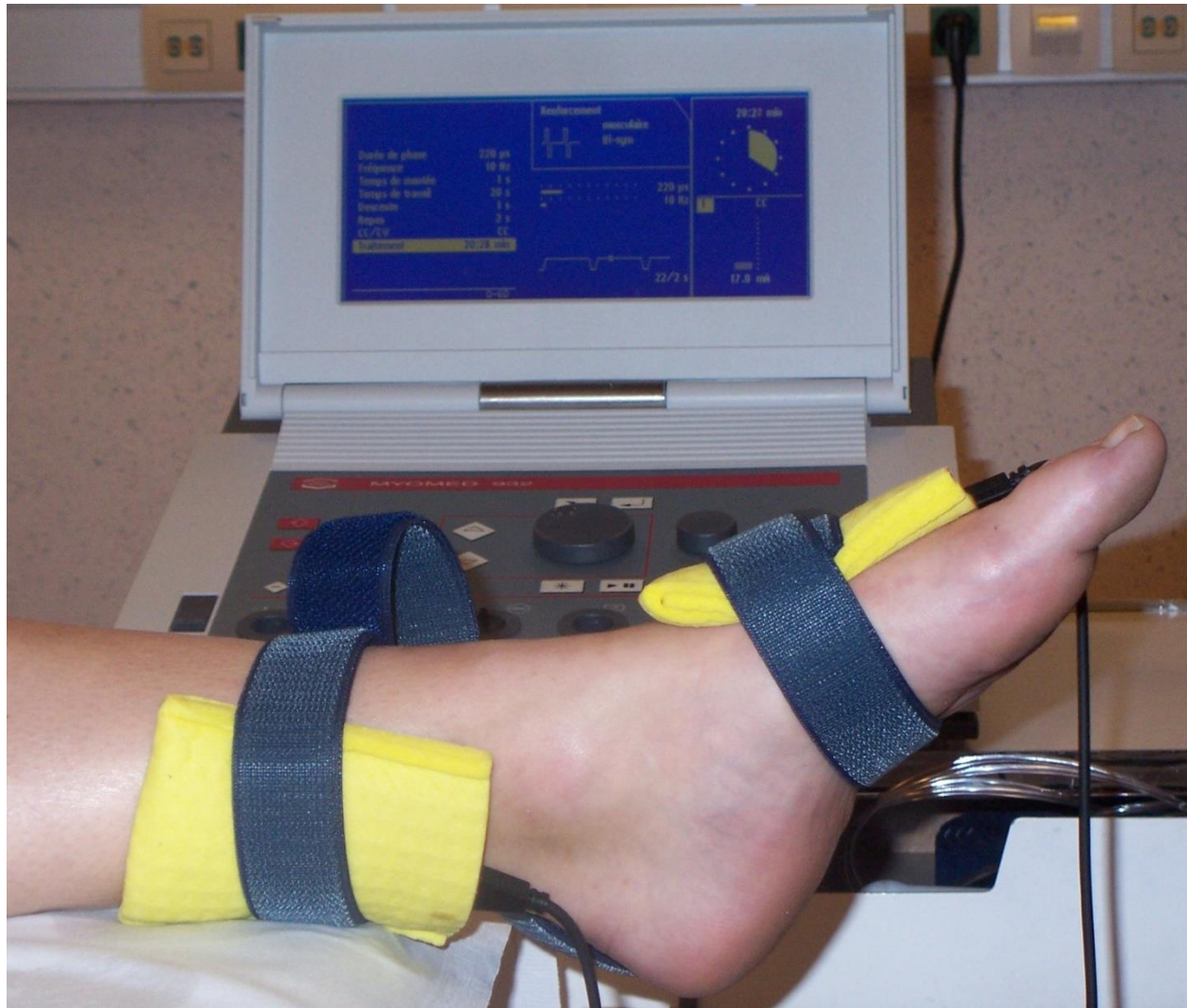
- Espacement des mictions jusqu'à ce qu'une habitude mictionnelle soit restaurée
  - Ne pas uriner trop tôt
  - Ne pas uriner trop tard (ex: si ↓ sensibilité)
  - Mictions à heures fixes
- Sur base du calendrier mictionnel
- Importance capitale en neurologie



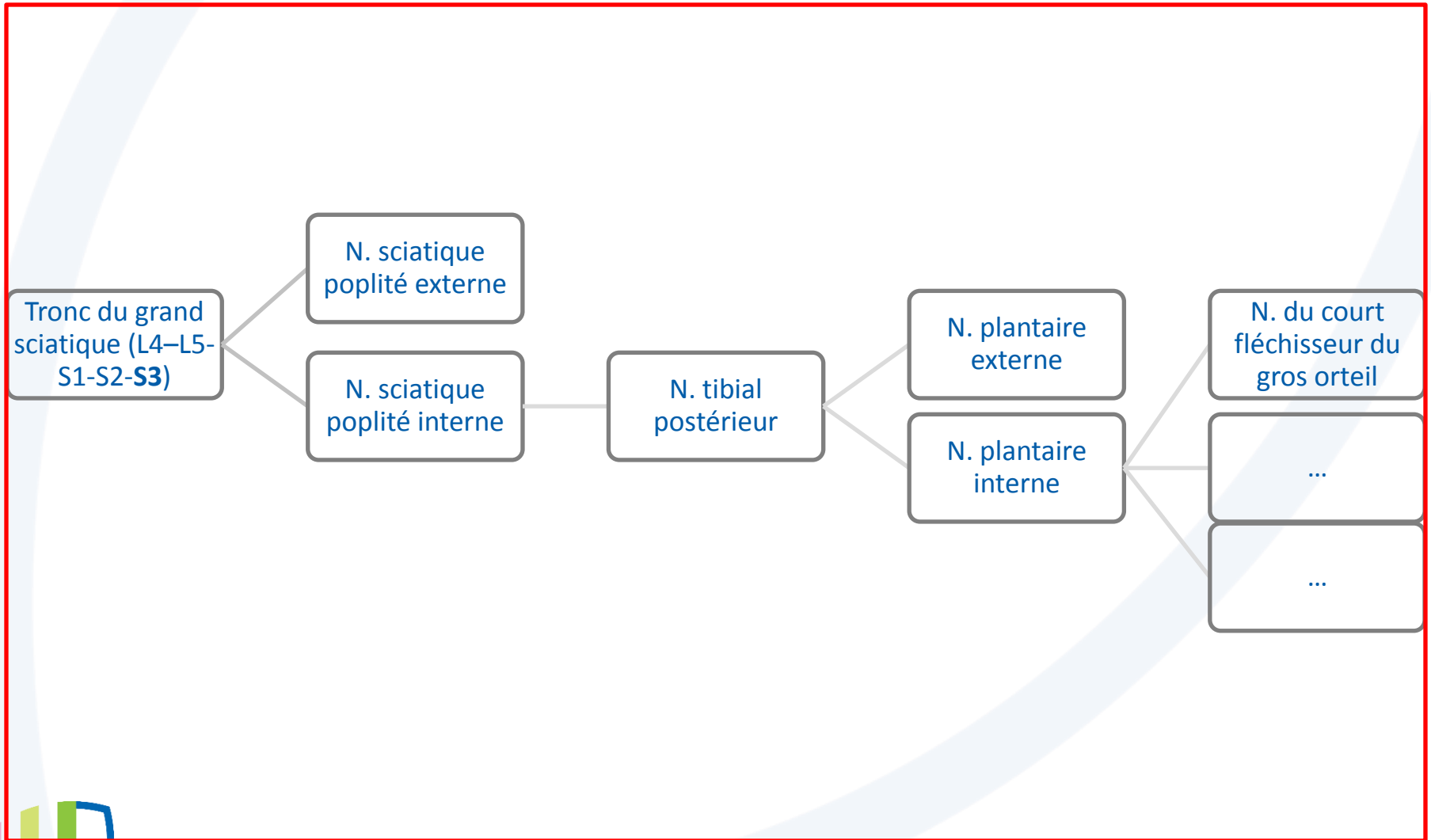
# PROPOSITION THERAPEUTIQUE



# EMPLACEMENT DES ELECTRODES



# POURQUOI LE NERF TIBIAL POSTERIEUR?



# STNTP

● **Objectif: normaliser l'activité détrusorienne** (Kabay et al., 2015; Vandoninck et al., 2003)

● **Nature du courant**

○ Courant Rectangulaire Alternatif Biphase

○ Largeur d'impulsion: 220  $\mu$ sec

○ Fréquence: 10 hz

○ Intensité: infra-motorique

○ Temps de stimulation

▪ Travail: 20 sec

▪ Repos: 4 sec

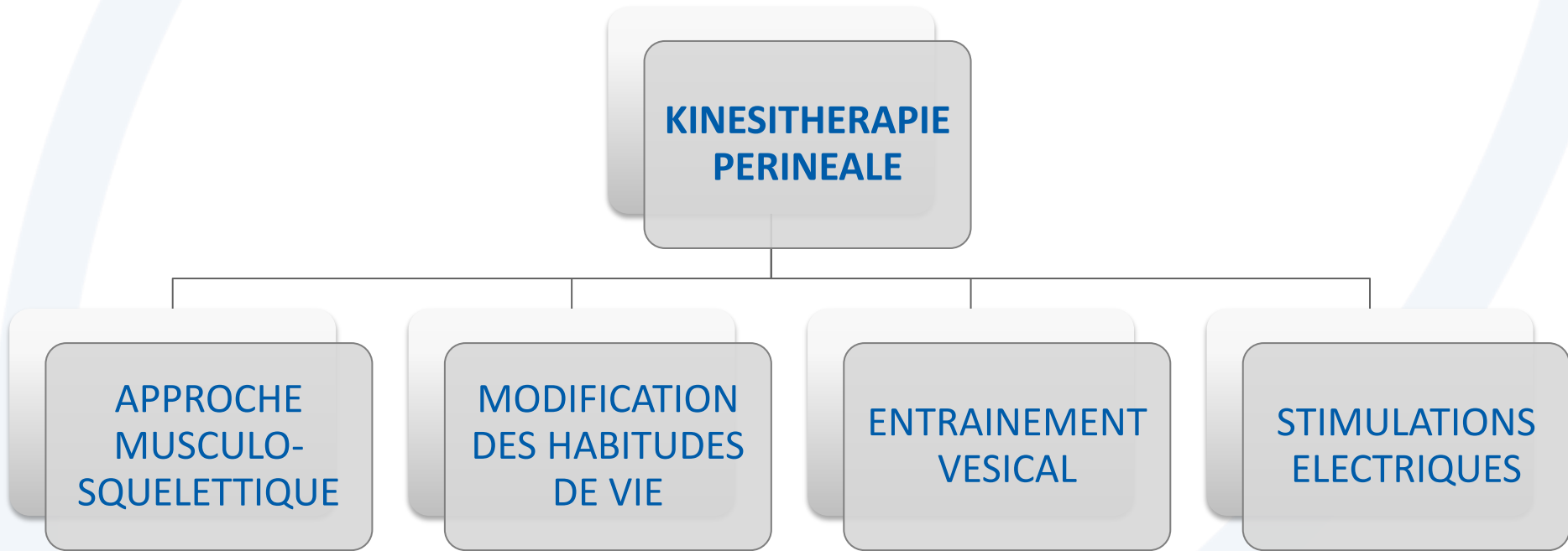


# STNTP EN PRATIQUE

- Fréquence du ttt: 30'/sem
- Si efficace, suivi chronique
  - Kiné 1\*30'/1-4 sem (Kabay, 2015)
  - Le patient achète son propre stimulateur



# PROPOSITION THERAPEUTIQUE





## CONCLUSION

Le but du traitement est d'associer:

- Diminution de la résistance à l'écoulement
  - Détente thoraco-abdomino-périnéale
  - EPP + BFB (+/-)
- Augmentation de la contractilité détrusorienne
  - SNTP (++++)

Peu d'études effectuées chez des patients neuro



## EN PRATIQUE

- Association de différentes techniques
- EPP: 2-3 séances max, car inefficace seuls surtout si présence de dyssynergie V-S (impossible à traiter)!!!
- Place essentielle de
  - Gestion des boissons et des mictions
  - STNTP
- Suivi du patient neurologique à long terme (1\*/3-4 sem)



MERCI POUR VOTRE ATTENTION



# **KINESITHERAPIE ET DYSURIE CHEZ LE PATIENT NEUROLOGIQUE**

## **BILAN MINIMAL???**



## BILAN MINIMAL POUR UN TRAITEMENT KINE???

- Débitimétrie
- Mesure RPM par échographie
- Calendrier mictionnel type 3: heure + volume + sensation de chaque miction + protection
- Demande de prise en charge de la part du patient si non symptomatique



# ATTEINTES SUPRAPONTIQUES

- Maintien du réflexe de contraction détrusorienne
- Diminution voire perte de la régulation mictionnelle cérébrale, hyperactivité détrusorienne neurogène
  - Urgenturies
- Pas de DVS

