



21-24 NOVEMBRE 2018

PARIS, FRANCE

PALAIS DES CONGRÈS

www.cfu-congres.com

112^e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

PROGRAMME
KINÉSITHÉRAPEUTES

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

Connectez-vous !



@AFUrologie
#CFU2018

PROGRAMME DE LA JOURNÉE DES KINÉSITHÉRAPEUTES

112^e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

Vendredi 23 novembre 2018 - Palais des Congrès de Paris

ORGANISATEURS :

Martine CORNILLET-BERNARD
 Dr Jean-Nicolas CORNU
 Erwann LE RUMEUR
 Martine LOOBUYCK
 Dr Véronique PHÉ

10:00	Le mot du Président du 112^e Congrès de l'AFU – Pr Patrick Coloby
	CHIRURGIE, KINÉSITHÉRAPIE, PSYCHOLOGIE : TRIPTYQUE DES CANCERS UROLOGIQUES
10:10 10:25 10:40	Vivre le cancer en urologie : annonce, rémission, récurrence Point de vue de l'urologue - Pr Marc-Olivier Bitker, Chef de service d'urologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris Point de vue du kiné - Mme Emilie Cerutti, MK, CHU Besançon Discussion
10:50 11:20	Cancer de la vessie Récupération améliorée après cystectomie : principes et moyens - Dr Yann Neuzillet, Urologue, Hôpital Foch, Suresnes Quelle rééducation après entéroplastie de substitution ? - M. Benoit Steenstrup, MK, CHU Rouen
11:50	Pause
12:00 12:30	Cancer du rein Mise au point sur la pathologie pour les kinés - Pr Philippe Paparel, Urologue, CHU Lyon Récupération améliorée après chirurgie rénale: principes et moyens - Mme Gaëlle Proux, MK, CHU Lyon
13:00	Déjeuner
14:00 14:30 15:00	Cancer de la prostate Vécu de la sexualité - Mme Sophie Du Jeu, Psycho-sexologue, Paris Intérêt de la rééducation pour le traitement de la dysfonction érectile – M. Thibaud Rival, MK, Grenoble Récupération améliorée après chirurgie prostatique: principes et moyens - Dr Francois-Xavier Nouhaud, Urologue, CHU Rouen
	LES BRÈVES DE LA JOURNÉE DES KINÉSITHÉRAPEUTES
16:00	Place de la posturothérapie dans la prise en charge des lithiases urinaires : collaboration urologue/kiné Dr Romain Boissier, Urologue, Hôpital La Conception, AP-HM, Marseille Mme Saïdara Thirakul, MK, Service de MPR, Hôpital La Conception, AP-HM, Marseille
16:30	Echographie : outils de validation en pelvipérinéologie ? Mme Montserrat Rejano Campo, MK, MSC, CHU de Caen
17:00	Comment organiser sa propre veille bibliographique en pelvipérinéologie ? M. Erwann Le Rumeur, MK, Paris
17:30	Comment intégrer l'Evidence Based Practice à sa pratique ? Mme Sylvie Billecocq, Hôpital Saint Joseph, AP-HP, Paris
	Fin de la journée

Programme réalisé par



Organisé par



En collaboration avec :



CHIRURGIE, KINÉSITHÉRAPIE, PSYCHOLOGIE : TRIPTYQUE DES CANCERS UROLOGIQUES

Vivre le cancer en urologie : annonce, rémission, récurrence

Point de vue de l'urologue – Pr. Marc-Olivier Bitker

Chef de service d'urologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Le vécu du cancer par l'Urologue en 2018 n'est qu'un continuum accéléré depuis le premier plan cancer de 2003.

Même si l'urologue traite l'ensemble des cancers de l'appareil urinaire des deux sexes et des cancers génitaux de l'homme, c'est sur le cancer de la prostate que le plus de données sont disponibles. C'est par ailleurs la tumeur la plus fréquente chez l'homme et celle dont les conséquences du traitement sont les plus sensibles. L'exposé sera de ce fait centré sur celui-ci.

Son diagnostic en 2018 n'est bien souvent plus une surprise entre le discours des médias, les données du toucher rectal, la répétition des PSA et la réalisation de l'IRM avant même la réalisation des biopsies. Cependant la peur de la mort reste toujours présente et le rôle du médecin sera outre de rassurer sur l'avenir, d'informer des possibilités thérapeutiques et des conséquences éventuelles des traitements choisis. Il devra pour cela connaître les données des dernières études scientifiques mais aussi faire face aux informations parfois discutables ou souvent mal comprises d'internet.

Il doit surtout au-delà de son rôle de médecin pouvoir parfois endosser celui « d'homme » face à la détresse de « l'autre », rôle auquel il est souvent peu préparé.

Point de vue du kiné – Mme. Emilie Cerutti

MK, CHU Besançon

Les cancers urologiques comprennent les cancers de la prostate, les cancers de la vessie, les cancers du rein et les cancers des organes génitaux externes (testicules, pénis). Le cancer de la prostate à lui seul touche plus de 50 000 nouvelles personnes par an.

La prise en charge de ces pathologies doit être individualisée au possible, bien évidemment au niveau des traitements propre au cancer, mais aussi et surtout de l'accompagnement des patients pendant et après la maladie. L'objectif étant d'améliorer la prise en charge des effets secondaires pour en atténuer les conséquences, permettant ainsi aux patients une meilleure qualité de vie physique et psychologique.

C'est pourquoi le plan cancer 2003-2007 a mis en place le dispositif d'annonce, 4 étapes obligatoires à tous les établissements de santé prenant en charge des patients atteint de cancer : un temps médical, un temps d'accompagnement soignant, l'accès aux soins de support et l'articulation avec la Médecine de ville.

Le kinésithérapeute pourra intervenir à chacune des étapes de la prise en charge du patient : de la phase préopératoire en participant aux consultations d'annonce, à la prise en charge post opératoire immédiate hospitalière ou au traitement plus spécifique des troubles urinaires. Le kinésithérapeute se positionne alors comme véritable pilier des soins de support du patient atteint de cancer urologiques.

Cancer de la vessie

Récupération améliorée après cystectomie : principes et moyens

Dr. Yann Neuzillet

Urologue, Hôpital Foch Suresnes

Les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) ont pour objectif de réduire la morbi-mortalité péri-opératoire d'intervention lourde. Initialement conçue pour la chirurgie digestive, cet encadrement multidisciplinaire du patient à trouver échos auprès des spécialistes en urologie, qu'ils soient chirurgiens, anesthésistes ou oncologues, dans le contexte de la cystectomie totale. Cette intervention consistant à retirer d'un bloc la vessie et la prostate chez l'homme, la vessie et fréquemment l'utérus, ses annexes et la face antérieure du vagin chez la femme, associée à un curage ganglionnaire pelvien étendu puis à une reconstruction urinaire utilisant quasi constamment (exception faite des rares cas d'urétérostomies cutanées bilatérales) de l'intestin grêle, correspond à un geste chirurgical majeur, grevée d'une morbidité de 25% dans les rapports des centres experts et d'une mortalité pouvant atteindre 2% dans les mêmes centres. L'intervention est longue de plusieurs heures, réalisée le plus souvent par une voie incisionnelle abdominale qui justifie l'emploi d'antalgiques morphiniques per- et post-opératoire, et suivie d'une période d'iléus qui retarde la reprise de l'alimentation et ainsi la récupération fonctionnelle du patient. Toute amélioration était donc attendue, la RAAC y répond, et les kinésithérapeutes y jouent un rôle important.

Tel un marathonien se préparant à l'épreuve sportive, le patient qui doit subir une cystectomie totale doit être préparé au mieux physiquement et mentalement pour subir l'intervention. S'agissant d'une opération réalisée pour traiter des cancers de la vessie, pathologie favorisée par le tabagisme, la cystectomie totale s'adresse à des patients dont l'état général est souvent altéré par des comorbidités, notamment cardiovasculaires et respiratoires. La préparation du patient par la kinésithérapie mérite donc d'être anticipées dès l'indication opératoire posée pour que des exercices physiques, similaires à ceux de la réhabilitation cardiovasculaire et respiratoire, puisse être proposés au patient. Ceux-ci retrouvent un intérêt majeur à partir du moment où cela leur a été expliqué par leur chirurgien. Des exercices adaptés, d'intensité croissante, sont planifiés avec le patient de manière à ce qu'il les réalise non seulement en présence et sous la supervision du kinésithérapeute, mais aussi au domicile de façon proactive.

Passer l'intervention en elle-même où des adaptations des durées de jeun préopératoire, des modalités d'anesthésie et de compensation des pertes sanguines, et de l'antalgie péri-opératoire est

indispensable, le kinésithérapeute joue de nouveau un rôle important pour faciliter la récupération du patient. La reprise de l'orthostatisme, de manière à lutter contre la fonte musculaire rapidement observée chez les patients alités, et la poursuite des exercices respiratoire justifie à minima les conseils et au mieux la participation directe des kinésithérapeutes. Outre l'incitation à mastiquer (consommation de chewing-gum) et l'éviction des antalgiques morphiniques, les exercices prescrit et réalisé par le kinésithérapeute peuvent accélérer la reprise du transit digestif. Au total, les patients reprenant ainsi plus rapidement une alimentation et une activité physique pâtissent moins de l'intervention sur le plan de la sarcopénie et voit le risque de complications périopératoires diminuées. C'est en cela que la RAAC sont promus par la Haute Autorité de Santé et que des programmes mis au point par des associations et des organismes privés sont d'actualité.

Les kinésithérapeutes hospitaliers, dont la place en urologie était réduite principalement à la prise en charge post-opératoire immédiate de l'incontinence urinaire iatrogène, trouvent dans la RAAC une voie de développement professionnel. Pour leurs collègues libéraux, la préparation du patient l'intervention et la poursuite du travail débuté en post-opératoire va devenir une filière conséquente eu égard au développement de la RAAC à de plus en plus d'intervention chirurgicale. La journée des kinésithérapeutes du congrès Français d'urologie et l'occasion de faire le point sur ces nouveaux enjeux.

Quelle rééducation après entéroplastie de substitution ?

M. Benoît Steenstrup

MK, CHU Rouen

Objectif :

Mise à jour des données disponibles concernant la prise en charge rééducative post entéroplastie de substitution.

Contexte

L'entéroplastie de substitution est responsable d'importants effets secondaires négatifs, urinaires, sexuels, digestifs et de conditionnement physique. La conséquence est une diminution importante de la qualité de vie liée à la santé, sur les plans physique, psychologique et social

Résultats

A ce jour, il existe des preuves suffisantes pour soutenir que les interventions de réadaptation telles que l'activité physique, les exercices physiques et le soutien bio-psychosocial ont un effet positif sur la qualité de vie post opératoire (Vashista 2016, Rammant 2017).

1. L'évaluation

L'objectif de l'évaluation est de relever les déficiences de structures et de fonctions et de lister les structures et fonctions préservées, d'établir un pronostic fonctionnel, des objectifs et des propositions thérapeutiques (HAS). Dans le contexte spécifique post entéroplastie de substitution, la morbidité est fortement associée aux symptômes d'âge, d'incontinence urinaire, de troubles digestifs et de durée d'hospitalisation (Jensen 2014). De plus, les scores de qualité de vie relèvent un impact important des dysfonctions sexuelles, de la fatigue et de l'anxiété.

2. Les traitements

- a) La thérapie cognitivo-comportementale regroupe l'ensemble des interventions thérapeutiques qui interviennent sur les processus cognitifs et comportementaux, conscients ou non, considérés comme à l'origine des troubles liés à la pathologie et à son traitement. Des essais randomisés ont montré que les TCC sont plus efficaces que l'absence de traitement, ils favorisent une amélioration des symptômes de pollakiurie, de nycturie et d'urgenterie chez le sujet atteints de troubles de la statique pelvienne (Wyman 2009). Quelques études tendent à montrer que les TCC sont une option thérapeutique

complémentaire sur certains symptômes liés aux pathologies cancéreuses et aux traitements associés (Greer 2008, Lee et al. 2011, Tatrow and Montgomery 2006). Les effets bénéfiques retrouvés portent sur la santé mentale, la fatigue, l'anxiété et la dépression (Brothers 2011), ainsi qu'au soulagement de la détresse et de la douleur (Greer, 2008; Tatrow & Montgomery, 2006) Il n'existe malheureusement pas à ce jour de RCT spécifique chez les patients post entéroplastie de substitution.

- b) L'activité physique et les exercices physiques améliorent la qualité de vie des patients ayant subi une entéroplastie de substitution (Jensen 2014, Sheppard 2017). Si tous les patients post cystectomie ne sont pas éligibles à ce type de programme (Porserud 2014), il n'est pas observé de complications significatives ni de modification de la durée de l'hospitalisation. L'activité physique +/- associée à des exercices spécifiques supervisés par un physiothérapeute favorise la récupération de la condition physique : cardiorespiratoire (ex. dyspnée, force musculaire, endurance musculaire, souplesse et composition corporelle (O Garcia 2014)). Ce type de programme permet d'optimiser certaines fonctions motrices liées à l'intervention et au traitement : coordination motrice (Park 2012), continence urinaire (Zopf 2015), fonctions digestives (Jensen 2014), douleur (Dobson 2014, Warburton 2006).

Conclusion :

La réhabilitation post entéroplastie a pour objectif d'obtenir une optimisation des capacités psychologiques, physiques et sociales des patients. Il s'agit d'une prise en charge pluri-disciplinaire. A ce jour, il existe des preuves suffisantes pour soutenir que les interventions de réadaptation telles que l'activité physique, les exercices physiques et le soutien bio-psychosocial ont un effet positif sur la QoL post opératoire. Les effets semblent être positifs sur des symptômes tels que la fatigue, l'anxiété, l'incontinence urinaire, les troubles digestifs et les capacités physiques. Il manque des études complémentaires permettant de mieux définir les modalités de ces traitements dans le cadre spécifique post néo-vessie de substitution.

Cancer du rein

Mise au point sur la pathologie pour les kinés

Pr. Philippe Paparel

Urologue, CHU Lyon

Le cancer du rein est le 3e cancer urologique. Son incidence est en constante augmentation avec près de 12 000 nouveaux cas par an en France.

Les circonstances de découverte sont principalement les découvertes fortuites (diagnostic de la tumeur par échographie ou scanner lors du bilan d'une autre pathologie associée).

Grâce à ces découvertes fortuites, les tumeurs diagnostiquées sont généralement de petites tailles inférieures à 40 mm. Ceci a permis le développement de la chirurgie conservatrice du rein. Cela signifie que l'on essaie de conserver l'organe autant que faire se peut en évitant l'ablation totale (qui était la technique de référence décrite par Robson en 1962).

La chirurgie conservatrice s'est donc développée parallèlement à la chirurgie mini-invasive (coelioscopie ou robotique). Ces voies d'abord mini-invasives, grâce à la petite taille des incisions, permettent au patient de se mobiliser plus rapidement. Ces techniques de mobilisation précoce du patient opéré (appelé RAAC : récupération améliorée après chirurgie) permettent de réduire la morbidité péri-opératoire des patients et in fine de réduire les durées de séjour.

L'objectif de la première partie de la présentation (Pr PAPAREL, chirurgie urologue) sera de décrire les principes de la chirurgie conservatrice du rein par voie robotique. Dans un second temps, Mme Gaëlle PROUX (kinésithérapeute dans le service) exposera les modalités de la RAAC chez ces patients bénéficiant d'une telle chirurgie.

Récupération améliorée après chirurgie rénale: principes et moyens

Mme. Gaëlle Proux

MK, CHU Lyon

Le cancer du rein représente 3% des cancers urinaires et 9% des cancers en général. Il touche plus les hommes que les femmes avec un ratio de 3/1. La moyenne d'âge se situe entre 60 et 70 ans. Sa découverte se fait généralement de façon fortuite.

Le traitement de référence est la chirurgie qui se pratique par voie robotique dans notre service. Elle est utilisée aussi bien pour les tumorectomies rénales, que pour les néphrectomies élargies.

Cette technique chirurgicale peu invasive a permis de mettre en place un protocole de réhabilitation amélioré.

Depuis 3 ans que nous prenons en charge les patients avec la RAAC, nous avons diminué de façon significative la durée d'hospitalisation et harmonisé nos pratiques.

Grâce au travail complice des équipes médicales et paramédicales, nous avons permis aux patients d'être locomoteurs de sa prise en charge.

Cancer de la prostate

Vécu de la sexualité

Mme. Sophie Du Jeu

Psycho-sexologue, Paris

Situé au premier rang des néoplasies chez l'homme et doté d'une survie à 5 ans de 80%, le cancer de prostate ne saurait être pris en charge sans considérer la qualité de vie du patient touché par cette pathologie. La sexualité, élément de cette qualité de vie jugé important par les patients, est mise à mal par l'annonce du cancer et a fortiori de celui-ci qui revêt par sa localisation un aspect hautement symbolique. Quant au traitement, il est perçu comme castrateur.

Les troubles rencontrés affectent :

- La libido : selon Solowa (1) 55% des hommes venant d'avoir un diagnostic de cancer de la prostate déclarent une diminution de leur activité et de leurs pensées sexuelles.
- L'érection : quelle que soit la prise en charge, la fonction érectile est très souvent affectée. Une méta-analyse (2) portant sur la dysfonction érectile après prostatectomie totale montre que celle-ci touche de façon sévère 26 à 100% des cas et de façon modérée 16 à 48%. Suite à une radiothérapie, le risque de dysfonction érectile existe aussi dans des proportions variables. Les troubles apparaissent progressivement. Sa prévalence atteint dans les différentes études 50% dans les séries de radiothérapie seule à 70% lorsqu'une hormonothérapie temporaire est associée. Dans les cas de curiethérapie de la prostate, le pourcentage d'hommes ayant une fonction érectile inchangée est de 60% à 1 an et 40% à 2 ans (3).
- L'éjaculation : l'absence d'éjaculation est une conséquence inévitable de la prostatectomie totale. Messaoudi (4) relève que l'anéjaculation est considérée comme gênante chez 54.1% et très gênante au point d'éviter les relations sexuelles par 8.2%. La radiothérapie et la curiethérapie sont responsables d'une diminution progressive du volume du sperme et d'une abolition de l'éjaculation chez près de 90% des patients à 5 ans.

¹ SOLOWAY C.T., SOLOWAY M.S., KIM S.S., KAVA B.R. (2004) Sexual, psychological and dyadic qualities of the prostate cancer 'couple', *BJU International*, 95, pp. 780-785.

² BURNET AL., AUS G., CANDY-HAGINO ED., COOKSON MS., D'AMICO AV., DMOCHOWSKI. (2007) Erectile function outcome reporting after clinically localized prostate cancer treatment, *Journal of Urology*, 178, pp. 597-601

³ HUYGUE E, BACHAUD J-M, ACHARD J-L, BOSSI A, DROUPY S (2009). Dysfonctions sexuelles après curiethérapie et radiothérapie externe de la prostate pour cancer de la prostate localisé, *Progrès en Urologie*, 19, pp. S173-S176

⁴ MESSAOUDI R., MENARD J., PARQUET H. et al. (2009). Modification de la libido et de l'orgasme après une prostatectomie totale, *Progrès en urologie*, 21, pp. 48-52.

- L'orgasme : il semble nettement moins étudié que d'autres fonctions sexuelles. Cependant, le taux d'anorgasmie postopératoire est évalué entre 14 et 40% des cas.

Les troubles sexuels sont donc majeurs, heureusement, l'évolution à plus ou moins long terme est favorable tant pour la fonction érectile qu'orgasmique, ce d'autant que le patient aura bénéficié d'une rééducation précoce. M.H. Colson (5) le dit très bien « l'urgence de la prise en charge et du risque vital ne doit pas faire oublier l'impact sexuel et psychologique ».

Il est donc indispensable d'aborder ces questions lors de l'annonce et l'élaboration du projet thérapeutique et de délivrer des conseils sexuels. Une prise en charge optimale doit ainsi être multi disciplinaire, impliquant psychologue, exologue et kinésithérapeute.

⁵ COLSON M.H. (2013) Cancer de la prostate, l'enjeu sexuel, La revue du praticien – Médecine Générale, 27, pp. 583-585.

Intérêt de la rééducation pour le traitement de la dysfonction érectile

M. Thibault Rival

MK, Grenoble

Le kinésithérapeute pelvi-périnéal est confronté quotidiennement aux troubles de l'érection, peu souvent comme motif de consultation premier, mais comme un problème se rajoutant à celui-ci.

Depuis de nombreuses années, des kinésithérapeutes utilisent leurs techniques afin de lutter contre ces troubles. Nous explorerons la littérature afin de savoir quels sont les traitements les plus prometteurs dans notre champ de compétence. Les muscles du plancher pelvien sont aujourd'hui bien connus et leur rôle dans le mécanisme d'érection est démontré. Nous avons réalisé une revue de littérature concernant l'efficacité du renforcement dans les troubles de l'érection.

Six études randomisées ont été retenues. Cinq d'entre elles ont montré une efficacité statistiquement et cliniquement significative dans des populations d'hommes ayant des troubles de l'érection et des pathologies sous-jacentes variées. Dans le 5ème essai, la différence d'efficacité n'a pas été statistiquement significative. L'étude la mieux conduite a démontré, à 3 mois, une amélioration moyenne de 7 points à l'IIEF-5 par rapport au groupe témoin (valeur de p : 0,004). La rééducation n'a pas entraîné d'effet secondaire délétère. Toutefois, ces études ont porté sur des populations hétérogènes et les protocoles de rééducation par renforcement des muscles du plancher pelvien étaient différents d'une étude à l'autre, ce qui ne permet pas de formuler de recommandation précise pour la pratique clinique.

Nous regarderons aussi ce qu'il en est des autres techniques de rééducation relevant du champ de compétence des kinésithérapeutes.

Les ondes de chocs à faible intensité font l'objet d'un nombre croissant d'études depuis 10 ans, nous verrons quelles sont les preuves de leur efficacité et leur moyen d'action. Une dizaine d'essais contrôlés randomisés ont été publiés de qualités variables montrant pour la plupart un effet significatif. Nous verrons quels sont les résultats des méta-analyses sur ce sujet.

Enfin, les kinésithérapeutes sont aussi des professionnels de l'activité physique et celle-ci a aussi son rôle à jouer dans l'amélioration de l'érection. Nous verrons par la lecture des dernières revues systématiques et méta-analyses, dans quelle mesure l'activité physique aérobie est efficace dans cette déficience.

Récupération améliorée après chirurgie prostatique : principes et moyens

Dr. François Xavier Nouhaud

Urologue, CHU Rouen

Contexte :

Au-delà de l'objectif oncologique, la chirurgie du cancer de prostate a également des objectifs fonctionnels qui visent à limiter au maximum l'impact chirurgical sur la qualité de vie. Les deux principaux éléments fonctionnels concernés étant la continence et la fonction érectile. L'émergence de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) a permis de mettre en avant l'intérêt de cette prise en charge globale pour le rétablissement précoce des capacités du patient après chirurgie, incluant notamment la récupération fonctionnelle.

Objectif :

Appliquées aux spécificités de la prostatectomie, cette approche présente donc un intérêt certain et s'appuie sur les principes habituels de cette approche, à savoir une prise en charge globale et multidisciplinaire. Il est à noter que la chirurgie carcinologique prostatique s'adresse à une population relativement jeune, en bon état général et avec peu de comorbidités faisant des patients concernés de bons candidats à ce type de protocole RAAC.

Principes :

➤ En pré-opératoire afin d'optimiser le patient pour la chirurgie : Information et éducation en amont au sujet de la prise en charge, suivie d'une optimisation personnalisée de la condition physique du patient selon ses comorbidités. Afin d'optimiser la récupération de la continence post-opératoire et la dysfonction érectile, une kinésithérapie préopératoire peut également être proposée.

➤ En peropératoire les facteurs anesthésiques nécessaires doivent être mis en œuvre et notamment la limitation du recours aux analgésiques morphiniques et la gestion personnalisée des apports hydriques. Sur le plan chirurgical, les techniques mini-invasives semblent avoir un intérêt en termes de consommation antalgique et durée d'hospitalisation.

➤ En post opératoire, la préparation à la sortie se fait via une stimulation précoce de la mobilisation, de l'alimentation et du transit. Les temps de perfusion et de maintien des drains abdominaux doivent être réduits au plus courts.

➤ Après la sortie d'hospitalisation, le retour rapide des patients à leurs activités quotidiennes est un objectif important en vue d'une réhabilitation globale. Lorsqu'elle est un succès, cette réhabilitation

améliorée permettra au patient d'accélérer la récupération sur le plan fonctionnelle en le rendant notamment plus précocement disponible et apte à une rééducation.

Conclusion :

La RAAC appliquée à la prostatectomie est une approche permettant d'optimiser la récupération post opératoire, notamment sur le plan fonctionnel.

LES BRÈVES DE LA JOURNÉE DES KINÉSITHÉRAPEUTES

Place de la posturothérapie dans la prise en charge des lithiases urinaires : collaboration urologue/kiné

Dr Romain Boissier, Urologue, Hôpital La Conception, AP-HM, Marseille

Mme Saïdara Thirakul, MK, Service de MPR, Hôpital La Conception, AP-HM, Marseille

*Saïdara THIRAKUL, Laurence BIENVENU, Pierre MAFFEI, Alain DELARQUE,
Romain BOISSIER, Eric LECHEVALLIER*

Introduction :

La prise en charge des Calculs Caliciels Inférieurs (CCI) de moins de 10mm se fait généralement par lithotritie extra-corporelle (LEC), pour ceux entre 10 et 20mm par néphrolithotomie percutanée (NLPC) ou urétéroscopie souple (URSS) avec des résultats variables selon les études⁶. Ces techniques peuvent laisser des fragments résiduels et l'anatomie particulière du calice inférieur est rendue responsable dans les variations du taux d'élimination de ces fragments⁷. Afin d'améliorer l'évacuation de ces résidus inférieurs à 5mm, l'équipe de Chiong en 2005⁸ a rapporté une technique de Percussion Diurèse Inversion (PDI) ou posturothérapie qui a permis de doubler le taux d'élimination de ces fragments. Depuis mai 2013, nous avons mis en place la posturothérapie grâce à une collaboration entre le service d'urologie et le service de médecine physique et de réadaptation (MPR). Le but de ce travail est de rapporter notre expérience initiale.

⁶ 1 : Daudon M, Traxer O, Jungers P: Lithiase urinaire 2ème édition 2012, Ed Lavoisier Médecine science Publication: 291

2 : Nouri A, Zizi M Karmouni T et al. Evaluation of extracorporeal shockwave lithotripsy in the management of lower caliceal renal stones. Afr Jour of Urology 2012; 18: 42-48

3: Traxer O, Lechevallier E, Saussine C. Stone in the renal lower pole. Progress en urologie 2008; 18: 972-976

⁷ 4 : Sampaio FJ, D'Anunciacao AL, Silva EC. Comparative follow-up of patients with acute and obtuse infundibulum-pelvic angle submitted to extracorporeal shockwave lithotripsy for lower caliceal stones: preliminary report and proposed study design. J Endourol 1997; 11: 157-61

5: Gupta NP, Singh DV, Hemal AK, et al. Infundibulopelvic anatomy and clearance of inferior caliceal calculi with shockwave lithotripsy. J Urol 2000; 163: 24-7

⁸ Chiong E, Tay Ooh Hwe S, Mankay L, Shen Lian, Kamara R, Varanathan N : Randomized controlled study of mechanical percussion, diuresis and inversion therapy to assist passage of lower pole renal calculi after shock wave lithotripsy ; Urology. 2005; 65:1070

Matériel et méthodes :

Entre mai 2013 et octobre 2015, nous avons inclus 44 patients âgés de 22 à 70 ans avec CCI ou moyen résiduels de moins de 5mm après URSS et/ou LEC. Depuis novembre 2013 nous avons également inclus 17 enfants ayant un CCI entre 5 et 9mm. Le protocole comprend une série de 6 séances de posturothérapie à 7 jours d'intervalle. Chaque séance réalisée par un kinésithérapeute comprenait une posture en proclive à 30-35° pendant 15min dont 3-5min d'adaptation, avec 10min de vibration mécanique (50Hz) de la fosse lombaire homolatérale associée à une diurèse (500ml 1h avant la séance). Tous les patients adultes et enfants étaient revus en consultation 1 mois après la dernière séance de posturothérapie avec une échographie et un ASP pour les adultes et une échographie pour les enfants.

Résultats :

Au total sur les 2 premières années, 271 séances de posturothérapie ont été réalisées sur les 2 populations (189 adultes et 82 enfants). Un taux d'élimination totale (stone free) supérieur à 30% chez les adultes et supérieur à 50% chez les enfants. Aucune séance n'a dû être interrompue pour mauvaise tolérance. Aucun effet secondaire n'a été rapporté sauf à type de colique néphrétique non compliquée (1 groupe enfants et 5 groupes adultes). Le taux d'observance a été de 93% chez les adultes et de 100% chez les enfants.

Discussion :

Cette technique pratiquée en externe n'a nécessité aucune hospitalisation ni anesthésie. La mise en place de la technique par des kinésithérapeutes est relativement simple avec peu de matériel (table déclinée et appareil pour vibration mécanique). La période d'adaptation de 3 à 5 min est nécessaire et le retour à la verticalisation nécessite une certaine attention de la part du kinésithérapeute (vertiges, légères nausées). Le taux d'observance du protocole est élevé dans les deux groupes.

Conclusion : Dans notre expérience initiale, la posturothérapie pratiquée par des kinésithérapeutes a été bien tolérée, non morbide et efficace. Elle pourrait être proposée en complément d'une LEC ou d'une URSS, voire en première intention pour les CCI de moins de 5 mm.

Échographie : outils de validation en pelvipérinéologie ?

Mme. Montserrat Rejano Campo

MK, MSC, CHU de Caen

Introduction

L'intégration de l'échographie dans la pratique courante en kinésithérapie pelvi-périnéale est de plus en plus habituelle. Son utilisation permet non seulement de rendre l'évaluation kinésithérapique plus précise, mais aussi de faciliter la compréhension du patient en devenant un puissant outil de biofeedback. Elle favorise la représentation de la biomécanique pelvienne et des mécanismes physiopathologiques par le kinésithérapeute et par le patient.

L'objectif de cette communication est d'évaluer la validité et la fiabilité de différentes utilisations de l'échographie, puis de corrélérer ces données à la pratique clinique courante en pelvi-périnéologie.

Matériels et méthodes

Une revue de la littérature a été effectuée. Nous avons sélectionné les variables pertinentes pour les kinésithérapeutes spécialisés en pelvi-périnéologie. La validité et la fiabilité de chaque variable ont été analysées puis illustrées par des exemples d'utilisation en pratique clinique.

Résultats

Il a été montré que l'échographie est un outil d'évaluation valide et fiable pour, entre autres, l'évaluation de la contraction périnéale, de l'hypermobilité urétrale chez les patientes atteintes d'une incontinence urinaire d'effort, des avulsions, des défauts paravaginaux et des troubles de la statique pelvienne.

Conclusion

L'utilisation de l'échographie par les kinésithérapeutes permet d'améliorer l'évaluation clinique et facilite le traitement. La connaissance de la validité et de la fiabilité de cette technique en améliore la précision diagnostique.

Comment organiser sa propre veille bibliographique en pelvipérinéologie ?

M. Erwann Le Rumeur

MK, Paris

L'évidence scientifique se fonde sur l'existence de données de la littérature, le niveau de preuve des études disponibles et la validité des résultats. Il faut de se tenir régulièrement informé des publications scientifiques parues.

La recherche dans les bases de données est très chronophage et exige donc la mise en place de processus automatisés d'information : la veille bibliographique.

Cette communication a pour objectif de donner les bases de la mise en place d'une veille bibliographique personnelle :

- Comment trouver les termes à utiliser lors de la recherche ?
- Les sources d'informations
- Les outils de collecte
- L'évaluation des résultats et l'ajustement de la veille
- Les risques de la veille scientifique

La communication sera illustrée par un exemple de mise en place de veille bibliographique sur PubMed.

Comment intégrer l'Evidence Based Practice à sa pratique ?

Mme. Sylvie Billecocq

Hôpital Saint Joseph, AP-HP, Paris

Contact :

COLLOQUIUM-CFU 2018 – 2-8 rue Gaston Rebuffat, 75019 Paris

- Tél. : 01 44 64 15 15 •
- Fax : 01 44 64 15 16 •

- e-mail : cfu@clq-group.com