

Le toucher rectal en thérapie manuelle

Cet article a pour intérêt de poser les indications et les techniques du toucher rectal (TR) en thérapie manuelle et en ostéopathie. Nous n'aborderons pas l'approche médicale du TR, dont les indications les plus courantes sont proctologique, abdominale, urologique, gynécologiques, oncologique, etc. Nous vous proposons de décrire cet acte au niveau de votre pratique professionnelle.

Intérêt en kinésithérapie et en thérapie manuelle

■ Diagnostic kinésithérapique et ostéopathique

Il permet :

- de mettre en évidence une douleur au niveau du nerf pudental ainsi lors de la palpation appuyée du nerf pudental sur l'épine ischiatique une douleur élective reproduit la douleur spontanée du côté de la névralgie ;
- d'étudier les spasmes des muscles du plancher périnéal : élévateur de l'anus, sphincter externe de l'anus, transverse du périnée et les muscles comme l'obturateur interne et le piriforme ;
- de mettre en évidence un trouble de la coordination avec contraction musculaire pendant l'effort de pousser (encoprésie) ;
- de mettre en évidence des algies du coccyx ou coccydynie et des algies sacro coccygiennes ;
- dans un diagnostic d'exclusion médical, de suspecter des hémorroïdes ou des fissures orientant vers une consultation spécialisée.

■ Dans le domaine thérapeutique

Il permet :

- de masser la prostate en cas de prostatisme chronique ;

- au niveau de la constipation, le toucher rectal à but thérapeutique est soit évacuateur, soit stimulateur. Un massage abdominal peut être fait juste avant le soin. Si le but est évacuateur, les selles présentes dans l'ampoule rectale sont progressivement retirées au doigt. Si le but est stimulateur, on effectue une stimulation digitale de l'ampoule rectale d'une manière ferme et circulaire, permettant d'induire une onde péristaltique réflexe à l'origine de l'évacuation des selles, ce qui ouvre le sphincter anal ;
- de traiter les points trigger de certains muscles ;
- de contrôler le relâchement et la contractilité des muscles du plancher pelvien.

Cadre déontologique

Il est bon de rappeler que ce geste peut être perçu comme un viol. L'avis du CNO de juin 2013 [1] sur la réalisation des touchers pelviens est pertinent (tab. I). Le consentement libre et éclairé est donc une obligation qui peut être retirée à tout moment.

Dans le cadre de la prescription médicale, les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à réaliser des touchers pelviens (vaginal et rectal) à visée bilan-diagnostic et thérapeutique, dans le cadre de la prise en charge sur prescription médicale de la rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologiques, gynécologiques et proctologiques.

Dans le cadre d'algie au niveau du petit bassin et de son bilan, le toucher rectal est indispensable pour un kinésithérapeute ou un ostéopathe pour faire la différence entre un spasme du releveur de l'anus, des douleurs sacro-coccygiennes, des spasmes du sphincter anal, et du transverse profond, de l'obturateur interne, alors que le toucher vaginal ne se justifie pas.

L'avis du CNO n'évoque pas le cas d'une personne mineure. Une prescription médicale est nécessaire avec un intitulé clair, un consentement éclairé

Pascal POMMEROL

Kinésithérapeute
cadre de Santé -
Ostéopathe
Directeur de
PLP Formation
Lyon

Dr Dominique LANGIN

Médecin urgentiste,
généraliste
Kinésithérapeute
Ostéopathe
Enseignant à PLP
Formation, IDO, ISTR
PHC à l'Hôpital Nord-
Ouest de Villefranche-
sur-Saône (69)
Clinique du Val Ouest
Lyon (69)

► Tableau I

Extraits de l'avis du CNO des 19 et 20 juin 2013

- Avoir au préalable délivré une information claire et loyale, et recueilli le consentement libre et éclairé du patient (ce consentement peut être retiré à tout moment). Dans tous les cas... manque quelque chose...
- Peut revêtir la qualification pénale d'agression sexuelle ou de viol.
- Les touchers pelviens (vaginal et rectal) sont autorisés dans le cadre de la prise en charge sur prescription médicale de la rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologiques, gynécologiques et proctologiques.
- Dans la prise en charge des troubles du rachis lombo-sacré coccygien, les touchers pelviens peuvent être admis, sous réserve de respecter les conditions suivantes :
 - être détenteur du titre d'ostéopathe ;
 - intervenir exclusivement sur prescription d'un médecin ;
 - retranscrire sur le dossier médical le processus décisionnel ;
 - ne proposer les touchers pelviens qu'en ultime intention.



► Figure 1

Toucher rectal en direction du côté douloureux en allant vers l'épine sciatique, puis en descendant latéralement

signé par le patient et par les personnes responsables. La séance se fait toujours avec la présence d'un des parents.

Contre-indication

Le geste est contre-indiqué dans le cas où le patient a des hémorroïdes très grosses et présente des risques d'hémorragies ano-rectales.

Méthodologie

■ Position du patient

Il existe différentes positions possibles selon l'utilité. Le décubitus ventral est le plus utilisé. Le décubitus latéral permet une palpation asymétrique qui est intéressante, notamment pour la palpation vers le bas de l'épine sciatique dans une névralgie pudendale.

Il est possible d'utiliser également la position à quatre pattes (talon fesse) qui étire le plancher périnéal et augmente la tension des ligaments sacro-épineux et sacro-tubéral et crée une contre-nutation du sacrum (diagnostic différentiel en cas de doute par rapport à des dysfonctions du sacrum).

■ Position du thérapeute

Elle est latérale en général.

- Précaution d'usage : on utilise toujours au moins une épaisseur de gants et le bout du doigt est recouvert d'une noisette de vaseline. À tout moment, le thérapeute doit être prêt à arrêter la manœuvre.

■ Technique

■ Pour une névralgie pudendale

La technique diagnostique et de traitement est réalisée dans un premier temps en direction de l'épine sciatique, puis ensuite dans la direction de la branche ischio-pubienne. Cette technique permet de mettre en évidence une souffrance du nerf pudendal avec une participation ou non de l'obturateur interne (fig. 1).

En revanche, s'il est douloureux en direction du coccyx, il permet d'envisager une dysfonction coccygienne, on termine le toucher rectal en réalisant les tests du releveur de l'anus (vers l'arrière), du sphincter externe (sur les berges de l'anus), et sur le transverse du périnée (en avant et sur les côtés).

À l'examen palpatoire, nous recherchons une cicatrice sur le trajet du nerf, et surtout l'existence d'un signe de Tinel en endo-cavitaire ou en exo-cavitaire. La compression du nerf pudendal est accessible par la palpation dans les deux fosses ischio-rectales et au niveau des ligaments sacro-épineux.



► Figure 2

À gauche, l'index est sur les berges au niveau du sphincter anal et on peut apprécier son hypertonicité ou son hypotonicité
 À droite, l'index est remonté pour palper le rectum et la sangle du muscle pubo-rectal

■ Pour des problèmes d'hypertonicité ou d'hypotonicité musculaire [2]

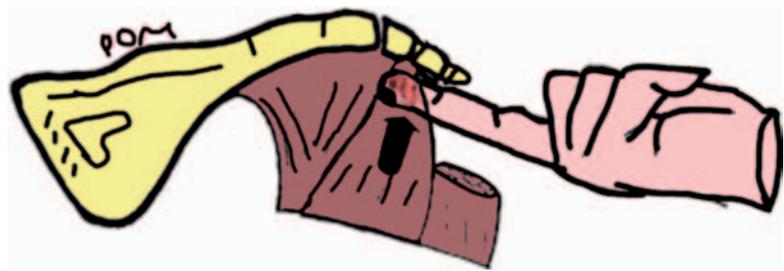
- **Testing du sphincter (fig. 2) :** ce test est très important dans les constipations, les incontinences et les encoprésies de l'enfant et de l'adolescent.
- **Testing du transverse du périnée :** en avant et latéralement.
- **Testing du releveur de l'anus :** pression douloureuse en crochétant la pointe du coccyx (fig. 3).

■ Dans le cas d'algie au niveau du coccyx

Dans les cas de coccygodynie, on peut utiliser les techniques endo-cavitaires anales. La pression réalisée avec un seul doigt sera maintenue très doucement et, dans l'indolence, sur l'expiration pour libérer la sidération musculaire. Le retour, lent, sera imperceptible par le patient.

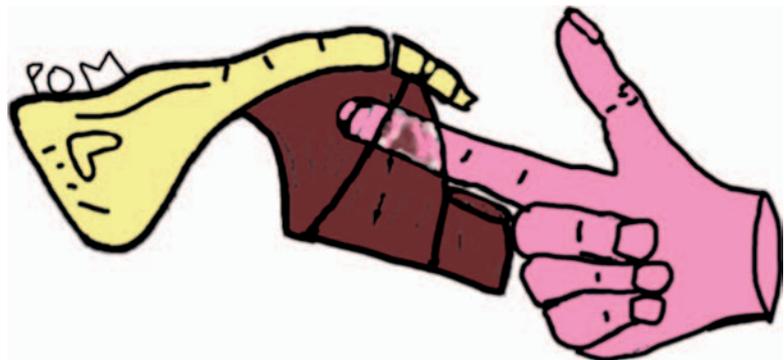
Cette technique ne sera pas utilisée à la première séance si la douleur est importante. Ces manœuvres seront plutôt réservées à la deuxième ou troisième séance, à l'appréciation du praticien, lorsque la musculature s'est relâchée, mais sans avoir obtenu le résultat souhaité. On peut utiliser la pression des points triggers [2].

J.-Y. Maigne [3, 4] a décrit 3 différentes manœuvres (fig. 4 à 6) :



► Figure 3

Premier temps en décubitus ventral :
 évaluation de tonus musculaire pelvien
 Le doigt interne est inséré suivant l'axe du rectum. Il est alors progressivement poussé vers le haut (en arrière), qui s'étend du plancher pelvien, jusqu'à ce que le contact soit établi avec le coccyx
 Après quoi la traction est relâchée
 Si le doigt revient immédiatement à sa position initiale dans le rectum par le tonus musculaire du patient sans effort conscient par le patient, le tonus musculaire est jugé anormalement élevé
 Deuxième temps :
 on demande au sujet de se mettre les fesses en l'air et la tête au sol
 L'augmentation de la flexion des hanche va créer une mise en étirement des fibres du périnée et augmenter la tension du releveur de l'anus, et également la douleur



► Figure 4

Technique de massage dans le sens des fibres d'après Thiele [4]

- technique de Thiele [5] (fig. 4) : patient en décubitus latéral gauche, le doigt rectal perpendiculaire aux fibres du releveur se déplace le long de la corde contracturée, la face palmaire de l'index au contact du bord latéral du muscle. Massage d'abord doux et court, puis plus prolongé et plus appuyé quand céder la contracture musculaire diminue. Ces séances bi- ou tri-hebdomadaires, d'une à 6 minutes, doivent être répétées 5 ou 6 fois pour juger des résultats. Elles sont apprises au patient ;
- la technique de mobilisation du coccyx de R. Maigne [6] (fig. 5) : le coccyx est maintenu en nutation, faisant apparaître les articulations sacrococcygiennes du coccyx et s'étend de l'anus du releveur. Cette manœuvre semble particulièrement intéressante dans les coccygodynies traumatiques



► Figure 5

La technique de mobilisation du coccyx d'après Maigne [3]



► Figure 6

Technique de J.-Y. Maigne [5, 6]

puisque cet auteur décrit avoir un net soulagement (98 sur 128) *versus* coccygonies non traumatiques (14/44) ;

- la technique de J.-Y. Maigne [3, 4] (fig. 6) : le doigt interne touche mais ne se mobilise pas le coccyx (sans pression sur l'os). Le doigt externe vérifie que le coccyx est maintenu immobile. La manœuvre permet d'étirer le muscle coccygeus, l'anus du releveur, et le sphincter externe.

Les résultats des traitements manuels montrent que l'addition de ces techniques augmente l'efficacité du traitement (les résultats sont satisfaisants pour 25,7 % des cas à 6 mois, et 24,3 % des cas à 2 ans et plus important sur des coccyx ayant une mobilité normal [6].

Les techniques d'étirement du releveur de l'anus et la technique de massage de Thiele sont plus efficaces que la mobilisation du coccyx, qui ne fonctionnait que pour les patients avec un coccyx

normalement mobile [6].

Le traitement isolé en thérapie manuelle ne donne pas beaucoup de résultats mais il est un adjuvant. Ainsi dans une étude ouverte, l'addition de manipulation avec le traitement par injection a produit une augmentation de 25 % de résultats satisfaisants [4]. À notre connaissance il n'existe pas d'autres études sur ces manœuvres.

■ Dans les cas de constipation et de paralysie [7]

Le toucher rectal peut être une aide à l'expulsion et il peut être utile de montrer le geste au patient.

■ Dans le cas du massage de la prostate

Le Dr Antonio Novak Feliciano des Philippines [8] s'est rendu célèbre avec l'automassage de la prostate pratiqué en même temps qu'un traitement antibiotique dans le cas d'infection prostatique. Le sujet reste très controversé mais le massage de la prostate permet de retrouver des germes dans le sperme ou dans les urines.

Conclusion

La technique a beaucoup d'inconvénients mais peut avoir un intérêt réel. Sa pratique doit très ciblée, prudente et pédagogique. ✘



BIBLIOGRAPHIE

- [1] www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2013/09/AVIS-DU-CNO-DU-19-20-JUIN-2013-RELATIF-AUX-TOUCHERS-PELVIENS.pdf
- [2] Guérineau M. *La kinésithérapie dans le traitement des douleurs pelvi-périnéales : supervision et partage d'expérience*. Compte-rendu du Congrès SIREPP et AFAP-NP 2011. AFAP-NP 2011 : 1-14.
- [3] Maigne JY, Chatellier G. Comparison of three manual coccydynia treatments: A pilot study. *Spine* 2001;26(20):E479-E484. www.coccyx.org/medabs/maigne5.htm
- [4] Maigne JY. Coccygodynie. *Le Courrier de Colo-Proctologie (IV)* - 2003 Juill-Août-Sept; n° 3. www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/enseignement/formation/2003-3septembre/dossier4.pdf
- [5] Thiele GH. Coccygodynia: Cause and treatment. *Dis Colon Rectum* 1963;6:422-36. Cité par S. Sultan « Syndrome du releveur ». *Le Courrier de Colo-Proctologie (IV)* 2003 Juill-Août-Sept; n° 3.
- [6] Maigne R. Résultats d'une thérapeutique manuelle de la coccygodynie. *Rev Méd Orthop* 1992;29:15-17. www.sofmmoo.com/publications/rm/tt_manuel_coccyx/tt_manuel_coccyx.htm
- [7] Wray CC, Easom S, Hoskinson J. Coccydynia. *J Bone Joint Surg [Am]* 1991;73-B:335-8.
- [8] Feliciano AN. *Sexually transmitted diseases: You may have one but don't know it*. Vantage Pr, 1992.

Pour en savoir plus :

- www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/enseignement/formation/2003-3septembre/dossier3.pdf