

# ARTEFACTS, ERREURS & FAUTES TECHNIQUES EN PRATIQUE COURANTE

1. STIMULATION ELECTRIQUE
2. BIOFEEDBACK
3. INSTALLATION DU PATIENT
4. EXAMEN FONCTIONNEL

## 1. STIMULATION ELECTRIQUE

### *Problèmes liés au courant et à l'écoute du patient*

En stimulation vaginale, lors du passage du courant, il existe différentes sensations vécues par la patiente. Elles peuvent aider à définir si la stimulation est conforme à ce que l'on doit en attendre.

- ◆ **sensation de contraction, crampe, poussée vers l'arrière (rectum) : normal**  
= sonde normalement positionnée sur les releveurs
- ◆ **sensation de picotements au passage du courant**  
= intensité inférieure au seuil liminaire de la réponse contractile (monter l'intensité)  
= électrodes hors du champ du point moteur du muscle
- ◆ **sensations aiguës de brûlures avec douleurs possibles et contraction minime**  
= muqueuse sensible, trop sèche, absence de lubrification
- ◆ **sensation douloureuse sans obtenir de contraction**  
= signes possibles de dénervation si l'intensité dépasse 35 mA sans réponses motrices
- ◆ **sensations aiguës vers la région abdomino-pubienne**  
= sonde insérée trop profondément dans le vagin (avec les sondes à bagues)
- ◆ **sensation de courant électrique vers l'entrée vulvaire et les grandes lèvres**  
= sonde positionnée trop à l'extérieur entre pubo-rectal et bulbo-spongieux (avec les sondes à bagues)
- ◆ **l'intensité nécessaire est anormalement élevée (plus de 50 mA)**  
= signe de souffrance neurogène périphérique totale s'il n'y a pas de réponse contractile  
= signe de dénervation périphérique partielle sensitive s'il y a une réponse musculaire

### *Problèmes liés au matériel*

- ◆ **le patient ne sent rien lors de l'augmentation de l'intensité**  
= la sonde n'est pas connectée à l'appareillage  
= la connexion est défectueuse  
= la connexion n'est pas assez enfoncée dans la fiche femelle  
= les fils du câble sont défectueux à l'entrée de la sonde  
= la sonde est défectueuse  
= la puissance en mA est insuffisante  
= la patiente est en post partum et en période d'allaitement
- ◆ **l'intensité passe d'une manière inconstante**  
= problème de mauvais contact au niveau de la sonde  
= problème de mauvais contact au niveau des fils de la sonde  
= problème de mauvais contact au niveau des soudures d'électrodes

### **La sonde ne fonctionne pas, le client ne sent rien, l'appareil ne reconnaît pas la sonde.. !**

Après avoir vérifié tout ce qui précède, sortir la sonde, la rincer, la nettoyer, mettre un peu de gel dans la main, brancher la sonde ; serrer les doigts sur les électrodes, choisir une fréquence de 10 Hz, augmenter l'intensité.....

- si vous ne sentez rien malgré le fait que vous remuez le câble, alors la sonde est effectivement défectueuse,
- si vous sentez un picotement dans la main ça signifie que la sonde fonctionne et que le problème vient, soit du manque de sensibilité de la patiente, soit de votre insertion pas suffisamment profonde des fiches.

## 2. BIOFEEDBACK

### *Problèmes liés au tarage*

Le signal n'est pas stable, il y a des pics de saturation et des chutes de la ligne des micro volts

- Refaire un tarage

### ***Problèmes liés à l'électrode de référence***

- Vérifier la qualité de l'électrode de référence
- Nettoyer ou raser la peau sous l'électrode
- Poser l'électrode sur un os

### ***Problèmes d'enregistrement***

- La courbe n'est pas lisible (voir tarage)
- La courbe n'est pas très stable, ou moins bonne que d'habitude (patiente en période hormonale, ou selles dans l'ampoule rectale)
- La courbe est irrégulière (milieu vaginal pas assez humide, trop sec, hypohormonalisation)
- La courbe est trop haute et sature (corriger et abaisser la valeur en microvolts de référence)

	
<b>3. INSTALLATION DU PATIENT</b>	
<i>Sur table gynécologique</i>	
Jambes relevées Angle cuisse-jambe à 90° Cuisses en abduction	Pieds trop élevés au dessus du plan des genoux Pieds pas assez relevés
<i>Sur une table de massage classique</i>	
<b><u>Position classique gynécologique modifiée</u></b>	
Talons près des fesses à l'écartement du bassin Pieds écartés et en rotation externe Genoux relâchés et appuyés vers l'extérieur contre un plan Cuisses en abduction Région lombo-sacrée à plat Buste relevé au maximum de 20 %	Talons trop près des fesses Talons trop éloignés des fesses Pieds trop écartés et/ou en rotation interne Cuisses trop en adduction, retenue des adducteurs, Réflexe de défense Buste trop relevé (plus de 20 %)
<b><u>Position Variante de la grenouille</u></b> <i>(Position idéale si possible pour le toucher musculaire des releveurs)</i>	
Idem que précédemment mais plante des pieds face à face Talons contre talons Cuisses relâchées en abduction sur coussins rouleaux Nécessite un minimum de souplesse coxo-fémorale	
<b>4. EXAMEN FONCTIONNEL</b>	
Mains du thérapeute recouvertes de gants latex ou vinyl	
1 main ouvre largement les grandes lèvres et la vulve avec 2 doigts :	1 main n'ouvre pas assez, à peine ou pas du tout les grandes lèvres avec 1 doigt
<i>la main fonctionnelle</i>	
Doigts utilisés : index et médium ou un seul doigt selon le degré de fermeture vaginale une goutte de gel et un peu d'eau Introduction d'un doigt puis du second légèrement fléchis (le cas échéant), pulpe dirigée vers le bas Introduction franche vers le périnée postérieur comme si l'on voulait atteindre le coccyx Repérage du renflement des releveurs (quand le muscle est suffisant)	Trop de gel sur le gant sauf si sécheresse vaginale ou atésie importante Introduction des doigts pulpe vers le haut Introduction trop horizontale (parallèle au pubis) Doigt introduit trop profondément au contact du col utérin Doigt introduit pas assez profondément (2 premières phalanges en intra-vaginal seulement) Doigt introduit trop profondément (les 3 phalanges jusqu'à la butée du carpe) sauf si l'ostium vaginal est très fermé et sensible ce qui peut empêcher l'intromission complète des metas.

## **DIFFERENTES SENSATIONS POSSIBLES RELEVÉES PAR L'EXAMINATEUR**

- > *Découverte de la présence d'une masse compacte, dure, granuleuse sous les doigts:*
  - = présence de selles, rectum plein (faire vider le rectum avant l'examen et réessayer l'examen)
- > *Sensation d'une masse molle souple sur la face dorsale des doigts:*
  - = Cystocèle importante non extériorisée (grade 2)
- > *Sensation d'une masse plus ferme sur la face dorsale des doigts*
  - = contact avec le col utérin
  - = hystérocéle éventuellement
- > *impossibilité d'introduire les doigts à plus de 5 cm*
  - = signe d'atrésie vaginale longitudinale
- > *les doigts rencontrent des anneaux fibreux ou des membranes*
  - = présence de brides vaginales
  - = suites d'une cure de prolapsus antérieure

## **TECHNIQUE D'ÉVALUATION EN INTRA-VAGINAL**

### **MAIN D'ÉVALUATION**

- Demander des contractions à des niveaux de conscience différents
- Différencier sur une contraction le faisceau élévateur pubo-rectal du faisceau sphinctérien pubococcygien (léger décalage en V)
- Évaluer la qualité musculaire des faisceaux droit & gauche à partir du raphé médian et en remontant vers le trou obturateur
- Veiller à éliminer toute contraction réalisée en apnée glotte bloquée
- Différencier une inversion de commande vraie d'une mise en jeu musculaire périnéale avec mise en tension ou contraction abdominale associée

### **L'AUTRE MAIN**

Toujours posée sur le ventre en sus-pubien pendant l'évaluation vaginale permet le contrôle automatique de la synergie abdominale.