

Apport de la Kinésithérapie antalgique dans le syndrome douloureux pelvien chronique (6)

M. Guérineau*, **J.J. Labat****, **J. Rigaud****,
Th. Riant***, **B. Rioult*****, **F. Ramée-Le Corveller*****,
M. Khalfallah****, **R. Robert*******.

-
- * 17, Allée du Commandant Charcot. 44000 Nantes
mguerineau@numericable.fr
- ** clinique urologique. CHU Nantes 44093 Nantes Cedex
- *** Unité d'évaluation et de traitement de la douleur Maurice Bensignor.
Centre Catherine de Sienne. 2, rue Eric Tabarly 44200 Nantes
- **** neurochirurgien CHU – Bayonne
- ***** Service de neurotraumatologie. CHU Nantes. 44093 Nantes Cedex
-

RESUME

L'examen clinique des patients souffrant du syndrome régional douloureux complexe (SRDC) pelvi-périnéal, fait apparaître des zones musculaires précises douloureuses ou syndrome myofascial.

Quelle importance faut-il apporter à ces dysfonctionnements musculaires ?

Quelles explications peut-on fournir devant ces points de déclenchement ?

Quelle participation accorder à ces triggers points dans la genèse du SRDC pelvi-périnéal,

Et partant, quelle prise en charge kinésithérapique proposer à ces patients ?

Les résultats montrent que deux fois sur trois, les patients peuvent tirer un bénéfice non négligeable de cette thérapeutique.

Mots clés : Syndrome régional douloureux complexe – myofascial – constipation – Dysurie – névralgie pudendale – pollakiurie.

ABSTRACT

The clinical findings in patients suffering from a Complex Regional Painful Syndrom (CRPS) Outlines painful muscular areas so called myofascial syndrom.
Are these muscular dysfunction of any importance?
What explanation can we find for those painful trigger zones?
What is their role in the genesis of the CRPS?
What can we do by a physiotherapeutic approach?

Our results point out the fact that two third of our patient do improve significantly after that handling.

Keywords: Complex Regional Painful Syndrom (Algodystrophia) – myofascial syndrom – dysuria- constipation – pollakiuria.

Introduction (9)

Le domaine des algies pelvi-périnéales est vaste et relativement mal connu. Ces douleurs sont souvent déroutantes, car existant en dehors d'anomalies visibles lors des examens habituels. Une approche multi voire transdisciplinaire sera indispensable. L'examen clinique révèle, dans plus de la moitié des cas, ce que l'on a coutume d'appeler un « syndrome myofascial ».

Définition : *Syndrome douleur chronique et syndrome myofascial*

Douleur

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en les termes d'une telle lésion »(7). Cette définition de l'IASP (International association study pain) s'applique à tout type de douleur quelqu'en soit la topographie, le mécanisme ou l'ancienneté. Elle signifie qu'est douleur tout ce que le patient exprime en tant que tel, ce qui introduit l'importance des dimensions émotionnelles, affectives et cognito-comportementales inhérentes à toute douleur.

Douleur chronique

La douleur chronique désigne une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de trois à six mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient attribuable à toute cause non maligne.

La douleur chronique altère la personnalité du patient ainsi que sa vie familiale, sociale et professionnelle.

Douleur neuropathique

C'est une douleur liée à une lésion ou à un dysfonctionnement du système nerveux. (3).

Une douleur peut être considérée comme neuropathique quand elle comprend 4 des 10 items d'une échelle diagnostique validée (DN4) (sensibilité 82,9, spécificité (89,9) (1).

Questionnaire DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, veuillez répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non »

Question 1 :

La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

1. Brûlure
2. Sensation de froid douloureux
3. Décharges électriques

Question 2 :

La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

4. Fourmillements
5. Picotements
6. Engourdissement
7. Démangeaisons

Question 3 :

La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

8. Hypoesthésie au tact
9. Hypoesthésie à la piqûre

Question 4 :

La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

10. Le frottement

Douleur pelvienne chronique

La douleur pelvienne chronique est en général définie comme une douleur qui évolue depuis plus de six mois et susceptible d'avoir un retentissement cognitif, comportemental et social (4-15).

Ces définitions soulignent l'importance de l'analyse multifactorielle de la douleur.

Syndrome myofascial : définition (8)

Certains patients présentent des douleurs assez mal définies, mais centrées sur la région périnéale, fessière ou abdomino-pelvienne. L'examen clinique retrouve souvent des points gâchettes, ou points de déclenchement (myofascial trigger points). Il s'agit en fait d'un syndrome douloureux local s'intégrant dans le contexte d'un syndrome myofascial (3). Une douleur myofasciale est définie par la présence d'un point douloureux gâchette au sein d'un muscle, traduisant une hyper irritabilité du muscle (de son fascia, de son aponévrose, ou de son tendon). Ce point gâchette est considéré comme « actif », c'est-à-dire responsable d'une réaction symptomatologique locale et/ou à distance. Cette réaction locale perturbe l'allongement du muscle, contribue à sa faiblesse, génère des douleurs référées et perturbe le bon équilibre musculaire de la région. La douleur myofasciale s'exprime donc par un syndrome régional douloureux complexe (SRDC), reproductible à l'examen clinique et d'un moment à l'autre dans des schémas assez spécifiques pour chaque muscle impliqué. Ces points gâchettes s'accompagnent d'une réaction de spasme musculaire local (dont l'origine est mal connue, mais peut remonter loin dans le temps, l'enfance, voire la petite enfance) témoin de l'hyperactivité musculaire. Comme pour l'hypertonie musculaire, le lien de causalité entre ces points douloureux myofasciaux et la présence d'une douleur pelvi-périnéale complexe, ne pourra être affirmé que par l'épreuve thérapeutique (3- 14).

Généralités sur les algies pelvi-périnéales chroniques

Topographie de la douleur

Elle siège généralement sur le territoire du nerf pudendal.

- Nerf hémorroïdal inférieur (ou nerf anal ou nerf rectal inférieur)

Région péri-anale, anus, rectum (sensation de corps étranger intra-rectal) pour la branche sensitive, et releveur de l'anوس, sphincter externe de l'anوس pour la branche motrice,

- Nerf périnéal

Noyau fibreux central du périnée, scrotum, grandes lèvres, tiers inférieur du vagin, pour la branche sensitive et muscles érecteurs (ischio et bulbo-caverneux), sphincter strié de l'urètre, pour la branche motrice,

- Nerf dorsal de la verge ou du clitoris, considéré comme branche terminale sensitive.

Parfois la douleur irradie vers les fesses, le sacrum, le coccyx, la face postérieure de la cuisse, voire de la jambe (trajet sciatique) uni ou bilatérale. Les patients peuvent décrire également des douleurs à tonalité plus antérieure, pli inguinal, partie inférieure de l'abdomen, symphyse pubienne, glandes testiculaires, triangle de Scarpa, faces antérieure, interne ou externe de la cuisse, uni ou bilatérale.

Caractéristiques de la douleur

Les patients évoquent des brûlures, des démangeaisons, des élancements, des crampes, des torsions, des strictions, des pincements, des sensations de corps étranger intrarectal, parfois une hypersensibilité au contact cutané, pantalon serré, slip (allodynie).

Cette douleur est surtout ressentie lors de la position assise, les patients sont généralement bien debout et à la marche, bien sur la cuvette des WC. La douleur disparaît allongé (sauf proctalgie fugace qui peut apparaître le jour, mais généralement surtout la nuit), réapparaît le matin dès la station debout pour augmenter dans la journée et être maximum le soir. La douleur résiste aux antalgiques habituels.

Cette pathologie touche plus les femmes (deux fois sur trois) que les hommes.

Ces douleurs parfois supportables, peuvent devenir franchement intolérables. Elles évoluent depuis quelques mois jusqu'à plusieurs années. Si l'on retrouve parfois une cause (traumatisme, abus sexuels, accouchement, suite de chirurgie pelvienne ou périnéale), l'étiologie reste le plus souvent inconnue.

Le contexte psychogène est souvent particulier, mais, plus que la cause, semble être la conséquence de la douleur, puisqu'il disparaît avec celle-ci.

L'ensemble de ces généralités sur les douleurs pelvi-périnéales chroniques fait ressortir un tableau assez confus, dans lequel il est parfois assez difficile de s'y retrouver, tant pour le patient que pour le praticien.

A la lumière de plus de quinze années d'expérience sur les douleurs pelvi-périnéales chroniques, il nous est apparu que l'on pouvait regrouper l'ensemble de ces symptômes en trois catégories principales, en gardant présent à l'esprit que chacune de ces catégories ne se présentent pas toujours aussi nettement que nous allons essayer de les décrire et de les comprendre, et que bien souvent, ces tableaux ne sont pas uniques, et que les symptômes des uns peuvent s'interférer avec les symptômes des autres.

Le premier tableau concerne **la névralgie pudendale** proprement dite ; cette névralgie pudendale s'accompagne parfois de douleurs sur le trajet d'autres nerfs (sciatique, cutané postérieur de la cuisse, clunéal). L'hypertonie musculaire (ou contracture ou spasme musculaire) concernera les muscles Piriforme et Obturateur interne.

Le deuxième tableau concerne les patients souffrant de **Douleurs à topographie antérieure** (pli de l'aîne, symphyse pubienne, testicules, triangle de Scarpa.....) ; dans ce cas, deux autres muscles seront principalement concernés, le Droit Fémoral et le Psoas.

Le troisième tableau, que l'on qualifiera de « **Syndrome du Levator Ani** » sera caractérisé par l'hypertonie du muscle Releveur de l'anus et du muscle Transverse Profond du périnée.

1^{er} Tableau

La névralgie pudendale accompagnée (ou non) d'autres névralgies :

Les critères diagnostiques de névralgie pudendale (*Critères de Nantes*) ont été déterminés par une équipe de spécialistes réunie à Nantes le 22 septembre 2006 (10). Ces critères sont indispensables au diagnostic de syndrome canalaire de nerf pudental :

- Douleur dans le territoire du nerf pudental (de l'anus à la verge ou au clitoris),
- Aggravée en position assise (soulagée sur un siège de WC),
- Sans réveil nocturne par la douleur,
- Sans déficit sensitif objectif,
- Ayant un bloc diagnostic du nerf pudental positif.

Des critères complémentaires au diagnostic de névralgie pudendale ont également été établis :

- Brûlures, tiraillement, engourdissement,
- Allodynie (hypersensibilité au contact notamment des vêtements),
- Sensation de corps étranger endocavitaire (« sympathalgie » rectale ou vaginale),
- Aggravation de la douleur au cours de la journée,
- Douleur à prédominance unilatérale,
- Douleur apparaissant après la défécation
- Douleur apparaissant pendant ou après l'éjaculation,
- Données de l'ENMG chez l'homme ou la femme nullipare.

Il existe des signes associés n'excluant pas le diagnostic de névralgie pudendale :

- Douleurs fessières en position assise,
- Irradiations dans le territoire sciatique (et/ou clunéal),
- Douleurs sus-pubiennes,
- Pollakiurie et/ou douleurs au remplissage vésical,
- Dyspareunie et/ou douleurs après les rapports,
- Troubles de l'érection,
- Normalité de l'ENMG.

Le diagnostic de névralgie pudendale ne peut pas être affirmé en présence des critères d'exclusion suivants :

- Douleurs exclusivement per-défécatoire,
- Douleurs uniquement coccygienne, fessière, pubienne, hypogastrique,
- Prurit,
- Troubles sensitifs objectifs,
- Anomalies de l'imagerie pouvant expliquer la douleur.

Le muscle piriforme (pyramidal)

Il a pour originalité d'être endo-pelvien à son origine et exo-pelvien à sa terminaison. Il prend son origine sur la face antérieure sacrale, entourant les 2^{ème} et 3^{ème} trous sacrés, c'est-à-dire très proche de la constitution du plexus honteux (racines sacrées S2, S3, plus branche antérieure de S4) qui se continue par le nerf honteux interne ou nerf Pudendal.

Après avoir traversé la grande échancrure sciatique, le muscle Piriforme devient exo-pelvien et se dirige en dehors, en bas et en avant pour se terminer sur la face supérieure du grand trochanter. C'est un muscle pelvi-trochantérien, il est rotateur externe et abducteur de la hanche.

Le spasme ou contracture du muscle Piriforme entraîne une douleur qui peut remonter jusqu'à la crête iliaque et descendre jusqu'au pli fessier. De plus, un muscle spasmé, outre la douleur, devient dur et épais et vient perturber le bon fonctionnement des éléments de voisinage.

Remarques :

Lorsqu'une fibre musculaire se contracte, elle le fait d'emblée dans son maximum (loi de Goth ou loi du tout ou rien). Par contre, au sein d'un même muscle, toutes les fibres musculaires ne se contractent pas en même temps car elles n'ont pas toutes la même chronaxie (temps minimum nécessaire à la contraction musculaire, lorsque l'intensité est le double de la rhéobase), (rhéobase : intensité minimale d'un courant excitant permettant d'obtenir une réponse musculaire ; d'après LAPICQUE). Les fibres musculaires ne réagiront donc pas toutes en même temps au même traumatisme. Certaines fibres seront spasmodées et d'autres pas.

Concernant le muscle piriforme, si les fibres endo-pelviennes du muscle sont contracturées, c'est le nerf pudendal qui sera irrité à son origine. Ce dysfonctionnement entraînera une douleur sur le territoire des branches de terminaison du nerf pudendal (anal, périnéal et génital).

Si les fibres exo-pelviennes du muscle sont contracturées, c'est le nerf sciatique qui sera lésé, et plus précisément sa partie postérieure, le nerf cutané postérieur de la cuisse (ou nerf petit sciatique ou nerf fessier inférieur). En effet, ce nerf chemine à la face antérieure et au bord inférieur du muscle piriforme. Son irritation entraînera une douleur de type sciatique, mais s'arrêtant au creux poplité, territoire du nerf petit sciatique. Cette sciatique sera donc tronquée puisque s'arrêtant à la face postérieure du genou. Elle sera qualifiée d' « atypique », puisqu'elle ne présentera pas les éléments cliniques, mécaniques que l'on retrouve habituellement dans les névralgies sciatiques (pas d'impulsivité à la toux, pas de Lasègue, pas de point d'appel rachidien). Cette sciatique sera étiquetée de sciatique de la fesse ou sciatique du piriforme.

N.B. Le nerf petit sciatique libère dans sa partie supérieure, une branche collatérale : le nerf clunéal ou nerf clunial inférieur dont le territoire d'innervation se situe sous la tubérosité ischiatique, remontant en dedans et en haut, proche de la partie inférieure des grandes lèvres, mais restant en dehors du territoire du nerf pudendal. Il n'est pas exceptionnel que certains patients décrivent, avec beaucoup de précision, une douleur dans ce territoire. On parlera alors d'une névralgie clunéale.

La symptomatologie est souvent protéiforme ; ces différents tableaux peuvent se présenter séparément, ensemble, uni ou bilatéralement.

On recherchera un spasme du muscle piriforme en traçant mentalement deux diagonales sur la fesse. A partir du croisement de ces deux diagonales, une ligne verticale, et 5 cm au-dessus du croisement des diagonales : le point du piriforme. Si la pression de ce point est douloureuse, le piriforme est contracturé. La pression sera franche, mais non maintenue. A rechercher également du côté opposé.

Le muscle obturateur interne

Il présente la même originalité que le muscle piriforme ; il est endo-pelvien à son origine, s'insérant sur le pourtour osseux interne du trou obturateur et sur la face interne de la membrane obturatrice ; les fibres musculaires se dirigent vers la petite échancrure sciatique où le muscle se réfléchit à peu près à angle droit pour devenir exo-pelvien, se dirige ensuite en dehors et un peu en haut, vers la face interne du grand trochanter où il s'insère par un tendon étroitement uni à celui du pyramidal.

Dans sa portion exo-pelvienne, l'obturateur interne reçoit le renfort de ses muscles satellites, le long de ses bords supérieur et inférieur : les jumeaux supérieur et inférieur qui se terminent avec lui sur la face interne du grand trochanter, et dont l'action est connexe.

A son origine, le muscle est recouvert d'une membrane qui lui est propre : la membrane de l'obturateur interne qui se dédouble dans son segment inférieur pour former le canal pudendal décrit par Benjamin Alcock (canal d'Alcock) et se continue ensuite sur le repli falciforme du ligament sacro-tubéral.

Le canal d'Alcock est traversé par les vaisseaux honteux internes et le nerf pudendal.

Si l'on tient compte des mêmes remarques que pour le muscle piriforme, il est logique de penser que ce muscle peut être spasmodique, soit dans son segment exo-pelvien, soit dans son segment endo-pelvien, soit les deux à la fois.

- Une hypertonie du segment endo-pelvien entraînera une douleur sur le territoire du nerf pudendal (anal, périnéal, génital), par compression de ce nerf dans le canal d'Alcock, en raison d'une tension de la membrane obturatrice interne due à la contracture du muscle obturateur interne.
- Une hypertonie du segment exo-pelvien entraînera une douleur sciatique pouvant descendre jusqu'au pied. Comme pour le muscle Piriforme, cette sciatique sera qualifiée « d'atypique » puisqu'elle n'aura pas d'impulsivité à la toux, pas de Lasègue, pas de point de départ rachidien. Le tronc du nerf sciatique descend à la face postérieure du muscle obturateur interne, et peut être irrité par la contracture de ce muscle.

On recherchera un spasme de l'obturateur interne au croisement des deux diagonales de la fesse, cette hypertonie peut être uni ou bilatérale.

Les autres muscles pelvi-trochantériens (obturateur externe, carré crural), ne semblent pas pouvoir participer à la genèse des douleurs pelvi-périnéales car plus externes et plus à distance, notamment du nerf pudendal.

2^{ème} Tableau

Douleurs à topographie antérieure

Le muscle droit fémoral (droit antérieur)

C'est le plan antérieur du quadriceps, et sa seule partie biarticulaire. Il est tendu de l'épine iliaque antéro-inférieure (tendon direct) et du dédoublement de la capsule articulaire coxo-fémorale (tendon réfléchi), à la rotule et la tubérosité antérieure du tibia. Il est extenseur de la jambe sur la cuisse, puis fléchisseur de la cuisse sur le bassin.

Lorsque le droit fémoral est rétracté, il attire le bassin en antéversion augmentant la lordose lombaire, aggravant l'action lordosante du psoas, pouvant participer, entre autre, à un conflit thoraco-lombaire et/ou un DIM (dérèglement intervertébral mineur) lombaire.

Lors de la flexion passive de la jambe sur la cuisse, patient en décubitus ventral, il apparaît très fréquemment une douleur au niveau de la face antérieure de la cuisse signant une rétraction du droit fémoral (physiologiquement le talon doit toucher la fesse).

Cette rétraction du droit fémoral n'est certainement pas un élément pathognomonique de la douleur pelvi-périnéale, on la retrouve entre autre dans les coxarthroses, les gonarthroses et chez les patients particulièrement spasmés ; il conviendra toutefois de la rechercher, notamment en synergie avec une hypertonie du psoas.

Le muscle Psoas

Il est tendu de la colonne lombaire au petit trochanter. Son origine se fait en deux plans :

- principal ou corporel, sur la face antérieure des vertèbres de T12 à L5,
- accessoire ou costoïdal, sur les apophyses transverses des 4 vertèbres lombaires,

pour se terminer sur le sommet du petit trochanter par un tendon commun avec le muscle iliaque.

Le muscle psoas est fléchisseur de la cuisse sur le bassin et rotateur externe de hanche, lorsque le point fixe est lombaire ; si le point fixe est sur le petit trochanter, le muscle psoas devient fléchisseur du tronc si les psoas se contractent en même temps des deux côtés, et avec une inclinaison latérale ajoutée si le psoas se contracte d'un seul côté. De plus, il possède une action lordosante.

Le muscle psoas est littéralement clivé par les racines antérieures du plexus lombaire qui s'infiltrant entre son plan profond et son plan superficiel.

Une contracture du psoas peut, par action mécanique, irriter, en tout ou partie, les racines de L1 à L4 (syndrome thoraco-lombaire ou dérèglement intervertébral mineur lombaire).

- L1 : Nerf ilio-hypogastrique (grand abdomino-génital), Nerf ilio-inguinal (petit abdomino-génital). *Territoire* : téguments du pubis, testicules (glandes), grandes lèvres, urèthre proximal, partie supéro-interne de la cuisse, pli inguinal,
- L2 : Nerf génito-fémoral (génito-crural). *Territoire* : triangle de Scarpa, cordon spermatique, Nerf fémoro-cutané latéral (fémoro-cutané). *Territoire* : face antéro-externe de la fesse et de la cuisse,
- L2, L3, L4 : Nerf fémoral (crural). *Territoire* : face antérieure de la cuisse, Nerf obturateur. *Territoire* : face interne de la cuisse.

On pourra objectiver une hypertonie du psoas, patient en décubitus dorsal, en enfonçant les doigts perpendiculaires à la peau, en dedans de la crête iliaque et en dehors de la gaine des grands droits, en direction postérieure et médiane ; le réveil d'une douleur aiguë signe un spasme du psoas que l'on recherchera des deux côtés.

3^{ème} Tableau

Syndrome du levator ani

Le muscle levator ani (releveur de l'anus)

Il forme, avec le muscle ischio-coccygien en arrière de lui, le plan profond du périnée. Il se compose de deux parties, l'une externe statique ou sphinctérienne, l'autre interne dynamique ou élévatrice, présentant des fibres pubo-vaginales, pubo-prérectales, pubo-rétrorectales, de grand axe antéro-postérieur (du pubis au coccyx), entourant la filière urogénitale et digestive.

Il limite en dedans la fosse ischio-rectale, et constitue un solide plancher de soutien aux organes intra-abdominaux et intra-pelviens dont il absorbe toutes les pressions.

La présence d'une corde dure et douloureuse au niveau du canal anal, constatée lors du toucher rectal, fera suspecter une contracture du releveur de l'anus ; ce toucher est parfois rendu impossible en raison de la douleur ; dans ce cas, on pourra alors réaliser une pression sur la pointe et la face antérieure du coccyx, en crochétant celui-ci ; le réveil d'une douleur vive fera penser au même syndrome. On évitera de trop insister sur cette manœuvre qui peut pérenniser la douleur.

La symptomatologie d'une hypertonie du releveur de l'anus se manifestera par :

- sur le segment antérieur, urologique, une diminution de la relaxation permictionnelle, ayant pour conséquence une dysurie, pouvant faire penser au syndrome de Clara Fowler (5), les patients décrivant une sensation d'avoir mal vidé leur vessie en fin de miction et éprouvant la nécessité de mictions anormalement rapprochées présentant ainsi un tableau de pollakiurie réactionnelle de compensation.
- sur le segment moyen, gynécologique, une tension de la corde des releveurs entraînant une dyspareunie orificielle dans le tiers externe du vagin et généralement en début de rapport, la lubrification vaginale pouvant faciliter ensuite la pénétration ; mais la douleur empêche bien souvent tout rapport sexuel.
- sur le segment postérieur, digestif, une mauvaise ouverture du canal anal, perdéfécatoire entraînant une constipation terminale, accompagnée d'une impression de mal vider le rectum, pouvant faire penser au syndrome de Clara Fowler du périnée postérieur. On peut constater, lors des exercices de biofeedback pression, que si le relâchement musculaire est difficile, voire impossible, la contraction est également très limitée, affichant une perte quasi totale de la mobilité de la musculature périnéale postérieure (périnée figé ou gelé).

Devant une constipation terminale, et/ou une dyspareunie orificielle, et/ou une dysurie, ayant résistées aux thérapeutiques habituelles, il faudra penser à un spasme du releveur de l'anus.

Remarque

Anatomiquement, le muscle élévateur de l'anوس n'échange de fibres musculaires ni avec l'urètre, ni avec le vagin. Mais il existe entre les fascias de ces viscères et le fascia pelvien pariétal qui recouvre l'élévateur de l'anوس, des échanges de fibres collagènes et élastiques donc une continuité fonctionnelle.

Le muscle transverse profond du périnée

Il s'insère sur le bord interne de la branche ischio-pubienne, un peu au-dessus de la tubérosité ischiatique pour se terminer en arrière de l'urètre sur le noyau fibreux central du périnée où il rejoint son homologue du côté opposé.

Une pression sur son insertion d'origine, uni ou bilatérale, réveillant une douleur, fera penser à une contracture du muscle transverse profond. Lors de cette pression, il faudra prendre soin de bien rester sur le bord interne de la branche ischio-pubienne, en effet une pression réalisée trop en dedans ne s'effectuera plus sur le transverse profond, mais sur le prolongement falciforme du ligament sacro-tubéral et encore plus en dedans, sur la portion endo-pelvienne de l'obturateur interne.

Le muscle transverse superficiel ne semble pas pouvoir être mis en cause car beaucoup moins important que le muscle transverse profond et bien souvent décrit par les anatomistes comme étant un muscle inconstant.

Le transverse profond renforce le plancher pelvien, ses fibres sont pratiquement perpendiculaires à celles du releveur de l'anوس; il envoie des fibres musculaires aux sphincters striés de l'urètre et de l'anوس ; ainsi une hypertonie du transverse profond peut perturber, en tout ou partie, l'équilibre mictionnel et/ou défécatoire.

L'hypertonie spastique du sphincter strié urétral et du muscle transverse profond peut non seulement constituer un obstacle fonctionnel à l'évacuation des urines par absence de relaxation permictionnelle, mais aussi provoquer une inhibition de la contraction vésicale, aggravant la rétention d'urines (11).

Ainsi, l'aspect myofascial des douleurs pelvi-périnéales peut revêtir trois tableaux différents :

- 1) L'hypertonie du piriforme et de l'obturateur interne entraînant une douleur plutôt postérieure sur le territoire du nerf pudendal et/ou des nerfs sciatique, cutané postérieur de la cuisse, clunéal,
- 2) L'hypertonie du droit fémoral et du psoas présentera un territoire douloureux plutôt antérieur, pli inguinal, symphyse pubienne, faces antérieure, interne ou externe de la cuisse, grandes lèvres, glandes testiculaires,
- 3) L'hypertonie de l'élévateur de l'anوس et du transverse profond du périnée sera caractérisée par une douleur locale gravitant autour du noyau fibreux central, plus ou moins accompagnée de constipation terminale, de dysurie, de dyspareunie orificielle.

Toutefois, l'aspect clinique est rarement aussi net, la symptomatologie présentant bien souvent une imbrication des trois tableaux.

Si l'on admet l'hypothèse que les spasmes musculaires peuvent générer les douleurs pelvi-périnéales, le traitement consistera dans la levée de ces hypertopies musculaires.

Traitement Physiothérapique

Il n'y a pas de traitement exhaustif. Le protocole thérapeutique sera opérateur-dépendant. Chaque praticien pourra utiliser la technique qu'il possède le mieux (fasciathérapie, ostéopathie, mézières, myothérapie (13),.....), dans la mesure où cette technique consistera essentiellement à lever les spasmes musculaires existants.

Il conviendra au préalable de rechercher tous ces spasmes, la contracture d'un seul muscle étant rarement isolée.

Une des techniques, couramment utilisées, est celle du « contracter-relâcher ». Cette technique présente l'avantage d'être simple et généralement connue de tous. Une contraction musculaire (légère) est demandée au patient, non pas tant pour le renforcement du muscle puisque celui-ci l'est déjà trop, que pour une meilleure prise de conscience de la zone à relâcher. La contraction se fait sur l'inspiration et le relâchement sur l'expiration. L'étirement sera lent, progressif et indolore afin d'éviter l'apparition de réflexe myotatique de défense, qui, s'il se déclençait, ne ferait qu'aggraver la contracture musculaire et par suite renforcer la pathologie. Il est donc très important de « prendre son temps » et de ne jamais « forcer » une articulation. Le retour à la position initiale sera également lent, pratiquement imperceptible par le patient, toujours pour éviter l'apparition du même réflexe.

La validité de la technique réside dans la bonne position à faire prendre au patient. Cette position est celle de « l'anti-physiologie » du muscle considéré. Par exemple, si nous considérons :

- **Le piriforme**, c'est un muscle pelvi-trochantérien, sa physiologie est rotateur externe (latéral) de hanche et abducteur ; la position du patient sera donc décubitus, dorsal ou ventral, fémur en rotation interne et adduction. Mise en tension douce, lente, progressive, indolore, retour lent, imperceptible. On veillera à bien respecter les différents axes des articulations.
Le même raisonnement s'appliquera pour les muscles suivants :
- **L'obturateur interne**, muscle pelvi-trochantérien, uniquement rotateur externe de hanche. Le patient sera en décubitus dorsal, hanche en rotation interne, membre inférieur tendu ou bien genou fléchi à 90°.
- **Le droit fémoral** est extenseur de la jambe sur la cuisse, puis, lorsque ce rôle d'extension est terminé, il devient fléchisseur de la cuisse sur le bassin. Le mouvement sera donc flexion de la jambe sur la cuisse et extension de la cuisse sur le bassin. Le patient sera en décubitus ventral (éviter de réaliser ce mouvement debout en raison de l'action lordosante qu'il peut générer), genou fléchi, le talon se dirigeant vers la fesse ; lorsque le talon touche la fesse, le praticien aidera le patient à soulever le genou de façon à réaliser une extension de la cuisse sur le bassin. Ce mouvement est rarement possible dans sa totalité, la rétraction musculaire étant souvent très importante. La mise en tension sera douce, lente et indolore, retour lent afin d'éviter l'apparition du réflexe de défense.
- **Le psoas**, est fléchisseur de la cuisse sur le bassin et rotateur externe de hanche. Le patient sera en décubitus dorsal, extension et rotation interne de hanche. Le patient maintient le genou opposé, hanche fléchie, pour éviter l'hyperlordose lombaire.

Deux muscles font exception à la règle : l'élévateur de l'anus et le transverse profond du périnée, pour lesquels il ne semble pas possible de réaliser d'étirement. Dans ce cas, nous avons utilisé la technique qui consiste en un raccourcissement des fibres du muscle considéré (12 - 13).

- **Le releveur de l'anus**, patient en décubitus ventral, le tranchant de la main proximale réalise une pression sur la crête sacrale et le coccyx, la main distale vient renforcer l'action de la main proximale ; la mise en tension, toujours douce, lente et indolore se fait en direction de la symphyse pubienne, la table sert de contre-appui. La pression est maintenue sur l'expiration, le retour sera lent et imperceptible. Cette manœuvre peut se réaliser patient en décubitus dorsal ; suivre de la main proximale les grands droits pour venir en butée sur la symphyse pubienne pour bien la localiser. Le tranchant de la main proximale réalise une pression sur la symphyse pubienne, la main distale renforce la pression sur la main proximale en direction du coccyx.
- **Le transverse profond du périnée**, la finalité est de « rapprocher » les tubérosités ischiatiques. Patient en décubitus latéral (gauche pour un transverse droit et inversement), l'éminence thénar de la main distale réalise une pression sur la tubérosité ischiatique en direction de celle du côté opposé. La main proximale éverse l'os iliaque en crochétant l'aile iliaque.

Les deux manœuvres précédentes concernant l'élévateur de l'anus et le transverse profond du périnée sont réalisées sur des articulations amphiarthrosiques, c'est-à-dire des articulations semi-mobiles qui ne génèrent des mouvements que de très faibles amplitudes, de l'ordre de quelques millimètres. Il conviendra de rester très prudent et de ne pas « forcer » ces articulations.

La technique du raccourcissement peut être utilisée également sur tous les autres muscles précédemment cités.

N.B. Dans les cas de coccygodynie et/ou de dyspareunie orificielle, il peut être utile d'utiliser les techniques endo-cavitaires (16) (anal pour les coccygodynies, vaginale pour les dyspareunies), dans ce cas, l'orifice, vaginal ou anal, est divisé mentalement en quatre parties (haut, bas, gauche, droite), 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 de première intention en raison de la douleur rendant bien souvent impossible le toucher vaginal ou le toucher rectal. Ces manœuvres seront plutôt réservées en fin de traitement, à l'appréciation du praticien, lorsque la musculature s'est relâchée, mais sans avoir obtenu le résultat souhaité.

Réflexions- Conclusion

Lors de l'interrogatoire, il peut sembler logique, que les patients souffrant de douleurs pelvi-périnéales, se souviennent toujours du début de leur douleur, par contre, il est étonnant, que pratiquement toujours, à quelques exceptions près (l'exception qui vient confirmer la règle), à la question « vous douleurs sont apparues comment ? », les patients répondent généralement « c'est apparu comme ça », ce qui laisserait supposer qu'il n'y a pas d'étiologie ? et pourtant, il n'y a pas d'effets sans causes.

A la réflexion, on pourrait (au conditionnel, car il n'y a pas de certitudes, seulement de fortes présomptions) déterminer quatre axes d'hypothèses étiologiques possibles.

1) **Les traumatismes**, telles que les fractures (de proximité) du bassin, aile iliaque, branche ischio-pubienne, cotyle, sacrum, col du fémur..., les fractures (à distance) C.V. crâne, clavicule, scapulum, membre supérieur, également membre inférieur (fémur, patelle, tibia, péroné...), les entorses, les luxations, les conflits vertébraux (thoraco-lombaires, DIM cervicaux, dorsaux, lombaires), mais aussi les sports intenses, les accouchements...

Tous ces éléments, mêmes anciens, mêmes bien traités, mêmes guéris, peuvent avoir entraîné des séquelles musculaires (spasmes, contractures, hypertonies) persistantes, souvent consécutives à l'apparition du réflexe myotatique de défense. Ces séquelles musculaires vont participer à la constitution d'un TERRAIN DE PREDISPOSITION qui, dans un premier temps restera à l'état latent, asymptomatique, infra-douloureux, pour progressivement augmenter d'intensité et devenir symptomatique et douloureux entraînant les patients à consulter. Ce passage de l'un à l'autre peut se produire à la suite d'un événement mineur, que bien souvent les patients ont oublié, ce qui expliquerait le manque d'étiologie apparent.

2) **Les facteurs iatrogènes**, que l'on peut rencontrer à la suite d'une chirurgie pour fissures ou fistules anales, hémorroïdes, abcès, TVT, TOT, cure de prolapsus, chirurgie prostatique, examens médicaux... Toutefois, toutes ces chirurgies n'entraînent pas, loin s'en faut et heureusement de douleurs pelvi-périnéales ; et ni la technique chirurgicale, ni le chirurgien ne sont en cause, mais seulement l'acte chirurgical lui-même qui a été l'élément déclenchant, mais cet acte chirurgical aura alors été effectué sur un TERRAIN DE PREDISPOSITION PREEXISTANT méconnu.

3) **La sexualité**. Il peut s'agir d'agressions sexuelles, d'abus sexuels (attouchements, agressions verbales, viols, exhibitions, harcèlement), de mutilations sexuelles, ayant pour conséquences, dyspareunies, vaginismes, vulvodynies, mais aussi les actes sexuels consentis, entraînant des séquelles musculaires persistantes, entrant dans la constitution du TERRAIN DE PREDISPOSITION.

4) **Les facteurs psychogènes**. Pratiquement tous les patients reconnaissent vivre ou avoir vécu un ou plusieurs des éléments suivants : stress, angoisse, inquiétude, problèmes familiaux, sentimentaux, socioprofessionnels... (*C'est l'esprit qui souffre et le corps dit sa douleur*). Tous ces éléments peuvent entraîner des spasmes musculaires entrant dans la constitution du TERRAIN DE PREDISPOSITION.

De ces quatre axes possibles d'hypothèses étiologiques, il ressort qu'aucun n'est isolé. C'est probablement la juxtaposition d'un certain nombre d'éléments qui, un jour déclenche la douleur, mais alors, peut-on dépister les patients à risques, et si oui, comment ? Faut-il vérifier la présence ou l'absence de syndrome myofasciaux chez les patients devant être opérés de chirurgie proctologique, gynécologique, gastro-entérologique, urologique ou autres ? Y-a-t-il un traitement préventif, et si oui, lequel ?

Progressivement la lumière commence à se faire sur les traitements des douleurs pelvi-périnéales, mais il reste encore bien des zones d'ombre.

Les nombreux congrès nationaux et internationaux ayant pour thème les douleurs pelvi-périnéales, montrent combien la demande est grande pour améliorer les connaissances et les traitements de cette pathologie invalidante.

La création de réseaux, d'équipes pluridisciplinaires, d'associations, comme il en existe déjà, est plus que jamais justifiée afin de mieux comprendre cette maladie, d'appréhender la gestion de nos échecs, et d'améliorer nos résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, *and al.* Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain.* 2005; 114: 29-36.
- 2- Costello K. Myofascial syndromes. Steege JF, Metzger DA, Levy BS, eds. *Chronic pelvic pain. An integrated approach.* Philadelphie: Ed.Saunders Company, 1998: 251-66
- 3- Dworkin RH, Backonja M, Rowbotham MC, *and al.* Advances in neuropathic pain: diagnosis, mechanisms, and treatment recommendations. *Arch Neurol.* 2003; 60: 1524-1534.
- 4- Fall M, Baranowski AP, Fowler CI, *and al.* EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. *Eur Urol.* 2004;46: 681-689.
- 5- Fowler CI, Kirby RS. Abnormal electromyographic activity (decelerating burst and complex repetitive discharges) in the striated muscle of the urethral sphincter in 5 women with persisting urinary retention. *Br J Urol* 1985; 57: 67-70.
- 6- Guérineau M, Robert R, Labat JJ, Bensignor M. Les douleurs périnéales : traitement kinésithérapique. *Kinésithérapie Scientifique* 434 juin 2003. 33-42.
- 7- International association for the study of pain. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy.0
- 8- Labat JJ, Guérineau M. Hypertonie périnéale et douleur : physiopathologie et traitements. *Sifud* Oct. 2004
- 9- Labat JJ, Robert R, Guérineau M, Riant T. *Algies pelvi-périnéales chroniques : une approche globale.* XXVIII ème Congrès de la Sifud – Nantes – Juin 2005.
- 10- Labat JJ, Riant T, Robert R, et al. *Critères d'une névralgie pudendale (Critères de Nantes).* *Pelv Périneol* (2007) 2 : 65-70.
- 11- Parratte B, Bonniaud V, Monnier G. Toxine botulique et hypertonie périnéale. *L'hypertonie périnéale – Sifud* oct. 2004 –230.
- 12- Perset C. Douleurs ano-rectales et coccygodynies. *Cahier de formation continue du kinésithérapeute SPEK.* 1989 ; 23-24.
- 13- Polak J. Contractures persistantes : l'hypothèse d'une boucle bêta. *Kinésithérapie scientifique* 1996 ; 360 : 6-10.
- 14- Robert R, Prat-Pradal D, Labat JJ, Bensignor M, Raoul S, Leborgne J. Anatomic basis of chronic perineal pain : role of pudendal nerve . *Surg Radiol Anat* 1998; 20: 93-98.
- 15- Steege JF, Stout AL, Somkuti SG. Chronic pelvic pain in women: toward an integrative model. *Obstet Gynecol Surv.* 1993; 48: 95-110.
- 16- Wise D, Anderson R. A headache in the pelvis. *Edition N° 2; 2003; 120-128.*