



La kinésithérapie dans le traitement des douleurs pelvi-périnéales : Supervision et partage d'expériences

Intervenant : Michel GUERINEAU, kinésithérapeute référent, Nantes

✓ RAPPEL DES OBJECTIFS :

- Proposer aux professionnels de santé investis dans la prise en charge des douleurs pelvi-périnéales un espace d'échanges et de mise en commun de leurs pratiques professionnelles. Les traitements physiothérapeutiques proposés sont en effet « opérateur dépendant » compte tenu d'une part de la diversité des tableaux cliniques et d'autre part de la variété des approches possibles.

- Construire à terme un référentiel commun : un des objectifs pour les associations de patients est de disposer de points de repères communs avec les professionnels de santé afin d'assurer leur rôle d'interface patients/professionnels de santé de façon pertinente et efficace, en collaboration avec les sociétés savantes concernées, à savoir la SIREPP (Société Internationale de Rééducation en Pelvi-Périnéologie) et l'ensemble de professionnels de santé concernés (kinésithérapeutes, ostéopathes, sages femmes, posturologues, fasciathérapeutes...).

✓ PRESENTATION DE M. GUERINEAU

Constat : 2 patients sur 3 tirent bénéfice de la physiothérapie.

1) Rappel des hypothèses étiologiques :

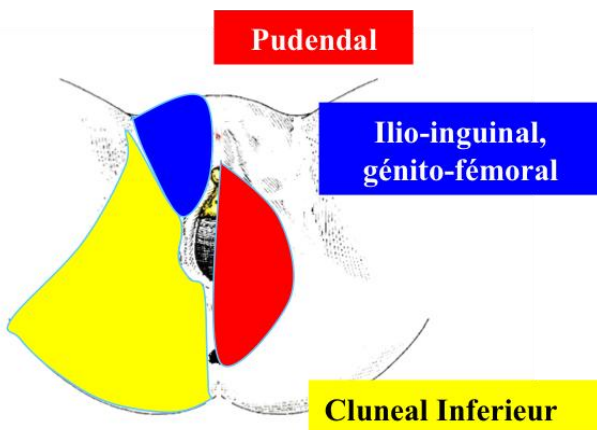
✓ Les traumatismes :

Entraînent des séquelles persistantes : spasmes musculaires, réflexes myotatiques de défenses et contribuent à créer un terrain de prédisposition.

- ✓ **Les facteurs iatrogènes :**
La chirurgie proctologique, urologique, gynécologique peut également entraîner des séquelles persistantes en raison d'un terrain de prédisposition préexistant et/ou en créant ce terrain de prédisposition.
- ✓ **La sexualité**
Les abus sexuels ou tout vécu sexuel traumatique sur le plan psychologique peut constituer un facteur déclencheur et/ou contribuer à la création d'un terrain de prédisposition favorable à la survenue de douleurs pelvi-périnéales chroniques.
- ✓ **Les éléments psychogènes**
Stress, angoisse, inquiétude, problèmes familiaux, sentimentaux, professionnels, sont très souvent retrouvés dans les douleurs pelvi-périnéales.

2) Les trois tableaux :

- ✓ **Le premier tableau : territoire du nerf pudendal :**
Avec ou sans autres névralgies (sciatique et/ou clunéale)
Muscles concernés : piriforme et obturateur interne.
- ✓ **Le deuxième tableau : douleurs à topographie antérieure**
Muscles concernés: droit fémoral et psoas.
Territoire où se trouvent les nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique, génito-fémoral, crural et obturateur.
- ✓ **Le troisième tableau : spasme du lévator ani**
Muscles concernés : releveur de l'anus (levator ani) et transverse profond du périnée.



Les territoires neurologiques

1er tableau : névralgie pudendale

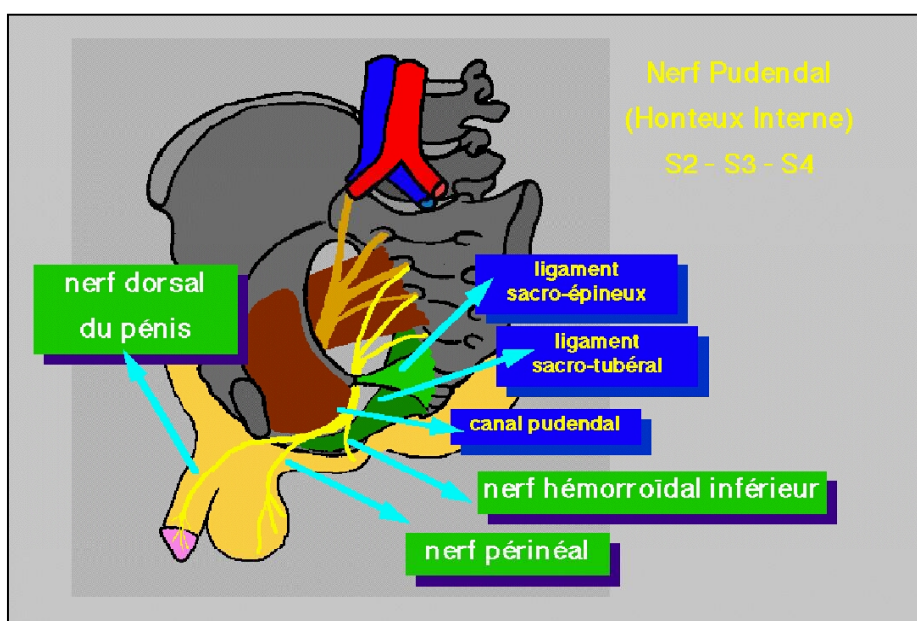
Le muscle piriforme et le muscle obturateur interne présentent un certain nombre de points communs ; ils sont pelvi-trochantériens, leur origine est endo-pelvienne, leur terminaison exo-pelvienne, ils sont bilatéraux et ils ont la même physiologie musculaire : rotateur latéral de la hanche (+ abducteur pour le piriforme).

❖ Le muscle piriforme

Il s'insère sur la face antérieure sacrale (portion endo-pelvienne) entourant les 2^{ème} et 3^{ème} trous sacrés, c'est-à-dire très proche de l'origine du nerf pudendal (racines sacrées S2, S3, plus branche antérieure de S4). Lorsque ce muscle est spasmé, il devient dur, épais, douloureux, perturbant le bon fonctionnement des éléments de voisinage, dont le nerf pudendal. Ainsi, les patients décriront des douleurs, suivant la topographie de terminaison de ce nerf, c'est-à-dire anales, périnéales, génitales, avec les caractéristiques suivantes : le plus souvent sous forme de brûlures, de tiraillements, d'engourdissements, sensation de corps étranger endocavitaire (intra vaginal, intra rectal) et d'allodynie (hypersensibilité au contact).

Dans sa portion exo-pelvienne, après avoir traversé la grande échancrure sciatique, le muscle se dirige vers son point de terminaison : le grand trochanter ; il recouvre alors le nerf sciatique qui passe à sa face antérieure. A ce niveau, le nerf sciatique libère deux branches collatérales : le nerf petit sciatique (ou nerf cutané postérieur de la cuisse) et le nerf clunéal.

La contracture du muscle piriforme dans sa portion exo-pelvienne entraîne des douleurs à type de névralgie sciatique sur le territoire du nerf petit sciatique (face postérieure de la cuisse, ne descendant pas en dessous du creux poplité), et/ou des douleurs sur le territoire du nerf clunéal (partie inférieure de la tubérosité ischiatique, pouvant remonter jusqu'aux organes génitaux, notamment partie externe des grandes lèvres, en dehors du territoire du nerf pudendal).



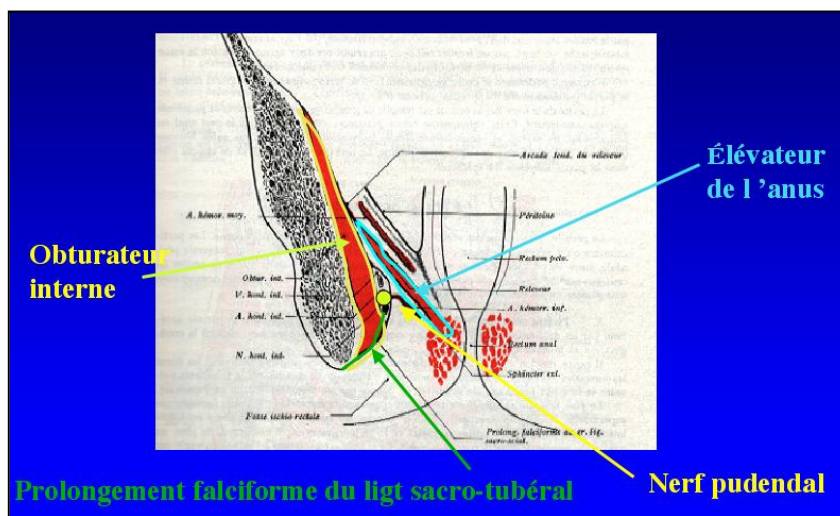
❖ Le muscle obturateur interne

Il s'insère sur le pourtour osseux interne du trou obturateur de l'os iliaque. C'est la portion endo-pelvienne ; il est alors recouvert d'une membrane qui lui est propre : la membrane de l'obturateur interne. Cette membrane se dédouble dans sa partie inférieure pour former le canal d'Alcock, traversé, entre autre par le nerf pudendal. Lorsque le muscle obturateur Interne est spasmé, il met en tension la membrane qui

le recouvre, augmentant la tension dans le canal d'Alcock, le nerf pudendal se trouve ainsi comprimé, et les patients souffrent de douleurs sur le territoire du nerf pudendal, comme décrites ci-dessus.

Dans sa portion exo-pelvienne, après avoir traversé la petite échancrure sciatique, le muscle reçoit le renfort de deux muscles satellites (jumeau supérieur et jumeau inférieur). Il se retrouve alors en dessous du muscle piriforme, et se dirige vers le grand trochanter où il se termine avec ce dernier.

Dans cette portion, le muscle est en contact, à sa face postérieure avec le nerf sciatique ; ainsi la contracture du muscle obturateur interne dans sa partie exo-pelvienne peut irriter le nerf sciatique entraînant une véritable névralgie sciatique sur l'ensemble du territoire du nerf (fesse, face postérieure de la cuisse, face postérieure de la jambe, la douleur pouvant descendre jusqu'au pied). Cette sciatique est dite « atypique », car sans point d'appel rachidien, sans impulsivité à la toux, la manœuvre de Lasègue est négative.



Muscle piriforme (en haut à droite)

Muscle obturateur interne (à gauche)

2ème tableau : Les douleurs à topographie antérieure
Névralgies ilio-inguinales, ilio-hypogastriques, cruralgies, syndromes thoraco-lombaires



En jaune : Le territoire des douleurs à topographie antérieure

❖ Le muscle droit fémoral (droit antérieur)

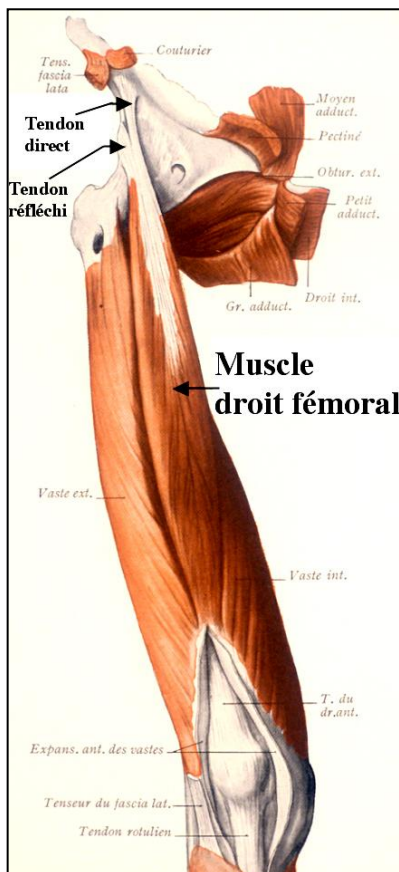
C'est le plan antérieur du quadriceps, et sa seule partie bi-articulaire.

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 à 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, et participant ainsi à la création d'un conflit thoraco-lombaire et/ou des DIM lombaires.

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 périnéale, on la retrouve également dans les coxarthroses, les gonarthroses, chez les patients particulièrement spasmés ; il conviendra toutefois de la rechercher, notamment en synergie avec une hypertonie du psoas.



Le muscle droit fémoral

❖ Le muscle psoas

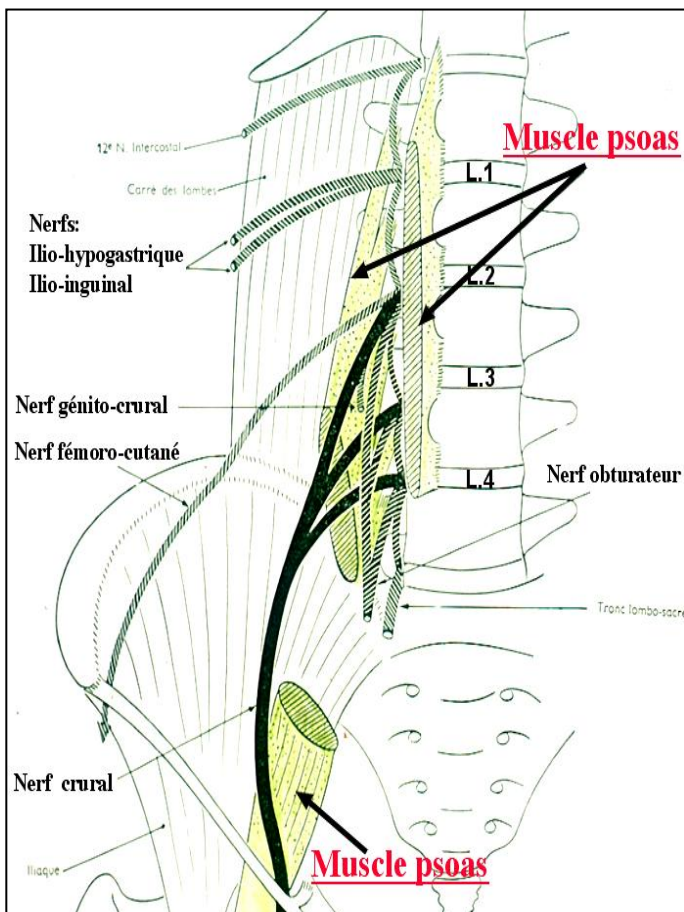
Il prend son origine sur la colonne lombaire et se termine sur le petit trochanter. Il est constitué de deux plans :

- corporéal ou principal,
- costoïdal ou accessoire.

Entre les deux plans de ce muscle, s'infiltrent les racines nerveuses antérieures du plexus lombaire. Une contracture du muscle psoas viendra irriter, en tout ou partie, les racines nerveuses de L1 à L4, et occasionner également un syndrome thoraco-lombaire et/ou un DIM lombaire.

On retrouve alors les douleurs sur le territoire du nerf lésé :

- L1 : **Nerf ilio-hypogastrique** et **Nerf ilio-inguinal**. *Territoire* : pli de l'aîne, téguments du pubis, testicules (glandes), grandes lèvres, urètre proximal, partie supéro-interne de la cuisse,
- L2 : **Nerf génito-fémoral**. *Territoire* : triangle de Scarpa, cordon spermatique, **Nerf fémoro-cutané latéral**. *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.



Le muscle psoas

3ème tableau : Le syndrome du muscle releveur de l'anus et du transverse profond du périnée

- **cystite interstitielle, prostatite chronique,**
- **dysuries,**
- **dyspareunies,**
- **troubles ano-rectaux.**

❖ Le muscle releveur de l'anus (levator ani)

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, l'autre interne dynamique présentant des fibres musculaires pubo-vaginales, pubo-prérectales, pubo-rérectales, pendues du pubis au coccyx donc à grand axe antéro-postérieur, entourant ainsi la filière urinaire, génitale et digestive.

Ce muscle peut présenter une contracture sur l'un ou plusieurs de ses segments, antérieur, moyen, postérieur.

La symptomatologie se manifeste alors par :

+ Sur le segment antérieur, urologique :

Un manque de relaxation permictionnelle du sphincter strié urétral avec pour conséquence, une dysurie, un jet urinaire faible, une obligation de « pousser » pour uriner, une impression d'avoir la vessie mal vidée, une pollakiurie réactionnelle de compensation, un résidu post-mictionnel pouvant devenir infectant.

- ✓ **Syndrome de vessie douloureuse** (cystite interstitielle ou cystalgie à urines claires) :

Syndrome du releveur de l'anus + voir le transverse du périnée + éventuel syndrome thoraco-lombaire.

- ✓ **Syndrome** (prostatite chronique) :

Syndrome du releveur de l'anus. Spasmes du plancher pelvien dans 92 % des cas.

- ✓ **Syndrome du colon irritable** (critères de Rome III) :

Syndrome de releveur de l'anus. Association avec une dysfonction temporo-mandibulaire : 64 % souffrent d'un SCI associé.

+ Sur le segment moyen, gynécologique :

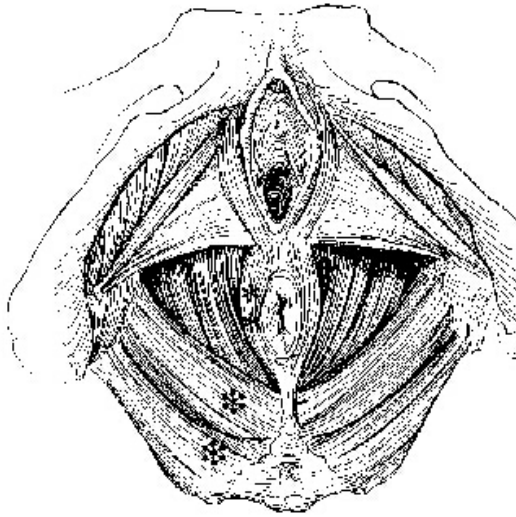
Une tension de la corde des releveurs entraînant une dyspareunie orificielle, le plus souvent dans le tiers externe du vagin. En fonction de la localisation de la douleur, celle-ci sera rattachée à :

- ✓ une **vulvodynie** : douleur la plus externe et la plus diffuse au niveau de la vulve
- ✓ une **vestibulodynie** : douleur plus en dedans et limitée au vestibule
- ✓ une **vaginodynie** : douleur la plus interne au niveau du vagin.

✚ Sur le segment postérieur, digestif :

Une mauvaise ouverture du canal anal au moment de l'exonération (perdéphécatoire) entraînant une constipation terminale, une impression de mal vider son rectum, une nécessité de « pousser », comparable aux symptômes décrits pour le segment antérieur.

Le muscle levator ani



En cas de dysurie, de constipation, de dyspareunie orificielle : lever les tensions musculaires du levator ani.

Comment faire le diagnostic du spasme du levator ani ?

- ✓ Pression douloureuse en crochétant la pointe du coccyx
- ✓ Ou par toucher anal : *inconvenient* : cette manœuvre peut pérenniser la douleur.

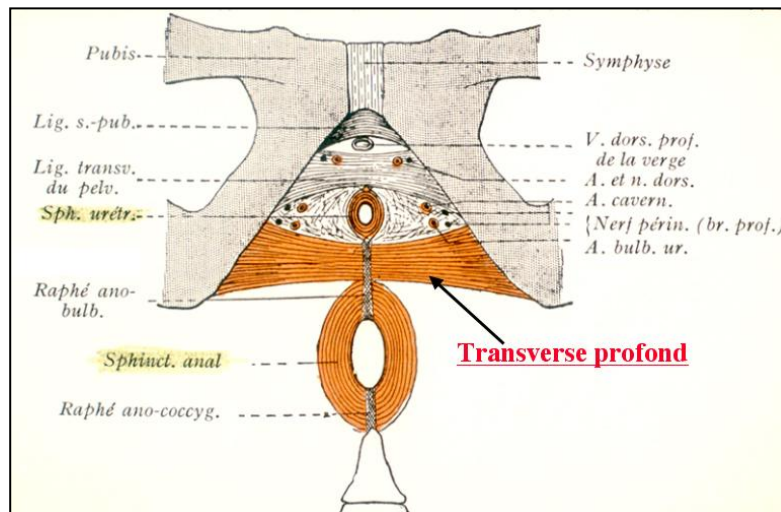
L'hypertonie du muscle releveur de l'anus est rarement isolée, elle s'accompagne généralement d'autres syndromes myofasciaux et très souvent de la contracture du muscle transverse profond du périnée.

❖ Le muscle transverse profond du périnée (fosse ischio-rectale) :

Il s'insère sur la partie interne de la tubérosité ischiatique (bord interne de la branche montante ischio-pubienne) ; il se termine en arrière de l'urètre sur le noyau fibreux central du périnée où il rejoint son homologue du côté opposé.

Ce muscle bilatéral renforce le plancher pelvien. Ses fibres sont pratiquement perpendiculaires à celles du releveur de l'anus ; il envoie des fibres musculaires aux sphincters de l'urètre et de l'anus. Une hypertonie de ce muscle peut donc

perturber, en tout ou partie, l'équilibre mictionnel et/ou défécatoire, augmentant l'effet du syndrome du releveur de l'anus.



3) Propositions thérapeutiques (non exhaustif) :

L'aspect clinique est rarement aussi net, la symptomatologie présentant bien souvent une imbrication des trois tableaux. Il faudra surtout penser à examiner de façon systématique ces groupes musculaires.

Le but est de lever les contractures musculaires. Les techniques sont « opérateur - dépendant » (fasciathérapie, ostéopathie, myothérapie...).

✚ La technique du « contracter –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'antiphysiologie » du muscle considéré :

Aller dans le sens opposé à la contraction du muscle, donc de son étirement et revenir très lentement.

Proposition thérapeutique de M. GUERINEAU

(Les photos ci-dessous appartiennent à son auteur, reproduction interdite)

❖ **Muscle piriforme**

- ✓ Muscle pelvitrochantérien, 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



❖ **Muscle obturateur interne**

- ✓ Muscle pelvitrochantérien, uniquement rotateur externe de hanche.
- ✓ Le patient sera en décubitus dorsal, hanche en rotation interne, membre inférieur tendu ou bien genou fléchi à 90° ;



❖ Muscle droit fémoral

- ✓ 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.



❖ Muscle psoas

- ✓ 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.



✚ La technique du « raccourcissement »

Deux muscles font exception à la règle :

L'élévateur de l'anuset le transverse profond du périnée, pour lesquels il ne semble pas possible de réaliser d'étirement.

Dans ce cas, on peut utiliser la technique qui consiste en un raccourcissement des fibres du muscle considéré :

❖ Muscle élévateur de l'anus

- ✓ Patient est 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 indolorese 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 avec le 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.



❖ Muscle 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.

✚ Techniques endocavitaires

Dans les cas de coccygodynie et/ou de dyspareunie orificielle, il peut être utilisé d'utiliser les techniques endocavitaires :

- 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.

Le biofeedback (de préférence pression) peut également être utilisé en fin de traitement afin de faire prendre conscience au patient du mécanisme de contraction périnéale et surtout de relâchement ; enfin l'utilisation du **biofeedback** redonnera une mobilité physiologique périnéale rassurante pour le patient.

Consensus en terme d'options thérapeutiques

- ✓ Associer l'ostéopathie à la kinésithérapie : ostéopathie en 1^{ère} intention
- ✓ Privilégier les manœuvres endo-cavitaires vaginales plutôt qu'anales
- ✓ Eviter l'utilisation de sondes, privilégier les méthodes manuelles
- ✓ Exploiter les techniques respiratoires : faire travailler sur l'expiration
- ✓ Associer la thermothérapie et la cryothérapie
- ✓ Possibilité d'utiliser Le TENS (électro-stimulation par voie externe)
- ✓ 6 fois une demi-heure par jour avec 4 électrodes. Eviter le voie interne.
- ✓ Pratique du biofeedback EMG ou biofeedback pression dans les cas de dyspareunies
- ✓ Utilisation de la technique du « contracter-relâcher » quand les douleurs sont localisées
- ✓ Recours à la fasciathérapie dès lors que le thérapeute traite les douleurs pelvi-périnéales chroniques.

Aspects administratifs

Comment établir l'ordonnance ?

Ces soins ne sont pas cotés à la nomenclature.

L'ordonnance doit comporter les mentions suivantes :

Rééducation du rachis lombo-sacré et des membres inférieurs.

Traitement des douleurs périnéales complexes.

En fonction des particularités, peut être précisé :

- ✓ Traitement d'un SRDC : syndrome régional douloureux complexe.
- ✓ Traitement des troubles urinaires/ sexuels/ gynécologiques/ défécatoires...complexes.