

ASPECT MYOFASCIAL DES ALGIES PELVI-PÉRINÉALES : TRAITEMENT KINÉSITHÉRAPIQUE

M. GUÉRINEAU¹, J.-J. LABAT², R. ROBERT³, Th. RIAN⁴, B. RIOULT⁴,
F. RAMÉE-LE CORVELLER⁴, M. BENSIGNOR⁴

“

Le chemin est encore long avant de faire la lumière sur cette pathologie qui reste peu ou mal connue. Un travail de recherche, par une équipe pluridisciplinaire, est plus que jamais justifié afin de mieux appréhender la gestion de nos échecs, et d'améliorer nos résultats

”

• • • • •

¹ Kinésithérapeute
Nantes (44)
m.guerineau@free.fr

² Neurologue, médecin physique
CHU de Nantes

³ Neurochirurgien, anatomiste
CHU de Nantes

⁴ Anesthésiste, algologue
CCS de Nantes

SYNDROME MYOFASCIAL : définition [16]

Certains patients ont des douleurs assez mal définies mais centrées sur la région périnéale, fessière ou abdomino-pelvienne. L'examen clinique retrouve souvent des points gâchettes (*myofascial Trigger point*). Il s'agit en fait d'un syndrome douloureux local s'intégrant dans le contexte d'un syndrome myofascial [8].

Une douleur myofasciale est définie par la présence d'un point douloureux gâchette au sein d'un muscle, traduisant une hyperirritabilité du muscle ou de son fascia. Ce point gâchette est considéré comme "actif", c'est-à-dire responsable d'une réaction symptomatologique locale et 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 une douleur régionale complexe, mais reproductible à l'examen clinique et d'un moment à l'autre dans des schémas assez spécifiques pour chaque muscle impliqué.

MOTS CLÉS

Allodynie
Pudendal
Releveur de l'anus
Transverse profond du périnée

Ces points gâchettes s'accompagnent parfois d'une réaction de spasme musculaire local témoin de l'hyperactivité musculaire, mais, la plupart du temps, il s'agit simplement d'un point de sensibilité. 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 [10-28].

INTRODUCTION

Nous avons pu constater, après une douzaine d'années d'expérience de consultations d'algies périnéales, que dans plus de la moitié des cas de patients porteurs d'une douleur pelvi-périnéale chronique, l'examen clinique révèle ce que l'on qualifie habituellement d'un "syndrome myofascial".

Dans ce syndrome myofascial, certains éléments pathognomoniques sont généralement concernés. Ce sont les muscles : piriforme, obturateur interne, droit fémoral, psoas, élévateur de l'anus, transverse profond du périnée.

Topographie de la douleur

Elle siège généralement sur le territoire du nerf pudendal :

- nerf hémorroïdal inférieur (ou nerf anal ou nerf rectal inférieur) : région périanale, anus, rectum (sensation de corps étranger intra-rectal) pour la branche sensitive, et releveur de l'anus, sphincter externe de l'anus pour la branche motrice ;
- nerf périnéal : noyau fibreux central du périnée, bourses, 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, symphyse pubienne, testicules, face antérieure, interne ou externe de la cuisse, uni ou bilatérale.

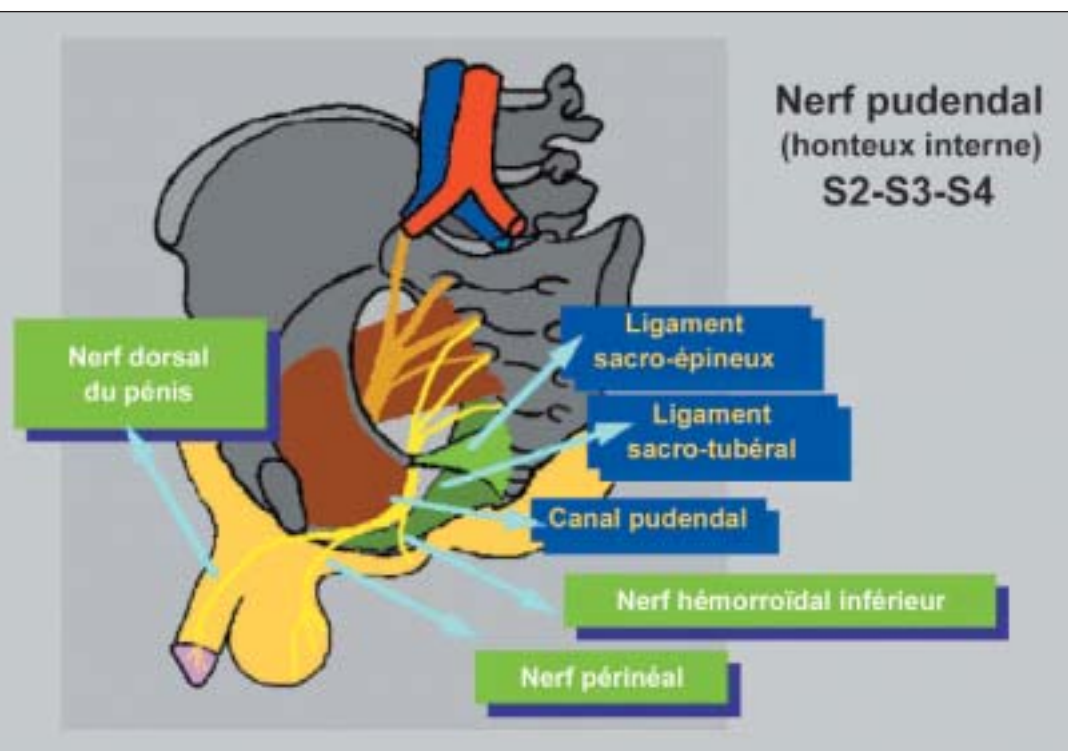
Caractéristiques de la douleur

Les patients évoquent des brûlures, des démangeaisons, des élancements, des crampes, des torsions, des strictions, des pincements, des sensations de corps étranger intra-rectal. Une hypersensibilité au contact cutané est parfois constatée ; certains patients ne peuvent plus supporter le contact de leurs sous-vêtements (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), 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, avec un âge moyen de 53 ans (22-79 ans).

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.

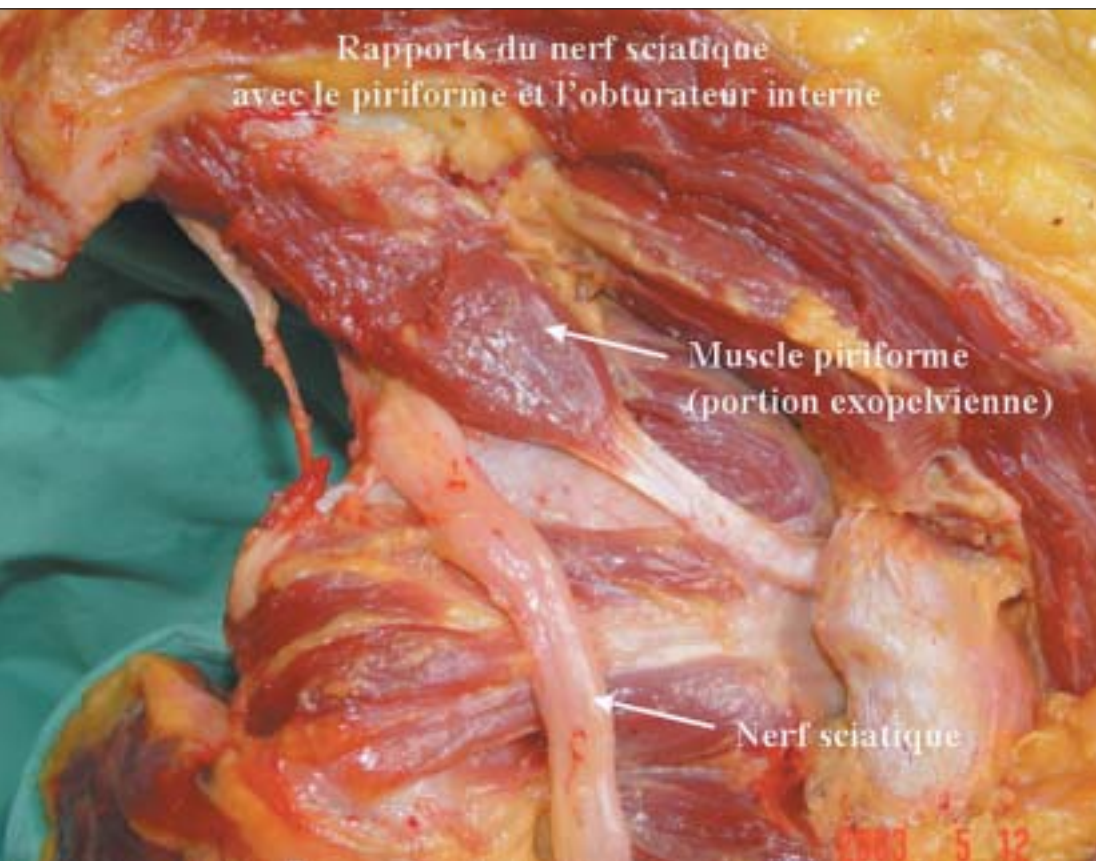


ANATOMO-PATHOLOGIE

Le muscle piriforme (pyramidal)

Il a pour originalité d'être endopelvien à son origine, (fig. 1a) (il entoure, sur la face antérieure du sacrum, les 2° et 3° trous sacrés), et, après avoir traversé la

▲ Figure 1a
D'après R. Robert



▲ Figure 1b
D'après R. Robert

grande échancrure sciatique, il se dirige en dehors, en bas et en avant pour devenir exopelvien à sa terminaison (fig. 1b) (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 piriforme entraîne une douleur qui peut remonter jusqu'à la crête iliaque et descendre jusqu'au pli fessier. Un muscle spasmé, outre la douleur, devient dur et épais et vient irriter les 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), elles ne réagiront donc pas toutes en même temps au même traumatisme. Certaines fibres seront spasmées et d'autres pas.

On peut appliquer ces remarques au muscle piriforme, et dans ce cas, deux tableaux différents peuvent se présenter:

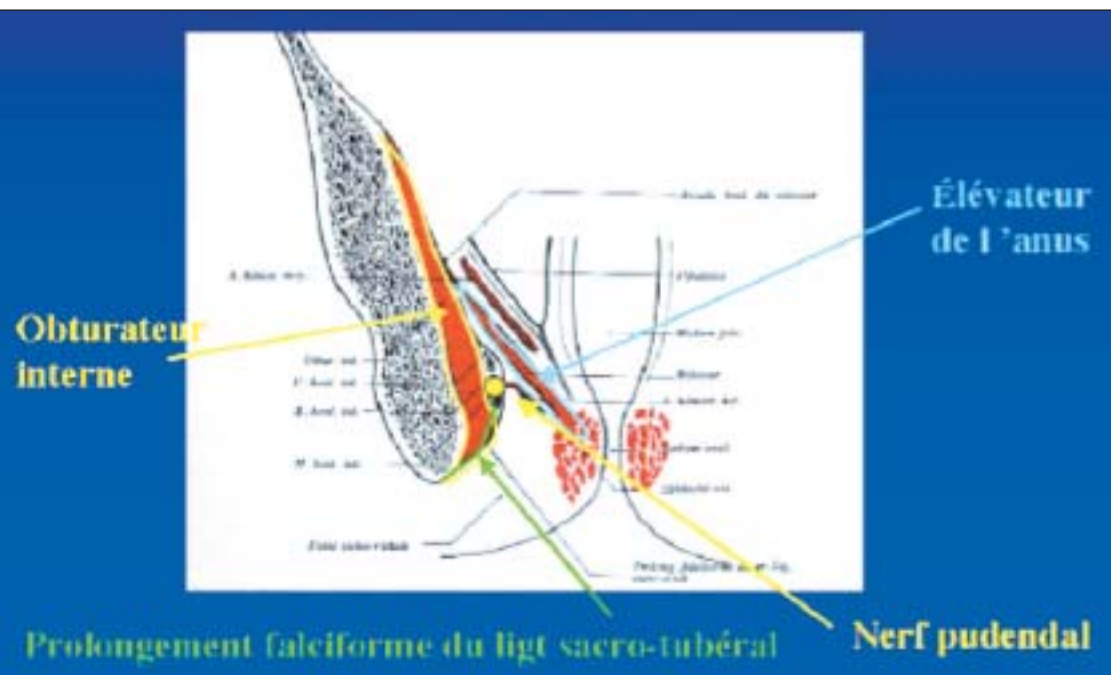
1- Les fibres **exopelviennes** du muscle sont principalement contracturées, c'est le nerf sciatique qui sera lésé, et plus précisément sa partie postérieure, le nerf petit

sciatique (nerf fessier inférieur). 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 atypique, tronquée, ne présentera pas les éléments cliniques, mécaniques que l'on retrouve habituellement (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.

2- Les fibres **endopelviennes** du muscle sont contracturées, c'est le nerf pudendal qui sera irrité à son origine (plexus honteux, 2^e, 3^e, 4^e trous sacrés). Cette irritation entraînera une douleur sur le territoire du nerf pudendal (anal, périnéal et génital).

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

On recherchera un spasme du muscle piriforme (cf. fig. 7) en traçant mentalement deux diagonales sur la fesse. A partir du croisement de ces deux diagonales, une ligne verticale, 5 cm au-dessus du croisement des diagonales : le piriforme. Si la pression de ce point est douloureuse, le piriforme est contracturé. À rechercher également du côté opposé.



▲ Figure 2a
 D'après Rouvière

Le muscle obturbateur interne

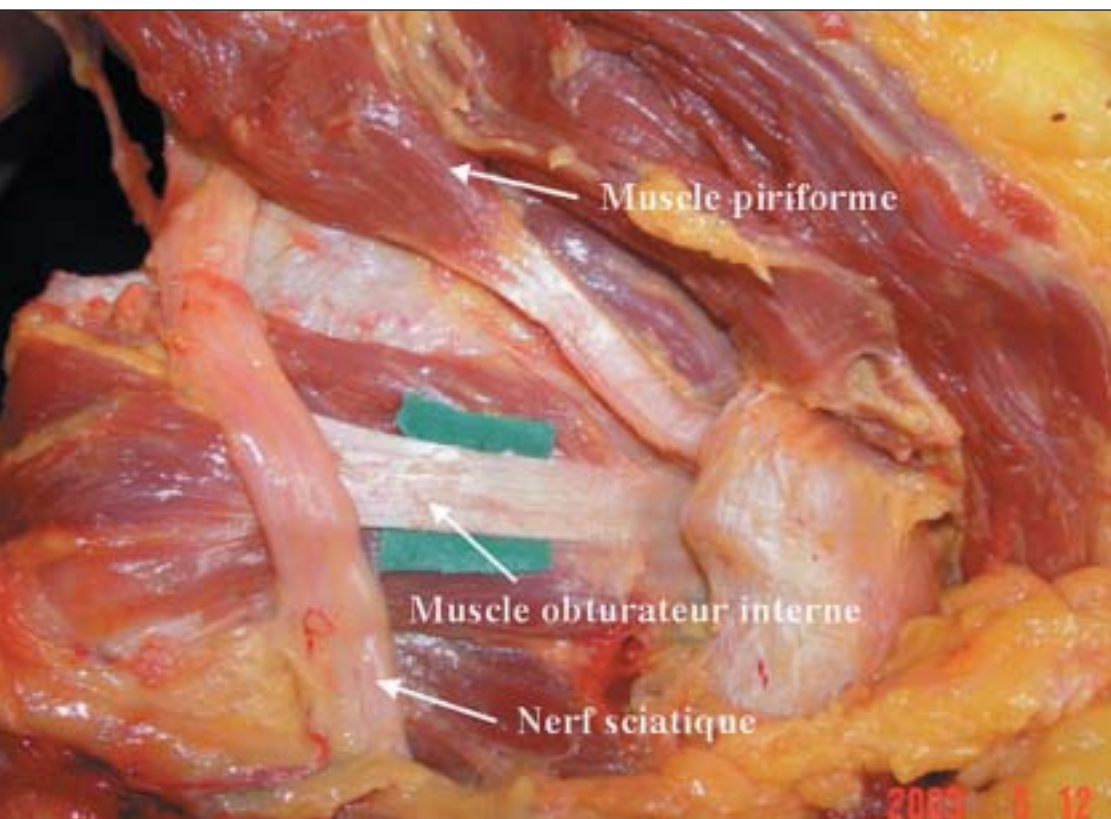
Il présente la même originalité que le muscle piriforme ; il est endopelvien à son origine (fig. 2a), s'insérant sur le pourtour osseux interne du trou obturbateur et sur la face interne de la membrane obturbatrice ; les fibres musculaires se dirigent vers la petite échancrure sciatique où le muscle se réfléchit à peu près à angle droit pour devenir exopelvien, 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 piriforme.

Dans sa portion exopelvienne (fig. 2b), l'obturbateur interne reçoit le renfort, le long de ses bords supérieur et inférieur, des jumeaux supérieur et inférieur qui se terminent avec lui sur la face interne du grand trochanter, et dont l'action est connexe.

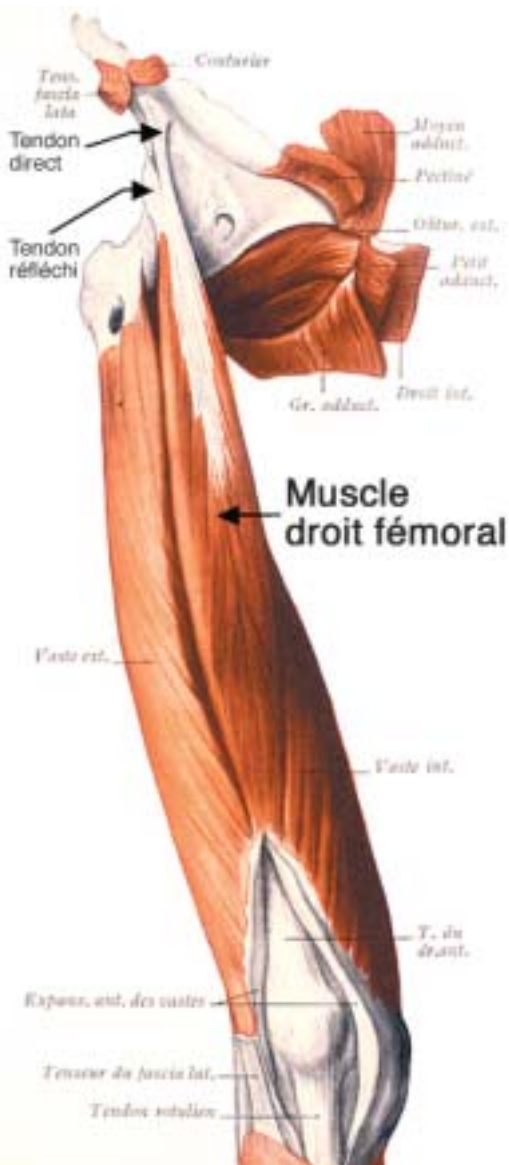
À son origine, le muscle est recouvert d'une membrane qui lui est propre : la membrane de l'obturbateur interne qui se dédouble dans son segment inférieur pour former le canal d'Alcock, et se continuer ensuite sur le repli falciforme du ligament sacro-tubéral.

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

Si l'on prend en compte les mêmes remarques que pour le muscle piri-



▲ Figure 2b
 D'après R. Robert



▲ Figure 3a
D'après rouvière

forme, il est logique de penser que ce muscle peut être spasmodé, soit dans son segment exopelvien, soit dans son segment endopelvien, soit les deux à la fois.

- Une hypertonie exopelvienne du muscle entraînera une douleur sciatique pouvant descendre jusqu'au pied. En effet, le tronc du nerf sciatique descend à la face postérieure du muscle obturateur interne, et peut être irrité par la contracture de ce muscle.
- Une hypertonie endopelvienne 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.



Figure 3b ▲

- On recherchera un spasme de l'obturateur interne au croisement des deux diagonales de la fesse, uni ou bilatéral (cf. fig. 7)

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.

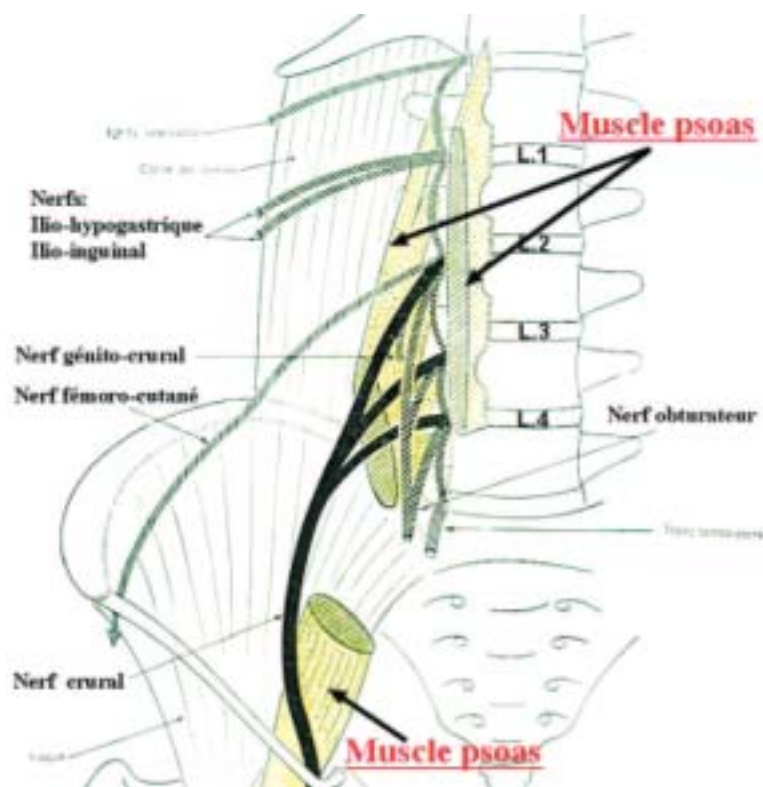
Le muscle droit fémoral (droit antérieur)

C'est le plan antérieur du quadriceps, et sa seule partie biarticulaire (fig. 3a et 3b). 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 autres, à un conflit thoraco-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 périnéale, on la retrouve entre autres dans les coxarthroses, les gonarthroses et chez les patients particulièrement spasmodés ; il conviendra toutefois de la rechercher, notamment en synergie avec une hypertonie du psoas.



▲ Figure 4a
 D'après Rouvière

Le muscle psoas

Il est tendu de la colonne lombaire au petit trochanter (fig. 4a). Son origine se fait en deux plans :

- principal ou corporéal, sur la face antérieure des vertèbres de T12 à L5 ;
- accessoire ou costoïdal, sur les apophyses transverses des 4 vertèbres lombaires, pour se terminer au 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 fémur, il devient fléchisseur du tronc en avant si les psoas se contractent 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.

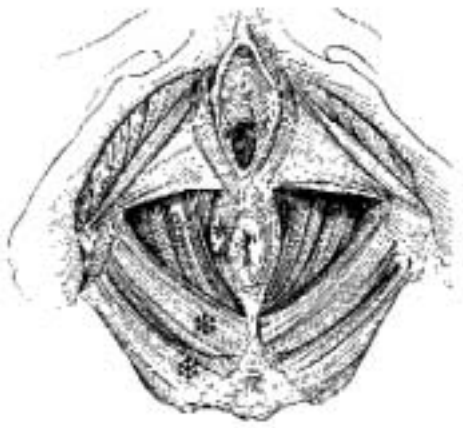
Le muscle psoas est clivé par les racines antérieures du plexus lombaire qui s'infiltrent entre son plan profond et son plan superficiel [7].

Une contracture du psoas peut, par action mécanique, irriter, en tout ou partie, les racines L1 à L4 :

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



▲ Figure 4b



▲ Figure 5
Muscle élévateur ani

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 (fig. 4b).

Le muscle élévateur ani (releveur de l'anus)

Il forme, avec le muscle ischio-coccygien en arrière de lui, le plan profond du périnée (fig. 5).

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-réetrorectales, de grand axe antéro-postérieur (du pubis au coccyx), entourant la filière uro-génitale 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 postérieur digestif, une mauvaise ouverture du canal lors de la défécation entraînant une constipation terminale. On peut constater, lors des exercices de biofeedback pression, que si le relâchement muscu-

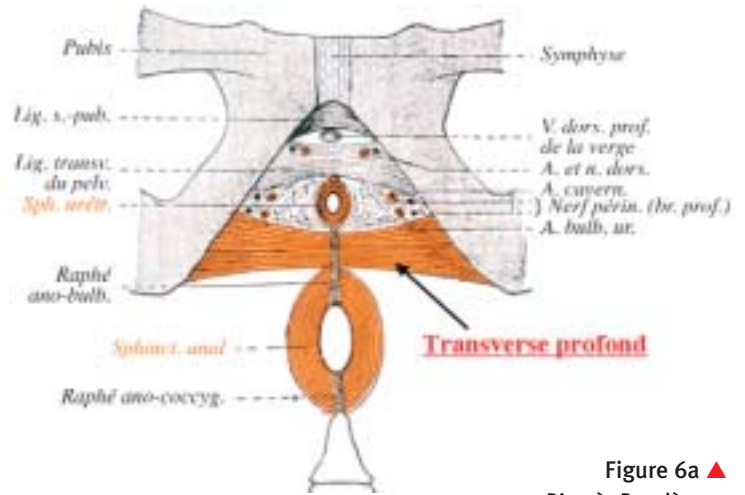


Figure 6a ▲
D'après Rouvière

laire est difficile, voire impossible, la contraction est également très limitée, affichant une perte quasi totale de la mobilité de la musculature du périnée postérieur (périnée figé ou gelé) ;

- 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 facilitant ensuite la pénétration ; mais la douleur empêche bien souvent tout rapport sexuel ;
- sur le segment antérieur urologique, une diminution de la relaxation permictionnelle, ayant pour conséquence une dysurie, pouvant faire penser au syndrome de Clara Fowler, 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.

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

Remarque : anatomiquement, le muscle élévateur de l'anus 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'anus, des échanges de fibres collagènes et élastiques donc une continuité fonctionnelle [9].

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 (fig. 6a, 6b et 6c).



▲ Figure 6b

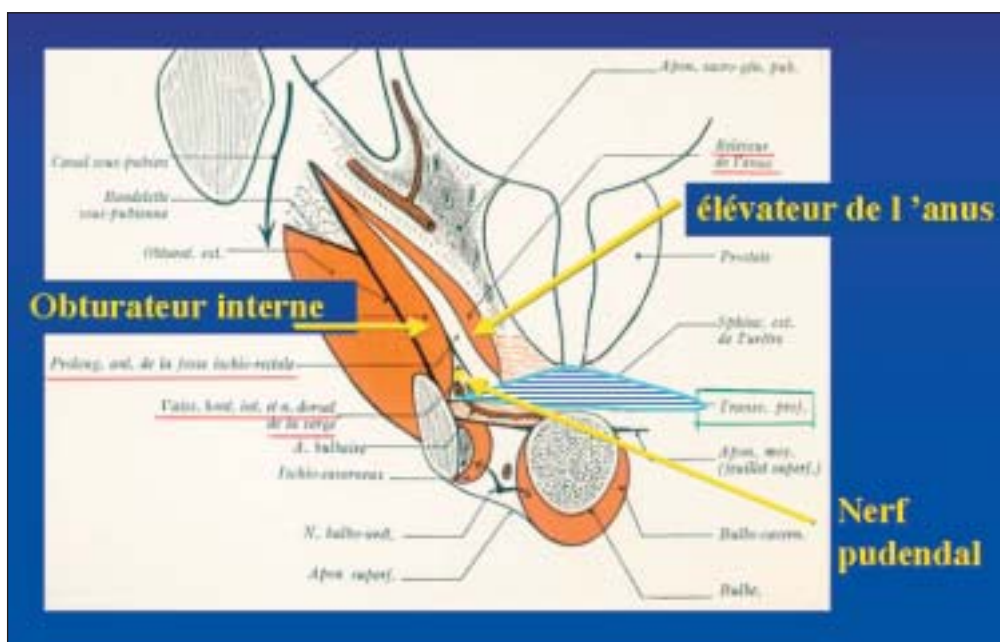
Une pression sur son insertion d'origine, uni ou bilatérale, réveillant une douleur, fera penser à une contracture du transverse profond. Il faudra prendre soin de bien rester sur le bord interne de la branche ischio-pubienne, en effet une pression réalisée trop en dedans ne s'effectuera plus sur le transverse profond, mais sur le prolongement falciforme du ligament sacro-tubéral et aussi sur la portion endopelvienne de l'obturateur interne (fig. 6b).

Le transverse superficiel ne semble pas pouvoir être mis en cause car beaucoup moins important que le transverse profond et souvent inconstant.

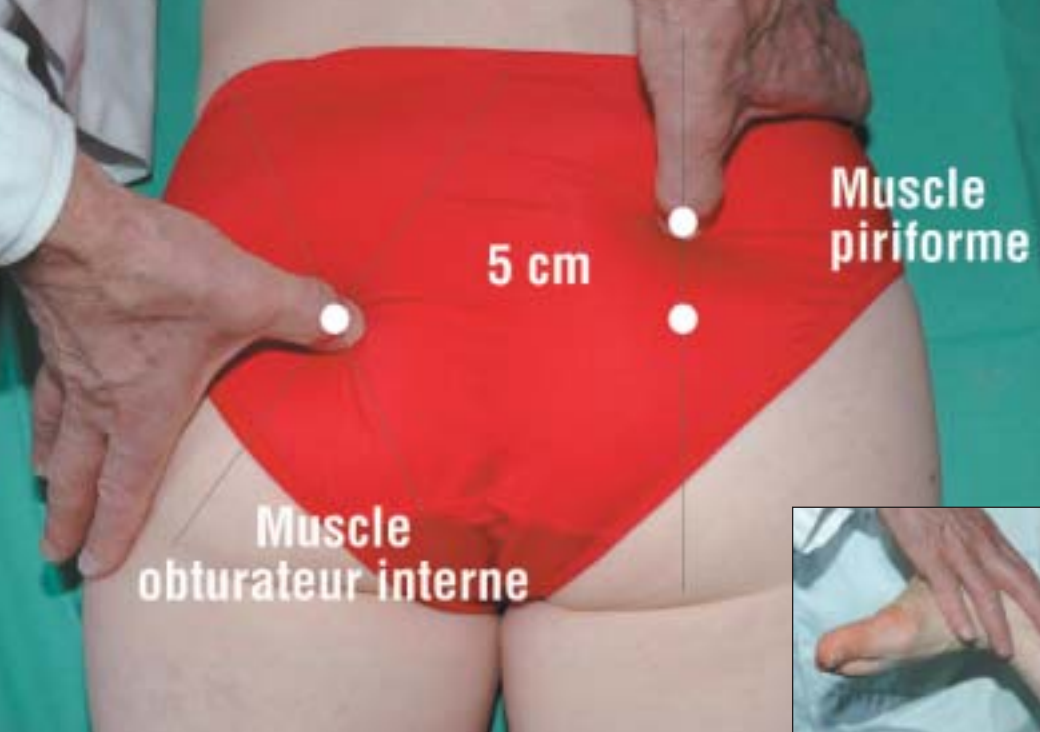
Le transverse profond renforce le plancher pelvien, ses fibres sont pratiquement perpendiculaires à celles du releveur de l'anus ; il envoie des fibres musculaires aux sphincters striés de l'urètre et de l'anus. Ainsi, une hypertonie du transverse profond peut perturber, tout ou partie, de l'équilibre 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 [19]. 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 du nerf sciatique.
- 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, testicules.



▲ Figure 6c
 D'après Rouvière



▲ Figure 7a

3- L'hypertonie de l'élévateur de l'anus 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 hypertonies musculaires peuvent générer les douleurs pelvi-périnéales, le traitement consistera dans la levée de ces tensions musculaires.

TRAITEMENT KINÉSITHÉRAPIQUE

Il n'y a pas de traitement exhaustif. Chaque praticien pourra utiliser la technique qu'il possède le mieux (fasciathérapie, ostéopathie, mézières, myothérapie, etc.), 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.



Figure 7b ▲



▲ Figure 7c

L'étirement sera lent, progressif et indolore afin d'éviter l'apparition de réflexe de défense (réflexe myotatique), 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** (fig. 7a, 7b et 7c), c'est un muscle pelvi-trochantérien ; sa physiologie est rotateur



▲ Figure 8a



▲ Figure 8b



externe 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** (fig. 7a, 8a et 8 b) : muscle pelvi-trochantérien est 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** (fig. 9) : il 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** (fig. 10) : il 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.

Toutefois, 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 [20, 21] ;

▲ Figure 9



▲ Figure 10



▲ Figure 11a



Figure 11b ▲

– **l'élévateur de l'anus** (fig. 11a et 11b) : patient en décubitus ventral, la main proximale empaume le sacrum 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 (fig. 12a et 12b) ; suivre de la main les grands droits pour venir en butée sur la symphyse pubienne pour bien la localiser. Le tranchant de la main distale appuie sur la symphyse pubienne, la main proximale renforce la pression sur la main distale en direction du coccyx. Les deux techniques peuvent être réalisées dans le même temps (fig. 13a et 13b), patient en décubitus dorsal ;

– **le transverse profond du périnée** (fig. 6b, 14a, 14b et 14c) : 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 crée 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.



Figure 12b ▲



▲ Figure 13a



Figure 13b ▲

Le temps de raccourcissement des fibres musculaires dépend de l'amplitude du mouvement réalisé par le muscle considéré : court (10 s environ) pour une amplitude faible (élevateur de l'anus, transverse), plus long (20 s environ) pour une amplitude plus importante (psoas, piriforme). Le nombre d'exécutions est de une à 2 par séance en fonction du nombre plus ou moins grand de muscles spasmés. Les critères d'efficacité sont l'amélioration des signes cliniques décrits par le patient et/ou la disparition des points douloureux.

Les deux manœuvres précédentes concernant l'élevateur 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.

À noter que la technique du raccourcissement peut être utilisée également sur tous les autres muscles précédemment cités.



▲ Figure 14a



Figure 14b ▲



Figure 14c ▲

RÉSULTATS

Dans notre expérience, une quinzaine de séances est généralement préconisée de première intention (éventuellement renouvelable), bihebdomadaires, puis hebdomadaires, voire tous les quinze jours en entretien en fonction du résultat.

Nous avons repris le dossier des patients qui ont été rééduqués pendant l'année 2004.

Soixante-quatre dossiers exploitables ont été retenus, de patients présentant des douleurs pelvi-périnéales avec syndrome myofascial :

- nombre de femmes : 40 (62,5 %) ;
- nombre d'hommes : 24 (37,5 %) ;
- âge moyen : 53 ans ;
- extrêmes : 22-79.

Les résultats ont été classés en quatre catégories en fonction de l'indice de satisfaction des patients constaté en fin de rééducation :

- | | | | |
|-----------------------|--------------|----|------------|
| – mauvais : | 0 – 20 % | 8 | (12,5 %) ; |
| – insuffisant : | 20 – 50 % | 13 | (20,3 %) ; |
| – satisfaisant : | 50 – 75 % | 13 | (20,3 %) ; |
| – très satisfaisant : | 75 % et plus | 30 | (46,9 %). |

Au total, 21 patients ont décrit un résultat mauvais ou insuffisant, non significatif, soit un tiers (32,8 %), alors que 43 patients ont obtenu un résultat satisfaisant ou très satisfaisant, soit les deux tiers (67,2 %) qualifié de “socialement acceptable”.

DISCUSSION – CONCLUSION

Comme nous l'avons déjà précisé, si l'on retrouve parfois une cause à cette pathologie (traumatisme, abus sexuels, accouchement, suites de chirurgie pelvienne ou périnéale), l'étiologie reste le plus souvent méconnue. Et pourtant, il n'y a pas d'effets sans causes.

On peut s'étonner de voir certains patients consulter pour des douleurs pelvi-périnéales à la suite d'une chirurgie pour hémorroïdes, d'une prostatectomie, d'un stress, d'un acte sexuel consenti, alors que généralement, ces différentes causes restent sans effet.

Tout porte à croire que ces patients présentent un “terrain de prédisposition” asymptomatique qui les fait rester

dans une “zone infradouloureuse” sans raison de consulter. La survenue d'un facteur supplémentaire pourra les faire passer dans la “zone supradouloureuse”, la douleur apparaîtra alors nécessitant une consultation.

Peut-on dépister ces patients à risque, et si oui, comment ? Y-a-t-il un traitement préventif, et si oui, lequel ?

Le chemin est encore long avant de faire la lumière sur cette pathologie qui reste peu ou mal connue. Un travail de recherche, par une équipe pluridisciplinaire, est plus que jamais justifié afin de mieux appréhender la gestion de nos échecs, et d'améliorer nos résultats.■

Indexation Internet :
Uro-périnéo-sphinctérien

Bibliographie

1. AMARENCO G., LANOË Y., GHANASSIA R.T., GOUDAL H., PERRIGOT M. Syndrome du canal d'Alcock et névralgies périnéales. *Rev. Neurol.* 1988;144:523-6.
2. AMARENCO G., LE COCQUEN-AMARENCO A., KERDRAON J., LACROIX P., ABDA M.-A., Lanoë Y. Les névralgies pudendales. *La Presse Médicale* 1991;19:20:n°2.
3. AMARENCO G., KERDRAON J., BOUJU P. Efficacité des traitements des névralgies périnéales par atteinte du nerf pudendal (syndrome du canal d'Alcock) : 170 cas. *Rev. Neurol.* 1997;153:331-5.
4. BARETTE G. *Techniques de levées de tension musculaire*. MCMK EFOM, 1995.
5. BENSIGNOR-LE HÉNAFF M., LABAT J.-J., ROBERT R., LAJAT Y., PAPON M. Perineal pain and involvement of the internal pudendal nerve. *Agressology* 1991;32:277-9.
6. BENSIGNOR-LE HÉNAFF M., LABAT J.-J., ROBERT R., LAJAT Y. Douleurs périnéales et souffrance des nerfs honteux internes. *Cah. Anesth.* 1993;41:111-4.
7. BOUCHET A., CUIILLERET J. *Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle. 4 : l'abdomen, la région rétro-péritonéale, le petit bassin, le périnée*. 2^e édition : 1790.
8. COSTELLO K. Myofascial syndromes. In : Steege J.F., Metzger D.A., Levy B.S. (eds.) *Chronic pelvic pain. An integrated approach*. Philadelphia : Ed. Saunders Company, 1998 : 251-66.
9. COURTHALIAC D. L'importance du système de soutènement des viscères pelviens chez la femme. *Revue Ostéopathie Thérapies Manuelles* 1990;n°39:4^e trimestre.
10. DOGGWEILER-WIYGUL R., BLANKENSHIP J., MacDIARMID S.A. Interstitial cystitis, pelvic pain, and the relations hip to myofascial pain and dysfunction : a report on four patients. *World J. Urol.* 2002;20:310-4.
11. DUHAMEL J., LONGREEN C. *Algies ano-recto-périnéales*. Entretiens de Bichat, Septembre 1980.
12. FOWLER C., KIRBY R.S. 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.
13. GARRIGUES J.-M., CAILLENS J.-P., JARROUSE Y., TOURON J.-P. Douleurs ano-rectales d'origine rachidienne. *Annales de Gastro-entérologie et d'Hépatologie* 1977;13:7:927-34.
14. GUÉRINEAU M., ROBERT R., LABAT J.-J., BENSIGNOR M. Les douleurs périnéales : traitement kinésithérapique. *Kinésithér. Scient.* 2003;434:33-42.
15. KAPANDJI I.-A. *Physiologie articulaire – Fasc. III*. Paris : Maloine.
16. LABAT J.-J., GUÉRINEAU M. *Hypertonie périnéale et douleur : physiopathologie et traitements*. SIFUD, Octobre 2004
17. LABAT J.-J., ROBERT R., BENSIGNOR-LE HÉNAFF M., BUZELIN J.-M. Les névralgies du nerf pudendal (honteux interne). Considérations anatomo-cliniques et perspectives thérapeutiques. *J. Urol.* 1990;96:239-44.
18. LABAT J.-J., ROBERT R., BENSIGNOR M., BUZELIN J.-M. Les douleurs périnéo-scrotales essentielles. *Le Concours Médical* 1991;59:29-60.
19. PARRATTE B., BONNIAUD V., MONNIER G. Toxine botulique et hypertonie périnéale. In : *L'hypertonie périnéale*. SIFUD, octobre 2004 : 230.
20. PERSET C. *Douleurs ano-rectales et coccygodynies*. Coll. Cahiers de formation continue du kinésithérapeute. Paris : SPEK.
21. POLAK J. Contractures persistantes : l'hypothèse d'une boucle bêta. *Kinésithér. Scient.* 1996;360:6-10.
22. ROBERT R., LABAT J.-J., LEHUR P.-A., GLÉMAIN P., ARMSTRONG O., Le BORGNE J. Constatations cliniques, neurophysiologiques et thérapeutiques, à partir de données anatomiques sur le nerf pudendal lors de certaines algies périnéales. *Chirurgie* 1989;115:515-20.
23. ROBERT R., LABAT J.-J., BENSIGNOR M., SZAPIRO J., FAURE A., MARTIN S., COSTARGENT A. Bases anatomiques de la chirurgie du nerf pudendal. Conséquences thérapeutiques dans certaines algies périnéales. *Lyon Chirurgical* 1993;89:183-7.
24. ROBERT R., PRAT-PRADAL D., LABAT J.-J., BENSIGNOR M., RAOUL S., Le BORGNE J. Anatomic basis of chronic perineal pain : role of pudendal nerve. *Surg. Radiol. Anat.* 1998;20:93-8.
25. ROBERT R., BENSIGNOR M., LABAT J.-J., RIAN T., GUÉRINEAU M., RAOUL S., HAMEL O., BORD E. Le neurochirurgien face aux algies périnéales. *Neurochirurgie* 2004;50;n°5:533-9. Paris : Masson, 2004.
26. VESAPHONG C. *Syndrôme du muscle piriforme et troubles de la statique*. Thèse n° 59. Université L. Pasteur – Faculté de médecine de Strasbourg, 1995.
27. VILOTTE J. Algies ano-rectales essentielles. Paris : *Encycl. Méd. Chir.* 1987 : Estomac, F-10, 4-6-05.
28. WEISS J.M. Pelvic floor myofascial trigger points : manuel therapy for interstitial cystitis and the urgency frequency syndrome. *J. Urol.* 2001;166:2226-31.
29. WESSELMANN U., BURNETT A.L., HEINBERG L.J. The uro-genital and rectal pain syndrome. *Pain* 1997;73:269-94.