

Conduite à tenir diagnostique devant une Algie Pelvi-Périnéale

Dominique Bonneau
Service de Gynécologie-Obstétrique
CHU Gardémeau Nîmes

Algies pelvi-périnéales de la femme

Une prise en charge obligatoirement
multidisciplinaire et complémentaire

Algies pelvi-périnéales de la femme

Appliquer le même algorithme diagnostique
quelle que soit la pathologie

Préciser l'origine de la douleur

Mais l'intrication des étiologies s'exprime dans
la difficulté de la prise en charge
diagnostique et thérapeutique

Algorithme diagnostique en MMO

Douleur

Rachidienne

- Segmentaire:
(R. Maigne)
\$cpmvs et DDIM
- Posturale:
(J. Travell)
\$MF

Articulaire Périphérique

- Examen programmé:
- Conflit
- Tendinopathie
- Arthrose
- Bursite

Viscérale

- Sémiologie conventionnelle
- Dermalgies réflexes
Dorsales et ventrales

L'origine rachidienne segmentaire

Le syndrome cellulo-teno-myalgique
La mise en évidence du DDIM

Robert Maigne

L'expression d'un syndrome irritatif dans les territoires du
métamère

Dermatome, myotome, sclerotome

Augmentation des sensibilités à la palpation

À distinguer d'un syndrome déficitaire

Douleur

Rachidienne

Articulaire Périphérique

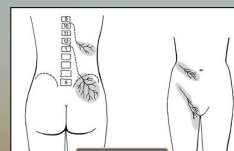
Viscérale

Douleur d'origine segmentaire rachidienne

Le syndrome cellulo - teno - periosto - myalgique
vertébral segmentaire

Robert Maigne:

Syndrome irritatif sur le territoire du nerf spinal
La manœuvre du palper-rouler



Douleur

Rachidienne

Articulaire Périphérique

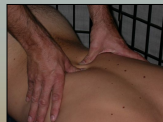
Viscérale

Douleur d'origine segmentaire rachidienne

La recherche du dérangement douloureux intervertébral mineur
ou

dysfonctionnement segmentaire rachidien réversible

Pressions axiale et latérale de l'épineuse, friction zygapophysaire, pression inter-épineuse



Douleur

Rachidienne

Articulaire Périphérique

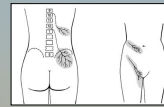
Viscérale

Douleur d'origine segmentaire rachidienne

Les syndromes cellulo-teno-periosto-myalgiques lombaires



L5



T12-L1



S1

Robert Maigne

Douleur

Rachidienne

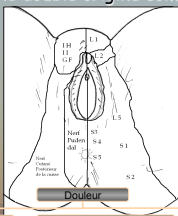
Articulaire Périphérique

Viscérale

Douleur d'origine segmentaire rachidienne

Distinguer:

le radiculaire du tronculaire
l'autonome du somatique
Une double origine commune



Douleur

Rachidienne

Articulaire Périphérique

Viscérale

La douleur d'origine rachidienne posturale

Le Syndrome myo-fascial de Janett Travell

- Douleur projetée
- Point gâchette
- Hypo-extensibilité musculaire

L'importance du plan sous pelvien

Douleur

Rachidienne

Articulaire Périphérique

Viscérale

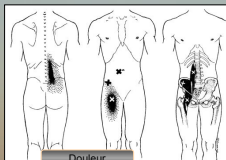
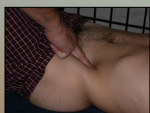
Douleur d'origine rachidienne posturale

Le Syndrome myo-fascial de Travell

Douleur projetée

Point gâchette

Hypo-extensibilité musculaire



Douleur

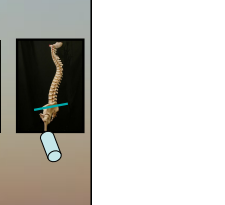
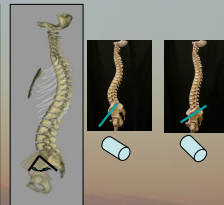
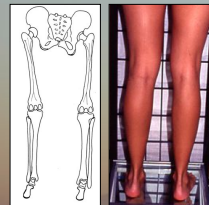
Rachidienne

Articulaire Périphérique

Viscérale

Douleur d'origine rachidienne posturale

L'inégalité de longueur des membres inférieurs est un facteur prédisposant au syndrome myo-fascial
Mais aussi toute anomalie de torsion ou de position d'origine podale
La statique pelvienne:
Incidence: somme de la version pelvienne et de la pente sacrée



Algies pelvi-périnéales de la femme

La douleur est-elle d'origine articulaire périphérique:

La Coxo-fémorale

Examen programmé:

Syndrome myo-fascial

La douleur est-elle d'origine articulaire pelvienne:

Les dysfonctionnements de l'anneau pelvien

Sacro-iliaque

Sacro-coccygienne

Symphyse pubienne

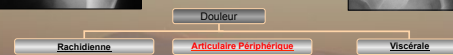
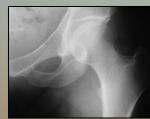
Douleur d'origine articulaire périphérique

L'examen programmé de la Coxo-fémorale:

Rechercher les conflits, tendinopathies, bursites..

Traquer les dysplasies:

- cotyloïdienne,
- métaphysaire,
- épiphysaire...



Douleur d'origine articulaire périphérique

Les dysfonctionnements de la sacro-iliaque:

Raccourcissement du pas

Saut unipodal

Sciatalgie tronquée

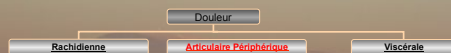
Test de « Fabre »

P4 Test



Il s'agit d'une pathologie rare trop souvent évoquée dans le milieu ostéopathique,

Couplage avec la jonction lombo-sacrée



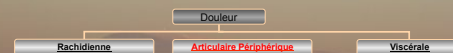
Douleur d'origine articulaire périphérique

Les dysfonctionnements de la symphyse pubienne:

Il s'agit d'une pathologie rare en dehors de la grossesse (syndrome de Lacomme) pouvant prendre les aspects classiques de la pubalgie du sportif:

- Pathologie de la paroi
- Tendinopathie des adducteurs
- Arthropathie pubienne

Couplage avec la sacro-iliaque et la coxo-fémorale



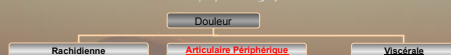
Coccygodynie

Douleur profonde de la région coccygienne:

- Irradiations ischiatiques et périnéales
- Déclenchement lors de la position assise, ou lors du passage assis-debout

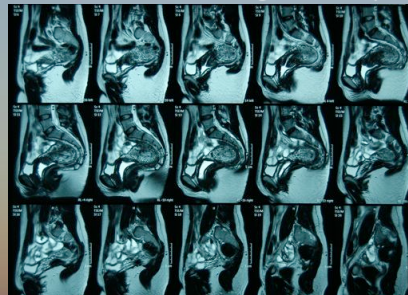
Etiologies multiples

Ne pas négliger la jonction lombo-sacrée et les traumatismes psychologiques



Éliminer les autres causes

Atteintes viscérales : les organes intra pelviens



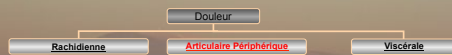
Deux grands tableaux cliniques

La douleur coccygienne durant la grossesse:

- souvent associée à un syndrome douloureux pelvien
- nécessitant un traitement loco-régional le plus souvent externe

La douleur coccygienne après l'accouchement:

- atteinte directe du coccyx
- nécessitant un traitement local en cas d'échec du précédent



Deux grands tableaux cliniques

La douleur coccygienne durant la grossesse:

- L'augmentation de poids entraîne une hyperlordose et une diminution de la rotation pelvienne sagittale lors du passage debout - assis
- Brutalité fréquente lors du passage debout assis:
« Elle se laisse tomber »

La douleur coccygienne après l'accouchement:

- atteinte directe du coccyx lors de l'accouchement



Mieux connaître le coccyx

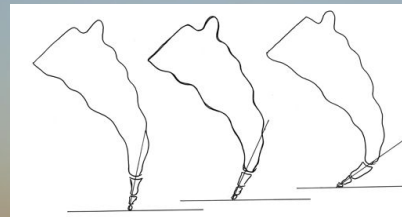
Il porte son nom par référence au bec du coucou

Notion d'angle de base



Mieux connaître le coccyx

Les variantes de l'angle de base



Articulation sacro coccygienne:
présence inconstante d'un disque

Mieux connaître le coccyx

Les mouvements lors du passage debout assis



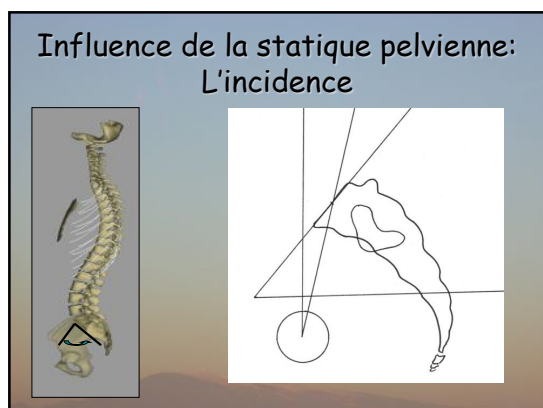
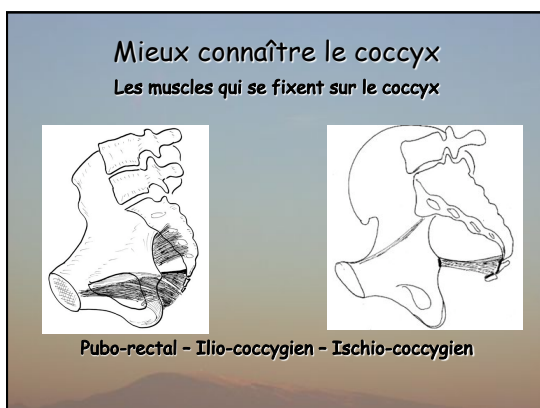
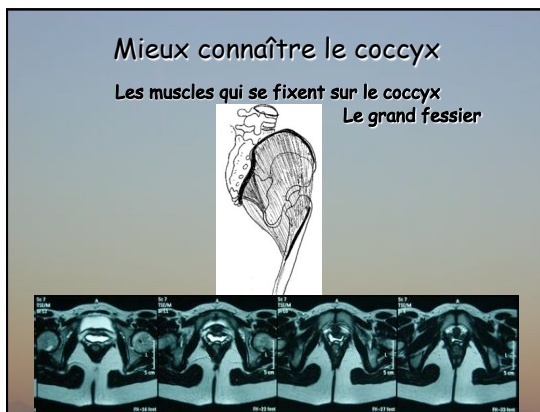
Importance de l'amplitude de la rotation sagittale pelvienne
Diminuée par la prise de poids

Mieux connaître le coccyx

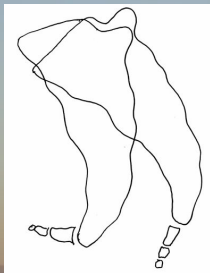
Les mouvements lors du passage debout assis



Importance de l'amplitude de la rotation sagittale pelvienne
Diminuée par la prise de poids

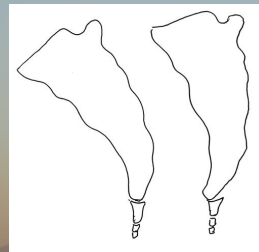


L'hyper-mobilité de traitement délicat



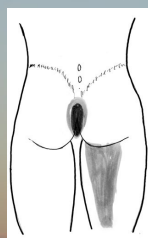
La luxation

Le plus souvent intermittente, ne survenant qu'en position assise et se réduisant spontanément en position debout. Elle est le plus souvent postérieure (90%).



Le syndrome myofascial

le plus souvent réactionnel: le trismus pelvien



Douleur d'origine articulaire périphérique

Syndrome myo-fascial:

Notion de position d'entretien

Absence de cellulalgie

Mais souvent intriquée



Douleur

Rachidienne

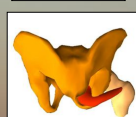
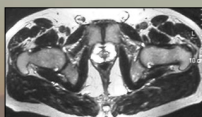
Articulaire Périphérique

Viscérale

Douleur d'origine articulaire périphérique

Syndrome myo-fascial:

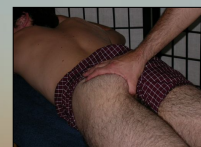
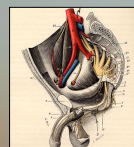
Plus que le piriforme,
l'obturateur interne: lien entre membre inférieur et le plancher pelvien par les releveurs de l'anus



Et les syndromes canaux?

Une origine mixte, rachidienne et
périphérique,
où interfèrent:

muscles, canal ostéo-fibro-ligamentaire et la composante
vasculaire veino-lymphatique



Douleur

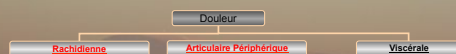
Rachidienne

Articulaire Périphérique

Viscérale

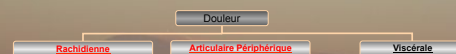
Est-ce bien une Névralgie Pudendale?

Diagnostic trop souvent et trop vite posé



Oui, c'est une Névralgie Pudendale s'il s'agit d'une douleur :

- À type de brûlure, tiraillement, engourdissement, corps étranger, avec une sensation d'intolérance au contact
- Siégeant entre l'anus et le clitoris, surtout si unilatérale
- Aggravée par la position assise, mais s'atténuant sur la cuvette des WC
 - Soulagée par la position debout ou allongée
 - Ne réveillant pas la nuit
- Pouvant être majorée ou apparaître après la selle



Oui, c'est une Névralgie Pudendale si:

l'examen clinique :

- Ne retrouve pas de signe de déficit neurologique telle l'hypoesthésie
- Le toucher pelvien déclenche la douleur à la pression de l'épine sciatique

le bloc diagnostique du nerf pudendal est positif

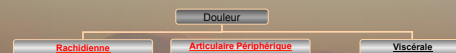
L'EMG demeure discutée chez la multipare.

Les références :

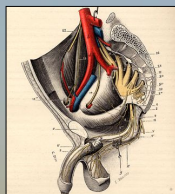
Critères de Nantes et d'Aix en Provence

Non ce n'est pas une Névralgie Pudendale si:

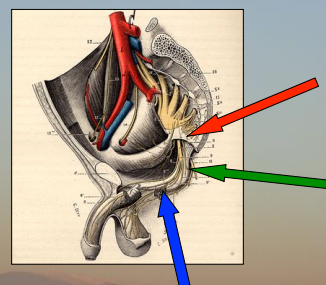
- Les douleurs sont uniquement perdefécatoires
- Les douleurs sont uniquement coccygienne, fessière, pubienne, hypogastrique
- Il existe un déficit neurologique (queue de cheval)
 - Il s'agit d'un prurit
- Les douleurs sont uniquement paroxystiques
- On retrouve des anomalies à l'imagerie pouvant expliquer la douleur



La névralgie pudendale



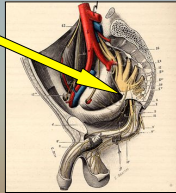
Les rapports du nerf pudendal



La pince ligamentaire

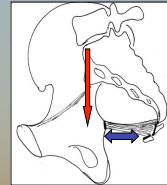
Sacro-épineux et sacro tubéreux sont les freins de la nutation

Place de l'articulation sacro-iliaque



La pince ligamentaire

La section du sacro-épineux supprime un frein de la nutation que tentera de pallier l'ischio-coccygien source de coccygodynie secondaire



Douleur

Rachidienne

Articulaire Périphérique

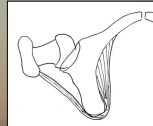
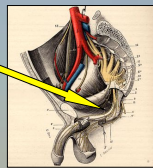
Viscérale

Canal pudendal

Rapport étroit avec le muscle obturateur interne

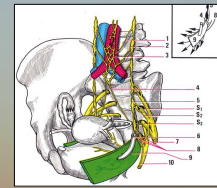
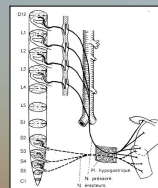
Lien mécanique avec la rotation du segment fémoral

Place des muscles pelvi trochantériens



Le nerf pudendal

Une origine sacrale et une richesse en fibres neurovégétatives



D'après P. Kamina

Les rameaux communicants blancs jusqu' en L2

Le nerf pudendal

Les critères de Nantes et d' Aix en Provence

Douleur dans le territoire du nerf pudendal (clitoris ou pénis, périnée, rectum) à type de brûlure de tiraillement d'engourdissement, sensation de corps étranger, apparaissant après la défécation

Aggravée en position assise

Sans réveil nocturne

Sans déficit sensitif objectif

Bloc diagnostique positif

Signe de Tinel à l'épine sciatique

Sensibilité génitale douloureuse

Douleur

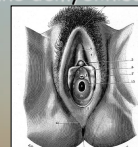
Rachidienne

Articulaire Périphérique

Viscérale

Vulvodynie

Des étiologies de plus en plus complexes où se trouvent impliqués antimycosiques et contraception orale et leur action délétère sur la cellule de Schwann et une démyélinisation secondaire



Douleur

Rachidienne

Articulaire Périphérique

Viscérale

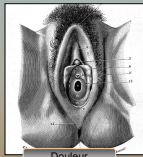
Vulvodynie

Une pathologie méconnue et invalidante

Lésion vulvaire pouvant entraîner une dyspareunie

Vulnérabilité de la fourchette

Facteurs d'entretien multiples



Douleur

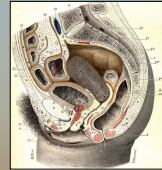
Rachidienne

Articulaire Périphérique

Viscérale

Syndrome urethral

Une pathologie méconnue en lien étroit avec la symphyse pubienne



Douleur

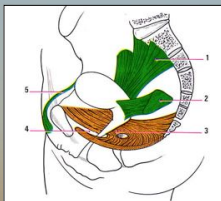
Rachidienne

Articulaire Périphérique

Viscérale

Syndrome des releveurs

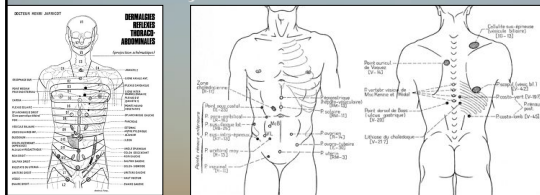
Une conséquence de nombreuses pathologies



La douleur d'origine viscérale

Sémiologie propédeutique

Dermalgies réflexes ventrales et dorsales



Douleur

Rachidienne

Articulaire Périphérique

Viscérale

L'embrassement neuro-végétatif pelvien ou Syndrome douloureux régional complexe

Une pathologie infectieuse, inflammatoire ou mécanique peut entraîner un emballement du système neurovégétatif pelvien

Existe-t-il un lien entre cystite intersticielle, proctalgie fugace?

Douleur

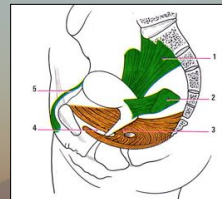
Rachidienne

Articulaire Périphérique

Viscérale

Syndrome des releveurs

Une réponse commune à des étiologies diverses:
« Le trismus pelvi-périnéal »



Principe du traitement manuel des Algies Pelvi-Périnéales

Dominique Bonneau

Objectifs des thérapeutiques manuelles

Réinitialiser les capteurs de l'appareil locomoteur, qu'ils soient mécaniques, thermiques et nociceptifs

Freiner l'emballement neurovégétatif



Les thérapeutiques manuelles

Les techniques rachidiennes
et leurs
actions somatiques et neurovégétatives



Les thérapeutiques manuelles

Les techniques
articulaires non forcées



Les thérapeutiques manuelles

Mobilisation de la coxo-fémorale
Une action élective sur le plancher pelvien



Les thérapeutiques manuelles

Les techniques neuro-musculaires

Basées sur l'étirement musculaire tendino-corporel:
Etirement post isométrique, Myotensif, lever de tension...
Mais aussi décordage et pression glissée

Basées sur le raccourcissement musculaire:
Stain and counterstrain, myothérapie

Les techniques neuro-musculaires

Les quatre états du muscle:

Physiologiques ou intrinsèques:
Contracté
Relâché

Thérapeutiques ou extrinsèques
Étiré
Raccourci

Les techniques neuro-musculaires

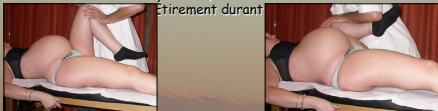
Le contrôle de la contraction musculaire
Inhibition réciproque
Inhibition autogénique
Réflexe ipsi latéral de flexion

Les techniques neuro-musculaires

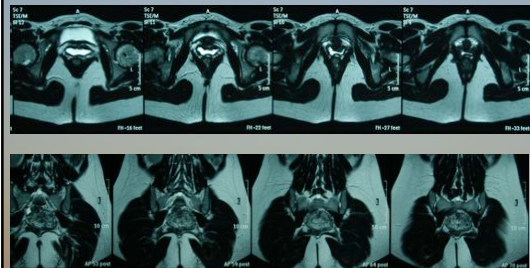
Basées sur l'étirement musculaire tendino-corporel:
Muscle douloureux et hypo-extensible

Étirement post isométrique,
Contraction isométrique 6 sec
Repos 2 sec

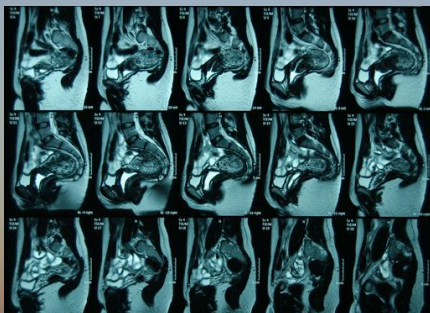
Étirement durant



Le complexe gluteo-graisseux



Le complexe gluteo-graisseux



Les techniques neuro-musculaires

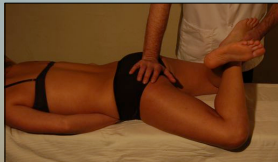
Basées sur le raccourcissement musculaire:
Stain and counterstrain,
Muscle douloureux et normo extensible

Mise en position de raccourcissement durant 90 secondes, avec contrôle de la disparition du point douloureux
Et retour passif et lent



Les thérapeutiques manuelles

Les techniques neuro-musculaires
Technique globale



Les thérapeutiques manuelles

Les percussions sacrées:
Une modalité de stimulation de la branche dorsale
des nerfs sacrées



Les thérapeutiques manuelles

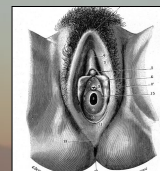
Les techniques endo-cavitaires:
Massage, pressions, tractions, vibrations cervico-corporéales
Étirement des structures de fixation
Compression ischémique, pressions glissées, myotensif...

Une action fondamentalement médicale!



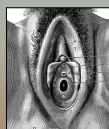
Le toucher vaginal

La position gynécologique est la référence
L'examen de la vulve est indispensable à la
recherche de modifications cutané-
muqueuses et de troubles de la sensibilité



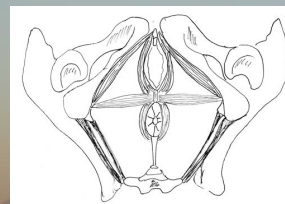
Le toucher vaginal

Abord avec l'index en regard de la
fourchette en gardant en mémoire
l'orientation sagittale de la vulve et
frontale du vagin



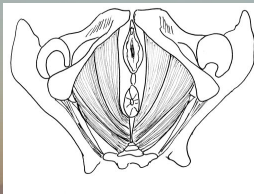
Le toucher vaginal

Le diaphragme périnéal est souvent mal
individualisé lors de sa traversée



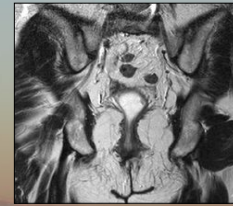
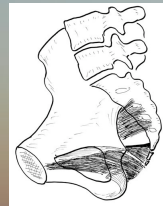
Le toucher vaginal

Les releveurs sont les gardiens du périnée, autant que les témoins du moindre dysfonctionnement



Le muscle releveur de l'anus

Convexe vers le haut, description bien différente du « bol des classiques »



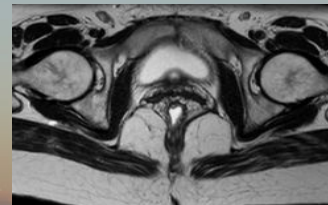
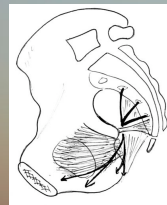
Le toucher vaginal

Repérage de la symphyse pubienne et de l'urèthre et son environnement



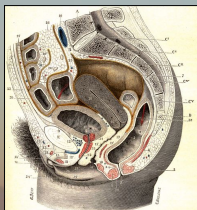
Le toucher vaginal

Suivre la branche ischio-pubienne jusqu'à l'ischion, à la recherche de la face médiale du foramen obturé, de l'obturateur interne, du ligament sacro épineux



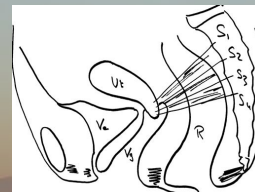
Le toucher vaginal

Remonter vers le col avec deux doigts et apprécier les culs de sac, la mobilité du col dans tous les plans

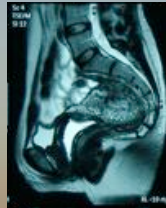
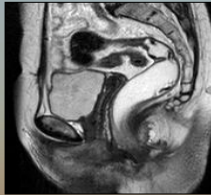


Le toucher vaginal

Distinction, parfois délicate, des ligaments utero-sacrés, bandelettes sagittales, de l'environnement plus souple des paramètres.



Multiplicité des situations



Le toucher vaginal

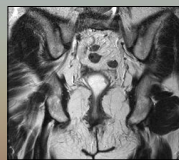
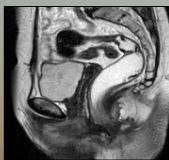
Le temps thérapeutique repose sur l'évaluation des restrictions de mobilité associées ou non à des douleurs.

Le traitement s'effectue d'abord dans le sens de la non douleur et du mouvement contraire en jouant sur le temps expiratoire pour étirer les structures, puis dans le sens des restrictions.



Le toucher rectal

Il ne requiert pas de matériel spécifique
Il est unisexe!
Il est méconnu et sans doute sous utilisé
Indications plus larges que l'on ne pense



Le toucher rectal

Les positions sont variables:

Quadrupédique

Décubitus

Procubitus

Laterocubitus

Chacune à ses avantages et ses préférences

Le toucher rectal

Les positions qui me paraissent les plus indiquées



Le toucher rectal

Une préparation préalable psychologique, physique et technique.

Éviter à la première consultation.

Prudence avec les mineurs et toujours en présence des parents

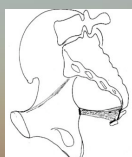
Si doute ne pas le faire ou en présence d'un tiers (paravent)

Bien enduire de lubrifiant la totalité du doigtier

Toujours associer à une palpation externe

Le toucher rectal

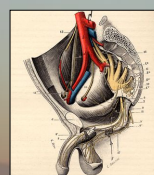
Passage de l'anus, se repérer par rapport aux releveurs, sentir la position haute du coccygien qui peut glisser sous le doigt, et aller à la recherche du coccyx et de l'articulation sacro-coccygienne



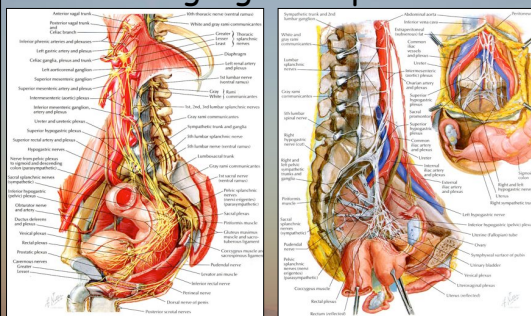
Le toucher rectal

Repérage de l'ischion et de l'épine ischiatique en suivant le bord tranchant du ligament sacro épineux.

À son insertion recherche du nerf pudendal



Le ganglion impar



Le toucher rectal

Le temps thérapeutique:
 Étirement post isométrique des releveurs
 Manipulation sacro-coccygienne
 Pression glissée
 Compression ischémique
 Raccourcissement
 Thérapie neurale (?)

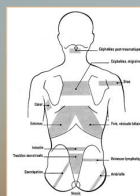
Le toucher rectal

Le temps thérapeutique:
 Toujours terminer par un temps externe de raccourcissement des releveur et des obturateurs internes



Les thérapeutiques manuelles

Le massage réflexe et son action parasymphico-mimétique:
 Un sympathico-modulateur ?



D'après Bossy

Mais pourquoi cela ne marche pas
aussi bien que la théorie ne le
laisse supposer?

Ne pas oublier que la présence
d'un contenu implique l'existence
d'un contenant: l'anneau pelvien!

Bain cryogénique



Auto traitement



Étirements

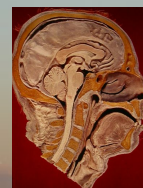


Eutonie



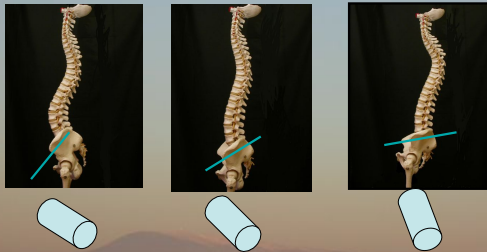
Réhabiliter le parasymphatique

Système cardio-pneumo-enterique
Et
Cohérence cardiaque



Le vieillissement modifie la statique pelvienne:

Disparition de la lordose et verticalisation de la filière génitale

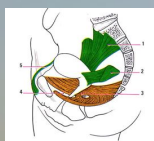


Le socle pelvien

La morphologie du pelvis et les contraintes qu'il subit sont liées à la version pelvienne

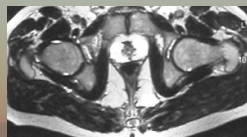
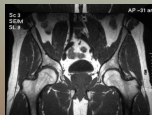


Le réceptacle pelvien



Un plancher musculaire lié à la statique et à la dynamique du membre inférieur

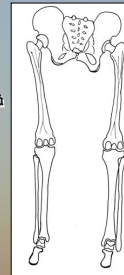
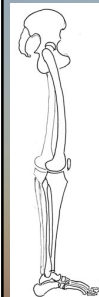
Un grand méconnu:
L'obturateur interne



Inégalité de Longueur des Membres Inférieurs

Étude biomécanique du MI court :

- varus calcanéen
- récurvatum du genou, parfois associé à un varus
- rétroversion de l'hémi-bassin



Le traitement optimal

Traiter le facteur déclenchant:

Les contraintes subies par le nerf dues à la « ptose »

Traiter les facteurs favorisants

L'hyperpression sur le diaphragme pelvien

L'emballement sympathique pelvien

Traiter les facteurs d'entretien

La verticalisation de la filière génitale

La rotation médiale du fût fémoral (traction sur l'obturateur interne)

Le traitement optimal

Manuel:

mécanique, réflexe neuromusculaire et neuro-végétatif

Neuro-végétatif d'entretien:

Le bain cryogénique

Postural:

Les semelles à effet supinateur (rotateur latéral du segment fémoral)

Rééducatif

Tonifier la chaîne musculaire lordosante

La buche

Conclusion

Ne fait pas une souffrance pelvienne qui veut:
(Du Syndrome de Lacomme à la névralgie pudendale):

L' incidence est-elle un facteur prédictif?
(version pelvienne et pente sacrée)

Sa prise en charge
est
obligatoirement pluridisciplinaire et ne peut s' évaluer
que sur la durée...