

Congrès de l'ARREP

27-28 janvier 2017

CNIT La Défense - Paris

Le Périnée : Entre plaisir et douleur

Les douleurs pelvi-périnéales : où en est-on ?

Michel Guérineau

Centre fédératif de Pelvi-périnéologie

17 Allée du Cdt Charcot – 44000 Nantes

Tél : 02 40 74 37 82

Email : mguerineau@numericable.fr

Equipe pluridisciplinaire :

JJ. Labat, A. Levesque, S. Ploteau, Th. Riant,

R. Robert, A. Tessier.

Si, depuis plus de vingt ans, nous avons bien amélioré nos connaissances concernant le délicat problème des douleurs pelvi-périnéales, il nous reste encore beaucoup de choses à apprendre.

Que faut-il penser des étiologies possibles de ces douleurs, comment les appréhender, quel traitement kinésithérapique apporter à ces patients dont l'errance thérapeutique reste encore souvent très importante.

A) **Pour quelles raisons peut-on souffrir de douleurs pelvi-périnéales ? Hypothèses**

Les patients se souviennent toujours du début de leurs douleurs, mais pratiquement jamais pourquoi ces douleurs sont apparues.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous pouvons décrire cinq causes possibles dans l'apparition des douleurs pelvi-périnéales.

1) **Les traumatismes**

Il s'agit de l'ensemble des incidents ou accidents de la vie courante ayant pu entraîner le dérèglement de certaines fonctions musculaires, articulaires, neurologiques.....

Ces traumatismes peuvent être classés en :

- Fractures de « proximité » (bassin),
- Fractures « à distance », membres supérieurs, inférieurs, crâne,
- Autres traumatismes, entorses, luxations,
- Egalement les sports extrêmes, les accouchements.

Tous ces traumatismes, même bien soignés, peuvent entraîner des séquelles à plus ou moins long terme, pouvant expliquer la persistance d'hypertonies (7), de contractures, de spasmes musculaires, qualifiés de myospasmes traumatiques persistants (6), dont on sait qu' « un muscle spasmé n'a aucune

raison de se désasmer seul si on ne l'y aide pas ». L'accumulation de ces spasmes constituera progressivement un **terrain de prédisposition**, d'abord infra-douloureux, asymptomatique, mais qui dans certains cas pourra se « réveiller », et des zones douloureuses pourront alors apparaître sur différentes parties du corps, et notamment, au niveau pelvi-périnéal.

Ce qui explique :

- Que les patients ne se souviennent pas de l'origine de leurs douleurs,
- Que l'interrogatoire devra rechercher ces origines traumatiques possibles,
- Que le traitement ne devra pas se contenter de soigner la seule zone douloureuse pelvi-périnéale mais aussi d'autres zones douloureuses à distance.

2) **Certaines chirurgies iatrogènes**

Lors de nos consultations pluridisciplinaires, nous avons pu constater, dans un nombre non négligeable de cas, l'apparition de douleurs pelvi-périnéales, post-opératoires après certaines chirurgies proctologiques, gynécologiques, urinaires, ou certains examens médicaux (coloscopies). Ces réactions douloureuses ne peuvent se produire que chez les patients porteurs d'un **terrain de prédisposition préexistant**.

N.B. Concernant le cas des TVT ou TOT, si la douleur, le plus souvent en un point précis, apparaît dans le post-opératoire immédiat, il est logique de penser que c'est le matériel prothétique qui est mal supporté ; le traitement sera alors l'ablation de la prothèse (Prof. J. Rigaud).

3) **La Sexualité**

Il a été fréquemment décrit que les agressions sexuelles, quelles qu'elles soient, peuvent entraîner, à plus ou moins long terme, des douleurs pelvi-périnéales.

De l'attitude malsaine jusqu'au rapport sexuel complet, les agressions sexuelles sont nombreuses : Exhibition, maltraitance, harcèlement, attouchement,

agression verbale, abus (avec ou sans pénétration), brutalité, violence, viol (unique ou multiple avec un ou plusieurs agresseurs), mutilations sexuelles (ablation du clitoris, des grandes lèvres).....

Ces agressions sexuelles, qui peuvent se rencontrer à tout âge, de la petite enfance à l'âge adulte, entraînent chez l'agressé une réaction de défense très importante, accompagnée d'une violente réaction de contraction musculaire « de fermeture ». C'est le réflexe myotatique de défense; or, lorsqu'un muscle dépasse son domaine physiologique de contraction, il peut rester « bloqué » dans cette contraction qui peut persister très longtemps, voire indéfiniment si elle n'est pas traitée. Ces spasmes musculaires peuvent entraîner des douleurs pelvi-périnéales (vulvodynies, vestibulodynies, vaginodynies, névralgies pudendales, et/ou sciatiques, et/ou clunéales), mais aussi des douleurs diffuses pouvant toucher l'ensemble du corps (type fibromyalgie).

A noter que ces douleurs peuvent également survenir lors d'actes sexuels consentis (mouvements brusques, mauvaises positions...).

4) **Le facteur psychosomatique**

On ne peut pas négliger l'aspect psychosomatique des douleurs pelvi-périnéales.

80 à 90% des patients qui consultent pour cette pathologie, présentent des états de stress, d'inquiétude, d'angoisse, de problèmes familiaux, sentimentaux, socio-professionnels.

« C'est l'esprit qui souffre et le corps dit sa douleur »

Nous sommes toutes et tous plus ou moins concernés par ces problèmes (tensions, crispations, contractions), or ces phénomènes peuvent revêtir de multiples aspects par contraction des muscles du visage, des mâchoires, de la nuque, des membres supérieurs, inférieurs, du ventre, du bassin...

Lors d'états psychosomatiques, l'homme a une tendance naturelle à « refermer ses orifices », contraction des mâchoires (SADAM), contraction du diaphragme (diminution de la compliance respiratoire), fermeture des orifices du bassin (anus, vagin, urètre).

Toutes ces contractions musculaires répétées, voire permanentes, favorisent la constitution ou l'aggravation du terrain de prédisposition.

Toute activité émotionnelle augmente les symptômes douloureux.

5) **Le facteur alimentaire**

Un nombre croissant d'individus présente de nombreux troubles de santé liés à l'excès d'acidité tissulaire (1).

Parmi les troubles les plus fréquents, on peut citer :

- La décalcification (ostéoporose)
- Les calculs rénaux
- La fonte musculaire
- Le syndrome régional douloureux complexe (2).

Mais, on peut citer également :

- Brûlures vessie, anus, intestin
- Crampes, fatigue, frilosité
- Nervosité, dépression,
- Rhume, sinusite.....

Il est très important de conserver un bon équilibre acido-basique, en surveillant le Ph urinaire (normal : 7 +ou – 0,5) et en le corrigeant au besoin, notamment par l'alimentation (utilisation de l'indice PRAL).

B) **Comment peut-on « classer » les douleurs pelvi-périnéales ?**

Le premier entretien avec le patient est primordial. Lors de l'interrogatoire, nous sommes bien souvent frappés par la très grande diversité des signes cliniques relatés par les patients.

On peut décrire trois tableaux différents, qui, le plus souvent sont imbriqués les uns dans les autres, reflétant l'ensemble des douleurs pelvi-périnéales.

1) **La Névralgie Pudendale (avec ou sans autres névralgies, sciatique et/ou clunéale)**

L'utilisation des « critères de Nantes » sera essentielle et indispensable pour poser le diagnostic de Névralgie pudendale :

- Douleur dans le territoire du nerf pudental (de l'anus à la verge ou au clitoris),
- Aggravée en position assise (soulagée sur une cuvette de WC),
- Douleur non insomnante,
- Sans déficit sensitif objectif,
- Bloc diagnostique du nerf pudental positif.

Sur le plan physiologique, l'anatomie va guider nos pas vers les muscles piriforme et obturateur interne principalement concernés. Ils ont en commun d'être pelvi-trochantériens (rotateurs latéraux de hanche), leur origine est endo-pelvienne, leur terminaison exo-pelvienne, ils sont bilatéraux.

NB : 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 du nerf pudental.

Le muscle piriforme, dans sa partie endo-pelvienne s'insère sur la face antérieure sacrale, entourant les 2ème et 3ème racines sacrées, c'est-à-dire très proche de l'origine du nerf pudental (S2, S3, S4). Lorsque le muscle piriforme est spasmé (syndrome myofascial) (3), il est dur, épais, douloureux, perturbant le bon fonctionnement des éléments de voisinage, dont le nerf pudental. Ainsi les patients décrivent des douleurs suivant la topographie de terminaison du nerf pudental en souffrance (anales, périnéales, génitales), sous forme de brûlures, tiraillement, engourdissement, sensation de corps étranger intracavitaire, allodynie, station assise pénible, voire impossible, le plus souvent ces douleurs s'aggravent au cours de la journée.

Dans sa partie exo-pelvienne, après avoir traversé la grande échancrure sciatique le muscle se dirige vers son point de terminaison, la face supérieure

du grand trochanter. Il recouvre alors le nerf sciatique qui croise 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 ou nerf clunial inférieur. Ainsi le spasme du muscle piriforme dans sa portion exo-pelvienne peut entraîner des douleurs sur les territoires :

- Du nerf petit sciatique, face postérieure de la cuisse ne descendant pas en dessous du creux poplité,
- Du nerf clunéal, partie inférieure de la tubérosité ischiatique, pouvant remonter jusqu'à la partie externe des grandes lèvres.

Le point de déclenchement du muscle piriforme (trigger point) est situé, suivant une verticale, 5 cm au-dessus du centre de la fesse (point de croisement des diagonales de la fesse). La pression du doigt est franche, ferme, non maintenue, l'apparition d'une douleur, signe un syndrome myofascial du muscle piriforme.

Le muscle obturateur interne, dans sa partie endo-pelvienne, prend son insertion d'origine sur le pourtour osseux interne du trou obturateur de l'os iliaque. Il est recouvert d'une membrane qui lui est propre, la membrane de l'obturateur interne qui se dédouble dans sa partie inférieure pour former le canal d'Alcock, traversé par les vaisseaux pudendaux (artère et veine) et par le nerf pudendal. Lorsque le muscle obturateur interne est spasmé, il met en tension la membrane qui le recouvre augmentant la pression intra canalaire de l'Alcock ; le nerf pudendal est ainsi comprimé et les patients décrivent des douleurs sur le territoire du nerf pudendal, identique à celles décrites pour le muscle piriforme (voir ci-dessus).

Dans sa partie exo-pelvienne, après avoir traversé la petite échancrure sciatique, le muscle reçoit le renfort de ses deux muscles satellites, dont l'action est connexe, le jumeau supérieur et le jumeau inférieur. Il se trouve alors en dessous du muscle piriforme et se dirige vers le grand trochanter (fossette interne) où il se termine avec ce dernier. Dans cette portion exo-pelvienne, le muscle obturateur interne est rétrocroisé par le nerf sciatique. Ainsi la contracture du muscle peut irriter les fibres du nerf sciatique déclenchant une véritable névralgie sciatique, mais atypique, car :

- Pas de point d'appel rachidien,
- Pas d'impulsivité à la toux,

- Manœuvre de Lasègue négative.

On parlera alors de « Sciatique de la fesse ».

Le point de déclenchement du muscle obturateur interne (trigger point) est situé au centre de la fesse (point de croisement des diagonales de la fesse). Comme pour le muscle piriforme, la pression du doigt déclenchant une douleur, signe le syndrome myofascial du muscle obturateur interne.

2) Les douleurs à topographie antérieure :

le syndrome thoraco-lombaire

Là encore, l'anatomie va nous orienter.

Deux muscles seront concernés : le droit fémoral et le psoas.

Le muscle droit fémoral (anciennement droit antérieur) constitue le plan antérieur du quadriceps. Il est tendu de l'épine iliaque antéro-inférieure à la rotule et la tubérosité antérieure du tibia. Il est extenseur de la jambe sur la cuisse et fléchisseur de la cuisse sur le bassin lorsque son rôle d'extension de la jambe sur la cuisse est terminé.

Physiologiquement, en décubitus ventral, le talon doit toucher la fesse (environ 160° de flexion) ; or bien souvent, ce n'est pas le cas ; le muscle droit fémoral est alors rétracté, il attire le bassin en antéversion, aggravant la lordose lombaire, pouvant entraîner un conflit thoraco-lombaire (T12-L1), et/ou un ou plusieurs DIM (dérèglement intervertébral mineur) lombaires.

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

Le point de déclenchement (trigger point) du muscle droit fémoral est réalisé, le patient en décubitus ventral. Physiologiquement, le talon doit toucher la fesse. Toute limitation signe la rétraction du droit fémoral.

Le muscle psoas prend son origine sur la face antérieure des vertèbres lombaires (T12 à L4) pour se terminer sur le sommet du petit trochanter. Il est constitué de deux plans :

- Corporéal ou principal, sur le corps des vertèbres lombaires,
- Costoïdal ou accessoire, sur les apophyses transverses des vertèbres correspondantes.

Ces deux plans sont littéralement clivés par l'ensemble des racines nerveuses issues du plexus lombaire. Ainsi, une contracture du muscle psoas pourra irriter en tout ou partie les racines nerveuses de L1 à L4, et occasionner un syndrome thoraco-lombaire (T12-L1) et/ou un DIM lombaire (de L1 à L4). Les patients décriront alors des douleurs sur le territoire du nerf lésé :

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

Le point de déclenchement du muscle psoas (trigger point) est recherché, patient en décubitus dorsal, en enfonçant les doigts perpendiculaires à la peau, en dedans de la crête iliaque, en dehors de la gaine des grands droits, en direction de l'insertion d'origine du muscle psoas (postérieure et médiane). L'apparition d'une douleur signe un spasme du muscle psoas.

3) **Syndrome du levator ani.**

Le muscle releveur de l'an forme avec le muscle ischio-coccygien en arrière de lui, le plan profond du périnée. Il se compose d'une partie externe statique, et d'une partie interne dynamique composée de fibres pubo-vaginales, pubo-prérectales, pubo-rétrorectales, tendues du pubis au coccyx, 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, urinaire, et/ou génital, et/ou digestif, de telle sorte que la symptomatologie se manifestera par :

- *Sur le segment antérieur, urologique* : difficulté permictionnelle de relaxation du sphincter strié urétral avec pour conséquences, dysurie, jet faible, obligation de pousser pour uriner, impression de vessie mal vidée, pollakiurie « réactionnelle de compensation ».
- *Sur le segment moyen, gynécologique* : tension de la corde des releveurs avec pour conséquence une dyspareunie orificielle le plus souvent dans le tiers externe du vagin, en début de rapport, mais la douleur empêche généralement tout rapport sexuel. En fonction de la localisation de la douleur, on décrira : une vulvodynie (la plus externe), une vestibulodynie (plus en dedans), une vaginodynie (la plus interne).
- *Sur le segment postérieur, digestif* : mauvaise ouverture du canal anal perdéfécatoire, avec pour conséquence une constipation terminale, impression de mal vider le rectum, nécessité de « pousser » comparable aux symptômes décrits avec le segment antérieur.

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

La recherche du point de déclenchement du muscle releveur de l'anus (trigger point), se fera, patient en décubitus ventral, en crochétant la pointe du coccyx. L'apparition d'une douleur signe le syndrome du releveur de l'anus.

Le muscle transverse profond du périnée 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 renforce le plancher pelvien, ses fibres sont perpendiculaires à celle du levator ani ; il envoie des fibres musculaires aux sphincters striés de l'urètre et de l'anus. Ainsi une hypertonie du muscle transverse profond du périnée peut perturber, en tout ou partie, l'équilibre mictionnel et/ou défécatoire, augmentant l'effet du syndrome du releveur de l'anus (le muscle transverse superficiel ne semble pas pouvoir être mis en cause, car beaucoup moins important que le transverse profond, et souvent inconstant).

La recherche du point de déclenchement (trigger point) du muscle transverse profond du périnée, se fera en réalisant une pression sur son insertion d'origine (bord interne de la branche montante ischio-pubienne). L'apparition d'une douleur signe la contracture du muscle. Il faut bien prendre soin de

réaliser la pression exactement sur le bord interne de la branche montante ischio-pubienne, en effet, une pression trop en dedans s'effectuera sur le prolongement falciforme du ligament sacro-tubéral et sur la partie endopelvienne du muscle obturateur interne, et non pas sur le muscle transverse profond.

NB : Pour l'ensemble des muscles précédemment cités (à l'exception du releveur de l'anus qui est médian) le trigger point sera toujours recherché de façon bilatérale sans insister sur la pression du doigt qui peut pérenniser la douleur.

C) Comment peut-on soulager ces patients ?

Traitement kinésithérapique (4 – 5).

Comme nous l'avons vu précédemment, l'ensemble des douleurs pelvi-périnéales dépend très souvent de tensions musculaires anormales (hypertonies (7), spasmes, contractures) regroupées sous la terminologie de *syndrome myofascial* (3). Le traitement s'attachera à libérer ces tensions musculaires.

Il n'existe pas UNE technique miracle, pas de traitement exhaustif ; chaque praticien pourra utiliser la technique qu'il connaît le mieux et avec laquelle il est le plus à l'aise (contracter-relâcher, étirer-relâcher, fasciathérapie, ostéopathie, Mézières, myothérapie (6)), dans la mesure où elle est lente, progressive, douce, indolore, n'engendre pas l'apparition du réflexe myotatique de défense.

Le traitement kinésithérapique s'attachera à lever les tensions des éléments pathognomoniques de cette pathologie (voir vidéo) :

- *Muscles piriforme et obturateur interne,*
- *Muscles droit fémoral et psoas,*
- *Muscles releveur de l'anus et transverse profond du périnée.*

Toutefois, il faut avoir présent à l'esprit que l'origine de la douleur n'est pas toujours « là où ça fait mal » (8), il conviendra donc de s'intéresser au patient

dans son ensemble, de façon holistique en considérant également les chaînes musculaires et notamment les débuts de chaînes :

- Supérieure : Trapèze, long du cou, scalène.....
- Inférieure : Soléaire, jambiers, péroniers latéraux, fléchisseur du pouce....

qui peuvent aussi participer à la genèse des douleurs pelvi-périnéales.

Déclaration de conflit d'intérêt :

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Bibliographie :

1 – Ph-G Besson. *Acide-base : une dynamique vitale* p.72 Editions jouvence santé.

2 – F. Piquet. *Guide de l'équilibre acide-base* p. 19-21 Editions Thierry Souccar.

3 – Cl. Davies, A. Davies. *The Trigger Point Therapy Workbook. Myofascial Pain and Dysfunction : The Trigger Point Manual.*

4 – M. Guérineau, J.J. Labat, R. Robert, Th. Riant, B. Rioult, F. Ramée-Le Corveller, M. Bensignor. *Aspect myofascial des algies pelvi-périnéales : Traitement Kinésithérapique* – Kinésithérapie Scientifique N°463 Février 2006 : 25-37.

5 – M. Guérineau, R. Robert, J.J. Labat, M. Bensignor. *Les douleurs périnéales : Traitement Kinésithérapique.* Kinésithérapie scientifique 2003 N°434 : 33-42.

6 – J. Polak. *Contractures persistantes : L'hypothèse d'une boucle bêta.* Kinésithérapie Scientifique. 1996 ; 360 : 6-10.

7 – J.J. Labat, M. Guérineau. *Hypertonie périnéale et douleur : Physiopathologie et traitement.* SIFUD Octobre 2004.

8 – D. Wise, R. Anderson. *A headache in the pelvis.* Edition N°2 – 2003. p.34.

A Consulter :

- D. Courthaliac. *L'importance du système de soutènement des viscères pelviens*. Revue ostéopathique. Thérapies manuelles. 1990 ; N°39 : 4^{ème} trimestre.
- C. .Perset. *Douleurs ano-rectales et coccygodynies*. Coll.
Cahiers de formation continue de Kinésithérapie. Paris SPEK.
- B. Parratte, V. Bonniaud, G. Monnier. *Toxine botulique et hypertonie périnéale*. In : *L'hypertonie périnéale*. SIFUD Octobre 2004 : 230.
- A. Watier. Le syndrome du côlon irritable et les troubles vésicosphinctériens. *Pelvi-périnéologie* 2009 - 4 : 136-141.
- R. Robert, M. Bensignor, J.J. Labat, Th. Riant, M. Guérineau, S. Raoul, O. Hamel, E. Bord. *Le neurochirurgien face aux algies Périnéales*. Neurochirurgie 2004 ; 50 ; N°5 : 533-9. Paris : Masson, 2004.
- C. Vesaphong. Syndrome du muscle piriforme et trouble de la statique. Thèse N° 59 Université L. Pasteur. Faculté de Médecine de Strasbourg ; 1995.
- J. Vilotte. Algies ano-rectales essentielles. Paris : Encycl. Méd. Chir. 1987 ; Estomac. F-10,4-6.