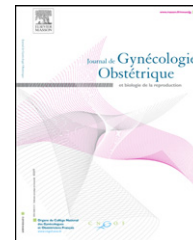




Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



TRAVAIL ORIGINAL

Le périnée douloureux sous toutes ses formes. Apport de la médecine manuelle et ostéopathie. Étude clinique

Painful perineum in all its forms. Contribution of manual medicine and osteopathy. Clinical study

M. Grimaldi

Cabinet de gynécologie, 21, rue de la Buffa, 06000 Nice, France

Reçu le 20 janvier 2008 ; avis du comité de lecture le 16 février 2008 ; définitivement accepté le 9 avril 2008
Disponible sur Internet le 9 juillet 2008

MOTS CLÉS

Médecine manuelle ;
Dyspareunie ;
Vulvodynie ;
Coccygodynie ;
Douleurs
pelvipérinéales
chroniques ;
Dysfonction
ostéo-myo-fasciale

Résumé De nombreuses douleurs pelvipérinéales chroniques – dyspareunies, vulvodynies, coccygodynies et douleurs pelviennes diverses – restent sans réponse thérapeutique satisfaisante, malgré leur caractère très invalidant.

Une origine ostéo-myo-fasciale peut en être la cause, souvent méconnue, malgré la possibilité d'une prise en charge efficace en médecine manuelle, au sein même du cabinet de gynécologie.

Un protocole d'examen clinique orienté, ainsi qu'un protocole thérapeutique est proposé dans ce travail original, dans une approche encore trop peu répandue en gynécologie.

L'étude est validée par l'exposé de six situations cliniques de référence, ainsi que par une étude globale de 86 dossiers de douleurs pelvipérinéales chroniques, donnant 71% de bons résultats après deux séances.

Ces résultats, très encourageants, demandent à être validés à plus large échelle afin d'établir un protocole d'enseignement approprié.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Adresse e-mail : grimaldi.martine@wanadoo.fr.

KEYWORDS

Manual medicine;
Dyspareunia;
Vulvodynia;
Coccygodynia;
Chronic pelviperineal
pain;
Osteo-myo-fascial
dysfunction

Summary No satisfactory therapy has yet been found to relieve many chronic pelviperineal pains such as Dyspareunia, Vulvodynia, Coccygodynia and others pelvic various pains, although these can be highly disruptive in everyday life.

They may be brought on by an osteo-myo-fascial disorder, often undetected despite the possibility to effectively treat, this condition using manual medicine in the gynaecologist's office.

A framed clinical examination protocol as well as a therapeutic one are offered in this novel approach still rarely implemented in gynaecology. Such treatment is documented in six typical clinical cases and a global study on 86 patients with disruptive chronic pelviperineal pain, showing 71% satisfactory results following two manual medicine sessions.

These very encouraging results need to be confirmed on a larger scale in order to establish an appropriate teaching protocol.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Dans le cadre de la consultation gynécologique, les plaintes douloureuses concernant la zone périnéale sont fréquentes, mais leur prise en charge est souvent source de déception pour la patiente et son gynécologue.

Dans la plupart des cas en effet, après la prescription d'un bilan complémentaire lourd et souvent non significatif, le praticien démuné de réponses thérapeutiques renvoie la patiente à son quotidien désolé.

Le parcours la conduit souvent du cabinet de gynécologie vers le laboratoire de bactériologie, puis l'urologue, le proctologue, avec parfois un détour vers le sexologue ou le psychothérapeute, toujours sans succès, même si des facteurs psychoémotionnels sont souvent intriqués [1].

Certaines de ces douleurs périnéovulvaires, source d'errance médicale et de frustration douloureuse, peuvent néanmoins bénéficier d'une prise en charge thérapeutique efficace en médecine manuelle ostéopathique au sein même du cabinet de gynécologie.

En effet, la zone périnéopelvienne est souvent le siège de dysfonctions ostéomusculaires et fasciales, à l'origine de douleurs d'expression variée, et cette origine est souvent méconnue et très peu étayée par la littérature médicale [2,3].

Le diagnostic doit en être évoqué devant l'association de deux arguments de l'enquête étiologique :

- l'existence d'éléments cliniques évocateurs, recherchés par un protocole d'examen rigoureux de la zone périnéale, de la cavité pelvienne et du cadre osseux pelvien, décrit plus loin ;
- l'absence d'élément paraclinique informatif, après réalisation du bilan complémentaire habituel : prélèvements bactériologiques, ECBU, échographie pelvienne, parfois IRM pelvienne et lombosacrée recherchant une endométriose, une pathologie viscérale ou osseuse méconnue. Ce bilan s'alourdit souvent : cœlioscopie, coloscopie, cystoscopie... qui pourraient être évitées par une meilleure connaissance de l'origine ostéo-myo-fasciale de certaines douleurs pelvipérinéales.

Cette pratique de la médecine manuelle en gynécologie est illustrée dans un premier temps par une étude rétros-

pective de 86 dossiers de patientes atteintes de douleurs pelvipérinéales chroniques, persistantes malgré les diverses tentatives thérapeutiques antérieures, et finalement prises en charge en médecine manuelle au cabinet de gynécologie, avec des résultats très encourageants, évalués ici après deux séances.

Dans un second temps seront exposés six dossiers de « modèles cliniques » de référence, correspondant à des tableaux cliniques typiques, fréquemment rencontrés, et pris en charge avec succès en appliquant le protocole thérapeutique de médecine manuelle décrit plus loin.

Matériel et méthode

La recherche de la restriction de mobilité des structures anatomiques, base du diagnostic ostéopathique, et liée à la sensibilité de l'examineur, doit se faire dans le cadre d'un protocole d'examen clinique rigoureux, afin d'éviter l'écueil de la difficile reproductibilité interexamineur.

Cette prise en charge en médecine manuelle peut être réalisée par le gynécologue lui-même après une formation appropriée, selon un protocole thérapeutique codifié où l'aspect relationnel a une place incontournable, une collaboration multidisciplinaire s'imposant parfois.

Les résultats thérapeutiques sont source d'une grande satisfaction pour le praticien et sa patiente, souvent découragée par un long et désespérant parcours médical, même s'il existe un certain nombre d'échecs qui seront analysés au décours de cette étude.

L'examen gynécologique en médecine manuelle

L'examen gynécologique orienté vers cette prise en charge ostéopathique se fait selon un protocole rigoureux, qui se devrait en fait d'être systématique, lors de chaque consultation, tant sont fréquentes les dysfonctions tissulaires périnéales ou utéroannexielles.

Il nécessite une « écoute » manuelle attentive et respectueuse des éléments anatomiques explorés, par un toucher vaginal progressif et précis, associé à un palper abdominal combiné, et à un examen du rachis lombaire et du cadre osseux pelvien.



Figure 1 Palpation de la symphyse pubienne.
Figure 1 *Pubic symphysis testing.*



Figure 2 Palpation de la symphyse pubienne.
Figure 2 *Pubic symphysis testing.*

Il est indispensable de respecter la loi de la « non-douleur », les sensations douloureuses trop intenses pouvant accentuer les tensions tissulaires, ou réveiller d'intolérables souvenirs d'attouchements ou de violences subies.

Le but de l'examen est d'apprécier l'existence de zones d'hypomobilité et de tension tissulaire, d'en noter l'intensité et le caractère douloureux ou non, en respectant plusieurs étapes :

- une appréciation de la tonicité du plancher périnéal, recherche d'une hypertonie des muscles releveurs de l'anus [4], et d'une mise en tension douloureuse du noyau fibreux central du périnée ;
- une appréciation de la position et de la mobilité du coccyx ;
- une exploration de la concavité sacrée avec recherche, au niveau de l'épine sciatique, d'une douleur au niveau du canal d'Alcock (fosse ischiorectale), témoignant d'une compression du nerf pudendal ;
- une mobilisation progressive du col, du corps utérin, des ligaments utérosacrés et des paramètres, en testant la mobilité de chacun des éléments entre eux et dans les directions antéropostérieure et latérales. L'index et le majeur de la main vaginale se positionnent alternativement dans chacun des cul-de-sac, appréciant l'amplitude de déplacement du col et l'élasticité de chacun des ligaments utérosacrés [5] ;
- une mise en tension du fascia vésicovaginal et appréciation de l'élasticité de la zone tissulaire péri-urétrale ;
- une palpation abdominale, recherche d'une asymétrie de la symphyse pubienne (Fig. 1 et 2) avec décalage des branches ilio- et ischiopubiennes ;
- appréciation de la tonicité des fosses ischiorectales puis de la zone obturatrice, entre la corde des adducteurs et la partie supérieure de la branche ischiopubienne, afin d'apprécier le degré de contracture des muscles pelvitrochantériens [12] (Fig. 3 et 4) ;

- sur la patiente en décubitus latéral droit puis gauche, recherche d'une contracture douloureuse du muscle piriforme (pyramidal), à un point situé 5 cm au-dessus de l'intersection des deux diagonales fictives de chaque région fessière, et d'une contracture de l'obturateur interne à cette même intersection [6,7] (Fig. 5 et 6) ;
- une recherche d'autres points « gâchette » des grands et moyens fessiers, des articulations sacro-iliaques, témoins de déséquilibres mécaniques du cadre osseux ;
- une recherche d'un dérangement douloureux intervertébral mineur (DIM), décrit par Robert Maigne, caractérisé



Figure 3 Palpation de la région obturatrice.
Figure 3 *Obturator area palpation.*



Figure 4 Palpation de la région obturatrice.
Figure 4 *Obturator area palpation.*

par une douleur provoquée à la pression des reliefs du segment intervertébral, au niveau lombaire.

Résultat d'une étude de 86 dossiers

L'étude suivante a repris les dossiers des patientes traitées entre janvier et fin septembre 2006, consultant pour des douleurs pelvipérinéales chroniques : vulvodynies, dyspareunie superficielle et dyspareunie profonde, dysmé-



Figure 5 Obturateur interne : recherche d'un « point sensible ».
Figure 5 *Obturator internus muscle: "Tender point" testing.*



Figure 6 Obturateur interne : recherche d'un « point sensible ».
Figure 6 *Obturator internus muscle: "Tender point" testing.*

norrhée, douleurs pelviennes chroniques, syndrome urétral, coccygodynies.

Ces patientes avaient déjà consulté antérieurement au moins deux praticiens, sans résultat thérapeutique, pour des douleurs pelvipérinéales persistantes entre six semaines et ...17 ans (dysménorrhée secondaire chez une patiente de 36 ans, améliorée à 70 % après une seule séance...).

L'âge moyen s'échelonne entre 14 et 79 ans.

Selon la symptomatologie, toutes avaient déjà bénéficié d'un bilan paraclinique orienté mais non significatif : prélèvements cervicaux vaginaux répétés, ECBU, échographies pelviennes, cystoscopie, coloscopie, IRM pelvienne, parfois coelioscopie, auprès différents spécialistes.

Les différentes prises en charge thérapeutiques avaient été sans effets : traitements locaux par ovules et crèmes divers, antibiotiques et anti-inflammatoires, progestatifs, analogues de la LHRH, rééducation périnéale avec ou sans électrostimulation, psycho- et sexothérapie...

Quatre-vingt six dossiers exploitables ont été retenus, en analysant les critères suivants : âge moyen des patientes, durée moyenne d'évolution de la symptomatologie douloureuse, amélioration clinique évaluée par la patiente en fonction d'une échelle visuelle analogique de la douleur (EVA), estimée en pourcentage après « deux séances » de prise en charge.

Ainsi, un résultat a été jugé satisfaisant à partir de 70 % d'amélioration et au-delà, insuffisant entre 40 % et moins de 70 %, et nul entre 0 et 30 %, après deux séances (Tableau 1).

La répartition de la symptomatologie était la suivante :

- vulvodynies : 12 (14%) ;
- dyspareunie superficielle : 26 (30,2%) ;
- dyspareunie profonde et/ou dysménorrhée, douleurs pelviennes chroniques : 15 (17,4%) ;

Tableau 1 Étude clinique de 86 dossiers de douleurs pelvipériales chroniques.
Table 1 *Clinical Study: 86 pelperineal chronic pain cases.*

AA (Symptômes)	N (Nombre)	Âge (moyen)	Durée (en mois)	Résultat (0–30 %)	Résultat (40–60 %)	Résultat (70–100 %)
Vulvodynies	12	49 (28–76)	13	4	3	5
Dyspareunie superficielle	26	40 (21–67)	20	7	0	19
Dyspareunie profonde et douleurs pelviennes	15	47 (27–66)	19	0	2	13
Syndrome urétral	11	47 (30–79)	15	1	1	9
Coccygodynies	22	48 (14–70)	14	5	2	15
Total	86	46	16	17 (20 %)	8 (9 %)	61 (71 %)

- syndrome urétral : 11 (12,8 %);
- coccygodynies : 22 (25,6 %).

Dans cette étude de 86 cas de douleurs pelvipériales chroniques, une amélioration franche a donc été obtenue dans 71 % des cas après deux séances, pour des patientes dont la symptomatologie évoluait depuis plusieurs mois (16 mois en moyenne), ce qui représente un résultat très encourageant.

L'étude demande à être poursuivie et validée à plus large échelle pour systématiser plus encore le protocole thérapeutique et les échecs témoignent de la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire dans les cas rebelles.

Exposé de six cas de « modèles cliniques » illustrant la prise en charge en médecine manuelle

De cette étude ont été extraits six dossiers caractéristiques, en tant que « modèles cliniques » rencontrés fréquemment : chacun a bénéficié d'une prise en charge de deux à trois séances de médecine manuelle, en cabinet de gynécologie, et après un parcours médical souvent complexe.

Ces observations sont caractérisées par une amélioration complète, ou notable, de la symptomatologie douloureuse, se maintenant sur le long terme, témoignant ainsi d'une efficacité thérapeutique incontestable de cette prise en charge. Bien entendu, les résultats ne sont pas toujours aussi spectaculaires, et les causes d'échec seront évoquées plus loin.

Dyspareunie

26 ans. Responsable de marketing bancaire.

Dyspareunie superficielle depuis les premiers rapports, vers 20 ans. Nombreux prélèvements bactériologiques, presque toujours négatifs, long parcours médical de gynécologue en gynécologue, dermatologues, et échec de la prise en charge en sexologie.

À l'examen : contracture symétrique des releveurs de l'anus, discrète asymétrie de tension de la zone cutanéomusculaire sus-pubienne.

Traitement : mobilisation de la symphyse pubienne et du coccyx par voie externe.

Résultat : amélioration de 60%, avec persistance d'une gêne sur le côté droit.

Deuxième séance : reprise du traitement du coccyx et pubis par voie externe, pression profonde de la zone ischio-

rectale et obturatrice, permettant une inhibition de la contracture des pelvis-trochantériens par pression ischémique, et travail myotensif sur les releveurs par voie vaginale.

Résultat : amélioration à 95%, permettant des rapports normaux, et une grossesse...

Après l'accouchement, réapparition de la dyspareunie, prédominant à gauche, et persistant neuf mois après. Amélioration complète en une séance, puis réapparition à la reprise des trajets professionnels.

Deux séances sont nécessaires, le travail précédent étant complété par une mobilisation externe de l'anneau pelvien et un étirement musculoligamentaire de la zone périococcygienne par voie interne (recul de deux ans).

Périnéodynie

35 ans, médecin psychiatre.

Périnéodynies et coccygodynies intenses du postpartum, après un accouchement par voie basse assisté par spatules 25 jours avant. La position assise est extrêmement pénible, en particulier pendant l'allaitement.

À l'examen : hypertonie douloureuse des releveurs, déficit d'extension du coccyx, petite asymétrie des branches pubiennes.

Traitement : étirement myotensif des releveurs et des ischiococcygiens par voie rectale, mobilisation de l'anneau pelvien par voie externe.

Amélioration immédiate et durable de toute la symptomatologie douloureuse.

Syndrome urétral

45 ans, secrétaire.

Brûlure sous urétrale depuis 18 mois, intense, obsédante, exacerbée aux rapports rendus quasi impossibles. Lombalgies associées.

Nombreux traitements locaux, exploration urologique avec cystoscopie (diagnostic : dystonie urétrale), amélioration transitoire par kinésithérapie périnéale et relaxation, mais réapparition rapide des douleurs avec la même intensité.

À l'examen : mise en tension douloureuse du fascia vésicovaginal, asymétrie des branches pubiennes, spasme symétrique des releveurs.

Traitement : mobilisation de la symphyse pubienne, du coccyx par voie interne, étirement par pressions glissées du fascia vésicovaginal.

Amélioration à 70%, puis à 90% après la deuxième séance. La brûlure urétrale, la dyspareunie mais aussi les lombalgies ont quasi disparu (recul de neuf mois).

Pesanteurs pelviennes et utérus polymyomateux

47 ans, enseignante.

Pesanteurs sus-pubiennes très invalidantes, évoluant depuis neuf mois, sur un volumineux utérus polymyomateux connu (quatre myomes, de 2 à 4 cm...).

L'hystérectomie lui est bien entendu proposée devant cette persistance des douleurs, associées à une dyspareunie récente.

À l'examen : contracture des releveurs, spasme des ligaments utérosacrés, très sensibles à la mobilisation, déficit d'extension du coccyx.

Traitement : étirement progressif des ligaments utérosacrés par mobilisation antérieure et latérale de la jonction cervico-isthmique, mobilisation de l'anneau pelvien et du coccyx par voie externe.

Amélioration spectaculaire des douleurs, à 100%, après une seule séance (recul d'un an)...

Pubalgie après hystérectomie

48 ans, infirmière puéricultrice.

Pubalgie très violente, invalidante, apparue immédiatement au décours d'une hystérectomie par voie basse interannexielle pour utérus myomateux. La marche est quasi impossible, la patiente n'a pas pu reprendre son travail six semaines après l'intervention, le gynécologue est, lui, satisfait du résultat opératoire...

À l'examen : tension extrême et hyperalgique de la tranche vaginale, surtout à l'angle gauche, contracture des releveurs et déficit d'extension du coccyx, tension du fascia vésicovaginal.

Traitement : mobilisation de la symphyse pubienne, mobilisation du coccyx par voie interne, étirement progressif par pressions glissées de la tranche vaginale et des releveurs par voie vaginale.

Amélioration à 90% après la première séance, la patiente reprend son travail en crèche rapidement (18 mois de recul).

Dysménorrhée. Douleurs ovulatoires. Endométriose

42 ans, professeur des écoles.

Depuis près de cinq ans : Dysménorrhée invalidante, dyspareunie profonde en période ovulatoire, douleurs pelviennes prémenstruelles. Trois coéloscopies ont déjà été pratiquées devant ces douleurs, quelques lésions d'endométriose séquellaires ont été retrouvées, une salpingectomie droite, puis gauche, ont été pratiquées, puis un traitement par analogues, sans résultat.

À l'examen : hypertonie douloureuse du releveur gauche, spasme des ligaments utérosacrés, mobilisation du col difficile et douloureuse.

Traitement : étirement progressif des ligaments utérosacrés, mobilisation du col par pressions continues dans le sens de la moindre douleur, mobilisation de l'anneau pelvien et du coccyx par voie interne.

Amélioration à 80% de la dysménorrhée (une seule prise d'antiprostaglandine à j1 et j2 des règles, contre six

aparavant...) ainsi que de la dyspareunie et des douleurs prémenstruelle.

À l'examen, la mobilisation du col est indolore et aisée, les ligaments utérosacrés sont souples, l'exploration vaginale est quasi indolore.

La patiente déclare : « je suis une autre femme, j'ai l'impression d'avoir changé de ventre... » (neuf mois de recul).

D'autres tableaux douloureux très polymorphes peuvent également être rencontrés, le gynécologue devra savoir les rattacher à une dysfonction ostéo-myo-fasciale, après avoir réalisé un bilan complémentaire complet et rigoureux, afin d'éliminer une étiologie non fonctionnelle, et avoir recherché l'existence de restrictions tissulaires selon le protocole d'examen pelvien précédemment décrit.

Discussion

Les différents tableaux douloureux

Plusieurs tableaux douloureux peuvent être rencontrés, parfois associés entre eux selon des intensités variables.

L'interrogatoire attentif doit en préciser la durée, la date et le mode d'apparition brutal ou progressif, l'existence d'un facteur déclenchant (chute directe ou indirecte, accouchement, intervention chirurgicale...).

La dyspareunie superficielle

Évoluant parfois depuis des années, rendant toute pénétration intolérable par son caractère douloureux et parfois impossible sur un plan mécanique. Elle peut être primitive, liée à un traumatisme mécanique ou psychologique antérieur, à rechercher par un interrogatoire respectueux et patient. Elle peut être secondaire, dans les suites d'un accouchement par voie basse ou même par césarienne, d'une chute ou de chocs répétés.

Elle s'accompagne toujours de tensions psychoémotionnelles, bien légitimes en raison de l'altération de la vie de couple de ces femmes, et de leur image psychocorporelle.

La dyspareunie profonde

Variable selon les moments du cycle, à relier parfois à une endométriose connue, ce qui n'empêche pas une amélioration notable après prise en charge en médecine manuelle. Elle se rencontre souvent dans les suites d'hystérectomie par voie haute ou basse.

Les vulvodynies

Brûlures parfois obsédantes, irradiant vers le périnée, l'aine, le vagin ou l'anus, avec parfois sensation de corps étranger, alertant à tort le psychanalyste évoquant alors la conversion d'un conflit névrotique... Un bilan clinique complet s'impose dans un premier temps [8], mais, les traitements prescrits habituellement sont presque toujours inefficaces, y compris la prise en charge chirurgicale qui est parfois proposée... Elle demeure souvent une « énigme » pour les praticiens, alors que la prise en charge en médecine manuelle, lorsqu'elle est adaptée, donne une amélioration remarquable.

La coccygodynie

Très invalidante, fréquente après un accouchement ou une chute, associée parfois à un ténésme ou des névralgies rectales volontiers nocturnes, résistantes à la prise en charge en proctologie. Elle est améliorée souvent de façon rapide et spectaculaire, mais parfois malheureusement persistante dans le cadre d'un syndrome du nerf pudendal sévère [9,10].

Le syndrome urétral

Impression de gêne permanente au niveau de l'urètre, parfois majorée aux rapports rendus très inconfortables, il conduit bien sûr à des explorations urologiques avec parfois des traitements inutiles ou agressifs (antibiothérapies, dilatations). Une dysurie et une pollakiurie peuvent être également observées [11].

Les douleurs pelvi-abdominales associées

Pesanteurs sus-pubiennes, tensions douloureuses des fosses iliaques ou des hypochondres peuvent être associées à un périnée douloureux, réalisant un tableau complexe et persistant après les explorations habituelles (coloscopie, cystoscopie, coelioscopie) ou parfois même l'hystérectomie...

Les éléments du traitement en médecine manuelle

Le protocole de prise en charge comprend plusieurs gestes thérapeutiques fonctionnels, différemment associées selon les données de l'examen clinique précédemment détaillé.

Les éléments traités seront les structures musculaires, les fascias et le cadre osseux.

Les différents gestes thérapeutiques sont les suivants :

- un traitement du spasme du plancher périnéal, et des différents faisceaux des releveurs en particulier, soit par étirement musculaire progressif, soit par manœuvres myotensives ou pressions glissées, en respectant toujours la règle de la « non-douleur » ;
- une mobilisation progressive du col, étirement des ligaments utérosacrés, la pression se faisant dans le sens de la moindre résistance et de l'indolence (dans le sens de la tension, ou en sens inverse). La main vaginale peut coupler son action à celle de la main abdominale, venant donner un appui au geste interne ;
- une mobilisation ou mise en tension du pubis, devant une disjonction même minime de la symphyse pubienne, souvent responsable d'une symptomatologie urétrale selon l'expérience clinique ;
- une mobilisation du coccyx, soit par voie externe, soit par voie rectale, à la condition incontournable d'un geste extrêmement respectueux et doux, expliqué au préalable à la patiente toujours libre de le refuser ;
- un traitement d'une contracture des muscles pelvitrochantériens par manœuvre de pression progressive, au niveau de la fosse ischiorectale et dans la zone obturatrice, en direction des muscles pelviens.

D'autres gestes pourront être associés en fonction des symptômes et de l'expérience du gynécologue, l'ensemble de la prise en charge durant environ trente à quarante minutes.

En fin d'examen, dans la plupart des cas, la diminution des tensions tissulaires est immédiatement perceptible par la patiente et l'opérateur, mais à des degrés divers, et elle se maintiendra à plus ou moins long terme selon le déséquilibre ostéopathique initial.

Les causes d'échec

L'amélioration de la symptomatologie douloureuse s'obtient en général après la première ou la deuxième séance, dans la majorité des cas. Il est demandé à la patiente de la quantifier et un résultat est considéré satisfaisant à partir de 70 % d'amélioration.

Les causes d'échec peuvent être analysées de la façon suivante :

- des dysfonctions mécaniques importantes du cadre osseux pelvien, que se soit au niveau des articulations sacro-iliaques ou coxofémorales ;
- des dysfonctions mécaniques dépassant le cadre pelvien : anomalie lombosacrée, ou thoracolombaire, nécessitant la prise en charge par un confrère en médecine manuelle globale ;
- une ancienneté de la dysfonction pelvipérinéale, les fixations tissulaires étant installées dans un état chronique où le vécu douloureux a pu ancrer les tensions mécaniques dans une sorte de « cercle vicieux » nociceptif ;
- une anomalie posturale globale : le rééquilibrage doit alors s'étendre de l'étage lombaire aux os du crâne, en passant par l'articulé dentaire (défaut d'occlusion, à corriger éventuellement par une gouttière) ou le rééquilibrage plantaire, ce qui dépasse, bien entendu, la compétence du gynécologue ;
- une cristallisation de conflits névrotiques au niveau du pelvis, intégration de souffrances émotionnelles ayant blessé l'enfance : éducations trop rigides, atmosphère de violences familiales, attouchements, relations incestueuses... où la guérison du corps passera par un long chemin de libération psychoémotionnelle ;
- enfin, dans les tableaux de névralgies sévères du nerf pudendal, évoluant parfois depuis de nombreuses années, la prise en charge est extrêmement difficile.

Après les explorations d'imagerie (Scanner, IRM lombosacrée) et d'électrophysiologie (EMG périnéal), le praticien proposera la prescription d'antalgiques ciblés, puis l'infiltration du canal d'Alcock, et, en cas d'échec, la délicate décompression chirurgicale du nerf pudendal, aux résultats très inconstants [13,14].

Conclusion

Le périnée douloureux, sous de multiples tableaux cliniques, représente une cause très fréquente de consultation auprès du gynécologue, et une réelle souffrance pour les patientes qui l'expérimentent.

Une origine fonctionnelle sera évoquée devant la normalité du bilan complémentaire de base, toujours réalisé initialement, avec rigueur mais sans excès, en s'orientant sur l'interrogatoire et l'examen, immédiatement évocateur pour une « main » avertie.

Dans un grand nombre de cas, le gynécologue devrait pouvoir prendre en charge ces douleurs par des techniques de thérapie manuelle, basées sur une bonne connaissance de l'anatomie du périnée.

Cette prise en charge thérapeutique nécessite le développement d'une sensibilité manuelle orientée, appréciant les zones de restriction de mobilité des différents éléments tissulaires du périnée. L'apprentissage de techniques simples mais précises, toujours respectueuses de la patiente et des différentes zones douloureuses doit y être associé.

L'étude clinique présentée demande à être validée plus encore à plus large échelle.

Le protocole thérapeutique appelle à une systématisation plus rigoureuse encore afin d'en assurer la transmission au travers d'un enseignement approprié.

Une collaboration multidisciplinaire avec d'autres praticiens pourra parfois s'imposer : rhumatologue, médecin physique, kinésithérapeute ostéopathe, sage-femme, podologue, psychothérapeute.

L'ancrage psychoémotionnel, si souvent associé, devra en effet toujours être pris en considération et accompagné en conséquence.

Les résultats, souvent très rapides, voire spectaculaires, sont pour le gynécologue source de grande satisfaction thérapeutique et relationnelle, devant ces syndromes douloureux souvent négligés par méconnaissance de leur origine fonctionnelle ostéo-myo-fasciale.

Références

- [1] Grollier F, Graesslin O, Charbonnel-Masse A, Quereux C. Vulvodynie et brûlure vaginale. Mise à jour en gynécologie médicale. In: Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Paris: Diffusion Vigot; 2005.
- [2] Bonneau D, Pelvien A, Bassin P. Juin 2004. Séminaire 9 de l'AFMO (Association de formation continue en médecine manuelle-ostéopathie de l'Hôtel-Dieu de Paris).
- [3] Labat J, Guérineau M. Hypertonie périnéale et douleur : physiopathologie et traitements. SIFUD, octobre 2004.
- [4] Shafik A, El-Sibai O. Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: a concept of pathogenesis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;105:67–70.
- [5] Ageron Marque C. Guide pratique d'ostéopathie en gynécologie. Satas Éditeur 2000.
- [6] Guérineau M., Labat J.-J, Robert R., et al. Aspect myofascial des algies pelvi-périnéales : Traitement kinésithérapeute. *KS*, février 2006, 463:25–37.
- [7] 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.
- [8] Mares P., Ripart-Neveu S. Dyspareunie et vulvodynie : du diagnostic aux outils thérapeutiques. 3^e Congrès de gynécologie obstétrique et reproduction de la côte d'Azur. Nice, 14–16 septembre 2006.
- [9] Besse D. Coccygodynies et algies périno-coccygiennes justiciables d'une thérapie manuelle. *Rev Med Orthoped* 1990;22:29–31.
- [10] Amarenco G, Bensignor M, Guérineau M, Labat J.J, Robert R. Algies pelvi-périnéales : physiopathologie, diagnostic, prise en charge thérapeutique. *KS*. Janvier 1999. N° 385. 21–40.
- [11] Doggweiler-Wiygul R, Blankenship J, MacDiarmid SA. Interstitial cystitis, pelvic pain, and the relationship to myofascial pain and dysfunction: a report on four patients. *World J Urol* 2002;20:310–4.
- [12] Rouvière H. Anatomie descriptive. Paris: Masson; 1974.
- [13] Baurant E, de Bishop E, et al. La prise en charge moderne des névralgies pudendales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003;32:705–12.
- [14] Turner MLC, Marinoff SC. Pudendal neuralgia. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:1233–6.