

## **Syndrome myo-fascial et Algies pelvi-périnéales.**

**Collège de Gynécologie. Tours. 05/10/2012.**

**Martine Grimaldi.**

Cabinet de Gynécologie. 3 Avenue Docteur Moriez. 06000 Nice.

[martine.grimaldi8@gmail.com](mailto:martine.grimaldi8@gmail.com).

Malgré leur fréquence et leur caractère très invalidant, la prise en charge des douleurs périnéales chroniques reste souvent difficile et décevante, après un parcours jalonné de multiples investigations et d'errances médicales inopérantes.

Leur retentissement psycho-émotionnel est cependant majeur, et elles perturbent gravement le quotidien, l'image corporelle et la vie de couple.

Lorsque le bilan étiologique et lésionnel classique est peu informatif, une étiologie, peu connue des gynécologues, mérite d'être identifiée, à savoir l'origine « neuro »myofasciale : il s'agit d'un ensemble de dysfonctionnements mécaniques de l'anneau pelvien et du rachis thoracolumbaire, responsables de contractures musculaires, de douleurs projetées, associés à des phénomènes neurovégétatifs intriqués, l'ensemble conduisant parfois à un « syndrome douloureux régional complexe » auto-entretenu et majoré par son intégration centrale, car très anxiogène.

Dans ce cadre étiologique, une prise en charge adaptée, souvent multidisciplinaire, peut permettre une diminution notable de ces douleurs, améliorant enfin la vie quotidienne de ces femmes et leur vie de couple quand il s'agit de vulvodynies ou de dyspareunies.

### **Qu'est-ce qu'un syndrome « neuro »myofascial ??**

Trois mécanismes fondamentaux peuvent s'associer dans ces douleurs neuro-myofasciales : un syndrome myofascial pelvien et périnéal, un « dérangement douloureux intervertébral mineur », à l'origine de douleurs de type radiculaire, et enfin des phénomènes neurovégétatifs.

De cet éclairage physiopathologique découlent un examen clinique rigoureux et une prise en charge thérapeutique adaptée.

1. Un syndrome myo-fascial se caractérise par la présence de zones de contractures musculaires localisées, repérées par la palpation de « points gâchettes » (ou trigger points), décrits par Travell et Simons, pouvant entraîner une douleur référée, c'est-à-dire à distance, dans une zone cutanéomuqueuse plus ou moins étendue, et spécifique du muscle atteint.

La douleur peut s'accompagner de troubles fonctionnels neurovégétatifs expliquant les symptomatologies parfois associées à type de cystalgies, pesanteurs sus-pubiennes, dysurie, proctalgies fugaces...

Les facteurs déclenchants peuvent être de plusieurs ordres: toutes les agressions périnéo-pelviennes (chocs directs et indirects, chirurgie, post partum, lésions cutanéomuqueuses), associées à un trouble postural global.

Enfin, tous les stress psycho-émotionnels, traumatismes sexuels, traumatismes de l'enfance (éducationnels ou physiques) peuvent être un terrain favorable à l'installation de tels tableaux douloureux.

Plusieurs zones musculaires, accessibles à l'examen gynécologique, peuvent être le siège d'un syndrome myofascial, responsable de douleurs référées : la topographie de ces douleurs s'éclaire en fonction de l'innervation pluriradiculaire des différents groupes musculaires et de leurs rapports anatomiques avec le nerf pudendal ou ses branches périnéales, ou les racines lombaires pour le psoas.

2. Douleur radiculaire : un “dérangement douloureux vertébral mineur” de Robert Maigne (DDIM), en particulier au niveau de la jonction thoracolombaire, peut entraîner une irritation des racines L1/L2, donnant une radiculalgie dans la zone inguinale et les grandes lèvres. Même en cas de syndrome myofascial périnéal manifeste, ce DDIM doit être recherché et pris en compte, car souvent associé en cas de trouble postural global.

Enfin, l'intégration centrale et le vécu anxigène de la douleur aggravent l'ensemble des phénomènes douloureux, expliquant la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire afin d'interrompre le cercle vicieux nociceptif qui s'est installé, parfois depuis des années.

### Syndrome neuromyofascial pelvien : Examen clinique.

L'examen comprend deux axes d'orientation diagnostique.

1.1. Recherche de “points gâchettes” musculaires : par le toucher vaginal (muscles releveurs et obturateurs internes), l'examen périnéal et la palpation de la zone fessière et des articulations de l'anneau pelvien, mais également par toucher rectal, respectueux et selon un protocole précis.

2.2. Recherche d'un dérangement intervertébral mineur (DIM): l'irritation radiculaire se traduit par une cellulalgie cutanée paravertébrale et de la paroi abdominale, retrouvée par la technique du « palper roulé », en particulier dans la zone pubienne et inguinale (territoire T12/L1), mais également directement au niveau vertébral (signes cardinaux décrits par Maigne).

3.

### La prise en charge thérapeutique du syndrome neuromyofascial pelvien.

Les trois axes du traitement sont orientés par la physiopathologie du syndrome myofascial pelvien :

#### 1. Obtenir le relâchement musculaire

2.

1°. Par la prise en charge en médecine manuelle, par des techniques musculaires et articulaires ciblées, mais également l'équilibrage de la posture, et les auto-étirements enseignés à la patiente, et la prise en charge d'un DDIM associé, par un médecin formé en Médecine Manuelle.

2°. Par infiltration de toxine botulique, sous anesthésie générale, en cas d'échec des techniques précédentes.

#### 2. Désensibiliser les capteurs cutanéomuqueux

2.

Par des automassages quotidiens à la lidocaïne topique à 5% en gel, et traitements trophiques divers.

La vestibulectomie sera pratiquée uniquement en cas d'échec des techniques ci-dessus et de la prise en charge psycho-émotionnelle, car les résultats sont inconstants.

#### 3. Désactiver les phénomènes neurovégétatifs et l'intégration centrale psycho-émotionnelle

3.

Il convient de proposer des thérapies psycho-corporelles et comportementales, ou dérivées : sophrologie, hypnose, EMDR... afin de désactiver l'empreinte douloureuse intégrée au niveau central. Les thérapies verbales sont peu indiquées dans ces douleurs chroniques complexes.

A citer, enfin, deux éléments thérapeutiques complémentaires :

Les thérapeutiques médicamenteuses peuvent parfois trouver leur place en complément malgré leurs effets secondaires qui en limitent l'utilisation (sommolence, nausées) : antidépresseurs tricycliques (amitriptyline), anticonvulsivants..

Quant à la chirurgie de décompression du nerf pudendal, elle trouve sa place selon des indications bien codifiées.

**Conclusion** Les douleurs périnéales chroniques représentent souvent un écueil diagnostique et thérapeutique pour le gynécologue, malgré leur fréquence et leur caractère très invalidant, lorsque l'existence d'un syndrome « neuro » myofascial sous jacent est méconnu.

Un examen clinique rigoureux et éclairé permet d'en faire le diagnostic, et d'en proposer une prise en charge multi-disciplinaire, permettant une amélioration clinique dans un grand nombre de cas.

#### Bibliographie

1. Labat JJ, Guerineau M. Hypertonie périnéale et douleur : physiopathologie et traitements. SIFUD, 2004.
2. Mares P, Ripart-Neveu S. Dyspareunie et vulvodynie: du diagnostic aux outils thérapeutiques. 3e Congrès Gynazur (2006), Nice.
3. Grimadi M. Le périnée douloureux sous toutes ses formes. Apport de la médecine manuelle et ostéopathie. Etude clinique. J Gynecol Obstetr Biol Reprod, 2008; 37: 449-457.
4. Bonneau D. Approches des algies périnéales de la femme en médecine manuelle. "Ceinture pelvienne, sacro-iliaque et thérapies manuelles". Ed. Sauramps médical (2007).
5. Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. Philadelphie :Lippincott Williams and Wilkins (1983).
6. Maigne R. Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne, une nouvelle approche. Expansion scientifique française (1989), Paris.
7. Weiss JM. Myofascial causes of chronic pelvic pain. References en Gynecologie Obstetrique, 2009; vol. 12.
8. Grimaldi M. Douleurs périnéales, dyspareunies et vulvodynies : reconnaître et traiter l'origine neuromyofasciale. Réalités en Gynécologie-Obstétrique .148.Octobre 2010.

Collège de Gynécologie