**Zeitschrift:** Physiotherapie = Fisioterapia

**Herausgeber:** Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

**Band:** 35 (1999)

**Heft:** 2

**Artikel:** Les algies pelvi-périnéales : comparaison de traitement : Kinésithérapie et Brachy-Myothérapie

**Autor:** Guerineau, Michel

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-929374

**Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 14.07.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

PRATIQUE

# Les algies pelvi-périnéales

## Comparaison de traitement: Kinésithérapie et Brachy-Myothérapie

**Michel Guerineau, Kinésithérapeute, 17, Allée Commandant Charcot, F-44000 Nantes**

**Les douleurs pelviennes représentent un ensemble de pathologies rares à noms variables. Elles sont de localisation variable et leur cause reste mal connue. Il semblerait s'agir d'irritations de certains nerfs par des muscles contracturés: piriforme, psoas et élévateur de l'anus surtout. Deux groupes de patients ont été traités pour ce syndrome: l'un de 28 cas par physiothérapie classique, l'autre de 21 patients par Brachy-Myothérapie. Cette dernière thérapeutique, moins contraignante, semble donner des résultats légèrement meilleurs en moins de séances.**

### I. Introduction

Les algies pelvi-périnéales sont des douleurs caractérisées par l'extrême variété des signes cliniques décrits par les patients, la difficulté de classer ces symptômes par pathologie, le manque évident d'étiologie.

On retrouve d'ailleurs dans la littérature de nombreux noms pour ce syndrome: proctalgie fugace, coccyalgie, coccygodynie à forme rectale, névralgie ano-rectale essentielle, prurit anal essentiel (ou idiopathique), syndrome du Canal d'Alcock, contracture du crémaster, syndrome du releveur de l'anus, syndrome du piriforme, pour ne citer que les principales appellations.

Les douleurs sont donc variables et peuvent siéger latéralement au niveau de la partie moyenne ou inférieure de la fesse, ou de la moitié inférieure du sacrum, du coccyx; du raphé ano-coccygien, de l'anus, du noyau fibreux central du périnée, et même de la face supéro-interne ou postérieure de la cuisse.

Parfois les douleurs sont plus antérieures, au niveau du pli inguinal, du pubis, des testicules, des grandes lèvres, pouvant éventuellement irradier à la face antérieure ou externe de la cuisse.

Les patients se plaignent de brûlures, de démangeaisons, de crampes, d'élancements, de pincements, ou de sensations de corps étranger intra-rectal.

Ces douleurs peuvent parfois devenir intolérables. Elles peuvent durer des années. Elles sont aggravées par la position debout, la fatigue, le stress, et surtout par la position assise. Elles sont au contraire calmées par le repos allongé (sauf la proctalgie fugace). Elles touchent plus les femmes (65%) que les hommes (35%). Le contexte psychogène est souvent particulier, mais, plus que la cause, ceci semble être la conséquence de la douleur, puisqu'il disparaît avec celle-ci.

Le syndrome n'a été précisé que récemment. En 1977, J.M. Garrigues et coll. évoquent les «Douleurs ano-rectales d'origine rachidienne»; en 1987, G. Amarenco et coll. décrivent «La compression du nerf honteux interne dans le canal d'Alcock ou paralysie périnéale du cycliste»; en 1989 C. Perset envisage les causes mécaniques lombo-sacrées des «Douleurs ano-rectales et coccygodynies»; C. Vesaphong en 1995 présente sa thèse sur le «Syndrome du muscle piriforme et troubles de la statique».

Une origine mécanique, (ostéo-ligamentaire, myo-fasciale), semble donc pouvoir être envisagée dans la genèse des algies pelvi-périnéales.

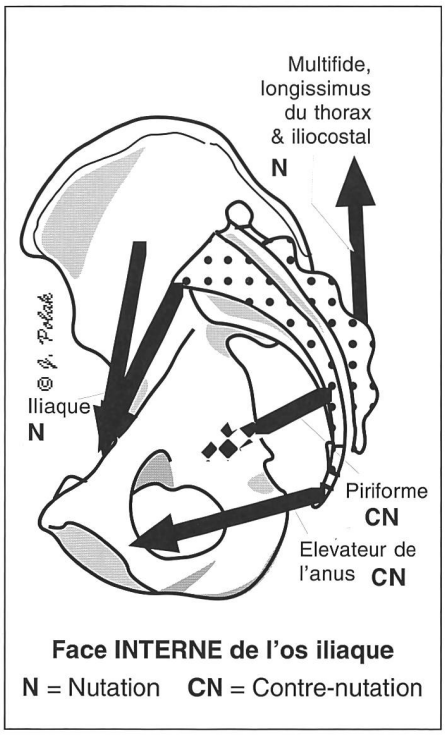


***Fig. 1:*** **Principaux muscles de la nutation et de la contre-nutation.**

### II. Rappel physiologique

Le sacrum alterne deux sortes de mouvements opposés, habituellement de faible amplitude: la nutation et la contre-nutation.

La nutation *(fig. 1)* est l'horizontalisation du sacrum, sa face postéro-inférieure se portant en haut et en arrière, apparemment sous l'action des muscles multifide et érecteurs du rachis (longissimus du thorax et ilio-costal) *(fig. 2)*. Dans le même temps, le promontoire se déplace en bas et en avant, sous l'action du muscle iliaque *(fig. 1 et 2)* entraînant éventuellement avec lui le bassin en antéversion, ce qui augmente la lordose lombaire.

Pendant la nutation du sacrum, le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur se trouve augmenté, de telle sorte que la distance pubis coccyx augmente également. Le faisceau pubo-recto-coccygien du muscle élévateur (anciennement releveur) de l'anus est mis en tension. Le muscle piriforme (anciennement muscle pyramidal) se trouve également étiré. La nutation impose à ces deux muscles une contraction réflexe (réflexe myotatique) qui provoque la contre-nutation *(fig. 1 et 2)*.

Lors de la nutation, le sacrum entraîne avec lui, en haut et en arrière, le coccyx. Ce dernier est maintenu en flexion par le raphé ano-coccygien, écartant ainsi la partie postérieure de l'articulation sacro-coccygienne, étirant les ligaments sacro-coccygiens postérieurs. La partie antérieure de l'articulation sacro-coccygienne se referme, venant irriter le nerf coccygien, ce qui peut entraîner des douleurs péri-coccygiennes (coccyalgies). Le mouvement étirant ou sollicitant un muscle contracturé peut aussi être source de douleur au niveau de celui-ci.

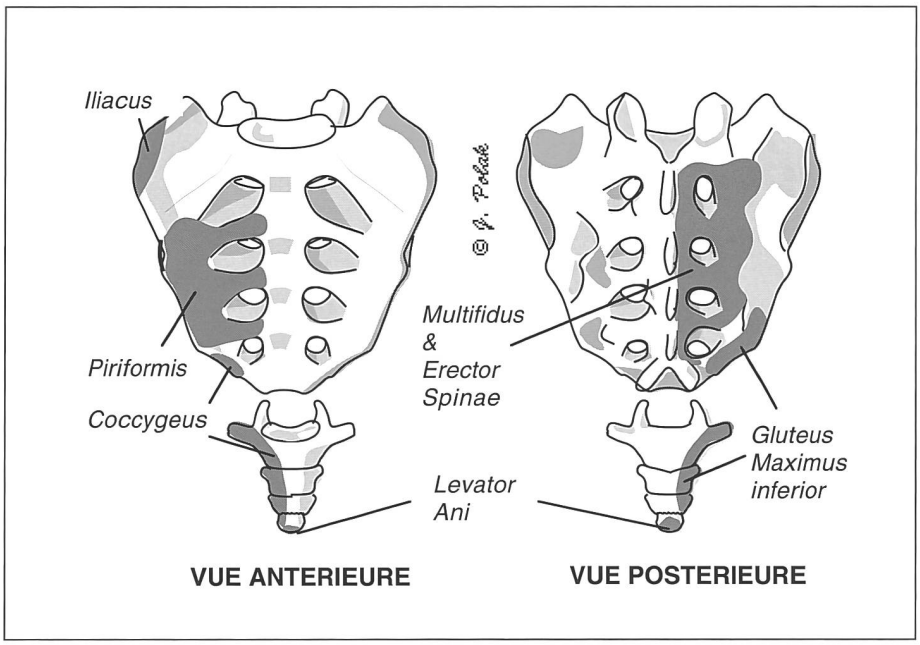


***Fig. 2:*** **Insertions musculaires sur sacrum et coccyx.**

## III. Les muscles en cause

*1) Le muscle piriforme*
*(ancienne terminologie: muscle pyramidal)*

C'est un muscle pelvi-trochantérien. Il va de la face antérieure du sacrum à la face supérieure du grand trochanter.

La palpation de ce muscle dans les algies pelvi-périnéales peut provoquer, de façon uni ou bilatérale, une douleur vive à la pression, au niveau moyen de la fesse, le patient en procubitus, muscle piriforme mis en tension, c'est à dire, genou fléchi à 90°, fémur en rotation interne et adduction.

Cliniquement, les facteurs d'irritation du muscle piriforme peuvent être des postures (ex: conduite automobile prolongée, long parcours en autobus, appui unipodal, position assise longtemps jambes croisées, etc...), des traumas directs (ex: chutes) ou indirects (ex: mouvements de torsion du buste, pied restant fixé au sol), ou une injection intramusculaire mal faite.

Cette douleur, qui peut irradier jusqu'à la crête iliaque ou à la face postérieure de la cuisse, évoque une contracture réflexe du muscle, qui, si elle est caractéristique dans la partie exo-pelvienne du piriforme, l'est encore davantage dans sa portion endo-pelvienne, où le ventre musculaire est plus épais. C'est le «syndrome du piriforme».

L'insertion du muscle piriforme, à la face antérieure du sacrum, entourant les 2e et 3e trous sacrés et sur les gouttières correspondantes, est très proche de l'origine du plexus honteux, et la contracture de ce muscle (un muscle spasmé devient très dur et épais), peut irriter ce plexus et ainsi déclencher des douleurs sur les territoires correspondants *(fig. 3)*:

a) branches collatérales: nerfs viscéraux (rectum – vessie – vagin), nerf du releveur de l'anus, nerf de l'ischio-coccygien, nerf hémorroïdal ou anal, nerf perforant cutané (téguments de la fesse);
b) branche terminale: nerf pudendal (nerf honteux interne), nerf périnéal (scrotum ou grandes lèvres, face inférieure de la verge), nerf dorsal de la verge ou du clitoris.

Mais le plexus honteux n'est pas seul en cause. Le plexus sacré, directement appliqué sur la face antérieure et le bord inférieur du muscle piriforme, peut aussi être irrité, notamment le nerf grand sciatique, le nerf petit sciatique, et le nerf fessier supérieur, déclenchant ainsi des douleurs à formes de sciatiques atypiques *(fig. 3)*.

*2) Le muscle Elévateur de l'Anus (ancienne terminologie: muscle releveur de l'anus)*

Il forme, avec le muscle ischio-coccygien, le plan profond du périnée. Il se compose de deux parties, l'une, externe, ou sphinctérienne, l'autre, interne, ou élévatrice. Il forme un solide plancher de soutien aux organes intra-abdominaux et intra-pelviens, dont il absorbe toutes les pressions. Par le fait, tout spasme de l'élévateur de l'anus peut entraîner, en tout ou partie, un dérèglement du système défécatoire (constipation terminale) et/ou du système urinaire (dysurie), voire du système gynécologique (dyspareunie).

Devant toutes douleurs pelvi-périnéales il convient donc de rechercher et de traiter au besoin un spasme du releveur de l'anus.

*3) Le muscle droit fémoral*
*(ancienne terminologie: droit antérieur)*

C'est le plan antérieur du quadriceps, sa seule partie bi-articulaire. Lors de la flexion passive de la jambe sur la cuisse, patient en procubitus, apparaît dans de nombreux cas une douleur au niveau de la face antérieure de la cuisse signant une rétraction du droit fémoral, qui par son insertion d'origine sur l'épine iliaque antéro-inférieure (tendon direct) attire le bassin en antéversion, augmentant ainsi la lordose lombaire.

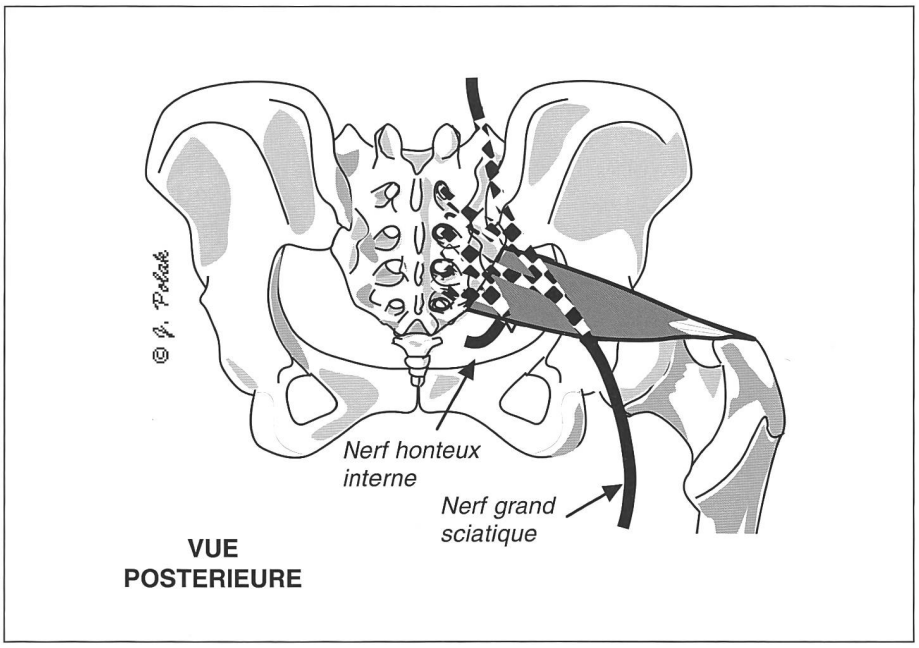


***Fig. 3:*** **Rapports entre muscle Piriforme et nerfs.**

*4) Le muscle Psoas*

Il est tendu de la colonne lombaire au petit trochanter. En enfonçant les doigts, perpendiculairement à la peau, en dedans de la fosse iliaque interne et en dehors de la gaine des grands droits, en direction médiane et lombaire, patient en décubitus dorsal, cuisse fléchie à 45°, la pression exercée réveille une douleur souvent violente qui peut être uni ou bilatérale, véritable contracture du muscle, comparable à celle du muscle piriforme, que l'on peut qualifier de «Syndrome du Psoas».

Cette contracture peut, par action mécanique, irriter les racines L1 (nerfs ilio-inguinal et ilio-hypogastrique ou petit et grand abdomino-génital), L2 (nerfs génito-crural, fémoro-cutané, crural, obturateur), L3 et L4 (nerfs crural et obturateur), L5 (tronc lombo-sacré).

Le muscle psoas prend en effet son origine haute en deux plans *(fig. 4)*:

1) plan principal ou corporéal sur la face antérieure des vertèbres de T12 à L5, plus des arcades tendineuses sur les disques correspondants,
2) plan accessoire ou costoïdal, sur les apophyses transverses des 4 premières vertèbres lombaires.

Entre ces deux plans, descendent en bas et en dehors les racines L1 à L4, qui se trouvent comprimées lors de la contracture du psoas, cette compression entraînant des douleurs sur les territoires concernés:

- partie inférieure de la paroi abdominale, pubis, scrotum ou grandes lèvres, partie supéro-interne de la cuisse pour les nerfs ilio-inguinal et ilio-hypogastrique (L1),
- téguments de la fesse, face antéro-externe de la cuisse pour le nerf fémoro-cutané (L2),
- téguments du triangle de Scarpa, crémaster, scrotum ou grandes lèvres pour le nerf génito-crural (L2),
- le plexus lombaire (L2–L3–L4) se trouve également irrité donnant les signes cliniques suivants: douleurs de la loge interne de la cuisse pour le nerf obturateur, loge antérieure de la cuisse, genou, face interne de la jambe pour le nerf crural.

## IV. Matériel et méthode

Le traitement des algies pelvi-périnéales a été effectué de deux façons différentes. Un premier groupe de patients (comprenant 28 personnes) a été traité, de novembre 1994 à novembre 1996, à l'aide des techniques classiques de kinésithérapie décrites ci-après.

Un deuxième groupe, comprenant 21 autres patients, a été traité par Brachy-Myothérapie, technique décrite et enseignée par le Docteur Polak.

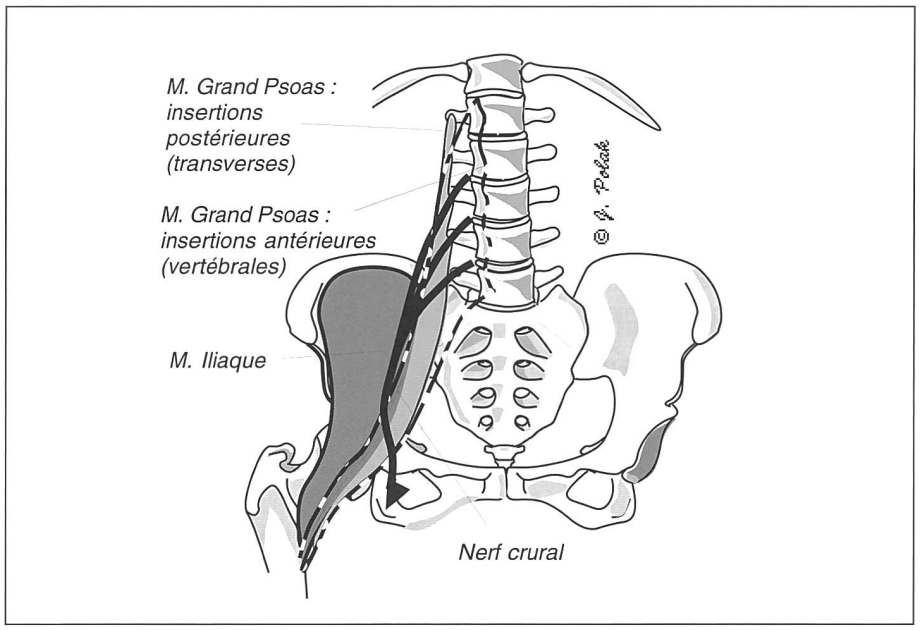


***Fig. 4:*** **Rapports entre les deux faisceaux du muscle Grand Psoas et nerfs.**

### 1) Traitement kinésithérapique

*a) Horizontalisation du sacrum*

C. Perset propose la reverticalisation par pression sur la moitié inférieure du sacrum avec le talon de la main, pression synchronisée sur le rythme respiratoire, patient en procubitus, ainsi qu'une manœuvre de rapprochement pubis-coccyx, patient en décubitus dorsal, la main supérieure exerce une pression verticale sur le pubis, la main inférieure empaume le sacrum l'attirant vers le haut.

*b) Hyperlordose lombaire*

Importance de la prise de conscience du positionnement du bassin: se tenir droit, ventre rentré, bassin en rétroversion; s'asseoir confortablement dans le fond d'un siège (voiture, train, avion, devant la télévision), au besoin diminuer la surcharge pondérale.

*c) Hypotonie abdominale*

Le renforcement des abdominaux se fait essentiellement en raccourcissement actif, c'est à dire en course interne (contraction complète et étirement incomplet). Les exercices sont indiqués au patient pour être effectués régulièrement à la maison, quotidiennement de préférence.

*d) Décontractions musculaires*

Chaque séance commence par des applications de chaleur et des massages des tissus environnants. Ces massages, doux, auront pour but de réaliser une détente musculaire, une hyperhémie tissulaire, une amélioration de la qualité mécanique des tissus et en particulier de leur mobilité (G. Barette).

Les assouplissements porte en priorité sur le piriforme, le droit fémoral, le psoas. La technique utilisée sera celle du «contracter-relâcher». Une contraction musculaire 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 l'endroit à relâcher. La contraction se fait sur l'inspiration, et le relâchement sur l'expiration.

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, le muscle piriforme, pelvi-trochantérien, est décrit comme rotateur externe et abducteur de la hanche; la position du patient sera donc décubitus, dorsal ou ventral, fémur en rotation interne et adduction.

Le même raisonnement s'applique pour le psoas et le droit fémoral. L'étirement musculaire est progressif, lent, dans la limite de l'indolence. Les manœuvres peuvent être répétées plusieurs fois à chaque séance. Les mouvements sont appris au patient, avec précision, pour un entretien régulier personnel. Dans le premier groupe, chaque patient a été traité par kinésithérapie. Généralement en 10 à 20 séances (moyenne 14) à raison de 2 séances par semaine.

### 2) Traitement par brachy-myothérapie

La technique utilisée est définie par le Docteur Polak. Il s'agit de mobilisations en raccourcissement passif (donc fait par le seul thérapeute, sans participation du patient) des muscles concernés et des muscles à distance qui sont souvent à l'origine de ces contractures de compensation. 21 patients ont été traités par cette technique,

12 femmes et 9 hommes. Age moyen 50 ans (extrêmes 30–66 ans).
Pour tous ces patients l'on a traité le releveur de l'anus et le transverse profond du périnée, ainsi que des muscles du cou dans 4 cas (1 femme et 3 hommes), et des pieds dans 17 cas (11 femmes et 6 hommes).
Dans ce deuxième groupe, la Brachy-Myothérapie a été faite sur 10 séances en moyenne par patient, mais le résultat a commencé à se faire sentir dès les 2 ou 3 premières séances. Toutefois, afin d'assurer la pérennité du résultat, le traitement était continué jusqu'à la dixième séance.

## V. Résultats

Pour établir la synthèse des résultats obtenus, nous avons utilisé l'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA).

**Échelle visuelle analogique de la douleur**
Le patient fait glisser le curseur au niveau correspondant à sa douleur. Au verso se lit le pourcentage: à gauche 0% = pas de douleur, à droite 100% = douleur maximum imaginable.

| | | |
|---|---|---|
| Pas de douleur | ---------- | Douleur maximum imaginable |

Les résultats ont été établis d'après le gain obtenu sur l'échelle E.V.A. entre la première et la dernière séance:
- 0: Aucun résultat
- 0 à 20: Amélioration sensible
- 20 à 40: Bonne amélioration
- 40 et plus: Résultat satisfaisant ou très satisfaisant.

*1) En fonction de ces critères, les résultats obtenus par le traitement kinésithérapique ont été les suivants:*

| | | |
|---|---|---|
| – Aggravation: | 0 | (0%) |
| – Aucun résultat: | 2 | (8%) |
| – Amélioration sensible: | 6 | (21%) |
| – Bonne amélioration: | 3 | (11%) |
| – **Satisfaisant ou très satisfaisant:** | **17** | **(60%)** |

*2) Les résultats obtenus par le traitement myothérapique ont été les suivants:*

| | | |
|---|---|---|
| – Aggravation: | 0 | (0%) |
| – Aucun résultat: | 1 | (4,7%) |
| – Amélioration sensible: | 2 | (9,4%) |
| – Bonne amélioration: | 4 | (18,8%) |
| – **Satisfaisant ou très satisfaisant:** | **14** | **(67,1%)** |

## VI. Discussion

Cette étude fait ressortir que le traitement myothérapique semble préférable au traitement kinésithérapique.

- Le nombre moyen de séances est moindre (10 au lieu de 14)
- Les patients bien améliorés ou guéris sont un peu plus nombreux (86% par Brachy-Myothérapie, 71% par kinésithérapie classique)
- Les échecs sont moins fréquents (4,7% par Brachy-Myothérapie, 8% par kinésithérapie classique)

Cependant le nombre de cas dans chaque groupe est insuffisant pour montrer une différence statistiquement significative entre les deux approches. Si l'on additionne les améliorations bonnes et satisfaisantes, la différence devient plus significative: 86% par Brachy-Myothérapie, 71% par kinésithérapie classique. Le faible nombre de cas s'explique en pratique par la rareté de la pathologie.
Mais la technique myothérapique présente certains avantages: étant douce et indolore elle peut être appliquée sur tous les patients; étant totalement passive elle ne demande pas leur participation ce qui permet au thérapeute de mieux maîtriser le traitement, la rend applicable à tous les cas et n'est pas contraignant entre les séances; étant exclusivement manuelle elle ne nécessite aucun appareil, et enfin puisqu'elle respecte parfaitement les données de physiologie articulaire et musculaire elle conserve à la kinésithérapie toute son étymologie: «Le soin par le mouvement».

## BIBLIOGRAPHIE

1) *G. AMARENCO, A. LE COCQUEN-AMARENCO, J. KERDRAON, P. LACROIX, M. A. ABDA, Y. LANOE:* Les névralgies périnéales – La presse médicale, 19 janvier 1991, 20, n° 2.

2) *G. AMARENCO, J. KERDRAON:* Syndrome du canal d'Alcock et névralgies périnéales, Lyon Chir. 89/3-1993.

3) *G. BARETTE, MCMK EFOM 1995:* Techniques de levées de tension musculaire.

4) *M. BENSIGNOR-LE HENAFF, J. J. LABAT, R. ROBERT, Y. LAJAT:* Douleur périnéale et souffrance des nerfs honteux internes, Cahiers d'anesthésiologie-Tome 41 n° 2, 1993, p. 111 à 114.

5) *J. DUHAMEL, C. LONGREEN:* Algies ano-recto-périnéales. Entretiens de Bichat. Sept. 1980.

6) *J. M. GARRIGUES, J. P. CAILLENS, Y. JARROUSE, J. P. TOURNON:* Douleurs ano-rectales d'origine rachidienne. Annales de gastrœntérologie et d'hépatologie, 1977, 13, 7, 927–934.

7) *I. A. KAPANDJI:* Physiologie articulaire, fasc. III, Maloine.

8) *J. J. LABAT, R. ROBERT, M. BENSIGNOR, J. M. BUZELIN:* Les névralgies du nerf pudendal (honteux interne) considérations anatomo-cliniques et perspectives thérapeutiques. Journal d'urologie 1990, n° 5, p. 239–244.

9) *C. PERSET:* Douleurs ano-rectales et coccygodynies. Cahiers de formation continue du kinésithérapeute. SPEK.

10) *J. POLAK:* Contractures persistantes: l'hypothèse d'une boucle ß, Kinésithérapie Scientifique 360, 10/96.

11) *R. ROBERT, J. J. LABAT, P. A. LEHUR, P. GLEMAIN, O. ARMSTRONG, J. LE BORGNE, J. Y. BARBIN:* Réflexions cliniques, neurophysiologiques et thérapeutiques à partir de données anatomiques sur le nerf pudendal (honteux interne) lors de certaines algies périnéales. Chirurgie 1989, 115, p. 515–520.

12) *R. ROBERT, C. BRUNET, A. FAURE, P. A. LEHUR, J. J. LABAT, M. BENSIGNOR, J. LE BORGNE, J. Y. BARBIN:* La chirurgie du nerf pudendal lors de certaines algies périnéales: évolutions et résultats. 1993–1994, 119, p. 535–539.

13) *R. ROBERT, J. J. LABAT, M. BENSIGNOR, J. SZAPIRO, A. FAURE, S. MARTIN, A. COSTARGENT:* Bases anatomiques de la chirurgie du nerf pudendal. Lyon Chir. 89/3-1993.

14) *C. VESAPHONG:* Syndrôme du muscle piriforme et troubles de la statique. Thèse n° 59, 1995 Université L. Pasteur, Faculté de médecine de Strasbourg.

15) *J. VILOTTE:* Algies ano-rectales essentielles. Encycl. méd. chir. Paris, Estomac, 1987, F 10, 4-6-05.

Merci de penser à nos annonceurs lors de vos achats.