



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



Approche symptomatique des dysfonctions musculosquelettiques et douleurs pelvipérinéales chroniques

Symptomatic approach to musculoskeletal dysfunction and chronic pelvic and perineal pain

J.-J. Labat^{a,*}, M. Guerineau^b, D. Delavierre^c,
L. Sibert^d, J. Rigaud^a

^a Centre fédératif de pelvipérinéologie, clinique urologique, CHU de Nantes, 44093 Nantes, France

^b Centre fédératif de pelvipérinéologie et kinésithérapie, CHU de Nantes, 44093 Nantes, France

^c Service d'urologie-andrologie, CHR La Source, 45000 Orléans, France

^d Service d'urologie, EA 4308, hôpital Charles-Nicolle, CHU de Rouen, université de Rouen, 1, rue de Germont, 76000 Rouen, France

Reçu le 12 août 2010 ; accepté le 16 août 2010

Disponible sur Internet le 12 octobre 2010

MOTS CLÉS

Douleur pelvienne ;
Douleur périnéale ;
Syndrome myofascial ;
Dysfonction du plancher pelvien ;
Fibromyalgie ;
Hypersensibilisation ;
Douleurs projetées ;
Physiothérapie

Résumé

Matériel et méthodes. — Étude des articles de la littérature consacrée aux aspects musculosquelettiques de douleurs pelvipérinéales.

Résultats. — Définitions des dysfonctionnements du plancher pelvien, de la notion d'hypertonie périnéale, de la notion de douleurs myofasciales et de points gâchettes musculaires (trigger points), de la notion de fibromyalgie.

Conclusion. — Les douleurs musculosquelettiques sont surement très sous-estimées dans l'approche des douleurs pelvipérinéales chroniques. Leur physiopathologie font intervenir des troubles de l'équilibre lombopelvifémoral, des douleurs myofasciales caractérisées par la présence de trigger points dont la physiopathologie reste très discutée : pathologie strictement musculaire, réaction à des réactions inflammatoires de voisinage source d'hypersensibilisation, ou simples témoins d'une hypersensibilisation centrale dans le cadre d'une douleur chronique maladie.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jjlabat@chu-nantes.fr (J.-J. Labat).

KEYWORDS

Pelvic pain;
Perineal pain;
Myofascial syndrome;
Pelvic floor
dysfunction;
Fibromyalgia;
Hypersensitization;
Referred pain;
Physiotherapy

Summary

Introduction. – Clinical examination of a patient with chronic pelvic and perineal pain often demonstrates muscle hypertonia or muscle contracture sometimes associated with local tenderness or real muscle trigger points. It is sometimes very difficult to determine whether this muscle pain detected on clinical examination is the cause or a consequence of the pain. The purpose of this article is to review musculoskeletal dysfunction in the context of chronic pelvic and perineal pain.

Material and methods. – Review of the literature devoted to musculoskeletal aspects of pelvic and perineal pain.

Results. – Definitions of pelvic floor dysfunction, hyperactive pelvic floor, myofascial pain and muscle trigger points, and the concept of fibromyalgia.

Conclusion. – Musculoskeletal pain is certainly underestimated in the management of chronic pelvic and perineal pain. The pathophysiology of musculoskeletal pain involves disorders of the lumbar, pelvic and femoral equilibrium, myofascial pain characterized by the presence of trigger points for which the pathophysiology remains controversial: a purely muscle disease, reaction to adjacent inflammatory reactions causing hypersensitization, or simply a sign of central hypersensitization in a context of chronic pain syndrome.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Dans les syndromes douloureux pelvipérinéaux, l'examen clinique retrouve souvent une hypertonie musculaire, une contracture musculaire avec parfois une hypersensibilité à la pression ou de véritables points gâchettes musculaires. Les muscles en cause peuvent appartenir à la paroi abdominale, au périnée et aux fesses ou aux régions paravertébrales.

Il est bien difficile de savoir si ces douleurs musculaires retrouvées à l'examen clinique sont les causes de la douleur alléguée par le patient, parfois située très à distance, si elles en sont les conséquences dans le cadre de contractures réflexes ou si elles sont le témoin d'une hypersensibilité régionale ou diffuse (elle-même facteur de risques de douleurs ou conséquence de la chronicisation de la douleur).

Cette composante musculaire est très souvent négligée car non recherchée puisqu'elle n'appartient à l'exploration habituelle des organes. Pourtant, la découverte de cette dimension a des incidences thérapeutiques avec des améliorations par des techniques physiothérapeutiques indéniables même si elles ne sont pas miraculeuses. Il serait dommage de ne pas en faire bénéficier le patient dans un domaine où les thérapeutiques qui n'ont pas d'effet secondaire ne sont pas légion.

Si ce sujet témoigne d'une approche assez empirique, de mécanismes physiopathologiques discutables, la littérature est de plus en plus fournie et l'existence et la fréquence de ces douleurs à composante musculaire, l'efficacité des prises en charges thérapeutiques sont de moins en moins discutables.

Définitions**Dysfonctionnement du plancher pelvien et hypertonie périnéale****Définition**

L'International Continence Society (ICS) reconnaît un rôle aux muscles du plancher pelvien dans l'étiologie de cer-

taines douleurs pelviennes chroniques [1]. Les muscles du planchers pelviens sont les élévateurs de l'anus, les sphincters striés de l'urètre et de l'anus, les muscles ischio- et bulbocaverneux. Ces muscles fonctionnent en masse. Le plancher pelvien a pour fonction de soutenir les organes, les muscles du plancher pelvien de se contracter pour faciliter la continence et éviter l'agression sexuelle, de se relâcher pour faciliter la miction, la défécation et les rapports sexuels. Les symptômes en rapport avec les dysfonctions du plancher pelvien sont classés en cinq catégories: les troubles du bas appareil urinaire (incontinence urinaire, pollakiurie, urgence, dysurie, rétention), les troubles anorectaux (difficultés d'exonération, incontinence fécale), les prolapsus, les troubles sexuels (dysfonction érectile et éjaculatoire, les dyspareunies, les troubles de l'orgasme) et les douleurs. Parmi ces douleurs, l'ICS [2] inclut les douleurs pelviennes chroniques et le syndrome de douleur pelvienne qui associe des douleurs pelviennes et des dysfonctions urinaires, anorectales, sexuelles ou gynécologiques. La possibilité d'un lien est donc clairement retenue par l'ICS entre douleur pelvienne et dysfonction du plancher pelvien [3].

Le plancher pelvien est considéré comme hyperactif quand les muscles ne se relâchent pas quand ils devraient le faire. Cette situation expliquera donc des difficultés mictionnelles (dyssynergie fonctionnelle) et défécatoires (asynchronisme abdominopérinéal), une dyspareunie (vaginisme). Contrairement aux obstacles anatomiques, ces troubles fonctionnels sont fluctuants et souvent dépendants de certaines situations (intensité de la douleur, facteur de stress, degré de relaxation...).

Quelles sont les données d'examen susceptibles d'affirmer une hyperactivité du plancher pelvien ? [4–6]

L'hyperactivité du plancher pelvien peut s'exprimer de différentes manières. On demande au patient une contraction musculaire volontaire puis immédiatement un relâchement ; l'absence d'obtention d'une relaxation musculaire volon-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3823761>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3823761>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)