

Syndrome de l'élévateur de l'anus (*levator ani* ou releveur) et algies ano-rectales : thérapie manuelle interne (1^{ère} partie)

Mots clés : ► Algies ano-rectales ► Élévateur de l'anus ► Thérapie manuelle

Les douleurs ano-rectales [1] représentent le motif de consultation le plus fréquent en proctologie. Ces douleurs proches du coccyx étaient appelées coccydynie ou coccygodynie mais ce terme doit être abandonné. Elles représentent environ 5 à 8 % [2, 3] des motifs de consultation en proctologie mais seulement un tiers des patients seulement consulteraient un praticien [4].

Les algies ano-rectales se caractérisent par leur prédominance féminine, leur évolution chronique et leur résistance habituelle au traitement.

Ces algies ano-rectales ont une définition précise : c'est une douleur très localisée au niveau du coccyx, irradiant peu et majorée en station assise. Si la douleur est aussi intense en position debout ce n'est pas une algie ano-rectale ou coccygodynie. Le syndrome du releveur (*levator syndrom*) (classification de Rome IV [1]) : F2a. syndrome du *levator ani* a été introduit dans plusieurs classifications internationales depuis Rome 2 [5] mais est décrit pour la première fois par Thiele dans les années 1930 [6], sous le terme de coccygodynie. En fait, le syndrome de l'élévateur (releveur dans l'ancienne nomenclature) est un élément majeur qui peut entraîner une coccygodynie mais cette dernière peut être également d'origine traumatique, neurale ou due à des troubles de la coordination ou des pathologies anales.

Anatomie

Le muscle élévateur de l'anus (muscle *levator ani*) constitue avec l'ischio-coccygien la formation essentielle du plancher pelvien.

Il s'agit d'un diaphragme musculaire, étalé et mince, dont la forme a été comparée à un hamac

dans lequel reposent les organes pelviens. Classiquement, il est composé de trois faisceaux : ilio-coccygien, pubo-coccygien et pubo-rectal (mais certains auteurs ne décrivent que deux éléments principaux : le faisceau pubo-coccygien et le faisceau ilio-coccygien. Ces deux faisceaux ont été confirmés par les examens en imagerie IRM réalisés sur des sujets sains ou des patients en décubitus [7]). Ce muscle est innervé par la racine S3.

Clinique

Le syndrome du releveur se manifeste par une algie ano-rectale, en général chronique, touchant plus les femmes d'âge moyen.

La douleur augmente au fil des mois ou parfois des années. Il s'agit d'une douleur d'intensité souvent modérée, de siège anal et/ou rectal : Les douleurs peuvent irradier vers le pli interfessier, le pelvis, les fesses, la face postérieure des cuisses ou les organes génitaux.

Les caractéristiques de la douleur sont imprécises : pesanteur profonde, brûlure rectale et vers le coccyx, spasme, difficultés à expulser.

Sur 24 heures, la douleur n'est jamais nocturne et est intermittente. Elle est souvent associée à des pathologies fonctionnelles comme les troubles fonctionnelles intestinaux et la constipation [5]. Ce syndrome s'accompagne également de troubles urinaires et sexuels.

La douleur est aggravée par :

- la position assise prolongée ou le passage de la position assise à la station debout (le malade est souvent contraint de s'asseoir sur l'une ou l'autre fesse) ;
- par la défécation ou post-défécatoire ;

Pascal POMMEROL

Cadre de santé, Msc
Ostéopathe
Directeur de PAPL Formation
Lyon (69)

Syndrome de l'élevateur de l'anus (*levator ani* ou releveur) et algies ano-rectales : thérapie manuelle interne (1^{ère} partie)

► Tableau I

Critères diagnostiques du syndrome de l'élevateur de l'anus [1]

Douleurs ou brûlures rectales chroniques ou récurrentes
et
Épisodes douloureux durant plus de 30 minutes
et
Évoluant depuis plus de 3 mois non consécutifs dans les 26 derniers mois
et
Exclusion médicales d'autres causes (fissure, hémorroïdes, abcès, thrombose, etc.)
et
Contracture des releveurs au toucher rectal et douleur à la traction postérieure du muscle (faisceau pubo-rectal)

- cette douleur est souvent soulagée par la station debout, la marche mais surtout par le décubitus. Certains auteurs parlent d'un syndrome postural [8].

Elle s'accompagne volontiers d'un syndrome de côlon irritable et/ou de constipation (nommée dans la classification de Rome IV [1]). Son diagnostic repose en général sur l'interrogatoire (syndrome postural caractéristique) et l'examen clinique (contracture douloureuse caractéristique des muscles releveurs de l'anus au toucher rectal) avec difficultés de se relâcher (tab. I). Les algies ano-rectales ont parfois une cause autre mais le diagnostic se différencie par la non-douleur lors de la traction postérieure du muscle pubo-rectal (critère de Rome IV [1]).

Le diagnostic médical permet d'écartier les diagnostics différentiels.

Les causes fonctionnelles de l'hypertonie ou des troubles de coordination de ce muscle sont multiples :

- cause mécanique possible : hyperlordose lombaire à l'origine d'une élévation douloureuse du releveur par horizontalisation du sacrum, cause sociétale, séquelles d'encoprésie, neuropathie, vasculaire, traumatisme divers, etc.

Le traitement interne ou endocavitaire est difficile et nécessite une préparation psychologique et des explications. Nous avons décrit le cadre éthique de ces manœuvres dans des articles antérieurs [9, 10].

Il repose sur trois manœuvres visant à diminuer la contracture de l'élevateur et à mobiliser le coccyx.

Ces manœuvres endocavitaires sont (fig. 1 à 3) [4, 8] :

- le massage de Thiele [6] ;
- la manœuvre de mobilisation du coccyx ;
- la technique de traction postérieure.

■ Massage des triggers (Thiele modifié) : technique de diagnostic et de traitement (fig. 1)

- On peut utiliser les techniques endocavitaires anales. La pression réalisée avec un seul doigt sera maintenue très doucement et dans l'indolence, sur l'expiration pour libérer la sidération musculaire, le retour, lent, sera imperceptible par le patient. Cette technique ne sera pas utilisée à la première séance si la douleur est importante. Ces manœuvres seront plutôt réservées à la deuxième ou troisième séance, à l'appréciation du praticien, lorsque la musculature s'est relâchée, mais sans avoir obtenu le résultat souhaité, on peut utiliser la pression des points triggers plus précise et légèrement plus appuyée sur les points douloureux mais sans provoquer des algies [11, 13].

- Technique de Thiele classique [6] : patient en décubitus latéral gauche, le doigt rectal perpendiculaire aux fibres du releveur se déplace le long de la corde contracturée, la face palmaire de l'index au contact du bord latéral du muscle. Ce massage est d'abord doux et court, puis au fur et à mesure que la contracture musculaire diminue il sera plus prolongé et plus appuyé. Ces séances bi- ou tri-hebdomadaires, d'une à 6 minutes, doivent être répétées 5 ou 6 fois pour juger des résultats. Elles sont apprises au patient. Ce protocole nous semble excessif au niveau des répétitions mais il est repris par Wise *et al.* [13] et Anderson *et al.* [14].

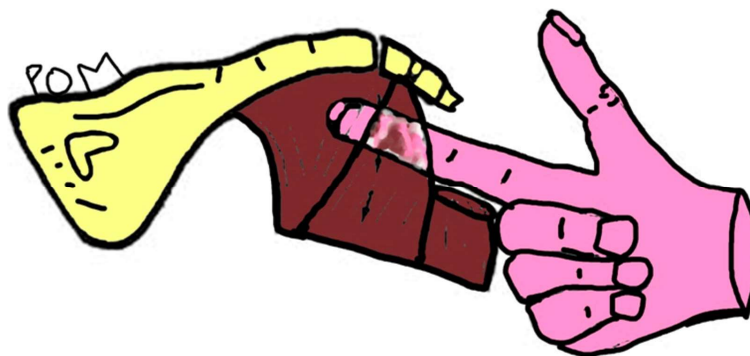
■ Technique de traction postérieure du muscle élévateur

C'est la technique de diagnostic et de traitement la plus intéressante. Elle permet de diagnostiquer la contracture de l'élevateur et de

mettre en évidence une subluxation antérieure du coccyx et au niveau du traitement de réaliser des techniques myotensives douces.

■ Premier temps

Le doigt interne touche mais ne mobilise pas le coccyx (sans pression sur l'os). Le doigt externe vérifie que le coccyx est maintenu immobile. La manœuvre permet d'étirer le muscle dans sa partie antérieure et le sphincter externe.

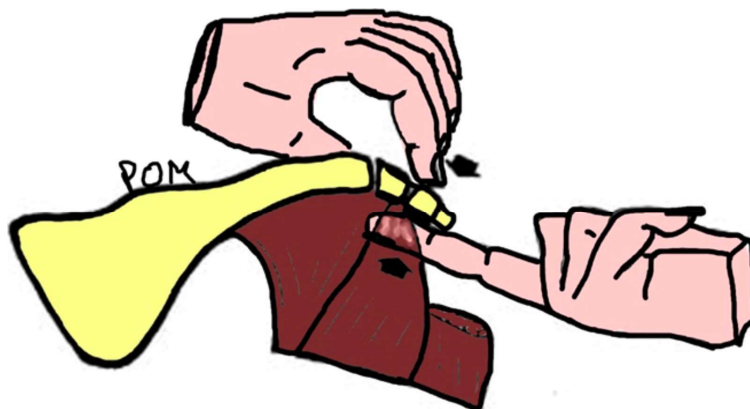


► Figure 1

Technique de massage dans le sens des fibres ou appui prolongé sur les points douloureux en technique trigger

■ Deuxième temps

On apprend au patient la relaxation du muscle par des contractions *a minima* du muscle élévateur en faisant percevoir le déplacement antérieur de l'anus lors de la contraction et surtout le relâchement par le déplacement postérieur sur une expiration non forcée. Prise de conscience, relaxation, contrôle de la contraction sont les éléments clés de temps rééducatifs.



► Figure 2

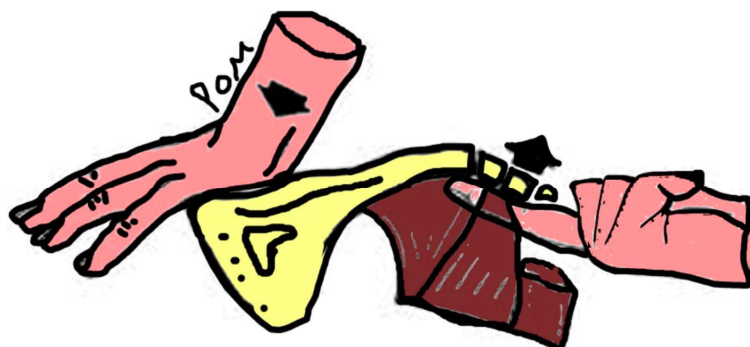
Technique de traction postérieure ou d'étirement des fibres antérieures de l'élévateur de l'anus [4], puis technique myotensive par un contracté-relâché sur une expiration

■ Troisième temps

La relaxation pendant des exercices respiratoires et de contractions des abdominaux et de la défécation sont recherchés (fig. 2).

■ Technique de mobilisation du coccyx (fig. 3)

Cette technique nous semble particulièrement intéressante dans les cas de coccyx hypermobile d'origine articulaire et/ou musculaire car elle permet de mobiliser le coccyx en arrière et de lutter contre la traction du muscle élévateur. Elle se pratique toujours après la technique de traction postérieure. Elle doit être pratiquée en test diagnostique et si besoin selon le diagnostic en technique de traitement.



► Figure 3

La technique de mobilisation du coccyx [4]
Le coccyx est maintenu en nutation, faisant apparaître les articulations sacro-coccygiennes et allonger le muscle élévateur de l'anus
Cette manœuvre semble particulièrement intéressante dans les algies post-traumatiques puisque cet auteur décrit avoir un net soulagement (98 sur 128) versus coccydynies ou algies ano-rectales non traumatiques (14/44)

Suite et bibliographie dans notre prochain numéro