

Traitement manuel de la névralgie pudendale (1^{ère} partie)

Cet article fait suite aux articles parus dans les numéros précédents de KS à propos du toucher rectal et du diagnostic de la névralgie pudendale.

Introduction

Il est très important d'intervenir rapidement. La précocité du traitement est le meilleur facteur de réussite [1]. La prise en charge en thérapie manuelle neuroméningée® et en kinésithérapie est un traitement de fond [2-5].

La douleur chronique est fréquente. Plusieurs facteurs sont responsables de cette chronicité :

- L'augmentation du délai entre l'installation des douleurs et la mise en route du traitement est un de ces facteurs. L'étiologie neurologique est souvent longtemps méconnue ; il existe d'ailleurs une corrélation nette entre la durée d'évolution et l'efficacité des traitements [6-8].
- L'existence de sites de compressions multiples associées : les vérifications chirurgicales [2, 8, 9] sont présentes dans la littérature pour prouver ce fait. On le retrouve aussi dans des études de dissections du nerf sur cadavre [8].
- La fréquence d'une atteinte proximale (canal lombaire étroit, pathologie discale) ou d'une neuropathie périméale d'étirement associé : le nerf est ainsi plus fragile avec des possibilités de restauration moindres lors des processus de cicatrisation [10, 11].
- La composante végétative est non négligeable [9] : l'importance quantitative des fibres sympathiques (30 % du contingent nerveux) véhiculées par le nerf pudendale [4, 5] explique les caractéristiques de ces douleurs.
- Les thérapeutes méconnaissent cette pathologie et il existe un retard de diagnostic et de traite-

ment fréquent. Pour preuve, les publications ne sont pas nombreuses ; il existe, au 5 mars 2015, dans Pubmed :

- 146 articles si on associe « *Pudendal nerve AND physiotherapy* » ;
- seulement 11 si on associe « *Neuralgia pudendal AND manual therapy* » ;
- on retrouve 13 résultats avec les termes « *Pudendal neuralgia AND physiotherapy* » ;
- 23 réponses avec les mots « *Pudendal neuralgia AND physical therapy* ».

Si on veut être plus précis dans la recherche, on utilise les mots « *Pudendal* » [All Fields] AND « *Musculoskeletal manipulations* » [MeSH Terms] OR « *Musculoskeletal* » [All Fields] AND « *Manipulations* » [All Fields] OR « *Musculoskeletal manipulations* » [All Fields] OR « *Manual* » [All Fields] AND « *Therapy* » [All Fields] OR « *Manual therapy* » [All Fields] ; cela nous permet de découvrir 9 parutions seulement.

La recherche sur Science Direct est équivalente avec les mots « *Pudendal neuralgia* » AND « *Manual therapy* ». Depuis 2005, on retrouve 161 réponses mais, après un tri soigné, seulement 11 articles méritent l'attention du physiothérapeute.

Principe du traitement

Il faut réaliser une détente des tensions au niveau du petit bassin pour soulager le patient dans un premier temps, puis progressivement introduire des mobilisations qui permettent d'assouplir et de diminuer les pressions dans le petit bassin.

Il faut donc lutter contre l'hypertonie des muscles fessiers et du périnée exactement l'inverse de la rééducation périnéale classique. En revanche, le biofeedback peut être intéressant pour découvrir le relâchement des muscles comme dans la rééducation de l'encoprésie chez l'adolescent.

Pascal POMMEROL

Kinésithérapeute
cadre de Santé -
Ostéopathe
Directeur de
PLP Formation
Lyon

Christine POMMEROL

Kinésithérapeute
Lyon

A. BONTOUX

Kinésithérapeute
Lyon



► **Figure 1**

Manipulation en transversal du nerf en course interne au niveau du canal d'Alcock sur la branche médiale ischio-pubienne

Le glissement du doigt se fait en avant (en direction du pubis), puis suit la direction du canal et permet d'écraser le nerf et de mobiliser le nerf en transversal, c'est-à-dire de cranial à caudal et l'inverse



► **Figure 2**

Manipulation lors d'une course externe en longitudinal
Elle reste très difficile car la flexion des hanches crée une augmentation de tension sur la partie médiale de l'ischion

Ce type de rééducation doit être arrêté immédiatement s'il s'accompagne de douleurs car nous recherchons une relaxation du patient.

Les mises en étirement du plancher périnéal seront introduites progressivement dans le traitement car si le patient ne contrôle pas bien son relâchement, ces postures vont être source de douleurs et risquent de renforcer la centralisation de celles-ci.

Le traitement va se réaliser en quatre temps comme tout traitement de thérapie et d'ostéopathie neuroméningée® [10].

Le traitement neuroméningée® a comme séquence :

- le massage-manipulation du nerf ;
- les traitements des structures avoisinantes du nerf pudental peuvent être responsables du conflit ;
- la mobilisation du nerf par rapport aux éléments anatomiques environnants : mobilisation du nerf pudental par rapport aux éléments osseux et articulaires du bassin et par rapport aux éléments musculaires (piriforme, obturateur interne) ;
- la mobilisation des éléments anatomiques environnants (articulations, muscles, vaisseaux) par rapport aux nerfs (ici, le nerf pudental). Ce dernier temps est la mobilisation inverse du temps précédent.

Modalités du traitement

Voyons ces différents temps :

■ Massage-manipulation du nerf par voie externe ou interne en course interne ou externe —

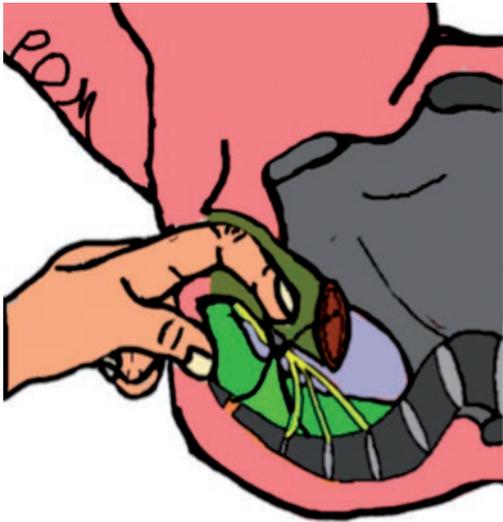
■ Par voie externe

On peut mobiliser le nerf au niveau de l'épine sciatique, puis en dessous au niveau des ligaments sacro-tubéaux, et enfin sur la branche ischio-pubienne (fig. 1) [11, 12]. Cette manipulation peut se faire en transversal en course interne et en longitudinal en course externe (fig. 2).

La flexion du sacrum crée une mise en tension du plexus sacral mais crée en tension des muscles fessiers. La manipulation devient donc plus difficile. Il faut ne pas hésiter à augmenter la pression au niveau des pouces pour la mobilisation en direction du nerf. La mobilisation longitudinale se réalise sur la direction de la droite passant en dedans de l'ischion et du pubis. Les pouces font donc un mouvement de haut vers bas et l'inverse pour suivre la partie médiale de la branche ischio pubienne.

■ Par voie interne (fig. 3)

Les conseils et la technique sont décrites dans un de nos précédents articles [13]. La position en décubitus latéral est particulièrement indiquée, le patient étant couché sur le côté lésionnel. Cette position permet de venir masser le nerf au niveau



► **Figure 3**

Manipulation du nerf pudendal en décubitus latéral : le patient est couché sur le côté du nerf à mobiliser, le doigt rectal du praticien va en bas, en crânial et en avant pour venir buter sur l'épine sciatique [11, 12]

On peut donc intervenir au niveau de la pince ligamentaire [9, 11]

Cette manipulation sera plus facile en transversale (perpendiculaire à la direction du nerf) de haut en bas

de l'épine sciatique et de la tubérosité ischiatique. Ce toucher rectal ne doit jamais douloureux ou vécu comme une agression [13].

On peut faire varier la tension du nerf par la mise en flexion du sacrum soit par la flexion des lombaires, soit par la flexion des hanches ; si on réalise une extension des hanches, on fera alors une mobilisation transversale du nerf en course interne par contre avec une flexion de hanche on pratiquera une mobilisation longitudinale du nerf.

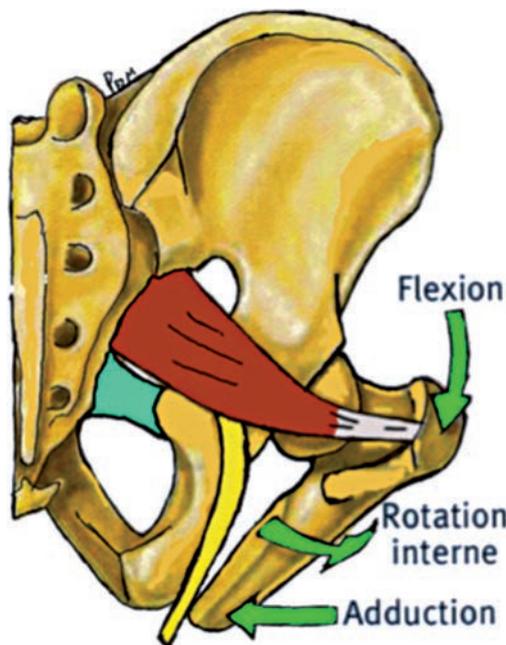
■ Traitement des interfaces —

■ Interface musculaire

Il existe deux possibilités pour relâcher les muscles en contact avec le nerf :

- soit un traitement en étirement avec un contracté-relâché ;
- soit en raccourcissement type *strain counterstrain*.

Nous préférons souvent les techniques d'étirement doux avec recherche d'un relâchement postisométrique (après une contraction douce d'environ 4 secondes) sur une expiration et des triggers points en évitant de déclencher des douleurs importantes.



► **Figures 4 et 5**

Technique d'étirement du piriforme droit (la position met en tension le système ligamentaire et musculaire en ouvrant le détroit entre le sacrum et l'ilium)

L'étirement est obtenu par une position maximale de flexion à 80°, rotation médiale et adduction, puis par la pression dans l'axe de la diaphyse fémorale qui postériorise la tête fémorale (mise en tension capsulo-ligamentaire) et qui fixe le sacrum dans la table. Le majeur de la main est sur le trigger du muscle, l'autre est sur le genou pour produire une mise en tension capsulo-ligamentaire de la hanche

La pression doit rester très supportable et ne doit pas engendrer des réactions de défense dans cette technique. C'est bien le relâchement que nous cherchons. Nous accompagnons ces techniques avec des soupirs expiratoires doux.

■ Piriforme

La technique classique nous semble la meilleure (fig. 4). Celle-ci a un avantage par rapport à la technique en raccourcissement : il est important de noter que pendant la technique, on étire le piriforme et on ouvre légèrement le détroit entre le sacrum et l'ilium par un mouvement tridimensionnel (fig. 5). Il existe également une légère mobilisation en caudal du plexus sacré lors de cette position [10].

Suite et bibliographie dans notre numéro de septembre