

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 —

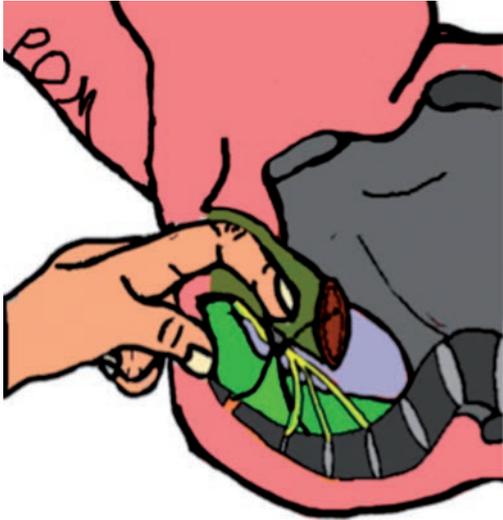
■ Par voie externe

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.

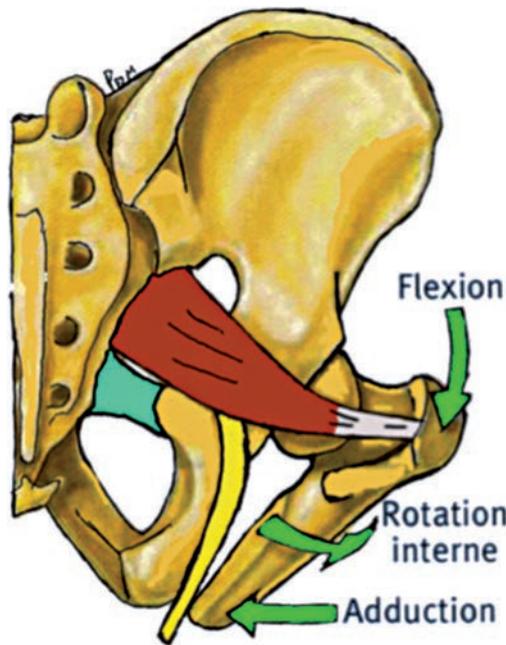
■ Traitement des interfaces —

■ 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 postérieurise 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

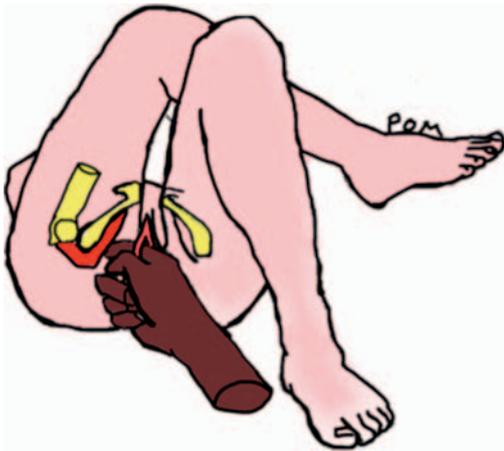
La pression doit rester très supportable et ne doit pas engendrer des réactions de défense dans cette technique. C'est bien le relâchement que nous cherchons. Nous accompagnons ces techniques avec des soupirs expiratoires doux.

■ 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

Traitement manuel de la névralgie pudendale (2^e partie)



► **Figure 6**

Palpation endopelvienne du muscle obturateur interne par toucher vaginal décrit par Guérineau [1] et Weiss [14]

■ Obturateur interne

Il existe plusieurs possibilités de décontracter le muscle obturateur interne. Voyons trois techniques de massage du *trigger*.

Cette technique se pratique de manière douce et ne cherche pas à faire une anoxie au niveau du muscle pour ne pas créer une augmentation des douleurs.

- On peut décrire la palpation du *trigger* par le toucher vaginal (fig. 6) qui reste controversé.
- On peut réaliser également une technique de *trigger* sur la partie exo-pelvienne qui est d'accès beaucoup plus facile et ne présente pas les inconvénients déontologiques d'un toucher vaginal (fig. 7 et 8).

Pascal POMMEROL

Kinésithérapeute
cadre de Santé -
Ostéopathe
Directeur de
PLP Formation
Lyon

Christine POMMEROL

Kinésithérapeute
Lyon

Anais BONTOUX

Infirmière D.E.
Lyon



► **Figures 7 et 8**

Différence entre la palpation du *trigger* du muscle piriforme et de l'obturateur interne

À gauche : palpation du *trigger* du piriforme à l'union des 1/3 latéral et des 2/3 médial sur une ligne (S2 épineuse → angle postéro-supérieur du grand trochanter)

À droite : palpation du muscle obturateur interne dans sa portion exo-pelvienne juste en dessous de l'épine sciatique à l'intersection des droites coupant la fesse en 4 parts égales



► **Figure 9**

Palpation de l'obturateur interne en direction de la portion endo-pelvienne
En passant dans le sillon fessier et en remontant au-dessus de la partie médiale
des tubérosités ischiatiques, on peut aller en direction de la poulie de réflexion
du muscle obturateur interne si le sujet ne contracte pas ses fessiers



► **Figure 10**

Technique de relaxation postisométrique du muscle
obturateur interne par contraction douce
de rotateurs latéraux dans une position en extension
rotation médiale de hanche (mise en tension
du muscle)

Le pouce de la main crâniale peut réaliser une
friction sans douleur en direction du muscle



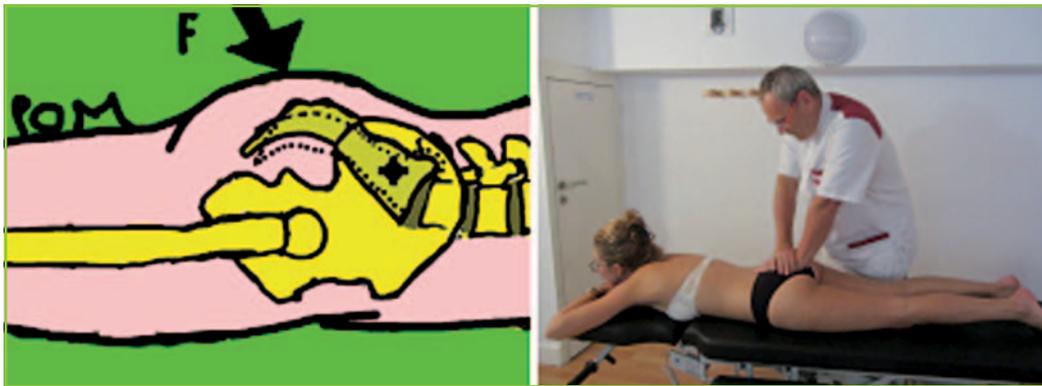
► **Figure 11**

Technique de relâchement du périnée :
on place les pouces de part et d'autres de l'anus
et on va demander une contraction du transverse
de l'abdomen pour rentrer le ventre sous les
dernières côtes

Ces côtes sont largement hautes et écartées
pour créer une aspiration au niveau abdominal (on
peut demander une contraction du muscle dentelé
antérieur pour écartier les dernières côtes)

Les pouces vont remonter sur des expirations
douces

Relaxation, et on répète la manœuvre 3 à 4 fois



► Figures 12 et 13

La pression manuelle postéro-antérieure crée une contre-nutation et relâche la tension des ligaments sacro-sciatiques sur l'expiration (la force est de direction antérieure et légèrement ascendante pour faire remonter le sacrum en direction céphalique)
 Il est très important de lutter contre l'excès de nutation qui favorise l'hypertonie dans le périnée, notamment sur les muscles fessiers et le releveur de l'anus

Traitement de l'interface articulaire : diminution de la tension des ligaments ST et SE

En 2004, Lazarevski [15] nous a montré le rôle du vieillissement du bassin et des prolapsus péri-néaux dans la genèse de l'augmentation de pression du bassin. Il est clair que le positionnement du sacrum favorise les tensions sur le périnée. Ainsi, la nutation et le recul de la pointe coccygienne sont à combattre. De plus, l'étude de Bautrand et coll. [16] montre (n = 162 syndromes canaux) une lésion prédominante à la pince ligamentaire sacro-spino-tubérale qui est atteinte sélectivement dans 68 % des cas, comparativement au canal d'Alcock qui n'est atteint que dans 20 % des cas.

Pour rechercher une mobilisation articulaire et une diminution des pressions dans le bassin, nous allons réaliser des mobilisations du sacrum et des mobilisations de l'ilium. On demande une expiration pendant ces mobilisations pour accroître la dépression dans le petit bassin et obtenir un relâchement musculaire.

■ 1^{ère} technique : mobilisation du sacrum

Nous recherchons un mouvement de contre nutation associé à une cranialisation pour relâcher la pince ligamentaire. Ce mouvement est plus facilement obtenu en décubitus ventral. Ce mouvement



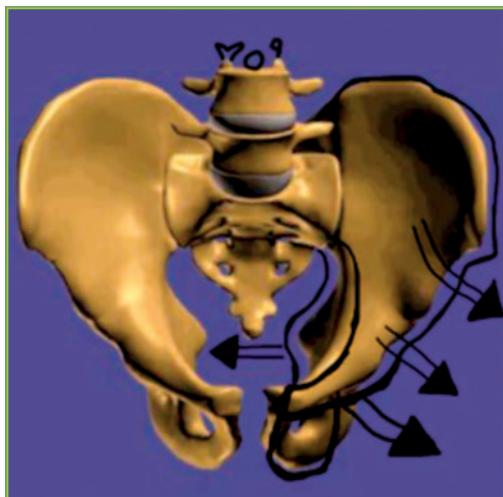
► Figure 14

Le praticien, en appuyant très légèrement sur les genoux, recherche une contre-nutation du sacrum pour détendre les releveurs de l'anus et la pince ligamentaire
 Le temps de contre-nutation s'accompagne d'une expiration douce du patient et d'une prise de conscience du relâchement au niveau de l'anus

est réalisé à une fréquence de 6 à 10 mouvements par minute (fig. 12 et 13).

■ Progression

On peut réaliser le même mouvement de contre-nutation en position de genou flexion ou de décubitus dorsal (fig. 14). Ces positions permettent d'ouvrir plus d'espace sacro-iliaque par rotation d'ouvrir plus d'espace sacro-iliaque par rotation postérieure des iliums (pompage en tension au niveau de la pince ligamentaire), d'enseigner la



► **Figure 15**

Le mouvement *outflare* (iliaque gauche) est un mouvement autour d'un axe vertical qui rapproche l'épine sciatique et la tubérosité ischiatique en dedans et qui écarte le pubis et l'épine iliaque antérieure vers le dehors



► **Figure 16**

Mobilisation en *outflare* de l'iliaque gauche : la main fixatrice est sur l'épine iliaque antérieure controlatérale et la main mobilisatrice appui de façon rythmique sur la face médiale du genou gauche

contre-nutation du sacrum, et de découvrir la relaxation périnéale. On peut le réaliser avec plus ou moins de tensions ligamentaires dans ces positions.

L'étirement ligamentaire sera recherché dans un deuxième temps

Remarque : il est logique de penser que les dysfonctions du sacrum et du bassin peuvent favoriser cette névralgie. Ainsi, des torsions sacrées et des inégalités de membre inférieur devront être traitées. Une étude australienne [17] montre une efficacité des manipulations des articulations

des sacro-iliaques combinés à des exercices. Il faut utiliser une batterie de tests comme celle de Berthelot et Laslett [18] pour diagnostiquer cette dysfonction et mobiliser cette articulation. Une dysfonction en nutation unilatérale est à rechercher car elle entraînerait une tension musculaire et ligamentaire du côté de cette dysfonction [18].

■ 2^e technique : mobilisation de l'ilium

On réalise une mobilisation en *outflare* (fig. 15 et 16) : on va rechercher, dans une position de rotation postérieure de l'ilium, un mouvement d'ouverture de la symphyse pubienne et une fermeture de l'épine sciatique et des EIPS. Cette mobilisation cherche à relâcher les tensions ligamentaires, mais également à améliorer la circulation du petit bassin qui est souvent perturbé.

• **Précautions :** pendant la mobilisation, il faut éviter une extension lombaire (nutation du sacrum) qui recrée la tension de la pince ligamentaire.

■ Mobilisation nerf/interface

Le but est de rechercher des glissements entre le nerf et les éléments de son environnement. C'est une mobilisation passive car le nerf est une structure passive.

Nous utilisons le premier stade de l'élévation de la jambe tendue (EJT) que nous avons décrit [10] pour mobiliser les racines sacrées par rapport aux éléments environnants du nerf (cf. fig. 15). Ce mouvement associe la flexion de hanche, l'adduction et la rotation médiale (fig. 17 et 18). La flexion de hanche serait responsable de 44 % de l'allongement total des racines lombo-sacrées lors de l'EJT [19].

En 1979, Breig *et al.* [20] montrent un déplacement des racines S2-S3 au niveau de la grande échancre sacro-sciatique pendant la rotation médiale de hanche (fig. 19) [10], et mesurent sur cadavre un déplacement des racines sacrées de 9 à 10 mm avec une hanche en flexion à 80° et genou fléchi. Cette position va donc mobiliser le plexus sacré par rapport à une position d'étirement du piriforme et de l'obturateur interne du bassin.

NB : dans cette position, le fait de demander au patient des mouvements actifs d'abduction-rotation



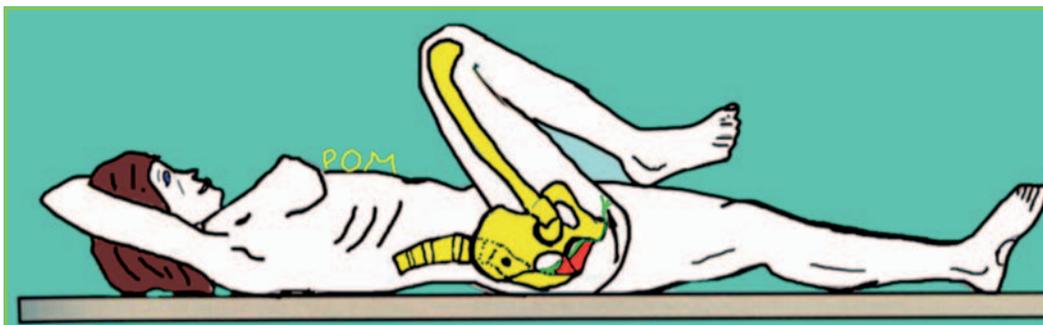
► **Figure 17**

Position de départ en flexion adduction et rotation médiale :
la main caudale mobilise le genou en adduction, rotation médiale, en tirant le genou contre nous
On peut mobiliser la région médiale de la branche ischio-pubienne avec le pouce dans un premier temps



► **Figure 18**

Position terminale. Il équivaut au 1^{er} stade de l'EJT dans notre description [10]
La main crâniale crée l'adduction et la flexion de hanche, la main distale réalise la rotation médiale de hanche
On peut demander des petites inspirations pendant la mise en tension et de grandes expirations pour ne jamais créer une hyperpression sur le petit bassin
On recherche une mobilisation sans compression par des oscillations de 20 à 30 secondes. On répète la manœuvre 3 à 4 fois



► **Figure 19**

Le nerf pudendal en vert sur le dessin est mis en tension par la combinaison de la flexion adduction et rotation médial de hanche
Les ligaments sacro-tubéraux et sacro-épineux sont en rouge
Ils empêchent avec le muscle piriforme l'ouverture du détroit

tion externe de hanche permet de contracter les muscles piriformes et l'obturateur interne, et donc de faire glisser ces muscles avec un plexus sacral mis en tension pour mobiliser l'interface musculaire/nerf. Cette mobilisation est déjà une mobilisation interface/nerf.

Mobilisation interface/nerf

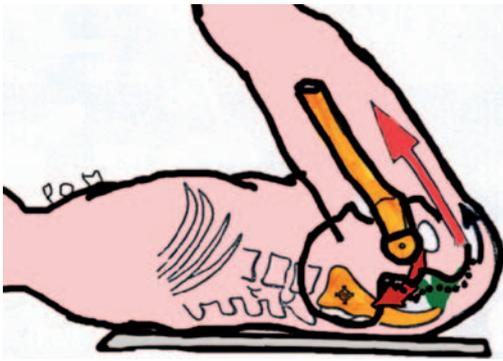
Pour mobiliser l'ilium, le sacrum et l'espace sacro-sciatique par rapport à des structures nerveuses mises en tension, on peut utiliser la position de double élévation de jambes tendues. Dans cette

position, on va réaliser des mobilisations en contre-nutation du sacrum avec décollement des fesses du patient par rapport à un système nerveux en tension.

Le patient réalisera des expirations pour relâcher les pressions dans le petit bassin (fig. 20 et 21).

On réalise un temps de préparation avec la manœuvre de la figure 14 : le praticien amène les genoux du patient vers son visage et tracte le sacrum pour détendre le bassin et les muscles fessiers.

Nous pouvons réaliser ces séquences thérapeutiques en décubitus latéral.



► Figure 20

La flexion des deux cuisses avec extension des genoux provoque une rétroversion pelvienne. Les muscles de la chaîne postérieure sont mis en tension globalement (les flèches rouges représentent la tension des ischio-jambiers qui provoque une rotation postérieure des iliums et les tensions des muscles grand fessier et piriforme)



► Figure 21

Mobilisation en position de slump couché [10]
Les mains du thérapeute provoquent une flexion sacrée et lombaire. Le praticien réalise une séquence d'oscillation pendant une trentaine de secondes, et la répète 3 à 4 fois.
On peut diminuer les pressions en mettant la table en déclive et en demandant de souffler doucement pendant la manœuvre.
Le patient doit bien se détendre pendant la manœuvre.

Conseils

- S'asseoir avec une large bouée, et éviter les appuis ischiatiques.
- Conseiller les exercices de détente du périnée avec contracté-relâché, une gymnastique hypopressive, et l'exercice circulatoire du petit bassin avec la sangle.
- Avoir une activité régulière (marche⁺⁺ pour améliorer le retour veineux), et gymnastique assouplissante (Yoga, Tai-chi, etc.).
- Éviter les positions assises, le vélo, les apnées inspiratoires et les efforts à glotte fermée, les renforcements des grands droits et des obliques.
- Il faut combattre l'excès de lordose qui favorise l'augmentation de pression sur le petit bassin.
- Ne pas porter des ceintures et des pantalons trop serrés qui augmentent les pressions.

Exercice à domicile

Il est important que le patient commence à réaliser dès la première séance des exercices à domicile. Le plus important doit être la perception du relâchement de son périnée. Au début, elle se fera en décubitus ventral et latéral avec un doigt au niveau de son périnée antérieur et postérieur

pour sentir son relâchement. Elle associe ensuite la respiration avec des petites inspirations et des grandes expirations type soupir.

On peut demander aux patientes de contracter leurs sphincters pour mieux les relâcher. L'exercice le plus intéressant est le pont bustal (fig. 22 - le plus : relaxation du périnée). Cet exercice permet de travailler la contraction des fessiers, le relâchement du périnée, et d'améliorer la circulation du petit bassin par une baisse des pressions intra-abdominales.

Dès la deuxième séance, l'exercice de la prière pourra être enseigné (fig. 23).

Lorsque les douleurs ont diminué et dès que les exercices précédents sont bien maîtrisés, la patiente va réaliser la technique d'étirement-relaxation du périnée. Cette technique est retrouvée dans le Yoga et le Chi-Quong (fig. 24). Elle peut être faite pour les sujets peu souples ou âgés en s'accrochant à un meuble, voire semi-allongée sur une table, le bassin et le ventre étant en dehors les pieds au sol, et sans plier les genoux complètement si douleur. Cette position étire au maximum le périnée et permet parfois d'obtenir un vrai relâchement.

La perception de la contraction est souvent douloureuse car le plancher musculaire est en étire-

ment. Cette notion est à découvrir pour la patiente et lui permettra d'améliorer la découverte de son corps, de lutter contre l'hypertonie, y compris dans les rapports sexuels. Cet exercice augmente le plus souvent les douleurs car le nerf également est mis en tension.

Il faut être très prudent dans sa prescription. Au début, il sera complètement passif. Il faudra être très progressif et la patiente devra l'arrêter si augmentation des douleurs durant la nuit, notamment. Il est une finalité dans le traitement : sa bonne acquisition et l'abolition de ses douleurs est le gage d'un traitement complètement réussi. En effet, cet exercice vise à lutter contre les fibroses que l'on retrouve souvent en dissection au niveau du nerf.

Validité du traitement

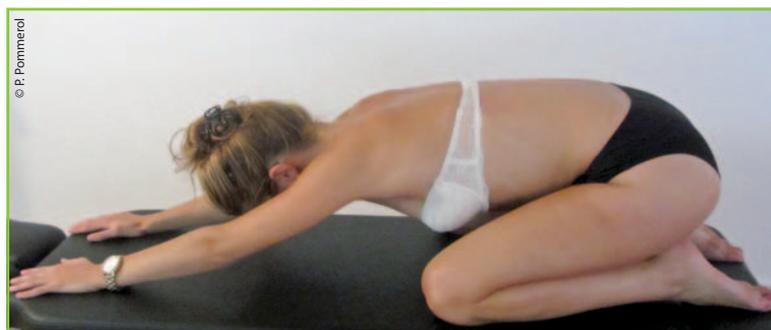
Ce traitement est complètement novateur et basé sur notre expérience d'ostéopathe, nos techniques neuroméningées, et celle des techniques de Nantes [1, 3]. La thérapie manuelle n'a malheureusement aucune validité scientifique mais il existe un net consensus. Il fait partie de l'algorithme thérapeutique de l'association française d'urologie [21]. Il existe de très rares études qui portent plutôt sur des tableaux douloureux du petit bassin.

Dans une étude randomisée récente [22] concernant le syndrome douloureux pelvien chronique de l'homme et de la femme, 47 patients ont été randomisés soit pour un traitement physiothérapie spécifique des douleurs myofasciales, soit dans un programme de massages globaux. Le résultat est nettement en faveur de la thérapie myofas-



► **Figure 22**

La patiente assure un tenu de 6 secondes et une phase de repos au minimum 6 secondes. Pendant la phase active, on lui demande de serrer les fesses et l'anus, et de se retenir en réalisant une véritable aspiration diaphragmatique par une expiration et écartement des côtes. La patiente essaye de rentrer son ventre sous les côtes. Lorsqu'elle repose les fesses sur le sol, elle veille à relâcher l'ensemble de son corps. Cet exercice doit être fait le plus souvent dans la journée



► **Figure 23**

Prière :

cette position permet d'étirer le périnée sans compression, d'ouvrir les détroits sacro-iliaques et de faire une contre-nutation du bassin. C'est un temps de relaxation

On associe une contraction périnéale (serrer l'anus) pour mieux le relâcher lors de la phase de repos, avec un dos rond de contre nutation sacrée, puis un temps de relâchement et de détente qui doit être toujours supérieur au temps de travail



► **Figure 24**

Dans un premier temps, la patiente doit relâcher les sphincters et les muscles fessiers, et expire pendant la position. Dans un deuxième temps, elle va contracter son périnée en serrant l'anus et en essayant de remonter le raphé (ligne médiane) entre l'anus et le vagin ou entre l'anus et les testicules. Les contractions seront de plus en plus vives mais toujours courtes (moins de 4 secondes). La diminution des douleurs au cours de l'exercice est la preuve de l'assouplissement des structures nerveuses

ciale, avec 54 % de patients améliorés, contre 21 % dans le groupe massages globaux.

Dans une étude clinique [17] sans groupe contrôle (n = 25 patients de sexe masculin avec névralgie pudendale), l'intervention comportait une moyenne de 4,4 séances sur une durée maximum de 3 mois. Le traitement a utilisé des conseils posturaux, des techniques spécifiques de mobilisation et d'exercices de la région lombo-pelvienne, et une manipulation sacro-iliaque quand les tests sacro-iliaques étaient positifs.

Une échelle numérique de la douleur et un score sur les activités sexuelles a été utilisée pour évaluer les changements dans la douleur et la dysfonction sexuelle à la fin du traitement et à trois mois de suivi.

Les résultats montrent une amélioration statistiquement significative immédiatement et après trois mois sur tous les patients. Entre l'arrêt du traitement et le suivi à 3 mois, il y a eu 39 % des patients de récurrence. Les patients ont déclaré qu'un programme d'exercice à domicile était efficace pour réduire les symptômes et aucun traitement supplémentaire a été demandé.

Conclusion

Nous avons vu avec ces 4 articles [13, 23, 24] le diagnostic et le traitement manuel des algies pudendales. Le traitement électrothérapie par TENS et par basse fréquence et le biofeedback de relaxation peut être un complément [25, 26], mais il ne doit pas être perçu comme irritant.

Ces algies sont fréquentes mais il existe d'autres tableaux cliniques relevant de la thérapie manuelle au niveau du petit bassin. Il faut citer les cocydynies, l'atteinte des nerf cluniaux, les troubles myofasciaux douloureux dans un contexte ou non de fibromyalgie ou de fatigue chronique, le syndrome douloureux pelvien complexe (syndrome ressemblant au syndrome douloureux régional complexe, autrefois appelé algoneurodystrophie).

Il existe des classifications de ces douleurs pelvipérinéales par des sociétés savantes (*European association of urology, International continence society*). Le démembrement est fort complexe [27]... ✖



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Guériteau M. Fiche-patient-kinésithérapie n° 2 : les différentes douleurs pelvi-périnéales. Comment les classer ? [Comité médico-scientifique]. *AFAP-NP* 2010 Déc:1-8.
- [2] Bautrant E. La névralgie pudendale : diagnostic et orientations thérapeutiques. *AFAP-NP Info* 2010 Sept:19-21. www.afap-np.com
- [3] Guériteau M. La kinésithérapie dans le traitement des douleurs pelvi-périnéales : supervision et partage d'expérience. [Compte-rendu du Congrès SIREPP/AFAP-NP]. *AFAP-NP* 2011:1.
- [4] Beco J, Mouchel J. Editorial: Understanding the concept of perineology. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002;13(5):275-7.
- [5] Beco J. Evaluation of pudendal nerve decompression in the treatment of the pudendal canal syndrome. Experience with 75 bilateral decompression according to Shafik. 1st Congress of the Mediterranean society of pelvic floor disorders - Cairo (Egypt). *J Perineol* 2002 Oct:24-6.
- [6] Amarenco G, Lanoe Y, Goudal H, Perrigot M. La compression du nerf honteux interne dans le canal d'Alcock ou paralysie périnéale du cycliste. Un nouveau syndrome canalaire. *Presse Méd* 1987;8:399.
- [7] Amarenco G, Kerdraon J, Lance Y, Kuntz D, Pigné A, Perrigot M. Les neuropathies périnéales d'étirement. *Ann Réadapt Méd Phys* 1990;33:5-12.
- [8] Robert R, Labat JJ, Lehur PA, Glemain P, Armstrong O, Le Borgne J, Barbin JY. Réflexions cliniques, neurophysiologiques et thérapeutiques à partir de données anatomiques sur le nerf pudendal (honteux interne) lors de certaines algies périnéales. *Chirurgie* 1989;115:515-20.
- [9] Robert R, Labat JJ, Bensignor M, Costargent J. Bases anatomiques de la chirurgie du nerf pudendal. *Lyon Chir* 1993;89/3.
- [10] Pommerol P. *L'ostéopathie et la thérapie manuelle du tissu neuroméningé*. Montpellier : Sauramps Médical, 2007.
- [11] Shafik A. Pudendal canal syndrome. Description of a new syndrome and its treatment. Report of 7 cases. *Coloproctology* 1991;13:102-10.
- [12] Shafik A, El Sherif M, Youssef A, Olfat E. Surgical anatomy of the pudendal nerve and its clinical implications. *Clin Anat* 1995;8:110-5.
- [13] Pommerol P, Langin D. Le toucher rectal en thérapie manuelle. *Kinésithér Scient* 2014;559:45-8.
- [14] Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: Manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *J Urol* 2001;166:2226-31.
- [15] Lazarevski B. Pelvic bone system changes and pathogenesis of genital prolapse: A radiopelvic study. *Gynaecol Perinatol* 2004;13(1):1-12.
- [16] Bautrant E, de Bisschop E, Vaini-Elies V, Massonnat J, Aleman I, Buntinx J et coll. La prise en charge moderne des névralgies pudendales. À partir d'une série de 212 patientes et 104 interventions de décompression. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2003;32:705-12.
- [17] Dornan P, Coppiters M. A musculoskeletal approach for patients with pudendal neuralgia: A cohort study [reports]. *Br J Urol Int Website* 2012 Nov.
- [19] Beith I, Robins E, Richards P. An assessment of the adaptive mechanisms with in and surrounding the peripheral nervous system, during changes in nerve bed length resulting from underlying joint movement. In: Shacklock M (ed.) *Moving in on pain*. Sydney: Butterworth-Heinemann, 1995:194-20.
- [18] Berthelot JM, Laslett M. Par quels signes cliniques peut-on s'assurer au mieux qu'une douleur est bien d'origine sacro-iliaque ? *Rev Rhum* 2009;76:741-9.
- [20] Breig A, Troup J. Biomechanical consideration in straight-leg raising test: Cadaveric and clinical studies of the effects of medial hip rotation. *Spine* 1979;4(3):242-50.
- [21] Rigaud J, Delavrière D, Sibert L, Labat JJ. Algorithmes thérapeutiques de la prise en charge des douleurs pelvipérinéales : du syndrome aux traitements [Rapports de l'AFU]. *Prog Urol* 2010;20(12):1132-8.
- [22] FitzGerald MP, Anderson RU, Potts J et al. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. *J Urol* 2009;182:570-80.
- [23] Pommerol P. Diagnostic de la névralgie pudendale - 1^{ère} partie. *Kinésithér Scient* 2015;562:43-6.
- [24] Pommerol P. Diagnostic de la névralgie pudendale - 2^e partie. *Kinésithér Scient* 2015;564:43-5.
- [25] Bisschop G (de), Bisschop E (de), Commandré F. *Les syndromes canalaire*. Paris : Masson, 1999.
- [26] Bisschop G (de), Bisschop E (de). Le nerf normal et pathologique : répercussions électrophysiologiques. In: Beco J, Mouchel J, Nélissen G (éds). *La périméologie... comprendre un équilibre et le préserver*. Verviers (Belgique) : Odyssee 1372;1988:1-19.
- [27] Delavrière D et coll. Définitions, classifications et lexique des douleurs pelvi-périnéales chroniques. *Prog Urol* 2010 Nov;20(12):853-64.