

Massage neural®

et douleurs pelvi-périnéales

2^e partie

DOSSIERS MÉTHODE

La première partie de cet article nous a permis de traiter la physiopathologie des douleurs pelvi-périnéales. Dans les lignes qui suivent, nous expliquerons plus précisément les techniques nécessaires au traitement par le massage neural.

8. Principes de l'approche clinique en Massage Neural

Elle permet de mettre en perspective les aspects cliniques et historiques de la douleur, les paramètres posturaux, l'existence d'une éventuelle hyperpression abdominale basse et enfin de faire le diagnostic des dysfonctions métamériques en présence. L'ensemble du tableau doit être cohérent.

L'interrogatoire :

Il est axé sur l'historique de la pathologie, la qualification de la douleur, sa localisation, ses mécanismes d'aggravation (posture assise prolongée, activité, repos).

L'observation :

→ Elle est tout d'abord statique afin de mettre en évidence les aspects posturaux loco-régionaux tels que l'équilibre antéro-postérieur du bassin, la forme de la charnière thoraco-lombaire.

→ L'observation dynamique cherche aussi à pointer les restrictions de macro-mobilité, par exemple les restrictions de l'extension thoraco-lombaire, de la flexion lombo-sacrée, sans oublier un examen de la mobilité des hanches.

→ Nous examinons également la statique globale dans les trois plans de l'espace.

La palpation est une phase essentielle :

Partant de la douleur ressentie et décrite par le patient, nous explorons de manière systématique le métamère correspondant afin de mettre en évidence les zones tissulaires hypersensibles, spasmées et infiltrées dans le territoire métamérique, qu'elles soient connues ou méconnues du patient.

...une absence de pathologie organique sous-jacente...

C'est la concordance de plusieurs zones dystrophiques dans le même métamère qui permet d'établir le diagnostic d'une dysfonction métamérique. La recherche de dermalgies se fait par le pincement d'un pli de peau (zone cellulalgique et hyperalgique). Une palpation plus profonde des tissus est à la recherche de zones denses et sensibles au niveau myofascial (piriforme, psoas, obturateur interne, etc.) ou des différents troncs nerveux régionaux. Nous nous référons aux travaux remarquables d'Henri Jarricot qui a cartographié les zones de projection cutanées des différents organes. Ces dermalgies réflexes sont le reflet pariétal du dérèglement neurovégétatif de l'organe, en raison d'une convergence de l'innervation cutanée et viscérale. Dans notre cas, les projections des organes pelviens se distribuent dans les dermatomes de T11 à L2 (Figure 4).

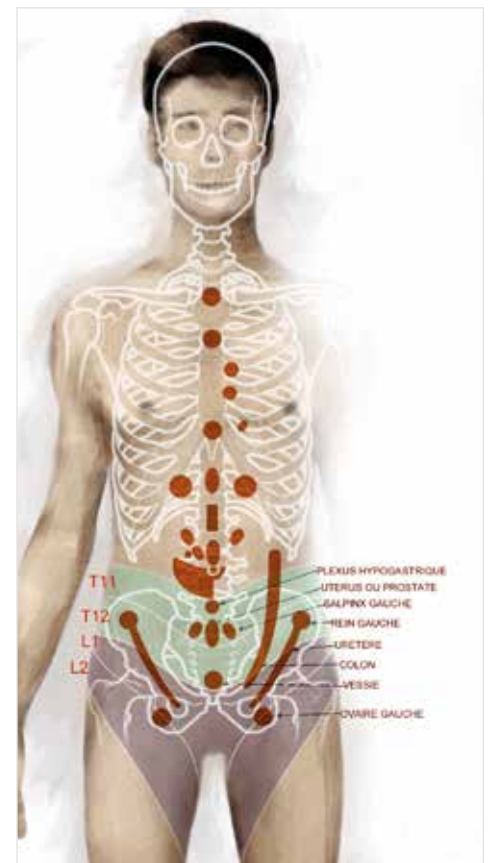


Figure 4 : Les dermalgies thoraco-abdominales de Jarricot en particulier au niveau de la sphère pelvienne.



Figure 5 : Exemple de dysfonctions associées thoraco-lombaire et lombo-sacrée (ici L1 + S1). La palpation permet de mettre en évidence une hypersensibilité et des réactions neurotrophiques dans différentes couches tissulaires (dermalgies, cordons myalgiques, etc.).



Figure 6 : Technique M.T.I. sur les émergences des nerfs pelviens (génito-fémoral, cutané latéral de la cuisse, ilio-inguinal ou obturateur).



Figure 7 : Technique M.T.I. au niveau de la transverse de L1.

● ● ●
Dans le cadre des algies pelvi-périnéales (APP), nous mettrons le plus souvent en évidence la présence de dysfonctions étagées affectant simultanément les régions thoraco-lombaire et lombo-sacrée : par exemple une dysfonction T12, L1 ou L2 associée à L5, S1 ou S2 (Figure 5).

Gardons bien à l'esprit que le Massage Neural est une approche globale. Au-delà d'une inspection régionale, il est important d'envisager une globalisation de la démarche diagnostique afin de mettre en évidence l'existence de dysfonctions étagées dans les régions sus et sous-jacentes jusqu'à appréhender la totalité de la personne.

9. Le traitement en Massage Neural

a. Normalisation réflexe des tissus hypersensibilisés dans l'étage métamérique

Cette normalisation consiste en une harmonisation sensitive des sources de nociception dans chaque métamère afin de neutraliser les boucles réflexes pathogènes préalablement diagnostiquées.

Nous privilégions la technique de mise en tension-impulsion (M.T.I.). Cette technique s'inspire de la tradition du reboutage non manipulatif (Figures 6 et 7).

Le praticien recherche par la palpation progressive l'épicentre de la douleur tissulaire. Elle se caractérise par la perception d'une zone de plus grande densité tel qu'un bourgeon ou cordon d'induration. Il met en tension la peau en sens inverse de son mouvement manipulatif pour armer une accroche, sur la corde où la densité est perçue. Il cherche à densifier les tissus sur le contre-appui osseux sous-jacent. Il donne alors une impulsion transversale, brève et non agressive afin de créer un ébranlement proprioceptif des couches tissulaires sous ses doigts. Cette impulsion est à la fois douce et ferme, à la manière d'une vibration donnée sur une corde de guitare. Une ou deux manœuvres suffisent en général pour obtenir une normalisation et une désensibilisation tissulaire.

Nous pensons que cette manœuvre donne une impulsion proprioceptive assez puissante pour activer un filtre qui inhibe au niveau médullaire la voie nociceptive, par l'activation d'un interneurone inhibiteur (processus du « Gate Control »). Dans un contexte de pathologie fonctionnelle, le résultat est le plus souvent fiable et durable dans la mesure où les tissus se désensibilisent, permettant l'interruption du cercle vicieux pathogène.

Cette technique est pratiquée localement mais également globalement afin de rechercher une

///
...normalisation
de toutes
les dysfonctions
associées...
//

rééquilibrage du système nerveux neurovégétatif du patient et une normalisation de toutes les dysfonctions associées, qu'elles soient locales ou à distance du motif de consultation.

b. Les aspects posturaux

Les aspects posturaux de la pathologie sont traités par l'équilibration de la statique abdominale, la correction posturale et si besoin le recentrage discal. Elle fait suite à l'obtention d'un relâchement des spasmes régionaux tel que décrit précédemment. La manœuvre (Figure 8) vise à réaliser un étirement des attaches basses abdomino-pelviennes. Le patient est en décubitus dorsal, de préférence en légère déclive. Le praticien se tient latéralement au patient. Les mains travaillent en opposition et saisissent la masse abdominale juste en amont du pubis et de la crête iliaque. Sur les temps expiratoires, le praticien tracte lentement et avec douceur la masse abdominale en direction céphalique. Il ne relâche que partiellement sa traction sur le temps inspiratoire. Cette manœuvre est répétée plusieurs fois jusqu'à la réalisation d'une détente tissulaire puis est réalisée du côté opposé. Nous pratiquons également une manœuvre qui s'inspire de celle de THURE BRANDT et STAPFER (Figure 9), mais dont la finalité est plus statique qu'hémodynamique.



Figure 8 : Manœuvre d'équilibration des pressions pelviennes (traitement de l'hyperpression).



Figure 9 : Manœuvre d'équilibration pelvienne, technique de pressions glissées dirigées.

Il est intéressant de tester après ces manœuvres la disparition ou l'atténuation des dystrophies tissulaires situées en aval (diminution des sensibilités tissulaires telles que les dermalgies, les zones de compression canalaire au niveau pelvien), qui signent la réussite de la rééquilibration abdominale.

c. Traitement tissulaire local

Lorsque les tissus sont fibrosés, dans le cas de douleurs anciennes, de présence de cicatrices, l'emploi de techniques défibrosantes s'avère nécessaire. Nous utilisons des techniques de pressions glissées, dirigées (Figure 10) précisément sur l'épicentre de la douleur tissulaire. Le massage doit générer une hyperhémie locale. L'approche de la technique est progressive et ne doit pas dépasser la barrière de sensibilité c'est-à-dire le début d'une perception douloureuse. Quelques passages en croix (longitudinaux et transversaux) suffisent généralement pour obtenir une sédation de la douleur qui survient de manière légèrement différée (quelques secondes à quelques minutes). La peau est traitée au travers d'une mise en tension et les structures profondes sont atteintes au contraire par une mise en position de détente des tissus superficiels.

Les vibrations lentes (Figures 11 et 12) consistent à réaliser un mouvement tangentiel rythmé (2 à 3 Hz) en respectant la première barrière de sensibilité, jusqu'à obtenir une sédation de la douleur. La manœuvre est solidaire de la peau, non glissée. Le praticien expérimenté perçoit sous ses doigts le lâchage tonique des tissus qui signe leur normalisation. La sédation obtenue est perçue et confirmée par le patient.

Elles s'adressent aux douleurs locales rebelles qui ne cèdent pas au traitement réflexe métamérique global ni à la rééquilibration de la statique abdominale et rachidienne.



Figure 10 : Pressions glissées dirigées au niveau de la pince interligamentaire du grand ligament sacrosciatique (névralgie pudendale, S2 à S4).



Figure 11 : Vibrations lentes au niveau du canal d'Alcock (névralgie pudendale).

10. Les indications

Un traitement global sera systématiquement pratiqué, incluant les différentes phases précédemment décrites. Par contre, certaines pathologies nous amènent à mettre l'accent sur leurs particularités thérapeutiques.

Les névralgies régionales

Lorsqu'elles sont dues à des syndromes canalaire ou phénomènes compressifs, nous utilisons des techniques d'inhibition telles que la technique MTI au niveau de la zone du conflit, et au besoin, des techniques défibrosantes, lorsque l'ancrage tissulaire est très fixé.







**Contactez votre revendeur
de confiance!**



info@ferrox.it
www.ferrox.fr

+39 0438 777091

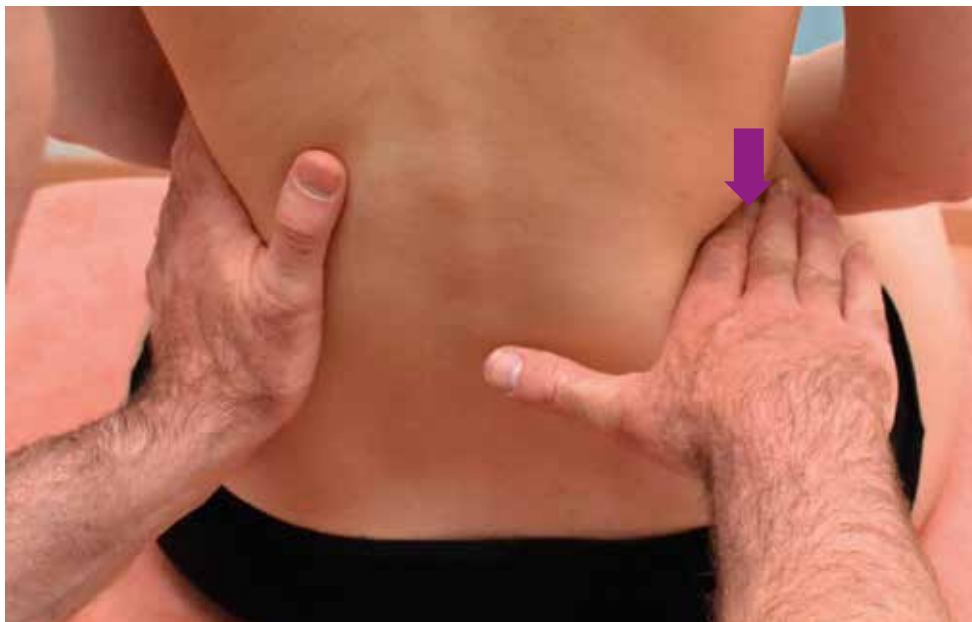


Figure 12 : Traitement en vibrations lentes d'une branche perforante latérale issue de L1.



La névralgie pudendale

Nous traitons les différentes zones de conflit canalaire par des techniques d'inhibition au niveau de la pince ligamentaire entre les ligaments sacro-épineux et sacro-tubéral (Figure 10) ou du canal d'Alcock (Figure 11).

Constatation importante

Le nerf pudendal est plutôt responsable de

l'innervation postérieure de la région périnéale, mais son traitement est indissociable de celui des nerfs responsables de l'innervation antérieure (ilio-inguinal, génito-fémoral) que nous abordons par des techniques similaires ; par exemple au niveau de leur sortie du canal inguinal (Figure 6), puis dans les tissus correspondant à leur territoire d'innervation (dermalgies L1, L2). L'explication hypothétique de cette intrication

antéro-postérieure serait l'existence d'anastomoses terminales entre ces différents nerfs au niveau périnéal. Dans notre expérience quotidienne, nombre de névralgies pudendales n'ont pu être soulagées que par le traitement associé de ces nerfs antérieurs.

Vulvodynie, dyspareunie, vessie douloureuse chronique, proctalgie et dysménorrhée

Toutes ces pathologies sont abordées par le traitement des dysfonctions métamériques (le plus souvent L1, L2 + S1 ou S2), associées à une hyperpression pelvienne. Nous recherchons l'expression de ces dysfonctions sur les différentes couches tissulaires et structures anatomiques, tant localement au niveau pelvien, en amont au niveau rachidien, qu'en aval au niveau du membre inférieur. Leur expression clinique est variable et dépend de chaque patient.

L'endométriase

Le Massage Neural n'a aucun effet sur les causes de cette maladie, par contre il est très utile dans le traitement des douleurs, notamment en phase post-opératoire.

Les troubles dysfonctionnels urinaires

La pollakiurie et l'urgence mictionnelle sont des affections parfois exemptes de toute symptomatologie douloureuse. Par contre, l'examen métamérique met fréquemment en évidence des douleurs palpatoires, principalement dans la région inguinale et pubienne. L'examen recherche minutieusement ces sensibilités locales, témoin de l'existence d'une exacerbation de réflexe perturbant l'innervation motrice neuro-végétative de la vessie (détrusor). La normalisation tissulaire

Le Massage Neural® est une thérapie manuelle réflexe qui induit une rapide normalisation tissulaire.

Il permet le traitement efficace de pathologies musculo-squelettiques et vicérales fonctionnelles

Participez à nos formations en 12 jours...
répartis en 4 modules de 3 jours.

Paris, Lyon, Toulouse
Nantes, Besançon et La Réunion

Toutes les infos sur notre site Internet...
www.massage-neural.fr

Appellez le
09 64 12 88 72
(appel non surtaxé)

Philippe Donzé - MKDE
contact@massage-neural.fr

Formation réservée aux titulaires d'un diplôme d'état de masso-kinésithérapie.
Possible prise en charge FIF-PL

et l'inhibition des réflexes pathogènes donnent des résultats surprenants dans ce domaine. Rappelons que les patients souffrant d'APP souffrent souvent de troubles musculo-squelettiques associés comme par exemple de fréquentes lombalgies, sciaticques ou cruralgies. Le trajet des nerfs issus des plexus lombal et sacré ont d'abord un trajet pelvien avant d'émerger vers le membre inférieur. D'autre part, les perturbations de la statique abdomino-pelvienne affectent en premier lieu l'équilibre du rachis. Il est quelquefois vain de vouloir soulager le dos sans prendre en compte la sphère abdomino-pelvi-périnéale.

/// ...l'approche pluridisciplinaire... **///**

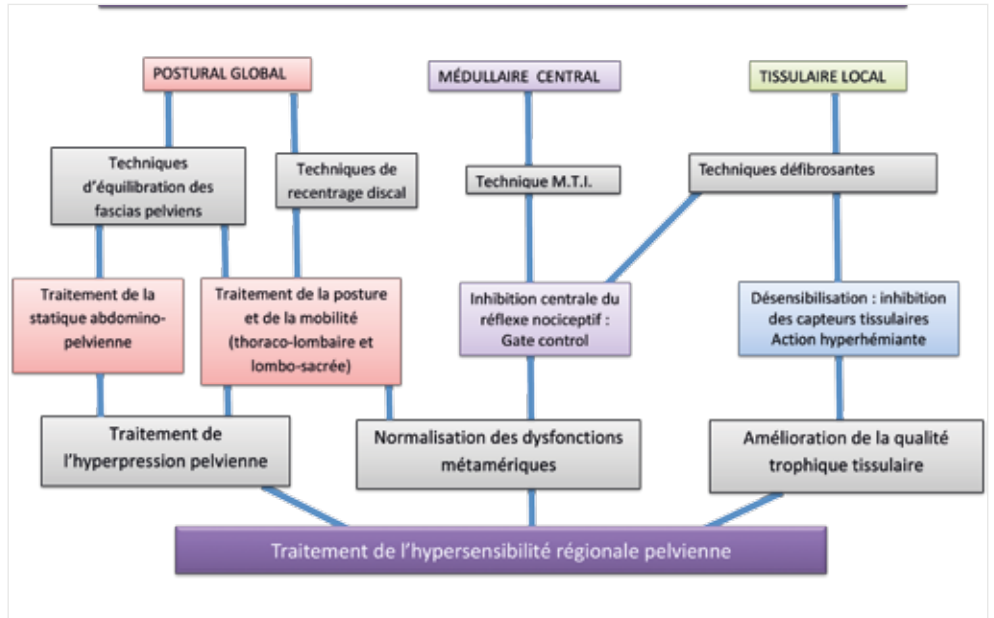


Figure 13 : diagramme du traitement des DPP en Massage Neural.

Conclusion

Les processus réflexes sous-jacents à la pathologie douloureuse pelvienne constituent un aspect souvent insuffisamment connu de la pathologie douloureuse pelvi-périnéale. Leur compréhension primordiale dans l'élaboration d'une démarche diagnostique et thérapeutique. Il importe de considérer qu'une approche pluridisciplinaire dans ce domaine complexe s'impose si l'on a pour ambition d'apporter à ces patients les meilleures chances de guérison ou de soulagement.

Bibliographie

- BAUDE C. | Douleurs pelviennes pudendal site.
- BONNEAU D. | Approche des algies pelvi-périnéales de la femme en Médecine Manuelle, Congrès de la FEMMO, Menton, Juin 2006.
- BOSSY J. | Bases neurophysiologiques des réflexo-thérapies, Masson, Paris, 1985.
- CAUFRIEZ M. | Gymnastique abdominale hypopressive, Éd. M. Caufriez, 1997.
- DE GASQUET B. | Abdominaux : arrêtez le massacre ! Éd. France loisirs, 2011.
- DONZÉ P. | Le massage neural, Profession kiné, 2011-12, n° 33-34.
- GUÉRINEAU M. | ROBERT R. | LABAT J.J. | BENSIGNOR M. | Les douleurs périnéales : traitement kinésithérapique. Kinésithérapie Scientifique juin 2003.
- GUILLARME L. | Rééducation thoraco-abdomino-pelvienne par le concept Abdo-MG: La renaissance abdominale par le souffle, Editions Frison-Roche, 2011.
- LABAT J.J. | RIAN T. | DELAVIERRE D. | SIBERT L. | WATIER A. | RIGAUD J. | Approche globale des douleurs pelvi-périnéales chroniques : du concept de douleur d'organe à celui de dysfonctionnement des systèmes de régulation de la douleur viscérale. Prog Urol, 2010.
- MAIGNE R. | Pubalgies, pseudo-tendinite des adducteurs et charnière dorso-lombaire, Ann. Med. Phys., 1981.
- TRAVELL ET SIMONS | Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux, Haug, Bruxelles, 1993.

Bol d'air®

Jacquier

L'oxygénation cellulaire

Tous vos patients sont concernés !

Profitez de 2 mois de location pour le prix d'1

Validité 31 décembre 2014

Formations 2015 : Le programme des séminaires disponible sur

www.holiste.com

Un concept de santé globale

Le Port • 71110 ARTAIX • France
 Tél. : +33 (0)3 85 25 29 27
 Email : contact@holiste.com