

Philippe DONZÉ, Masseur Kinésithérapeute D.E.
auteur de la méthode "Massage Neural® et Techniques Normoceptives"

Massage neural®

et douleurs pelvi-périnéales

1^{re} partie

DOSSIERS MÉTHODE

Réceptacle des fonctions de l'élimination, de la reproduction et de la sexualité, la région pelvi-périnéale fédère une richesse sensitive, émotionnelle, symbolique qui résonne avec nos enjeux existentiels fondamentaux. Elle est le siège d'une pathologie algique très vaste, altérant parfois l'intégrité des patients qui en souffrent.

La sensibilité subtile et puissante de cette région du corps ouvre une voie privilégiée aux thérapeutiques fondées sur la normalisation de l'information sensitivomotrice. Les techniques réflexes telles que le Massage Neural® ont de ce fait un rôle à jouer car elles opèrent sur un registre thérapeutique directement en phase avec les processus pathologiques qui agissent en toile de fond de ces pathologies douloureuses. L'étude de ces phénomènes réflexes apporte en effet un éclairage qui doit nous permettre de mieux comprendre les douleurs pelvi-périnéales (DPP) afin de mieux les traiter.

1. Contexte : la notion d'hypersensibilisation

Les DPP chroniques sont déroutantes car elles se caractérisent souvent par une absence de pathologie organique sous-jacente, les examens cliniques, biologiques et d'imagerie restant désespérément muets.

Ces algies ont fréquemment un caractère diffus, associant plusieurs territoires d'innervation (pudendal, clunéal, ilio-inguinal, etc.). La douleur s'exprime au-delà de l'organe ou du territoire d'un nerf, touchant toutes les couches tissulaires (la peau, le système musculo-squelettique, le périoste).

Leur tableau douloureux ou dysfonctionnel est complexe, alliant parfois plusieurs affections

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

douloureuses pelviennes simultanées (vessie douloureuse chronique, vestibulodynies, névralgies régionales, etc.). Elles s'associent souvent à des pathologies extra-pelviennes telles que le syndrome du côlon irritable, ou de terrain général telles que la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, la dépression.

Dans le cadre des DPP chroniques (durant depuis plus de 6 mois), la notion d'hypersensibilisation émerge depuis quelques années, portée par des spécialistes (J.-J. Labat, T. Riant, D. Delavierre, L. Sibert, A. Watier, J. Rigaud...) qui voient la nécessité d'élargir le cadre d'investigation traditionnel. Ils considèrent en effet que celui-ci tendait à vouloir rattacher trop systématiquement une douleur à une lésion organique objectivable. Ce tableau pathologique complexe, diffus et parfois anorganique appelle à une vision plus globale et pluridisciplinaire, afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Le but de cet article n'est pas d'en détailler la clinique complexe, ce que réalisent très bien les auteurs cités en référence, mais de faire part d'une réflexion issue de trente années de pratique des techniques réflexes, au travers d'une de ses modalités qu'est le Massage Neural.

2. Que peut apporter l'approche réflexe ?

Il nous apparaît, dans ce contexte de DPP chroniques ou anorganiques, que l'approche réflexe ouvre avant tout une piste de réflexion. L'hypersensibilisation pelvi-périnéale présente en effet les caractéristiques de l'exacerbation de réflexes à la fois somatiques et neurovégétatifs.

3. Les notions de facilitation segmentaire et de dysfonction métamérique {figure 1}

Un réflexe est une boucle sensitive et motrice involontaire transitant par un segment de moelle épinière. Toute souffrance tissulaire quelle qu'en soit l'origine (organique, posturale, traumatique, etc.) génère un influx nociceptif convergent vers la corne postérieure de la moelle épinière. ●●●

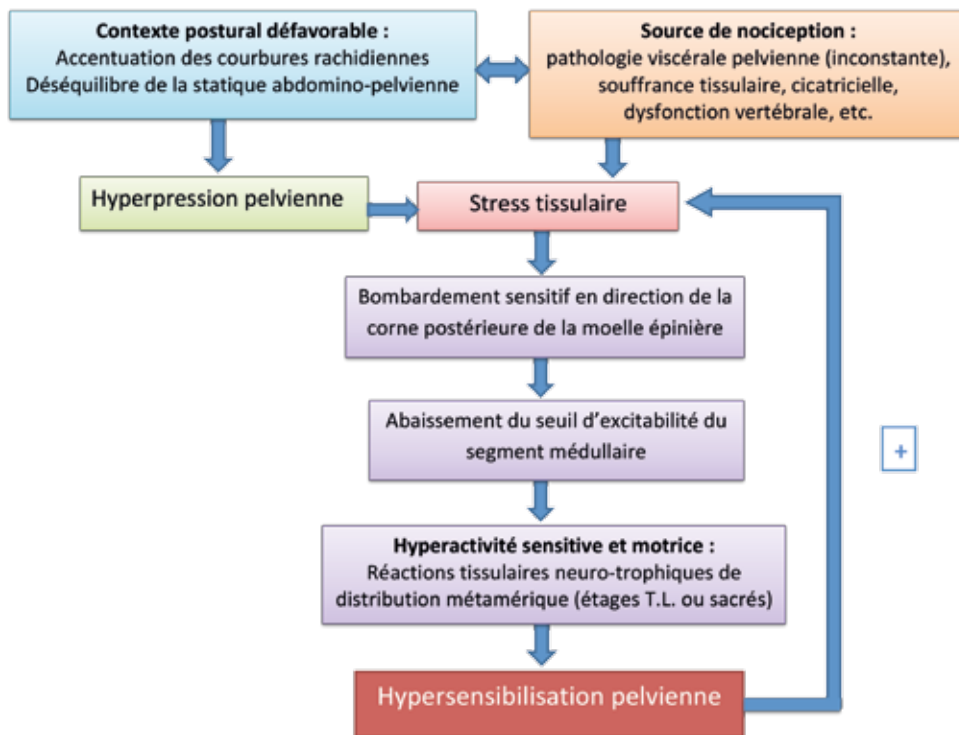


Figure 1 : Hypothèse réflexe de l'hypersensibilisation

●●● Lorsque ce bombardement afférent est excessif, il en résulte un abaissement du seuil d'excitabilité du segment de moelle correspondant, ce qui génère une majoration des flux efférents. Les tissus dépendant de cet étage métamérique deviennent le siège de modifications toniques et trophiques qui exacerbent leur sensibilité. Un processus réflexe peut ainsi se mettre en place dans un contexte d'urgence, mais peut aussi s'intégrer à un processus chronique. La boucle réflexe semble alors s'auto-entretenir, s'auto-aggraver, dépassant parfois cette notion de réaction de défense adaptée qui la caractérisait en phase aiguë. Ces réflexes de défense s'expriment cliniquement dans les deux grands systèmes nerveux :

- le **système nerveux somatique** qui met en jeu des réponses principalement musculaires pour répondre à toute situation d'urgence (retrait de la main en cas de brûlure, contracture en cas de mouvement traumatisant, etc.) ;
 - le **système neurovégétatif ou autonome** qui met en jeu des réflexes plus lents et tardifs, caractérisés par des modifications trophiques tissulaires et de l'inflammation.
- Dans les deux cas, nous pouvons observer :
- que ces réactions tissulaires consécutives à l'exacerbation d'un réflexe pathogène entraînent une hypersensibilisation tissulaire qui contribue aux phénomènes douloureux,
 - qu'elles se distribuent le plus souvent sur un ou plusieurs territoires métamériques, correspondant aux segments de moelle épinière impliqués dans les boucles réflexes mises en jeu,
 - que cette diffusion touche généralement les tissus dépendants du territoire métamérique, dans ses trois territoires d'origine embryologique :

Un processus réflexe peut ainsi se mettre en place ...

l'ectoderme, l'endoderme, le mésoderme. L'hypersensibilisation de ces différents tissus peut être soit spontanée (donc consciente et décrite par le patient), soit latente et révélée uniquement par la palpation. Le territoire hypersensible ou dystrophique mis en évidence par l'examen palpatoire est donc généralement beaucoup plus vaste que celui de la manifestation clinique spontanée. Il importe de considérer que ce processus réflexe n'est pas une pathologie supplémentaire qui viendrait se surajouter aux pathologies répertoriées. Il s'agit plutôt d'un processus sous-jacent agissant en toile de fond de toute affection douloureuse. Il est indissociable du processus nociceptif et constitue peut-être l'un des fondements de l'aspect clinique diffus et multifocal des DPP.

4. Deux grandes zones d'innervation sont concernées

- Les étages sacrés (principalement de S1 à S4).
- Les étages thoraciques bas et lombaires hauts (principalement de T12 à L2).

L'innervation végétative sympathique est issue des centres T9 à L2. Elle transite par la chaîne ganglionnaire latéro-vertébrale.

L'innervation parasympathique provient des centres sacrés en S2, S3, S4.

De la double topographie, à la fois thoraco-lombaire et sacrée de l'innervation pelvi-périnéale, découlent nombre d'implications cliniques et thérapeutiques en Massage Neural (Figure 2).

5. L'innervation neuro-végétative semble jouer un rôle majeur dans les DPP

Citons dans un autre domaine les travaux japonais (Ohtori et al, 1996-2002) qui ont démontré que les influx nociceptifs issus des disques intervertébraux L5-S1, du fait de leur innervation sympathique, gagnent la chaîne orthosympathique latéro-vertébrale avant de rejoindre la moelle épinière via les segments T12 et L1. Ces segments sont responsables de l'innervation de la région inguinale. C'est ce qui explique les fréquentes douleurs projetées dans la région de l'aîne lors de sciatiques ou lombalgies discales lombo-sacrées. Ces travaux d'Ohtori illustrent remarquablement un processus de projection d'une douleur générant la diffusion d'une sensibilisation tissulaire via les systèmes neurovégétatif et somatique.

Ce même processus de diffusion de douleurs via le sympathique pré-vertébral ne pourrait-il pas concerner les différentes sources de nociception d'origine viscérale (au sens large du terme) et pas seulement celles en provenance du disque intervertébral ?

Cette hypothèse est appuyée par le fait que nous pouvons fréquemment observer des manifestations tissulaires similaires (dermalgies, douleurs myofasciales et périostées de la région inguinale, iliaque ou sacro-iliaque, répondant à une topographie T12, L1) lors de certaines affections viscérales telles que les colites néphrétiques, le syndrome de la vessie douloureuse, etc.

Soulignons qu'une dysfonction métamérique peut avoir plusieurs sources ou origines : rachidienne, articulaire périphérique (ligamentaire, tendineuse, bursite), myofasciale, viscérale, cutanée (cicatrices), etc. Or comme il s'agit d'un processus de diffusion, nous pouvons constater le plus souvent une simultanéité dysfonctionnelle (spasme, hypersensibilité, œdème) de ces différents tissus ou organes.

Ces constatations étayent l'hypothèse selon laquelle il existe, en toile de fond des DPP, un emballement réflexe avec une possible diffusion multi-directionnelle de l'hypersensibilisation. Cette diffusion emprunte à la fois les voies neuro-végétatives, mais également le système somatique, notamment les branches antérieures et ●●●



A.T. STILL ACADEMY

LA RÉFÉRENCE DE L'OSTÉOPATHIE EN FRANCE

Établissement d'enseignement privé d'Ostéopathie en alternance
agrée par le Ministère de la Santé



Grâce à son équipe d'enseignants praticiens et d'assistants expérimentés, **l'Andrew Taylor Still Academy (ATSA)**, assure depuis 1975 **une formation pratique et théorique de haut niveau** aboutissant à la profession **d'Ostéopathe.**

Kinésithérapeutes devenez

ostéopathes



Renseignez-vous

par Tél : 04 78 43 20 06

*(documentation complète
envoyée sur simple demande)*

Notre établissement est équipé de :

- matériel pédagogique performant
- salles de cours climatisées
- clinique ostéopathique
- support informatique de cours

Le nombre d'étudiants par promotion est volontairement limité afin d'assurer un enseignement de qualité.

Site internet : www.stillacademy.com

Email : atsa@wanadoo.fr

Centre de Formation de Lyon
280, Allée des Hêtres - 69760 LIMONEST



●● postérieures des nerfs rachidiens, générant une projection antérieure ou postérieure (ou les deux) de l'hypersensibilité.

Un réflexe est par nature une boucle courte, médullaire donc involontaire. Il reste cependant sous le contrôle du cerveau. Le système d'intégration de la douleur surtout lorsque celle-ci devient chronique, majore l'implication du système cortical. Cela ajoute à la complexité clinique, des facteurs d'intégration centrale de la douleur en plus d'un contexte psycho-émotionnel, culturel, social, historique propre à chaque patient. Ce contexte pourra dans certains cas faire varier considérablement le tableau clinique, favorisant la survenue de cette hypersensibilisation, produit de l'instauration d'un véritable cercle vicieux. Dans ce contexte, la douleur s'exacerbe, diffuse et semble ne plus être proportionnelle au stimulus nociceptif.

6. La notion d'hyperpression pelvienne

Beaucoup d'auteurs soulignent le rôle néfaste d'un déséquilibre de la statique abdominale et pelvienne dans la genèse de certaines pathologies de la sphère pelvi-périnéale. Citons Marcel Caufriez qui a élaboré une gymnastique hypopressive fondée sur « l'aimantation » diaphragmatique pour traiter



Figure 2 : La double topographie thoraco-lombaire et sacrée de l'innervation pelvienne (Dermatomes selon Keegan et Garrett)

EIRPP.com

Formation en Rééducation Uro-gynécologique
Ano-rectale - Sexologique

Prise en charge FIF-PL et DPC

32, Place Sébastopol - 59000 Lille - France
Tél. : 00 33(0)3 20 11 27 20 / 00 33(0)6 60 55 54 02
loic_dabbadie@hotmail.com



CENTRE HOSPITALIER DE TROYES (AUBE)
1124 lits – pôle hospitalier du département de l'Aube et
Plateau technique conséquent de la région Champagne-Ardenne
(Proximité Paris 1h30 en train)

TRES URGENT

RECRUTE

**DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES
DIPLÔMES D'ETAT (H/F)**

Les candidatures (CV + Lettre de motivation) doivent être adressées à :

Monsieur le Directeur
Centre hospitalier
CS 20718
101 avenue Anatole France
10003 TROYES cedex
direction@ch-troyes.fr

Pour tout renseignement contacter :
Mme MERIC-GARCIA
Cadre supérieur de santé
☎ : 03.25.75.92.08

...une majoration des pressions intra-abdominales en direction caudale génère une hyperpression pelvienne...

La ptose abdominale et l'hyperpression pelvienne. Citons également Luc Guillaume, Bernadette De Gasquet, qui ont, dans des démarches différentes, élaboré des modalités d'éducation et de travail abdominal visant à canaliser les pressions intra-abdominales en direction céphalique.

Ces travaux de spécialistes de la rééducation pelvi-périnéale partent de la même hypothèse de départ selon laquelle une majoration des pressions intra-abdominales en direction caudale génère une hyperpression pelvienne dont les effets sont délétères sur le plancher pelvien et l'équilibre fonctionnel régional. Nous pouvons penser que cette dernière joue un rôle dans la genèse des pathologies algiques de cette région.

Ce contexte d'hyperpression et de spasme favorise la survenue d'une souffrance tissulaire par la génération de phénomènes compressifs dont les effets nocifs sont multiples :

- entrave aux échanges tissulaires par compression du réseau micro-vasculaire,
- entrave à la circulation de retour dans la région pelvienne qui peut constituer un barrage majeur (source de varices, d'hémorroïdes, de troubles de la circulation des membres inférieurs, etc.),
- génération de syndromes canaux sur les nombreux passages de troncs nerveux régionaux.

Toutes les structures anatomiques peuvent être le siège d'une souffrance liée à un phénomène compressif. Soulignons le fait que le système nerveux périphérique joue un rôle de sentinelle, car il est probablement le système anatomique le plus sensible à la compression et à l'hypoxie tissulaire que celle-ci engendre. Ainsi, le tissu nerveux régional sera souvent le premier à « s'exprimer » douloureusement en réponse aux phénomènes compressifs liés à l'hyperpression pelvienne. C'est parfois la clinique, mais surtout la palpation qui mettra en évidence son hypersensibilité.

Nous pouvons citer :

- dans la région inguinale : les nerfs fémoral, cutané latéral de la cuisse, ilio-hypogastrique (T12 et L1), génito-fémoral (L1 et L2), ilio-inguinal (L1, L2) et obturateur (L2, L3, L4) ;
- dans la région de la crête iliaque, les branches

perforantes latérales de T12 à L2 ;

- dans la région fessière : les nerfs ischiatique, clunéaux, glutéaux supérieur et inférieur ;
- dans la région sacrée et périnéale, le nerf pudendal.

Leur compression peut devenir une source de nociception extrêmement active, point de départ d'un réflexe défensif pouvant déboucher sur la diffusion multifocale d'une sensibilisation.

7. L'importance du contexte postural

Le morphotype et la posture du patient jouent aussi probablement un grand rôle dans la genèse du tableau clinique douloureux pelvi-périnéal. Certains auteurs (C. Baude) relèvent l'impact négatif d'une posture en suspension antérieure.

Sans entrer dans des considérations posturales trop complexes, ce qui dépasserait le propos de cet article, soulignons la fréquence, dans le cadre des DPP, d'une accentuation des courbures rachidiennes selon 3 grands cas de figure :

- antéversion du bassin avec hyperlordose lombaire,
- hypercyphose thoraco-lombaire, le bassin étant plutôt rétroversé,
- hypercyphose thoracique basse et hyperlordose lombaire, ce rachis caractéristique étant de type sigmoïde (en forme de S) (Figure 3) ●●●

Massage Neural®
et Techniques Normoceptives

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

- 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.

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



Figure 3 : Patiente souffrant de névralgies pudendales : nous pouvons constater une accentuation de ses courbures rachidiennes.

●●● Nous pouvons observer que ces caractéristiques posturales jouent un rôle important car elles créent le terrain favorable à une dysfonction de la charnière thoraco-lombaire générant des douleurs

projetées pelviennes (régions inguinale, pubienne et fessière). Cf. : R. Maigne, syndrome de la charnière thoraco-lombaire. Une ptose abdominale est classiquement attribuée

à un allongement du système de suspension viscéral et à un relâchement abdominal et périnéal. Nous pensons que l'accentuation des courbures rachidiennes est également une cause possible de ptose abdominale : elle a en effet pour conséquence de rapprocher les ceintures scapulaire et pelvienne l'une de l'autre et de créer un raccourcissement relatif du mat central que représente le rachis.

Or cette accentuation des courbures peut elle-même être due à des compensations posturales antalgiques. Soulignons le fait qu'une hyperpression pelvienne peut exister sans qu'une ptose ne soit clairement identifiable cliniquement. D'autre part, l'hyperpression est difficilement mesurable et objectivable. C'est l'examen palpatoire qui, dans sa subjectivité, permettra au kinésithérapeute de mettre en évidence la densité relative des tissus, leur sensibilité. Cette palpation devra donc être comparative avec les zones abdominales adjacentes et non douloureuses.

Nous devons prendre en compte également toutes les empreintes de souffrance tissulaire liées à l'histoire du patient (accouchements, traumatismes régionaux, cicatrices abdominales ou pelviennes d'interventions chirurgicales, césariennes, pathologies viscérales chroniques, etc.) qui peuvent favoriser la persistance d'un spasme abdominal bas ou d'une fixité tissulaire basse. Ceux-ci jouent un rôle d'« attraction » tissulaire pouvant favoriser l'instauration d'une hyperpression pelvienne.

Conclusion

Cette première partie axée sur la physiopathologie, avait pour objectif de mieux comprendre le phénomène des DPP. Elle sera suivie dans le prochain numéro de Profession Kiné, des principes de la méthode et des explications de traitement en fonction des principales pathologies de cette zone.

Retrouvez la bibliographie dans le prochain numéro