

La physiothérapie du plancher pelvien dans le traitement de la NP

(Stéphanie Prendergast)

Dans le précédent [post de notre série "Démystifier la névralgie pudendale", j'ai parlé de la différence entre PN et PNE](#). De plus, j'ai examiné une liste d'options de traitement pour la NP. La physiothérapie était au sommet de cette liste. Aujourd'hui, dans ce deuxième article de la série, j'approfondirai le rôle de la physiothérapie du plancher pelvien dans le traitement de la NP.

Alors, quel est le rôle du PT dans le traitement de la NP ?

D'une part, un PT du plancher pelvien est dans l'une des meilleures positions pour découvrir les causes sous-jacentes possibles de la NP.

C'est parce que l'une des principales causes de NP est le dysfonctionnement myofascial. En effet, les muscles hypertoniques (muscles trop tendus), les points gâchettes myofasciaux (MTrP), les dysfonctionnements articulaires et les restrictions du tissu conjonctif peuvent provoquer une irritation du nerf pudendale et les symptômes de la névralgie pudendale : douleur aiguë, lancinante ou brûlante dans le territoire du nerf. Les physiothérapeutes du plancher pelvien sont spécifiquement formés pour identifier et traiter ces problèmes.

Une autre raison pour laquelle un physiothérapeute peut mieux identifier les causes sous-jacentes de la NP est liée au temps passé avec le patient.

[le rendez-vous typique du physiothérapeute](#) -dure une heure et les patients voient généralement leur physiothérapeute une à deux fois par semaine. Passer autant de temps avec un patient permet au physiothérapeute de prendre un historique détaillé et d'effectuer un examen physique très approfondi pour identifier l'ensemble des déficiences à l'origine de la douleur et/ou du dysfonctionnement du patient.

En plus d'être dans la meilleure position pour découvrir la cause de la douleur / du dysfonctionnement d'un patient, un rôle important d'un PT traitant le PN est d'aider le patient à trier tous les tests passés, à interpréter les réponses aux divers traitements et à faire des choix éclairés sur les tests de diagnostic. et les interventions à venir.

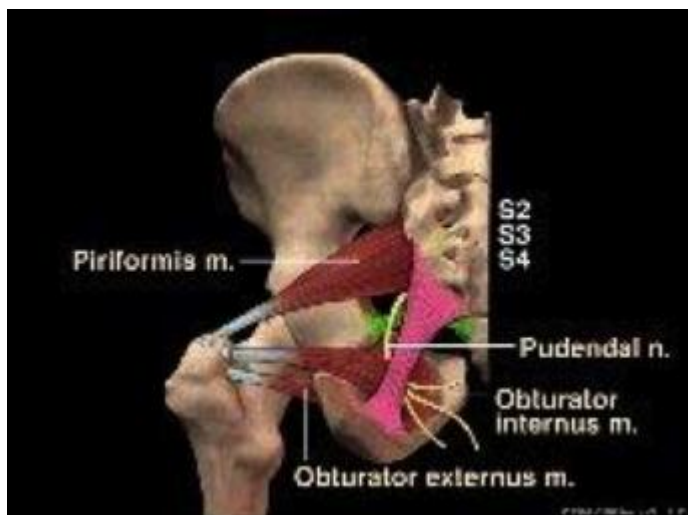
Dans notre clinique, nous avons vu à maintes reprises des patients lutter contre la complexité de ce diagnostic parce qu'ils n'avaient pas de professionnel de la santé désireux ou capable de «diriger leur navire». Avoir un fournisseur en place pour diriger la guérison du patient peut grandement contribuer à établir un plan de traitement multimodal pour traiter les causes sous-jacentes de la NP.

Alors, quelles sont certaines de ces *causes sous-jacentes*?

La douleur NP peut être causée par une combinaison de plusieurs facteurs, et c'est pourquoi il n'existe pas de protocole de traitement unique. Ainsi, chaque patient qui franchit la porte d'un cabinet de physiothérapie en apportant avec lui un diagnostic de NP aura une raison ou une combinaison de raisons différentes pour sa douleur et ses symptômes.

Cela dit, avec un diagnostic de NP - et rappelez-vous, "NP" est simplement une douleur n'importe où sur le territoire du nerf pudendal - n'importe lequel des suspects typiques de douleur pelvienne peut être impliqué. Ces suspects habituels incluent : les muscles hypertoniques qui compriment ou irritent le nerf, les points de déclenchement, les dysfonctionnements biomécaniques, les restrictions du tissu conjonctif ou toute combinaison de ceux-ci pouvant altérer la neurodynamique, qui est essentiellement la capacité du nerf à se déplacer sans irritation.

Par exemple, il est possible pour un patient qui présente certains types de dysfonctionnement de l'articulation SI d'avoir moins d'espace entre les ligaments sacrotubéreux et sacro-épineux. Ce manque d'espace peut influencer la capacité du nerf à glisser et à se déplacer librement, et le résultat final peut être une névralgie. Un autre problème susceptible de modifier la neurodynamique serait un point de déclenchement dans le muscle obturateur interne. Ce point de déclenchement peut entraîner un rétrécissement du canal d'Alcock et irriter le nerf. (Le canal d'Alcock est la structure par laquelle passent l'artère pudendale, les veines et le nerf pudendal.



La branche périnéale du nerf pudendal traverse le canal d'Alcock du muscle obturateur interne. Soit dit en passant

, ces deux patients présentent probablement les mêmes symptômes - brûlure à leur des ischions qui s'aggravent avec la position assise. Cependant, le plan de traitement pour chacun de ces scénarios sera très différent. En effet, de nombreux patients présentant exactement les mêmes symptômes auront des résultats objectifs très différents. Souvent, je dois expliquer à mes patients qu'avoir des douleurs avec assis ne signifie pas qu'ils ont un piégeage. De nombreuses déficiences causent de la douleur en position assise.

Bien que l'un des suspects habituels ou une combinaison des suspects habituels puisse être la cause de la NP d'un patient, il existe une poignée de problèmes très spécifiques qui sont fortement associés. avec douleur le long du parcours du nerf pudendal qui devrait être pris en compte lorsqu'un PT fait son évaluation.

Notamment:

- dysfonction sacro-PUD l'articulation le nerf endal sort du sacrum et traverse les ligaments de l'articulation sacro-iliaque. L'espace entre ces ligaments pourrait être affecté par un changement de position de l'articulation, qui à son tour pourrait comprimer le nerf. Les changements dans la mobilité de l'articulation SI peuvent également avoir un impact négatif sur le nerf à différents endroits le long de son parcours.



Le nerf pudendal sort du sacrum et traverse les ligaments de l'articulation sacro-iliaque.

- Points de déclenchement dans les muscles obturateurs internes - Comme indiqué ci-dessus, l'aponévrose du muscle obturateur interne forme le canal d'Alcock, à travers lequel se déplace la branche périnéale du nerf pudendal. (Une «aponévrose» est une couche de tendons plats et larges dont la fonction principale est de joindre les muscles à d'autres muscles ou os.) Si un patient développe des points de déclenchement dans le muscle obturateur interne, le muscle peut devenir hypertonique. À son tour, ce muscle hypertonique va comprimer le nerf.
- Restrictions du tissu conjonctif dans la distribution dermatomale du nerf pudendal - C'est souvent le cas lorsque les patients disent qu'ils ont l'impression d'être assis sur une balle de golf ou qu'ils ne peuvent pas tolérer le port de sous-vêtements. Ce qui se passe, c'est que le tissu conjonctif dans la région est tendu et irrite les branches nerveuses superficielles.

- Muscles hypertoniques du plancher pelvien - Des muscles du plancher pelvien trop tendus peuvent provoquer une compression le long du trajet du nerf et entraîner ainsi une inflammation neurale.
- Sensibilité neurale et ischémie - Des facteurs aggravants tels que des levures répétitives ou des infections bactériennes peuvent sensibiliser le nerf. De plus, il a été démontré qu'il existe une corrélation entre la PN et l'endométriose, la vulvodynie et la CI. Certes, nous savons que les états pathologiques viscéraux peuvent affecter les nerfs périphériques et il est plausible que l'irritation des nerfs puisse irriter les structures viscérales.

Ce que la liste ci-dessus nous montre, c'est que le nerf pudendal lui-même est rarement le **seul** moteur des symptômes de la NP, comme la douleur en position assise. Mais plutôt, est une déficience d'un syndrome myofascial composé de plusieurs parties. C'est l'une des raisons pour lesquelles les interventions dirigées sur le nerf seul, comme les blocs nerveux, procurent souvent un soulagement limité ou nul.

Prenez Peggy par exemple, Peggy était une femme de 51 ans qui est venue me voir après avoir souffert pendant des années de douleurs vulvaires du côté gauche et de douleurs en position assise. Peggy avait reçu un diagnostic de compression du nerf pudendal (PNE).

Lorsque j'ai évalué Peggy, j'ai découvert qu'elle présentait une poignée de points de déclenchement myofasciaux dans les muscles du plancher pelvien et de la ceinture pelvienne, ainsi que des restrictions étendues du tissu conjonctif dans la région du bassin osseux. À mon avis, ce sont les causes de l'irritation du nerf pudendal qu'elle ressentait, pas un nerf piégé. En effet, les branches nerveuses n'étaient pas sensibles à la palpation.

Peggy avait des antécédents d'endométriose, ce qui a probablement entraîné des problèmes de plancher pelvien. Il est donc plausible de penser que Peggy a développé des points gâchettes dans son plancher pelvien hypertonique. De plus, l'endométriose, le dysfonctionnement du plancher pelvien et les points de déclenchement sont tous connus pour contribuer à la restriction du tissu conjonctif, ce qui peut, à son tour, causer davantage de douleur et de dysfonctionnement.

Un autre patient qui est venu me voir et qui avait reçu un diagnostic de PNE était Tony. Tony était un homme de 29 ans qui est venu me voir avec une litanie de symptômes, notamment des douleurs dans le bas-ventre, des douleurs à la gauche lorsqu'il était assis sur les ischions, des douleurs au périnée, au pénis et à l'aine, une fréquence urinaire et des douleurs aux selles. Tony était un professionnel actif qui skiait, faisait du snowboard, s'entraînait dans une salle de sport, jouait au basket, faisait du skateboard et surfait.

Ses symptômes ont commencé après qu'il ait fait quelques poiriers dans son jardin lors d'un barbecue. Avant de prendre rendez-vous pour me rendre visite, il avait parlé à un médecin de l'extérieur de l'État qui lui avait conseillé de prendre rendez-vous pour une opération de décompression du nerf pudendal, après ne lui avoir parlé que brièvement au téléphone.

Lorsque j'ai évalué Tony, j'ai trouvé des points de déclenchement des muscles du plancher pelvien ainsi que des points de déclenchement dans sa paroi abdominale et une tension musculaire globale et une restriction du tissu conjonctif. Après un PT régulier et une injection de point de déclenchement abdominal, Tony est maintenant sans douleur. (Pour lire l'étude de cas de Tony dans son intégralité, veuillez cliquer sur [ici](#).)

Evaluation initiale

Un physiothérapeute doit prendre une anamnèse détaillée pour comprendre comment les patients ont développé leurs symptômes, puis entreprendre une évaluation initiale. Dans les cas de présentations chroniques sévères, l'évaluation peut prendre jusqu'à quatre heures (ou quatre rendez-vous d'une heure).

Lors de l'évaluation initiale, le [le kinésithérapeute doit évaluer](#) tous les éléments suivants :

1. Tissu conjonctif du tronc, du bassin osseux et des membres inférieurs
2. Muscles de la ceinture pelvienne
3. Muscles du plancher pelvien
4. Articulations lombo-pelviennes et de la hanche
5. Nerfs périphériques (sciatique, pudendal, cutanes fémoraux postérieurs, etc.) être palpé pour le signe de Tinel
6. Sensibilité du système nerveux central

Suite à l'évaluation, le thérapeute doit être en mesure de développer une évaluation raisonnable pour le patient quant aux déficiences qui causent quels symptômes et comment leur douleur a débuté en premier lieu.

Par exemple, si nous regardons le cas de Tony, j'ai découvert qu'il faisait environ 200 redressements assis par jour. De plus, j'ai aussi appris qu'il avait peur de développer des hémorroïdes et qu'il pressait donc constamment les muscles de son plancher pelvien, croyant que cela empêcherait le développement d'hémorroïdes. Ce comportement n'a certainement pas empêché une hémorroïde, mais il l'a provoqué une contraction des muscles du plancher pelvien qui irritait ses nerfs.

De plus, on sait qu'une tension excessive sur les muscles (trop de redressements assis) peut provoquer des points de déclenchement dans les muscles droits de l'abdomen. Les points de déclenchement deviennent symptomatiques lorsqu'ils sont activés, ce qui s'est produit lorsque Tony s'est étiré le ventre en faisant le poirier. Ces points de déclenchement, à leur tour, peuvent provoquer une fréquence urinaire et des brûlures au bout du pénis.

Ainsi, avec un peu de travail de détective de la part du physiothérapeute après avoir recueilli l'historique complet du patient, il est possible de comprendre les origines de la douleur/dysfonctionnement d'un patient.

Une fois que le physiothérapeute a identifié la ou les raisons de la névralgie du patient, le traitement consiste à restaurer la physiologie normale de toutes les structures impliquées en utilisant une variété de méthodes, y compris la thérapie manuelle.

De plus, les physiothérapeutes sont responsables d'expliquer leurs découvertes à leurs patients ainsi que de décrire quelle sera leur stratégie de traitement. La communication avec le patient est impérative au cours du traitement. Trop souvent, mes patients m'ont dit qu'ils n'étaient pas certains de l'intervention qu'ils avaient pratiquée ou de la raison pour laquelle ils suivaient certains traitements. Il est absolument crucial que le prestataire et le patient sachent ce qui est fait et pourquoi. Le traitement de ces problèmes difficiles n'est pas un processus passif et tout le monde doit travailler ensemble (plus sur ce point dans les prochains articles de blog).

Attentes raisonnables

En plus que toutes les parties sachent ce qui est traité et pourquoi, il est important que les physiothérapeutes et les patients aient des conversations claires sur les attentes raisonnables, non seulement pour les physiothérapeutes, mais aussi pour le plan de traitement global. Trop souvent, les patients sont amenés à croire que certaines procédures de traitement vont être une « solution miracle ». Cela est dû à la désinformation et à une mauvaise communication avec leurs fournisseurs.

Par exemple, je vois un schéma très courant lorsque je parle à mes patients de leurs traitements antérieurs. Un patient me dira souvent "J'ai eu des injections au point gâchette et elles n'ont pas fonctionné parce que j'ai toujours des douleurs".

Le fait qu'il y ait encore de la douleur ne signifie pas nécessairement que le traitement a été un échec et doit être entièrement écarté pour une utilisation future.

Par exemple, j'ai eu une fois une patiente souffrant de brûlures vulvaires qui a reçu des injections dans ses muscles obturateurs internes avant de venir me voir pour un PT. Après l'injection, elle a eu un soulagement temporaire de sa douleur. Cependant, elle était bouleversée lorsque sa douleur est revenue le lendemain, alors elle a mis les injections de point de déclenchement sur la liste des « traitements ratés », décidant de ne plus jamais les essayer à l'avenir.

Alors pourquoi sa douleur est-elle revenue ? Soit les injections n'ont pas éradiqué le point de déclenchement, soit le point de déclenchement n'était pas aussi fortement impliqué dans sa douleur qu'on le pensait.

Avance rapide jusqu'à mon évaluation avec le patient. J'ai trouvé un autre point de déclenchement lors de l'examen de son plancher pelvien, celui-ci dans son muscle bulbospongiose. J'ai travaillé pour libérer le point de déclenchement, mais même si sa brûlure diminuait avec nos séances, elle ne disparaissait jamais totalement. Cependant, le point de déclenchement non plus. Pour une raison quelconque, la thérapie manuelle n'a pas suffi à éradiquer ce point de déclenchement tenace.

À ce moment-là, je lui ai suggéré d'essayer à nouveau des injections de point de déclenchement, cette fois en ciblant le point de déclenchement dans son muscle bulbospongiose. Elle était très sceptique, cependant, elle a eu l'injection du point de déclenchement. Le résultat final était que l'injection (avec un peu plus de PT) éliminait le point de déclenchement et sa brûlure était résolue.

Ce que je veux dire ici, c'est que lorsque les patients ne comprennent pas les résultats qu'ils devraient raisonnablement attendre d'une méthode de traitement particulière, ils risquent de considérer cette procédure de traitement comme un échec si elle ne guérit pas complètement leurs symptômes. Il est donc important que les patients et les prestataires aient des discussions ouvertes sur les attentes raisonnables tout au long du traitement. De cette façon, toutes les voies de traitement restent ouvertes et les patients ne se découragent pas trop et n'abandonnent pas.

Durée du traitement

Il n'y a pas de calendrier définitif pour combien de temps un patient devrait recevoir une thérapie physique pour la NP. Pour certains patients, cela prend quelques mois, pour d'autres, cela peut prendre quelques années pour obtenir des résultats optimaux.

Des objectifs réalistes doivent être fixés le premier jour de la thérapie et chaque rendez-vous doit viser à atteindre ces objectifs. Bien entendu, l'objectif ultime de chaque patient est de s'améliorer et de ne plus ressentir de douleur. Cependant, pendant le traitement, il est important de fixer et de suivre des objectifs réalisables à court terme. Au PHRC, nous fixons des objectifs à court terme (six à huit semaines) et à long terme (douze à quatorze semaines). Les objectifs à court terme sont basés sur la déficience.

Exemples d'objectifs

- 1. Éliminer le TrPM de l'obturateur interne pour améliorer la tolérance à la position assise.*
- 2. Diminuer l'hypertonie puborectale pour améliorer la capacité à déféquer.*
- 3. Diminuer l'hypertonie du plancher pelvien pour diminuer la fréquence urinaire.*
- 4. Normaliser le tissu conjonctif dans le bassin osseux pour améliorer la tolérance vestimentaire.*

Les objectifs à court terme aideront à atteindre les objectifs fonctionnels à plus long terme. Voici des exemples d'objectifs réalistes à long terme :

- 1. Le patient pourra tolérer une position assise pendant 45 minutes pour pouvoir se rendre au travail en voiture.*
- 2. Le patient n'urinera pas plus de six à huit fois sur une période de 24 heures et le fera sans brûlure urétrale.*
- 3. Le patient pourra se tenir debout pendant 30 minutes pour préparer le dîner sans augmentation de la brûlure périnéale.*

Approche de traitement

Lorsqu'il s'agit de traiter les patients qui viennent chez nous avec un diagnostic de NP d'un médecin ou d'un autre physiothérapeute, au PHRC, nous traitons ces patients de la même manière que nous traitons tous les patients souffrant de douleurs pelviennes. Notre approche de traitement est axée sur la restauration de la physiologie normale de toutes les structures impliquées dans la douleur du patient. La première étape consiste donc à déterminer qui sont les coupables, puis la prochaine étape consiste à les poursuivre avec des armes à feu ! Notre approche de traitement comprend :

- Libération du point de déclenchement myofascial tout au long de la ceinture pelvienne et des muscles du plancher pelvien concernés.
- Techniques manuelles qui normalisent la longueur, le tonus et aident les patients à reprendre le contrôle des muscles du plancher pelvien.
- Manipulation du tissu conjonctif pour normaliser les tissus dysfonctionnels.
- Restauration de la mécanique neuronale normale par des glissements et des mobilisations directes et indirectement par le traitement d'autres déficiences.
- Mobilisation et stabilisation des articulations sacro-iliaques et de la hanche.
- Programme d'exercices individualisés à domicile
- Modifications temporaires du mode de vie

Et comme pour tous nos patients, nous adoptons une approche multidisciplinaire lors du traitement de la NP. Les options de traitement d'appoint appropriées pourraient inclure : les produits pharmaceutiques, y compris les suppositoires vaginaux et rectaux ; gestion de la douleur, stratégies de médecine interventionnelle, telles que les injections de point de déclenchement et le botox pour les muscles qui compriment le nerf ; blocs nerveux périphériques dans certaines situations (mais pas en tant que composante de première ligne ou obligatoire du traitement), éducation à la douleur et reprogrammation cognitive. (La reprogrammation cognitive convient bien lorsque les symptômes d'un patient sont associés à une sensibilisation centrale. Nous parlons ici de stratégies visant à recâbler le système nerveux. Restez à l'écoute pour un article complet sur ce sujet !)

Revenons au cas de Peggy, après environ un an et demi de PT hebdomadaire régulier, couplé à des injections de point de déclenchement et à des médicaments, y compris des suppositoires Neurontin et Valium, Peggy est maintenant à 95% sans douleur. (Je signale qu'elle est indolore à 95 % parce qu'il y a des occasions, comme lorsqu'elle doit rester assise pendant de longues périodes dans un avion, qu'elle aura des poussées occasionnelles. Elle dit que ses poussées sont d'environ 3 ou 4 sur son échelle de douleur personnelle. Elle gère ses poussées avec un suppositoire de Valium, en étirant son plancher pelvien avec un dilatateur et en appliquant de la glace.)

Si vous souhaitez en savoir plus sur nos méthodes générales de traitement de la douleur pelvienne, les mêmes que nous appliquons aux patients PN, veuillez cliquer [ici](#).

Dans cet article, j'espère avoir réussi à faire la lumière sur ce qui a longtemps été perçu comme un diagnostic intimidant. Dans les mois à venir, ne manquez pas le prochain épisode de ma série « [Démystifier la névralgie pudendale](#) » lorsque j'aborderai la chirurgie de [décompression PNE](#), entre autres sujets.

Au cas où vous l'auriez manqué, consultez le premier article de la série, "[Comment savoir si j'ai PN ou PNE?](#)"

Notre livre, [La douleur pelvienne expliquée](#), couvre tous les sujets de ce blog de manière beaucoup plus détaillée. Vérifiez-le si vous ne l'avez pas déjà fait!