

Syndrome de l'élévateur de l'anus (*levator ani* ou releveur) et algies ano-rectales : thérapie manuelle interne (2^e partie)

Mots clés : ► Algies ano-rectales ► Élévateur de l'anus ► Thérapie manuelle

Résultats

Selon Maigne *et al.* [15], les résultats des traitements manuels montrent que l'addition de ces techniques augmente l'efficacité du traitement (les résultats sont satisfaisants pour 25,7 % des cas à 6 mois, et 24,3 % des cas à 2 ans) et plus important sur des coccyx ayant une mobilité normale.

Les techniques d'étirement de l'élévateur de l'anus et la technique de massage de Thiele sont plus efficaces que la mobilisation du coccyx qui ne fonctionnait que pour les patients avec un coccyx normalement mobile selon ces mêmes auteurs [15].

Le traitement isolé en thérapie manuelle est controversé, parfois miracle comme dans l'étude de Riot [5]. Dans une étude ouverte, l'addition de manipulations avec le traitement par injection a produit une augmentation de 25 % de résultats satisfaisants [16]. Ce traitement donne en revanche de très bons résultats si une éducation thérapeutique et un protocole d'exercice à la maison est enseigné par le praticien comme technique de relâchement en automassage.

L'autotraitement est donc indispensable et est la base du traitement pour maintenir l'effet des mobilisations.

Il faut mettre en place un double traitement à la maison.

Les travaux de Wise *et al.* [13] et Anderson *et al.* [14] nous semblent être une référence dans la base de l'autotraitement.

L'autotraitement se réalise tous les jours en 2 parties indissociables :

– relaxation paradoxale avec un casque anti-bruit avec une musique douce et un masque ;

– relâchement des points gâchette par auto-massage en externe et en interne (massage de Thiele).

Un protocole de libération du point de déclenchement myofascial du plancher pelvien avec une baguette de point de déclenchement interne existe, mais le doigt du patient nous semble plus pertinent.

Dans un but d'adaptation sociale et de simplification de ce protocole, nous encourageons nos patients à réaliser un automassage interne et externe.

Pour les manœuvres de Thiele, nous modifions le protocole [6] en évitant toute reproduction de douleur pendant toutes les séances à la maison : patient droitier en décubitus latéral gauche, le doigt rectal, perpendiculaire aux fibres du releveur, se déplace le long de la corde contracturée, la face palmaire de l'index au contact du bord latéral du muscle. Massage d'abord doux et court, puis plus prolongé et plus appuyé sans faire apparaître la douleur.

Ces séances hebdomadaires, d'une à 6 minutes, doivent être répétées.

Validité du traitement

Il existe très peu d'autres études cliniques :

- Les manipulations consistant en un massage des muscles pelviens, étirement des muscles releveurs et du sphincter anal externe et un relâchement des ligaments sacro-tubéaux donnent de résultats près de 20 à 70 % d'amélioration selon la littérature [2, 8, 14, 16].
- Une étude Delphi [17] portant sur 984 physiothérapeutes de 17 pays a montré que plus de 80 % des praticiens interrogés ont indiqué

Pascal POMMEROL

Cadre de santé, Msc
Ostéopathe
Directeur de PAPL Formation
Lyon (69)

Syndrome de l'élevateur de l'anus (*levator ani* ou releveur) et algies ano-rectales : thérapie manuelle interne (2^e partie)

qu'ils « utilisaient fréquemment » l'éducation, l'exercice et la thérapie manuelle pour les patients atteints de douleur du petit bassin. Les interventions les plus courantes considérées comme efficaces mais pas fréquemment utilisées étaient la thérapie cognitivo-comportementale, le Dry Needling, l'acupuncture, les médicaments topiques et les techniques de thérapie manuelle pelvienne interne.

- Une étude d'Anderson *et al.* [14] (n = 314 hommes et 79 femmes) pour syndrome de douleurs pelviennes chroniques relate une réussite d'un traitement de 6 mois. 374 patients sur 396 répondaient aux critères d'inclusion ; 79,7 % étaient des hommes, âge médian de 43 ans et durée médiane des symptômes de 5 ans. Dans l'analyse complète des cas, le pourcentage de patients utilisant des médicaments au départ était de 63,6 %. Après 6 mois de traitement, le pourcentage était de 40,1 %, soit une réduction de 36,9 % (p<0,001). L'arrêt du traitement à 6 mois était significativement associé à une réduction des symptômes totaux (p = 0,03).

Conclusion

Ce traitement interne très spécifique et délicat nous semble incontournable. Il peut être accompagné d'autres manœuvres internes, par exemple les techniques de relaxation des transverses du périnée, le massage de la prostate [9].

Il est obligatoirement accompagné d'un traitement manuel externe comprenant des techniques de mobilisations des lombaires des sacro-iliaques et des hanches, technique myotensives ou de relaxation des contractures des muscles lombo-fessiers et d'une rééducation respiratoire périnéale associée.

Ces techniques sont à mettre en place selon le diagnostic clinique du thérapeute [8, 11]. Il est vivement conseillé d'utiliser une thérapie comportementale et de relaxation en parallèle [14]. ✕



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Site officiel de la Rome Foundation : <https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria/>
- [2] Lahrabli S, Diagne NS, El Amrani N, Azanmasso H, Meftah S, Lmidmani F, El Fatimi A. La coccygodynie : du diagnostic à la thérapeutique. *J Readapt Med* 2015 Juin;4686(2):51-113. ISSN 0242-648X. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrm.2015.01.004>
- [3] Sultan S. Le syndrome du releveur. *Le Courrier de Colo-Proctologie (IV)* 2003 Juil-Août-Sept;n° 3.
- [4] Maigne R. Résultats d'une thérapeutique manuelle de la coccygodynie. *Rev Med Orthop* 1992;29:15-17. http://www.sofimmo.com/publications/rm/tt_manuel_coccyx/tt_manuel_coccyx.htm
- [5] Riot F, Goudet P, Mouraux J, Cougard P. Syndrome des releveurs de l'anus, troubles fonctionnels intestinaux et anomalies articulaires du petit bassin : place du traitement ostéopathique. *La Presse Médicale* 2004 Jun;33(13):852-7.
- [6] Thiele GH. Tonic spasm of the levator ani, coccygeus and piriformis muscle: Relationship to coccygodynia and pain in the region of the hip and down the leg. *Tran Am Proc Soc* 1936;37:145-7.
- [7] Delmas V et coll. Examen dynamique du muscle élévateur de l'anus de la femme par modélisation vectorielle 3D IRM : étude préliminaire. *Acad Nat Méd* 2010;194(6):969-82, séance du 22 juin 2010.
- [8] Bonneau D et coll. *Algies pelvi-périnéales et thérapies manuelles*. Montpellier : Sauramps Médical, 2011.
- [9] Pommerol P, Langin D. Le toucher rectal en thérapie manuelle. *Kinesither Scient* 2014 Nov;559:45-8.
- [10] Pommerol P. Diagnostic de la névralgie pudendale (2^e partie). *Kinesither Scient* 2015 Avr;564:43-5.
- [11] Guérineau M. La kinésithérapie dans le traitement des douleurs pelvi-périnéales : supervision et partage d'expérience. Compte-rendu du Congrès SIREPP et AFAP-NP 2011. *AFAP-NP* 2011:1-14.
- [12] Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan C. Integration of myofascial trigger point release and paradoxical relaxation training treatment of chronic pelvic pain in men. From the Department of Urology (RUA, CC), Stanford University School of Medicine, Stanford, Sebastopol, (DW) and Los Gatos (TS). *The Journal Of Urology* 2005 Jul;155-60.
- [13] Wise D, Anderson RU. *A headache in the pelvis*. National Center for Pelvic Pain Research, 18 mai 2001:616.
- [14] Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Nathanson BH, Nevin Smith J. Equal improvement in men and women in the treatment of urologic chronic pelvic pain syndrome using a multi-modal protocol with an internal myofascial trigger point wand. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2016 Jun;41(2):215-24.
- [15] Maigne JY, Chatellier G. Comparison of three manual coccydynia treatments: A pilot study. *Spine* 2001;26(20):E479-E484. <http://www.coccyx.org/medabs/maigne5.htm>
- [16] Maigne JY. Coccygodynie. *Le Courrier de Colo-Proctologie (IV)* 2003 Juil-Août-Sept;n° 3. <http://www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/enseignement/formation/2003-3septembre/dossier4.pdf>
- [17] Alappattu M, Hilton S, Bishop M. An international survey of commonly used interventions for management of pelvic pain. *J Womens Health Phys Ther* 2019 Apr-Jun;43(2):82-8.

Pour en savoir plus sur l'hyperactivité musculaire du périnée :

- Labat JJ. Approche symptomatique des dysfonctions musculo-squelettiques et douleurs pelvi-périnéales chroniques. *Progrès en Urologie* 2010 Nov;20(12):982-9.