



1



2



3



4

Incontinence urinaire

Prolapsus

Doleurs pelvi-périnéales

Constipation

Incontinence fécale

IMPORTANCE D'UNE APPROCHE UNICISTE

5

- Pour comprendre et maintenir l'équilibre du plancher pelvien
- Une approche « uniciste » et globale de la région pelvi-périnéale qui respecte son anatomie et sa biomécanique
- Une approche multi et interdisciplinaire de spécialistes qui partagent cette vision uniciste du plancher pelvien

6

DOULEURS VÉSICALES ENDOMÉTRIOSE

DOULEURS TESTICULAIRES DOULEURS OSTÉO-ARTICULAIRES

DOULEURS D'ORIGINE SEXUELLE

DOULEURS POST PARTUM SYNDROME URÉTHRAL SCI

DYSMENORRHÉE SYNDROME LEVATOR ANI

PROCTALGIA FUGAX DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES CHEZ L'HOMME ET LA FEMME

DOULEURS NEUROPATHIQUES

DOULEURS MUSCULO-SQUELETTIQUES



7

Spina bifida SEP

Parkinson



Plégiques

LE PLANCHER PELVIEN NEUROLOGIQUE



8

LE PLANCHER PELVIEN
COMME ORGANE SEXUEL



Le rôle de la musculature pelvienne:

- Excitation sexuelle
- Fonction érectile
- Pénétration
- Orgasme
- Lubrification



9

PELVI-PÉRINÉOLOGIE
ET
DOULEURS D'ORIGINE SEXUELLE



Médecin
Sexologue
Pharmacienne
Physiothérapeute



10



UNE DYSFONCTION SEXUELLE
OU
UN SYNDROME DOULOUREUX



11



APPROCHE SIMULTANÉE SEXO/PHYSIO



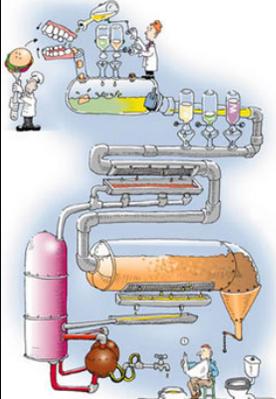
12

RELATION THÉRAPEUTIQUE

Le tout thérapeutique

Intégration des compétences
de tous les intervenants de
l'équipe multidisciplinaire
pour offrir aux patients le
support le plus adéquat
possible

**CLINIQUE DE
DOULEURS
PELVI-PÉRINEALE**



13

APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

**Gastroentérologue
Chirurgien colo-rectal
Gynécologue-obstétricien
Urologue
Radiologiste
Neurologue
Anesthésistes**

- 1 infirmière
- 2 nutritionnistes
- 1 sexologue
- 2 techn. mano-anorectale
- 12 physiothérapeutes PP
- 1 Psychologue
- 4 Pharmaciennes
- 5 ostéopathes
- 1 ergothérapeute
- 1 massothérapeute
- 1 chaîne musculaire
- 2 acupuncture
- 3 méditation pleine conscience
- 2 EMDR
- 1 art thérapie
- 1 yoga
- 1 Chi Quong
- 1 Feldenkreis
- Hypnose
- Clinique de cannabis
- Perfusion de Kétamine
- Perfusion de Lidocaïne



14

ET MOI QU'EST CE QUE JE FAIS ?

- Réviser HMA avec l'infirmière clinicienne
- Évaluer minutieusement le plancher pelvien
- Poser le Dx
- Planifier l'investigation
- Référer les patients aux sous-spécialités impliquées
- Commencer le traitement
- Animer et structurer les réunions multidisciplinaires




15

Information sur la douleur PP

- Cartographie de la douleur
- Histoire chirurgicale
- Médication
- Histoire obstétricale
- Histoire familiale
- Histoire médicale
- Habitudes de vie (Sommeil)
- Histoire menstruelle (dysménorrhée, endométriose)
- GE / Alimentation / Critères de Rome IV (SII)
- Symptômes urinaires (Vessie douloureuse) (Néphrolithiasis)
- Antécédents abus physiques/sexuels
- Syndrome des varices pelviennes
- Fibromyalgie
- Impact de la douleur sur la vie sexuelle
- Mode de compensation
- Questionnaire de McGill version abrégée




16

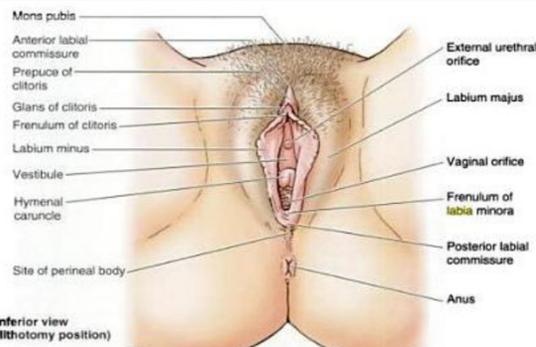


EXAMEN STANDARDISÉ

EXAMEN DU PLANCHER PELVIEN



17

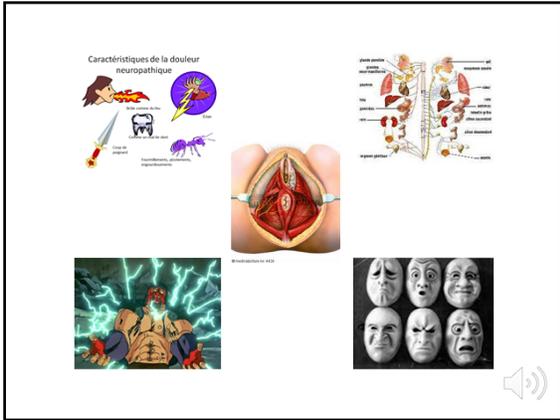


Inferior view (lithotomy position)

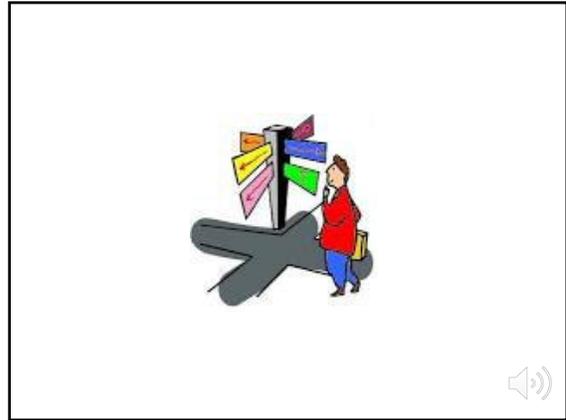
Figure 3.52. Female external genitalia. The labia majora and minora are separated to show the vestibule, into which the external urethral orifice and the vaginal orifice open.



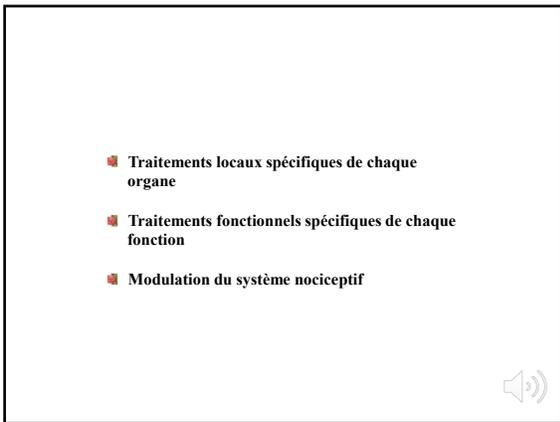
18



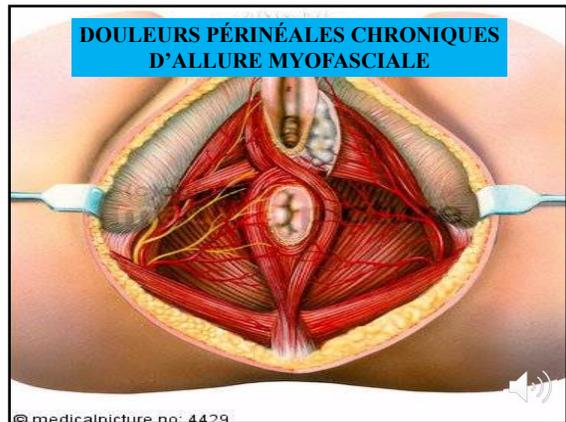
31



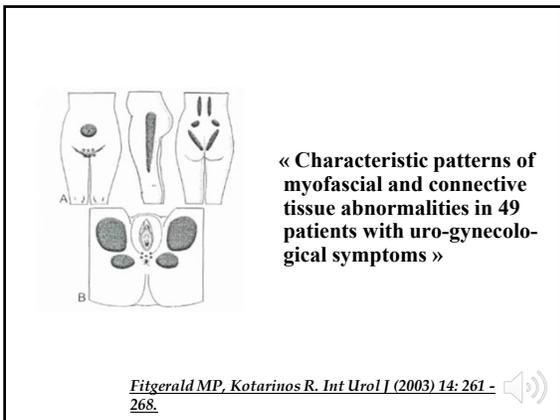
32



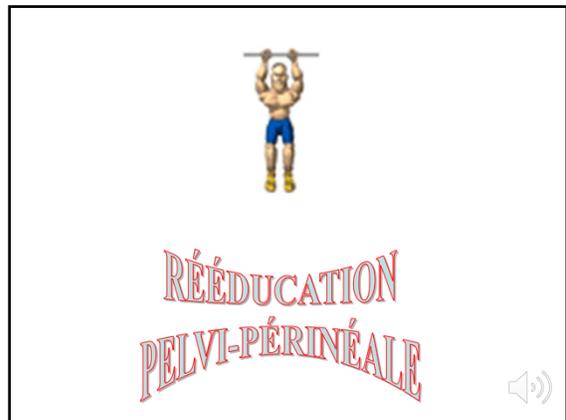
33



34



35



36

MULTIDISCIPLINARITÉ



Toutes les patientes sont réévaluées par la physiothérapeute



37

Il est important de connaître dans le détail l'anatomie du PP. Il faut connaître toutes les interconnexions entre chaque groupes musculaires. Il faut savoir identifier par la palpation quel muscle pourrait être responsable de la douleur.

Les physios du PP sont habituellement bien entraînées à examiner un PP. Elles connaissent leur anatomie et intègrent très bien la notion de symptôme-fonction au niveau de l'organe cible.



38

Les dysfonctions musculaires

Sont-elles une cause ou une conséquence des douleurs du plancher pelvien???



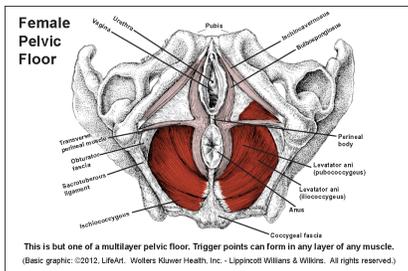
39

ÉVALUATION DE LA MOBILITÉ ARTICULAIRE

- Évaluation complète musculosquelettique
- Travailler la proprioception
- Améliorer la force, la vitesse de contraction, l'endurance musculaire
- Diminuer l'hypertonie et améliorer la relaxation musculaire
- Chercher et traiter les points gachettes
- Travailler l'élasticité des tissus
- Faire des étirements neuraux
- Désensibilisation des zones douloureuses
- Manipulation articulaire



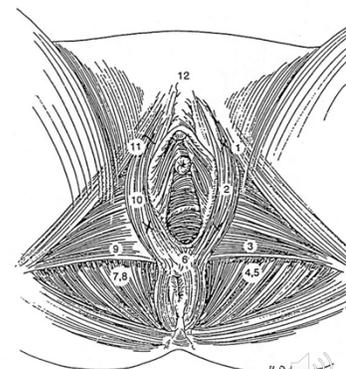
40



SYNDROME MYOFASCIAL DU PP



41



The symphysis pubis is at the 12 o'clock position, and the perineal body is at 6 o'clock. The 4, 5, 7, and 8 o'clock positions are below 6 o'clock and represent the right (7 to 8 o'clock) and left (4 to 5 o'clock) levator ani muscles; 3 and 9 o'clock represent the superficial transverse perineal muscles; 2 and 10 o'clock positions represent bulbocavernosus muscles; 1 and 11 o'clock represent ischio cavernosus muscles.



42

RECHERCHE DES POINTS DE TENSION

Par la palpation de chaque muscle, nous relevons les points de tension, la présence de fibrose et les points douloureux des attaches musculaires

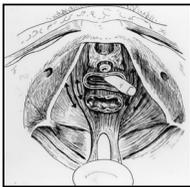
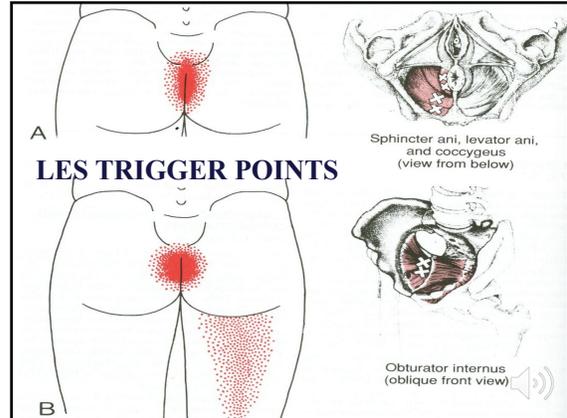


Fig. 2. Lateral view of digital palpation of the pelvic floor muscles.

43



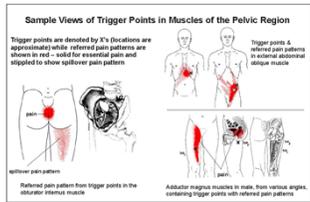
LES TRIGGER POINTS

Sphincter ani, levator ani, and coccygeus (view from below)

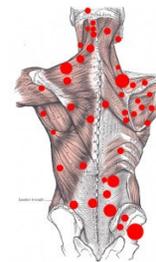
Obturator internus (oblique front view)

44

- Hyperpathie musculaire
- Trigger points
- Paroi abdominale
- Fesse (Pyriforme, obturateur interne)
- (Pelvic floor myofascial trigger points)



45



Apparition de trigger points extra-pelvien.....
Pseudo-fibromyalgia-like

46

DYSFONCTION DU TISSU CONJONCTIF



47



CONJUNCTIVE TISSUE MANIPULATION
TECHNIQUES

48

ADAPTATION DES TECHNIQUES

- Stimulation électrique
- Ultrasons thérapeutiques
- TENS
- Dilatation vaginale
- EMG de surface
- BFB

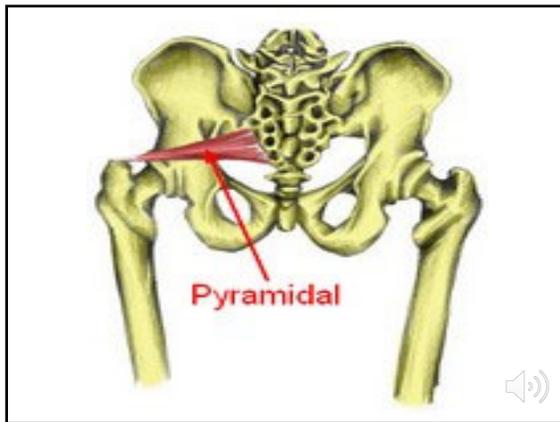


49

- ❖ LE MUSCLE PIRIFORME
- ❖ LE MUSCLE OBTURATEUR INTERNE
- ❖ LE DROIT FÉMORAL
- ❖ LE PSOAS
- ❖ LE LEVATOR ANI

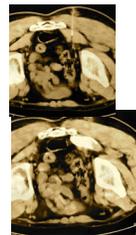


50

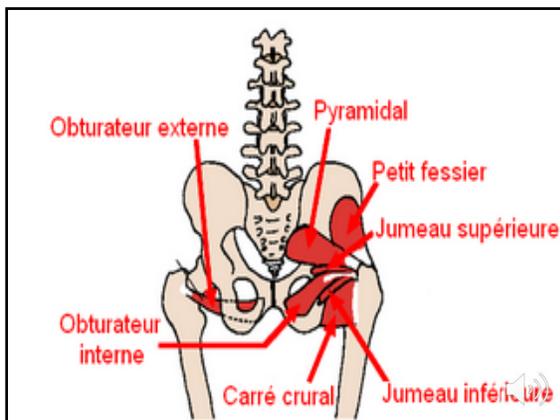


51

INFILTRATION DU PYRIFORME

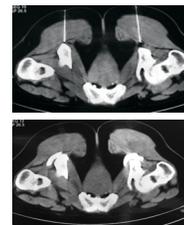


52



53

INFILTRATION DU MUSCLE OBTURATEUR



54

INFILTRATION DU MUSCLE OBTURATEUR

The image contains three anatomical illustrations. On the left, a frontal view of the pelvis with a red horizontal line indicating the level of the obturator foramen. In the center, two axial CT scans showing the obturator foramen muscle and surrounding structures. On the right, a cross-sectional diagram of the muscle area.

55

TOXINE BOTULINIQUE

The image shows two anatomical diagrams. On the left, a posterior view of the human back with the gluteal muscles highlighted. On the right, a detailed anatomical drawing of the gluteal muscles and surrounding structures.

56

SYNDROME DE MAIGNE

A 3D visualization of the human spine, showing the vertebrae and intervertebral discs in a blue and red color scheme.

57

DOULEURS RÉFÉRÉES DE LA CHARNIÈRE THORACO-LOMBAIRE

The image contains several anatomical diagrams and text boxes. At the top, a diagram of the thoracic-lumbar junction. Below it, three diagrams (A, B, and C) showing referred pain patterns. Text boxes describe the pain patterns: 'Branche postérieure: lombalgie basse', 'Branche antérieure: douleur inguino-testiculaire', and 'Rameau perforant l'écran cutané: douleur pse. do. trochantérienne'. A list of characteristics is also present: 'Fréquence et méconnaissance des douleurs référées', 'Jamais de plainte spontanée à ce niveau', and 'Lombalgie basse'.

58

LA RÉÉDUCATION PELVI-PÉRINÉALE CIBLÉE

A photograph of a woman's lower abdomen and pelvic area, with a pink flower placed on her pubic region.

59

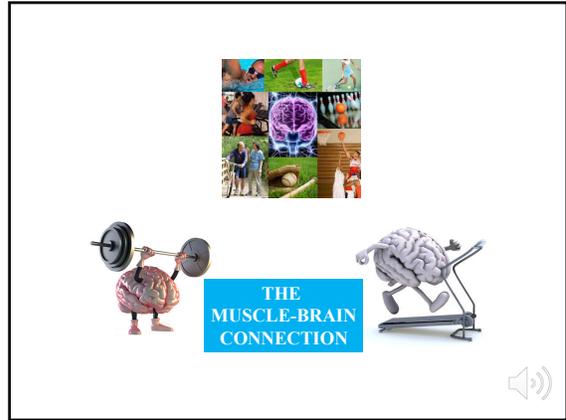
LE TOUCHER

A photograph showing a pair of hands gently touching the back of a young child.

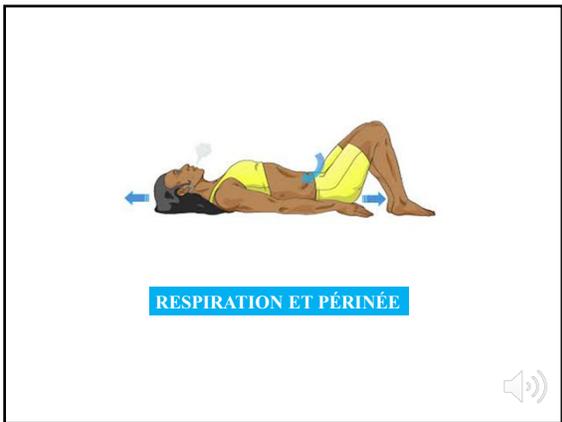
60



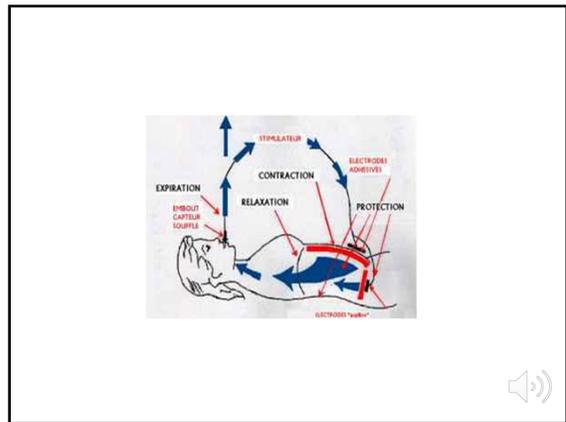
61



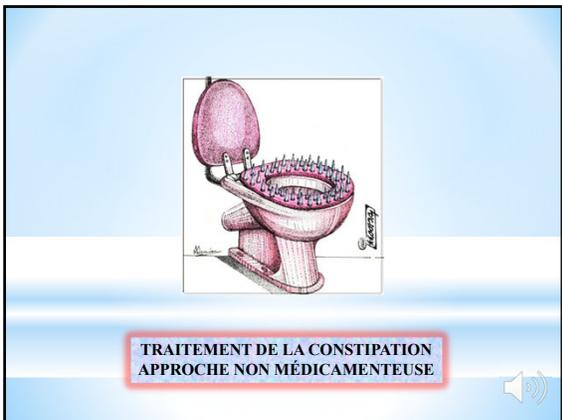
62



63



64



65



66



LA CONSTIPATION DYSSYNERGIQUE

67



Incorrect – slumped forward, rounded back

Incorrect – hips are more than 90°

Proper sitting position

68



LA TECHNIQUE DU PISTON

69



EXPIRATION AVEC RÉSISTANCE

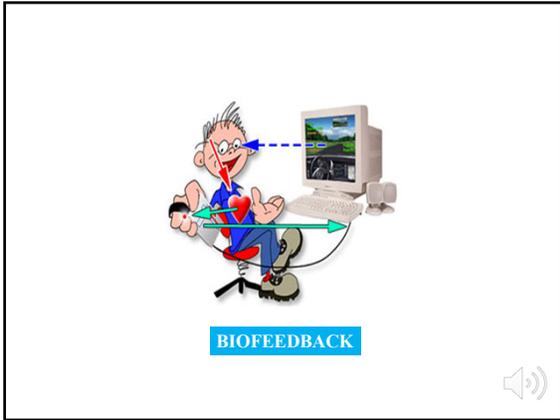
70



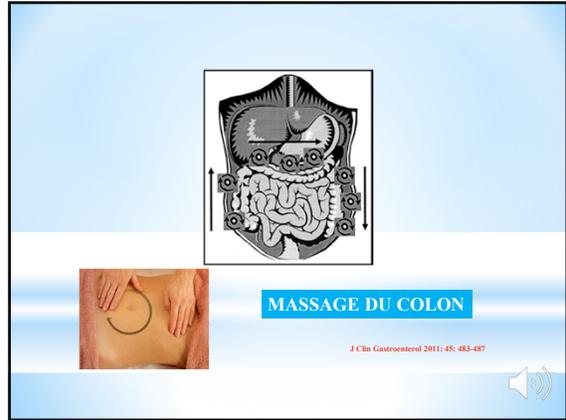
71



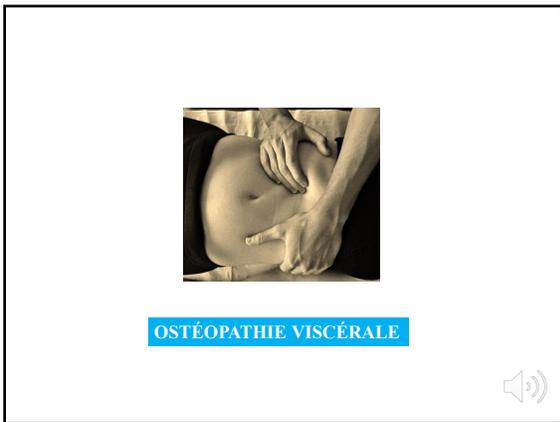
72



73



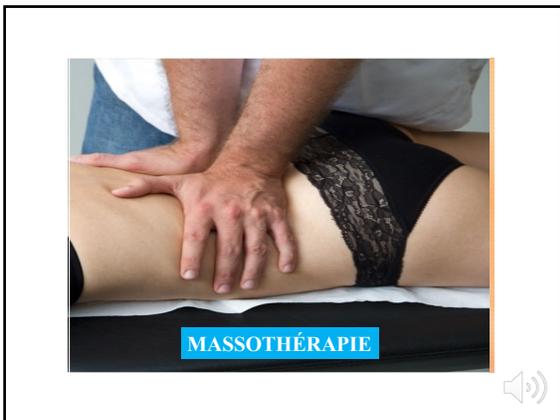
74



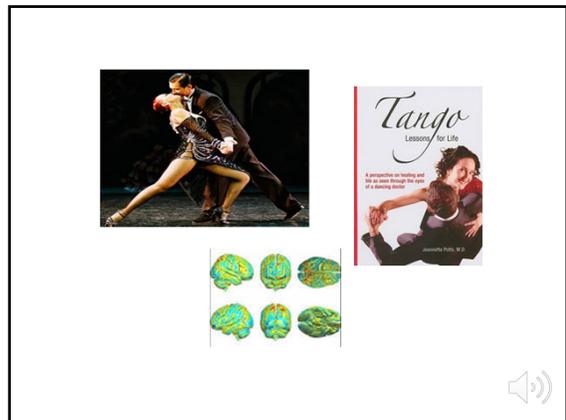
75



76



77



78



FELDENKREIS ET NEUROPLASTICITÉ

79



ÉQUILIBRE ET PÉRINÉE

80



FASCIATHÉRAPIE

81



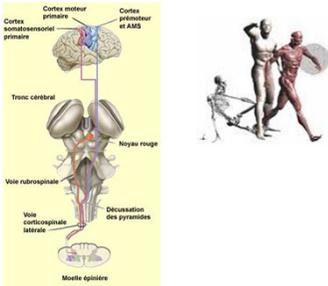
GYMNASTIQUE SENSORIELLE

82



RÉÉDUCATION POSTURALE GLOBALE

83

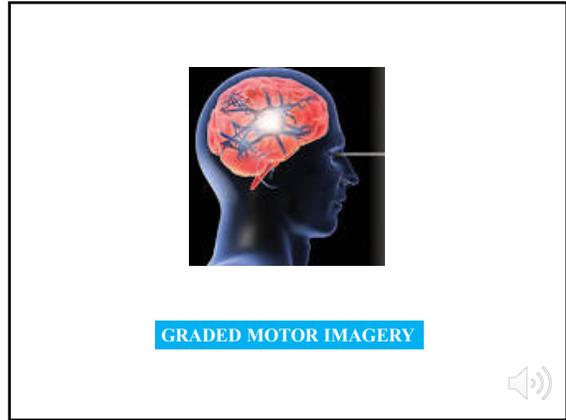


ACTIVATION POSTURALE ANTICIPATIVE

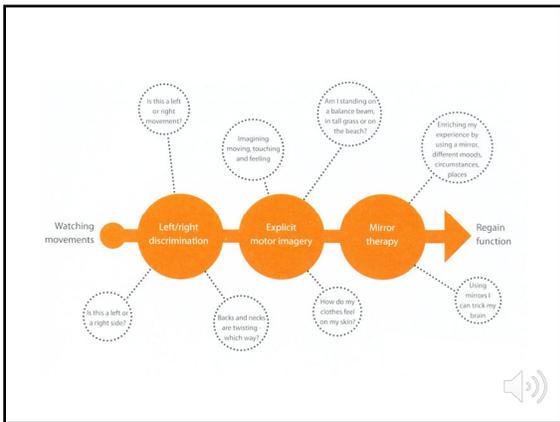
84



85



86



87



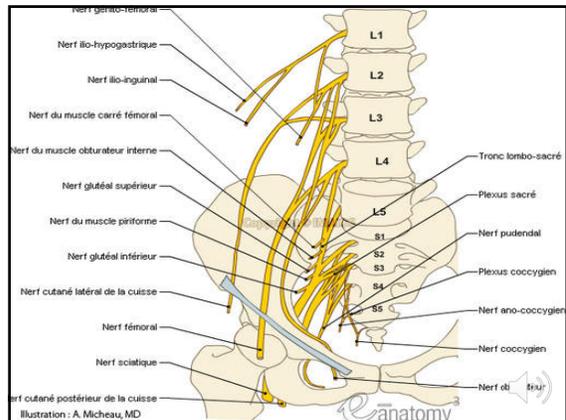
88

DOULEURS PÉRINÉALES CHRONIQUES D'ALLURE NEUROPATHIQUE

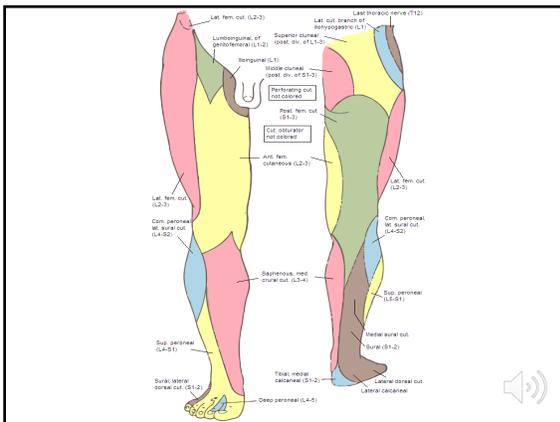
Caractéristiques de la douleur neuropathique

- Brûle comme du feu
- Éclair
- Comme un mal de dent
- Coup de poignard
- Fourmillements, picotements, engourdissements

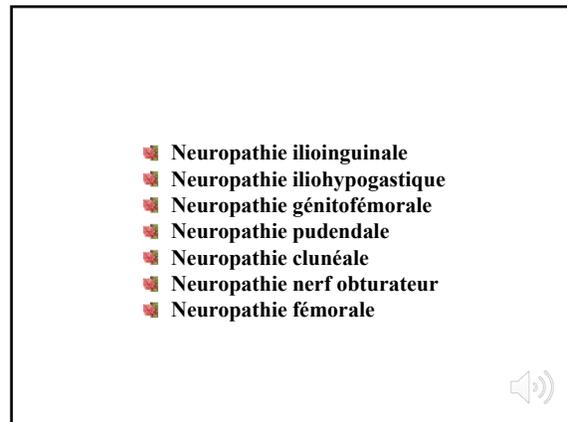
89



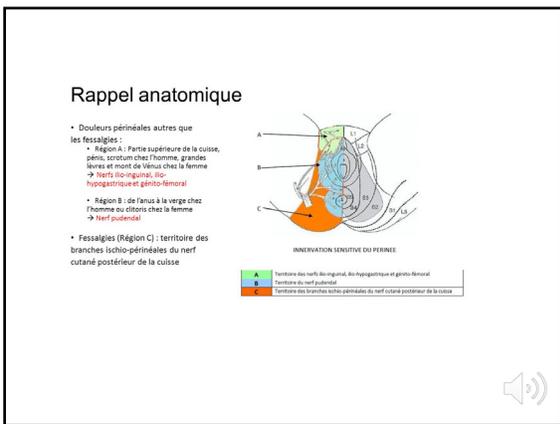
90



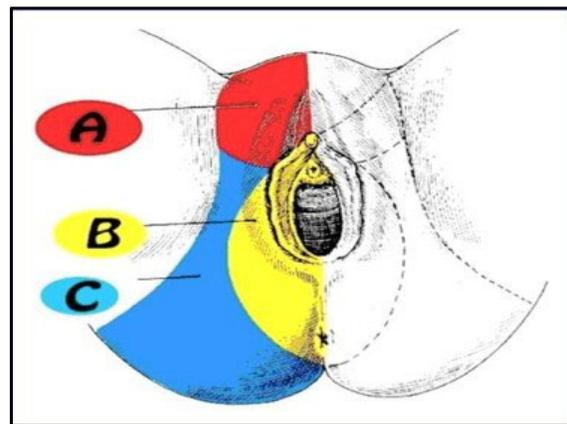
91



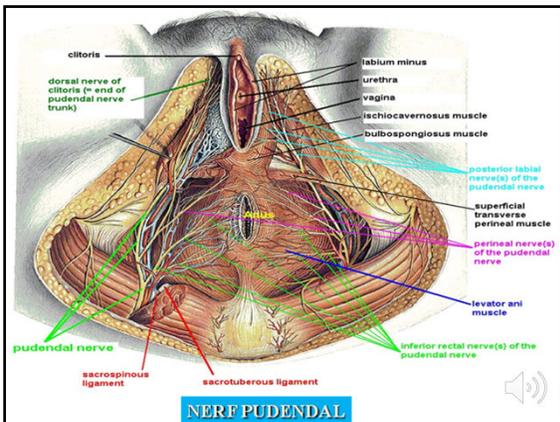
92



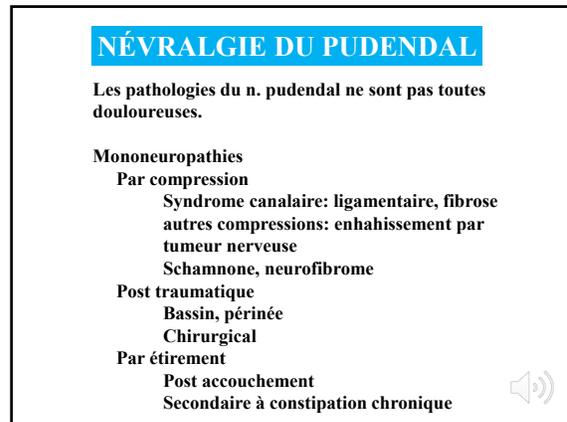
93



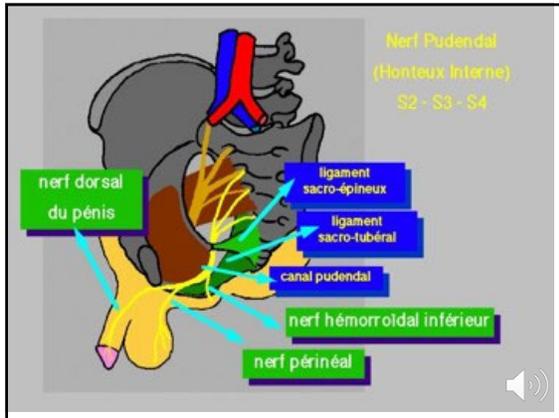
94



95



96



97

5 critères diagnostiques tous indispensables au diagnostic de syndrome canalaire du nerf pudendal

- ☐ Douleur dans le territoire du nerf pudendal (de l'anus à la verge ou au clitoris)
- ☐ Aggravée en position assise (soulagée sur un siège de WC)
- ☐ Sans réveil nocturne habituel par la douleur
- ☐ Sans déficit sensitif objectif
- ☐ Ayant un bloc diagnostique du nerf pudendal positif

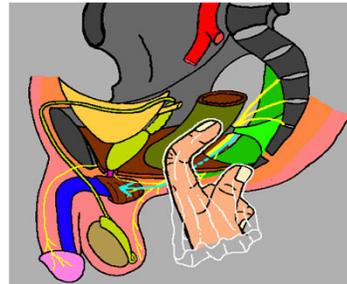
98

8 critères complémentaires au diagnostic de névralgie pudendale

- ☐ Brûlures, tiraillement, engourdissement, décharges électriques
- ☐ Allodynie ou hyperpathie
- ☐ Sensation de corps étranger endocavitaire (« sympathalgie » rectale ou vaginale)
- ☐ Aggravation de la douleur au cours de la journée
- ☐ Douleur à prédominance unilatérale
- ☐ Douleurs apparaissant après la défécation
- ☐ Présence d'une douleur exquise à la pression de l'épine sciatique (surtout si unilatérale)
- ☐ Données de l'EMG chez l'homme ou la femme nullipare*

99

DOULEUR À L'ÉPINE SCIATIQUE



100

SIGNES ASSOCIÉS N'EXCLUANT PAS LE DIAGNOSTIC

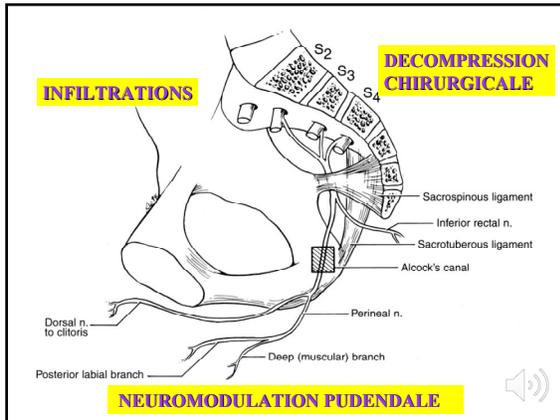
- ☐ Irradiations fessières ou au membre inférieur, notamment en station assise
- ☐ Douleur sus pubienne
- ☐ Pollakiurie et/ou douleurs au remplissage vésical
- ☐ Douleur apparaissant après l'éjaculation
- ☐ Dyspareunie et/ou douleurs après les rapports
- ☐ Troubles de l'érection
- ☐ Normalité de l'ENMG (n'explore pas toutes les fibres)

101

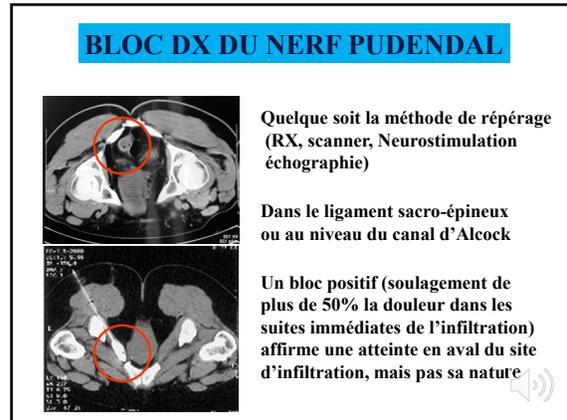
4 CRITÈRES D'EXCLUSION

- Douleurs uniquement coccygienne, fessière, pubienne, hypogastrique
- Prurit
- Douleurs uniquement paroxystiques
- Anomalies d'imagerie pouvant expliquer la douleur

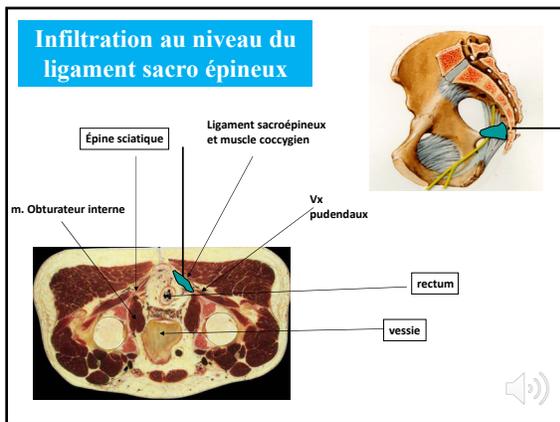
102



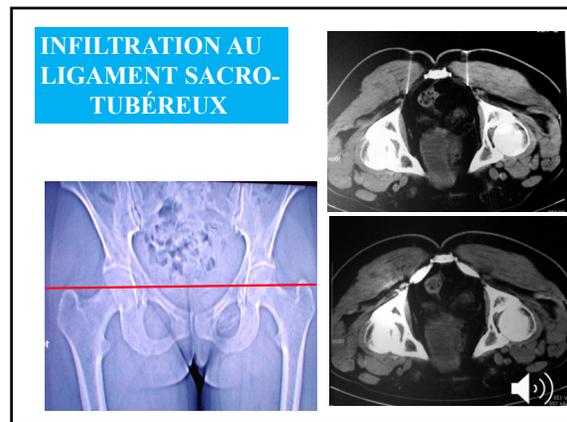
103



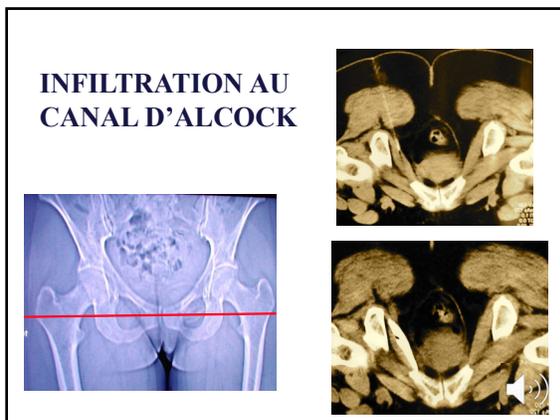
104



105



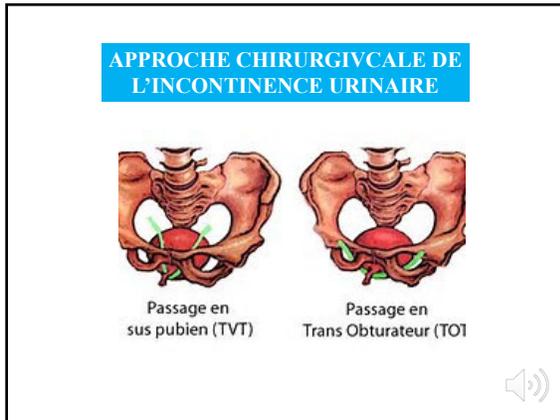
106



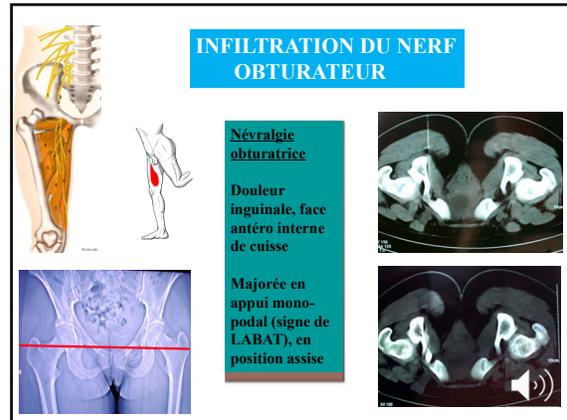
107



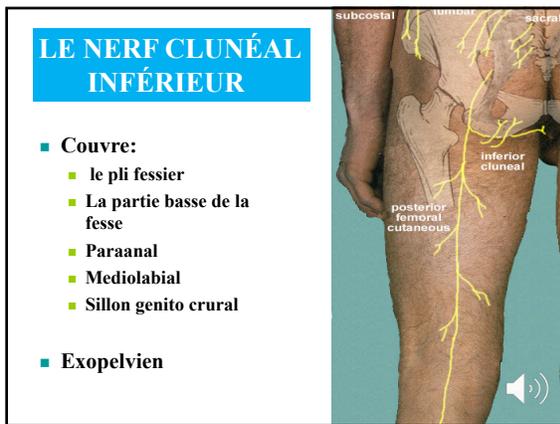
108



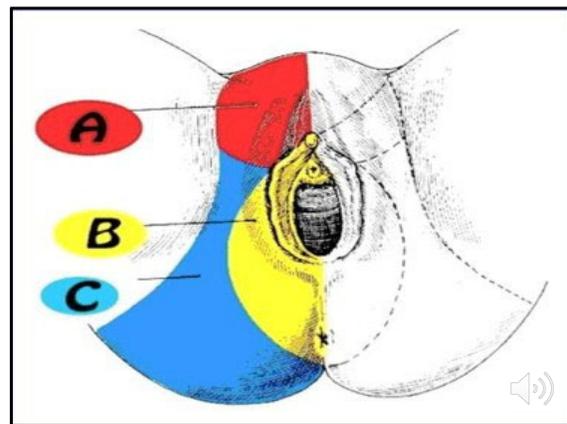
109



110



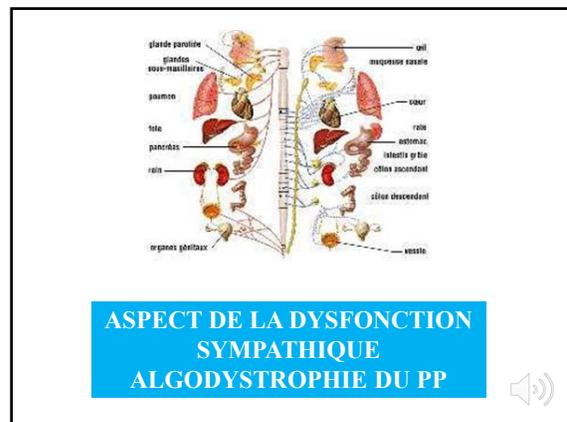
111



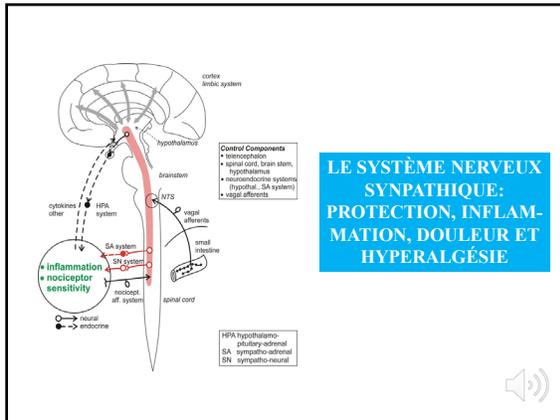
112



113



114



115

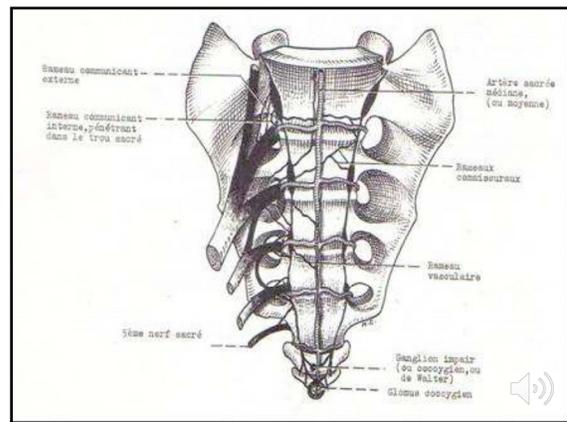
- Souvent contexte post-traumatique, post-op
- Douleurs testicules, urèthre post éjaculation
- Vestibulodynie
- Douleurs thoraco-lombaires
- Sensation de corps étranger
- Diffusion de la douleur
- Fesses froides, testicules bouillants
- changement de coloration
- Douleurs à la pression osseuse
- Aspects inflammatoires (vulve, vessie, testicules, colon) (inflammation neurogénique)

116

INFILTRATIONS SYMPATHIQUES

- Impar
- Plexus hypogastrique supérieur
- Infiltration des rameaux communicants en L2

117



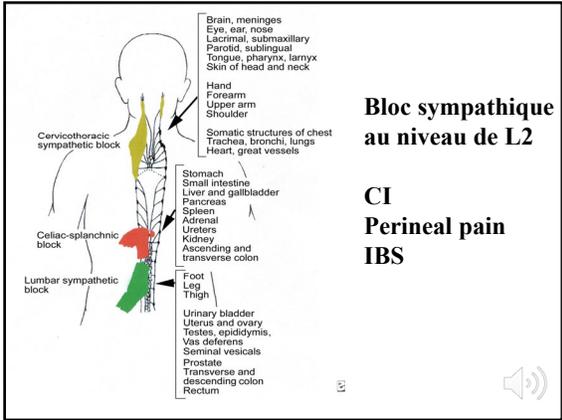
118

INFILTRATION DU GANGLION IMPAR

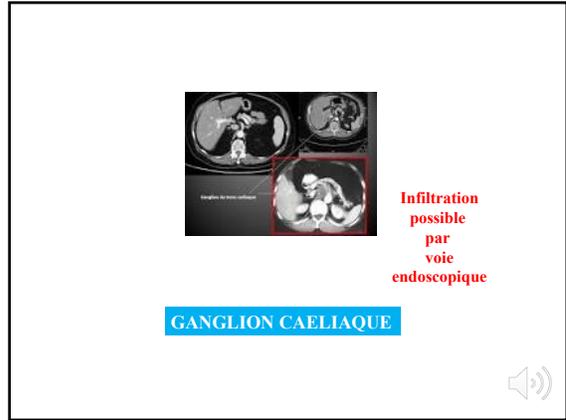
119

INFILTRATION DU PLEXUS HYPOGASTRIQUE SUPÉRIEUR

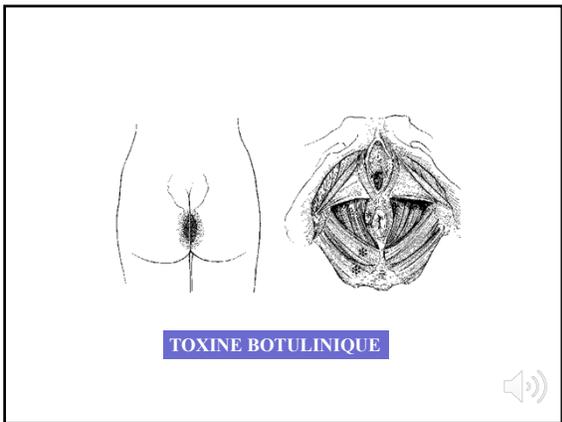
120



121



122



123



124