



A. Introduction

Le prolapsus génital est la descente de l'utérus. C'est la migration de l'utérus, du vagin vers le bas et l'apparition de ces organes à travers l'orifice du vagin. La chute de ces organes peut entraîner la vessie et le rectum, voire les intestins vers l'extérieur, hors du vagin.

B. Définition

Prolapsus génital : " toute saillie permanente ou à l'effort, dans la lumière vaginale ou à l'orifice vulvaire ou hors de celui-ci, de tout ou partie des parois vaginales plus ou moins doublées de la vessie, du rectum et des culs-de-sac péritonéaux adjacents, ainsi que du fond vaginal solidaire du col utérin "

D'autres définitions utilisées dans la description et les classements de prolapsus génitaux :

1. Concernant l'utérus quelques termes médicaux importants

Hystéroptose : c'est la descente de tout l'utérus (col et corps utérins)

Hystéroçèle : c'est la descente du col utérin avec retournement en doigt de gant du vagin.

Trachéloptose ou *trachélocèle* : c'est la descente du col utérin associée à un allongement hypertrophique de sa portion intravaginale. On distingue :

- *Trachéloptose symétrique* avec lèvre antérieure et postérieure du col utérin de volume égale.
- *Trachéloptose asymétrique* avec une hypertrophie de la lèvre antérieure du col utérin, ce qui lui donne un aspect tapiroïde.

Hypertrophie de la portion supravaginale du col utérin : c'est l'allongement de la portion du col utérin qui se trouve entre la portion vaginale du col utérin et l'isthme puis le corps utérin.

2. Concernant le vagin quelques termes médicaux importants

a. Paroi antérieure du vagin

Colpocèle antérieure : c'est le bombement (par prolapsus) de la paroi vaginale antérieure ; c'est une uréthro-cystocèle donc elle se compose de deux éléments :

Urétrocèle : c'est le bombement de la partie basse du vagin qui avoisine l'urètre, elle facilement reconnaissable par la présence des plis transversaux de la muqueuse vaginale lui donnant un aspect strié transversalement

Cystocèle : saillie de la partie inférieure de la vessie à travers la paroi antérieure du vagin dans sa partie haute avoisinant la vessie ; elle reconnaissable par l'aspect lisse de la muqueuse vaginale ; elle se situe en arrière de l'urétrocèle.

Cervico-cystoptose : c'est la descente du col vésical sous la ligne pubo-coccygienne.

b. Paroi postérieure du vagin

Colpocèle postérieure : c'est le bombement de la paroi vaginale postérieure ; elle s'associe au rectocèle et l'élytrocèle

Rectocèle : saillie de la partie inférieure du rectum à travers la paroi postérieure du vagin au niveau de sa partie basse.

Rectocèle haute des proctologues : saillie de la partie inférieure du rectum à travers la paroi postérieure du vagin au niveau de sa partie moyenne.

Élytrocèle : c'est la hernie du cul-de-sac postérieur de Douglas dans la cloison rectovaginale. L'élytrocèle peut être pédiculée ou sessile.

Entéroçèle : c'est une élytrocèle contenant des anses grêles.

Concernant le cul-de-sac postérieur (de Douglas) : élytrocèle et entéroçèle

Hédrocèle : c'est une hernie du cul-de-sac de Douglas dans la lumière rectale avec, dans les stades avancés, une chute de l'hédrocèle hors du rectum à travers l'orifice anal.

3. Concernant le rectum quelques termes médicaux importants.

Rectocèle

Hédrocèle

Prolapsus rectal : issue de rectum au travers de l'anus (prolapsus digestif).

C. Les différentes classifications

Lors de l'examen clinique (en effort de poussée), pour chaque élément mis en évidence du prolapsus génital on peut distinguer quatre stades :

1. **Stade I** (1^{er} degré) : l'élément du prolapsus est bombant dans la cavité vaginale
2. **Stade II** (2^{ème} degré) : l'élément du prolapsus atteint l'orifice vaginal et affleure la vulve
3. **Stade III** (3^{ème} degré) : l'élément du prolapsus dépasse l'orifice vulvaire donc il est visible à l'extérieur du vagin (extériorisé)
4. **Stade IV** : ce stade correspond au prolapsus complet (total) où l'utérus est dans sa totalité en dehors du vagin (hystéroptose) avec une colpocèle antérieure stade III et colpocèle postérieure stade III

Le prolapsus isolé : c'est le prolapsus d'un seul élément : cystocèle isolée, rectocèle isolée, hystéroçèle isolée ou élytrocèle isolée...

Par ordre de fréquence on observe

- Cystocèle + rectocèle + hystéroçèle (abaissement du col utérin) ;
- Cystocèle + rectocèle ;
- Cystocèle isolée ;
- Rarement hystéroçèle isolée.

D. Signes cliniques important

La vessie occupe la partie antérieure du petit bassin de la femme, qui est une cavité située sous l'abdomen et limitée par le cadre osseux du bassin.

L'utérus, flanqué de chaque côté des annexes (trompes de Fallope et ovaires), occupe la partie centrale de cette excavation pelvienne.

Utérus, trompes de Fallope et ovaires sont les organes génitaux internes de la femme et c'est en particulier dans l'utérus que l'œuf fécondé (ovule produit par l'ovaire et fécondé dans la trompe par un spermatozoïde) fait sa « nidation » et que le fœtus s'y développe pendant toute la grossesse.

Le rectum occupe la partie postérieure de cette excavation. Il épouse la concavité du sacrum avant de décrire un angle accentué pour se prolonger par le canal de l'anus. Rectum et anus constituent la partie terminale du tube digestif.

À travers quel orifice descendent-ils ?

C'est à travers le vagin que cette « descente » des organes pelviens se produit.

Le prolapsus génital apparaît comme une saillie, une « boule », permanente ou à l'effort, dans la lumière vaginale ou à l'orifice de la vulve, ou hors de celui-ci, de tout ou partie des parois vaginales plus ou moins doublées de la vessie (le prolapsus de la vessie est appelé cystocèle), du rectum (rectocèle) et des culs-de-sac péritonéaux adjacents (élytrocèle), ainsi que du fond vaginal solidaire du col utérin (hystéroécèle).

Le vagin, plus précisément la « fente uro-génitale », est le point de faiblesse du plancher pelvien de la femme, vers lequel concourent toutes les forces résultant notamment de la poussée abdominale.

Cette pathologie correspond donc à un trouble de la statique pelvienne.

Les symptômes d'alerte du prolapsus génital

45% des femmes âgées entre 40 et 80 ans ont un risque de souffrir d'une descente d'organe. Appelée également prolapsus génital, ce trouble est causé par la chute de l'utérus dans le bassin et malgré sa fréquence il demeure un tabou.

Descente d'organe : c'est quoi ?

Le terme de prolapsus définit la descente d'un organe. Le prolapsus utérin correspond ainsi à la descente de l'utérus dans le petit bassin. Il peut s'associer à la descente du Vagin, de la vessie et du rectum.

Quelles causes ? Un prolapsus survient lorsque les moyens de fixation de l'utérus font défaut : muscles releveurs du périnée, ligaments. Cet événement est favorisé par des grossesses répétées, un accouchement trop rapide ou s'étant accompagné de déchirures du périnée, la naissance d'un gros enfant, en particulier après un forceps. La baisse des estrogènes liée à la ménopause facilite également l'apparition d'un prolapsus génital en raison de la perte d'élasticité des tissus qu'elle induit. Un excès de poids, des facteurs familiaux, représentent autant d'éléments prédisposants.

E. Les signes cliniques purs

Une gêne lors de la marche

Les manifestations : longues marches, courses à pied, et toutes les activités physiques qui demandent un impact répété sur le sol peuvent entraîner une pesanteur au niveau du bas du ventre. Cette sensation se fait de plus en plus présente au fur et à mesure de l'effort, et diminue après quelques minutes de repos en position allongée.

Pourquoi : lorsque le plancher pelvien (l'ensemble des muscles qui soutient les organes génitaux) cède, la vessie ou le rectum peuvent franchir ce plancher et subir « une descente » le long de la paroi du vagin. On parle alors de cystocèle pour la vessie et de rectocèle pour le rectum. Quand il s'agit de l'utérus, on parle d'hystérocèle.

Des difficultés à évacuer l'urine et les selles

Les manifestations : on retrouve également dans le prolapsus des difficultés à uriner ou à évacuer les selles. Certaines femmes ont l'impression d'être obligée de « remonter leur vessie » grâce à des manipulations intimes pour pouvoir aller aux toilettes. Elles peuvent également remonter la paroi postérieure du vagin qui bombe pour aller à la selle.

Pourquoi : lorsque le plancher pelvien (l'ensemble des muscles qui soutiennent les organes génitaux) cède, le rectum peut franchir ce plancher et subir « une descente » le long de la paroi du vagin. Cela peut finir par créer une pression sur le rectum ou la vessie, empêchant l'évacuation de l'urine et des selles.

Une sensation de pesanteur dans le bassin

Les manifestations : les femmes concernées ont une sensation de pesanteur, comme une « boule » qui descend au niveau du périnée, du pelvis, voire du rectum. Cette sensation augmente lorsqu'elles réalisent des efforts physiques (marche, course).

Pourquoi : le prolapsus provient d'un relâchement du périnée ou du plancher pelvien. En cause : des accouchements difficiles avec utilisation de forceps. On retrouve aussi dans les facteurs de risques une faiblesse congénitale des tissus conjonctifs (antécédents familiaux), des efforts physiques importants répétés, une obésité ou une opération chirurgicale.

Et aussi : la ménopause augmente la descente d'organes en raison de la baisse des œstrogènes, entraînant une perte de tonicité des tissus.

Une pression dans le bas du dos

Les manifestations : la personne concernée par une descente d'organes ressent comme une pression dans le bas du dos, accentuée lors de stations prolongées debout.

Pourquoi : quand certains organes comme l'intestin descendent, ils peuvent appuyer sur la partie haute du vagin, entre l'utérus et le rectum, provoquant de nombreux symptômes comme une constipation, et des douleurs dans le bas du dos. La personne ressent comme une douleur au niveau du bas du ventre lors de la station debout prolongée.

La personne a régulièrement des démangeaisons au niveau de la vulve, associées éventuellement à des pertes vaginales. La vulve, à la consultation, apparaît rouge et douloureuse au toucher.

F. Conclusion

Le prolapsus génital de la femme est un trouble de la statique du pelvis féminin aboutissant à la descente des organes – utérus, vessie, rectum – hors de la cavité pelvienne, dans le vagin voir parfois jusqu'à s'extérioriser hors du vagin.

C'est une pathologie fréquente qui touche environ 30% des femmes entre 50 et 89 ans.

On peut estimer que lorsqu'elles atteignent l'âge de 80 ans, 11% des femmes ont été opérées pour ce type de problème, dont plus d'un tiers à plusieurs reprises.

L'obésité, la multiparité, des accouchements traumatisants avec déchirures périnéales ou concernant des fœtus de gros poids, une hystérectomie sont autant de facteurs prédisposants à l'apparition ultérieure d'un prolapsus génital. Ce sont en effet des facteurs de fragilisation des muscles et des ligaments qui sont les moyens de suspension et de soutien des organes dans la cavité pelvienne.

La fréquence du prolapsus génital augmente avec l'âge et les interventions chirurgicales qui corrigent cette pathologie sont en constante et importante augmentation.

Ce trouble atteint 10 à 20% des femmes au cours de leur vie dont 30% des femmes ménopausées. Il est de plus en plus répandu, du fait notamment de l'allongement des durées de vie.

Menaçant rarement la vie des patientes, il provoque chez elles un inconfort majeur et sa prise en charge chirurgicale s'avère délicate.



A. Introduction

La stimulation parasympathique est responsable d'une augmentation des sécrétions vaginales, de l'érection du clitoris et de l'engorgement du tissu érectile des bulbes du vestibule.

Très fréquente, la sécheresse vaginale touche à un moment ou à un autre de sa vie 25% des femmes âgées de 18 à 39 ans en souffrent avant la ménopause et 40% à 55% après. D'autre part, 40% des femmes prenant un traitement hormonal substitutif, THS, présenteraient une sécheresse vaginale.

B. Définition

On parle de sécheresse intime (ou sécheresse vaginale) lorsque le vagin n'est pas correctement hydraté. Ce symptôme peut toucher toutes les femmes, mais se rencontre plus particulièrement chez celles qui sont ménopausées, enceintes ou les jeunes mamans. Outre le bouleversement hormonal, en cause dans ces trois cas, la sécheresse vaginale peut être provoquée par une foule de raisons : le stress ou l'anxiété, la prise d'alcool, de tabac ou de drogues, voire de certains médicaments, mais aussi un moyen contraceptif ou une infection génitale.

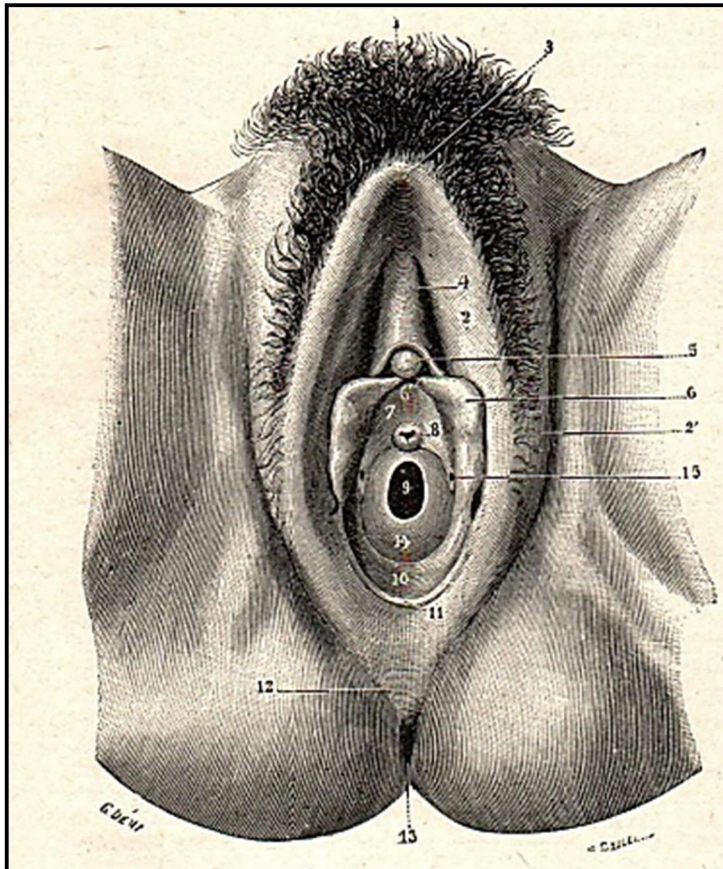
C. Anatomie

Les glandes de Bartholin ou glandes vestibulaires sont situées de chaque côté de la partie postérieure de l'orifice vaginal inférieur (à la jonction du tiers moyen et du tiers postérieur de la vulve), dans l'épaisseur des grandes lèvres (anatomie de l'appareil génital féminin).

Ces deux glandes sont petites jusqu'à la puberté. Pendant la période d'activité génitale, elles mesurent 10 à 15 millimètres de longueur, 8 millimètres de hauteur et 5 millimètres d'épaisseur. Elles régressent après la ménopause.

Chaque glande comporte un canal excréteur qui mesure 10 millimètres de longueur et 2 millimètres de largeur. Chaque canal vient se jeter par un petit orifice dans le sillon nympho-hyménéal (sillon situé entre l'hymen et la petite lèvre). Chaque canal excréteur permet d'évacuer les sécrétions provenant de sa glande vers le vestibule du vagin (orifice vaginal inférieur).

Elles sécrètent un mucus qui humidifie les lèvres et le vestibule.



1. **Mont de Vénus**
2. **Surface des grandes lèvres**
3. **Commissure de la vulve**
4. **Capuchon du clitoris**
5. **Clitoris**
6. **Petites lèvres**
7. **Vestibule**
8. **Méat urinaire**
9. **Ouverture du vagin**
10. **Fossette naviculaire**
11. **Fourchette**
12. **Périnée**
13. **Anus**
14. **Hymen**
15. **Orifice canal excréteur de Bartholin**

D. Rôle

Les glandes de Bartholin participent à la lubrification de la vulve et du vagin. Les sécrétions provenant de ces glandes sont secondaires à une stimulation sexuelle. Les glandes de Bartholin sont fonctionnelles uniquement chez la femme en période d'activité génitale (entre la puberté et la ménopause).

E. Pathologie – Complications

Dans certaines circonstances (inflammation, transpiration abondante, vêtements serrés, sport, rapports sexuels), un canal excréteur peut se boucher. Il s'ensuit alors l'accumulation des sécrétions en amont (dans le canal), ce qui provoque l'apparition d'un kyste du canal de la glande de Bartholin.

Les glandes de Skene sont situées de chaque côté de l'urètre dont les canaux permettant l'excrétion du liquide fabriqué par ces glandes (canaux excréteurs). Ils s'ouvrent au voisinage du méat urétral (orifice de l'urètre).

F. Les principales causes

Ménopause, abstinence sexuelle prolongée, intervention chirurgicale sur le petit bassin, stress, hygiène trop fréquente ou utilisant un savon inadapté, troubles hormonaux, épilations de la vulve, protège slip inadapté.

La prise de médicaments et plus particulièrement d'antidépresseur ou contenant de l'isotrétinoïne

G. Symptômes

La sécheresse vaginale se manifeste par un manque d'hydratation du vagin. Les signes qui peuvent évoquer cette sécheresse sont variés : ils vont de la rougeur au niveau des organes génitaux externes, aux démangeaisons, en passant par des irritations ou une inflammation locale.

Par ailleurs, cette sécheresse intime peut engendrer une plus grande sensibilité aux infections et avoir des répercussions sur la vie de couple puisqu'elle peut entraîner des douleurs pendant les rapports sexuels (dyspareunies), voire une diminution de la libido.

H. Traitement

Pour traiter la sécheresse intime, il faut éviter certains facteurs de risque qui peuvent la provoquer, ce qui, dans la plupart des cas, ramènera l'état d'hydratation à la normale. Il existe également certains médicaments très utiles à la réhydratation locale à commencer par les lubrifiants à appliquer localement, y compris avant les rapports sexuels. À l'âge de la ménopause ou si la sécheresse est due à un trouble hormonal, un traitement peut être prescrit.

I. Anatomie

Les glandes de Skene ou glandes para-urétrales sont chez la femme des glandes diffuses localisées tout le long de l'urètre. Au moment de l'orgasme, ces glandes ont pour fonction de sécréter un liquide, translucide comme de l'eau, par deux petits orifices localisés près du méat urinaire. Ce liquide n'est pas de l'urine.

Les glandes de Skene se gorgent plus ou moins en liquide durant la phase d'excitation. Le volume émis peut par conséquent être faible et passer inaperçu. Il peut aussi être important et être éjecté alors avec vigueur : c'est l'éjaculation féminine. Si l'orgasme ne se traduit pas obligatoirement par cette émission de liquide, cependant, lorsque cette émission de ce liquide se produit, elle est liée à un orgasme. Les glandes de Skene sont en relation anatomique avec le point G et forment l'équivalent de la prostate pour l'homme.

Le point de Gräfenberg ou zone de Gräfenberg, couramment nommé le « point G », sert à désigner la zone antérieure du vagin correspondant aux glandes de Skene, nommée aussi prostate féminine.

Cette zone peut être une zone érogène. Sa stimulation peut provoquer une réaction sexuelle intense pouvant même être accompagnée d'orgasmes. Si l'existence du point G est désormais connue et acceptée par la majorité des sexologues, aucun travail n'apporte de preuves irréfutables de son existence mais aussi de sa position.

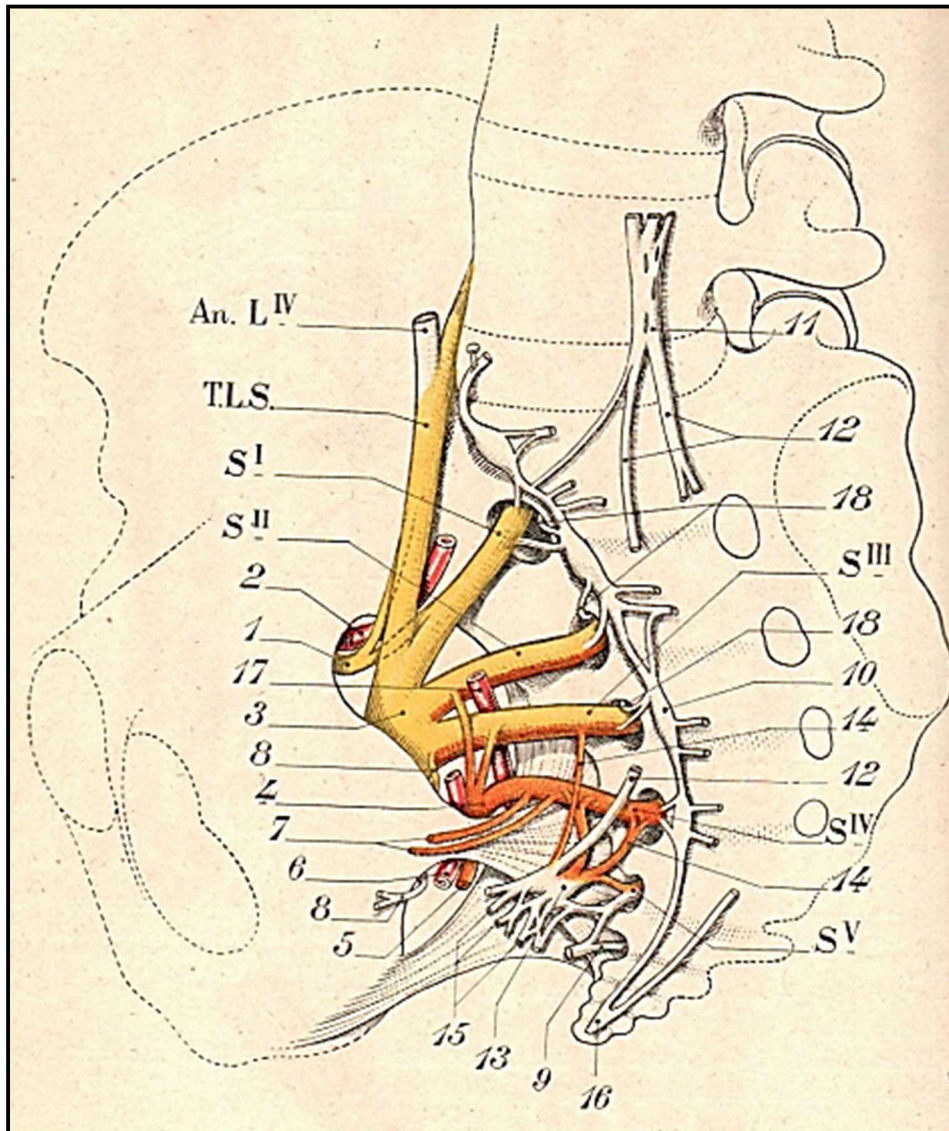
Le nom « point G » vient du nom du sexologue Ernest Gräfenberg, le premier à avoir fait une étude scientifique sur le plaisir féminin en 1950.

LE NERF PUDENDAL

Module 1 – Cours 21/ Module 2 – Cours 11

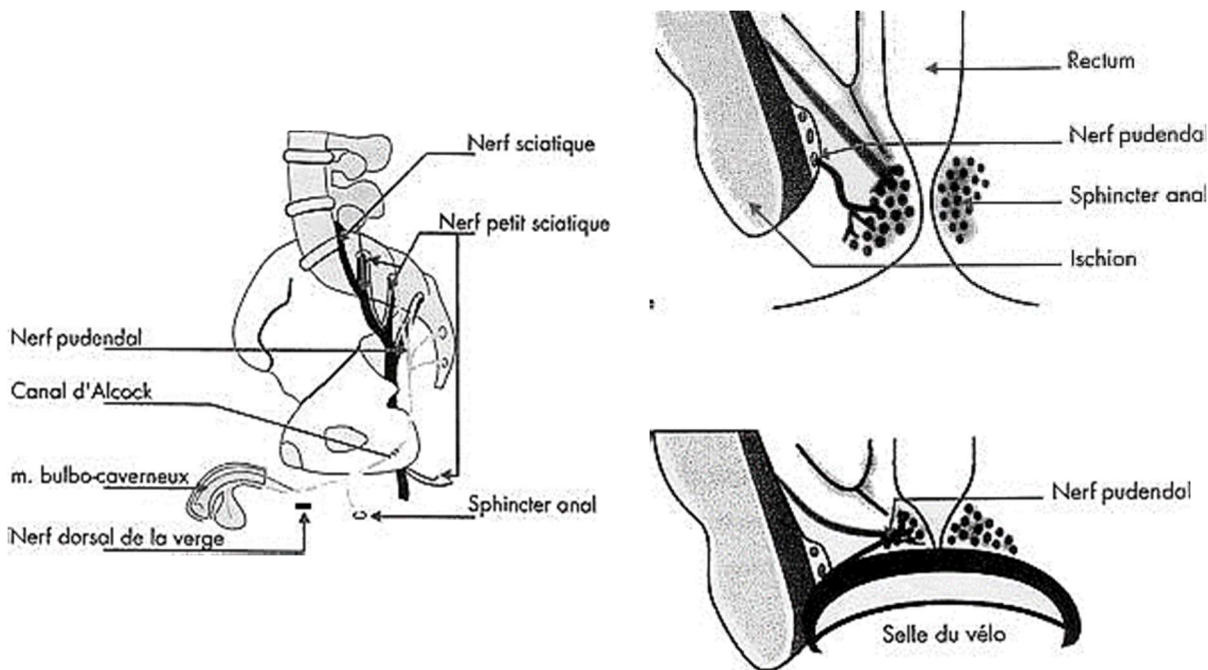
ANALYSE DU SYNDROME ★★★★★

SYNDROME DU NERF HONTEUX OU DU CANAL D'ALCOCK



REPRÉSENTATION SCHEMATIQUE DE L'INNERVATION
VUE VENTRALE

Les fibres parasympathiques se rendent aux organes pelviens par le plexus hypogastrique et crânialement par le n. hypogastrique. Le plexus hypogastrique inférieur contient des fibres sympathiques et parasympathiques avec des ganglions disséminés (ganglions pelviens).



Situation et innervation du pudendal. Compression et étirement du nerf pudenda au niveau du canal d'Alcock par une selle de vélo mal adaptée.

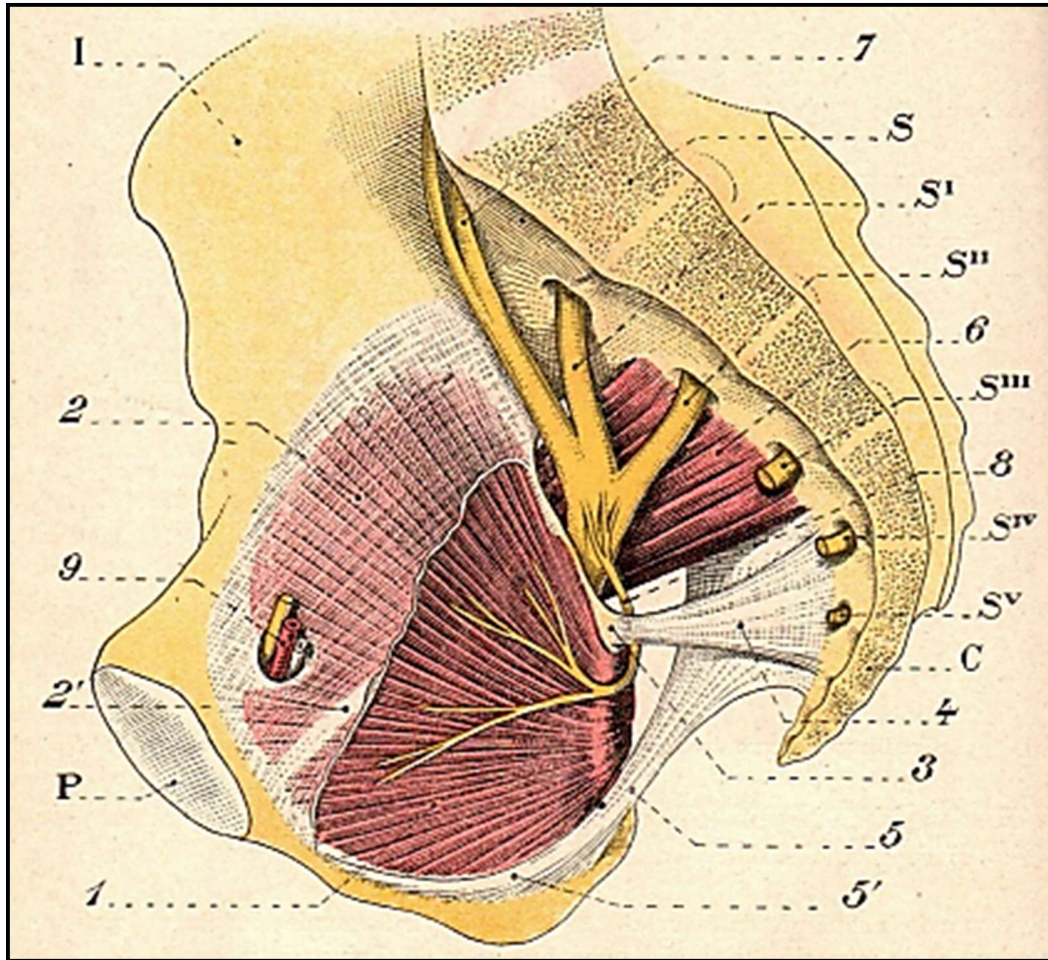
Le nerf pudendal passe avec le nerf sciatique dans la grande échancrure sciatique puis revient en dedans de l'ischion dans le canal d'Alcock constitué d'un dédoublement de l'aponévrose de l'obturateur interne. Il se divise alors en ses deux branches : le nerf périnéal et le nerf anal. Au niveau du canal d'Alcock, le nerf peut être étiré dans un prolapsus ou comprimé par une selle de vélo. Il peut aussi être comprimé d'une manière chronique par une fibrose idiopathique.

Le syndrome d'Alcock entraîne une hypoesthésie ou une anesthésie (verge/clitoris), des douleurs périnéales et pelviennes associées à des troubles neurovégétatifs. Il peut être responsable chez l'homme de troubles de l'érection et chez la femme de dyspareunies. Les symptômes sont caractéristiques quand ils augmentent en position assise et diminuent en position couchée, debout ou à la marche.

La névralgie pudendale est une affection d'origine nerveuse qui touche un nerf situé dans une région profonde de la fesse, le nerf "honteux interne", appelé aussi nerf "pudendal", du latin pudendus qui signifie honteux. Il dessert toute la région pelvienne et donc, les zones les plus intimes du corps.

Cette pathologie, malgré sa fréquence (1 voire 2% de la population), est méconnue de nombreux professionnels de santé, ce qui conduit la plupart des malades dans un périple médical sans fin, avec les conséquences morales et physiques que cela implique.

De plus, du fait des différents symptômes de cette maladie, des erreurs de diagnostics peuvent être commises car confondus avec des cystalgies à urine claire, mycose vaginale, prostatite chronique abactérienne, pathologies hémorroïdaires, coxalgies, maladies psychosomatiques...



La scène se déroule donc dans le bassin.

Ce nerf est un nerf appelé sacré car il prend naissance derrière le sacrum. Sa branche principale émerge du troisième trou sacré (S₃) et est complétée par ses racines sœurs (S₂ et S₄).

A noter que S₁ et S₅ peuvent apporter une contribution.

Immédiatement à leur sortie, ils se placent sous le muscle piriforme.

Ensuite, au niveau du ligament sacro épineux (n°1), ces nerfs se retrouvent pour ne faire plus qu'un, que l'on appellera nerf pudendal.

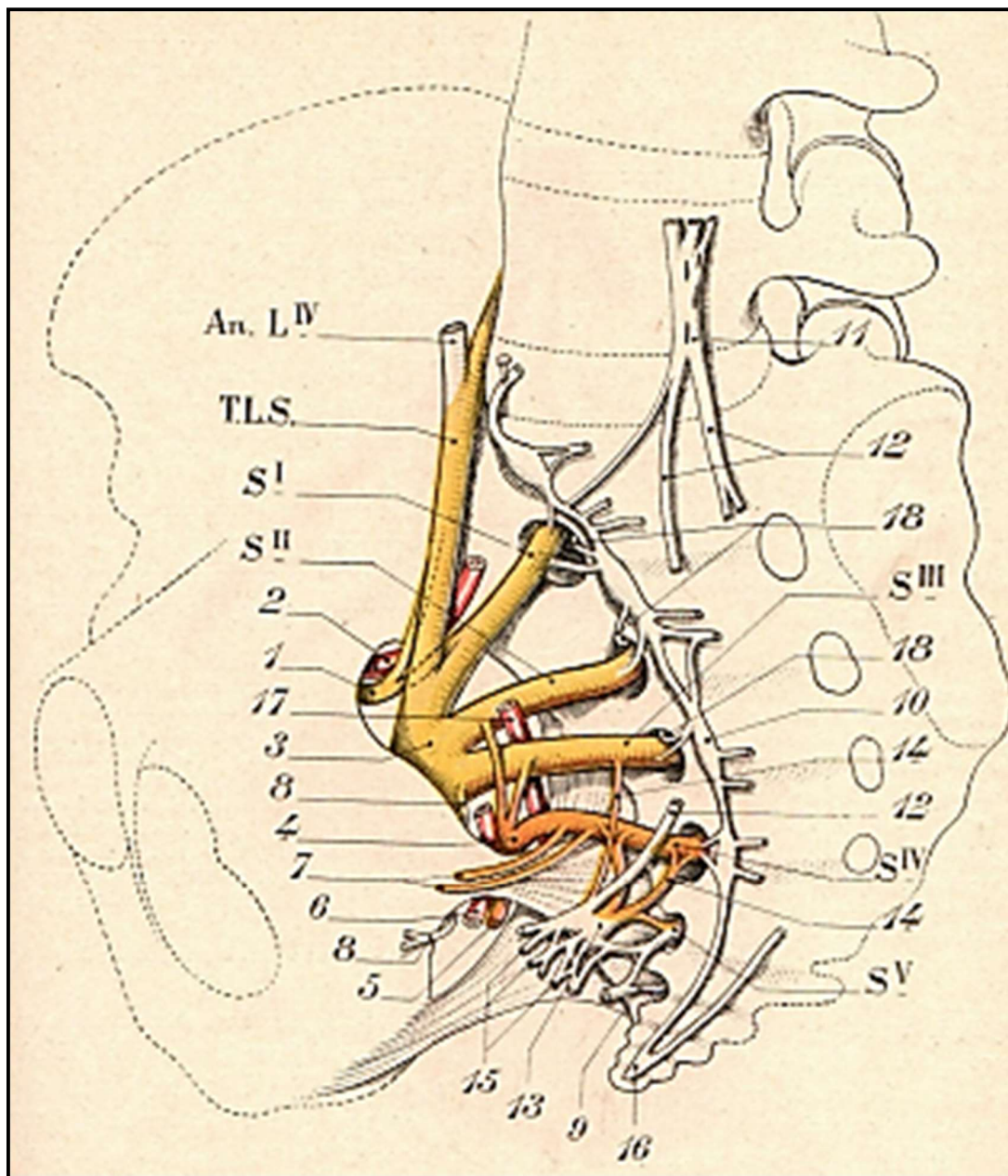
Il passe entre le ligament n°1 et le ligament sacro-tubéral (n°2) qui forment une pince ligamentaire, pour pénétrer dans un dédoublement de l'aponévrose du muscle obturateur interne appelé canal d'Alcock ou canal pudendal (n°3).

C'est dans ce canal que le nerf pudendal donnera naissance à 3 branches principales :

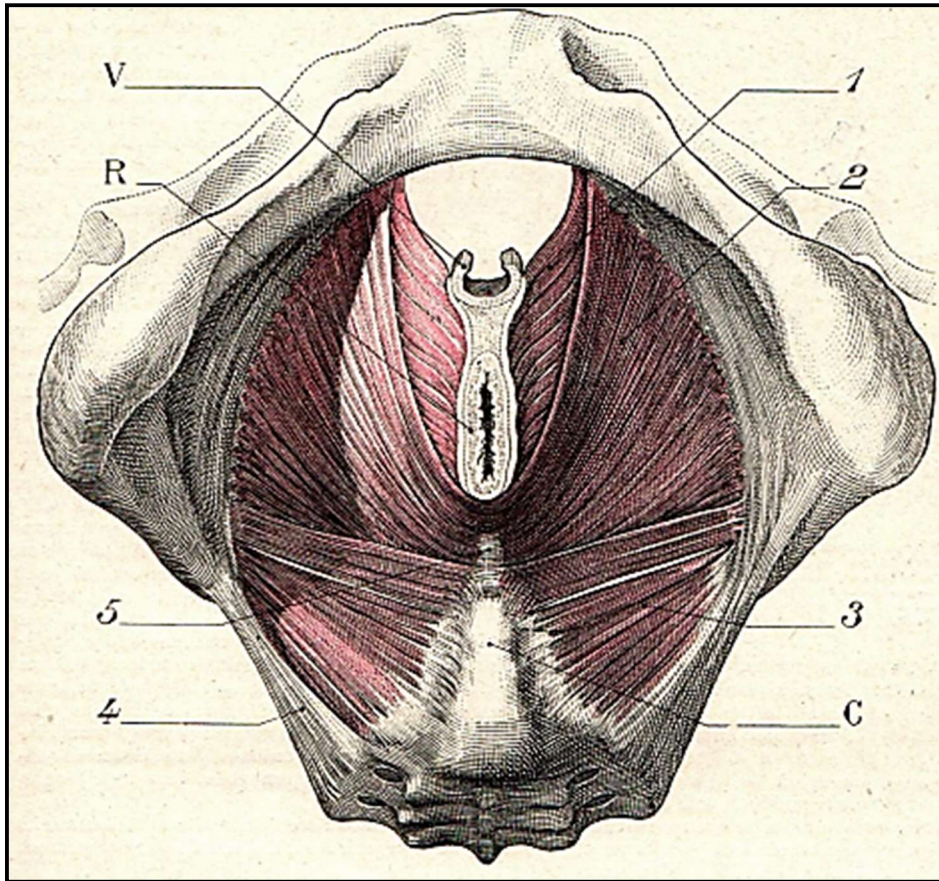
- Le nerf dorsal du clitoris (ou verge),
- Le nerf périnéal
- Le nerf rectal inférieur.

Ces nerfs innervent à la fois et en partie les sphincters urétral, anal, muscles périnéaux et organes génitaux.

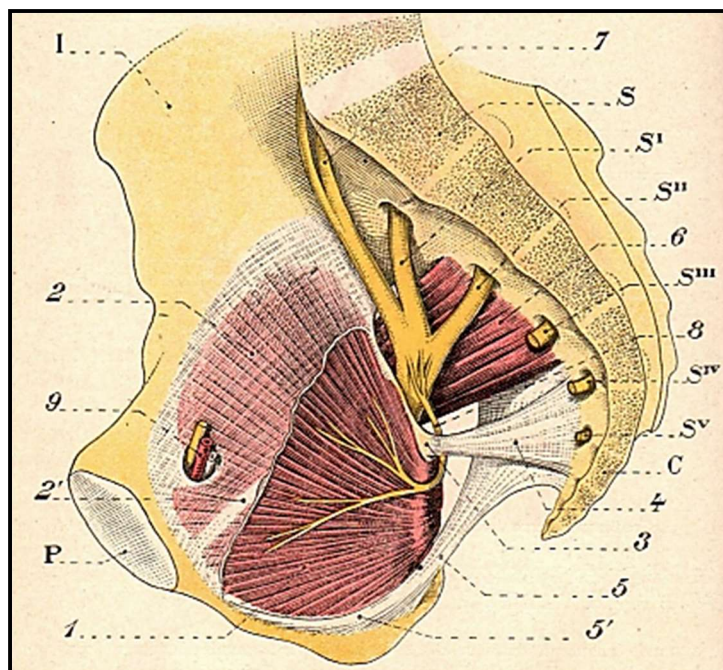
Ceci est donc le descriptif anatomique d'un nerf pudendal classique et en bonne santé. Dans le cas d'une névralgie pudendale, le nerf est confronté le long de son trajet à une ou plusieurs compressions qui l'irritent voire l'abîment avec le temps.



LE NERF PUDENDAL ET LE CANAL D'ALCOCK



ZONE DE MANIPULATION DU NERF PUDENDAL



REPÉRAGE DU NERF PUDENDAL ENTRE LE LIGAMENT SACRO-ÉPINEUX ET SACRO-TUBÉRAL

TRAITEMENT DU SYNDROME DU CANAL D'ALCOCK (NERF PUDENDAL)



A. Les principales zones de conflit :

- **En n°1, et à hauteur de 65 % des cas observés**, la pince ligamentaire. Elle est formée par le ligament sacrotubéreux et le ligament Sacro-épineux. Le nerf, à cet endroit, passant au milieu, peut se retrouver littéralement coincé et donc comprimé par ces deux ligaments qui se croisent.
- **En n°2, et à hauteur de 15 %**, Le canal d'Alcock. L'aponévrose du muscle obturateur interne peut être épaissie et réaliser ainsi une source de striction pour le nerf.
- **Et enfin dans 20 % des cas**, les deux zones de conflit sont présentes en même temps. À noter aussi le rôle important que joue la graisse située entre les ischions et l'anus qui en position assise se relève, accentuant le phénomène compressif et conflictuel préexistant à la face médiale de l'ischion (interne)

B. Les causes

Elles sont multiples, et toutes ne sont pas encore élucidées. Il semblerait néanmoins, d'après les dernières études réalisées, que les personnes atteintes de névralgie pudendale seraient, d'une certaine manière, prédisposées anatomiquement, sorte de faiblesse congénitale. Ainsi, en l'absence de facteur déclenchant, la pathologie se déclarerait d'elle-même seulement vers l'âge de 60 ans. D'ici là, si le sujet est confronté à l'une des situations suivantes, la névralgie pudendale peut se déclarer plus précocement :

- Le cyclisme pratiqué de façon intensive.
- Les accouchements et chirurgie pelvienne (urologique, gynécologique, viscéral).
- Chirurgie orthopédique (ex : fracture du col du fémur).
- Profession assise.
- Un traumatisme sur le trajet du nerf (hématome).
- Toutes pathologies handicapantes provoquant la position assise permanente.

Il est important de préciser qu'il n'est pas toujours évident de rapporter le déclenchement des symptômes à un événement précis car un délai plus ou moins long (de quelques semaines à plusieurs mois) peut survenir entre les deux brouillant les pistes et retardant le diagnostic.

C. Les traitements

1. Les médicaments

Il faut savoir que cette névralgie pudendale est tenace et résiste aux traitements habituels : par exemple les antidouleurs classiques ainsi que la morphine sont souvent inefficaces. Seuls les antiépileptiques (Rivotril), anti-comitiaux (Neurontin) et les antidépresseurs (Laroxyl, Déroxat) ainsi que Myolastan, Tramadol, Topalgiq, Tofranil possèdent des propriétés qui agiront sur la perception de la douleur. Ce n'est donc qu'une solution alternative ; en aucun cas cela ne pourra agir sur la cause.

Sous contrôle médical les molécules de ces différents médicaments pourront être associées pour ainsi obtenir un résultat optimal. Un dosage précis et individuel permettra à certains malades de retrouver un confort de vie convenable.

2. L'ostéopathie

C'est ici que l'intervention ostéopathique peut se faire par positionnement correct du sacrum et ou du coccyx (torsion sacrée et ou flexion coccygienne) ou en viscéral sur la sphère urogénitale, (ligament d'ouraque et ou utérus).

Les techniques :

- Articulaires

Les torsions sacrées Les lésions de hanche Les lésions pubiennes

- Musculaires

Le muscle Piriforme

Les muscles obturateurs (Le muscle obturateur externe, s'étend sous le pectiné et contourne le col du fémur en dessous.)

- Directes sur la zone du nerf Pudendal et le canal d'Alcock

Pour atteindre cette zone, positionner le sujet en décubitus dorsal et trouver la petite dépression qui se situe à la face interne de l'ischion, zone ou passe le nerf honteux et travailler cette dépression au pouce selon une direction en étoile. Cette dépression correspond à la zone d'insertion des deux muscles obturateurs.

A. Introduction

Dans ces pathologies, le toucher vaginal ou rectal offre une occasion unique de palper directement, avec une interposition minimale de tissus, les bandes en tension et la sensibilité des insertions.

B. Signes cliniques

La douleur projetée du BULBO CAVERNEUX et de L'ISCHIO CAVERNEUX

Se projette en général vers le périnée et les organes génitaux voisins.

La douleur projetée du SPHINCTER DE L'ANUS

Donnent une douleur référée à la partie postérieure du plancher pelvien.

La douleur projetée du RELEVEUR DE L'ANUS ET COCCYGIEN

Se situe à la région sacro-coccygienne. Il peut aussi donner une douleur projetée au vagin.

La douleur projetée de L'OBTURATEUR INTERNE

Donnent une douleur de la région ano-coccygienne et du vagin, avec une extension douloureuse vers la face postérieure de la cuisse.

C. Rappels anatomiques

Les insertions du muscle BULBO-CAVERNEUX

Chez l'homme du centre du périnée en bas et sur les corps spongieux et caverneux qu'ils entourent, en haut.

Chez la femme, ce muscle s'insère aussi sur le centre du périnée puis entoure le vagin avant d'atteindre le corps caverneux clitoridien.

Les insertions de L'ISCHIO-CAVERNEUX

Chez les hommes comme chez les femmes l'ischio-caverneux s'insère latéralement sur la tubérosité ischiatique.

Les insertions de L'ILIO-COCCYGIEN

L'ilio-coccygien, partie la plus profonde de l'élévateur de l'anus forme le hamac du plancher pelvien. Il s'insère latéralement sur l'arcade tendineuse du releveur de l'anus et en dedans sur le centre tendineux anococcygien et les deux dernières pièces coccygiennes.

Le muscle COCCYGIEN

Le muscle coccygien recouvre en général la face interne du ligament sacro-épineux.

L'OBTURATEUR INTERNE

L'obturateur interne recouvre la paroi antéro-externe du bassin, y compris le foramen obturé il quitte le bassin par la petite échancrure sciatique et se fixe sur le grand trochanter du fémur.

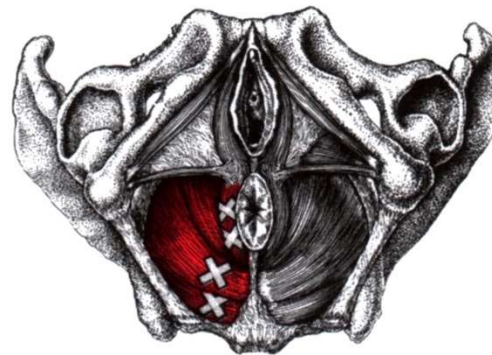
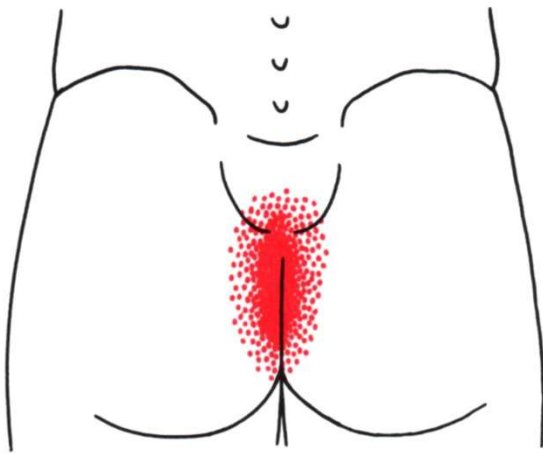
D. Vertèbre et innervation

L'innervation de ces muscles est assurée par les nerfs spinaux L5 à S3. La fonction du sphincter de l'anus est d'être le portier du rectum. Chez la femme, le bulbo-spongieux contracte le vagin. Le bulbo-spongieux et l'ischio-caverneux augmentent la tumescence du pénis chez l'homme et du clitoris chez la femme.

L'élévateur de l'anus soutient le plancher pelvien et aide les sphincters anal et urétral.

Le muscle coccygien fléchit le coccyx vers l'intérieur, vers le bassin, et exerce une force de rotation sur l'articulation sacro-iliaque.

L'obturateur interne met la cuisse en rotation externe quand elle est en extension, et la met en abduction quand elle est à 90° de flexion.



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

E. Rôle de la manipulation coccygienne

Passée la barrière de la confession psychologique, on s'aperçoit que 13 à 19 % des adultes souffrent de cette région ou décrivent des proctalgies fugaces idiopathiques. Le massage du coccyx par voie rectale et des muscles coccygiens, ainsi que le releveur de l'anus est particulièrement indiqué.

Les patients qui souffrent de coccygodynie et traités de cette manière sont guéris dans 60 % des cas et améliorés dans 27 %.

L'utilisation avec succès du massage de ces muscles dans le traitement de patients, améliore ou guérit les lombalgies basses attribuées à un spasme coccygien. Pour les problèmes chroniques on pratique deux ou trois séances de massage espacées de 2 à 3 semaines, en association avec de la chaleur.

Le « massage de l'arrière » constitue un moyen puissant pour inactiver ces problèmes myofasciaux.

Le massage est peut-être douloureux, mais efficace !

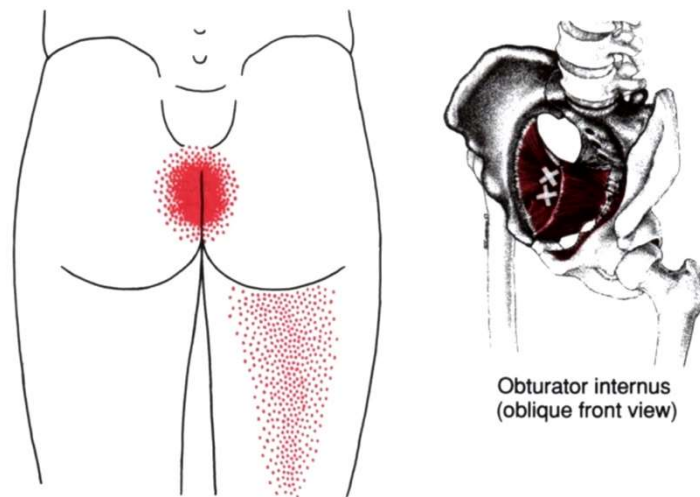
F. Signes cliniques et condition de survenu de la flexion coccygienne

La lésion du coccyx en flexion, la vraie, survient toujours sur un traumatisme, chute sur les fesses la plupart du temps.

Le signe clinique principal est l'impossibilité de s'asseoir ou de réaliser un long trajet en voiture par exemple (le patient assis croise en permanence ses jambes et change toujours de position) et la douleur siège de manière verticale depuis la base du sacrum vers le coccyx. A cette douleur peut se rajouter des céphalées importantes liées à une tension de la dure mère ou à une torsion sacrée.

Tout autre signe clinique n'est plus lié exclusivement à un problème de flexion coccygienne.

Dans ces autres cas, il faudra envisager un problème lié au nerf Pudendal par exemple, au nerf obturateur ou à un autre syndrome.



A l'heure actuelle, près de 60% des naissances ont lieu avec le concours d'une épisiotomie.

A. Définition

Le médecin ou la sage-femme pratique une incision des muscles sous-jacents du périnée au moment de l'expulsion. Cette incision est pratiquée pour élargir le vagin, et donner plus d'espace de passage au bébé.

B. A quel moment ?

L'épisiotomie est pratiquée lorsque la tête du bébé est visible. Le périnée, très tendu à ce moment devient insensible, il n'y a donc pas nécessité d'anesthésier cette région. Cependant, anesthésie locale pour la réparation de l'épisiotomie.

C. Pourquoi ?

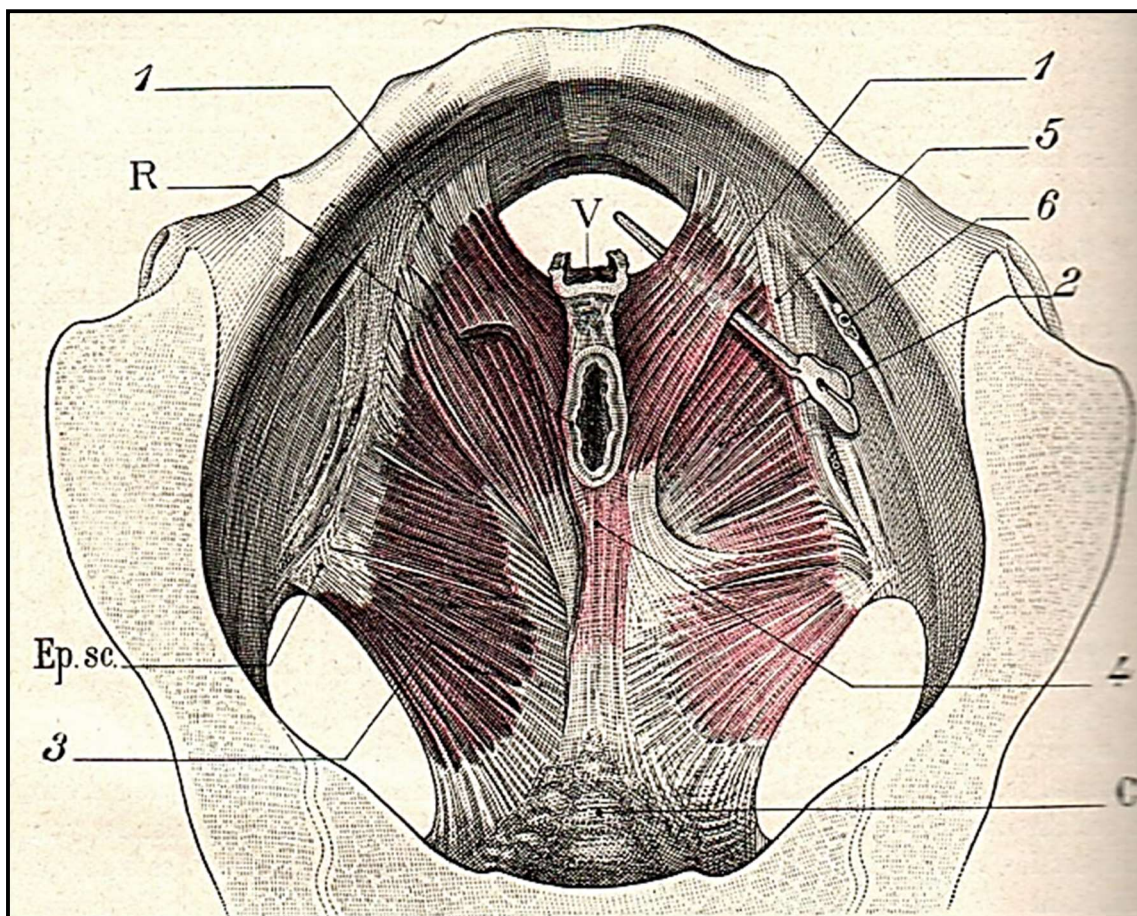
Elle est pratiquée pour éviter le déchirement du périnée. On peut la considérer comme un moindre mal. Elle préserve la fonctionnalité du muscle dans ses fonctions sphinctériennes et sexuelles. En clair, elle vous permet d'éviter des incontinences urinaires postpartum (après le retour à la normale !)

D. Dans quels cas précis ?

Elle est parfois effectuée systématiquement, parfois, uniquement lorsque cela est réellement indispensable pour éviter la déchirure, ou pour l'enfant qui est en souffrance, ou en cas d'utilisation des forceps. Elle est automatique lorsque l'enfant est prématuré, pour lui éviter de forcer. Elle est particulièrement indiquée si le périmètre crânien de l'enfant est important. Il est également plus fréquent d'avoir une épisiotomie lorsqu'il s'agit du premier accouchement, ou que le bébé se présente en siège.

E. Il existait deux types d'incision

1. *L'incision médiane* ne se pratique plus entre le vagin et l'anus.
2. *L'incision médio latérale* se pratique sur le côté du périnée, permettant de prévenir une déchirure entre le vagin et l'anus.



**PÉRINÉE – DIAPHRAGME PELVIEN –
ORGANES GÉNITAUX EXTERNES
DE LA FEMME**

Il y a un rapport étroit entre l'ostium du vagin et l'anus. Au cours de l'accouchement, des déchirures de la peau et de la musculature du périnée peuvent s'étendre jusqu'au dispositif du sphincter de l'anus (déchirures du 1er au 3ème degré).

Ces déchirures peuvent, le cas échéant, être prévenues par des incisions latérales ou dans le plan médian (incision du périnée = épisiotomie latérale ou médiale).

TECHNIQUES MÉCANIQUES DE NORMALISATION DE L'UTÉRUS

Préambule informatif

Palpation et tests positionnels

Test du système ligamentaire

Techniques sur les ligaments

Manipulations globales de l'utérus

PRÉAMBULE INFORMATIF AUX TECHNIQUES UTÉRINES

Module 1 – Cours 21/ Module 2 – Cours 11



RAPPEL ANATOMIQUE SUR LE VAGIN

A. Préambule

B. Dimension et situation

Organe de la copulation et voie de passage du mobile foetal pendant l'accouchement, il représente la voie d'accès naturelle à l'utérus.

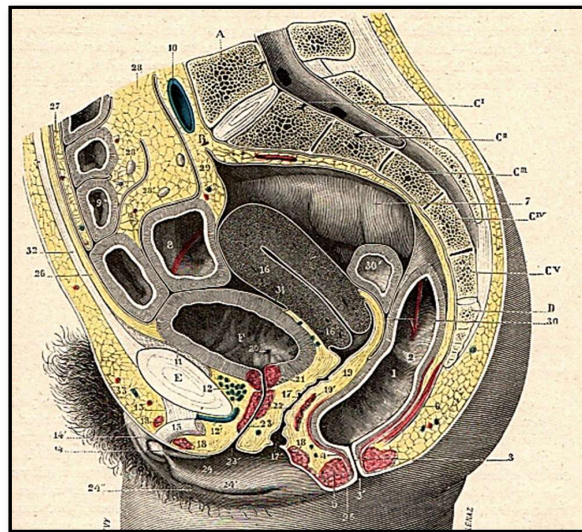
Le vagin est étendu du col de l'utérus à la vulve, il est situé en arrière de la vessie et de l'urètre et en avant du rectum.

Sa longueur moyenne est de 8 cm, mais il existe des vagins longs de 14 cm et des courts de 4 cm. La paroi postérieure mesure 9 cm et la paroi antérieure 7 cm.

La cavité vaginale est virtuelle, mais les parois antérieures et postérieures sont en contact.

Il forme un angle de 80° avec le col de l'utérus, cet angle varie en fonction de l'état de réplétion ou vacuité de la vessie.

En décubitus, sa direction est de 30° par rapport à l'horizontale et son grand axe croise S2.



LES RAPPORTS DU VAGIN

C. Rapports

Le vagin présente deux portions, le segment pelvien et le segment périnéal.

1. Le segment pelvien

Présente une face antérieure qui répond pour $\frac{3}{4}$ supérieurs à la vessie (séparation par le fascia vésico-vaginal) et pour $\frac{1}{4}$ inférieur à l'urètre (séparée par la cloison uréthro-vaginale).

Présente une face postérieure qui répond au rectum et séparée au $\frac{1}{4}$ supérieur par le cul de sac recto-utérin et au $\frac{3}{4}$ inférieurs par la cloison rectovaginale. Les bords latéraux répondent à l'espace pelvi-sous-péritonéal ou paramètre.

2. Le segment périnéal

Face antérieure qui répond à l'urètre. La face postérieure constitue le triangle recto-vaginal

Les bords latéraux adhèrent à l'élévateur de l'anus, ischio-caverneux, glandes de Bartholin et constricteur de la vulve.

EXAMEN DE L'UTÉRUS PAR VOIE INTERNE



AVERTISSEMENT IMPORTANT

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Avant de pratiquer un toucher vaginal, on devra toujours s'entourer d'un certain nombre de précautions :

- Vous devrez assurer des gestes précis, non hésitants, ceci ayant une importance de tout premier ordre dans ce domaine bien particulier.
- Un phénomène de réticence risque en effet de s'installer, rendant l'examen difficilement praticable.
- Pour ces mêmes raisons, il sera utile d'expliquer le pourquoi et le comment des choses d'autant plus qu'il n'est pas du tout évident de faire la relation entre ce genre d'intervention et certaines pathologies pouvant sembler très éloignées. Cet examen sera interdit chez la jeune fille vierge et chez la mineure.
- Par principe **nous ne faisons jamais dénuder** notre patiente, la visualisation de notre travail se faisant avec nos « yeux au bout de nos doigts ».
- Il est important que votre patiente vienne vous consulter **en compagnie d'un conjoint ou d'une amie**. Notre geste n'est pas visuel puisque nous le réalisons toujours sujet habillé.
- Ce principe de précaution nous semblant important, sachant que tout geste **paramédical de pénétration vaginale est qualifiable de viol**.
- Vous devrez vous protéger avec un gant, en latex de préférence, lubrifié,
- Ce gant sera examiné discrètement après usage, la sécrétion vaginale pouvant être claire, dans la normalité ou bien Contenir des traces de sang, de pus, etc.

TEST DU CENTRE NERVEUX DU PÉRINÉE ★★★★★

1. Préambule

En préambule au toucher vaginal, il faut toujours tester le centre tendineux du périnée, point de convergence et d'attache de presque tous les muscles du plancher pelvien afin d'en apprécier l'élasticité et la tonicité.

Une hypotonie de ce centre, révèle une faiblesse de tout le système de soutènement vésico-utérin et perturbera l'utérus.

2. Position du sujet

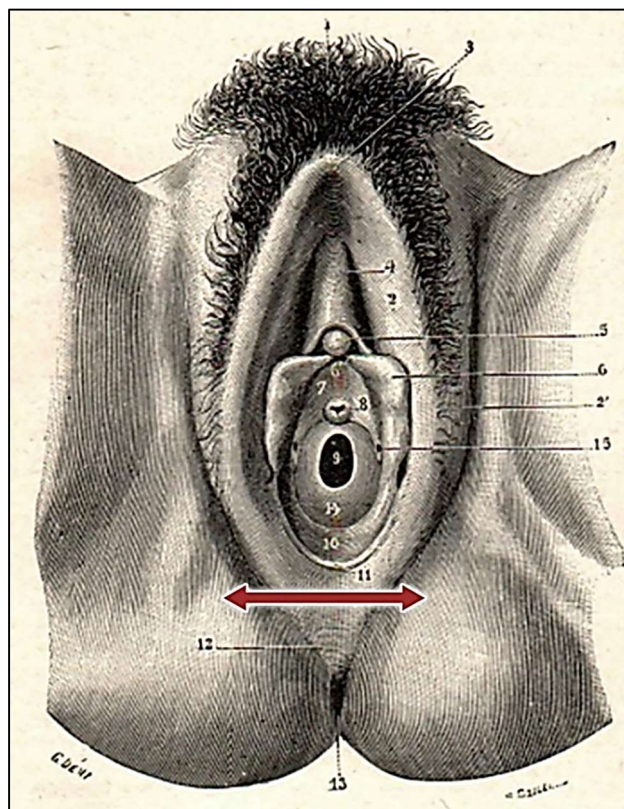
Le sujet est en décubitus dorsal, relâché, jambes en crochets, le praticien debout à sa droite en direction crâniale.

3. Premier temps

L'ostéopathe positionne la pulpe du pouce ou de l'index de la main droite, sur le centre tendineux du périnée, situé entre la vulve et l'anus de la patiente, à hauteur de la ligne bi-ischiatique.

4. Deuxième temps

L'ostéopathe réalise une poussée de son doigt et teste la résistance et la tonicité du plancher pelvien. Le diagnostic se confirme par toucher vaginal.



ZONE DU TEST DU CENTRE TENDINEUX DU PÉRINÉE

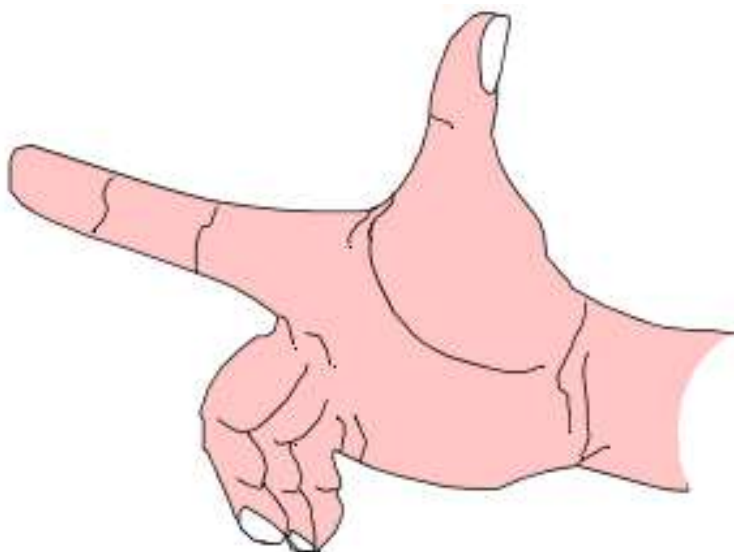
DESCRIPTION DE LA MAIN DE BRANDT ★★★★★

« Le médus, l'annulaire et l'auriculaire de la main ne sont pas fléchis dans la paume de la main, comme il est d'usage de le faire dans l'examen classique, mais ils restent étendus. La seule articulation métacarpo-phalangienne étant en flexion.

Le pouce et l'index se trouvent en position d'extension forcée, l'index et le médus étant écartés au maximum de leurs possibilités.

L'index est introduit dans le vagin le plus profondément possible tandis que la face palmaire du pouce se trouve dans le pli inguinal pour éviter la zone clitoridienne.

Le médus lui, se positionne dans le pli inter fessier tandis que l'annulaire et l'auriculaire se mettent le long de l'arrondi fessier »



DESCRIPTION DE LA « MAIN » PAR BRANDT

DESCRIPTION DES PRINCIPALE POSITIONS UTÉRINES



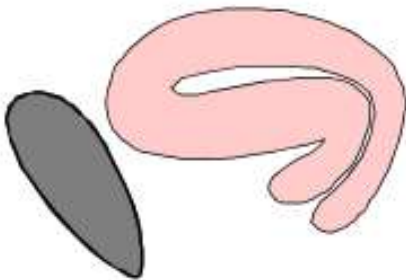
Utérus Normal



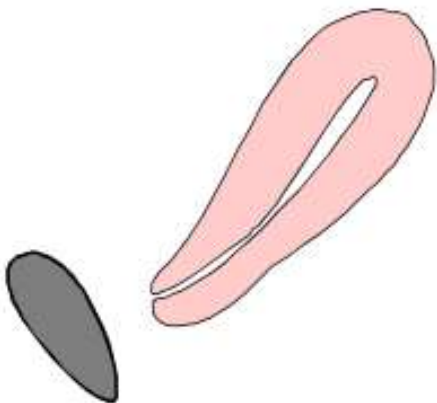
Verticalisation de l'utérus



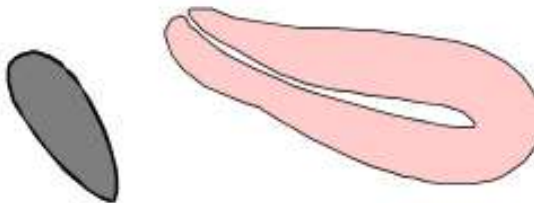
Antéflexion Stade 1



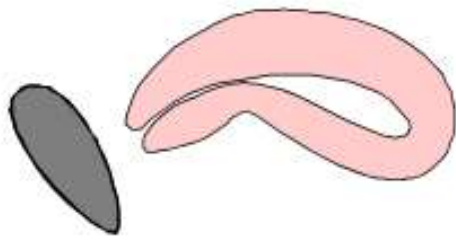
Antéflexion Stade 2



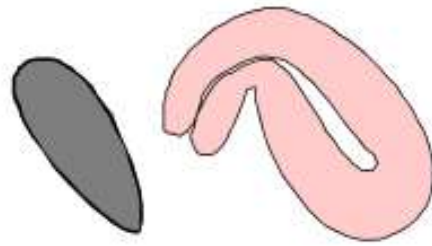
Rétroversion Stade 1



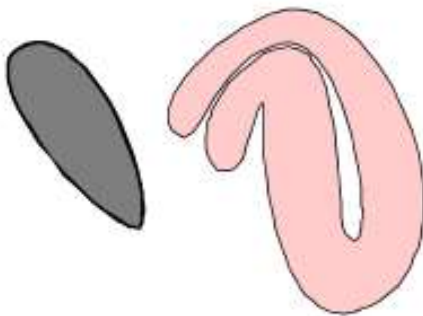
Rétroversion Stade 2



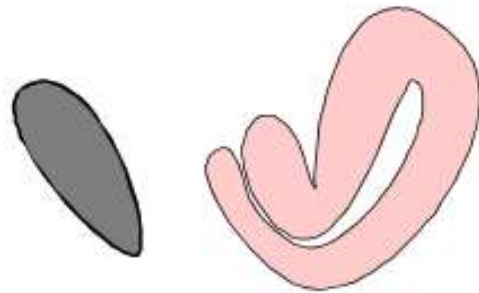
Rétroversion avec Rétroflexion Stade 1



Rétroversion avec Rétroflexion Stade 2



Rétroversion avec Rétroflexion Stade 3



Rétroversion avec Antéflexion



Rétroflexion de l'utérus