

16

Incidence des troubles posturaux chez les patients souffrant d'algies pelvi-périnéales chroniques

Sylvie Iacazio^{a,*}, Arnaud Foisy^b, Arnaud Tessier^c,
Thibault Riant^d, Stéphane Ploteau^d,
Marie-Aimée Perrouin-Verbe^d, Jérôme Rigaud^d,
Amélie Levesque^d

^a Posture Lab, 20, rue du Rendez-vous, 75012 Paris, France

^b Physiopathologie de la vision et motricité binoculaire, Groupe IRIS, CNRS-FR3636, Université Paris-Descartes, 45, rue des Saint-Pères, 75006 Paris, France

^c Cabinet d'Ostéopathie, 3, rue Aristide-Briand, 44000 Nantes, France

^d CETD, Centre fédératif de pelvipérinéologie, Hôpital privé du confluent, CHU Nantes, 44000 Nantes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sylviepod@hotmail.fr (S. Iacazio)

Introduction Les algies pelvi-périnéales s'accompagnent souvent de problématiques musculaires du périnée et des muscles pelvi-trochantériens (contractures, syndromes myo-fasciaux) et le recours aux techniques manuelles offre parfois des effets uniquement temporaires. L'étude de la régulation posturale, impliquant les muscles pelvi-périnéaux, pourrait permettre de comprendre les mécanismes de la récurrence. Nous avons cherché à observer la fréquence des troubles posturaux en lien avec les muscles pelvi-périnéaux chez des patients consultant pour des algies pelvi-périnéales par rapport à une population témoin exempte de ces douleurs.

Méthode L'étude prospective mono centrique, menée lors de consultations d'algies pelvi-périnéales dans le service d'urologie du CHU de Nantes, reposait sur 5 tests cliniques recherchant successivement la présence d'un syndrome de la charnière thoracolumbaire, de syndromes myofasciaux au niveau du diaphragme pelvien, d'une instabilité pelvienne, de dysfonctions du quadrilatère pelvi-pédieux et d'hypertonies musculaires para-vertébrales.

Résultats Le syndrome de la charnière thoracolumbaire est retrouvé chez 28 % des patients vs 4 % des témoins ($p=0,024$). Les syndromes myo-fasciaux sont présents chez 68 % des patients vs 25 % des témoins ($p=0,005$). L'instabilité pelvienne concerne 76 % des patients vs 33 % des témoins ($p=0,002$). Les dysfonctions du quadrilatère pelvi-pédieux concernent 96 % des patients vs 58 % des témoins ($p=0,001$). L'hypertonie musculaire para-vertébrale est retrouvée bilatéralement chez 32 % des patients vs 4 % des témoins ($p=0,077$) et unilatéralement chez 36 % des patients vs 0 % des témoins ($p=0,001$).

Conclusion Cette étude a permis, grâce à cinq tests cliniques simples, de ne nécessitant aucun matériel, de confirmer que les patients présentant des algies pelvi-périnéales chroniques ont davantage de troubles posturaux que les sujets exempts de ces douleurs. Nous suggérons qu'un examen postural puisse enrichir le bilan clinique des patients présentant des algies pelvi-périnéales chroniques et devenir un des aspects de leur prise en charge.

Mots clés Douleur myo-fasciale ; Douleur pelvienne ; Douleur périnéale ; Hypertonie musculaire ; Posturologie

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.neucli.2019.01.022>



17

Implications des différents types de fibres nerveuses dans la sensibilité cutanée mécanique et thermique et conséquences sur la douleur neuropathique périphérique

Jean-Pascal Lefaucheur^{a,b,*}

^a EA 4391, excitabilité nerveuse et thérapeutique, université Paris-Est-Créteil, 94010 Créteil, France

^b Neurophysiologie clinique, service de physiologie, explorations fonctionnelles, hôpital Henri-Mondor, 51, avenue du maréchal de Lattre de Tassigny, 94010 Créteil, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-pascal.lefaucheur@hmn.aphp.fr

Toute sensation cutanée est perçue grâce à des récepteurs spécifiques présents dans la peau et relayée par des fibres sensibles myélinisées et non myélinisées. Plusieurs types de récepteurs ont été identifiés : des récepteurs mécaniques sous-épidermiques (disques de Merkel, corpuscules de Meissner, corpuscules de Pacini, corpuscule de Ruffini) couplés à des fibres myélinisées de gros diamètre (type Aβ) et codant pour la sensibilité à la pression (Merkel, Ruffini) ou à la vibration (Meissner, Pacini), et des terminaisons libres épidermiques, couplées à des fibres myélinisées de petit diamètre (type Aδ) ou des fibres amyéliniques (type C) et codant pour la sensibilité au chaud et au froid non douloureux, ainsi que pour la douleur, quelle qu'en soit la modalité. Ces récepteurs superficiels (terminaisons libres, au niveau de l'épiderme, et Merkel ou Meissner, à la jonction derme-épiderme) ou profonds (Ruffini ou Pacini, à la jonction derme-hypoderme) ont une répartition différente dans la peau glabre et la peau poilue. Leur densité dans la peau varie également selon les régions du corps, cette densité étant particulièrement élevée au niveau de la main (pulpes des doigts). Ces récepteurs se différencient aussi en termes de taille de champ récepteur (étroit ou large) et de type d'adaptation (récepteurs phasiques à adaptation rapide ou récepteurs toniques à adaptation lente). Concernant la douleur, on distingue des mécanorécepteurs à haut seuil et une pluralité de nocicepteurs sensibles aux stimuli mécaniques et thermiques (chaud ou froid) avec une fonction de codage généralement supportée par des récepteurs de type TRP (*transient receptor potential*). Les phénomènes douloureux peuvent être liés à une hyperactivité (gain de fonction) de ces récepteurs ou des afférences sensitives de petit calibre à qui ils sont couplés. Cependant, d'autres types de récepteurs et une implication de fibres de plus gros calibre (Aβ) est également envisageable dans certains symptômes douloureux.

Mots clés Douleur ; Gain de fonction ; Fibres nerveuses ; Peau ; Récepteurs ; Sensibilité

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.neucli.2019.01.023>

