

Douleurs Pelvi-Périnéales Chroniques : Thérapie manuelle

A – Programme détaillé

Durée = 23h00

Formateurs = Véronique DE LAERE ou Jan DE LAERE ou Christophe LUKAT – Masseurs-Kinésithérapeutes

Nombre de stagiaires = 20 maximum

Public : Masseurs Kinésithérapeutes

Prérequis : Diplôme d'Etat Français de Masseur Kinésithérapeute, ou autorisation d'exercice de la profession de masseur-kiné

1 – Résumé et Objectifs :

Contexte :

Formation proposant une approche comprenant le bilan et la prise en charge manuelle des dysfonctions ostéo-articulaires, des syndromes myofasciaux douloureux, des syndromes neurogènes douloureux ainsi que des interrelations qui les unissent, dans le cadre du syndrome pelvi-périnéal. Cet enseignement est basé sur les recherches scientifiques récentes notamment en neurodynamique et en thérapie myofasciale dans le domaine des douleurs pelvi-périnéales chroniques. Il peut compléter une formation académique en pelvi-périnéologie ou représenter une entrée en matière dans ce domaine.

Objectifs :

Séminaire « Douleurs pelvi-périnéales chroniques » : 3 jours

Une session de 3 jours (23 heures), permettant d'optimiser les acquisitions basées sur les recommandations dont les objectifs pédagogiques sont que le stagiaire :

- Connaître et soit capable de mettre en oeuvre les règles de déontologie ;
- Puisse identifier et évaluer la présence d'une dysfonction ostéo-articulaire, d'un syndrome myofascial douloureux (SMD), d'un syndrome neurogène douloureux (SND) ou d'un syndrome canalaire, chez le patient, par l'intermédiaire d'un bilan diagnostique spécifique, en tenant compte des critères diagnostiques ;
- Puisse planifier et mettre en oeuvre une démarche thérapeutique appropriée dans le domaine du traitement des dysfonctions ostéo-articulaires, neurodynamiques, des points trigger myofasciaux (PTrM) et des interrelations entre structures ostéo-articulaires, myofasciales et vasculo-nerveuses ;
- Connaître et soit capable de mettre en oeuvre les règles de bonnes pratiques qui régissent la pratique du traitement manuel des PTrM, des dysfonctions ostéo-articulaires ainsi que neurodynamiques ;
- Puisse identifier les contre-indications absolues et relatives à l'application des traitements manuels des PTrM et des articulations ainsi que des mobilisations neurales ;



28 rue Guillaume de Machaut
85000 – La Roche-sur-Yon



secretariat@cevak.fr
02 51 47 95 95



www.cevak.fr
Suivez-nous !

- Puisse adapter son protocole de traitement à la réalité du patient ;
- Connaisse les dangers et maîtrise la mise en oeuvre des actions appropriées face aux réactions indésirables ;
- Puisse appliquer au patient les connaissances et les compétences acquises en fonction de son diagnostic.

L'ensemble de ces objectifs doit être atteint pour les dysfonctions articulaires, les syndromes myofasciaux douloureux et les syndromes neurogènes douloureux traités au cours de cette formation (voir programme détaillé de la formation).

Résumé :

Comme ailleurs au niveau du corps humain, le syndrome myofascial douloureux est une entité pathologique courante, dans la région pelvi-périnéale. Elle est parfois combinée à un, voire des dysfonctionnements ostéo-articulaires, ces problèmes s'entretiennent souvent mutuellement. Le SMD implique la présence de PTrM dans un ou plusieurs muscles et se manifeste par des douleurs locales exquises ainsi que des douleurs ou des sensations référées ressenties par le patient à distance de la contracture. Selon le muscle atteint, ces dernières peuvent correspondre à différentes « pathologies viscérales » comme la constipation, la diarrhée, la prostatite chronique, la dyspareunie, le syndrome vésical douloureux...

Les PTrM de la sphère pelvi-périnéale, peuvent être diagnostiqués et traités manuellement. Les muscles représentent une interface mécanique fondamentale des structures vasculo-nerveuses et peuvent être à l'origine de syndromes canaux. Leurs contractures (PTrM) peuvent engendrer une compression délétère des paquets vasculo-nerveux. Le patient présente alors un tableau clinique composé de signes et de symptômes, dus au syndrome myofascial douloureux (symptomatologie viscérale, diminution des compétences musculaires, altération de la proprioception...) et vasculo-nerveux (douleurs neuropathiques dues à l'ischémie locale, paresthésies, troubles neurovégétatifs, restrictions de mobilité dues à la perte de viscoélasticité, troubles du retour veineux dus à la compression vasculaire...). Cette formation basée sur la littérature scientifique récente aborde : l'anamnèse, le bilan ostéo-articulaire (clusters de tests), le bilan myofascial par des tests de provocation et palpatoires, le bilan neurodynamique par des séquences neurodynamiques et la palpation des structures neurales, le traitement manuel des structures ostéo-articulaires et des PTrM, le traitement neurodynamique des structures neurales par des neuroglissements et des neurotensions et finalement, l'auto-traitement qui a pour objectif l'autonomisation du patient.



2 – Déroulé pédagogique :

Méthodologie :

- Questionnaire pré-formation (Q1) dans le mois qui précède la formation présentielle
- Restitution au formateur des résultats de ce questionnaire, question par question, au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 23h comportant :
 - des échanges sur les résultats du questionnaire pré-formation,
 - un face à face pédagogique d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les questionnaires,
- Questionnaire post-formation (Q2), constitué de QCU, à l'issue de la formation présentielle.
- Questionnaire post-formation (Q3), constitué de 5 tests de concordance de script, 6 mois après la fin de la formation présentielle.
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique des stagiaires

Programme

DPPC - Jour 1				
Durée		Intitulé/contenu	Forme	Méthodes pédagogiques
Matin	9h00-9h45	Démembrement clinique des douleurs pelvi- périnéales chroniques par spécialité médicale : urologie, gynéco-andrologie, colo-proctologie, neurologie, rhumatologie, algologie, psychologie, psychiatrie et sexologie	Théorie	Diaporama Exposé du formateur Échange avec les participants
	9h45-10h45	Types de douleur : nociceptif, neuropathique, noci- plastique et mixte Sensibilisation centrale Tableaux cliniques : syndrome vésical douloureux, hyperactivité vésicale, endométriose, dysménor- rhées, syndrome de l'intestin irritable, proctalgie fugace, constipation, incontinence, prolapsus, coccygodynie,	Théorie	Diaporama Exposé du formateur Échange avec les participants



28 rue Guillaume de Machaut
85000 – La Roche-sur-Yon



secretariat@cevak.fr
02 51 47 95 95



www.cevak.fr
Suivez-nous !

		neuropathies, syndrome myofascial...		
	11h00-13h00	Cavité pelvienne, plancher pelvien et périnée : anatomie et physiologie en fonction de la compréhension des douleurs pelvi-périnéales chroniques Posture et troubles de la statique pelvienne	Théorie	Diaporama Exposé du formateur Échange avec les participants
Après-midi	14h00-16h00	Charnière dorso-lombale : canal rachidien et foramen intervertébral - prise en charge manuelle Articulation sacro-iliaque : anatomie - physiologie- physiopathologie - tableaux cliniques - prise en charge manuelle ostéo-articulaire	Théorie Pratique en binôme	Diaporama Exposé du formateur Échange avec les participants Pratique en binôme avec correction par le formateur
	16h15-18h00	Symphyse pubienne, articulation sacro-coccygienne et articulation coxo-fémorale : anatomie - physiologie - physiopathologie - tableaux cliniques - prise en charge manuelle ostéo-articulaire	Théorie Pratique en binôme	Diaporama Exposé du formateur Échange avec les participants Pratique en binôme avec correction par le formateur
DPPC - Jour 2				
Durée		Intitulé/contenu	Forme	Méthodes pédagogiques
M	9h00-10h45	La prise en charge des syndromes myofasciaux douloureux (SMD) : bilan et traitement manuel Les muscles piriforme et grand adducteur : anatomie - physiologie - physiopathologie - tableaux cliniques - prise en charge manuelle	Théorie Pratique en binôme	Diaporama Exposé du formateur Échange avec les participants Pratique en binôme avec correction par le formateur



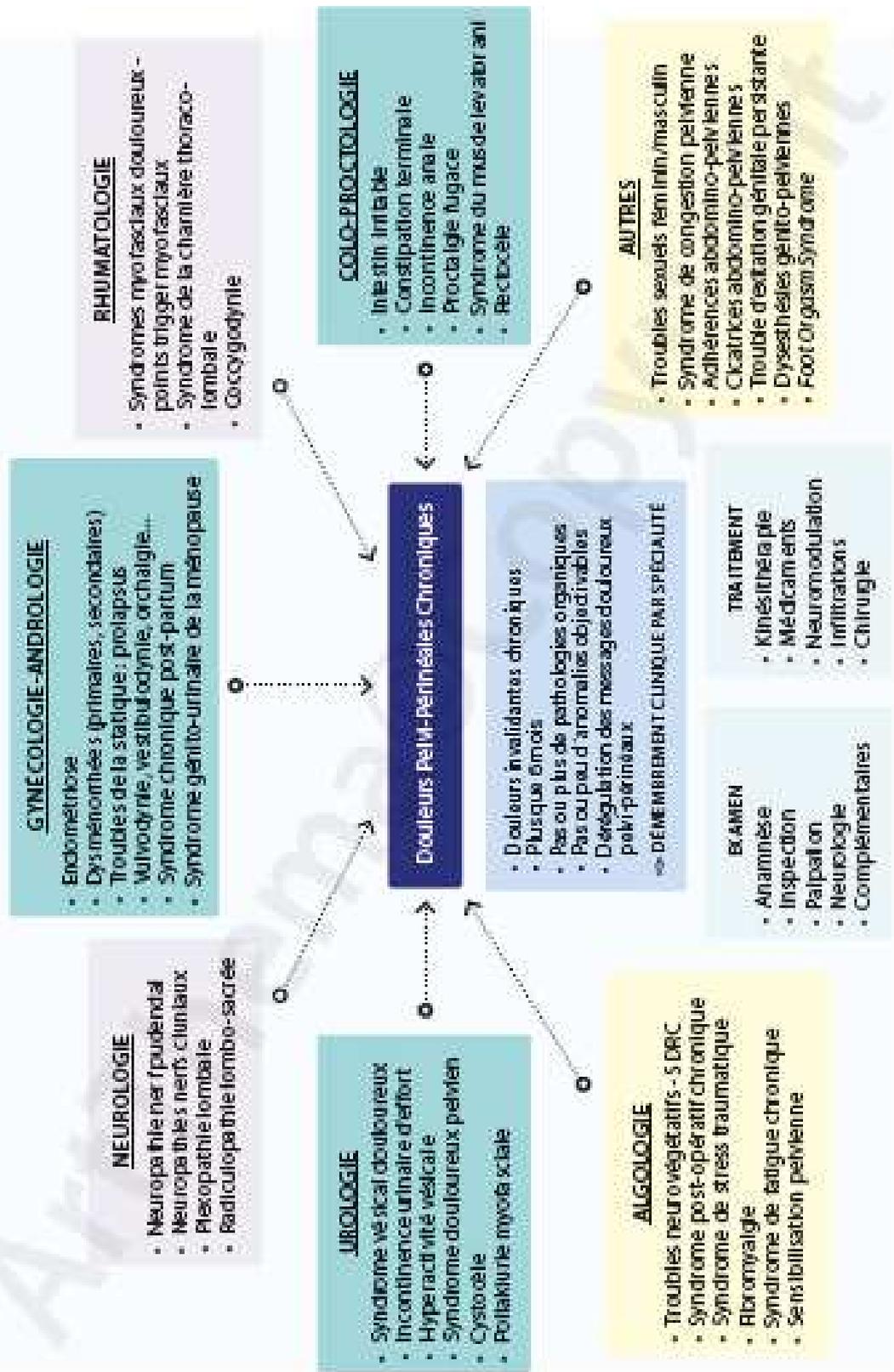
	11h00-13h00	Les muscles pelvi-trochantériens : anatomie - physiologie - physiopathologie - tableaux cliniques - prise en charge manuelle Les muscles glutéaux : anatomie - physiologie - physiopathologie - tableaux cliniques - prise en charge manuelle	Théorie Pratique en binôme	Diaporama Exposé du formateur Échange avec les participants Pratique en binôme avec correc- tion par le formateur
Après-midi	14h00-16h00	Les muscles du plancher pelvien : anatomie - physiologie - physiopathologie - tableaux cliniques - prise en charge manuelle	Théorie Pratique en binôme	Diaporama Exposé du formateur Échange avec les participants Pratique en binôme avec correc- tion par le formateur
	16h15-18h00	Les muscles du périnée : anatomie - physiologie - physiopathologie - tableaux cliniques - prise en charge manuelle	Théorie Pratique en binôme	Diaporama Exposé du formateur Échange avec les participants Pratique en binôme avec correc- tion par le formateur
DPPC - Jour 3				
Durée		Intitulé/contenu	Forme	Méthodes pédagogiques
M	9h00-10h45	Prise en charge des neuropathies du plexus lombal : Anatomie - physiologie - physiopathologie - tableaux cliniques Séquences neurodynamiques Examen neurologique Examen des interfaces mécaniques Diagnostic différentiel Traitement manuel	Théorie Pratique en binôme	Diaporama Exposé du formateur Échange avec les participants Pratique en binôme avec correc- tion par le formateurs



	11h00-12h30	Prise en charge des neuropathies des nerfs pudendal, cutané fémoral postérieur et cluniaux : Anatomie - physiologie - physiopathologie - tableaux cliniques Séquences neurodynamiques Examen neurologique Examen des interfaces mécaniques Diagnostic différentiel Traitement manuel	Théorie Pratique en binôme	Diaporama Exposé du formateur Échange avec les participants Pratique en binôme avec correction par le formateur
Après-midi	13h30-15h30	Prise en charge des cicatrices et des adhérences abdomino-pelviennes : Diagnostic et évaluation Traitement manuel	Théorie Pratique en binôme	Diaporama Exposé du formateur Échange avec les participants Pratique en binôme avec correction par le formateur
	15h45-17h00	Scores, questionnaires et inventaires Recommandations Autonomisation du patient	Théorie Pratique en binôme	Échange avec les participants Pratique en binôme avec correction par le formateur



DEMEMBREMENT CLINIQUE



28 rue Guillaume de Machaut
85000 – La Roche-sur-Yon



secretariat@cevak.fr
02 51 47 95 95



www.cevak.fr
Suivez-nous !

B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

Afin de résoudre cette problématique, différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- Méthode participative - interrogative : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation (pré-test)
- Méthode expérientielle : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- Méthode expositive : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- Méthode démonstrative : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP
- Méthode active : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.
- Méthode par "Présentation de cas cliniques interactifs " : Le format pédagogique se fonde sur l'intérêt d'analyser en groupe la situation clinique d'un patient. Les stagiaires résolvent le cas en élaborant par petits groupes une analyse et des propositions en réponse.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Tables de pratiques, modèles anatomiques osseux et musculaires.

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Évaluation « Q1 » (pré-test) et « Q2 » (post test)
- Questionnaire de satisfaction immédiat et à distance



D – Référence recommandation bibliographie

1. Abd-Elsayed A. et al. Diagnosis, treatment, and management of painful scar: a narrative review. *Journal of Pain Research* 2022:925-937.
2. Ahlqvist K. et al. The Association of Self-Reported Generalized Joint Hypermobility with pelvic girdle pain during pregnancy: a retrospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2020, 21(1):474-10 pages.
3. Alkatout I. et al. Review: Pelvic nerves - from anatomy and physiology to clinical applications. *Translational Neuroscience* 2021, 12(1):362-378.
4. Anatomie 3D Lyon - Organes pelviens féminins (en collaboration avec l'Université Lille 2). Consulté le 10 juin 2022. <https://www.youtube.com/user/Anatomie3DLyon/>
5. Aoun F. et al. Sexual dysfunction due to pudendal neuralgia: a systematic review. *Translational Andrology and Urology* 2021, 10(6):2500-2511.
6. Arena A. et al. The social media effect: the impact of fake news on women affected by endometriosis. A prospective observational study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 2022, 274:101-105.
7. Ashrafi A. et al. The association between myofascial trigger points and the incidence of chronic functional constipation. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 2021, 26:201-206.
8. Aurore V. et al. Anatomy of the female pelvic nerves: a macroscopic study of the hypogastric plexus and their relations and variations. *Journal of Anatomy* 2020, 237(3):487-494.
9. Bertuit J. et al. Relationship between urinary incontinence and back or pelvic girdle pain: a systematic review with meta-analysis. *International Urogynecology Journal* 2021:14 pages.
10. Chalmers J., Elkins M. Pelvic health. *Journal of Physiotherapy* 2022, 68(1):5-6.
11. da Silva F. et al. Effectiveness of visceral fascial therapy targeting visceral dysfunctions outcome: systematic review of randomized controlled trials. *BMC Complementary Medicine and Therapies* 2023, 23(1):274-12 pages.
12. Deffieux X. et al. Examen pelvien en gynécologie et obstétrique: recommandations pour la pratique clinique. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 2023, 51(6):297-330.



13. DeLancey J. Lies, damned lies, and pelvic floor illustration: Confused about pelvic floor anatomy? You are not alone. *International Urogynecology Journal* 2022, 33(3):453-457.
14. Elprince M. et al. Prediction of intraperitoneal adhesions using striae gravidarum and scar characteristics in women undergoing repeated cesarean sections. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2021, 21(1):1-7.
15. Evans D. et al. No. 385-indications for pelvic examination. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2019, 41(8):1221-1234.
16. Frawley H. et al. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourology and Urodynamics* 2021, 40(5):1217-1260.
17. Garg T. et al. A Review of Chronic Pelvic Pain in Women. *JAMA* 2021, 326(21):2207.
18. George E. et al. Are Nerves Left In Situ Associated With Less Chronic Pain Than Manipulation During Inguinal Hernia Repair? *Journal of Surgical Research* 2023, 286, June 2023:96-103.
19. Gianatasio C. et al. Treatment approaches for treating hypertrophic scars and keloids. *Dermatological Reviews* 2021, 2(1):11-22.
20. Hill A. et al. Recommended standardized anatomic terminology of the posterior female pelvis and vulva based on a structured medical literature review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2021, 225(2):169.e1-169.e16.
21. Jantos M. A Myofascial Perspective on Chronic Urogenital Pain in Women. In: Santoro, G. et al. (eds) *Pelvic Floor Disorders*. Springer, Cham 2021.
22. Jarrell J. et al. Directive clinique de consensus pour la prise en charge de la douleur pelvienne chronique. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2005, 27(9):888-910.
23. Jo J., Kim Y. The Diagnosis of Chronic Pelvic Pain: How Can We Detect Urological Pain? *International Neurourology Journal* 2022, 26(2):87-91.
24. Kapurubandara S. et al. A systematic review of diagnostic tests to detect pelvic floor myofascial pain. *International Urogynecology Journal* 2022, 33(9):2379-2389.
25. Kelly R. et al. Soft tissue mobilization techniques in treating chronic abdominal scar tissue: A quasi-experimental single subject design. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 2019, 23(4):805-814.
26. Koller T. Mechanosensitive aspects of cell biology in manual scar therapy for deep dermal defects. *International Journal of Molecular Sciences* 2020, 21(6):2055-14 pages.



27. Lamvu G. et al. Chronic Pelvic Pain in Women: A Review. JAMA The Journal of the American Medical Association 2021, 325(23):2381-2391.
28. Laslett M. Clinical Diagnosis of Sacroiliac Joint Pain. Techniques in Orthopaedics 2019, 34(2):76-86.
29. Lewit K., Olsanska S. Clinical importance of active scars: abnormal scars as a cause of myofascial pain. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics 2004, 27(6):399-402.
30. Lubczyńska A. et al. Effectiveness of various methods of manual scar therapy. Skin Research and Technology 2023, 29(3):e13272-12 pages.
31. Meister M. et al. Physical examination techniques for the assessment of pelvic floor myofascial pain: a systematic review. American journal of obstetrics and gynecology 2018, 219(5):497-e1.
32. Meister M. et al. Development of a standardized, reproducible screening examination for assessment of pelvic floor myofascial pain. American journal of obstetrics and gynecology 2019, 220(3):255-e1.
33. Moawad G. Pelvic Neuroanatomy: An Overview of Commonly Encountered Pelvic Nerves in Gynecologic Surgery. Journal of Minimally Invasive Gynecology 2021, 28(2):178.
34. Murakami E. et al. Leg symptoms associated with sacroiliac joint disorder and related pain. Clinical Neurology and Neurosurgery 2017, 157:55-58.
35. Naveed M. et al. Therapeutic interventions to urologic chronic pelvic pain syndrome and UPOINT system for clinical phenotyping: How far are we? Urologia Journal 2022:14 pages.
36. Orr N. et al. Central sensitization inventory in endometriosis. Pain 2022, 163(2):e234-e245.
37. Qaseem A. et al. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening pelvic examination in adult women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Annals of internal medicine 2014, 161(1):67-72.
38. Roch M. The Female Pelvic Floor Fascia Anatomy: A Systematic Search and Review et al. Life (Basel) 2021, 11(9):900-48 pages.
39. Ross V. et al. Myofascial pelvic pain: an overlooked and treatable cause of chronic pelvic pain. Journal of Midwifery & Women's Health 2021, 66(2):148-160.
40. Starzec-Proserpio M., Vandyken C. Telerehabilitation for persistent Pelvic Girdle Pain within a biopsychosocial framework-A case report. Physiotherapy Theory and Practice 2022, 29:11 pages.



28 rue Guillaume de Machaut
85000 – La Roche-sur-Yon



secretariat@cevak.fr
02 51 47 95 95



www.cevak.fr
Suivez-nous !

41. Steenstrup B. et al. Impact des modifications des courbures vertébrales sagittales liées à l'âge sur les prolapsus des organes pelviens. Une revue systématique de la littérature [Impact of the aged-related changes of sagittal spinal curvature on pelvic organ prolapse. A systematic review of the literature]. Progrès en Urologie 2022a:9 pages.
42. Till S. et al. Approach to Diagnosis and Management of Chronic Pelvic Pain in Women: Incorporating Chronic Overlapping Pain Conditions in Assessment and Management. Obstetrics and Gynecology Clinics 2022, 49(2):219-239.
43. Tsuji S. et al. Prevalence, definition, and etiology of cesarean scar defect and treatment of ce- sarean scar disorder: A narrative review. Reproductive Medicine and Biology 2023, 22(1):e12532- 14 pages.
44. van Reijn-Baggen D. et al. Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Syste- matic Review of Treatment Efficacy. Sexual Medicine Reviews 2022, 10(2):209-230.
45. Wasserman J. et al. Chronic caesarian section scar pain treated with fascial scar release tech- niques: A case series. Journal of Bodywork and Movement Therapies 2016, 20(4):906-913.
46. Wasserman J. et al. Effect of soft tissue mobilization techniques on adhesion-related pain and function in the abdomen: A systematic review. Journal of Bodywork and Movement Therapies 2019, 23(2):262-269.
47. Xu J. et al. Effectiveness of self-myofascial release combined with biofeedback and electrical stimulation for the management of myofascial pelvic pain: A randomized controlled trial. Euro- pean Journal of Pain 2022, 26(2):405-416.
48. Yaacov D. et al. The Effect of Pelvic Floor Rehabilitation on Males with Sexual Dysfunction: A Narrative Review. Sexual Medicine Reviews 2022, 10(1):162-167.
49. Yani M. et al. Impaired Ability to Relax Pelvic Floor Muscles in Men with Chronic Prostatitis/Chro- nic Pelvic Pain Syndrome. Physical Therapy 2022, 102(7):pzac059.
50. Żyga J. Pelvic Congestion syndrome-common, but underdiagnosed disease of women. Journal of Education, Health and Sport 2022, 12(7):568-572.

