

CONVERGENCES IN PELVI-PERINEAL PAIN

COMPTE-RENDU DU CONGRES DE NANTES : 16 au 18 Décembre 2010

Geneviève Boudry¹, Pierre Marès², Guillaume Müller¹, Jean Jacques Labat¹

¹ Centre fédératif de pelvi périnéologie
Clinique urologique
CHU Nantes
44093 Nantes Cédex
02 40 08 39 10

²Service de gynécologie obstétrique
CHU Nîmes

Introduction

Le premier congrès « Convergences in Pelvi Perineal pain » s'est tenu à Nantes du 16 au 18 Décembre 2009 . L'association Convergences PP a pour originalité de ne pas être une nouvelle société savante mais de réunir les membres de sociétés savantes existantes * dans le domaine de la pelvi périnéologie et de la douleur autour de thématiques communes. La rencontre de cliniciens d'horizons différents , médecins , chirurgiens, physiologistes, anatomistes, rééducateurs, chercheurs... dans le cadre de tables rondes, d'ateliers, de séances d'anatomie a été d'une extrême richesse.

Une idée forte de Convergences PP est de développer une approche globale des douleurs pelvi périnéales. Nous rapportons ici un résumé des interventions effectuées dans le cadre des sessions plénières.

Le prochain congrès de Convergences PP aura lieu à Nîmes en 2011.

* *SIFUD PP (Société interdisciplinaire francophone d'urodynamique et de pelvi périnéologie), AFU (Association française d'Urologie), CNGO (Collège national de gynécologie et obstétrique), SCGP (Société de chirurgie gynécologique et pelvienne), SNFCP (Société nationale francophone de coloproctologie), SFETD (Société française d'étude et de traitement de la douleur), SIRREP (Société internationale de rééducation en pelvi périnéologie),*

PUGO (Pain of uro gynecologic origin, groupe d'intérêt de l'IASP : International society of the study of the pain), IUGA (International urogynecological association)

1) Exposé anatomique de Roger Robert, de Nantes, sur l'innervation sensitive du bas appareil urinaire et du périnée.

Il s'agit d'un exposé intégrant les schémas de l'anatomie pelvi-périnéale montrant les corrélations avec le système nerveux somatique, ortho et para sympathique et tous les schémas d'intégration des voies au niveau supérieur central.

Le pelvis et le périnée sont soumis à une innervation différente, le message nociceptif dont ils sont l'origine, emprunte des voies périphériques et centrales permettant d'intégrer ce message comme une douleur mais aussi de mettre en route des processus de contrôle notamment inhibiteurs. L'innervation du périnée passe par le nerf pudendal, les racines sacrées avant de pénétrer au niveau de la corne postérieure de la moelle. Des fibres sympathiques afférentes vont également transmettre des messages sensitifs à partir du périnée, la sensibilité viscérale quant à elle emprunte uniquement les voies sympathiques en passant par les lames sacro recto génito pubiennes et le ganglion hypogastrique inférieur, le plexus hypogastrique supérieur et la chaîne ganglionnaire sympathique latéro vertébrale. La sensibilité du bas appareil urinaire passe avant tout par des fibres afférentes du système sympathique. Du fait de ces différences de distribution, les douleurs qui passent par les nerfs somatiques du périnée sont très systématisées alors que les douleurs qui passent par le système végétatif, sympathique sont très diffuses. Il existe des processus de contrôle de régulation des messages douloureux au niveau de la corne postérieure de la moelle (gate control). Les faisceaux médullaires empruntés par les messages nociceptifs vont gagner le tronc cérébral puis le thalamus et enfin le cortex. Il y a également des systèmes de contrôle de la douleur au niveau du tronc cérébral avec des systèmes activateurs mais surtout inhibiteurs descendant. Le thalamus a un rôle de filtre permettant l'analyse des différentes sensibilités. Les connections thalamiques expliquent le retentissement végétatif de la douleur sur la vie affective et instinctive. Différentes zones du cortex sont impliquées dans le contrôle des phénomènes douloureux : le cortex limbique intervient dans la régulation de l'émotion et de la mémoire, les projections néocorticales permettent d'analyser plus finement la topographie de la douleur.

2) Présentation de Pierre Marès, de Nîmes sur la place de l'examen pelvien.

Celui-ci a trois objectifs :

- 1- Examiner un pelvis à la recherche d'une masse
- 2 - Dépister des points gâchettes douloureux, musculaires, ligamentaires, osseux etc...
- 3- Faire percevoir à la patiente la possibilité d'une relaxation périnéale permettant d'obtenir une réduction des phénomènes douloureux, ce qui peut être pratiqué lors de l'examen. Le toucher vaginal est réalisé zone par zone, permettant l'éveil de la sangle des releveurs (APCA : Anticipation périnéale de la contraction abdominale). Le toucher rectal quant à lui recherche des hémorroïdes, une hypertonie des élévateurs et du sphincter anal.

Cette prise de conscience permet à la patiente de retrouver une certaine capacité d'autonomie et de pouvoir envisager une reprise des rapports sexuels en position d'Andromaque, ceci devient réalisable en particulier dans les vestibulodynies ou les dyspareunies orificielles impliquant la partie antérieure des pubo-rectaux.

Les douleurs organiques peuvent être nerveuses, musculaires, vasculaires, digestives ou ostéo-périostées. L'examen clinique peut également dépister l'existence d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus (fibromyalgie), expliquant un « terrain » douloureux.

3) Session sur les douleurs pelvi périnéales post opératoires (session de la société de chirurgie gynécologique et pelvienne).

3.1 : le point de vue des patients

Les communications de J Birch (Poole, UK, Pelvic Pain Support Network) et M Boutet (Paris, AFAP-NP) ont présenté le point de vue des patients face aux douleurs post opératoires. J Birch a insisté sur les discordances entre l'attente des patients et le ressenti des chirurgiens, sur l'importance de l'information pré opératoire. M Boutet a présenté un sondage auprès de patients présentant des douleurs pelvi périnéales : un quart d'entre eux ont vu leurs douleurs apparaître au décours d'une intervention chirurgicale. L'enquête montre que moins de 10% des chirurgiens ayant pratiqué l'intervention ont, d'après les patients, identifié la plainte ou adressé leur patient à une équipe spécialisée. Toutes les deux ont insisté sur le sentiment d'un manque d'écoute face à la survenue d'une douleur chronique après chirurgie générant un retard au diagnostic et de l'importance d'une alliance thérapeutique entre patients ou association de patients et médecins.

3.2 : les douleurs neuro-musculaires post opératoires ont été démembrées par JJ Labat et J Rigaud de Nantes

Le contexte

JJ Labat et J Rigaud ont insisté sur l'importance de l'analyse clinique nécessaire au démembrement des douleurs post opératoires et notamment sur leur versant neuromusculaire. Celui ci repose sur la connaissance anatomique d'une part et des techniques opératoires ayant été utilisées d'autre part. La survenue d'une douleur post opératoire avec une bonne concordance anatomo-clinique peut inciter à une reprise chirurgicale rapide d'ablation d'un éventuel matériel prothétique. Les lésions neuropathiques post opératoires peuvent être soit immédiates en rapport avec des lésions directes ou par effet indirect en relation avec les écarteurs, un hématome etc.... soit de survenue secondaire liée à l'existence d'un névrome ou d'une fibrose.

Les différentes atteintes des nerfs ilio inguinal, ilio hypogastrique, génito-fémoral, pudendal, obturateur sont définies par leur territoire. leur caractère neuropathique. Les symptômes ne doivent pas être négligés en post-opératoire immédiat. En effet, tout retard à ce diagnostic va conduire à une errance diagnostique et des retards thérapeutiques, source d'hypersensibilisation centrale qui se répercutera en périphérie avec des douleurs pérennisées, diffuses pouvant faire errer encore un peu plus le diagnostic.

Ces douleurs peuvent survenir après la chirurgie oncologique mais également après toute chirurgie abdominale, la seule incision abdominale qui ne s'accompagne pas de douleurs importantes est la médiane sous-ombilicale... ! On retrouve également ces douleurs avec toutes les techniques prothétiques, que ce soit les prothèses larges ou les bandelettes sous urétrales.

Atteintes ilio inguinales, ilio hypogastriques, génito fémorales.

La fréquence des douleurs ilio inguinales après cicatrisation des orifices de cœlioscopie et après césarienne peut atteindre un taux de 10 %. Pour les hernies inguinales ce taux atteint entre 5 et 10 % de douleurs (ilio inguinales ou génito fémorales) à un an avec une EVA (échelle visuelle analogique) supérieure à 5 dans 2 à 4 %.

Atteintes pudendales

Dans certains cas, en particulier dans les pudendalgies post-opératoires les points de Richter devraient être passés avec une grande attention car on estime à 4,5 % la taux de douleurs après Richter dont un tiers par lésion du nerf pudendal.

La conduite à tenir devant ces souffrances pudendales post opératoires s'appuie sur une prise en charge la plus rapide possible devant des signes simples tels qu'une hypoesthésie, une diminution des sensations urinaires ou à la défécation, voire une diminution de l'érection chez l'homme ou des troubles avec exceptionnellement diminution des phénomènes orgasmiques chez l'homme et chez la femme.

L'imagerie est peu satisfaisante. Les techniques d'infiltration peuvent être utilisées à visée diagnostique, un échec d'un bloc analgésique au niveau de l'épine sciatique reste compatible avec une souffrance pudendale si elle est plus proximale. Il faut alors s'orienter vers une infiltration anesthésique en S3 ayant valeur de test, en raison de la possibilité de phénomènes inflammatoires et de fibrose localisés au niveau du plexus sacré pouvant même inciter à une exploration coelioscopique du plexus sacré.

Quand l'atteinte est tronculaire, on peut être conduit à faire une libération du nerf par voie transglutéale (transfessière).

Les atteintes du nerf obturateur

Il faut y penser devant une douleur post opératoire, notamment après tout passage prothétique transobturateur, chez des patients qui se plaignent de douleur de la cuisse (région inguinale et face interne de cuisse) avec une gêne en abduction contrariée, une boiterie et un examen clinique assez pauvre puisqu'il n'y a aucun déficit moteur sur les adducteurs et pas toujours de déficit sensitif à la partie interne et basse de la cuisse. Les examens complémentaires IRM ou EMG peuvent être faits mais ont peu d'intérêt et quand on est à distance de l'intervention, l'essentiel est de réaliser une infiltration diagnostique du nerf obturateur. Celle-ci peut être faite par voie antérieure mais cette approche peut négliger un conflit plus postérieur au niveau du canal obturateur et donc faire préférer une voie postérieure (transfessière sous scanner).

Les douleurs après bandelettes sous urétrales

Les phénomènes douloureux après TOT sont fréquents, autour de 12 % à un an (versus 1,7% après TVT). Le retard diagnostique lors des douleurs en rapport avec les bandelettes sous urétrales est important puisque le délai moyen d'ablation des TVT ou des TOT est de 37 mois, soit deux ans d'attente.

Il ne faut pas hésiter, en cas de douleurs post opératoires immédiates à réaliser l'ablation rapide de la bandelette avant qu'il n'y ait trop de fibrose (dans les 8 jours post opératoires) ou dans les situations plus tardives à aller jusqu'à la libération coelioscopique du nerf obturateur ou la dissection des bandelettes .

Les bandelettes sont parfois retrouvées dans le releveur pour les TVT ce qui correspond à un tracé erratique ou dans l'épaisseur du détrusor, ce qui fait que la bandelette paraît en place et que la cystoscopie peut être normale.

3.3 B Fatton, de Clermont Ferrand, a détaillé les complications des prothèses par voie pelvi-périnéale

Les érosions, les rétractions de prothèses sont à l'origine de douleurs d'aspect mécanique, de tension pelvienne et surtout de dyspareunies. L'évaluation de la sexualité en post opératoire nécessite de la connaître en pré opératoire. Après prothèses vaginales on constate environ 17,9% de dyspareunies de novo contre 6,9% après chirurgie vaginale sans prothèse. B Fatton a souligné la place de l'échographie post-opératoire qui permet de dépister les plicatures des prothèses : Il semble exister une corrélation entre les données de l'échographie concernant l'épaisseur de la prothèse (>5 mm) et les douleurs. Les moyens de prévenir les complications sont multiples, au moment de la pose, il faut éviter toute tension, poser la prothèse bien étalée... Enfin, les matériaux les plus adaptés semblent être les prothèses en polypropylène mono-filament. L'indication chirurgicale doit être rigoureuse, avec prudence chez les jeunes femmes sexuellement actives, après une bonne information.

3.4 E Bautrant d'Aix en Provence a abordé les douleurs après promonto-fixation

Outre les douleurs par traumatisme neurologique, les douleurs par syndrome canalaire latent (nerf pudendal) ou les douleurs myofasciales démasquées ou décompensées à l'occasion d'un épisode chirurgical, E Bautrant évoque la possibilité d'un syndrome d'hypercorrection de la promonto-fixation. Celui-ci apparaît dans les jours suivants la promonto-fixation, et associe des sensations de tension abdomino pelvienne, des irradiations douloureuses ano-rectales, des douleurs fessières, des brûlures périnéales, des douleurs assises et debout aggravées par l'activité physique. Elles peuvent être améliorées par le démontage de la promonto-fixation s'il est réalisé dans les deux ans. Ces mécanismes méritent d'être validés par des études ultérieures.

3.5 B Deval de Paris, a exposé les choix possibles entre différents type de bandelettes sous uréthrales

B Deval a rappelé la publication de WHARTONEOL permettant de faire un choix entre TVT, TOT et mini bandelettes. Il a souligné que la technique de référence qui a supplanté le Burch est actuellement le TVT. La deuxième génération de bandelettes sous-uréthrales telles que les TOT est tout aussi fiable mais les complications douloureuses sont plus fréquentes après TOT qu'après TVT. Par contre, les troisièmes générations, représentées par les mini bandelettes, sont en attente de résultats aussi bien en terme d'efficacité sur la continence qu'en terme de douleur post opératoire.

3.6 T Riant, de Nantes a montré que l'on pouvait dégager des facteurs de risques de douleurs post opératoires

Les douleurs post opératoires chroniques sont définies par des douleurs persistant plus de deux mois après la chirurgie, sans qu'elles ne soient expliquées par une complication, une infection ou une cause organique patente.

Ces douleurs sont fréquentes et constituent la deuxième cause de douleurs chroniques, elles peuvent durer plusieurs années. Elles altèrent de façon parfois majeures la qualité de vie des patients, sont sources de dépenses de santé importantes et responsables de coûts indirects non négligeables. En particulier elles sont responsables d'une altération considérable de la relation patient/traitant et entraînent souvent des procédures judiciaires.

Les mécanismes physiopathologiques sous jacents à la persistance de douleurs sont complexes et multiples. Les lésions neurologiques imputables au simple fait d'inciser sont souvent en cause. Néanmoins des phénomènes plus complexes, faisant appel à un dysfonctionnement du système nocicepteur dans son ensemble est aussi impliqué. Il se crée ainsi des états d'hypersensibilisation qui s'auto entretiennent et qui expliquent la persistance de douleurs malgré l'absence d'élément nocicepteur patent.

Ces douleurs surviennent volontiers (30 à 50%) après des chirurgies majeures ou particulières (thoracotomies, mastectomies) mais aussi (10%) pour des chirurgies réputées plus simples ou plus bénignes (hémorroïdectomie, chirurgie pelvienne ou urologique). Il faut souligner que compte tenu du nombre relatif de ces différentes chirurgies, les douleurs chroniques après chirurgies « mineures » particulièrement abdominopelviennes sont les plus fréquentes.

Ces douleurs surviennent volontiers dans un contexte de douleurs péri opératoires particulièrement importantes. Ces douleurs aiguës constituent, le plus souvent, le lit des futures douleurs chroniques.

La question peut se poser de savoir pour quelle raison telle personne va développer des douleurs chroniques et telle autre non, après des chirurgies quasi identiques.

Il apparaît qu'à certains moments, certaines personnes sont plus susceptibles que d'autres de moins bien résister à un traumatisme éventuellement chirurgical. Reconnaître ce groupe de patients permettrait de définir des stratégies plus adaptées visant à diminuer l'ensemble des facteurs de risques connus et modifiables. Ainsi il apparaît que la notion de sexe (Féminin++) , d'âge (plus fréquent chez les jeunes), de pluri interventions antérieures, d'anxiété voire de peurs de l'intervention, de migraines, de syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie), de douleurs antérieures (lombalgies, céphalées, fibromyalgie) , de statut social particulier (association d'un travail peu considéré et de soutien social inadéquat) , de syndrome de stress post traumatique, d'abus ou d'agression antérieure, d'addiction aux antalgiques, sont des éléments favorisants.

Certains de ces facteurs de risques ne sont pas modifiables (sexe, âge) , d'autres peuvent l'être comme le traitement de la peur, du syndrome de stress post traumatique, comme le contrôle des douleurs antérieures.

La connaissance de la réalité et de l'importance du phénomène de douleurs chroniques rebelles, la connaissance des interventions plus particulièrement susceptibles de créer des douleurs chroniques, la notion de susceptibilité personnelle variable au cours du temps devrait conduire à la mise en place de stratégies particulières pour faire face à ce défi qui, in fine, remet en cause la qualité de la chirurgie et donc du chirurgien.

En particulier le traitement de la douleur péri opératoire, la modulation des indications opératoires (par exemple éviter le TOT en cas de syndrome myofascial obturateur interne) , la modulation des conditions d'intervention en fonction plus du patient que de la chirurgie (pas de chirurgie ambulatoire pour les patients à risque) , la mise en place de protocoles spécifiques à visée antihyperalgésiante (gabapentine péri-

opératoire, kétamine, hypnose, sophrologie..) , pourraient sans doute permettre une amélioration notable.

3.7 C Baude, de Lyon, a précisé les modalités anesthésiques visant à réduire les douleurs chroniques post-opératoires.

C Baude a indiqué quelques chiffres avec :

5 à 32 % de douleurs post-opératoires en général

2 à 17 % de douleurs lombaires après chirurgie gynécologique tout venant

22 % de douleurs après chirurgie du prolapsus

16 % de douleur après prostatectomie.

Durant la consultation d'anesthésie *pré opératoire*, il a souligné l'importance :

de détecter une douleur neuropathique préopératoire par utilisation de l'échelle DN4, conduisant à prescrire des produits type antidépresseurs ou antiépileptiques en pré opératoire

de détecter les douleurs nociceptives qui pourrait bénéficier d'un traitement par antalgiques

et enfin de bien mesurer le bénéfice attendu de la chirurgie.

Au bloc opératoire une prémédication pourra prévenir l'hyperalgésie, mais les anti-inflammatoires n'ont fait aucune preuve de leur efficacité. La gabapantine prescrite à raison de 600 mg deux heures avant l'intervention avec 200 mg trois fois par jour pendant 48 heures diminuerait de 35 % l'utilisation d'antalgiques dans le post-opératoire. Certaines équipes ont utilisé la prégabaline ou les tricycliques voire des associations sans qu'il y ait de preuves de leur efficacité préventive. L'utilisation de la kétamine à 0.5 mg/kg dans les inductions puis à 2mcg/kg par minute, jusqu'à la fin de l'opération diminuerait l'utilisation de la morphine de 40 %. L'utilisation de cocktails type paracétamol 2g plus néfopam 20 mg + tramadol 50 mg diminuerait l'utilisation de la morphine. L'utilisation de l'une ou l'autre de ces techniques au moment de l'induction pourrait avoir un intérêt important pour prévenir les douleurs post-opératoires.

En post-opératoire, l'existence d'une allodynie péri cicatricielle doit toujours faire penser au risque de la chronicisation si une prise en charge n'est pas faite. A ce niveau, il y a souvent intérêt, dans les lésions nerveuses périphériques, à réaliser une infiltration locale de bupivacaïne en traitement unique ou par cathéter (ropivacaïne à 0,1 voire 0,2%) pouvant éviter le passage à l'hypersensibilisation centrale et à la chronicisation.

4) Critères diagnostiques et d'évaluation

Cette session avait pour objectif de définir certains syndromes douloureux pelvi-périnéaux chroniques et d'en poser les bases d'une évaluation consensuelle.

4.1. Vestibulodynie provoquée : M Moyal Barracco de Paris

Parmi les vulvodynies (douleurs vulvaires sans pathologie apparente), on distingue les vulvodynies « généralisées » qui ne sont pas limitées au vestibule et des

vestibulodynies provoquées. Ce terme remplace celui de vestibulite vulvaire dans la mesure où le critère inflammatoire est trop inconstant et discutable pour être considéré comme nécessaire au diagnostic. C'est la cause la plus fréquente de dyspareunie de la femme préménopausée.

La vestibulodynie est une douleur récurrente non-spécifique du vestibule, située à l'entrée du vagin. Les patientes rapportent une sensation de brûlure ou de déchirement ressentie à l'entrée du vagin lors de la pénétration, mais également lors d'activités telles que l'insertion de tampons, l'insertion des doigts et les examens gynécologiques. La palpation du vestibule à l'aide d'un coton-tige permet une localisation précise et efficace de la région douloureuse, mais la présence d'érythème ne serait pas un critère diagnostique fidèle. La physiopathologie de la vestibulodynie provoquée fait intervenir des possibles éléments déclencheurs initiaux (candidose par exemple), des réactions de type inflammatoire, des modifications de la densité des récepteurs nociceptifs, des phénomènes d'hypersensibilisation centrale, des modifications cognitives et comportementales secondaires.

4.2 Syndrome douloureux vésical et cystite interstitielle : J Corcos de Montréal et M Cervigni de Rome

J Corcos a exposé les recommandations de l'ICS (International Continence Society) pour les syndromes de vessie douloureux. Sont recommandés car utiles:

l'interrogatoire qui permet de retrouver des antécédents d'infections urinaires dans 50% des cas, infections non persistantes par définition, de préciser le type de douleurs et de troubles mictionnels

l'examen clinique éliminant les autres causes lésionnelles de cystalgie, les troubles de la statique pelvienne, recherchant des tensions musculaires souvent associées et la sensibilité de l'urètre ou de la région vésicale

la tenue d'un carnet mictionnel qui appréciera la diurèse, les volumes urinés à chaque miction et leur régularité, la fréquence des mictions et leur régularité de jour et de nuit

les scores de symptômes recommandés sont l' IC Symptom Index (ICSI), l' IC Problem Index (ICPI), le Winsconsin IC Scale (UW-IC Scale), le Pain, Urgency, Frequency Score (PUF Score). Aucun de ces scores n'est validé en français.

La cystoscopie sous anesthésie générale avec hydrodistension est optionnelle. Elle permet de classer les patients (vessie normale, exceptionnel ulcère de Huner spécifique, glomérulations non spécifiques mais dont l'importance semble corrélée à la gravité de la maladie).

Ne sont pas recommandés en routine pour le bilan spécifique de la cystite interstitielle :

La cystoscopie simple sous anesthésie locale chez les jeunes patients qui n'ont pas d'hématurie, elle ne retrouve que 6 à 8% d'ulcères de Huner

Les biopsies vésicales (strictement normales dans 30 à 40% et peu spécifiques le reste du temps)

L'exploration urodynamique , la présence d'un B1 à moins de 150ml et d'une capacité vésicale fonctionnelle de moins de 350 cc va contre le diagnostic mais cela peut être apprécié sur le carnet mictionnel, on retrouve 15% d'hyperactivité du détrusor associée.

M Cervigni a quant à lui, explicité la physiopathologie du syndrome de vessie douloureuse et les flous qui subsistent quant à celle-ci dans un cadre hétérogène qui regroupe sans doute plusieurs maladies. Le terme de cystite interstitielle tend à être abandonné pour celui de syndrome de vessie douloureuse et plus récemment celui de syndrome douloureux vésical. Les schémas physiopathologiques évoqués font intervenir des éléments déclenchants, souvent infectieux, une altération des barrières épithéliales (test au KCl), des réactions inflammatoires locales (infiltration des mastocytes notamment), des modifications centrales avec des phénomènes d'hypersensibilisation, des troubles de l'intégration du besoin d'uriner.

4.3. Syndrome de l'intestin irritable : L Siproudhis de Rennes

Le syndrome de l'intestin irritable (colopathie fonctionnelle), est d'une grande prévalence (en moyenne 20%) avec un impact économique majeur. Il rentre dans le cadre des troubles fonctionnels intestinaux. Il est défini par les critères de Rome III, à savoir : la survenue d'un inconfort ou de douleurs abdominales récurrentes, évoluant depuis au moins 6 mois et survenant plus de 3 jours par mois (donc plus de 10% du temps) au cours des 3 derniers mois et associant au moins 2 des 3 critères suivants : douleurs soulagées par la défécation, une modification de la fréquence des exonérations, une modification de la consistance des selles. On peut en distinguer des modes d'expression différents en fonction du symptôme prépondérant (constipation, diarrhée, douleur) ou du mode de déclenchement (post infectieux).

Il n'y a pas d'anomalie objectivable par les examens morphologiques, le trait le plus caractéristique est l'existence d'une hypersensibilité viscérale avec une diminution des seuils de perception sensitive au niveau rectal (notamment la distension). Cette hypersensibilité viscérale est retrouvée dans les autres troubles fonctionnels intestinaux souvent associés entre eux (notamment la dyspepsie).

Parmi les facteurs périphériques susceptibles de participer au syndrome de l'intestin irritable, on retrouve la possibilité d'éléments infectieux déclenchants, d'un déséquilibre de la flore intestinale, d'une inflammation de la muqueuse intestinale (activation des mastocytes, neuromédiateurs de l'inflammation, altérations immunes) et d'une augmentation de la perméabilité intestinale. L'ensemble de ces facteurs peut être lui-même sous influence précoce (génétique et environnementale, stress de l'enfance).

On retrouve également des facteurs centraux avec une hypersensibilité centrale enregistrée au niveau spinal, une altération des processus inhibiteurs descendants. La neuro-imagerie fonctionnelle permet d'explorer certaines zones cérébrales électivement activées chez les patients souffrant de troubles fonctionnels intestinaux, en faveur d'une hypervigilance.

4.4 Syndrome douloureux chronique au cours de l'endométriose et l'adénomyose : B Rabischong de Clermont Ferrand,

L'endométriose est une cause fréquemment évoquée pour expliquer les douleurs pelviennes chroniques chez la femme jeune mais toutes les endométrioses ne sont pas douloureuses. Pourquoi et comment certaines endométrioses sont-elles douloureuses ? Si les douleurs pelviennes chroniques avec renforcement menstruel sont les plus évocatrices, plusieurs types de douleurs peuvent se rencontrer au cours de l'endométriose avec une assez bonne corrélation entre le type de douleur et la

localisation des lésions infiltrantes profondes : dysménorrhée, dyspareunie profonde (ligaments utéro sacrés) , douleurs mictionnelles (localisation sur l'appareil urinaire) ou à la défécation (douleurs périodiques lors de la défécation et localisation à la cloison recto vaginale) , douleurs abdominales chroniques avec troubles fonctionnels digestifs (localisation digestive) , douleurs intermenstruelles (localisation ovarienne) .

On retrouve une corrélation entre l'importance des douleurs et l'existence du volume et de la profondeur de l'endométriose. Les douleurs semblent en relation avec le pourcentage d'infiltrats nerveux et périnerveux et l'importance des sécrétions périnerveuses de facteurs inflammatoires par les cellules endométriosiques ou les macrophages. C'est également dans ces situations que l'on constate des sécrétions importantes de NGF (nerve growth factor).

Plus le délai d'évolution et d'instauration du traitement chirurgical est long, plus grave est la maladie et plus le traitement est difficile (importance des adhérences et risques chirurgicaux). Il est donc important de porter un diagnostic précoce chez les adolescentes présentant une dysménorrhée . L'examen clinique est alors essentiel et doit être répété éventuellement en période de règles, à la recherche d'aspects caractéristiques lors de l'examen au speculum de la paroi vaginale et de la cloison recto vaginale, par le toucher vaginal et la palpation des parois vaginales et surtout des culs de sac vaginaux postérieurs. L'échographie pelvienne pourra visualiser les masses annexielles, l'adénomyose, la cloison recto vaginale.

4.5 Douleurs myofasciales pelvipérinéales : B Messelink d'Amsterdam :

Une douleur myofasciale est définie par la présence d'un point douloureux gâchette (trigger point) au sein d'un muscle strié, traduisant une hyper-irritabilité du muscle ou de son fascia. Ce point gâchette est considéré comme « actif », c'est-à-dire responsable d'une réaction symptomatique locale et à distance. Cette réaction locale perturbe l'allongement du muscle, contribue à sa faiblesse, génère des douleurs référées, et perturbe le bon équilibre musculaire de la région. La douleur myofasciale s'exprime donc par une douleur régionale complexe mais reproductible à l'examen clinique et d'un moment à l'autre dans des schémas assez spécifiques pour chaque muscle impliqué. Son déterminisme n'est pas connu mais semble en rapport avec une dysrégulation centrale au niveau des centres d'intégration médullaire en réponse aux stimulations des fibres sensibles afférentes.

Ces points gâchettes s'accompagnent parfois d'une réaction de spasme musculaire local témoin de l'hyperactivité musculaire, mais la plupart du temps il s'agit simplement d'un point de sensibilité.

Ces douleurs myofasciales sont extrêmement fréquentes dans les douleurs pelvi périnéales chroniques, quel qu'en soit le type (cystite interstitielle, prostatite chronique...) et peuvent concerner les muscles de la paroi abdominale, les muscles du plancher pelvien (élevateurs de l'anus) ou les muscles fessiers (piriformes et obturateurs internes, grands fessiers) .

Si les constatations cliniques de points gâchettes, d'hypertonie musculaire avec des tensions du plancher pelvien, de dysfonctions pelvi périnéales, de l'efficacité des techniques de relaxation, ne sont pas discutables chez nombres de douloureux du pelvis et du périnée, les interprétations que l'on peut en faire nous semblent devoir être prudentes du fait des faibles données scientifiques sur le sujet.

5) Le syndrome douloureux pelvien complexe : session du PUGO (Pain of uro génital origin), groupe d'intérêt de l'IASP (International association of the study of the pain)

Cette session avait pour objectif de mieux comprendre les douleurs pelviennes chroniques de symptomatologies déroutantes par leur richesse, leur diffusion, leur caractère rebelle aux prises en charge traditionnelles et leur retentissement psychologique et social.

5.1 JJ Labat de Nantes a montré comment on passait progressivement du concept de pathologies d'organes à celui d'un dysfonctionnement systémique

On assiste à une évolution des concepts, qui au cours de ces derniers temps s'est faite d'une analyse uniquement en termes de pathologie d'organes vers une approche donnant de l'importance à une dysrégulation des messages douloureux venant du pelvis et du périnée.

Le terme de syndrome douloureux pelvien complexe, même si il est critiquable, permet de refléter la complexité de la diffusion de ces douleurs et constitue le point commun avec le syndrome douloureux régional complexe. On pourrait également envisager la terminologie de « douleurs pelviennes dysfonctionnelles ».

Les pathologies douloureuses retrouvées dans chacune des différentes spécialités (gynécologie, gastroentérologie, sexologie, urologie...) sont souvent intriquées, ont des dénominateurs communs, et ne sont pas à prendre en charge indépendamment les unes des autres.

La douleur est interprétée par le patient comme provenant de l'organe. En fait elle ne provient pas forcément de l'organe mais s'exprime dans l'organe. L'exemple de la vessie montre que l'on est passé d'un concept de maladie provenant de la vessie (cystite interstitielle puis syndrome de vessie douloureuse) à la terminologie de syndrome douloureux vésical témoignant d'une douleur à expression vésicale.

Dans l'analyse de ce syndrome douloureux pelvien complexe, on retrouve :

- *des co-morbidités communes* : par exemple fibromyalgie et douleurs pelviennes chroniques, ou vestibulodynies et cystite interstitielle, des douleurs d'origine urologique et syndrome de fatigue chronique, cystite interstitielle et syndrome de côlon irritable, névralgie pudendale et syndrome de vessie douloureuse. On retrouve fréquemment une association à des douleurs lombaires, abdominales ou pelviennes, à une névralgie pudendale, à des douleurs urétrales... à l'endométriose. Les traitements d'une des pathologies peuvent améliorer les symptômes d'une autre !

- *des facteurs déclenchants communs* : infectieux, post opératoire, post traumatique, immuno-allergiques

- *une altération des barrières épithéliales* : le test au potassium est positif dans beaucoup de ces pathologies

- *une inflammation neurogène* : présence d'une activation mastocytaire, de leucocytes et de marqueurs de l'inflammation

- *un phénomène d'hypersensibilisation* avec une diminution du seuil de perception de la douleur, des douleurs myofasciales, une allodynie

- *des altérations cognitives* : des caractéristiques psychologiques, un terrain dépressif

- *une histoire de vie* : où l'on retrouve parfois des antécédents d'abus sexuels

- *des facteurs génotypiques* : plus souvent des femmes, de race blanche

On peut ainsi proposer un schéma physiopathologique avec un élément déclenchant, qui entraîne une altération des barrières épithéliales, une inflammation neurogène, avec des phénomènes d'hypersensibilisation périphérique, un bombardement d'influx afférents aux cornes dorsales, une hypersensibilisation centrale débutant au niveau des cornes dorsales, des réactions de diffusion réflexe dans les métamères somatiques et végétatifs adjacents, une perturbation de l'intégration corticale de l'information périphérique. Les phénomènes se pérenniseraient avec un fonctionnement en boucle alors que le facteur déclenchant initial aurait disparu depuis longtemps. Certains terrains seraient favorisant à l'éclosion de ces réactions en chaîne.

La compréhension de ces douleurs complexes souligne l'importance des interrelations entre les organes et le rôle de dysfonctionnement des systèmes de régulation de la douleur avec des expressions se faisant sur un organe plutôt qu'un autre en fonction de déterminismes à découvrir.

Les approches physiopathologiques parfois complexes ne doivent pas empêcher une approche pragmatique indispensable à la prise en charge thérapeutique. Ces douleurs pelviennes complexes peuvent être décryptées en fonction de leur composante :

- composante neuropathique : brûlures, décharges électriques, engourdissement, allodynie

- composante émotionnelle : syndrome de stress post traumatique, dépression, abus sexuels

- composante d'hypersensibilisation : douleurs myofasciales, fibromyalgies, hypersensibilité viscérale

- composante de dysfonctionnement sympathique type syndrome régional complexe : douleurs éjaculatoires, testiculaires, fesses froides, vestibulodynie, sudation, sensation de corps étranger intra cavitaire.... dysfonctionnement de la charnière dorso lombaire, efficacité des blocs sympathiques...

Cette approche pragmatique permet de rechercher des solutions dans des champs connus, dans le cadre d'une approche transdisciplinaire.

5.2 Les travaux expérimentaux de K Berkley de Tallahassee (Floride) montrent que les états de sensibilisation et désensibilisation pelvienne sont sous influence hormonale

K Berkley a présenté ses travaux sur l'étude du cycle ovarien chez le rat et son implication dans la douleur. L'ovulation intervient dans la diminution du contrôle inhibiteur de la douleur. L'efficacité du contrôle inhibiteur descendant est variable selon la période du cycle menstruel et cela est influencé par le cycle œstral et le cycle ovarien.

La gravité des symptômes de l'endométriose n'est pas corrélée avec la charge de tissu ectopique de l'endomètre. Chez les rats la sévérité des symptômes varie en fonction du cycle. On retrouve dans l'endométriose une néo vascularisation, les fibres nerveuses innervent les vaisseaux, or la densité des fibres peut varier en fonction de la période du cycle. Ces fibres sensorielles peuvent contribuer à l'hyperalgésie de l'endométriose. Cette innervation est plus importante chez les femmes souffrant de douleurs.

Les éléments influençant ces douleurs peuvent ainsi être en rapport avec les fibres sensorielles, les fibres sympathiques, les facteurs de croissance, les hormones ovariennes, la néovascularisation, et la période du cycle menstruel !

K Berkley propose de considérer l'endométriose comme une maladie neurovasculaire, en similitude avec la migraine.

5.3 le syndrome douloureux régional complexe résulte d'une perturbation de la communication entre le corps et le cerveau, pour W Jänig de Kiel ce concept s'applique à certaines douleurs pelviennes chroniques.

Le syndrome douloureux pelvien complexe peut être considéré comme une forme de syndrome douloureux régional complexe.

La coexistence d'un dysfonctionnement central et d'un dysfonctionnement périphérique est évoquée dans la genèse du syndrome douloureux régional complexe.

Un dysfonctionnement central où l'on retrouve :

- une modification des systèmes de régulation sympathiques au niveau central (thermorégulation altérée, phénomènes de sudation...)

- des atteintes sensitives (allodynies, hypoesthésies...) de topographie centrale

- des modifications somatomotrices (diminution de l'amplitude des mouvements, augmentation du tremblement physiologique, dystonie, diminution de la force musculaire..)

- un élément déclenchant dont l'intensité n'est pas proportionnelle à celle de la douleur, dont l'expression peut se faire à distance, événement qui peut être lui même central

- une douleur soulagée par un bloc sympathique avec des anesthésiques locaux, mais un effet parfois étonnamment durable dans le temps persistant bien au delà de la durée d'action des anesthésiques locaux

- une importance de la charge émotionnelle dans la modification des seuils de tolérance à la douleur

Un dysfonctionnement périphérique où l'on retrouve :

- une atteinte des efférences sympathiques (par traumatisme direct ou par le biais des médiateurs de l'inflammation ou des facteurs neuro trophiques)

- des modifications locales inflammatoires, de l'œdème

- des troubles trophiques

Le syndrome douloureux régional complexe est donc à considérer avant tout comme un dysfonctionnement du système nerveux central ! les lésions périphériques initiales génèrent une modification des réponses centrales et les distorsions des représentations centrales retentissent sur les réponses motrices et autonomes.

Pour W Jänig cette notion peut s'appliquer aux douleurs pelviennes chroniques (syndrome du côlon irritable, cystite interstitielle, vulvodynies, endométriose...) justifiant l'utilisation de la terminologie de syndrome douloureux pelvien complexe. Ce type d'approche est fondamental dans la compréhension des douleurs pelviennes chroniques et devrait permettre l'émergence de nouvelles classifications, faciliter les diagnostics et les choix thérapeutiques.

5.4 La fibromyalgie est associée à un mauvais fonctionnement des systèmes inhibiteurs descendants expliquant l'incapacité à s'adapter aux situations algogènes. Pour S Marchand de Sherbrooke ce concept s'applique à certaines douleurs pelviennes chroniques

Le terme de fibromyalgie pelvienne peut être utilisé lors de l'association de douleurs pelviennes à une fibromyalgie puisque la fréquence des douleurs pelviennes chroniques chez les fibromyalgiques est très élevée. On n'a pas de marqueurs diagnostiques discriminants de la fibromyalgie (substance P, dopamine, sérotonine, noradrénaline...). La notion de douleur n'est pas linéaire : entre un stimulus nociceptif périphérique et son intégration corticale, il existe différents éléments facilitateurs ou inhibiteurs pouvant intervenir sur la perception de la douleur, notamment au niveau du tronc cérébral et de la moelle épinière où de nombreux interneurons inhibiteurs ou excitateurs constituent tout un réseau modulateur de la douleur. En cas de douleurs chroniques on retrouve fréquemment une hypersensibilisation, une allodynie, une augmentation des activités sensibilisatrices, une amplification corticale, des amplification neuronales.

Le système de *contrôle inhibiteur diffus de la nociception (DNIC)* est un système descendant inhibiteur qui est défaillant chez le sujet fibromyalgique expliquant son inaptitude à s'adapter aux situations algogènes. Ce déficit du système de freinage n'est pas une caractéristique de toutes les douleurs, mais seulement de certaines d'entre elles. On le retrouve dans les céphalées de tension, dans la névralgie du trijumeau, dans le syndrome du côlon irritable, mais pas dans les douleurs lombaires par exemple.

Ce système inhibiteur de la douleur est sous influence corticale expliquant un effet subjectif très important dans la régulation de la douleur. Les troubles du sommeil (une des caractéristique de la fibromyalgie) interfèrent également avec ce système. Traiter les troubles du sommeil améliore les syndromes douloureux.

L'excès de stimulations nociceptives dans le très bas âge favorise l'absence de développement du système inhibiteur . Ainsi à l'adolescence on retrouve deux fois plus de points de sensibilité chez des enfants nés prématurément que chez des enfants nés à terme. Ces enfants ne sont pas forcément des douloureux mais sont plus à risque de le devenir quand ils seront exposés aux stimuli nociceptifs. Ce peut être une explication, dans les douleurs pelviennes chroniques, de la fréquence des antécédents de traumatisme physique ou psychologique de l'enfance (notamment des abus sexuels).

Il y a par contre autant de garçons que de filles en bas âge qui naissent prématurément alors qu'il y a plus de douleurs chroniques chez la femme, d'où l'importance probable *d'un rôle hormonal*. En phase menstruelle et lutéale le système inhibiteur fonctionne à 50%, alors qu'en phase ovulatoire il est de même efficacité que celui des hommes.

Il y a peut être une *prédisposition génétique* au développement de douleurs diffuses chroniques en rapport avec le codage des systèmes dopaminergiques, sérotoninergiques et catécholaminergiques dont le polymorphisme influence les contrôles inhibiteurs.

Les patients uniquement dépressifs n'ont pas de baisse significative du système inhibiteur descendant. Il y a des fibromyalgiques dépressifs et d'autres non. La fibromyalgie n'est pas une dépression masquée. Cependant la dépression survenant chez le patient fibromyalgique majore son inaptitude à inhiber la douleur.

Ainsi on peut considérer qu'il y a des *facteurs de risque au développement d'une douleur chronique*, ces facteurs sont responsables d'une altération du système inhibiteur descendant :

- prédisposition génétique
- histoire familiale
- épisodes de stress ou d'événements traumatiques survenant tôt dans la vie
- facteurs hormonaux
- facteurs cognitifs
- éléments dépressifs
- âge

la prise en charge thérapeutique de la fibromyalgie doit donc tenir compte de ses différentes caractéristiques avec :

- 1 une composante d'hypersensibilisation centrale dont témoigne l'allodynie et l'hyperalgésie
- 2 un déficit du contrôle inhibiteur endogène de la douleur soumis à de grandes variabilités interindividuelles
- 3 des sous groupes individualisés par l'existence ou non d'une dépression
- 4 des caractéristiques neurogènes.

5.5 Le syndrome de stress post traumatique (PTSD) a des caractéristiques communes avec le syndrome douloureux pelvien complexe. Pour D Saravane de Paris il est important de dépister et de traiter l'existence d'un PTSD sous jacent à une douleur pelvienne chronique.

L'état de stress post traumatique est un trouble anxieux majeur débutant par une exposition à une situation traumatique. Il existe une relation forte entre l'antériorité d'abus sexuels et les douleurs pelviennes chroniques. Les conséquences algiques tardives d'un abus sexuel semblent d'autant plus importantes que l'abus sexuel a généré un PTSD (Post Traumatic Stress Syndrome). Les symptômes du PTSD se regroupent :

- syndrome de reviviscence, c'est la mémoire traumatique, avec des pensées récurrentes sur le traumatisme, des souvenirs intrusifs (douleurs, bruits), flash-back, cauchemars etc...

- syndrome d'évitement : le sujet fait des efforts importants pour éviter toute pensée, conversation ou situations associées au traumatisme. Ce syndrome associe fatigue, réduction des activités, repli sur soi et des altérations du fonctionnement socioprofessionnel ou familial.

- syndrome d'hyper vigilance : le sujet reste en état d'alerte permanent. Il existe souvent des troubles de la concentration et du sommeil.

Selon certaines études, 8 à 10% de la population souffrirait à un moment ou à un autre de leur vie d'un PTSD.

Les facteurs de risque du PTSD sont :

Des antécédents personnels ou familiaux de symptômes psychiatriques : anxiété, dépression..., des antécédents de traumatismes dans l'enfance, le sexe féminin puisque cela touche quatre fois plus de femmes que d'hommes.

Les facteurs de susceptibilité consistent en : des abus sexuels dans l'enfance, une négligence parentale, un faible niveau socio économique, une réaction initiale importante à l'événement traumatique, une susceptibilité génétique.

Il y aurait de 48 à 56% de prévalence d'abus sexuels chez les femmes qui consultent pour des douleurs pelviennes chroniques, avec une augmentation des examens invasifs, une augmentation des visites médicales et une diminution globale de l'état de santé. On ne retrouve pas de lésion organique dans 30 à 40% des douleurs pelviennes chroniques.

En examinant les définitions de l'ESPT et de douleur chronique on retrouve des caractéristiques communes : l'anxiété, l'hypervigilance, les comportements d'évitement, la labilité émotionnelle etc...

De très nombreux facteurs sont impliqués dans l'étiologie et le maintien de ces 2 pathologies : la sensibilité à l'anxiété qui conduit à une vulnérabilité, une base génétique a été proposée pour cette vulnérabilité ; la douleur est souvent un rappel du traumatisme avec une réaction d'éveil, d'évasion. L'existence de la dépression dans ces deux pathologies, avec une réduction de l'activité, la fatigue, les troubles du sommeil va exacerber et maintenir à la fois le PTSD et la symptomatologie de la douleur pelvienne chronique.

La prise en charge :

Du fait de cette convergence, la prise en charge de ces patientes n'est pas l'affaire de tel ou tel spécialiste, mais une approche pluridisciplinaire avec l'alliance thérapeutique psychiatre-somaticien. En effet, savoir reconnaître un PTSD dans le cas de douleurs pelviennes chroniques est important pour une meilleure prise en charge. La patiente ayant des antécédents de traumatismes sexuels vient consulter pour sa douleur et son traitement. Cette plainte douloureuse peut-être un début de dialogue d'une prise en charge plus spécifique : abus sexuel, PTSD.

Il faut savoir reconnaître l'agression et prendre en considération la souffrance du patient. Il faut savoir sécuriser, protéger le patient et éviter des situations qui peuvent être des facteurs déclenchants. L'approche doit être pluridisciplinaire pour permettre une récupération d'une qualité de vie, d'un corps et d'un esprit délivré de toute douleur.

5.6 A Watier de Sherbrooke : nouvelle philosophie d'approche du syndrome complexe régional de douleurs pelvipérinéales.

Les douleurs pelvipérinéales peuvent toucher différents systèmes : digestif, urinaire, gynécologique, neurologique, sexuel. Ces différentes douleurs sont souvent associées entre elles mais souvent aussi associées à d'autres syndromes douloureux (fibromyalgie, céphalées, endométriose...). Il y a des arguments pour évoquer une sensibilisation croisée des organes du plancher pelvien. Il serait intéressant de mettre en place des questionnaires évaluant l'ensemble des organes, comme celui proposé par l'International Pelvic Pain Society, auquel on pourrait rajouter la notion de troubles du sommeil, d'abus sexuels, de syndrome du côlon irritable, de lithiase urinaire, de dyspareunie, de dysménorrhée...

Les connaissances acquises sur la douleur neuropathique, sur le syndrome douloureux complexe régional et sur le syndrome de stress post traumatique ont des applications directes dans le concept de douleurs pelviennes chroniques . Même si elles n'ont pas toujours strictement tous les critères diagnostiques de ces types de douleurs, elles en empruntent des modes d'expression clinique, des mécanismes

physiopathologiques, des facteurs de terrain communs. La meilleure connaissance de la fibromyalgie nous sensibilise à la neurobiologie des systèmes facilitateurs et inhibiteurs de la douleur, mettant en avant la théorie d'un rhéostat modulant les intensités douloureuses. La connaissance de la fibromyalgie a également apporté la notion de sensibilisation centrale.

Que ce soit dans le cas des grands syndromes douloureux ou que ce soit dans les douleurs pelviennes chroniques, la majorité des symptômes vont toucher des femmes. On retrouve souvent des histoires traumatiques dans l'enfance, d'abus sexuels ou une hypersensibilité au stress. Il y a souvent des co-morbidités psychiatriques. Les antidépresseurs vont souvent aider ces patients. On met souvent chez eux en évidence des anomalies de la perception de la douleur ou du processus de l'intégration de la douleur, que ce soit une hypersensibilité au stimulus expérimental, que ce soit une anomalie dans leur système inhibiteur de la douleur, que ce soit des anomalies dans l'imagerie cérébrale du contrôle de la modulation de la douleur. On note aussi des anomalies même structurelles cérébrales chez ces patients. Certains vont présenter des dysfonctions neurocognitives. D'autres vont présenter des anomalies du stress et du système nerveux autonome. Il y a également des susceptibilités génétiques chez ces patients.

Toutes ces approches permettent de développer le champ de prise en charge des douleurs pelviennes chroniques dans les domaines pharmacologiques par l'utilisation de médicaments utilisés dans les douleurs neuropathiques, par l'utilisation des techniques visant à renforcer les systèmes inhibiteurs descendants, notamment dans le domaine comportemental : par des techniques d'hypnose, de thérapies brèves, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), de focusing, d'art thérapie. Les perturbations du système nerveux autonome mériteraient des explorations plus systématiques et peuvent justifier des gestes sympatholytiques (ganglions impar, chaîne sympathique).

Ainsi la prise en charge de ces douleurs ne peut que s'intégrer dans le cadre d'une vision psycho socio neurobiologique assez éloignée de la vision traditionnelle de pathologie d'organe.

6) Session consacrée aux névralgies pudendales

6.1 Névralgies pudendales, critères diagnostiques : JJ Labat de Nantes rappelle que le diagnostic d'une névralgie est purement clinique

Les névralgies pudendales ne sont pas toutes liées à une compression chronique. La névralgie peut être liée à un zona, une tumeur, être d'origine post traumatique, post étirement lors des accouchements, post radiothérapie...

Il existe différents sites de conflit : dans le canal sous piriforme, au niveau de l'épine sciatique (entre les ligaments sacroépineux et sacrotubéral), dans le canal d'Alcock (sous l'aponévrose du muscle obturateur interne), dans le canal sous pubien (nerf dorsal de la verge). La physiopathologie de la douleur est expliquée par l'absence de mobilité du nerf. C'est l'hyperpression plus que la compression qui occasionne la douleur. Les études cadavériques montrent qu'il existe beaucoup de compressions du nerf pudendal, toutes n'ayant pas été responsables de douleurs ! Toutes les

compressions ne sont donc pas douloureuses, d'où l'importance donnée aux critères cliniques sur les critères d'examens complémentaires.

Il était indispensable de définir des critères qui permettent d'éviter les pièges diagnostiques et de s'orienter vers une origine canalaire, mais également de définir des groupes homogènes de patients, élément préalable indispensable à toute étude scientifique. Il s'agit de critères d'experts (critères de Nantes).

Critères diagnostiques obligatoires au diagnostic de syndrome canalaire du nerf pudendal :

- 1) douleurs localisées au territoire du nerf (clitoris/verge jusqu'à l'anus)
- 2) douleurs prépondérantes en position assise, soulagées sur un siège de WC
- 3) douleurs mécaniques : ne doivent pas réveiller le patient la nuit
- 4) cliniquement : pas de déficit sensitif objectif
- 5) l'infiltration anesthésique du nerf doit diminuer la douleur d'au moins 50% (Il est préconisé de réaliser le bloc anesthésique sous scanner, le produit de contraste permettant de savoir précisément où on injecte)

Ce sont des critères indicatifs, ne permettant pas un diagnostic à 100%, mais une orientation diagnostique, permettant notamment de ne pas méconnaître une tumeur, et d'éliminer ce qui n'est pas une névralgie pudendale.

On peut ajouter des critères complémentaires :

- brûlures, picotements
- allodynies, sympathalgies
- sensation de corps étranger intrarectal ou intravaginal
- douleurs qui s'aggravent dans la journée, maximales le soir
- douleurs aggravées lors de la défécation,
- douleurs à la palpation de l'épine sciatique ou au niveau du canal d'Alcock ayant d'autant plus de valeur qu'ils sont unilatéraux
- altération des explorations neurophysiologiques périnéales chez l'homme ou la femme nulligeste.

4 critères d'exclusion :

- les douleurs à type de prurit prépondérant
- les douleurs concernant exclusivement le coccyx, les fesses, le pubis, l'hypogastre,
- les douleurs exclusivement paroxystiques,
- les anomalies d'imagerie susceptibles d'expliquer la douleur

Certains signes associés n'excluent pas le diagnostic : douleurs dans les fesses, sciatique, douleurs supra pubiennes, douleurs au remplissage vésical, pollakiurie, douleurs à l'éjaculation, dyspareunie, douleurs après les rapports sexuels, dysfonction érectile.

6.2 Les explorations électrophysiologiques périnéales sont une aide au diagnostic mais G Amarenco de Paris insiste sur leur manque de spécificité et de sensibilité .

Le diagnostic de névralgie pudendale d'origine canalaire est clinique (critères de Nantes). Les examens uro-gynécologiques et neurologiques doivent être normaux. Parmi les examens complémentaires, l'IRM est indispensable en 1^{er} lieu car il peut retrouver des pathologies lésionnelles et notamment tumorales.

L'EMG peut retrouver des signes de dénervation aigue ou chronique témoignant d'une atteinte axonale mais c'est un examen difficile du fait de la petite taille des muscles explorés, de l'état d'hypersensibilisation et de la douleur liée à l'introduction de l'aiguille. L'EMG a ses limites :

L'étude de la latence du réflexe bulbo-caverneux est en faveur d'une altération sensitivo-motrice passant par nerf pudendal / plexus et racines sacrées/ substance grise sacrée du cône terminal. Son altération peut faire suspecter une souffrance sur une partie de ce trajet .

La latence distale du nerf pudendal obtenue par stimulation endorectale au niveau de l'épine sciatique et recueil dans les muscles du périnée superficiel ou dans le sphincter anal est augmentée en cas de compression chronique en aval du site de stimulation

Cependant tous ces examens **manquent de spécificité** : de nombreuses autres pathologies que le syndrome canalaire du nerf pudendal peuvent générer des dénervation périnéales, des altérations des réflexes sacrés ou de la latence distale du nerf pudendal : neuropathies périnéales d'étirement secondaires à l'accouchement, à la constipation chronique, antécédents de chirurgie pelvienne, autres neuropathies périphériques (diabète, éthylisme...,), sténoses du canal lombaire... L'EMG et la latence du réflexe bulbo-caverneux peuvent être altérés dans les lésions proximales (moelle et racines sacrées).

Ils **manquent aussi de sensibilité** : l'EMG n'explore que les fibres de gros diamètre mais mal les petites fibres. Le réflexe bulbo-caverneux est un réflexe polysynaptique dont la latence diminue avec l'intensité de stimulation pas toujours facilement supportable. La latence distale du nerf pudendal et le réflexe bulbo-caverneux nécessitent de comparer les deux cotés, leurs normalités n'excluent pas le diagnostic. La latence distale du nerf pudendal nécessite des doigts assez long pour bien stimuler le nerf, sa variation de position peut faire varier la mesure de latence, celle-ci n'est pas toujours répétitive.

Leurs valeurs pronostiques n'ont jamais été montrées ni dans le terme d'une corrélation avec des altérations anatomiques, ni comme facteur prédictif du résultat des infiltrations ou de la chirurgie.

Les autres techniques (potentiels évoqués, sensitifs et moteurs, réflexes cutanés sympathiques, vitesse de conduction sensitive du nerf dorsal) n'ont pas fait la preuve de leur utilité dans cette pathologie.

Au total , la place des explorations électrophysiologiques est très au second plan derrière la clinique , l'imagerie et les blocs tests. Ces examens ont cependant une place dans le diagnostic quand la douleur est associée à troubles urinaires et ano-rectaux, quand la douleur est atypique, quand les blocs sont douteux, quand l'imagerie est normale, dans les douleurs post opératoires et peuvent permettre de mieux préciser le niveau lésionnel et donc indirectement le mécanisme physiopathologique. Ils mériteraient d'être utilisés dans le cadre d'études prospectives sur le suivi et le pronostic.

6.3 Si l'imagerie est habituellement normale, E Bautrant pense que l'écho doppler pourrait être une nouvelle piste d'exploration

Si le diagnostic de névralgie pudendale repose sur des données cliniques, le plus difficile est de pouvoir rattacher la douleur pudendale à une compression car seule la

névralgie pudendale par syndrome canalaire relèvera d'une éventuelle indication chirurgicale de libération du nerf.

Les examens d'imagerie sont normaux dans le contexte des syndromes canauxiers du nerf pudendal et leur pratique (radio du bassin, du sacrum, échographie pelvienne, IRM et scanner pelvien, IRM médullaire et de la queue de cheval) ne visent qu'à éliminer d'autres diagnostics lésionnels ou d'autres étiologies de névralgies pudendales (notamment tumorale au niveau du cône terminal, du sacrum ou du pelvis)

Parmi les examens disponibles pour prouver cette compression : l'EMG est peu discriminant.

L'étude doppler de la vélocimétrie de l'artère pudendale interne retrouve une différence significative en cas de compression. Avec une sensibilité de 89,7% et une spécificité de 67,4%. On peut penser que si le doppler est normal cela ne va pas dans le sens d'un syndrome canalaire.

Commentaires de la salle :JJ Labat:

Dans la mesure où les douleurs sont positionnelles, aggravées en station assise, on peut concevoir qu'il existe des conflits dynamiques sur des nerfs sains (EMG normal) qui ne peuvent être mis en évidence au repos (Doppler normal).

Dans la mesure où il existe de nombreuses compressions nerveuses asymptomatiques (données anatomiques), comment attribuer à des anomalies morphologiques la responsabilité de la douleur ?

6.4 les infiltrations du nerf pudendal ont un intérêt diagnostique et thérapeutique, P Peng de Toronto montre qu'il est possible de les réaliser par repérage échographique

Si le « gold standard » de l'infiltration du nerf pudendal est le repérage par scanner avec injection de produit de contraste, l'échographie est une alternative. Un des avantages de l'échographie, outre la facilité technique est de ne pas être irradiant. Il est tout à fait possible de repérer le ligament sacro épineux et de réaliser l'injection dans le plan interligamentaire, à distance du nerf sciatique, médialement par rapport au nerf pudendal. L'injection au niveau du canal d'Alcock doit se faire sous scanner.

P Peng insiste sur l'intérêt diagnostique des infiltrations et notamment du bloc analgésique avec nécessité d'évaluer systématiquement la douleur en station assise avant et après l'injection.

La séquence habituelle proposée est de deux infiltrations au niveau de la pince ligamentaire sacro-épineux/sacro tubéral, en cas d'échec : infiltration du canal d'Alcock sous scanner, en cas de nouvel échec, on peut envisager la possibilité d'une libération chirurgicale du nerf pudendal.

6.5 la physiothérapie peut être une aide au traitement des tensions musculaires du plancher pelvien, T Vancaillie de Sydney utilise également la toxine botulique.

On connaît la fréquence des tensions musculaires du plancher pelvien dans tous les syndromes algiques pelviens. Les techniques de physiothérapie sont souvent appliquées avec des résultats pas toujours rigoureusement évalués. Il était tentant

d'évaluer les effets de la toxine botulique. T Vancaillie a présenté les résultats d'une étude prospective randomisée en double aveugle. 60 femmes souffrant depuis plus de 2 ans de douleurs pelviennes chroniques, avec des pressions périnéales (mesurées par sonde endovaginale) supérieures à 40cmH2O, ont eu des injections de toxine botulique de type A dans les muscles du plancher pelvien pour 30 d'entre elles et de sérum physiologique pour les 30 autres. Cela a permis de diminuer de façon significative les dyspareunies et les douleurs pelviennes non menstruelles, ainsi que les pressions périnéales dans le groupe ayant reçu de la toxine botulique.

Cette efficacité est en faveur d'un mécanisme d'hypercontractilité permanente de ces muscles du plancher pelvien participant au syndrome algique.

6.6 Place de la chirurgie dans la névralgie pudendale d'origine canalaire, M Khalfallah de Bayonne plaide pour un abord transfessier qui seul permet de visualiser l'ensemble du trajet nerveux

Quand opérer ?

- quand la névralgie pudendale remplit les 5 critères de Nantes (dont la positivité d'un bloc anesthésique)

- quand on est en échec du traitement médical

- quand les infiltrations sont inefficaces. M Khalfallah propose des infiltrations de corticoïdes puis des infiltrations à grands volumes de sérum physiologique dans le canal d'Alcock et dans le ligament sacro épineux visant à réaliser une hydrodistension de libération du nerf pudendal, ces méthodes sont en cours d'évaluation dans le cadre d'un PHRC national français. Sur une étude rétrospective concernant 42 patients opérés, avec 12 mois de recul, on a constaté 65% d'amélioration (définie par un gain de plus de 3 points sur une échelle visuelle analogique) lorsque tous les critères étaient présents, et surtout 84% de non amélioration s'il en manquait un ou plus, ce qui permet de valider la pertinence des critères diagnostiques de syndrome canalaire du nerf pudendal.

Comment opérer ? 3 voies d'abord sont décrites pour un seul objectif : s'assurer de l'absence de tout conflit du nerf par voie transischiorectale, périnéale ou transglutéale. La voie transglutéale de Robert, réalisée patient en decubitus ventral, en flexion de hanches et de genoux permet de visualiser l'ensemble du trajet du nerf de la fesse au pubis et de le libérer de tous les conflits d'origines ligamentaires, musculaires ou vasculaires, tout en respectant les variations anatomiques.

Cette prise en charge ne se conçoit que dans un contexte de prise en charge multidisciplinaire, pré et post opératoire.

6.7 La place des psychothérapies, B Rioult de Nantes : comment faire pour que les dimensions émotionnelles ou le renforcement psychosocial ne prennent pas une place trop large ou n'envahissent complètement le patient

Une prise en charge globale et pluridisciplinaire (algologue, psychiatre, psychologue, kinésithérapeute..) du patient apparaît indispensable quand on constate la complexité des composantes de la douleur pelvi périnéale. Le patient a souvent souffert d'une errance diagnostique. La reconnaissance tardive de la plainte incite à la prudence quant à la toute puissance médicale. Il faut d'abord aider le patient à construire un

environnement sécurisant. Les principes de base de toute prise en charge thérapeutique nécessitent :

- de faire comprendre au patient que quand la douleur est chronique, l'objectif réaliste ne peut être une disparition des douleurs.
- de trouver un objectif réaliste commun qui soit accessible.
- de mettre fin à la dualité corps esprit.

Tout cela passe par un recadrage, par l'utilisation d'un langage compréhensible, harmonisé entre patient et thérapeute. Par définition, la douleur chronique retentit sur le psychisme avec des troubles du sommeil, des troubles de la sexualité, des éléments dépressifs, entretenus par des conflits médico-légaux éventuels. Il faut dépister les comorbidités psychiatriques associées (syndromes anxieux, dépressifs, troubles de la personnalité, troubles psychotiques), dépister les conflits psychiques antérieurs (abus sexuels, syndrome de stress post traumatique, carence affective, conflit conjugal).

La mobilisation des compétences psychiques de l'individu fait appel aux psychothérapies : thérapies brèves (solutionnistes, stratégiques), hypnose, EMDR, travail analytique ou à un travail systémique dans lequel interviennent le rôle de la famille, les aspects culturels, les croyances.