



Association Française d'Algies Périnéales & Névralgies Pudendales
Douleurs chroniques du périnée

AFAP-NP INFO CONGRES MEDICAUX



Sommaire

Editorial	3
Positionnement et organisation de l'AFAP-NP	5
Présentation de l'AFAP-NP	5
Membres du Comité médico scientifique.....	6
Liste des Délégués Régionaux	8
Informations médicales	9
Vulvodynies et douleurs pelvi-périnéales chroniques	9
Mieux comprendre la névralgie pudendale et ses enjeux	14
La névralgie pudendale : diagnostic et orientations thérapeutiques	18
Prostatite chronique / syndrome douloureux pelvien chronique	21
Questionnaire préparatoire à une consultation d'évaluation diagnostique ..	26
Congrès médicaux	33

Douleurs pelvi-périnéales chroniques : un sujet de santé publique ?

Malgré l'absence d'études épidémiologiques en matière de pathologies pelvi-périnéales douloureuses et la diversité des tableaux cliniques, il semblerait que le nombre de patients concernés par l'ensemble des douleurs pelvi-périnéales chroniques soit sous-estimé, notamment concernant les vulvodynies. En tout état de cause, le nombre d'environ 1 million de personnes souffrant de douleur pelvi-périnéale chronique en France, a été avancé. Il s'agirait donc d'une réelle **question de santé publique**.

Le nombre croissant d'adhérents, **plus de 800 membres**, les sollicitations enregistrées quotidiennement par l'AFAP-NP de la part de patients et de professionnels de santé en quête de repères, d'information, d'orientation... plaident également en faveur de cette hypothèse.

Les difficultés rencontrées sur le terrain à la fois par les professionnels de santé et les patients en terme d'orientation, d'évaluation diagnostique et de prise en charge ; la saturation des équipes médicales spécialisées témoignent également de la nécessité d'œuvrer pour la structuration d'une filière de soins dédiée aux douleurs pelvi-périnéales chroniques.

Dans cette attente, le travail de maillage sur le terrain permettant de rassembler l'ensemble des interlocuteurs concernés et intéressés par les douleurs pelvi-périnéales chroniques, de coordonner et d'articuler leurs actions, est une priorité.

En tant qu'interface entre patients et professionnels de santé (et l'ensemble des intervenants), l'AFAP-NP contribue, à sa mesure et de sa place, à l'identification et la constitution de ces réseaux en étroite collaboration avec les équipes médicales spécialisées, et ce, au bénéfice des patients et des praticiens.

Les pathologies et syndromes douloureux représentés ont pour points communs :

- **l'errance thérapeutique et diagnostique**, dont la durée peut varier en fonction de la pathologie, de l'origine géographique du patient et dont les conséquences sont systématiquement délétères.

- **La chronicité**, ce qui exclut l'attente d'une solution unique et/ou d'un « traitement miracle »

- **l'absence d'étiologie**, c'est-à-dire l'absence d'origine médicale identifiée,

- **la complexité de l'évaluation diagnostique qui est basée essentiellement sur l'examen clinique**. Aucun examen (IRM, scanner...) ne permet d'établir un diagnostic. De même les examens spécifiques pour la névralgie pudendale (électromyogramme, échodoppler n'apportent que des informations complémentaires à l'examen clinique),

- **la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire au long cours** car elles ne relèvent pas d'une spécialité médicale mais sont à la convergence de plusieurs (gynécologie, dermatologie, urologie, colo-proctologie, psycho-sexologie, kinésithérapie, neurologie),

- **le recours aux méthodes de gestion de la douleur** dans la mesure où les symptômes sont essentiellement des douleurs qui peuvent fluctuer et qui génèrent une souffrance psychologique qui varie d'un patient à l'autre,
- **L'importance d'une prise en compte globale du patient** (« corps et esprit ») et de l'accompagnement psychologique et/ou psycho-sexologique.

En tant que représentants de patients, nous avons également un rôle d'accompagnement et de conseil auprès des adhérents, fondé sur les connaissances « profanes » dont nous sommes dépositaires et qui sont complémentaires aux connaissances médicales

Gérer la douleur est en effet un apprentissage, un « travail » quotidien : celui des professionnels, de l'entourage, mais surtout celui du patient lui même.

Un des rôles de l'AFAP-NP est de contribuer à accompagner ses adhérents dans chacune des étapes de ce cheminement (avec d'éventuels moments de stagnation, d'éventuelles rechutes...) vers une plus grande autonomie vis-à-vis du syndrome douloureux et une meilleure qualité de vie.

Positionnement et organisation de l'AFAP-NP

Pésentation de l'AFAP-NP

Avec plus de 800 adhérents, L'AFAP-NP est la première association française de patients représentant l'ensemble des pathologies périnéales douloureuses chroniques :

Vulvodynies, névralgies pudendales, prostatites chroniques,

Les lésions périnéales post-opératoires, post-traumatiques, post-partum

Les névralgies clunéales, ilio-inguinales

et toutes les douleurs chroniques pelvi-périnéales non « étiquetées ».

1. Quelles sont les principales problématiques ?

✓ Absence de filière de soins et de parcours fléchés

- Pathologies de démembrement récent
- Evaluation diagnostique complexe faisant appel à des compétences transversales
- Evaluation diagnostique basée sur l'examen clinique et l'anamnèse (aucun n'examen d'imagerie ne permet seul d'établir un diagnostic)
- Peu d'équipes spécialisées
- Cultures médicales différentes, pas de protocoles harmonisés
Les pathologies ne relèvent pas d'une spécialité médicale mais sont à la convergence de : la gynécologie, l'urologie, la dermatologie, la colo-proctologie, la neurologie, la douleur, la psycho-sexologie, la physiothérapie

✓ Problématiques versus patients :

- Errance diagnostique et thérapeutique/ ses effets iatrogènes
- Etiquetage « psychogène »
- Zone intime
- Douleurs invisibles
- Accès aux soins
- Contraintes géographiques
 - délais de RV auprès d'équipes spécialisées saturées
 - motifs économiques (coût des soins).

2. Positionnement de l'AFAP-NP

Le projet de l'AFAP-NP s'inscrit dans la continuité du travail initié en 2004 par l'équipe de Jean-Marc Pittoni. L'objectif générique est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique et institutionnelle des patients concernés par les douleurs/pathologies périnéales chroniques.

Dans le cadre de pathologies et syndromes douloureux chroniques, le rôle d'une association de patients est majeur, et ce à plusieurs titres :

- En tant qu'organisation représentant les patients auprès des équipes médicales spécialisées et des sociétés savantes
- En tant qu'organisation représentante de patients auprès des autorités de santé et des politiques
- En tant que « communauté solidaire » pour les patients et leurs proches
- En tant que vecteur d'informations auprès des patients, des professionnels de santé et du grand public

Nous nous inscrivons dans une démarche fondée sur la coopération et la collaboration avec nos partenaires médicaux, institutionnels et associatifs dans le but de fédérer les moyens et les actions.

3. Objectifs génériques de l'AFAP-NP

- Contribuer à réduire l'errance diagnostique et thérapeutique
- Contribuer à garantir l'accès à l'évaluation diagnostique et aux soins
- Contribuer à faire évoluer les pratiques médicales et les stratégies thérapeutiques
- Contribuer à la structuration d'une filière de soins pour les pathologies douloureuses pelvi-périnéales

4. Principales missions de l'AFAP-NP

- Informer les patients, les professionnels de santé et le grand public
- Orienter et accompagner les patients dans leur parcours de soins et leur quotidien
- Etre une interface entre les patients et les différents interlocuteurs
- Contribuer à promouvoir des travaux de recherche
- Faire reconnaître les pathologies

Membres du Comité médico scientifique

L'AFAP-NP est doté statutairement d'un CMS pluridisciplinaire qui garantit la diffusion d'information médicale validée scientifiquement et une collaboration avec les sociétés savantes auxquelles les membres appartiennent.

Président :

Dr Jean-Jacques LABAT

Spécialiste en Neurologie, Médecine Physique et Réadaptation à la clinique urologique de l'Hôtel Dieu. Responsable du Centre Fédératif de pelvi-périnéologie du *CHU de Nantes*. Président du comité scientifique de la SIFUD PP. Président de Convergences PP 2009.

Membres :

- Pr Gérard AMARENCO** Responsable du service de Neuro-Urologie et d'Explorations Périnéales à *l'hôpital Tenon*. Rédacteur en chef de la revue Pelvi-Périnéologie.
- Dr Eric BAUTRANT** Chirurgien, Directeur de l'Unité Multidisciplinaire de traitement des douleurs chroniques et dysfonctions pelvi-périnéales, dont le traitement et la réparation des lésions pelvi-périnéales, *Aix en Provence*.
- Dr Jean BRUXELLE** Médecin de la douleur, ancien responsable du Centre d' Evaluation et Traitement de la douleur de *l'hôpital Cochin*.
- Mme Chantal FABRE-CLERGUE** Sage-femme et sexologue libérale, Marseille. Présidente des Baleines Bleues (association pour les femmes enceintes) et Présidente de PERYONIS (association de thérapeutes spécialisés en rééducation périnéale).
- Mr Michel GUERINEAU** Kinésithérapeute référent et formateur spécialisé en rééducation pelvi-périnéale. Membre du centre fédératif de pelvi-périnéologie du CHU de *Nantes*.
- Pr François HAAB** Chirurgien Urologue à *l'Hôpital Tenon* et urologue référent à *Rotschild*. Vice-Président de la SIFUD-PP (Société Interdisciplinaire Francophone d'Urodynamique et de Pelvi-Périnéologie)
- Dr Michel LANTERI-MINET** Neurologue, Département Douleur au CHU Hôpital Pasteur de *Nice*. Président de la SFETD (Société Française d'Evaluation et de Traitement de la Douleur).
- Pr Pierre MARES** Gynécologue, Chef du service Gynécologie au *CHU de Nîmes*. Spécialiste des troubles de la statique dans les douleurs pelvi-périnéales et en uro-gynécologie. Président de la CME du CHU de *Nîmes*.
- Dr Sylvain MIMOUN** Gynécologue, Andrologue et Psychosomaticien (Gynécologue et Psychiatre). Directeur du Centre d' Andrologie à *l'hôpital Cochin*. Responsable de l'unité de gynécologie psychosomatique et d'étude de la sexualité humaine à *l'hôpital Robert Debré*. Président de la société française de gynécologie obstétrique psychosomatique (SFGOP).
- Dr Micheline MOYAL BARRACCO** Dermatologue spécialisée en pathologie vulvaire, attachée à *l'hôpital Cochin-Tarnier*. Présidente de la société internationale de pathologie vulvaire (ISSVD: International Society for the Study of Vulvovaginal Disease).
- Pr Bernard-Jean PANIEL** Chirurgien Gynécologue à *l'Hôpital Inter-Communal de Créteil*. Spécialiste des maladies vulvo-vaginales et des malformations génitales et de la chirurgie réparatrice vulvo-vaginale.
- Dr Thibaut Riant** Médecin de la douleur, unité d'évaluation et de traitement de la douleur *Catherine de Sienne, Nantes*. Spécialiste des pathologies pelvi-périnéales chroniques, membre du centre fédératif de pelvi-périnéologie du CHU de Nantes.
- Pr Laurent SIPROUDHIS** Gastro-entérologue et Coloproctologue, Service des maladies de l'appareil digestif (SMAD) au *CHU de Rennes*. Président de la SNFCP (Société National Française de Colo-Proctologie).

Liste des Délégués Régionaux

Région	Délégué Régional	Mail	Téléphone Fixe/Portable
GRAND EST		grand-est@afap-np.com	
Rhône-Alpes - Alsace - Lorraine- Champagne-Ardenne - Suisse	Martine Jacquot	martine.j@afap-np.com	06 84 79 44 77
Bourgogne - Franche Comté	Dominique Sérandour	d.serandour@afap-np.com	03 58 43 51 29 06 70 39 90 32
GRAND OUEST		grand-ouest@afap-np.com	
Normandie – Bretagne Pays de la Loire -----	Patrice Lefievre	p.lefievre@afap-np.com	02 72 65 54 81 06 78 93 56 62
Pays de la Loire -----	Michelle Brosseau	m.brosseau@afap-np.com	02 40 62 52 06 06 76 16 54 19
Poitou-Charentes	Renée Grimpret	r.grimpret@afap-np.com	05 46 37 63 16 06 85 89 01 54
CENTRE		region-centre@afap-np.com	
Centre - Auvergne - Limousin	Andrée Houdard	a.houdard@afap-np.com	09 54 47 66 30
SUD		region-sud@afap-np.com	
Aquitaine – Midi-Pyrénées -----	Jean-Claude Fourny	jc.fourny@afap-np.com	05 56 89 21 41 06 85 13 49 53
Languedoc-Roussillon -----	Jean Coulet	j.coulet@afap-np.com	04 94 45 55 89 06 80 68 06 72
PACA - Corse	Maryvonne Bérard	m.berard@afap-np.com	04 42 92 58 93
	Pierre Courtois	p.courtois@afap-np.com	04 92 13 03 29 06 66 66 45 91
NORD		region-nord@afap-np.com	
Nord - Pas de Calais - Picardie Belgique	Pierre Courtois	p.courtois@afap-np.com	04 92 13 03 29 06 66 66 45 91
	Philippe Rabin	p.rabin@afap-np.com	03 28 42 79 10 06 09 49 87 85
ILE DE FRANCE		region-idf@afap-np.com	
Paris Ile-de-France	Francine Foulon	f.foulon@afap-np.com	01 60 35 16 11 06 09 94 12 31
	Marie Boutet	m.boutet@afap-np.com	01 43 80 71 96 06 16 35 15 76

Vulvodynies et douleurs pelvi-périnéales chroniques

Résumé vulgarisé de l'article publié dans « Progrès en urologie »

par Elsevier Masson (octobre 2010) et rédigé par les Dr M. MOYAL BARRACCO et JJ LABAT

1) Quelle est la fréquence de la vulvodynie ?

Selon une étude menée aux Etats Unis dans la région de Boston, 16 % des femmes représentatives de cette zone géographique avaient souffert ou souffraient de douleurs vulvaires tenaces (plus de 3 mois). Nous ne connaissons pas la prévalence de la vulvodynie en Europe, néanmoins, la vulvodynie est le motif de consultation le plus fréquent des consultations spécialisées en pathologies vulvaires.

La vulvodynie reste pourtant mal connue des médecins. Les patientes sont généralement reçues en consultation de pathologies vulvaires au terme d'une longue errance médicale durant laquelle, leur syndrome douloureux n'est pas reconnu (« vous n'avez rien », « tout est normal », « allez voir un psy »...).

2) Comment définir la vulvodynie ?

Définition de la Société Internationale de pathologie vulvaire (International Society for The Study of Vulvovaginal Disease) : Inconfort vulvaire*, le plus souvent à type de brûlure, sans lésion visible pertinente et sans maladie cliniquement identifiable ».

*Inconfort vulvaire : il est le plus souvent décrit comme une brûlure mais d'autres sensations sont évoquées : élancements, pincements, sécheresse.

❖ Vulvodynie provoquée = vestibulodynie provoquée

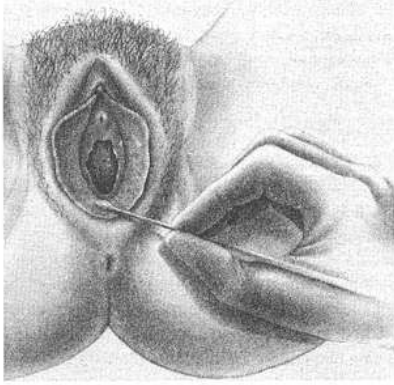
Elle concerne des femmes jeunes nullipares (qui n'ont pas d'enfant).

Le motif de consultation est le plus souvent la douleur déclenchée par la pénétration lors des rapports sexuels (dyspareunie d'intromission). Cette dyspareunie (douleur lors des rapports sexuels) conduit à un évitement des rapports et à une perte du désir sexuel, lui-même source de dyspareunie.

Souvent, ces patientes ne supportent aucun contact local : tampon hygiénique, vêtement serré, produits d'hygiène mais également les contextes favorisant le contact et frottement : station assise, bicyclette, équitation.

- Ces symptômes sont soit **primaires** : présents dès les premiers rapports sexuels

- Soit **secondaires** : apparition après une période plus ou moins longue de rapports sexuels indolores



L'examen permet d'identifier la zone sensible qui est presque toujours le vestibule :

une pression légère avec un coton tige déclenche la douleur.

❖ Vulvodynie spontanée

Elle concerne des femmes plus âgées dont les douleurs concernent toute la vulve ou une zone plus précise telle que par exemple le clitoris mais plus rarement le vestibule.

L'inconfort peut également concerner les zones adjacentes : anus, vagin, urètre, vessie

❖ Douleur « chronique »

La vulvodynie est caractérisée par une douleur chronique qui existe souvent depuis de nombreux mois ou années avant le diagnostic. La douleur est quotidienne avec des hauts et des bas. Les rémissions lorsqu'elles surviennent, n'excèdent pas quelques semaines ou quelques mois.

L'expérience montre qu'il est souvent possible d'identifier un évènement inaugural à la survenue de la douleur : candidose, infection gynécologique, infection urinaire, intervention chirurgicale (gynécologique, urologique ou proctologique), accouchement, évènement de vie vécu de façon traumatique.

❖ « Sans lésion visible pertinente »

Si une lésion est découverte, il convient de préciser si elle peut expliquer l'inconfort vulvaire chronique. Ainsi, par exemple, un lichen scléreux peut expliquer un prurit mais pas une brûlure. De même, il est nécessaire de s'interroger sur la pertinence des résultats des prélèvements vaginaux. La présence de mycose ou de streptocoques B ne sauraient expliquer les brûlures vulvaires chroniques.

❖ « sans maladie neurologique cliniquement identifiable »

Il peut être difficile de différencier une névralgie pudendale d'une vulvodynie, l'hypersensibilité vulvaire et les douleurs au contact de type allodynie pouvant être également présentes dans le cas d'une névralgie pudendale. ***Le diagnostic de névralgie pudendale est d'autant plus probable que la douleur déborde de la vulve et qu'elle est unilatérale.***

Le diagnostic de la vulvodynie repose sur l'examen clinique. La biopsie est inutile.

La prescription d'examens complémentaires dépend de l'histoire médicale de la patiente. Ces examens visent à identifier une infection associée qui peut être source de majoration occasionnelle ou récurrente de l'inconfort vulvaire (candidose, herpès, infection urinaire).

3) Quelle est la cause des vulvodynies

Un certain nombre d'hypothèses existent calquées sur la fibromyalgie. La vulvodynie pourrait donc être une manifestation de sensibilisation centrale au cours de laquelle la perception douloureuse est amplifiée.

4) Les outils du traitement

Le traitement de la vulvodynie est empirique : aucun traitement n'a été définitivement validé à ce jour. L'attention et l'empathie sont des préalables indispensables à une prise en charge efficace car elles permettront de mieux appréhender les différentes facettes de la maladie, spécifiques à chaque patiente et de proposer les options thérapeutiques les mieux adaptées.

Les 6 messages de la première consultation :

- 1) *Nommer la maladie : vulvodynie et expliquer qu'il s'agit du motif le plus fréquent de consultation de pathologie vulvaire.*
- 2) *La maladie n'est pas « imaginaire : la douleur est réelle.*
- 3) *La vulvodynie n'est ni une maladie sexuellement transmissible ni un cancer ou un état pré-cancéreux.*
- 4) *« Ce n'est pas dans la tête ». Si la vulvodynie n'a pas actuellement de cause organique définie, rien ne permet d'affirmer que sa cause est « psychologique ».*
- 5) *Comme pour toute douleur chronique, il n'y a pas de traitement miracle : une approche globale et multifactorielle est souhaitable. Elle sera d'abord corporelle, centrée sur la douleur physique et ses conséquences. L'orientation vers un psychothérapeute ou un sexologue pourra se faire dans un deuxième temps après un temps de maturation et d'évolution qui se fait au fil des consultations.*
- 6) *La vulvodynie n'est pas une maladie incurable.*

❖ Les traitements locaux

✓ **Traitements antalgiques :**

- La lidocaïne (Xylocaïne®) :

La xylocaïne ® en gel ou en nébuliseur est préférable à la crème EMLA qui procure des sensations de brûlure à l'application.

Sur la muqueuse vulvaire, l'effet anesthésiant est obtenu au bout de 10 mn pour une durée d'environ 30 mn.

L'application de xylocaïne® peut aider certaines patientes à juguler l'appréhension de la douleur au cours des rapports sexuels.

- **Autres traitements locaux :**

Les bains de siège à l'eau ainsi que les crèmes émollientes (cold cream, cérat, huile d'amande douce...) ou cicatrisantes (jonctum, cicalfate...) ont un effet apaisant pour certaines patientes.

✓ **Traitement local des affections locales susceptibles d'aggraver l'inconfort vulvaire :**

- Pour les patientes ménopausées : un traitement d'apport en oestrogènes peut être proposé en cas d'atrophie vulvaire, source de sécheresse vulvo-vaginale.

(Exemple de traitements : colotrophine, trophicrème, physiogyne).

- En cas de candidose associée confirmée par un examen mycologique: un traitement antifongique local est prescrit soit en traitement épisodique lors des poussées soit en traitement préventif intermittent.

- Les lubrifiants sont utilisés pour remédier à la sécheresse vulvo-vaginale qui aggrave la douleur lors de la pénétration.

(Exemples : sensitube®, saugella® gel, KY® jelly)

❖ **Les traitements médicaux**

TRAITEMENT DE L'INCONFORT VULVAIRE

✓ **Antidépresseurs**

Certains anti-dépresseurs sont efficaces dans le traitement des douleurs neuropathiques. C'est par analogie qu'ils sont utilisés dans cette pathologie.

L'effet anti-douleur des anti-dépresseurs est indépendant de l'effet sur l'humeur.

Au cours des vulvodynies spontanées, la molécule la plus utilisée est l'amitryptiline (laroxyl). La dose moyenne préconisée est de 25 à 50 mg par jour à absorber le soir au coucher. Cette posologie est inférieure à celle prescrite pour obtenir un effet sur l'humeur. Le traitement est débuté à 5 mg par jour puis augmenté progressivement jusqu'à apparition d'une amélioration. Le traitement est poursuivi pendant 6 mois.

✓ **Antiépileptiques**

L'efficacité des antiépileptiques sur la composante fulgurante des douleurs neuropathiques a été démontrée. Le Clonazepam (Rivotril) ne doit pas être utilisé en cas d'insuffisance respiratoire. La dose initiale est de 0, 5 mg (soit 5 gouttes) au coucher. Cette dose peut être progressivement augmentée jusqu'à 4 mg par jour.

Il n'y a pas d'études randomisées concernant la vulvodynie. Selon notre expérience, la tolérance est médiocre même à des doses faibles.

TRAITEMENT MEDICAUX DES PATHOLOGIES ASSOCIEES SUSCEPTIBLES D'AGGRAVER L'INCONFORT VULVAIRE

✓ **Traitements anti-infectieux**

Toute infection récidivante : herpès, candidose, infection urinaire, sera traitée car elle risque d'aggraver l'inconfort vulvaire. En cas de récurrences fréquentes, un traitement préventif sera proposé.

✓ **Traitement hormonal substitutif**

A la ménopause, un traitement oestrogénique peut être proposé pour réduire le risque de sécheresse vaginale causée par l'atrophie vulvo-vaginale due à une carence en oestrogènes.

✓ **Traitement psychotrope**

En cas de syndrome dépressif ou anxieux, un traitement psychotrope est indiqué.

❖ **Autres traitements antalgiques**

La stimulation électrique nerveuse transvaginale a été testée favorablement sur 40 patientes (contre effet placebo) : les patientes qui ont reçu la stimulation électrique ont vu leur douleur durant les rapports diminuer de manière significative par rapport au groupe placebo.

❖ **La physiothérapie**

Les séances de rééducation périnéale consistant en des massages des muscles périnéaux et des exercices de biofeedback permettent de diminuer les tensions des muscles périnéaux. Les massages périnéaux permettent également d'aider les patientes à moins appréhender le contact. Les résultats de la physiothérapie demandent à être confirmés par des études de plus grande envergure.

❖ **La chirurgie**

La vestibulectomie consiste à enlever la muqueuse vestibulaire douloureuse. Certains spécialistes y ont recours en cas d'échec des traitements médicaux. D'autres n'y ont pas recours. Les résultats positifs à court terme varient entre 60 et 95 %. Néanmoins, pour des raisons liées aux méthodologies utilisées pour évaluer les résultats des vulvodynies, il est difficile de quantifier quelle est la part d'amélioration apportée par la vestibulectomie et l'ensemble des autres traitements associés et quelle est la durée du résultat obtenu (suivi de courte durée).

❖ **L'approche psychosexuelle**

Une démarche d'éducation sexuelle peut s'avérer nécessaire pour permettre aux patientes de faire évoluer leur vision de la sexualité (par exemple comprendre que l'acte sexuel ne se limite pas au coït).

La vulvodynie peut s'inscrire dans un contexte de difficultés conjugales qui nécessitent le recours à une thérapie de couple.

Le recours à une psychothérapie peut être nécessaire afin d'apaiser la souffrance psychologique qui va de pair avec la douleur chronique et qui est à minima un facteur d'entretien de la douleur.

Les approches les plus recommandées sont les thérapies d'inspiration cognitivo-comportementale (TCC). Une étude randomisée portant sur 50 patientes a montré que

les TCC étaient plus efficaces que les psychothérapies de soutien. Les thérapies d'inspiration analytique n'ont pas été évaluées.

5) Comment évolue la maladie dans le temps ?

L'évolution est variable d'une patiente à l'autre.

Selon notre expérience, certaines patientes guérissent du jour au lendemain sans explication médicale.

Certaines patientes atteintes de vestibulodynie provoquée ont pu guérir lors d'un changement de partenaire.

Selon une étude randomisée (97 patientes), plus le degré de « crainte évitement » de la douleur est élevé, plus le résultat des traitements est médiocre. A l'inverse, un degré élevé de confiance en ses capacités à vaincre la douleur est un élément prédictif d'efficacité.

Avec la contribution et la validation scientifique, Dr M.
Moyal Barracco, membre du CMS de l'AFAP-NP

Mieux comprendre la névralgie pudendale et ses enjeux

1°) Névralgie pudendale : un handicap pelvi périnéal

- Historique

La névralgie pudendale est une pathologie dont l'identification est relativement récente. En 1987, G Amarenco rapportait des observations de cyclistes se plaignant de douleurs périnéales et évoquait la possibilité d'un syndrome du canal d'Alcock, c'est à dire de la possibilité d'une compression du nerf pudental par la selle de vélo. Des études anatomiques ont montré la possibilité d'une compression du nerf pudental en plusieurs endroits : dans son trajet fessier au niveau du canal sous piriforme, au niveau de la pince ligamentaire entre ligament sacro épineux et ligament sacro tubéral, enfin au niveau du canal pudental d'Alcock. (Robert R, Prat-Pradal D, Labat JJ et al. *Anatomic basis of chronic perineal pain: role of the pudental nerve. Surg Radiol Anat. 1998;20:93-98.*)

- Les signes cliniques

• Une névralgie

La névralgie pudendale a les caractéristiques d'une douleur neuropathique : elle siège dans le territoire du nerf pudental (au niveau du périnée superficiel de la verge ou du clitoris jusqu'à l'anus, de façon médiane ou unilatérale), le type de la douleur est neuropathique : brûlures intenses, étou, élancements, engourdissements....

Il s'y associe souvent des douleurs végétatives : sensation de corps étranger, de pieu intra rectal ou intravaginal. Elle est en général d'une intensité extrême, souvent cotée entre 7 et 10/10 sur une échelle visuelle analogique, particulièrement invalidante du fait de son caractère chronique (il y a 10 ans, le délai entre les premiers symptômes et le diagnostic était de 4,5 ans). Cette douleur neuropathique est très particulière par ses circonstances de déclenchement car ***elle est avant tout liée à la position assise***. Ceci est expliqué par des raisons anatomiques : le nerf pudendal ayant perdu de sa mobilité, il ne pourra pas échapper à la compression sur le prolongement falciforme du ligament sacro-tubéral. Généralement, les patients ne souffrent ainsi que peu le matin au réveil, la douleur s'aggrave dans la journée, est maximum le soir et disparaît avec l'endormissement. La station assise normale est difficile, voire impossible, sauf sur un siège de toilettes. Les patients utilisent des bouées, vivent debout.

• **Des signes d'accompagnement invalidants**

Le nerf pudendal intervient dans les fonctions sensitivo motrices du périnée.

Les patients souffrant de névralgie pudendale ont très souvent des troubles associés à la douleur :

Troubles sexuels : diminution des sensations sexuelles, rapports sexuels douloureux ou aggravation des douleurs après les rapports

Troubles urinaires : augmentation de la fréquence des mictions de jour comme de nuit, difficultés mictionnelles, douleurs augmentées par le remplissage vésical, parfois incontinence urinaire

Troubles ano rectaux : constipation de transit, difficultés d'exonération (défécation), augmentation des douleurs après l'exonération

Douleurs musculaires (syndrome myofascial), avec des douleurs fessières

Signes de diffusion témoignant de phénomènes d'hypersensibilisation : irradiations sciatiques, pelviennes.

La névralgie pudendale n'est donc pas qu'une douleur, mais une pathologie dysfonctionnelle pelvi périnéale invalidante.

Des critères diagnostiques consensuels (***Critères de Nantes***), ont été élaborés récemment, leur diffusion permet de sensibiliser les différents spécialistes des pathologies d'organes à la connaissance de la maladie. Ces critères sont aujourd'hui internationalement reconnus. Ils permettent aussi d'identifier des populations homogènes de patient et la réalisation de protocoles de recherche clinique (*Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). Neurolog Urodyn. 2008;27:306-310.*)

- **Une maladie de traitement difficile**

La névralgie pudendale est particulièrement rebelle aux thérapeutiques antalgiques habituelles y compris morphiniques. Les médicaments de la douleur neuropathique sont utiles mais ne sont que des compromis entre l'efficacité et la tolérance, compte tenu des effets secondaires.

La prise en charge rééducative est souvent un traitement de première intention, permettant d'améliorer nombre de patients dont les douleurs sont modérées.

Il est parfois possible d'améliorer les patients par des **infiltrations spécifiques**, les résultats sont très fluctuants d'un patient à l'autre. Nous réalisons actuellement, dans le cadre d'un PHRC (protocole hospitalier de recherche clinique) national, un protocole randomisé et multicentrique (Nantes, Paris, Rouen, Bayonne, Clermont Ferrand), sur l'efficacité des infiltrations dans les syndromes canaux du nerf pudendal en comparant 3 groupes de patients (groupe contrôle avec anesthésiques locaux seuls, anesthésiques + corticoïdes, anesthésiques + corticoïdes + grands volumes de sérum physiologique).

Nous avons montré qu'il était possible de pratiquer **une libération-transposition chirurgicale du nerf pudendal par un abord transfessier**, ce qui n'avait jamais été fait jusqu'alors. La chirurgie a été validée par la réalisation d'un protocole randomisé (chirurgie versus abstention), (Robert R, Labat JJ, Bensignor M et al. *Decompression and transposition of the pudendal nerve in pudendal neuralgia: a randomized controlled trial and long-term evaluation. Eur Urol. 2005;47:403-408*), c'est donc le seul traitement validé dans cette pathologie.

Cette chirurgie est proposée pour des douleurs invalidantes et rebelles aux autres traitements, si les résultats sont significatifs, cette prise en charge est loin de résoudre tous les problèmes : 50 % des patients sont améliorés, 20% bénéficie d'une amélioration modeste, 30 % ne tire aucun bénéfice de l'intervention. Les personnes âgées posent un problème particulier du fait de leurs difficultés de déplacement vers des équipes spécialisées pas toujours bien identifiées, de la fréquence des effets secondaires des médicaments, de leur faible taux de réponses aux infiltrations et à la chirurgie.

Les autres traitements de la douleur chronique sont applicables en fonction du contexte avec des résultats variables et non scientifiquement évalués (techniques de neuro stimulation, traitements de l'hypersensibilisation)

- **Epidémiologie**

Il n'y a aucune étude épidémiologique concernant la fréquence de la névralgie pudendale, au niveau national ou international. L'explication à cette absence de chiffre est liée à la découverte récente de la pathologie, avec une première identification il y a moins de 20 ans. C'est en France que l'on retrouve les équipes pionnières dans ce domaine avec l'équipe de Nantes qui a ouvert la voie et qui fait référence au niveau international.

2°) La nécessité de la reconnaissance de la névralgie pudendale au niveau institutionnel (centre de référence)

- **Favoriser la reconnaissance de la maladie pour un diagnostic et des traitements adaptés plus précoces**

Elle est tout à fait indispensable au fléchage de l'activité, permettant aux patients une RECONNAISSANCE donc une démarche d'accueil et non de rejet, avec l'insupportable étiquette psychogène qui leur est souvent accolée. Cela permettra à des patients en détresse d'éviter de pérenniser leur souffrance, d'errer de consultations en consultations, de consommer examens sur examens pour **une pathologie dont le diagnostic est uniquement clinique**. Cette reconnaissance est nécessaire également vis à vis des organismes sociaux pour faire accepter des prises en charge au titre des affections de longue durée, des prises en charge des hospitalisations, des transports...

Peu d'équipes ont réussi à mettre en route une prise en charge allant de l'évaluation diagnostique à la prise en charge thérapeutique y compris chirurgicale car cette pathologie échappe à la culture des spécialités et la segmentation de la médecine d'organe (urologie, gynécologie, coloproctologie, neurologie, algologie...).

- **Améliorer la prise en charge et développer la recherche clinique**

Actuellement la prise en charge des névralgies pudendales est relativement codifiée mais fait appel à des hyperspécialistes dans la mesure où les techniques utilisées restent des techniques d'exception : kinésithérapie spécifique, infiltrations du canal d'Alcock, du ligament sacro-épineux sous scanner avec bloc diagnostique et injections locales de corticoïdes, neurostimulation transcutanée, libération chirurgicale du nerf pudendal par abord transfessier.

1. Evolution des techniques

Dans les 5 ans à venir, la pathologie pourrait bénéficier, outre de l'évolution des molécules de la douleur neuropathique

- de la radiofréquence pulsée,
 - de la mise en place de cathéters dans le canal d'Alcock ou au niveau des racines sacrées avec chambre implantée,
- de la possibilité de développer la stimulation médullaire antalgique
- de la possibilité de réaliser de la neurostimulation tronculaire au niveau du nerf pudendal,
- du développement de la stimulation transcorticale antalgique

2. Evolution institutionnelle

La prise en charge pluridisciplinaire, l'évaluation systématique, la réalisation de gestes techniques devraient bénéficier du développement de l'hospitalisation de jour. Il faudra développer des activités dans l'approche psychologique, comportementale et sexologique notamment.

3. Le développement des protocoles de recherche clinique

Afin d'évaluer l'efficacité des techniques utilisées, et leur impact médico-économique. Nous avons actuellement 2 demandes de PHRC (protocole hospitalier de recherche clinique) en cours, sur la possibilité d'agir au niveau du système sympathique et les composantes végétatives de la douleur (neurostimulation du système sympathique, toxine botulique dans le ganglion impar).

Dr JJ LABAT

Responsable du Centre Fédératif de Pelvi-Périnéologie, CHU Nantes
Neurologie, médecine physique et de réadaptation, Clinique urologique, CHU Nantes

La névralgie pudendale : diagnostic et orientations thérapeutiques

La névralgie du nerf pudendal est à la fois largement sous-estimée et diagnostiquée en excès. Porter son diagnostic nécessite une connaissance précise de ses symptômes dont le principal est le site de la douleur. Celle-ci doit être enregistrée dans le territoire du nerf pudendal et de ses branches (territoire du nerf rectal inférieur, territoire du nerf périnéal, territoire du nerf dorsal du clitoris). Seule cette étude précise de la localisation de la douleur, associée à d'autres critères peut permettre de porter le diagnostic de névralgie pudendale.

Les examens complémentaires :

Ne portons pas le diagnostic sur les seuls résultats de l'électromyogramme (EMG) périnéal. Celui-ci est très souvent pathologique chez la femme qui a accouché et présente à la fois de nombreux faux positifs et faux négatifs. Le consensus actuel n'impose donc pas sa pratique systématique et l'EMG ne sera demandé que lorsqu'un argument supplémentaire est nécessaire. Il sera alors interprété en fonction du terrain et des symptômes (1). En revanche, Le diagnostic de névralgie pudendale est suffisamment sérieux pour imposer une exploration anatomique. L'échographie pelvienne est un minimum et le dossier devra comprendre un scanner ou plus efficacement, une IRM pelvi-périnéale afin de ne pas méconnaître une étiologie tumorale à la symptomatologie douloureuse, certes peu fréquente mais toujours possible.

Les diagnostics différentiels :

Ils sont nombreux, comportant souvent une aggravation en position assise et seule une analyse des symptômes (signes fonctionnels) et des signes physiques permet de les différencier. Le gynécologue devra par exemple, différencier la symptomatologie douloureuse vulvaire (vulvodynie) spontanée de la névralgie pudendale, de la brûlure vulvaire provoquée au contact des tampons ou lors des rapports (vestibulodynie provoquée/vestibulite vulvaire). L'urologue devra différencier la pollakiurie uniquement diurne de la névralgie pudendale de la grande pollakiurie diurne et nocturne de la cystite interstitielle.

Le proctologue devra différencier la brûlure para-ale le plus souvent latéralisée de la névralgie pudendale de la douleur spastique (*spasmes*) anale centrale du syndrome myo-fascial des élévateurs de l'anus.

Les traitements de première intention :

Dès le diagnostic évoqué devant les critères cliniques, un traitement doit être mis en place.

Il n'y a pas d'antalgique particulièrement efficace dans cette indication mais les dérivés du Tramadol semblent apporter l'accalmie la plus régulière. Un consensus se fait vers l'introduction primaire de la Prégabaline (Lyrica®) plutôt que du Clonazepam (Rivotril®) qui n'a pas d'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) dans cette indication. La Prégabaline ayant l'avantage d'avoir aussi une action myo-relaxante utile pour le traitement de la réaction de contracture myo-fasciale périnéale qui accompagne rapidement toute névralgie pudendale si elle n'en est d'ailleurs pas la cause.

Les causes de la névralgie pudendale :

La compression canalaire du nerf pudental ou syndrome du canal d'Alcock est la forme la plus connue de la névralgie pudendale.

Cependant il existe des étiologies « non canales » aux névralgies pudendales :

- **Les étiologies traumatiques :** les névralgies pudendales de l'accouchement sont souvent sous-estimées, survenant en post-partum immédiat, elles sont mises sur le compte d'une épisiotomie difficile voire d'un refus de maternité. Il s'agit de violentes douleurs pudendales bilatérales aggravées en position assise et associées à des incontinences sphinctériennes urinaires et anales. Elles sont en relation avec un niveau élevé de lésion d'étirement tronculaire pudendale.
- **Les étiologies myo-fasciales :** les contractures myo-fasciales des muscles piriformes, obturateurs internes et élévateurs de l'anus peuvent s'accompagner d'une névralgie pudendale. Celle-ci survient typiquement de façon secondaire dans l'histoire clinique de la maladie. Il est cependant parfois difficile d'être certain de l'existence ou non d'une névralgie pudendale par syndrome canalaire sous-jacent. C'est pourquoi la kinésithérapie sera, dans tous les cas, l'axe initial du traitement.

La kinésithérapie :

C'est le traitement de fond de la névralgie pudendale. Elle doit être mise en place rapidement.. C'est une rééducation périnéale en relâchement. Elle s'oppose donc à la rééducation périnéale classique après l'accouchement ou pour l'incontinence urinaire.

Le rééducateur devra effectuer un travail spécifique sur plusieurs muscles périnéaux intéressés par la contraction myo fasciale de la névralgie pudendale. Il s'agit le plus souvent des muscles élévateurs de l'anus, obturateurs internes et piriformes.

L'ostéopathie peut également compléter la prise en charge rééducative en particulier du fait des modifications positionnelles du bassin utilisées par les patient(e)s pour éviter la douleur.

Les injections de Toxine Botulinique (Botox) ont un intérêt majeur lorsque la composante spastique (*spasmes*) musculaire réactionnelle ou primaire reste au premier plan malgré une rééducation bien menée et ce avant d'envisager une décompression chirurgicale lorsque celle-ci est indiquée (2).

Enfin l'utilisation des thérapies brèves est importante (psychothérapie, hypnose, EMDR,..) à la fois à la recherche d'une étiologie traumatique psychique (« cible ») ou en gestion et traitement du traumatisme que représente en elle-même la violence de la symptomatologie douloureuse.

Comment rattacher la névralgie pudendale au syndrome de compression canalaire dit « d'Alcock » :

C'est le point le plus difficile.

Certains critères cliniques (« critères de Nantes ») et la qualité de la réponse à l'infiltration permettent d'orienter vers une compression canalaire. L'EMG périnéal ne permet pas de porter le diagnostic de névralgie pudendale par compression canalaire (3). L'écho-doppler des artères pudendales peut s'avérer très utile : l'examen de la modification du flux des artères pudendales internes peut nous renseigner sur l'élévation des pressions dans l'enceinte du canal pudendal. Avec une spécificité de 67,4%, le taux de faux positifs est le plus souvent lié aux contractions myo-fasciales. (4)

Le traitement de la névralgie pudendale par syndrome canalaire :

Il fait appel aux infiltrations canalaires et à la chirurgie de décompression

- Les infiltrations des canaux pudendaux :

Une à 3 infiltrations espacées d'au moins 4 semaines peuvent donner jusqu'à 30% d'amélioration, voire de vraie guérison. Les infiltrations sous scanner ou sous échographie sont les seules permettant une iconographie qui confirme la bonne position de l'aiguille. La qualité de cette réponse fait d'ailleurs partie des facteurs de bon pronostic à la chirurgie de décompression.

- La chirurgie :

Lorsque la névralgie pudendale est rattachée à une compression canalaire et que les premières phases thérapeutiques ont échoué ou laissent une névralgie encore gênante, la chirurgie doit être envisagée. Pour les indications correctement posées elle peut apporter jusqu'à 80% de guérison.

A propos des techniques utilisées, citons rapidement les dilatations digitales à l'aveugle du canal d'Alcock décrites initialement par Shafik, régulièrement remises au goût du jour, mais qui ne permettent pas de véritables décompressions en particulier des syndromes canalaires serrés et les décompressions par voie coelioscopique autorisant l'ouverture du ligament sacro-épineux mais ne permettent pas l'accès au canal d'Alcock.

Deux procédés apportent les meilleurs résultats en termes d'efficacité décompressive et de résultats à long terme sur la névralgie pudendale : la neurolyse par voie trans-glutéale après incision fessière, décrite par R.Robert (Nantes) et la décompression par voie trans-ischio-rectale après abord vaginal chez la femme, périnéal chez l'homme et sous contrôle retro-péritonoscopique (Aix-en-Provence).

Ces deux techniques ont des concepts différents. La première est une vision essentiellement neurologique de la pathologie, considérant le nerf comme un « responsable » avec pour objectif une neurolyse complète. La deuxième est une vision musculo-ligamentaire, considérant le nerf comme une « victime » avec pour objectif l'obtention d'une décompression complète des sites de rétractions fibreuses du ligament sacro-épineux et du processus falciforme* du canal d'Alcock. (« replis fibreux » en forme de faux qui se trouve à l'entrée du canal d'Alcock).

Docteur E. BAUTRANT
Chirurgien gynécologue
Responsable de l'unité de traitement des douleurs et dysfonctions pelvi-périnéales, Aix en
Provence
Membre du CMS de l'AFAP-NP

Prostatite chronique / syndrome douloureux pelvien chronique

Résumé vulgarisé des articles :

- « Approche symptomatique des douleurs prostatiques chroniques et du syndrome douloureux pelvien chronique »

- « Traitements spécifiques de la prostatite chronique bactérienne et du syndrome douloureux pelvien chronique »

Publiés par Elsevier Masson dans « Progrès en urologie », septembre 2010 et rédigés par : Dr D. Delavierre, Dr J. Rigaud, Dr L. Sibert, Dr JJ Labat

La prostatite chronique, qui est désormais appelée syndrome douloureux pelvien chronique est une douleur pelvienne génito-urinaire sans bactérie évoluant depuis plus de 3 mois, parfois associée à des troubles mictionnels et sexuels, avec ou sans aspect inflammatoire, (selon la présence ou non de globules blancs dans les urines ou le sperme). Bien que la prostate ne semble pas forcément impliquée dans ces douleurs pelvi-périnéales chez l'homme, le terme de « prostatite chronique (non bactérienne) » reste plus utilisé que celui de « syndrome douloureux pelvien chronique », le terme de PC lui reste donc accolé.

1) Hypothèses sur les causes

Les causes et processus de survenue de la PC/SDPC ne sont pas connus à ce jour mais font l'objet de plusieurs théories :

❖ Théorie infectieuse

Cette théorie repose sur l'idée que des agents pathogènes seraient impossibles à détecter par les explorations microbiologiques actuelles (théorie de l'infection occulte). Le rôle de germes comme le Chlamydiae trachomatis et les mycoplasmes génitaux a été suspecté dans l'origine de la PC/SDPC.

L'origine infectieuse de la PC/SDPC reste néanmoins discutée car on peut retrouver des marqueurs de l'infection dans les sécrétions prostatiques de patients ne présentant pas les symptômes de la PC. Par exemple, les prélèvements effectués dans des bilans d'infertilité montrent également des prévalences (*nombre de cas recensés*) élevées de ces germes chez des hommes qui sont *asymptomatiques* (sans douleur).

Des travaux ont montré une prévalence élevée d'antécédents infectieux dans le passé des hommes porteurs d'une PC/SDPC. L'infection agirait comme un événement initiateur en provoquant des lésions tissulaires et une inflammation. Cette hypothèse rejoint la théorie de l'hypersensibilisation.

❖ Théorie inflammatoire

Le rôle de l'inflammation prostatique dans la PC/SDPC est discuté. La présence de leucocytes en serait le témoin mais, comme pour les germes, de nombreux patients asymptomatiques présentent des leucocytes dans les examens effectués.

De nombreux travaux ont cherché d'autres marqueurs de l'inflammation que les leucocytes (sans intérêt pratique pour le moment). D'autres mécanismes pourraient conduire également à une inflammation prostatique : déséquilibre moléculaire, processus auto-immuns, défaut de récepteurs aux hormones masculines au niveau des organes génitaux (les hormones ne peuvent pas agir normalement).

❖ Théorie de l'hypersensibilisation

L'hypersensibilisation est responsable d'une *allodynie* (*douleur au simple contact*) et d'une hyperalgésie (réponse anormalement intense à une stimulation douloureuse). Ce mécanisme est commun à d'autres syndromes douloureux tels que la fibromyalgie et le SDRC (syndrome douloureux régional complexe encore appelé *algodystrophie*). Un élément déclencheur : infection, intervention chirurgicale, traumatisme...va entraîner une réaction locale douloureuse avec la sécrétion de substances *algogènes* (qui génèrent la douleur) qui vont activer les fibres nerveuses et envoyer le message douloureux à la moelle épinière et au cerveau. Cette excitation des neurones va entraîner une diffusion exagérée et une pérennisation des messages douloureux. Ces mécanismes expliquent que le niveau auquel la douleur est perçue est abaissé et que la douleur puisse se propager aux régions et organes proches du site de la douleur initiale.

❖ Théorie de la cystite interstitielle/ syndrome douloureux vésical chez l'homme

Il y a des similitudes entre la CI et la PC dans l'expression des symptômes et les hypothèses sur les causes. Dans les deux cas, il ne s'agirait pas d'une maladie de la vessie ou de la prostate, mais de l'expression locale d'une maladie ou d'un dysfonctionnement régional neurologique. **Néanmoins les résultats des études sur le sujet sont contradictoires et malgré les similitudes, on ne peut pas assimiler CI et PC.**

❖ Théorie neuromusculaire

Un syndrome myofascial avec spasme musculaire pelvien pourrait être à l'origine des symptômes de PC/SDPC. Ce syndrome musculaire pourrait témoigner d'une hypersensibilisation musculaire rejoignant la théorie décrite précédemment. La présence d'un spasme musculaire reste difficile à interpréter car il peut être secondaire à la douleur elle-même.

La prostatite chronique/syndrome douloureux pelvien chronique est certainement un syndrome multifactoriel.

L'hypersensibilisation neurologique illustre son caractère multifactoriel : l'infection et l'inflammation pourraient être impliquées dans la survenue de la PC/SDPC non comme des causes directes mais des éléments déclencheurs de ce phénomène d'hypersensibilisation.

La PC/SDPC est souvent associée à d'autres pathologies ou syndromes douloureux. Des associations entre les syndromes douloureux pelviens chroniques non

expliqués (prostatite chronique, cystite interstitielle, vulvodynie) et des syndromes douloureux chroniques non pelviens (fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, syndrome de l'articulation temporo-mandibulaire, syndrome de l'intestin irritable) ont été démontrés (Rodriguez et al –NIDDK).

2) L'évaluation diagnostique

Elle repose principalement sur l'examen clinique car peu d'examens ont un intérêt diagnostique. Ils visent essentiellement à éliminer d'autres pathologies.

❖ L'interrogatoire

L'interrogatoire porte principalement sur :

✓ **Les antécédents des patients :**

- éventuelles interventions uro-génitales,
- infections (sexuellement transmissibles, de l'appareil uro-génital)

✓ **La description des symptômes (des douleurs) :**

- le mode d'installation (*souvent brutale*),
- son ancienneté (*doit être supérieure à 3 mois*)
- son intensité (*parfois sévère*)
- sa localisation : *périnéale ou génitale, hypogastrique (entre l'ombilic et le pubis) mais également anorectale ou même rachidienne lombaire.*
- son évolution : *souvent variable avec des périodes de rémission et de rechute*

▪ **Les troubles mictionnels associent pollakiurie (envies fréquentes) et urgenturie (envies pressantes d'uriner).**

▪ **Les dysfonctions sexuelles comprennent les douleurs à l'éjaculation, l'éjaculation prématurée, les troubles de l'érection et l'altération du désir.**

Les douleurs à l'éjaculation sont assez spécifiques d'un PC/SDPC et prédictives d'une évolution plus sévère.

✓ **Le retentissement sur la qualité de vie**

Le praticien peut également utiliser le questionnaire NIH-CPSI (élaboré par le National Institutes of Health – Chronic Prostatitis Symptom Index) qui complète l'interrogatoire.

Ce questionnaire comprend 9 questions dont 4 sur la douleur, 2 sur les troubles mictionnels et 3 sur la qualité de vie.

❖ L'examen clinique

Il concerne la verge, le scrotum et son contenu, le périnée, la prostate, les régions péri-anale et *inguinale (pli de l'aîne)*.

- Le toucher rectal évalue la prostate, le plus souvent elle est normale.

Il permet également d'éliminer une compression du nerf pudendal (signe de Tinel : déclenchement d'une douleur exquise au niveau de l'épine ischiatique).

- L'examen recherche également les points gâchettes myofasciaux douloureux et les anomalies squeletto-musculaires.

❖ Examens de laboratoire

✓ Examen obligatoire : L'ECBU (examen cyto bactériologique des urines)

Est par définition stérile dans le cas d'une prostatite chronique abactérienne. La présence de bactéries ou d'hématies orientent vers un autre diagnostic.

✓ Examen recommandé : mesure du débit mictionnel associé à une mesure du résidu post-mictionnel.

Un bilan urodynamique complet doit être réservé aux patients dont les troubles mictionnels résistent aux traitements.

Les autres examens sont optionnels et dépendent des antécédents du patient

(spermoculture, prélèvement urétral, PSA, cytologie urinaire, imagerie, cystoscopie).

Il n'y a donc pas de marqueur spécifique (biologique ou imagerie) de la PC/SDPC

3) Traitements spécifiques à la PC/SDPC

Le traitement d'une prostatite chronique bactérienne est bien codifié contrairement au traitement de la PC/SDPC qui n'est ni codifié ni consensuel pour les raisons suivantes :

- L'origine complexe et multifactorielle de la PC/SDPC
- L'absence de test ou de marqueur diagnostique
- L'insuffisance d'études randomisées contrôlées contre placebo pour les traitements proposés (aucun traitement n'est à ce jour validé scientifiquement).

❖ Antibiotiques

L'antibiothérapie reste le traitement de référence malgré les incertitudes sur les origines infectieuses de cette pathologie et l'absence de preuve d'efficacité. Ce traitement ne peut donc pas être recommandé.

❖ Alpha-bloquants

L'utilisation empirique des alpha-bloquants également très prescrits repose sur le fait que les patients présentent souvent des troubles mictionnels et un syndrome obstructif sur le bas appareil urinaire. Selon des études, les traitements alpha-bloquants pourraient être efficaces chez des patients précocement diagnostiqués, présentant des troubles mictionnels, n'ayant jamais reçu de traitement et avec une durée de traitement suffisamment longue : de 12 semaines à 6 mois.

❖ Phytothérapie

La **quercétine** (bioflavonoïde aux effets anti-inflammatoires et anti-oxydants), les **extraits de pollen** semblent présenter un réel intérêt dans le traitement de la PC/SDPC avec l'avantage d'une tolérance satisfaisante. Ces études qui ont été réalisées sur de petits effectifs méritent d'être confirmées

❖ Polysulfate de pentosan sodique (*Elmiron)

Il s'agit d'un **mucopolysaccharide*** indiqué dans le traitement de la cystite interstitielle. Une première étude indique des résultats satisfaisants qui sont à confirmer dans une étude de plus grande ampleur.

**association de protides et de glucides que l'on retrouve dans le tissu conjonctif.*

❖ Thérapie par ondes de choc extracorporelles par voie périnéale

Une première étude indique des résultats satisfaisants qui seraient à confirmer dans une étude de plus grande envergure.

❖ Autres traitements

Pour certains traitements, des études menées sur un nombre réduits de patients montrent une efficacité qui reste à confirmer sur des études plus larges :

✓ **La mépartricine**

Antibiotique et antifongique avec une action anti-oestrogénique

✓ **La stimulation électrique pelvienne**

✓ **La thérapie micro-ondes trans-urétrale (TMTU)**

Traitement par la chaleur produite par un micro-onde et administré par voie trans-urétrale.

✓ **L'acupuncture**

✓ **Le finastéride** (chibiproscar)

Anti-androgène qui diminue le volume prostatique

D'autres traitements, non validés à ce jour, sont également proposés:

- Les antalgiques, anti-inflammatoire et opiacés
- Les traitements médicamenteux des douleurs neuropathiques (anti-dépresseur, --- anticonvulsivants, tramadol).
- La physiothérapie : rééducation pelvienne (avec ou sans biofeedback)

Les avancées en matière de traitement de la PC/SDPC ne pourront venir que de nouveaux travaux de recherche. L'enjeu consistera à proposer des schémas thérapeutiques adaptés aux symptômes prédominants compte tenu de la diversité des profils des patients.(Classification proposée récemment par Shokes et al.).

**Avec la contribution et la validation scientifique
du Dr JJ LABAT**

Questionnaire préparatoire à une consultation d'évaluation diagnostique

Questionnaire préparatoire aux consultations médicales dans le cadre des pathologies périnéales douloureuses

(vulvodynies, névralgie pudendale, prostatite chronique ou
autres douleurs chroniques pelvi-périnéales)

A REMETTRE LORS DE VOS CONSULTATIONS MEDICALES

L'histoire de votre syndrome douloureux est complexe et éventuellement ancienne. Ce questionnaire vise à préparer les différentes consultations dont vous allez bénéficier dans le cadre du diagnostic et de la prise en charge de vos douleurs périnéales.

Vous pourrez ainsi synthétiser votre parcours, communiquer des informations précises aux praticiens, favoriser des échanges constructifs, faciliter le diagnostic et la mise en place d'une stratégie thérapeutique adaptée à votre situation.

Même s'ils ne sont pas systématiquement consultés, merci d'apporter les différents documents permettant de mieux comprendre les étapes de votre périple et les différents essais thérapeutiques déjà effectués.

Vous pouvez également charger ce document sur une clé USB dont vous pourrez vous munir lors des consultations.

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Antécédents médicaux

- ✓ Décrivez les maladies que vous avez eues, ou que vous avez actuellement

- ✓ Antécédents dermatologiques et/ou infectieux ? (lichens, trichomonas, candida albicans...)

Antécédents chirurgicaux

Avez-vous eu des interventions au niveau urologique, gynécologique, digestif ou proctologique ?
Si oui, quelle(s) intervention(s) et à quelle(s) date(s) :

Maternité (pour les femmes uniquement)

Avez-vous accouché ? Si oui combien de fois ? Et à quelle(s) date(s) ?

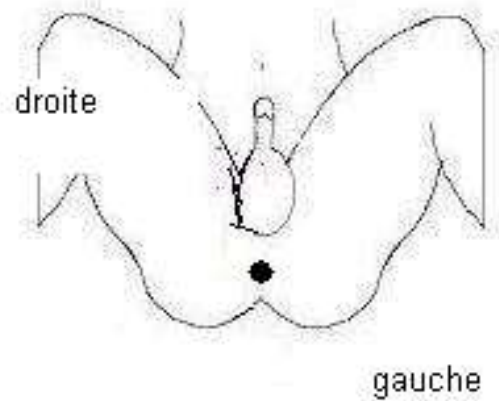
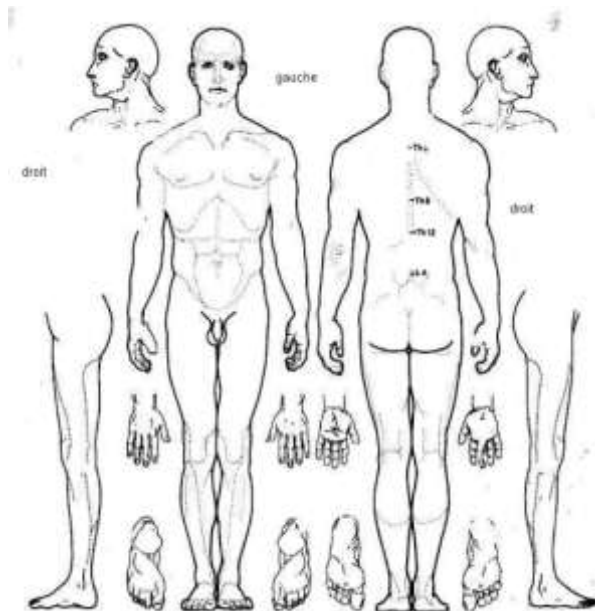
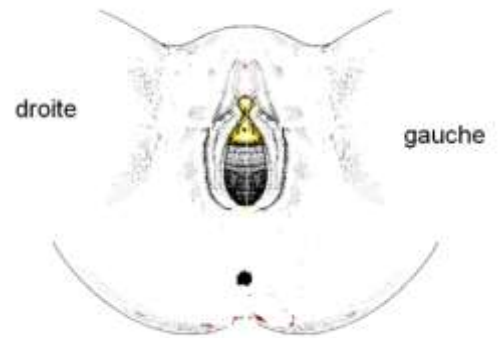
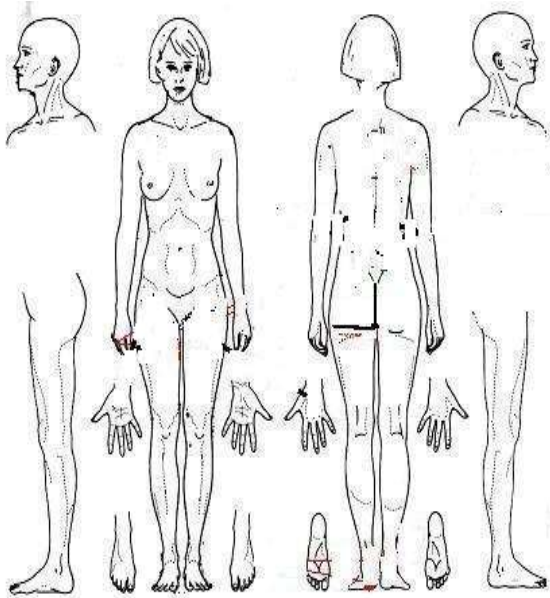
Histoire de la douleur

1. Début
 - a. Date ou période de survenue des douleurs ?
 - b. Brutalement ou progressivement ?
 - c. Suite à un évènement déclenchant ?

2. Evolution au cours des derniers mois
 - a. Stable ?
 - b. Aggravation ?
 - c. Amélioration ?
 - d. Fluctuantes ?
 - e. Sont-elles quotidiennes ?

Caractéristiques de la douleur

1. OU ? (merci de signaler la localisation de TOUTES vos douleurs y compris celles qui ne sont pas périnéales)



2. QUAND ?

- Ce qui **P**rovoque ou **A**ggrave la douleur : **P** ou **A**
- Ce qui **D**iminue la douleur : **D**
- Ce qui n'a pas d'influence : **N**eutre : **N**

Rapport sexuel Tampon périodique	Contact : Sous - vêtement Pantalon...	Position assise	Position debout	Position couchée	La marche	La miction (<i>uriner</i>)	L'exonération (<i>défécation</i>)

3. EXPRESSION DE LA DOULEUR : SENSATIONS (0 à 10)

Brûlures	Piqûres	Engourdissement	Fourmillement	Corps étrangers	Décharges électriques	Démangeaisons

Votre description personnelle des douleurs :

4. INTENSITE (cotation sur une échelle de 0 à 10)

Douleurs maximales Dans les 15 derniers jours	Douleurs minimales (même quelques instants) dans les 15 derniers jours	Altération de la qualité de vie (0 pas d'altération)	Altération de la vie sexuelle (0 pas d'altération)

5. CRITERES DE VARIATION DE LA DOULEUR

➤ POUR LES FEMMES UNIQUEMENT : Cycle menstruel et contraception

-Etes-vous sous contraception ? Si oui, laquelle :

-Etes-vous mieux quand vous prenez une contraception ?

-Vos douleurs sont-elles augmentées en fonction de votre cycle ? (augmentation de 0 à 10)

Avant les règles	Après les règles	Pendant les règles	En milieu de cycle

- POUR LES PATIENT(E)S CONCERNEES PAR UNE DOULEUR PERMANENTE ET/OU SPONTANEE : évolution de votre douleur dans la journée ?
(Cotation de 0 à 10 : 0 pas de douleur, 10 douleur maximale)

Réveil	Début de matinée	Fin de matinée	Après midi	Soirée	Nuit (réveil par la douleur)

Eventuels troubles associés ?

-Avez-vous des troubles sexuels associés ? si oui, lesquels ?

-Avez-vous des troubles urinaires associés ? si oui, lesquels ?

-Avez-vous des troubles digestifs associés ? si oui, lesquels ?

-Avez-vous des troubles proctologiques (défécation) associés ? si oui, lesquels ?

Eventuels impacts de la douleur

1) ETAT GENERAL

Poids/taille	Fatigue (0 à 10)	Sommeil (0, pas de problèmes, à 10)	Etat psychologique Anxiété (0 à 10)	Etat psychologique Dépression (0 à 10)

2) HANDICAP (décrivez les limitations occasionnées par les douleurs)

Quotidien	Vie sociale Restaurant, repas de famille, cinéma, voyage	Déplacement	Vie professionnelle

Parcours de soins

➤ EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Quels examens complémentaires avez-vous effectué (IRM, scanner, EMG, coloscopie, ..)

Lesquels et à quel niveau ? (bassin ? colonne vertébrale...)

1) TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX EN COURS

Nom	Dose	Début de traitement	Efficacité	Tolérance

2) TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX EXPERIMENTES

Nom	Dose	Début de traitement	Efficacité	Tolérance

3) TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX ?

Si oui, lesquels :

Précisez quelles sont vos initiatives personnelles pour « gérer » vos douleurs :

Quelles sont les situations qui ont un impact sur le niveau des douleurs ?

Décrivez votre contexte de vie actuel (familial, professionnel, financier...) :

Commentaires et remarques :

Date

Signature

Congrès médicaux



Pr. B.J PANIEL, Dr M. MOYAL BARRACCO, Dr
C. DE BELILOVSKY, Marie BOUTET
Congrès Gynécologie Pratique



M-F JOUSSEAU, M. BOUTET (AFAP-NP), Dr
JLABAT, F. WATEL (AFCI), Pr BJ PANIEL
Congrès SFETD



Pr P.MARES, C.FABRE CLERGUE, M.
JACQUOT (AFAP-NP), Dr S.MIMOUN,
JC FOURNY (AFAP-NP)
Congrès Transversales



Dr C. DE BELILOVSKY, M. BOUTET (AFAP-NP)
Dr S. BERGERON (QUEBEC), Pr PANIEL,
MARTINE JACQUOT (AFAP-NP)
Congrès ISSVD



M. JACQUOT (AFAP-NP), Dr SAUSSINE, Pr
G. AMARENCO, Pr F. HAAB
Congrès SIFUD PP



F. WATEL (AFCI), Pr. E. ATTAR (Président du
congrès), M. JACQUOT (AFAP-NP), Pr
R.ROBERT, J. BIRCH (Pelvic Pain Support)
**Congrès international consacré aux douleurs
pelviennes, Istanbul**



Association Française d'Algies Périnéales et Névralgies Pudendales

60 rue Truffaut

75 017 Paris

Tel: 01 43 80 71 96

Mail: contact@aol.com

Site web : www.afap-np.com

Présidente : Marie BOUTET

L'AFAP-NP est
Membre fondateur de RDCP :
Réseau Douleurs Chroniques
Pelvi- Périnéales



L'AFAP-NP est
Co-créateur du blog dédié à la douleur
chronique :
www.leblogdeladouleur.com



Pour soutenir et participer à notre action

Vous pouvez adhérer à l'AFAP-NP

Adhésion spécial professionnel de santé (statut membre bienfaiteur)

45 euros

Ou vous pouvez faire un don

Exonération fiscale à hauteur de 66%

Facture et/ou CERFA à réception du règlement

www.afap-np.com