

Les douleurs neurogènes du périnée



JJ Labat



CENTRE FEDERATIF DE PELVI-
PERINEOLOGIE

CHU NANTES

NEUROPHYSIOLOGIE simplifiée

» La définition de la douleur chronique (plus de 6 mois) **intègre**

✓ Ce qui est générateur de douleur **lésion tissulaire potentielle ou réelle**: la nociception (lésion, atteinte nerveuse...)

✓ Le ressenti, l'expérience sensorielle et **émotionnelle désagréable**: la douleur

✓ Les **modifications comportementales** fonction de l'histoire et de la personnalité (facteurs émotionnels, du passé, familiaux, sociaux, professionnels...)



Douleur: classiquement 3 types de douleurs

- Douleur nociceptive: *douleur secondaire à une stimulation des nocicepteurs sans lésion du système nerveux – douleurs inflammatoires*
- Douleur neuropathique:
1994: IASP: douleur liée à une lésion ou à un dysfonctionnement du système nerveux
- Douleur mixte: *ex sciatique par hernie discale*

Actuellement

- Douleur inflammatoire
- Douleur neuropathique
 - DEVENU en 2008: « douleur directement provoquée par une lésion ou une maladie affectant le système somato sensoriel »
 - Dans un territoire neuroanatomique défini
 - Avec une histoire clinique orientant vers une souffrance neurologique
 - Définie / Probable / Possible
 - fonction de la présence de signes positifs ou négatifs dans la zone
 - Lésion confirmée par examens

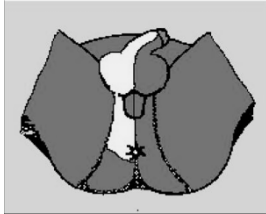
actuellement

- Douleurs dysfonctionnelles: absence de lésion
 - SDRC
 - Fibromyalgie
 - SII
 - Douleurs orofaciales...

plan

- Les douleurs neuropathiques
 - D'origine sacrée
 - Nerf pudendal
 - Nerf cutané postérieur de la cuisse
 - Diagnostic différentiel: vulvodynies provoquées
 - D'origine thoraco lombaire
 - Pariétales
 - Douleurs projetées
- Les douleurs pelviennes dysfonctionnelles
- Principes thérapeutiques

Les grands territoires sensitifs

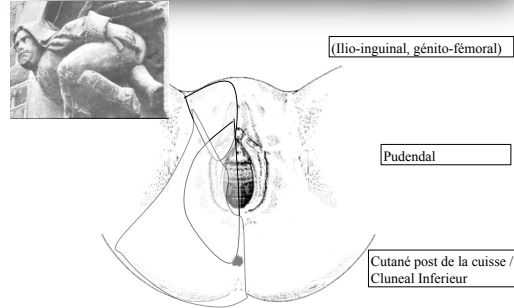


Origine sacrée (racines, plexus et nerf pudental)



Origine thoraco-lombaire

Innervation sacrée du périnée



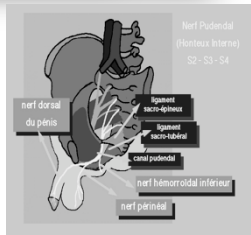
(Ilio-inguinal, génito-fémoral)

Pudental

Cutané post de la cuisse / Clunéal Inferieur

la névralgie pudendale

- Femme 60% . âge moyen 50-70 ans
- Mode d'installation
 - Progressif, intermittent ou brutal devenant quotidienne
 - Spontanément ou après un événement aigu
- Topographie:
 - Médiane ou unilatérale.
 - Du pénis à l'anus
 - Respectant le testicule
 - Superficielle ou profonde
- Type:
 - brûlure périnéale, étou, sensation de corps étranger, picotements, fourmillements, électricité
 - Intensité
- Hypersensibilité au contact local (slip, jean)



La névralgie pudendale

- Déclenchement et soulagement
 - En station assise, amélioration debout, disparaissant position couché prolongée (vélo)
 - Soulagement sur une lunette de WC,
- Évolution dans la journée
 - Pas de douleur au lever matinal, aggravation au fur à mesure de la journée, maxi le soir, persiste jusqu'à l'endormissement mais pas de réveil nocturne
- Signes d'accompagnement
 - Parfois:
 - Sensation d'engourdissement pénien
 - diminution de sensation sexuelle
 - mictions fréquentes ou difficiles
 - Difficulté d'exonération
 - douleurs pendant ou après les rapports (H et F)
 - Souvent: douleur fessière et sciatique tronquée débutant au niveau de la fesse.



La névralgie pudendale

- Pas de perte de sensibilité objective
- Sensibilité testiculaire normale
- Souvent douleur au toucher pelvien
 - au voisinage de l'épine sciatique,
 - au niveau du muscle obturateur interne,
 - parfois au contact des muscles éleveurs de l'anus
- Parfois douleur à la palpation profonde de la fesse



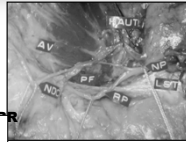
La névralgie pudendale : douleur neuropathique?

- Arguments cliniques :
 - Un territoire tronculaire
 - Des caractéristiques neuropathiques
 - données de l'EMG et de la latence distal du nerf pudental (+/-)
- Arguments physiopathologiques
 - complications neurologiques de la spinofixation (Richter): chirurgie du prolapsus vaginal par voie basse
- Arguments thérapeutiques
 - La non efficacité des médicaments analgésiques habituels
 - L'efficacité éventuelle des médicaments utilisés dans les douleurs neuropathiques



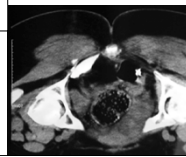
Névralgie pudendale : syndrome canalaire?

- Données anatomiques
- La positivité des blocs anesthésiques tronculaires dans 82 % (PHRC 2012)



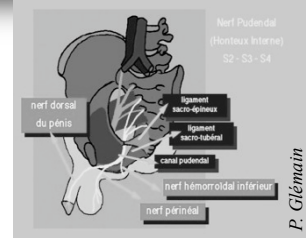
douleur neuropathique «probable» ou «possible»

- 71 % de patients opérés améliorés de plus de 30mm /100 à 1 an vs 13% (PHRC 2004)



nerf pudental: sites de conflits

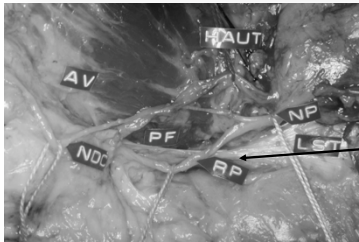
- Le canal sous piriforme: conflit possible également avec le tronc sciatique
- L' épine sciatique: conflit dans la pince ligamentaire entre ligaments sacro-épineux et sacro tubéral
- Le canal pudental d' Alcock: fibrose de l' aponévrose de l' obturateur interne, conflit avec le processus falciforme du ligament sacro-tubéral
- Nerf dorsal de la verge ou du clitoris: canal sous pubien



- Un facteur aggravant: l' hyperpression périnéale

- Physiopathologie de la douleur: perte de mobilité du nerf

La névralgie pudendale



Toute perte de mobilité du nerf pudental favorisera l' écrasement du nerf sur le prolongement falciforme du ligt sacro-épineux lors de la station assise

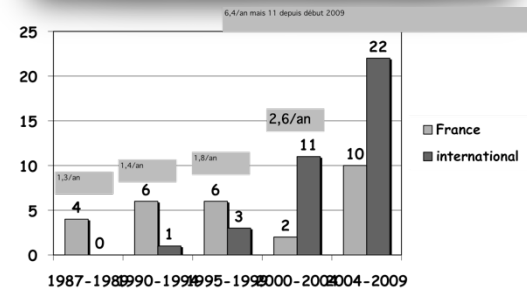
Névralgie pudendale: reconnaissance

- Une pathologie non connue et non reconnue?
- Une pathologie spécifiquement « française »?
- diagnostic alternatif?

Névralgie pudendale

- Historique:
 - 1987 G Amareno : douleurs périnéales du cycliste: hypothèse d' une compression du nerf pudental dans le canal d' Alcock
 - 1989 dissections anatomiques: le nerf pudental est un nerf exposé à la compression et à la perte de mobilité, corrélations cliniques
 - 1989 possibilités de libérer chirurgicalement le nerf confirmant un syndrome canalaire
 - 1991 possibilité d' infiltrations
 - 2005 protocole chirurgical randomisé: preuve du bénéfice de la libération chirurgicale du nerf
 - 2008 critères consensuels de syndrome canalaire du nerf pudental
 - 2012: protocole de recherche clinique national, visant à évaluer la vraie valeur des infiltrations

Évolution des publications référencées concernant la névralgie pudendale par syndrome canalaire



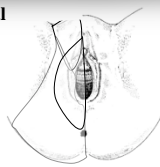
CRITERES DIAGNOSTIQUES DE NEURALGIE PUDENDALE: critères de Nantes

Critères diagnostiques de névralgie pudendale: critères de Nantes

- 5 critères indispensables au diagnostic
- 8 critères complémentaires au diagnostic
- 4 critères d'exclusion
- signes associés n'excluant pas le diagnostic

Névralgie pudendale par syndrome canalaire: 5 Critères indispensables au diagnostic (Critères de Nantes)

- Douleur dans le territoire du nerf pudendale (de l'anus à la verge ou au clitoris)
- Aggravée en position assise (soulagée sur un siège de WC)
- Sans réveil nocturne habituel par la douleur
- Sans déficit sensitif objectif
- Ayant un bloc diagnostique du nerf pudendale positif



Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarengo G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *NeuroUrol Urodyn.* 2008;27:306-10.

**Bloc diagnostique du nerf pudendale*



- Quelque soit la méthode de repérage (radio, scanner, neurostimulation)
- Dans le ligament sacro-épineux ou dans le canal d'Alcock
- Un bloc positif (soulagement de plus de 50% de la douleur dans les suites immédiates de l'infiltration) affirme une atteinte en aval du site d'infiltration *mais pas sa nature*

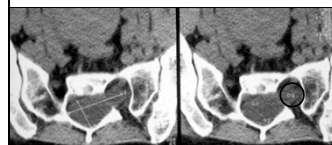
8 critères complémentaires au diagnostic de névralgie pudendale

- Brûlures, tiraillement, engourdissement, décharges électriques
- Allodynie ou hyperpathie
- Sensation de corps étranger endocavitaire (« sympathalgie » rectale ou vaginale)
- Aggravation de la douleur au cours de la journée
- Douleur à prédominance unilatérale
- Douleurs apparaissant après la défécation
- Présence d'une douleur exquise à la pression de l'épine sciatique (surtout si unilatérale)
- Données de l'ENMG chez l'homme ou la femme nullipare*

4 critères d'exclusion

- Douleurs uniquement coccygienne, fessière, pubienne, hypogastrique
- Prurit
- Douleurs uniquement paroxystiques
- Anomalies d'imagerie pouvant expliquer la douleur*

* problème de la découverte d'un kyste arachnoïdien de Tarlov: banalité, non symptomatique donc non responsable



Signes associés n'excluant pas le diagnostic

- irradiations fessières ou au membre inférieur*, notamment en station assise
- Douleur sus pubienne
- Pollakiurie et/ou douleurs au remplissage vésical
- Douleur apparaissant après l'éjaculation
- Dyspareunie et/ou douleurs après les rapports
- Troubles de l'érection
- Normalité de l'ENMG (n' explore pas toute les fibres)

Place des examens complémentaires ?

Limites de l'électroneuromyogramme et du doppler

- L'ENMG est peu spécifique : des faux positifs
 - Neuropathies d'étirement
 - nombreuses compressions asymptomatiques (cadavre): 20 à 30%
- Manque de sensibilité: des faux négatifs
 - L'ENMG n' explore pas tous les types de fibres
 - Doppler et EMG ne sont pas des examens dynamiques.

diagnostic clinique +++

La vanité du désir de mettre en évidence une compression nerveuse

- la douleur est une expérience émotionnelle
- les examens complémentaires ne peuvent qu'essayer d'apporter des arguments pour un mécanisme lésionnel mais n'affirmeront jamais un diagnostic de névralgie
- Il n'y a pas forcément de corrélation entre la découverte d'une anomalie et la douleur
- En per opératoire: le nerf est souvent source de multiples conflits et doit donc être exploré sur l'ensemble de son territoire

Tout n'est donc pas si simple

- Certes beaucoup de patients ayant une étiquette urologique (prostatite chronique...), digestive (syndrome du releveur...), gynécologique (vulvodynie...) sont d'authentiques névralgies pudendales
- Mais beaucoup de patients porteurs d'une NP ont des signes qui ne peuvent être expliqués par l'atteinte pudendale (extension, signes urinaires, digestifs, musculaires...)
- Et il existe de nombreuses variations anatomiques du nerf pudendal

**Douleurs périnéales et association à des douleurs du membre inférieur*

- topographie
 - Face postérieure de la cuisse: nerf cutané postérieur de la cuisse et sciatique
 - Face interne de la cuisse: nerf obturateur
- Hypothèses physiopathologiques
 - Atteinte pluriradiculaire: non
 - 1. Hypersensibilisation centrale et convergence
 - 2. Syndrome du piriforme avec atteinte du nerf cutané post de la cuisse et clunéal inférieur
 - 3. Syndrome du muscle obturateur interne

1. Hypersensibilisation centrale et convergence

- Diffusion segmentaire des messages nociceptifs (S3-S2 vers S1): convergence?
- Hypersensibilisation centrale? (syndrome myofasciaux, fibromyalgie)

Membre inf

S1

S2

S3

étage médullaire

périnée

fesse

2. syndrome du muscle piriforme

Canal sous piriforme

Région ischiatique

avec atteinte du nerf cutané post de la cuisse et du nerf clunéal inférieur (double crush)

3. Syndrome du muscle obturateur interne

- Un chef fessier en rapport avec le *sciaticque* et le *nerf cutané postérieur de la cuisse*
- Un chef pelvien en rapport avec le *nerf pudendal* et avec le *nerf obturateur*

Muscle obturateur interne

Muscle piriforme

Nerf pudendal

Nerf obturateur

Nerf cutané postérieur de la cuisse

Nerf clunéal inférieur

Nerf sciaticque

Douleurs Myo-fasciales

- Points gâchettes à la palpation
 - fesse, paroi abdominale, touchers pelviens
- Tension musculaire
 - Muscles releveurs de l'anus
 - Muscles obturateurs interne
 - Muscles piriformes
 - Muscles psoas
- Douleurs diffuses, physiopathologie obscure
- Causes ou conséquences?

Muscle piriforme

Troubles fonctionnels pelvi-périnéaux et NP

- Ano rectaux
- Urinaires
- Sexuels
- Statiques pelviennes
- 85% des patients présentent des troubles fonctionnels associés à la douleur

Fonction défécatoire

- Plus de la moitié des sujets (52%) présentent des troubles de la fonction défécatoire.

49

1

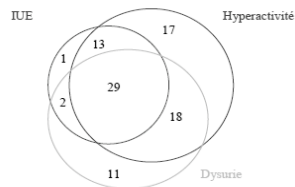
5

Incontinence anale

Constipation

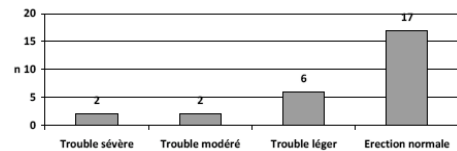
Fonction urinaire

- 82% présentent des dysfonctions mictionnelles.



Fonction sexuelle masculine

- Douze hommes (30%) n'ont aucune activité sexuelle.



Fonction sexuelle féminine

- La moitié des patientes n'a pas d'activité sexuelle.
- Vingt-trois femmes (77%) décrivent au moins un problème affectant leur sexualité (Saignement, manque de lubrification, pénétration douloureuse, orgasme difficile, vaginisme, ...).
- Près de la moitié de femmes (49%) se dit satisfaite de sa relation sexuelle.
- Contre seulement 8 (23%) se disant plutôt ou très mécontente.

Sexualité et névralgie pudendale: homme

- altération du désir modéré : 33% vs 22%
- DE: 80% vs 33,5% (IEF <25)
- Douleur pendant l'éjaculation: 59%
- Douleur après l'éjaculation: 65%
- Éjaculation difficile 41%
- Éjaculation prématurée: 35%
- Troubles de l'éjaculation ou de l'orgasme : 60%
- 53% diminution de la sensibilité pénienne
- 59% diminution des sensations sexuelles
- 59% augmentation des douleurs dans les jours qui suivent le rapport
- Évitement: 27%
- Mais satisfaction de la vie sexuelle : 60%

Sexualité et névralgie pudendale: femmes

- Tr sexuels: 90% vs 43%
- Tr du désir: 86% vs 36%
- Tr de l'excitation/lubrification: 73%
- Dyspareunie: 82% des cas
 - Douleur pendant les rapports: 47%
 - Douleurs après les rapports: 47%
 - Aggravation de la NP après les rapports: 35%
 - Hypersensibilité au contact vulvaire: 65%
 - Diminution des sensations sexuelles: 59%
- Diminution des sensations orgasmiques: 56%
- Orgasme douloureux: 39%
- Aggravation des douleurs après les rapports: 35%
- Adaptation comportementale: évitement 89%, modif des pratiques sexuelles: 65%
- Diminution de la satisfaction sexuelle : 67% (nette 40%)

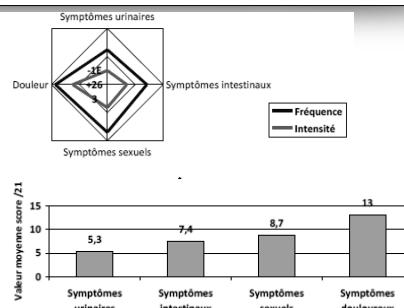
Sexualité et névralgie pudendale

- Fréquence et importance des troubles, prépondérance chez la femme
- Étiologies multifactorielles:
 - Maladie chronique: handicap, image de soi, partenaire
 - Dépression
 - Rôle des médicaments
 - Altérations spécifiques liées au nerf pudendale (tous les domaines de la sexualité sont atteints contrairement aux fibromyalgiques: alter. désir et satisfaction mais préservation excitation, orgasme)
 - Dysfonctionnement pelvien

Statique pelvienne

- Trente neuf femmes (60%) ont au moins un symptôme évocateur de prolapsus génital (« boule » dépassant du vagin, pesanteur dans région génitale, ...).

Retentissement des troubles



	Etude	Prévalence population générale	Prévalence dans notre étude
Incontinence anale	Guye et al. 2004 (18)	5,1-13,1	12
Constipation	Peppas et al. 2008 (19)	15-20	51
Incontinence urinaire			
Hommes	Boyle et al. 2003 (22)	7,3-14,4	43
Femmes	Vallée et al. 2005(20)	53	53
Mécanisme de l'IU	Hampel et al. 1997 (21)		
IUE		50	29
Hyperactivité		10-20	10
Mixte		30-40	61
Hyperactivité vésicale	Tutin et al. 2006 (23)	14,8	53
Dysurie			
Hommes	Bruy et al. 1997 (24)	26,8	55
Femmes	Preston et al. 1986 (25)	25	61
Troubles sexuels	Bajos et al. 2008 (26)		
Hommes		33,5	37
Femmes		43	77
Prolapsus	Lousquy et al. 2009 (29)	2,9-11,4	60

Synthèse tr. fonctionnels des NP

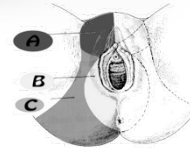
- Dyschésie, hyperactivité vésicale, dysurie et troubles sexuels féminins plus fréquents que dans la population générale.
- Pas de trouble déficitaire supérieur à la population normale (continence urinaire à l'effort, continence fécale). La NP n'expose donc pas au risque d'incontinence.
- Neuropathie d'étirement = syndrome déficitaire non douloureux
- Etiologie des troubles périnéaux non douloureux au cours des NP non liée à un déficit fonctionnel pudendal.
 - Eléments réflexes (dyschésie, dysurie)?
 - Hypersensibilité viscérale secondaire (syndrome d'hyperactivité vésicale)? Hypersensibilisation sexuelle secondaire?

douleurs périnéales symptomatiques

- **Atteintes tronculaires**
 - Post traumatique: traction sur table orthopédique
 - Post chirurgicale : traumatisme direct par spinofixation
 - Tumeurs nerveuses: schwannomes, neurofibromes
 - Compression tumorale: endométriose, métastases
- **Atteintes radiculaires ou plexiques**
 - Post chirurgie pelvienne
 - Hernie discale
 - Tumeur du sacrum
 - Atteintes de la queue de cheval: discale, tumorale (épendymome)
- **Atteintes centrales**
 - Atteintes médullaires : douleurs cordinales
 - SEP

Quand y penser?

- **Contexte**
 - Antécédents (métastases...)
 - Post opératoire, type de chirurgie
- **Interrogatoire**
 - Douleurs paroxystiques
 - Réveils nocturnes
 - Diminution sensitive (passage des urines, engourdissement...)
- **Examen clinique**
 - L'existence d'une hypoesthésie objective
 - La palpation d'une masse aux touchers pelviens
 - La coexistence d'une dysurie, de troubles ano rectaux et de troubles sexuels



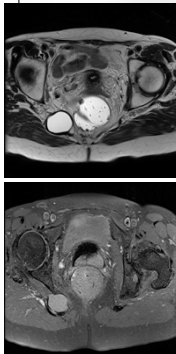
Des exemples de douleurs symptomatiques

endométriose

- Douleurs pudendales permanentes, diurnes et nocturnes pendant 3 semaines
- Régression pendant 4 ans
- Récidive intense pendant 3 mois

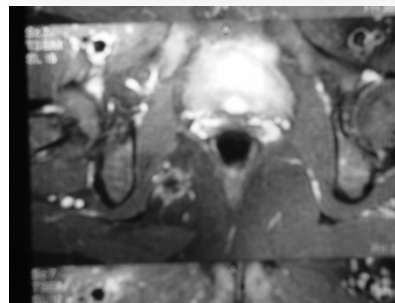


Kyste épine sciatique



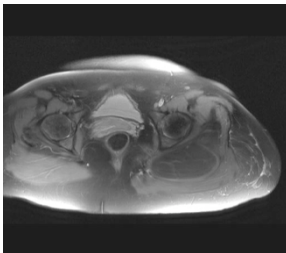
- Femme , 75 ans
- Douleurs périnéales et sciatiques gauches depuis 3 ans
- Quelques mois après une chute
- Avec des réveils nocturnes réguliers

Abcès de la fosse ischio rectale



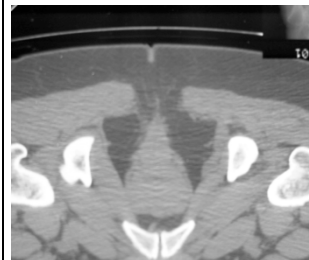
Liposarcome fesse

- Gêne plus que douleur, engourdissement
- Hypoesthésie périnéale et fessière

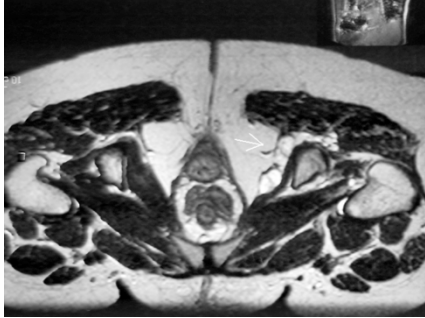


Nodule pudendal gauche

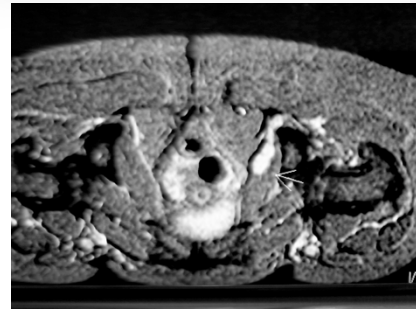
- Névralgie pudendale positionnelle
 - Paroxysmes douloureux +++
 - Réveils nocturnes



Hypersignal T1



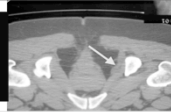
Hypersignal en séquence Fat Sat



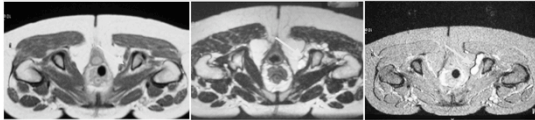
Neurofibrome du NP

Douleur périnéale en station assise = névralgie pudendale
Paroxysmes douloureux, douleurs nocturnes = suspicion d'atteinte symptomatique:

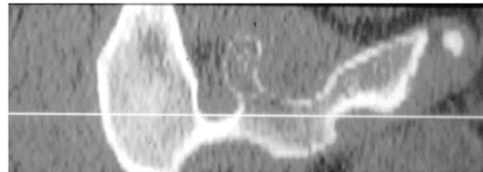
- Douleurs cordinales: IRM médullaire
- Neurinome: IRM sacrée
- Tumeur tronculaire du nerf pudental: IRM pelvienne



Neurofibrome du nerf pudental



Exostose du trou obturateur



Entésopathie du LSE

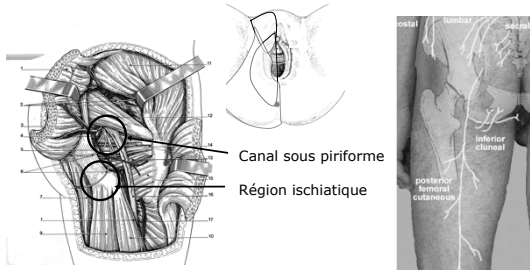


plan

- Les douleurs neuropathiques
 - D'origine sacrée
 - Nerf pudental
 - Nerf cutané postérieur de la cuisse
 - Diagnostic différentiel: vulvodynies provoquées
 - D'origine thoraco lombaire
 - Pariétales
 - Douleurs projetées
- Les douleurs pelviennes dysfonctionnelles
- Principes thérapeutiques

Les autres territoires neurologiques

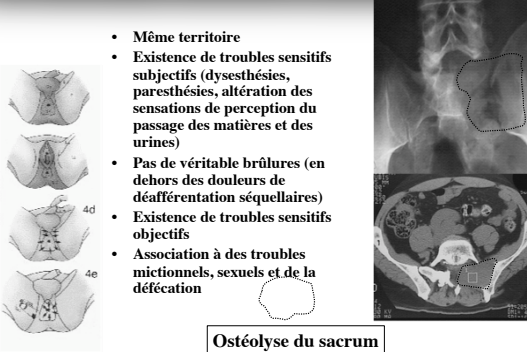
- Le nerf cutané postérieur de la cuisse, nerf clunéal inférieur



Nerf clunéal inférieur

- 2 sites de conflits
 - Canal sous piriforme avec souffrance nerf cutané postérieur de la cuisse:
 - irradiations face postérieure de cuisse, ischion et latéro périnéales
 - Hypersensibilité distale à la pression
 - Région ischiatiques:
 - surtout chaises dures, douleurs latéro périnéales, sans douleur de verge ou du clitoris
 - Avec bloc ischiatique positif
- Traitement:
 - Kiné, infiltrations, chirurgie

les radiculalgies radiculaires ou plexiques sacrées



plan

- Les douleurs neuropathiques
 - D'origine sacrée
 - Nerf pudendal
 - Nerf cutané postérieur de la cuisse
 - Diagnostic différentiel: vulvodynies provoquées
 - D'origine thoraco lombaire
 - Pariétales
 - Douleurs projetées
- Les douleurs pelviennes dysfonctionnelles
- Principes thérapeutiques

Diagnostic différentiel les vulvodynies provoquées

- Sensation de **brûlure** localisée au vestibule
- **Intolérance au contact** et au frottement (slip)
- Test au coton-tige
- Dyspareunie majeure, tampons non supportés
- Parfois **érythème vulvaire, hyperémie**
- Retentissement sexuel
- Retentissement émotionnel (anxiété) mais finalement profil psychologique normal
- Histopathologie: **aspect inflammatoire aspécifique**
- Étiologie inconnue

Friedrich EGJ 1987

Pyka RE 1988

allodynie vestibulaire

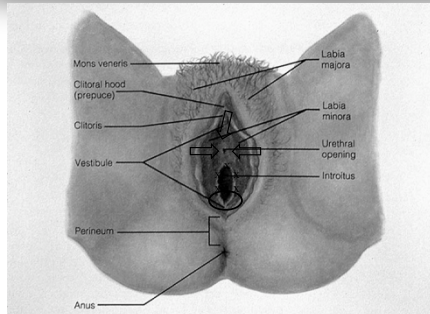
Vulvodynie provoquée

- Agent responsable (Candida, HPV, allergie...) non prouvé jusqu' alors
- Réaction immunitaire inadaptée?
- Diminution des seuils de perception de la douleur (acide acétique)
- Hyperémie= inflammation « neurogène »= excès de sécrétion de substance P secondaire à une altération des fibres afférentes primaire (capsaïcines sensibles)
- Hypothèse: épine irritative /hypersensibilisation autoentretenu

Somi L 1995

Friedrich 1988

Vulvodynie provoquée



NP et VP: diagnostic différentiel

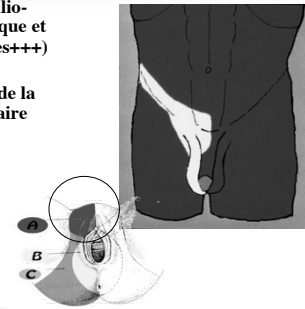
- La plainte est avant tout sexuelle dans les VP, avant tout algique dans les NP
- Une douleur unilatérale est plus évocatrice de NP que de VP
- La douleur provoquée est prépondérante par rapport à la douleur spontanée dans la VP mais pas dans la NP
- La douleur en station assise dans la NP est liée à l'hyperpression, et au frottement dans la VP
- L'application d'un gel urétral à la xylo peut soulager la douleur des VP mais pas des NP

plan

- Les douleurs neuropathiques
 - D'origine sacrée
 - Nerf pudendal
 - Nerf cutané postérieur de la cuisse
 - Diagnostic différentiel: vulvodynies provoquées
 - D'origine thoraco lombaire
 - Pariétales
 - Douleurs projetées
- Les douleurs pelviennes dysfonctionnelles
- Principes thérapeutiques

Douleurs d'origine thoraco-lombaire

- Les douleurs des nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique et génito-fémoral (cicatrices+++)
- Les douleurs référées, de la charnière thoraco-lombaire (syndrome de Maigne)

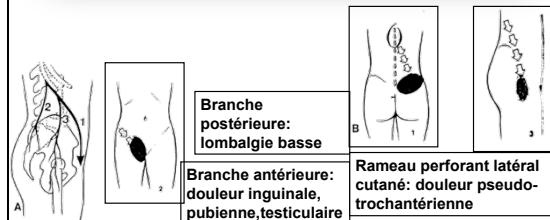


Syndrome de Maigne

- Souffrance des branches postérieures des nerfs rachidiens
- Notion de dérangement intervertébral mineur: *dysfonction douloureuse bénigne auto entretenue du segment vertébral de nature mécanique et réflexe réversible sans traduction radiologique*
 - Asymptomatique localement
 - Signes cliniques rachidiens
 - Douleurs projetées
- S'exprime par un syndrome segmentaire cellulo-téno-myalgique,
 - Dermocellulalgie
 - Pseudo viscérale
 - Insertions ténopériostées (sclérotome)
 - Cordons myalgiques (myotome)



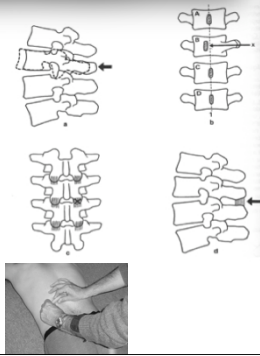
DIM thoraco lombaire: les douleurs



Syndrome de Maigne

Examen segmentaire rachidien:

- Pression axiale sur l'épineux
- Pression latérale sur l'épineu
- Pression-friction sur les massifs articulaires postérieurs
- Pression sur le ligament interépineux
- Cellulagie: palper rouler
- Myalgies fessières hautes
- Hypersensibilité hémipubis



Ce qu'appréhende le pelvi périnéologique

- La topographie des douleurs
- Les douleurs myalgiques / myofasciales
 - Au niveau des obliques, grands droits
 - Mais aussi de la partie haute des fesses
- Les douleurs à la pression osseuse
 - Pression sur l'hémipubis
 - Mais aussi sur la partie antérieure des branches ischio-pubiennes

Syndrome de Maigne: questions

- Quelles douleurs peuvent être intégrées dans le contexte?
 - Syndrome douloureux de la vessie sans anomalie cystoscopique
 - Douleurs testiculaires
 - Pubalgies, douleurs inguinales
 - Douleurs pelviennes inexplicables
 - Douleurs urétrales, douleurs per ou post éjaculatoires

plan

- Les douleurs neuropathiques
 - D'origine sacrée
 - Nerf pudendal
 - Nerf cutané postérieur de la cuisse
 - Diagnostic différentiel: vulvodynies provoquées
 - D'origine thoraco lombaire
 - Pariétales
 - Douleurs projetées
- Les douleurs pelviennes dysfonctionnelles
- Principes thérapeutiques

Les autres douleurs pelvi périnéales: impact médico économique

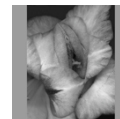
	prévalence pour 100 000	coût
prostatite chronique	10 000 (10%)	4 000\$ par an et par patient
cystite interstitielle	239 à 306 (0,23 à 3%)	4 000\$ par an et par patient
douleurs épидидymo testiculaires	15 à 20 000 (15 à 20%)	des coûts de prise en charge
dyspareunie profonde	14 000 (14%)	annuelle par patient id. à ceux des
douleurs per ou post éjaculatoires	1 000 à 9 000 (1 à 9%)	douleurs neuropathiques et à celui des lombalgies
douleurs pelviennes chroniques de la femme	15 à 21 000 (15 à 21%)	
vulvodynies	4 000 à 4 700 (4 à 4,7%)	
intestin irritable	2 600 à 12 000 (2,6 à 12%)	




douleur neuropathique dans la population française : 6,9% = 6 900 / 100 000

Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N, Laurent B, Toubloul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008;136:380-7.




L'approche traditionnelle des spécialistes d'organes

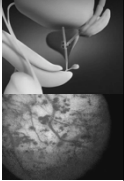
- Les pathologies non visibles ne peuvent être qu'en rapport avec une atteinte de l'organe et d'origine
 - Infectieuses
 - Ou inflammatoires






« <i>Viscer-ite?</i> »		
		
urologue	gynécologue	gastro
Prostatite chronique	Vestibulite vulvaire	Colite spasmodique
Cystite interstitielle	Adhérences	Syndrome du releveur
Cystalgie à urine claire	Endométriose	Proctalgies fugaces

Mais ...
<ul style="list-style-type: none"> • Pas de preuve infectieuse • Pas de preuve inflammatoire • Inefficacité prouvée des antibiotiques et des antiinflammatoires • Pas de preuve de la responsabilité de l'hypertonie musculaire • Pas de preuve de pathologie d'organe évolutive ou discordance anatomo-clinique (ex adhérences, endométriose) • Une clinique mal précisée notamment en terme de topographie

Une constante : des douleurs et des troubles fonctionnels pelvi périnéaux:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Pollakiurie, • Dysurie • Troubles éjaculatoires
	<ul style="list-style-type: none"> • Dyspareunie • Aggravation prémenstruelle
	<ul style="list-style-type: none"> • Constipation • Diarrhée

Évolution de la terminologie: ex la vessie	
<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de vessie douloureuse (Bladder pain syndrome 2002) • Syndrome douloureux de la vessie (Painful bladder syndrome PBS 2007) <ul style="list-style-type: none"> – C'est le patient qui attribue la douleur à sa vessie – Avec ou sans anomalie cystoscopique lors de la distension vésicale sous AG – Permet de différencier deux grands groupes de patients <ul style="list-style-type: none"> – Maladie de la paroi vésicale – Hypersensibilité vésicale 	

Évolution de la terminologie	
	<ul style="list-style-type: none"> • Prostatite chronique abactérienne <ul style="list-style-type: none"> – Syndrome de douleur pelvienne chronique de l'homme (CPPS 1995) <ul style="list-style-type: none"> • Mais confusion pelvis et périnée!
	<ul style="list-style-type: none"> • Vestibulite vulvaire <ul style="list-style-type: none"> – Vulvodynie provoquée localisée – Par opposition aux vulvodynies généralisées, spontanées <ul style="list-style-type: none"> • Rentre dans le cadre des douleurs "fonctionnelles"
	<ul style="list-style-type: none"> • Colite, colopathie fonctionnelle <ul style="list-style-type: none"> – Syndrome de l'intestin irritable <p>l'organe crée la douleur l'organe exprime la douleur</p>

Douleurs dysfonctionnelles: arguments pour un concept global
<ul style="list-style-type: none"> • 1. Les co-morbidités dans 30 à 85% des cas <ul style="list-style-type: none"> – Avec les douleurs dysfonctionnelles <ul style="list-style-type: none"> • fibromyalgie • SII • syndrome de fatigue chronique – Entre elles: ex: associations syndrome douloureux vésical <ul style="list-style-type: none"> • Et douleurs urétrales • Et douleurs abdomino-pelviennes • Et vulvodynies • Et endométriose • Et névralgie pudendale – fréquence des dysfonctions sexuelles dans vulvodynies, syndrome douloureux vésical, névralgie pudendale, CPPS

Arguments pour un concept global

- 2. Les éléments déclenchants
 - Post infectieux
 - Post traumatique
 - Immuno-allergique
- 3. Dysfonction des barrières épithéliales
 - Urothélium (test au K)
 - Tube digestif
- 4. L'inflammation neurogène
 - Aspect « inflammatoire » (vessie, vulve)
 - Activation des mastocytes (PBS, IBS)
 - Leucocytes et marqueurs de l'inflammation (PBS, IBS, Vulvodynies)

Arguments pour un concept global

- 5. Arguments expérimentaux: « les organes se parlent les uns aux autres »
- 6. Des cliniques semblables:
 - Association douleurs et troubles fonctionnels pelvi-périnéaux
 - Diminution des seuils de perception à la distension (vessie, rectum), au contact (vulve), à la pression musculaire, lors de l'activité sexuelle...
 - Des fluctuations symptomatiques dans des limites définies
 - SII: passages diarrhée / constipation
 - BPS: fluctuations des volumes urinés

Arguments pour un concept global

- 7. Les modifications cognitives, émotionnelles
 - Semblables aux autres douleurs chroniques
- 8. Des terrains favorisants
 - Histoires de vie: antécédents d'abus sexuels ou physiques, multiplicité des actes chirurgicaux
 - Facteurs génétiques: populations caucasiennes, prédominance féminine
- 9. Innervation commune: SYMPATHIQUE avec des fonctionnements en boucles, facteurs de pérennisation

De la lésion à la dysfonction

Pathologie d'organe: infection / inflammation

Syndrome douloureux pelvien chronique :

- Prostatite chronique
- Cystite interstitielle
- Vestibulite vulvaire

Syndrome douloureux pelvien complexe =
Douleurs pelviennes dysfonctionnelles



LA NEUROPHYSIOLOGIE simplifiée

- Un éventuel élément déclenchant : présent ou qui a pu disparaître (ex infection, traumatisme)
- Une notion de terrain vulnérabilité à la douleur (ex fibromyalgie, migraine,...)

Le bois



La marée

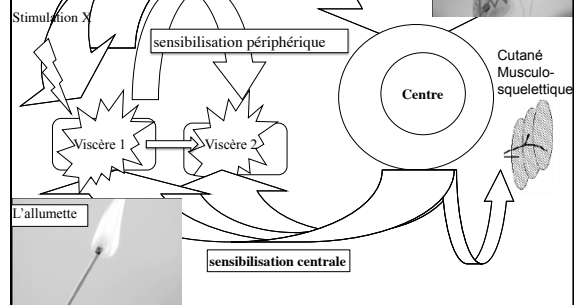
Ce n'est pas parce qu'elle n'est pas visible que la douleur est illégitime !!!

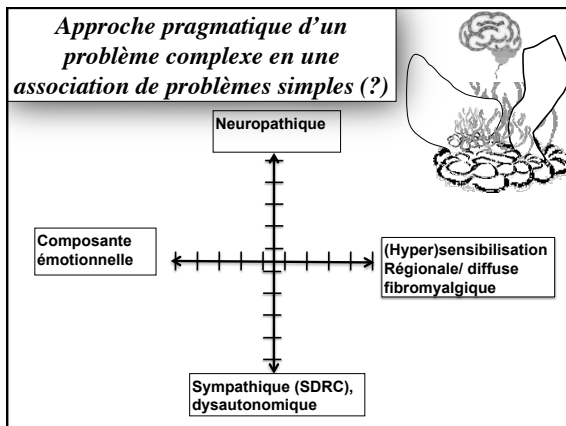
Des Neurophysiologie



Filtres et amplificateurs

- Dimension neuropathique
- Dimension d'hypersensibilisation
- Dimension sympathique (dysautonomique)
- Dimension émotionnelle





1/ Dimension neuropathique

- caractères de la douleur:
 - brûlures, décharges électriques ,coups de couteau, étai, paresthésies, engourdissements....
- Allodynie mécanique:
 - contact des vêtements, contact vulvaire (VV), remplissage vésical (PBS), distension rectale (SII)
- Territoire
 - pudendal sacré ou thoraco lombaire
- Efficacité des médicaments utilisés contre les douleurs neuropathiques
 - tricycliques, IRS, antihyperlagésiants

2/Critères cliniques de sensibilisation pelvienne
(méthode Delphi – groupe Convergences PP):
un contexte évocateur

- douleur pelvi-périnéale évoluant depuis plus de 6 mois (2 mois pour le post op)
- dont l'expression clinique est disproportionnée eu égard aux éventuels éléments lésionnels
- d'aspect neuropathique (brûlure +++ non déficitaire (sensitif et moteur)
- dont les symptômes peuvent être focaux ou diffus dans l'ensemble de la région pelvi –périnéale

Sensibilisation=diffusion spatiale et temporelle (durée de la post-stimulation)

Score de sensibilisation pelvienne /10: les données de l'interrogatoire

Troubles fonctionnels non douloureux		
1	•urinaires	Pollakiurie, dysurie
2	•digestifs	Diarrhée / constipation, dyschésie
Hypersensibilité pelvienne (contact, distension)		
3	•urinaire	•Vessie: douleurs au remplissage , soulagées / miction •Urèthre : douleurs post mictionnelles
4	•digestive	•Rectale: douleurs soulagée par la défécation ou l' émission de gaz •Anale: douleurs per ou post défécation
5	•sexuelle	Douleurs pendant ou après les rapports
6	•cutanée	Allodynie, hyperpathie au port des vêtements serrés

Score de sensibilisation pelvienne /10: les données de l'examen clinique

Hypersensibilité à la pression:		
7	•musculaire	Douleurs myofasciales: paroi abdominale, fesses, touchers pelviens
8	•osseuse	Pubis, branches ischio-pubiennes, ischions, coccyx
9	•Vulvaire ou testiculaire	Vulvodynie provoquée, pression testiculaire
Notion de terrain		
10	•Autres dou. Fonctionnelles	Fibromyalgie, Céphalées de tension, Dysménorrhée, SRDC, Intestin irritable, Sadam

Score de sensibilisation pelvienne: de 0 à 10

3/ Dimension: dysfonction sympathique, dysautonomie (type SDRC et douleur viscérale)

- Contexte post traumatique, post opératoire
- Douleurs testis, urèthre, post éjaculatoires
- Vestibulodynie
- Sensations de corps étranger intracavitaire
- Diffusion des projections douloureuses
- Fesses froides,
- Douleurs à la pression osseuse
- Aspects inflammatoires (VV, IC, testis)
- Sensibilité aux blocs sympathiques (impar, bloc sympathique en L1-L2, bloc hypogastrique): «sympathalgies»

4/Dimension émotionnelle

- Intrication terrain et réactions
- Terrain
 - Syndrome de stress post traumatique
 - Antécédents d'abus physiques ou sexuels
 - Catastrophisme
 - *Mais la pathologie ne peut se réduire à cette notion de terrain*
- Réactions à la chronicité
 - Dépression
 - Peurs
 - Altération de la sexualité
 - retentissement familial, social, professionnel



De la lésion à la dysfonction

- Evolution des concepts / le poids des mots
- Tout faire pour traiter une lésion causale même non visible (névralgies)

= De l'allumette à l'incendie

- facilite l'interrogatoire et l'examen clinique
- débouche sur des thérapeutiques méconnues des spécialistes d'organe mais du domaine de l'algologie
- Permet de dépister des sujets à risque avant la chirurgie fonctionnelle pelvienne
- Approche transdisciplinaire
- Justification d'une analyse symptomatique et d'une logique thérapeutique adaptée à la demande du patient



plan

- Les douleurs neuropathiques
 - D'origine sacrée
 - Nerf pudendal
 - Nerf cutané postérieur de la cuisse
 - Diagnostic différentiel: vulvodynies provoquées
 - D'origine thoraco lombaire
 - Pariétales
 - Douleurs projetées
- Les douleurs pelviennes dysfonctionnelles
- Principes thérapeutiques

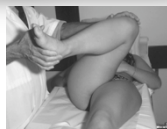
Modalités thérapeutiques

- Objectifs réalistes: amélioration ce n'est pas guérison
- Traitement de la douleur neuropathique
 - Médicaments de la douleur neuropathique
 - Antidépresseurs tricycliques, duloxétine
 - Antiépileptiques (gabapentine, progabaline)
 - Aucune étude spécifique
 - Compromis entre efficacité et tolérance
 - Neurostimulation TENS nerf tibial postérieur
 - Hypnothérapie



Kinésithérapie

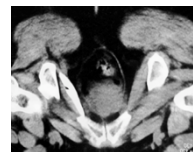
- levée des tensions musculaires
- Rééquilibration lombo-pelvi-fémoral
- Aide à la reconstruction du schéma corporel



2/3 d'amélioration

Infiltrations thérapeutiques du nerf pudendal

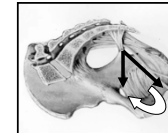
- En première intention: ligament sacro épineux
- Puis canal d'Alcock
- Corticoïdes, grands volumes de sérum?
- Protocole randomisé, multicentrique en double aveugle
- Aucun effet thérapeutique des stéroïdes +++



Place de la chirurgie ?

Chirurgie de libération du nerf pudenda

- 1er patient opéré 1987 .
- Indication: critères de Nantes et persistance d' une douleur invalidante malgré :
 - Infiltrations , kiné, médicaments
- Technique
 - Abord transfessier, en genito pectoral
 - Libération du nerf au niveau des sources de conflit
- Résultats à un an
 - Améliorés 70-75% (50% de plus de 50% de la douleur initiale)
 - Aggravation de la douleur : 2%
 - Pas d' aggravation neurologique
 - Facteur pronostique: âge +++
- Des défauts mais seul traitement validé par un protocole randomisé



retenir

- Névralgie pudenda par syndrome canalaire: diagnostic clinique sur des critères simples
- Fréquence des douleurs projetées d' origine thoraco lombaire
- Névralgies pudendales symptomatiques: y penser si:
 - réveils nocturnes /douleurs surtout paroxystiques
 - Existence d' une hypoesthésie périnéale
- Névralgie pudenda s' intègre souvent dans un contexte de dysfonctionnement pelvi-périnéal +++ en rapport avec des réactions réflexes et des phénomènes d' hypersensibilisation pelvienne
 - Urinaire: pollakiurie, dysurie
 - Digestif: dyschésie
 - Sexuel: dyspareunie, vestibulodynie
 - Douleurs myofasciales