

Algies pelvi-périnéales anorganiques ou dysfonctionnelles

Objectifs pédagogiques

- Décrire les différentes algies et leurs causes
- Connaître le bilan préthérapeutique
- Connaître les traitements validés
- Connaître les thérapies non conventionnelles

Introduction

Quand la douleur pelvienne est devenue chronique (évoluant depuis plus de 6 mois) et que les bilans lésionnels habituels restent désespérément négatifs (imagerie, endoscopie, ...), commence alors une démarche diagnostique qui sort du champs habituel des pathologies d'organes (douleur « an-organique ») c'est le domaine des « douleurs fonctionnelles ».

Pourtant le terme de douleur « dysfonctionnelle » apparaît plus adapté en français, traduisant plus exactement le « fonctionnal pain [1] » anglais car soulignant l'existence de l'altération d'une fonction, mais aussi d'un dysfonctionnement des mécanismes de régulation de la douleur et ne préjugant pas de la cause ;

Une fois éliminée la pathologie d'organe (vessie, appareil digestif, appareil génital), et donc un facteur nociceptif persistant et expliquant à lui seul la pathologie, comment orienter une enquête qui revient donc essentiellement à la clinique et notamment à l'interrogatoire ?

En pratique, le bilan paraclinique préthérapeutique se résume à la recherche de pathologies organiques potentiellement causales et a le plus souvent déjà été réalisé lorsque se pose la question d'une pathologie dysfonctionnelle. Le but de ce bilan est, dans ce cadre, de ne pas passer à côté d'une pathologie organique éventuellement curable.

L'autre danger serait de s'obstiner à vouloir « voir » la douleur ou sa cause ce qui constitue, par définition, une utopie. Cette recherche « jusqu'au boutiste » est parfois non dénuée de risque : risques propres des examens, risques d'interprétation abusives (traitement, ...), mais surtout risque de confirmer le patient dans le schéma irréal ici : recherche de cause = découverte de cette dernière = ablation de la cause = retour à un statut ante.

En outre, l'absence de preuves objectives concernant une sensation est Obligatoire et ne doit pas être considérée comme la preuve d'une origine psychiatrique de la sensation.

Les algies pelviennes anorganiques sont souvent protéiformes dans leur présentation, variables au cours du temps, masquées ou déformées par une détresse et une souffrance morale souvent mise au premier plan.

Le défi des soignants sera de démembrer la symptomatologie, de la comprendre, de valider les symptômes ressentis, de transformer un problème complexe en

Th. Riant, J.-J. Labat

une somme de problèmes simples, de recadrer le patient sur des objectifs concrets, petits et réalistes.

Rappels de neuroanatomie et de physiologie de la douleur

Innervation sensitive du pelvis et du périnée [2]

Quelques connaissances minimales sont indispensables afin de bien comprendre les différents tableaux cliniques.

Le périnée et le pelvis sont deux entités différentes au moins par leur innervation sensitive. Ainsi le périnée, dont la limite supérieure est le levator ani, bénéficie d'une innervation sensitive mixte somatique et végétative. Les viscères pelviens sont quant à eux exclusivement innervés par le système sympathique.

L'innervation sensitive somatique du périnée est principalement assurée par le nerf pudendal (origine S3), mais aussi par les rameaux clunéaux inférieurs du nerf cutané postérieur de la cuisse (origine S2) et enfin par les branches terminales des nerfs ilio-inguinaux, ilio hypogastriques et génito-cruraux (origine thoracolumbaire).

Les voies végétatives du périnée convergent pour une large part vers le ganglion de Walther (IMPAR) puis

■ Th. Riant (✉)

Centre fédératif de pelvi-périnéologie, CHU Nantes, 44095 Nantes Cedex.
UETD M Bensignor, Centre Catherine de Sienne/Nouvelles Cliniques Nantaises
2, rue Tabarly, 44200 Nantes.

■ J.-J. Labat, Centre fédératif de pelvi-périnéologie, CHU Nantes, 44095 Nantes Cedex.

cheminent le long des chaînes sympathiques prévertébrale et pénètrent le SNC (système nerveux central), *via* les rameaux communicants au niveau de la charnière thoraco-lombaire (L1L2).

Les voies végétatives pelviennes cheminent *via* les plexus hypogastrique inférieurs puis supérieur, et convergent pour pénétrer le SNC au niveau de la charnière thoraco-lombaire (L1L2).

Physiologie de la nociception et plasticité neuronale

La douleur est la résultante de l'intégration au niveau cortical d'un message transporté jusqu'à lui par des voies spécifiques : les voies nociceptives.

La qualité des systèmes d'intégration mais aussi de transport de l'information peut se modifier parfois de façon considérable en l'absence même de modification du stimulus nocicepteur à l'origine du message.

Les voies nociceptives vont se modifier, devenir le plus souvent « hypersensibles » en réponse à un stimulus nociceptif. Ces modifications seront fonction non seulement de la nature, du type, de l'intensité du stimulus mais aussi de l'état initial du patient, ainsi que de facteurs génétiques (ou plus généralement innés) [3].

Le système cortical d'intégration de la douleur est lui aussi plastique et sa réponse (la douleur) dépendra bien sûr de la qualité du message apporté par les voies nociceptives mais aussi des expériences antérieures, de sa signification culturelle, de mécanismes d'anticipation sur son pronostic supposé, de l'importance de l'insécurité créée par cette situation dangereuse, ... [4].

En effet il faut rappeler que la douleur aiguë (proportionnelle à l'intensité du stimulus nocicepteur) est avant tout un système d'alarme visant à protéger le corps. Ainsi la douleur peut être comparée à un signal de danger.

La réponse du système d'intégration (la douleur ici) va générer des réponses : motrices, humorales, cognitives susceptibles de modifier directement

l'efficacité des voies nociceptives et du système d'intégration lui-même.

Il peut se créer, dans certaines circonstances, chez certains patients, à un moment donné de leur vie, un véritable cercle vicieux où la douleur tend à augmenter sans que le stimulus nociceptif générateur ne change.

La douleur chronique correspond en fait à une modification phénotypique, peu réversible, de la qualité de la sensorialité douloureuse.

À ce moment, on comprend aisément que le traitement d'une cause aussi évidente soit-elle, suffit rarement à traiter le syndrome.

Les grands syndromes

Syndrome de l'Intestin irritable (SII), colopathie fonctionnelle [5]

Le syndrome de l'intestin irritable est une entité exclusivement clinique définie par les critères de ROME 3 qui associent des troubles fonctionnels évoluant plus de trois mois au cours des douze mois précédents, caractérisé par une variation de la fréquence des selles ou de leur consistance, une douleur, une gêne abdominale soulagées par l'exonération ou l'émission de gaz. Ces symptômes survenant sans qu'une étiologie organique puisse à elle seule les expliquer.

Ils s'y associent (critères non obligatoires) : une fréquence anormale d'exonération, une consistance anormale des selles, une émission de mucus, des sensations de ballonnements ou de distension abdominale, une émission anormale des selles (efforts de poussée, défécation impérieuse ou sensation de vidange incomplète).

Épidémiologie : Le SII affecte 15 % de la population, 2/3 de femmes, souvent avant 50 ans.

Physiopathologie : Le modèle biopsychosocial demeure le moyen le plus pragmatique pour intégrer et évaluer les interactions biologiques et psychosociales qui amènent une dysrégula-

tion de l'axe système digestif-cerveau (*brain-gut axis*) associée à une perturbation de la motilité intestinale, à une hyperalgésie, à une perturbation de la fonction immunitaire et de la microflore bactérienne intestinale de même qu'à une dysfonction autonome et hormonale.

Le syndrome douloureux de la vessie [6]

Ce syndrome, exclusivement clinique, caractérisé par les critères de l'ESSIC en 2008 concerne une gêne ou douleur attribuées à la vessie, évoluant depuis plus de six mois, responsables d'envie persistante (à différencier de l'urgenterie et sa notion de soudaineté), ou associées à une pollakiurie.

Il est intéressant de se pencher sur l'évolution du concept au cours de l'histoire de ce syndrome initialement appelé cystite chronique, cystalgie à urine claire, cystite interstitielle puis syndrome de vessie douloureuse et enfin syndrome douloureux de la vessie. Le choix des mots met en évidence une évolution dans la compréhension. Un premier terme désignant la victime (vessie) et le mécanisme (inflammation, infection), un deuxième terme établissant un focus sur la victime (vessie) puis le signe clinique (douleur) sans référence à un mécanisme, une troisième définition se concentrant sur le symptôme (douleur) et laissant plus de liberté quant à l'origine réelle de la douleur (vessie victime, ou vessie mode d'expression ou média de la douleur).

Contrairement aux autres syndromes douloureux dont nous discuterons ici, le syndrome douloureux de la vessie comprend deux entités. Une organique définie par des lésions visibles et remarquables de la muqueuse vésicale et une autre où ces lésions sont absentes.

Le diagnostic est assuré par l'interrogatoire, la réalisation d'un calendrier mictionnel et les résultats de la cystoscopie avec hydrodistension courte sous anesthésie générale.

D'un point de vue épidémiologique, on retrouve une nette prédominance

féminine avec un sex ratio de 10/1. L'importance de cette prédominance étant discutable car nombre d'hommes présentant ce syndrome sont étiquetés « prostatite chronique ».

Les hypothèses physiopathologiques sont nombreuses : post-infectieuses, immunologiques, neurogènes, traumatiques, psychiques (syndrome de stress posttraumatique).

La cystoscopie avec hydrodistension courte est l'examen clé du diagnostic en montrant ou non des anomalies pariétales (mais qui manquent de spécificité imposant des corrélations au contexte clinique), sans oublier bien sûr l'ECBU et la réalisation d'un bilan urodynamique, d'un dosage des PSA pour les hommes de plus de 40 ans.

Névrалgie pudendale (NP), névrалgie clunéale

Une conférence d'experts français réunis à Nantes en 2007 a permis d'établir les critères diagnostiques de la névrалgie pudendale dans le cadre le plus fréquent, d'un syndrome canalaire. Ces critères ont été publiés et sont maintenant admis [7].

Il s'agit donc de douleurs concernant majoritairement le territoire pudendal (périnéal), se majorant en position assise (diminuant en position couchée), ne réveillant habituellement pas le patient, non déficitaires à l'examen clinique (absence d'hypoesthésie objective) et que fait disparaître une anesthésie tronculaire (uni ou bilatérale selon les cas) du nerf pudendal à la hauteur de l'épine sciatique.

Cette définition très large ne permet pas de différencier une entité plus récente et souvent associée : la névrалgie clunéale [8]. Cette dernière se différencie de la névrалgie pudendale, par un territoire légèrement plus latérale au niveau périnéal et des irradiations fessières basses et vers la partie postérieure de la cuisse, plus fréquentes. Le diagnostic est assuré par la réalisation d'une anesthésie des rameaux clunéaux inférieurs à la hauteur de l'ischion qui fait disparaître la symptomatologie.

Il existe 4 critères d'exclusion au diagnostic de syndrome canalaire du nerf pudendal, qui constituent des signes d'alarme imposant le recours à des examens complémentaires d'imagerie ou de dermatologie :

- le réveil habituel par la douleur,
- des douleurs non situées sur le périnée,
- le caractère fulgurant prépondérant, ou prurigineux,
- la négativité immédiate du test diagnostique infiltratif.

En outre il est rare que le syndrome soit aussi isolé. Le plus fréquemment les NP s'accompagnent d'un cortège de douleurs locorégionales ou diffuses qu'il faudra savoir démembrer et comprendre :

- les douleurs de type sciatologie tronquée (face postérieure de la cuisse) ou pseudo obturatrice (face interne de la cuisse) en relation avec des syndromes myofasciaux (psoas, piriforme, obturateur interne, elevatorani) ou des conflits communs (nerf sciatique et cutané postérieur de la cuisse au niveau de l'espace sous piriforme ; nerf obturateur au niveau de son trajet à la face latérale du muscle obturateur interne (chef pelvien)) ;
- les douleurs fessières positionnelles en relation avec une névrалgie clunéale ou un syndrome musculaire profond (piriforme ou obturateur interne) ;
- les coccygodynies associées ;
- les associations de syndromes digestifs, vésicaux, sexuels, ... évoluant des phénomènes d'hypersensibilisation régionale, notamment viscérale ;
- un syndrome anxiodépressif réactionnel ou majoré par la symptomatologie.

Les douleurs postopératoires opératoires chroniques (DPOC) [9]

Les DPOC constituent la deuxième cause de douleurs chroniques. Si l'incidence relative des DPOC après chirurgies abdomino-pelviennes cou-

rantes n'est pas la plus importante, le nombre relatif de ces interventions est telle, que la chirurgie pelvienne (périnéale, gynécologique, urologique) représente la première cause de douleur postopératoire.

Les DPOC sont majoritairement secondaires soit à des lésions nerveuses, soit (et) à des mécanismes d'hypersensibilisations.

Les implications en terme de santé publique, en terme de souffrance, en terme de préjudice, en terme de judiciarisation médico-légales sont importantes.

Il est clairement établi que par-delà le geste lui-même (durée, importance, mode de réalisation, analgésie postopératoire...) il existe des facteurs de risque directement en relation avec le patient lui-même.

Les facteurs propres au patient sont nombreux : origine ethnique, sexe, âge, chirurgie antérieure, douleurs antérieures, traitements associés, peur de l'intervention, statut social, espérance inadaptée, ...). L'importance de ces facteurs expliquent pour partie l'existence de DPOC majeures, faisant suite à des traumatismes chirurgicaux mineurs, voire insignifiants (toucher rectal ou coloscopie par exemple).

Bien que non formellement prouvée, la reconnaissance des facteurs de risques devrait permettre de diminuer l'incidence des DPOC par l'institution de protocoles spécifiques propres à la chirurgie et au patient considéré.

Le syndrome douloureux pelvien chronique (anciennes prostatites chroniques)

Défini en 1999 par la NIH : Douleur pelvienne génito-urinaire sans bactéries évoluant depuis au moins trois mois parfois associée à des troubles mictionnels et sexuels, inflammatoire (IIIA) ou non (IIIB) selon la présence ou non de leucocytes dans les sécrétions prostatiques, les urines recueillies après massage prostatique ou dans le sperme.

Le syndrome douloureux pelvien complexe

La douleur est le signe majeur, le pelvis est la zone dans laquelle s'exprime cette douleur. Cette douleur intéresse une zone, plusieurs fonctions et donc plusieurs organes.

Ce modèle reflète la fréquence des associations des syndromes précédents, laisse la place au concept de dysfonctionnement du système nociceptif (hypersensibilisation) et permet d'expliquer les similitudes épidémiologiques, sémiologiques des syndromes précédents. Il ouvre la voie à une approche thérapeutique plus globale qui permet d'associer, sans exclusivité, des traitements locaux spécifiques, de chaque organe, à des traitements fonctionnels spécifiques de chaque fonction, à des traitements visant à moduler le système nociceptif lui-même (anti-hyperalgésiants [10]). Il plaide pour une approche transdisciplinaire de ces pathologies.

Ce modèle est sous-tendu par des études expérimentales chez l'animal [11] et par la compréhension des différents syndromes, Il n'interdit pas, et au contraire incite, à traiter les pathologies organiques pouvant exister (endométriose, névromes post-chirurgical, névralgies pudendales, ...) qui pourraient faire office « d'épine irritative ».

Enfin le modèle de l'hypersensibilisation est comme celui de la douleur chronique un modèle biopsychosocial.

Par ailleurs, la taxonomie choisie est fortement et volontairement évocatrice du syndrome douloureux régional complexe (anciennement Neuroalgodystrophie). Nombreux sont les experts de chaque domaine à évoquer une forte parenté entre ces deux entités.

La stratégie thérapeutique

La prise en charge de ces douleurs dysfonctionnelles pelviennes n'est pas spécifique et va découler des expres-

sions symptomatiques en fonction des différentes « dimensions » de cette douleur découvertes par l'interrogatoire et de l'examen clinique :

- dimensions neuropathiques, dimensions d'hypersensibilisation,
- dimensions « sympathiques »,
- dimensions rachidiennes, musculaires,
- dimensions psychiatriques et émotionnelles,
- éventuellement dimensions organiques associées,
- dimensions fonctionnelles et sociales.

Cette prise en charge implique les spécialistes d'organes avant tout puisque ce sont à eux que s'adressent les patients mais nécessite d'élaborer des stratégies de prise en charge transdisciplinaire (spécialistes d'organe mais aussi algologues, kinésithérapeutes, psychologues, psychiatre, sexologues, assistante sociale, ...).

Les principes

Validation de la plainte

Étape essentielle et quasi-indispensable du diagnostic. La douleur, la gêne n'est pas une invention du patient mais l'expression de son ressenti. Le fait de ne pas voir la cause, ou de voir une cause minime, ou de voir une cause par trop évidente (viol [12], cicatrice, ...) conduit à minimiser la souffrance, à construire des schémas simplistes souvent responsables d'échecs ou d'impasse thérapeutique.

Par définition la relation proportionnelle entre douleur chronique et stimuli nociceptif qui la génère n'existe pas. Nier l'intensité de la douleur ou de la gêne permet au soignant de minimiser son échec, ou sert à masquer son manque de compétence dans le domaine. En outre, vouloir, devoir, à la manière des « experts », prouver objectivement une douleur, revient à objectiver une sensation qui est par essence subjective. Le risque étant alors que l'absence de preuves de la douleur (absence de causes visibles)

justifie une absence de traitement et/ou de reconnaissance de la souffrance.

Primum non nocere, ne pas réitérer les examens inutiles

Dans ce contexte d'hypersensibilisation qui se caractérise entre autres par une allodynie (douleur pour des stimulations non nociceptives) et/ou une hyperpathie (douleurs exagérées pour des stimulations nociceptives) le risque est de majorer la symptomatologie par des examens à la hussarde, des gestes invasifs.

Chaque geste doit être décidé en connaissance de cause et dans les meilleures conditions.

Tentative treatment

La plurifactorialité à l'origine de ces syndromes rend illusoire la croyance en un traitement unique et constamment salvateur.

Proposer et expliquer une stratégie basée sur l'évaluation constante, prévue, connue de traitements non constamment efficaces et souvent pourvoyeurs d'effets secondaires.

Il n'en demeure pas moins que cette stratégie est relativement formalisée permettant de proposer un algorithme basé sur le démembrement de la symptomatologie et la réponse aux traitements (cf. schéma).

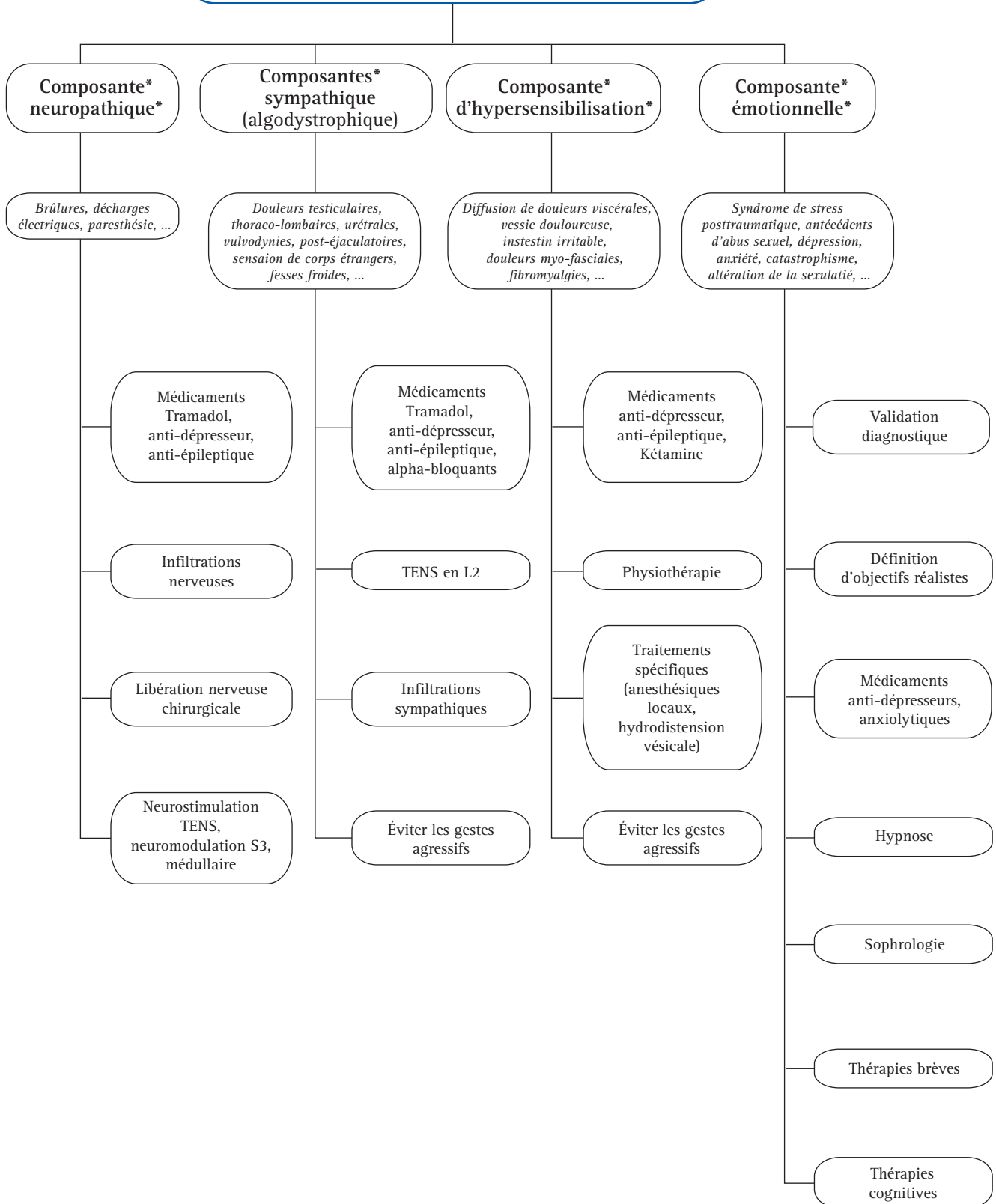
Améliorer la fonction, l'autonomie, diminuer l'empêchement, pragmatisme

Le but et les objectifs du traitement doivent être clairement établis et cela avant d'entamer une escalade thérapeutique. L'ensemble de ces traitements sera, globalement, moins efficace que les souhaits initiaux du patient. Pour autant, si l'amélioration et non pas la guérison est le désir du patient, ils pourront être grandement utiles.

Préserver la relation médecin malade

S'agissant de pathologies chroniques au pronostic incertain, aux conséquences

Prise en charge thérapeutique du syndrome douloureux pelvien complexe



fonctionnelles lourdes, la relation patient-soignant est primordiale. Le risque des échecs thérapeutiques répétés étant l'épuisement du patient (nomadisme, quête de LA solution), ... et du soignant (burn out).

Le traitement des fonctions : l'éducation thérapeutique, les « petits moyens »

Adaptation de la position assise

L'amélioration de la possibilité de position assise est une demande essentielle, l'utilisation de coussin, de siège inversé. Il faut aussi obtenir la reconnaissance « officielle » du handicap. Aider le patient à s'adapter pour maintenir une certaine qualité de vie sociale.

Amélioration de la fonction digestive

Le traitement symptomatique des troubles fonctionnels passe par la tentative d'institution de régime, des traitements avec entre autres des régulateurs du transit, de règles hygiéno-diététiques, de massage.

Un focus particulier peut être porté sur l'utilisation de l'hypnose qui trouve ici un champ d'action intéressant, dépourvu d'effets secondaires patents, et surtout efficace [13].

Amélioration de la fonction vésicale

L'explication de la pathologie, l'exclusion d'aliments déterminés comme augmentant la symptomatologie du patient, l'utilisation d'aliments particuliers comme la canneberge, la réalisation d'agenda mictionnel pour évaluer l'efficacité des traitements, constituent la base de l'éducation thérapeutique.

Amélioration de la fonction sexuelle

La baisse de la libido, la baisse de la qualité de l'érection, les dyspareunies sont sources d'altération parfois complète de la vie sexuelle. La sexo-

thérapie, la redéfinition d'objectifs concrets et réalistes, les thérapies cognitivo-comportementales, l'hypnose trouvent ici une place de choix.

Les traitements spécifiques du syndrome canalaire pudendal

Kinésithérapie [14]

La kinésithérapie, et singulièrement la prise en charge des syndromes myofasciaux pelviens fréquemment associés aux névralgies pudendales mais aussi aux autres syndromes douloureux pelviens dysfonctionnels, semble être partiellement efficace.

On comprend aisément la difficulté de réaliser des études « EBM » dans ce domaine. Néanmoins l'innocuité des techniques (douceur impérative), le faible coût relatif plaide pour des indications larges pour peu que l'examen clinique mette en évidence l'existence de tels syndromes myofasciaux.

Infiltrations

Le but des infiltrations est double : diagnostique et thérapeutique.

Les moyens pour les réaliser sont variables selon les localisations, selon les critères de qualité que l'on veut se donner, et selon la disponibilité réelle de ces moyens. Globalement :

- Le TDM [15] permet de toutes les réaliser au prix d'une irradiation, et d'un coût certain.
- L'échographie [16] ne permet pas de réaliser d'infiltration du canal d'Alcock (en particulier pour les grands volumes) et du nerf obturateur par voie postérieure, est difficile à analyser *a posteriori* (lecture des images), pose des problèmes techniques chez les personnes un peu fortes, mais est beaucoup plus accessible.
- La stimulodétection [17] peut être associée à toutes les techniques (conférant une plus grande sensibilité), peut être utilisée seule dans le cadre des névralgies pudendales mais sans iconographie, pas de notion de hauteur de ponction, et

peu d'analyse *a posteriori*. Très accessible et peu coûteuse.

- La scopie [18] permet de réaliser l'infiltration du nerf pudendal à l'épine, du ganglion IMPAR, des rameaux communicants. Elles exposent le patient aux radiations, et aux risques de ponction intrapelvienne.
- À l'aveugle par voie périnéale : proposée en anesthésie et pour la réalisation de l'infiltration de l'IMPAR.

Infiltrations diagnostiques

Étape indispensable au diagnostic de névralgie pudendale [7]. L'infiltration du nerf pudendal doit être réalisée selon des critères de qualité stricte [19]. En particulier s'agissant de la réaction à un bloc anesthésique, il est impératif que le patient ait mal avant la réalisation de l'infiltration, que l'évaluation de l'évolution immédiate de sa douleur soit réalisée et colligée, que cette infiltration soit faite à un endroit connu (ligament sacro-épineux) et vérifié. Ce bloc diagnostic impose l'utilisation d'anesthésiques locaux.

Ces infiltrations peuvent apporter des renseignements complémentaires en fonction du lieu de leur réalisation (Alcock, Ligament sacro-épineux, clunéal [20], foraminale S3 ou S2, musculaires, nerf obturateur [21], IMPAR, plexus hypogastrique supérieur, L2, ...)

S'agissant d'infiltration à visée diagnostique, l'utilisation de substances lytiques est à proscrire.

Infiltrations thérapeutiques

Le but de cette infiltration est de traiter le patient. Elle peut se réaliser en un temps (avec l'infiltration diagnostique) mais est jugée à distance de l'infiltration (au moins trois semaines).

Systeme somatique et musculaire

L'usage de solutions lytiques est interdite hors situation carcinologique spécifique.

L'efficacité thérapeutique réelle est discutée et les chiffres varient de façon importante (trop) pour tirer des conclusions claires. La question du

nombre d'infiltrations nécessaire, de la fréquence des infiltrations, des produits à utiliser, du volume à utiliser est, à ce jour, en débat.

Système végétatif

Les infiltrations du système végétatif (IMPAR, plexus hypogastrique supérieure, Coeliaque) sont proposées de longue date dans la prise en charge des douleurs pelvipérinéales d'origine oncologique. Représentant le « gold standard » dans les douleurs du cancer de l'anus.

L'utilisation de solutions lytiques (ou radiofréquence normale) est possible après réalisation d'une infiltration test.

La coccygodynie représente l'indication de choix de l'infiltration de l'IMPAR en pathologie bénigne.

Chirurgie dans les syndromes canaux pudendaux

La chirurgie reste à ce jour le seul traitement validé de la névralgie pudendale [22].

Deux grandes voies d'abord sont proposées.

Transglutéale [22]

Consiste en un abord postérieur du nerf pudental, en position genupectoral, après dissection du gluteus-maximus, mise en évidence du ligament sacrotubéral, section de ce dernier, mise en évidence du nerf pudental dans son passage fessier, section du ligament sacro-épineux, transposition du nerf en intrapelvien, libération du nerf dans le canal d'Alcock, éventuelle neurotomie du nerf du muscle obturateur interne. Cette technique permet de voir et respecter le nerf sur tout son trajet. Aucune lésion pudendale ou déficit nerveux définitif n'a été décrit.

Trans-ischiorectale [23]

Cette voie proposée présenterait surtout l'avantage de ne pas rendre obligatoire la section du ligament sacrotubéreux mais l'inconvénient de ne pas couper entièrement le ligament

sacro-épineux donc de ne pas libérer tous les conflits.

Le principal reproche que l'on puisse lui faire est de rendre la vision directe du nerf parfois peu aisée et donc d'exposer, au moins théoriquement, à des lésions de ce dernier.

Chirurgie dans les autres syndromes douloureux pelvipérinéaux

Dans les douleurs postopératoires [24]

De façon paradoxale la chirurgie peut et doit faire partie des outils thérapeutiques à proposer dans le cas de certaines douleurs générées par une chirurgie antérieure. Les indications sont principalement les lésions nerveuses ayant pu être engendrées par la chirurgie (bandelettes transobtura-trices et névralgie obturatrice, lésion directe du pudental lors d'une spino-fixation, névromes dans les herniora-phies, ...).

Hydrodistension vésicale

Soit de courte durée dans le contexte de diagnostic du syndrome douloureux de la vessie, soit dans le cadre du traitement de la cystite inter-stitielle [25].

La neuromodulation dans le cadre des douleurs pelvipérinéales chroniques [26]

Le TENS (transcutanealelectric neuro stimulation)

Bien que non réellement prouvé, le TENS, en raison de son innocuité, de sa facilité d'emploi est souvent proposé soit au niveau S2 (retro tibiale) pour les douleurs périnéales (névralgie pudendale, clunéale, vulvodynie). Soit niveau L1L2 pour les douleurs viscéropelviennes (dyspareunie profonde, analgésie en coloscopie, travail, ...). Il faut souligner que l'absence de preuve de son efficacité est plus liée à des difficultés méthodologiques qu'à un manque d'engouement (recherche pubmed : TENS, pain, 2 607 articles).

Les neurostimulations radiculaires, médullaires, corticales

La neuromodulation médullaire est le gold standard dans nombre de douleurs chroniques rebelles aux thérapies usuelles.

Dans le cadre des douleurs pelvipéri-néales, les données sont plus fragmen-tées. Les doutes subsistent sur le lieu de stimulation idéal, sur les critères permettant de choisir le positionnement de l'électrode.

Actuellement, les possibilités de posi-tionnements sont les suivantes :

Radiculaires sacrées

Avec en leur faveur un bon recul en raison de leur utilisation dans le cadre du traitement de l'hyperactivité vési-cale et des troubles sphinctériens.

Leur efficacité sur la douleur est moins patente, rarement mis comme critère principale des études, ... Il existe un doute sur la pérennité de leur effet antalgique.

Médullaire

« Rétrograde » préganglionnaire

L'électrode est introduite au niveau péri-dural lombaire puis est dirigée caudalement au niveau du sacrum. Peu de données publiées en dehors d'études observationnelles, recul peu important.

« Antérograde » préganglionnaire

La sonde est introduite en périméningé via le hiatus sacré puis est dirigée dans un sens céphalique au niveau du sacrum. Il n'y a que peu de données publiées en dehors d'études observa-tionnelles et un recul peu important. Elle peut exposer à des problèmes de cicatrisation au niveau du hiatus sacré, de douleur en relation avec l'électrode au niveau du hiatus

Médullaire au niveau du cône terminal

Se rapprochant le plus des techniques usuelles de neurostimulation médul-laire dans des indications classiques et validées comme les sciaticques rebelles à la chirurgie. Il y a peu

d'étude, hors études observationnelles ou case report.

Médullaire au niveau thoracique haut

Peu d'études également hors *case report* et études observationnelles mais le rationnel est important surtout en cas de douleurs profondes ou viscérales [27].

Corticale

Uniquement quelques *case report*.

Les traitements médicamenteux de la composante neuropathique de la douleur chronique [28]

Cette composante neuropathique et/ou de douleurs chroniques est souvent présente dans l'ensemble des syndromes vus précédemment. Nous n'aborderons pas ici les traitements médicamenteux spécifiques au côlon ou à la vessie.

D'emblée, il convient de souligner qu'aucun des traitements proposés n'est systématiquement efficace. Quand cette efficacité existe, elle est souvent partielle. Il est rare de ne pas constater d'effets secondaires parfois importants.

D'une manière générale, il faudra introduire les traitements avec prudence, évaluer les effets positifs et négatifs, savoir les arrêter si le rapport bénéfice/coût est douteux.

Les antalgiques

L'OMS a classé les antalgiques en trois paliers en fonction de leur pouvoir pharmacologique supposé.

Les niveaux 1 et 2 (hors tramadol) ont peu de place dans le traitement des syndromes douloureux que nous avons évoqués. Ils ont, d'ailleurs, souvent été essayés et arrêtés par les patients.

Le tramadol (niveau 2) est parfois utilisé avec pour rationnel son action partielle sur les voies inhibitrices sérotoninergiques.

Les niveaux 3, morphiniques, ont peu de place ici. Leur utilisation est au mieux difficile et expose au risque de

majoration des phénomènes d'hyper-sensibilisation, de création de facto de syndrome de l'intestin irritable.

Les modulateurs des voies descendantes inhibitrices ou excitatrices

Ce groupe de médicaments qui comprend essentiellement les antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs de recapture de la sérotonine ou mixte, est souvent utilisé.

Ces traitements sont donnés en raison de leurs effets analgésiques et non pour leurs effets sur l'humeur. Il faut souligner que les doses utiles sont différentes selon que l'on cherche un effet antidépresseur ou un effet antalgique. En outre la vitesse d'apparition de cet effet (antidépresseur ou antalgique) est spécifique du médicament et de l'effet recherché.

Dans tous les cas l'effet n'est pas immédiat.

Il faudra savoir les introduire, de façon progressive, par palier.

Les antihyperalgésiants

On retrouve dans ce groupe principalement les gabapentinnoïdes (gabapentine et pregabaline).

Il faut souligner que ces traitements sont aussi maintenant proposés dans le cadre de la prévention des douleurs postopératoires chroniques.

D'autres familles médicamenteuses sont utilisées comme les antiNMDA (chef de file kétamine) mais uniquement en hospitalisation (pas D'AMM d'utilisation, pas d'études sur utilisation au long cours, suspicion de toxicité sur la muqueuse vésicale en cas d'exposition prolongée).

Enfin certains antihyperalgésiants comme le protoxyde d'azote (MEOPA) ont peut-être une utilité dans le cadre des traitements des hypersensibilisations.

La prise en charge psychologique et psychiatrique [29]

Les douleurs pelviennes anorganiques sont souvent causes directes et indi-

rectes et pour partie conséquences de troubles de l'humeur.

Il existe un cercle vicieux douleur-humeur ou humeur-douleur qui justifie le recours à des thérapies spécifiques pour peu qu'elles ne soient ni exclusives, ni faites en dernier recours, ni présentées comme miraculeuses.

Ne pas entendre ou être capable d'entendre un traumatisme ancien, une insécurité actuelle est, dans ces cas, une faute.

Attribuer l'origine des douleurs à un mécanisme exclusivement psychiatrique est toujours une erreur physiopathologique et un cul de sac thérapeutique.

La dimension psychologique doit être entendue, évaluée, traitée de concert avec les autres dimensions de la douleur.

La prévention des douleurs postopératoires chroniques

La prévention des douleurs postopératoires chronique passe par :

- la reconnaissance des risques propres de chaque intervention et des moyens pour les limiter,
- la reconnaissance des patients à risque de développer des DPOC,
- la lutte contre la douleur périopératoire,
- l'utilisation préventive d'antihyperalgésiants (kétamine, gabapentinnoïdes, N2O), l'utilisation raisonnée des morphiniques.

Conclusions

Les douleurs pelvi-périnéales chroniques forment un groupe de syndromes hétérogène dans la présentation sémiologique, mais relativement homogène au niveau épidémiologique voire physiopathologique.

La multiplicité des causes ou des circonstances favorisantes, rend illusoire la croyance en un traitement unique et constamment salvateur.

La relative rareté des syndromes fonctionnels isolés : colopathie isolée,

névralgie pudendale isolée, ... incite à proposer un nouveau modèle d'organisation de la santé et plaide pour une approche transdisciplinaire.

La fréquence des ces syndromes, l'importance des coûts générés, l'efficacité rare et partielle de nos traitements, les interrogations qui demeurent quant aux mécanismes intimes de ces douleurs, laissent ouvert un large champ de recherche.

Enfin : Ne pas oublier qu'il y a toujours quelque chose à proposer, ... à défaut juste l'écoute empathique.

Références

1. Fonctionnal pain syndroms. Mayer EA, Bushnell C ed. IASP press-Seattle 2009.
2. Robert R, Labat JJ, Riant T, Louppe JM, Hamel O. The pudendal nerve: clinical and therapeutic morphogenesis, anatomy, and physiopathology. *Neurochirurgie* 2009;55(4-5):463-9.
3. Cervero F, Gebhart GE. Visceral-hypersensitivity. p. 361-384, In *Functionnal pain syndroms*. Mayer EA, Bushnell C ed. IASP press-Seattle 2009.
4. Lorenz J, Tracey I. Brain correlates of psychological amplification of pain, p. 385-401. *Functionnal pain syndroms*. Mayer EA, Bushnell C ed. IASP press-Seattle 2009.
5. Watier A, Rigaud J, Labat JJ. Irritable bowel syndrome, levator ani syndrome, proctalgia fugax and chronic pelvic and perineal pain. *ProgUrol* 2010;20(12):995-1002.
6. Rigaud J, Delavierre D, Sibert L, Labat JJ. Diagnostic approach to chronic bladder pain. *ProgUrol* 2010;20(12):930-9.
7. Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn* 2008;27(4):306-10.
8. Robert R, Labat JJ, Riant T, Louppe JM, Lucas O, Hamel O. Somatic perineal pain other than pudendal neuralgia. *Neurochirurgie* 2009;55(4-5):470-4.
9. Riant T, Rigaud J, Delavierre D, Sibert L, Labat JJ. Predictive factors and prevention of chronic postoperative pelvic and perineal pain]. *ProgUrol* 2010;20(12):1145-57.
10. Lussier D, Beaulieu P. Toward a rational taxonomy of analgesic drugs. 27-40. In *Pharmacology of Pain*. Edited by Pierre Beaulieu, David Luissier, Frank Porreca and Athony Dickinson. IASP press, Seattle, 2010.
11. Giamberardino MA, Costantini R, Affaitati G, Fabrizio A, Lapenna D, Tafuri E, Mezzetti A. Viscero-visceral hyperalgesia: characterization in different clinical models. *Pain* 2010;151(2):307-22.
12. Riant T, Labat JJ, Rigaud J. Chronic pelvic/perineal pain and antecedent sexual assault: what are the therapeutic implications? *Pelvi-périnéologie*, 2006;1(3):272-80.
13. Miller V, Whorwell PJ. Hypnotherapy for functional gastrointestinal disorders: a review. *Int J Clin Exp Hypn* 2009;57(3):279-92.
14. Labat JJ, Guérineau M, Delavierre D, Sibert L, Rigaud J. Symptomatic approach to musculoskeletal dysfunction and chronic pelvic and perineal pain. *ProgUrol* 2010;20(12):982-9.
15. McDonald JS, Spigos DG. Computed-tomography-guided pudendal block for treatment of pelvic pain due to pudendal neuropathy. *Obstet Gynecol* 2000;95(2):306-9.
16. Peng PW, Tumber PS. Ultrasound-guided interventional procedures for patients with chronic pelvic pain - a description of techniques and review of literature. *Pain Physician* 2008;11(2):215-24.
17. Bolandard F, Bazin JE. Nerve stimulator-guided pudendal nerve blocks. *Can J Anaesth* 2005;52(7):773.
18. Labat JJ, Robert R, Bensignor M, Buzelin JM. Les névralgies du nerf pudendal (honteux interne) considérations anatomo-cliniques et perspectives thérapeutiques. *Journal d'urologie* 1990.
19. Riant T, Labat JJ, Roger R, Guérineau M. Pudendal block in treating pudendal neuralgia caused by pudendal nerve entrapment: indications, techniques, interpretation. *Pelvi-périnéologie* 2007;2(1):78-85.
20. Darnis B, Robert R, Labat JJ, Riant T, Gaudin C, Hamel A, et al. Perineal pain and inferior cluneal nerves: anatomy and surgery. *Surg Radiol Anat* 2008;30(3):177-83.
21. House CV, Ali KE, Bradshaw C, Connell A. CT-guided obturator nerve block via the posterior approach. *Skeletal Radiol* 2006;35(4):227-32.
22. Robert R, Labat JJ, Bensignor M, Glemain P, Deschamps C, Raoul S, Hamel O. Decompression and transposition of the pudendal nerve in pudendal neuralgia: a randomized-controlled trial and long-term evaluation. *Eur Urol* 2005;47(3):403-8.
23. Mollo M, Baurant E, Rossi-Seignert AK, Collet S, Boyer R, Thiers-Baurant D. Evaluation of diagnostic accuracy of Colour Duplex Scanning, compared to electroneuromyography, diagnostic score and surgical outcomes, in Pudendal Neuralgia by entrapment: a prospective study on 96 patients. *Pain* 2009;142(1-2):159-63.
24. Rigaud J, Delavierre D, Sibert L, Labat JJ. Management of chronic postoperative pelvic and perineal pain due to parietal somatic nerve damage. *ProgUrol* 2010;20(12):1158-65.
25. Glemain P, Riviere C, Lenormand L, Karam G, Bouchot O, Buzelin JM. Prolonged hydrodistention of the bladder for symptomatic treatment of interstitial cystitis: efficacy at 6 months and 1 year. *Eur Urol* 2002;41(1):79-84.
26. Rigaud J, Delavierre D, Sibert L, Labat JJ. Neurostimulation techniques in the therapeutic management of chronic pelvic and perineal pain. *ProgUrol* 2010;20(12):1116-23.
27. Qin C, Lehw RT, Khan KA, Wienecke GM, Foreman RD. Spinal cord stimulation modulates intraspinal colorectal visceroreceptive transmission in rats. *Neurosci Res* 2007;58(1):58-66.
28. Riant T, Rigaud J, Delavierre D, Sibert L, Labat JJ. Drug treatments in the therapeutic management of chronic pelvic and perineal pain. *ProgUrol* 2010;20(12):1095-102.
29. Picard-Destelan M, Rigaud J, Riant T, Labat JJ. What type of psychotherapy in the management of chronic pelvic and perineal pain?]. *ProgUrol* 2010;20(12):1111-5.

Les points forts

L'analyse d'une douleur pelvi-périnéale doit se faire en trois étapes :

- détermination des éléments lésionnels déclenchants,
- recherche d'une perturbation de la transmission nociceptive,
- analyse psycho-comportementale.

Le périnée a une innervation sensitive mixte somatique et végétative.

Les viscères pelviens sont exclusivement innervés par le système sympathique.

Le diagnostic de syndrome canalaire du nerf pudendal est exclu devant 4 critères :

- réveil habituel par la douleur,
- douleur non située sur le périnée,
- cratère fulgurant prépodérant ou prurigineux,
- négativité immédiate du test infiltratif.

Dans un contexte d'hyper-sensibilisation caractérisée par une allodynie et/ou une hyperpathie, le risque de majorer la symptomatologie par des gestes invasifs est grand.

La pluri-factorialité, à l'origine des syndromes douloureux, rend illusoire la croyance en un traitement unique et toujours salvateur.

Question à choix unique

Question 1

Dans la névralgie pudendale (*une seule réponse exacte*) :

- A. La chirurgie est le seul traitement validé
- B. Une infiltration du canal d'alcock négative (pas de modification immédiate même transitoire, de la douleur) exclue le diagnostic de névralgie pudendale
- C. L'échographie permet de réaliser l'infiltration du canal d'Alcock
- D. L'infiltration doit être réalisée en dehors des périodes douloureuses

Question 2

Traitements médicamenteux de la composante neuropathique de la douleur chronique (*une seule réponse exacte*) :

- A. L'effet des tricycliques est immédiat
- B. La Kétamine (anti NMDA) est utilisée en médecine de ville
- C. Les antihyperalgésiants (Gabapantine et Prégabaline) sont proposés dans les douleurs post opératoires chroniques
- D. Les anti-dépresseurs tricycliques sont utilisés aux mêmes doses pour un effet antalgique et pour un effet anti-dépresseur
- E. Les antalgiques de niveau 1, 2 et 3 sont couramment utilisés et efficaces

Question 3

L'innervation sensitive somatique du périnée (*une réponse exacte*) :

- A. Est assurée exclusivement par les racines S2 et S3
- B. Est assurée par les nerfs pudendaux, clunéaux inférieurs, et les branches terminales des nerfs ilio inguinaux, ilio hypogastriques et génito cruraux
- C. Est exclusivement végétative
- D. Le périnée et le pelvis ont la même innervation sensitive