

Les douleurs pelvi-périnéales chroniques

(Entretien avec le Dr Jérôme Rigaud et le Dr Jean-Jacques Labat, Centre fédératif de pelvi-périnéologie et Clinique Urologique, CHU de Nantes) et d'après le Rapport du Congrès de l'AFU 2010 « Douleurs pelvipérinéales chroniques en urologie : mieux comprendre pour mieux traiter »

J Rigaud, D Delavierre, L Sibert, JJ Labat

Prog Urol, 2010, 20, 12, 833-1174

Question 1 : Qu'appelle-t-on douleurs pelvi-périnéales chroniques ?

Ce sont des douleurs caractérisées par leur chronicité (de plus de 6 mois), l'absence de pathologie maligne et leur topographie : le pelvis d'une part, le périnée d'autre part.

Elles concernent plusieurs spécialités d'organes : l'urologie, la gynécologie, la gastro-entérologie, mais sont souvent désespérantes du fait de l'importante dissociation entre l'ampleur de la plainte du patient et l'absence de facteurs lésionnels susceptibles de les justifier.

Pendant très longtemps, l'approche a été celle d'une pathologie d'organe, notamment d'ordre infectieuse ou inflammatoire. L'idée d'un concept plus global, de "douleurs fonctionnelles" est récente et va nécessiter un regard différent, transdisciplinaire qui est celui de la douleur chronique dans ses différentes dimensions.

Question 2 : Quelles sont les plaintes des patients ?

Si 52 % des patients se plaignant de douleurs pelviennes, ont une douleur isolée, 24 % souffrent également d'un syndrome du colon irritable, 9 % d'un syndrome pollakiurie-urgence mictionnelle, 15 % cumulant les trois syndromes. Les associations sont très fréquentes entre toutes les pathologies douloureuses :

- cystites interstitielles,
- vestibulodynies,
- syndrome du colon irritable,
- douleurs pelviennes et fibromyalgie,
- douleurs myofasciales : elles seraient présentes chez 15 % des patientes présentant des douleurs pelviennes chroniques.

Question 3 : Ces douleurs ont-elles des points communs ?

Les patients se plaignent d'allodynie (une douleur suscitée par un stimulus qui n'est normalement pas ressenti comme douloureux), témoin de l'importance de l'hypermécanosensibilisation muqueuse, viscérale (intolérance au remplissage vésical, à la distension rectale), pariétale, musculaire voire osseuse.

Ils évoquent aussi un élément initial déclenchant (infectieux ou traumatique) mais ayant disparu.

Il existe aussi des terrains favorisant l'expression de la douleur : fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, migraines, antécédents de syndromes douloureux régional complexe,

anxiété, dépression ou antécédents d'abus physiques ou sexuels, antécédents de chirurgies pelviennes itératives.

Ces pathologies surviennent chez des patients proches en termes de sexe (féminin), d'âge, de race évoquant des facteurs génotypiques favorisants.

Question 4 : Que doit faire le médecin ?

- Rechercher un élément déclenchant, un terrain favorisant, des réactions réflexes dans le système somatique ou végétatif,
- dépister des anomalies neurologiques sous jacentes dans les territoires sacrés ou thoraco-lombaire favorisant la survenue d'un dysfonctionnement sympathique,
- éviter de pérenniser la douleur par des gestes intempestifs,
- identifier des facteurs d'hyper-sensibilisation centrale,
- évaluer la dimension psycho-comportementale.

La prise en charge thérapeutique découlera de cette évaluation et pourra inciter à proposer des traitements kinésithérapiques, des infiltrations des structures neurologiques, des traitements de l'hyper-sensibilisation centrale à mettre en route dans le cadre d'une prise en charge algologique spécialisée.

Les douleurs pelvi-périnéales chroniques sont un véritable défi pour qui s'intéresse à la pelvi-périnéologie. Ces patients sont pris en charge par des spécialistes d'organes (urologues, gynécologues, gastro-entérologues) mais souvent n'ont pas (ou n'ont plus) de pathologie d'organe. C'est cette discordance entre des douleurs invalidantes chroniques et le peu d'anomalies révélées par les examens complémentaires (imageries, endoscopies ou cœlioscopies) qui est particulièrement déroutante. L'idée est donc de se pencher davantage sur la douleur.

Plutôt que de raisonner en termes d'organe, on raisonnera en termes de pathologie des mécanismes de dysrégulation de la douleur à un niveau local, régional ou central ; il s'agira d'identifier et de traiter :

- une composante neuropathique,
- une composante d'hypersensibilisation,
- une composante de dysfonctionnement sympathique,
- une composante émotionnelle.

Cette nouvelle approche implique une culture multidisciplinaire, un recours à des thérapeutiques validées issues de différents domaines (médicaments, techniques rééducatives, techniques de neurostimulation, utilisation de l'hypnose, des thérapies brèves).

Elle devrait permettre de sortir d'une impasse fréquente basée sur le tout organe ou le tout psychologique. Cela nécessite d'appréhender les points communs entre ces cadres nosologiques, mais aussi leurs différences afin de les aborder avec un regard différent.

Question 5 : Quel est l'avenir du concept ?

L'approche globale des douleurs pelvi-périnéales chroniques doit inciter à une amélioration des connaissances du processus de la douleur chronique chez les spécialistes d'organes et à une amélioration des contextes des douleurs pelviennes chez les algologues. L'avenir est donc d'abord à la formation.

Tous les progrès réalisés dans le domaine de la douleur chronique sont susceptibles d'être appliqués aux douleurs pelvi-périnéales chroniques, ce qui nécessitera bien sûr une validation préalable. C'est l'ouverture de la recherche médicale à de nouveaux champs d'application. Quand on connaît la fréquence des douleurs pelvi-périnéales postopératoires, on peut penser que ce développement d'un concept global ouvre la possibilité de dépister des sujets à risques, d'améliorer les soins pré et post opératoires et de mieux cerner les indications chirurgicales.

Question 6 : Que reste-t-il des cystalgies à urines claires et de la cystite interstitielle ?

Il n'y a plus maintenant qu'un concept très large de douleurs vésicales, on parle de "syndrome douloureux vésical", "avec ou sans anomalie cystoscopique". Cela peut recouvrir de véritables maladies de la paroi vésicale avec une intolérance au remplissage vésical mais cela peut également recouvrir des hypersensibilités vésicales dont l'origine n'est pas forcément dans la vessie. Si les traitements en sont extrêmement variés, peu sont validés.

Question 7 : Et la prostatite chronique ?

Il s'agit d'un terme que l'on ne doit pratiquement plus utiliser: on peut parler de prostatite chronique bactérienne si une infection est mise en évidence mais cela ne touche pas plus de 10 % des patients concernés. En l'absence d'infection on parle maintenant de "syndrome douloureux pelvien chronique", pour bien signifier qu'il n'y a pas d'infection et que la prostate n'est sans doute pas en cause. Il faut envisager d'autres mécanismes discutés dans ce rapport (neurologiques, sympathiques, inflammatoires...).

Question 8 : Chez un patient qui se plaint de douleur testiculaire chronique, que faut-il évoquer quand l'échographie n'a pas retrouvé d'anomalie locale ?

La première chose est de penser à rechercher des douleurs projetées au niveau testiculaire par une anomalie dans le métamère T12-L1 au niveau pelvien (cicatrices pariétales par exemple) mais le plus souvent dans le cadre d'un dérangement intervertébral mineur de la charnière thoraco-lombaire (syndrome de Maigne) que l'on ne trouve qu'à condition de le rechercher (douleurs à la pression des articulaires vertébrales et zone de cellulalgie en regard au palper rouler).

Question 9 : La névralgie pudendale est à la mode mais quels en sont les critères diagnostiques ?

Ils sont purement cliniques: douleurs dans le territoire du nerf pudental (honteux interne), c'est à dire une douleur périnéale: de la verge ou du clitoris jusqu'à l'anus; douleur positionnelle, augmentée en station assise, douleur qui ne réveille pas la nuit, absence d'hypoesthésie objective à l'examen du périnée. Pour affirmer un syndrome canalaire, il faut que le bloc anesthésique du nerf pudental soit positif le temps d'action des anesthésiques locaux.

Question 10 : La chirurgie est pourvoyeuse de douleurs post opératoires ? Si on ne retrouve aucune anomalie locale, quels mécanismes doit-on évoquer ?

La première chose est d'écouter et d'entendre les plaintes du patient et de ne pas considérer qu'il ne saurait y avoir de douleur si localement tout est satisfaisant. Les douleurs les plus fréquentes sont d'ordre neuropathiques: outre ses caractéristiques neuropathiques (brûlures, paresthésies, décharges électriques, allodynie..), il faut donc analyser la douleur afin de savoir si on peut lui attribuer un territoire correspondant au nerf ilio inguinal , ilio hypogastrique, génito fémoral, pudendal ou obturateur. Elles ont également une composante myo-fasciale avec des douleurs musculaires plus ou moins diffuses. La chronologie d'apparition des douleurs, rapidement après la chirurgie, permet d'évoquer un lien sur l'étiologie. Ces douleurs peuvent être en rapport avec l'abord chirurgical (incision) ou le matériel prothétique. Dans ce derniers cas, il faut y penser et éventuellement ne pas hésiter à pratiquer rapidement l'ablation du matériel dans les jours suivant l'intervention pour ne pas pérenniser une situation de douleurs chroniques. Il faut se méfier de certains patients qui ont des risques plus importants de douleurs post opératoires (fibromyalgiques, antécédents d'algodystrophie...).

Références

Pour les réponses de 1 à 5 :

Approche globale des douleurs pelvipérinéales chroniques : du concept de douleur d'organe à celui de dysfonctionnement des systèmes de régulation de la douleur viscérale

JJ Labat, T Riant, D Delavierre, L Sibert, A Watier, J Rigaud

Prog Urol, 2010, 20, 12, 1027-1034

Pour la réponse 6:

Approche symptomatique des douleurs vésicales chroniques

J Rigaud, D Delavierre, L Sibert, JJ Labat

Prog Urol, 2010, 20, 12, 930-939

Pour la réponse 7 :

Approche symptomatiques des douleurs "prostatiques chroniques" et du syndrome douloureux pelvien chronique

D Delavierre, J Rigaud, L Sibert, JJ Labat

Prog Urol, 2010, 20, 12, 940-953

Pour la réponse 8 :

Approche symptomatique des douleurs épидидymo-testiculaires chroniques

L Sibert, A Safsaf, J Rigaud, D Delavierre, JJ Labat

Prog Urol, 2010, 20, 12, 962-966

Pour la réponse 9 :

Approche symptomatique des douleurs pudendales chroniques

JJ Labat, D Delavierre, L Sibert, JJ Labat

Prog Urol, 2010, 20, 12, 922-929

Pour la réponse 10 :

Principes généraux de la prise en charge diagnostique des douleurs pelvipérinéales chroniques postopératoires

J Rigaud, D Delavierre, L Sibert, JJ Labat

Prog Urol, 2010, 20, 12, 1139-1144