

Des douleurs pelvi-périnéales au syndrome douloureux pelvien complexe

Dr V Bonniaud

Depuis plus de 6 mois, peut être depuis plusieurs années, vous souffrez de douleurs au niveau de la région lombaire, abdominale, pelvienne et/ou des zones intimes.

- Cette gêne et/ou douleur peut évoluer par crises, avec ou sans fond douloureux, être bien localisée ou diffuse à la région lombaire, abdominale et/ou intestinale, pelvienne et/ou vésicale, urétrale, périnéale, anale, rectale, aux organes génitaux (vulve, vagin chez la femme, testicule, verge chez l'homme).

- Cette gêne et/ou douleur peut revêtir différentes sensations d'échauffement, de brûlure, d'irritation, de tiraillement, de pincement, de corps étranger, de décharges électriques, de picotements, de fourmillements, d'engourdissement... Elle peut être fulgurante. Elle peut être déclenchée ou aggravée au contact (pantalon serré, sous vêtement, tampon hygiénique), lors des rapports sexuels, voire persister après.

- Peut-être que d'une simple gêne, vous avez pu passer à une douleur très intense, de moins en moins soulagée quelques soit les positions, voire même la station couchée. Elle prend une forme chronique et a un retentissement psychologique et social majeur.

- Vous avez peut-être également des douleurs musculaires associées au niveau du dos, des fesses, des cuisses, des jambes (« syndromes myofasciaux »)

- Vous avez pu constater un retentissement urinaires ou sur l'exonération (défécation), des envies gênantes/permanentes d'uriner avec une fréquence des mictions importantes la journée, voire la nuit ; des douleurs abdominales et une variabilité de la consistance et/ou de la fréquence des selles.

- Un retentissement de la douleur sur votre sexualité.

Vous souffrez d'une maladie douloureuse chronique regroupant diverses pathologies concernant les spécialistes d'organes : urologues (syndrome douloureux de la vessie/cystite interstitielle, syndrome douloureux pelvien chronique/ prostatite chronique), les gynécologues (endométriose, varices pelviennes, vulvodynies), les spécialistes du tube digestif (syndrome de l'intestin irritable, adhérences abdomino-pelviennes), les rhumatologues (coccygodynies, douleurs myofasciales, syndrome de la jonction dorso-lombaire), les neurologues (névralgies pelvi-périnéales : clunéale, pudendale, génito-fémorale,...), associées à des phénomènes de sensibilisation centrale dont la prise en charge relève d'une approche différente de celle de douleur par lésion de l'organe.

Points communs à toutes ces pathologies

- La chronicité, l'existence d'une hypersensibilisation, de signes pseudo inflammatoires, d'un terrain
- Un épisode déclenchant initial, disparu
- Ces douleurs sont souvent associées entre elles
- Un bilan normal (IRM, fibroscopie, ...), c'est-à-dire l'absence d'origine médicale identifiée

Hypersensibilisation et terrain

L'évolution propre de la maladie de la douleur chronique est d'évoluer pour son propre compte indépendamment de la cause initiale par un **dérèglement des centres et des voies qui contrôlent la douleur** :

- déclenché par une infection, un traumatisme initial,...
- sur un *terrain favorisant* témoignant d'une grande sensibilité à la douleur (syndrome fibromyalgique, migraines, antécédents d'algodystrophie), d'un état de stress avec une plus grande vulnérabilité de la personne,
- associé à un *dérèglement du système nerveux végétatif* s'accompagnant souvent de signes pseudo-inflammatoires (rougeur, œdème, augmentation de la chaleur locale), ou à l'inverse d'une diminution de la chaleur locale (fesse froide), d'une hypersudation localisée, d'une sensation de corps étranger anal,...
- d'une *hypersensibilisation musculaire* avec des douleurs myofasciales caractérisées par l'existence de points gâchettes (à la pression digitale du corps musculaire), notamment sur les muscles fessiers profonds (piriforme et obturateur interne), sur les muscles élévateurs de l'anus ou sur la paroi abdominale
- sous-tendu par des anomalies neurologiques par des lésions sur le trajet du nerf pudendal (douleurs d'origine sacrée), un dérèglement de la charnière thoraco-lombaire, des lésions pelviennes (chirurgie pelvienne, adhérences, endométriose)
- entretenu par les interventions ultérieures, la répétition des explorations locales.

Ce dérèglement végétatif peut être à l'origine d'un phénomène d'hypersensibilisation loco-régionale avec :

- une **diffusion de la douleur dans l'espace** en lien avec une réduction des seuils de perception de la douleur. C'est l'ensemble du petit bassin qui devient douloureux, avec une douleur étendue à la région pelvienne, voire à la région lombo-pelvi-fémorale et/ou abdomino-pelvienne. Les douleurs peuvent être influencées lors du remplissage vésical et/ou la miction, lors de la distension et/ou la vidange rectale (matières, gaz), lors de l'activité sexuelle, s'installe une allodynie pelvi-périnéale (intolérance aux vêtements serrés), des douleurs musculaires.
- une **variabilité de l'intensité douloureuse**, avec une évolution par périodes ou une évolution en dents de scie, et/ou une **variabilité de la topographie douloureuse**.
- une **diffusion temporelle** avec douleurs persistantes après une « stimulation » : des douleurs persistantes après la miction et/ou persistantes après l'évacuation des selles et/ou persistantes après l'activité sexuelle ;
- **souvent un terrain de prédisposition** avec déjà des douleurs dysfonctionnelles (migraine, syndrome « fibromyalgique », syndrome de l'intestin irritable), et/ou un syndrome de fatigue chronique, et/ou un syndrome de stress post-traumatique.

Syndrome douloureux pelvien complexe

La diffusion spatiale de la douleur s'étendant aux sphères urinaire, digestive, génito-sexuelle, cutanéomuqueuse, musculaire fait poser le diagnostic clinique de **syndrome douloureux pelvien complexe**.

Un *score de sensibilisation pelvienne* peut être établi. Ce score clinique diagnostique permet d'identifier un patient sensibilisé à la douleur pelvienne quand il est $\geq 5/10$.

- **La complexité du diagnostic basé essentiellement sur l'interrogatoire et l'examen clinique.** Aucun examen (IRM, scanner, électromyogramme, ...) ne permet d'établir le diagnostic. Les caractéristiques de la douleur, les signes cliniques qui l'accompagnent et des examens ne retrouvant pas d'étiologie vont amener à poser le diagnostic de syndrome douloureux pelvien complexe.
- **La nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire au long cours** de la douleur et des symptômes associés car ils ne relèvent pas d'une spécialité médicale mais sont à la convergence de plusieurs (gynécologie, urologie, dermatologie vulvaire, colo-proctologie, algologie, psycho-sexologie, médecine manuelle et kinésithérapie)
- **Le recours aux méthodes de gestion de la douleur** dans la mesure où les symptômes sont caractérisés par différents types de douleurs qui peuvent fluctuer (sophrologie, hypnose, thérapie cognitivo-comportementale).

Un projet thérapeutique plurifactoriel

Comment comprendre et que proposer au patient qui consulte pour une douleur abdominale, pelvienne ou périnéale persistante alors que tous les examens habituels (clinique, bactériologique, endoscopique, imagerie) n'ont pas retrouvé d'élément lésionnel ou seulement des lésions dont la discrétion reste disproportionnée eu égard à la plainte du patient ? Cette problématique est fréquente et très déstabilisante pour le patient mais aussi pour les nombreux médecins et thérapeutes qu'il est amené à consulter puisque la prévalence des douleurs pelviennes approche les 20% dépassant en cela de très loin les douleurs neuropathiques (6,9%). Les coûts (directs) engendrés sont impressionnants, 4000 € par patient chaque année, ce sont des coûts identiques à la prise en charge des lombalgiques chroniques et des douleurs neuropathiques.

Une croyance tenace est que seule la cause initiale continue à expliquer la persistance d'une douleur. Légitimement, on peut imaginer qu'en faisant disparaître la cause de départ, tout doit rentrer dans l'ordre. Malheureusement, ce n'est pas le cas et l'expérience montre que le rôle des conséquences peut devenir plus important que celui de la cause initiale. La douleur peut persister même si le traitement de la cause initiale est bien conduit. L'inactivité et la réaction, entre-autres, lors des crises douloureuses sont des facteurs qui peuvent participer à l'entretien de la douleur.

Comme pour toutes les pathologies chroniques, une nette amélioration ou guérison est accessible pour la majorité des patients dès lors qu'elles sont traitées précocement et qu'ils sont impliqués dans leur prise en charge thérapeutique.

La prise en charge des douleurs chroniques dont le syndrome douloureux pelvien complexe repose sur des étirements musculaires spécifiques, un réentraînement progressif à l'effort et une activité physique adaptée, un travail de désensibilisation locale (automassage avec un anesthésique, TENS) et de désensibilisation cérébrale (hypnose et thérapie cognitivo-comportementale), plus ou moins associé à un traitement antalgique à visée neurologique.

Cette douleur requiert donc une prise en charge multidisciplinaire avec :

- **Bilan et traitement ostéopathe** (médecine manuelle) pour lever les spasmes (ou tensions) musculaires par exemple au niveau de l'obturateur interne et/ou du piriforme. On retrouve souvent chez les patients souffrant

de douleurs périnéales, des douleurs myofasciales dues à des hypertonies musculaires réflexes secondaires à la douleur régionale ou témoin d'une hypersensibilisation régionale. Un muscle très contracté devient très dur et épais, et peut irriter le nerf sur son trajet. C'est le cas des muscles piriforme, obturateur interne, releveur de l'anus principalement. À noter que la contracture d'un seul muscle est rarement isolée (hypertonie fréquemment associée au niveau des muscles paravertébraux dorso-lombaires, psoas, carrés des lombes, quadriceps). Le traitement des hypertonies musculaires consiste à lever les spasmes musculaires existants par des techniques d'ostéopathie et de kinésithérapie adaptée.

- **Kinésithérapie** pour poursuivre les étirements myotensifs des carrés des lombes, quadriceps, psoas, piriforme, obturateur interne... et apprendre les auto-étirements.

- **Sophrologie, hypnose médicale, cohérence cardiaque** : le recours à des techniques de relaxation s'inscrit aussi dans la rééducation. La pratique de la relaxation est d'autant plus profitable qu'elle se poursuit quotidiennement à la maison.

- **Bilan et traitement de la douleur neuropathique** (algologie) : médicaments habituellement utilisés dans les douleurs d'origine neurologique et prescrits pour cela et non pour leur action anticonvulsivante ou antidépressive. Le tramadol peut parfois soulager efficacement.

- **Désensibilisation locale** : automassage avec application locale de lidocaïne (xylocaïne) 4 à 6 fois par jour en massant doucement la zone sensible. Cette manipulation est délicate car douloureuse dans l'instant mais procure quelques minutes plus tard une insensibilisation. Elle agit en bloquant les nerfs périphériques et en inhibant l'inflammation neurogène.

- **Prise en charge psycho-émotionnelle** : face à la souffrance psychologique associée à la douleur chronique dont il est difficile de parler avec ses proches, avec son médecin, consulter un psychologue ou un psychiatre est souvent nécessaire pour pouvoir l'exprimer. Apprendre à apprivoiser sa douleur et à composer avec, font aussi partie des objectifs thérapeutiques.

- **Désensibilisation centrale** : la pratique de techniques telles que l'hypnose et les thérapies cognitivo-comportementales par exemple permettent d'enrayer les mécanismes de mémorisation de la douleur, d'apprendre à mieux gérer les douleurs pour en atténuer les conséquences psychiques, relationnelles et sociales.

- **Approche psychosexuelle** : aider au développement d'une sexualité au-delà du coït

- **Bloc diagnostique** : infiltration, sous scanner, d'anesthésique au niveau des zones de conflit potentiel (pince ligamentaire, canal d'Alcock). L'infiltration anesthésique du nerf (pudendal, clunéal, ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral,...) fait disparaître la douleur de façon significative le temps de l'anesthésie locale, on dit alors que le bloc diagnostique est positif. Ce dernier élément conforte la probabilité d'une atteinte canalaire du nerf.

L'ensemble de cette prise en charge thérapeutique a pour objectif de vous aider à mieux gérer vos douleurs et de vous permettre de reprendre vos activités dans de meilleures conditions. En effet, l'évolution de vos douleurs et de leurs répercussions dans votre vie quotidienne sera directement conditionnée par l'adaptation de votre hygiène de vie (activité physique avec étirements quotidiens) et par la mise en place de changements pour la gestion de votre douleur (hypnose, thérapie cognitivo-comportementale) qui permettront de mieux vivre le quotidien au long court.