

## Le syndrome douloureux pelvien complexe

Le syndrome douloureux pelvien complexe intègre toute douleur pelvienne chronique non strictement localisée à un organe ou à un territoire neurologique systématisé. On observe une diffusion de la douleur au sein de la région abdomino-pelvienne par un phénomène de hypersensibilisation centrale.

Cette **hypersensibilisation centrale** est définie comme la diminution des seuils nociceptifs corticaux, c'est-à-dire une diminution des seuils de perception qui amène à ressentir un inconfort ou une douleur pour des stimulations habituellement non douloureuses comme le remplissage de la vessie, une perception exagérée du fonctionnement du système digestif, une brûlure vulvaire au contact, et de ressentir une douleur anormalement intense pour des stimulations habituellement douloureuses. Cette hypersensibilisation centrale est responsable d'un cortège de dysfonctionnements, pouvant inclure douleurs neuropathiques, phénomènes de contracture musculaire, troubles du système nerveux autonome, mais également sensibilisation viscérale (intestin, vessie, utérus).

Ainsi, cette **sensibilisation viscérale** abdominale est reconnue dans le syndrome de l'intestin irritable. De même au niveau pelvien, le syndrome douloureux vésical est souvent rattaché aux mécanismes de l'hypersensibilisation centrale.

Les **signes végétatifs** sont fréquemment associés : sensation de corps étrangers intra cavitaire, fesses froides, douleurs post défécatoire, mictionnelle, éjaculatoire, coïtale avec une expression souvent neuropathique des douleurs.

L'absence de causes patentes ou traitables conduit vers une stratégie thérapeutique visant à moduler la nociception (les voies de la douleur). Cela peut être réalisé en périphérie ou au niveau médullaire.

Un **bilan spécifique** auprès des spécialistes d'organe doit exister dans le parcours du patient. Une imagerie de référence rachidienne et de la région douloureuse peut être réalisée en fonction du contexte.

Le **démembrement du tableau douloureux** permet de mettre en place le projet diagnostique (imagerie, infiltrations tests, consultations spécialisées, ...) et thérapeutique avec pour objectif une **désensibilisation locale** (topic locaux) et par **voie générale** par des médicaments de l'hypersensibilisation pelvienne pour moduler les voies des douleurs. Ce sont les **traitements de la douleur neuropathique** : l'Amitriptyline (Laroxyl®), La Gabapentine (Neurontin®). Les dérivés du Tramadol peuvent être utilisés le temps de l'instauration du traitement de fond par les traitements neuropathiques ou également pour gérer les crises douloureuses. Dans les hyperalgésies, la désensibilisation par voie générale peut se faire par perfusion de kétamine.

Pour moduler les voies de la douleur, la **stimulation périphérique** est fréquemment utilisée avec des résultats. Cette électrostimulation transcutanée **ou TENS** va diminuer la transmission de la douleur vers la moelle épinière (effet *Gate control*) et augmenter la sécrétion des endorphines, hormones antidouleur naturelles sécrétées par le cerveau. Ces séances répétées, de 30 min ou plus, sont facilement réalisées à la maison, au travail, lors d'activités physiques avec un petit appareil portable. Ce dernier comporte un petit boîtier et des électrodes disposées à la face interne de la cheville, pour moduler les afférences sensibles périméales (territoire cutané de la racine S3), ou loco-dolenti (sur le ventre douloureux) et/ou en dessous du soutien-gorge, de part et d'autre du rachis (L2).

La **kinésithérapie** doit être mise en place rapidement. C'est une rééducation en relâchement musculaire globale et pelvipérinéale. Il s'agit le plus souvent des muscles psoas, piriformes, obturateurs internes, élévateurs de l'anus. Les objectifs sont d'apprendre à réaliser des auto-étirements et d'être accompagné pour un reconditionnement à l'effort dosé et progressif afin de poursuivre une activité physique adaptée au long court.

L'**ostéopathie** peut également compléter la prise en charge rééducative en particulier du fait des modifications positionnelles du bassin utilisées par le patient(e)s pour éviter la douleur, ou d'anomalies de la posture.

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

Dans tous les cas, compte tenu de répercussions majeures de ces douleurs sur la qualité de vie (professionnelle, psychologique, sexuelle...), une prise en charge globale vous sera proposée: kinésithérapie, médicaments de la douleur neuropathique, neurostimulations, psychothérapie cognitivo-comportementale.

En l'absence d'efficacité, ou lorsque l'effet est présent de l'électrostimulation périphérique, mais les électrodes cutanées deviennent trop contraignantes, on peut proposer un **test de stimulation péridurale**.

Ce test est proposé chez les patients insuffisamment soulagés par les traitements généraux (médicamenteux) et locaux (kinésithérapie, topiques locaux) durant 1 an.

L'évolution des techniques d'anesthésie, et la faible invasivité du geste technique permettent de réaliser ce test avec la participation du patient. L'électrode est alors disposée en péridurale, à une hauteur engendrant des stimulations dans le territoire douloureux, guidé par le patient. L'évaluation du patient est effectuée après 10 jours de test dans son environnement habituel :

- couverture d'au moins 80 % du territoire douloureux
- diminution des douleurs d'au moins 50%

Les études les plus récentes, montrent que l'ancienneté des douleurs peut être un facteur de mauvais pronostic. Par conséquent, cette approche doit être au moins discutée au terme de la première année d'évolution des douleurs. Une évaluation, dans le cadre d'une unité douleur, doit être effectuée et permettre d'identifier précocement les patients pouvant en tirer des bénéfices.