

CLASSIFICATIONS ET EPIDEMIOLOGIE DES DOULEURS PELVI PERINEALES

JJ Labat

Centre fédératif de pelvi
périnéologie
CHU Nantes



plan

1. Qu'est ce que la douleur chronique?
2. Que recouvrent le concept de douleurs pelviennes chroniques (DPC)?
3. Que nous disent les études épidémiologiques?
4. Quel est le coût économique des DPC?
5. L'approche classique des DPC?
6. Évolution des classifications des DPC?
7. Les associations de pathologie
8. De la lésion à la dysfonction
9. Comprendre les DPC

1. Définition

- Douleur = expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en des termes évoquant une telle lésion (IASP International Association for the Study of Pain)
- Importance des dimensions émotionnelles, affectives, cognitives et comportementales
- Douleurs chroniques = plus de 3 à 6 mois (2 pour les douleurs post-opératoires)

1. Différents types de douleurs

- Douleur nociceptive
= secondaire à une stimulation directe des nocicepteurs (terminaisons libres des nerfs) sans lésion du système nerveux
- Douleur neuropathique
Avant = secondaire à un dysfonctionnement ou à une lésion du système nerveux
Maintenant = Secondaire à une lésion neurologique objectivable
- Douleur mixte

1.La prise en charge de la douleur est une obligation légale

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite loi Kouchner) :
" (...) *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée (...)* " (Article L 1110-5)

1.Implications

- Sources de handicaps, d'altérations majeures de la qualité de vie
- Induisent une consommation importante de soins et d'arrêts de travail
- Altèrent la personnalité du patient et influent sur son comportement, sa vie sexuelle, familiale, sociale et professionnelle

2.Syndrome douloureux chronique « Douleur maladie »

- Douleur chronique = concept, véritable pathologie à part entière, complexe et multidimensionnelle
- ➔ Syndrome douloureux pelvi-périnéal chronique
- Exclusion des pathologies lésionnelles ou tissulaires révélées par la biologie, l'imagerie ou l'endoscopie relevant d'une approche d'organe = cancers, pathologies infectieuses prouvées, métaboliques ou endocriniennes

2.Diagnostic: le choix....

Adhérences pelviennes	Prostatite chronique
Chronic pelvic pain syndrome	Prostatodynie
Coccygodynies	Syndrome de congestion pelvienne
Colopathie fonctionnelle	Syndrome de l'intestin irritable
Cystalgies à urines claires	Syndrome de Maigne
Cystite interstitielle	Syndrome du canal d'Alcock
Douleurs myofasciales	Syndrome myofascial
Douleur psychogène	Syndrome du piriforme
Endométriose	Syndrome du releveur
Fibromyalgie	Syndrome de vessie douloureuse
Névralgies....	Troubles fonctionnels intestinaux
Orchialgie	Urétralgie
Proctalgies fugaces	Vestibulite vulvaire
	Vestibulodynies
	Vulvodynies

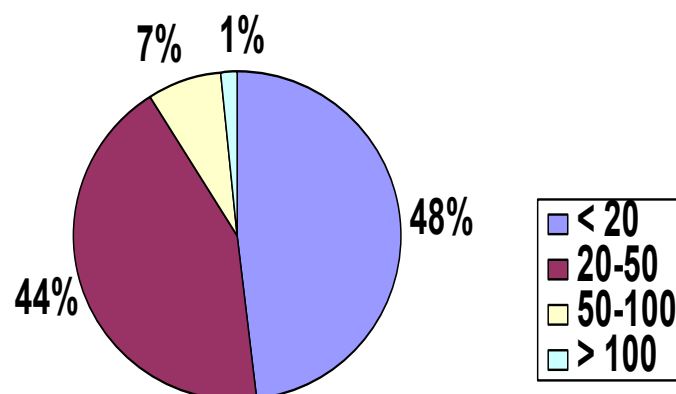
<i>Parfois on croit savoir: c'est l'organe</i>		
<p style="text-align: center; border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">Urologiques</p> <p>Cystalgie à urines claires Cystite interstitielle Orchialgies Prostatite chronique Prostatodynie Uréthralgies</p>	<p style="text-align: center; border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">Ano-rectales</p> <p>Coccygodynies Proctalgies fugaces Syndrome du releveur Syndrome de l'intestin irritable</p>	<p style="text-align: center; border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">Gynécologiques</p> <p>Adhérences pelviennes Endométriose Syndrome de congestion pelvienne Vestibulites vulvaires Vulvodynies</p>
<i>Quand on ne comprend plus</i>		
<p style="text-align: center; border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">Neurologiques</p> <p>Névralgies Pudendales Abdomino-génitales Génito-fémorales Obturatrices</p>	<p style="text-align: center; border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">Rhumatologiques</p> <p>Douleurs myofasciales Fibromyalgies Syndrome du piriforme Syndrome de Maigne Coccygodynies</p>	<p style="text-align: center; border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">Psychogènes</p> <p>.....</p>

<h2 style="margin: 0;">Echelle DN4</h2> <p style="margin: 0;">Bouhassira D et Attal N 2005</p> <p style="margin: 0;">Douleur considérée comme neuropathique = au moins 4 des 10 items</p>				
			OUI 1	NON 0
Interrogatoire	La douleur présente-t-elle une ou plusieurs caractéristiques suivantes ?	Brulure		
		Sensation de froid douloureux		
		Décharges électriques		
	La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?	Fourmillements		
		Picotements		
		Engourdissements		
Examen	La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence	Une hypoesthésie au tact ?		
		Une hypoesthésie à la piqure ?		
	La douleur est-elle provoquée ou augmentée par	Le frottement ?		
TOTAL (douleur neuropathique si score ≥ 4)				

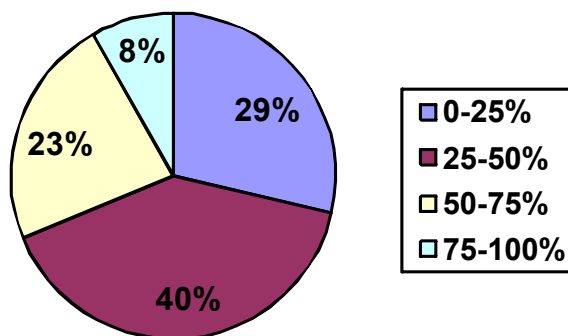
3. Douleur pelvi-périnéales chroniques : enquête auprès des urologues français

- 878 Urologues
 - Questionnaire en ligne
 - 352 (40%) réponses

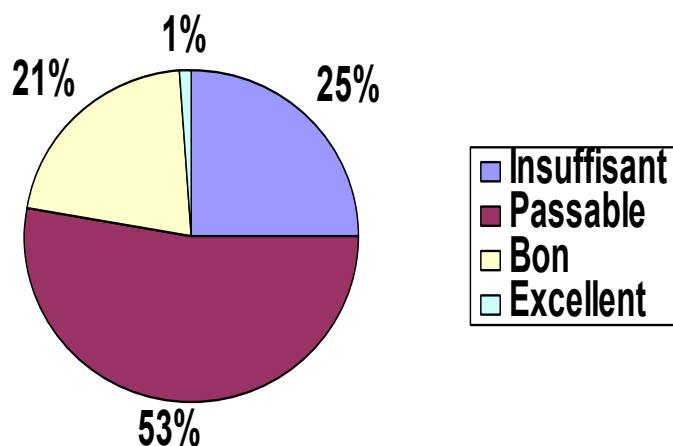
Combien de nouveaux cas de douleurs pelvi-périnéales diagnostiquez-vous par an?



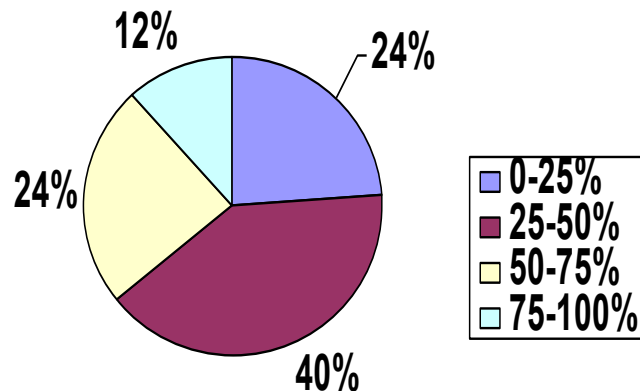
Quel est le pourcentage de cas qui vous posent problème ?
(diagnostique et/ou d'investigation et/ou thérapeutique)



Comment jugez-vous votre niveau de connaissance sur les douleurs pelvi-périnéales chroniques ?



Dans quel pourcentage de cas aimeriez-vous disposer d'une aide ?
 (neurologue, physiologue, psychologue, algologue, rééducateur, gynécologue, etc...)



3. Introduction

- **Prévalence :**
 - Nombre de cas sur 100 000 patients
- **Incidence :**
 - Nombre de nouveaux cas sur 100 000 / an
- **Difficultés méthodologiques : hétérogénéité**
 - Définitions et critères diagnostiques
 - Modalités d' inclusion, collecte des données
 - Évaluation

Syndrome douloureux pelvien chronique / prostatite chronique

Prévalence : 2 000 à 10 000 / 100 000 personnes (2 à 10%)

USA: 8% des consultations d'urologie,
1% des consultations de généralistes (total annuel : 2 Millions de Cs)

• **Incidence : 330 à 378 / 100 000 personnes / an (0,35%)**

• **Tranches d'âge**

–Prévalence plus élevée 35-50 ans

• **Comorbidités +++ :**

–Antécédents abus sexuels

–Autre pathologie urogénitale associée : 55 % *Schaeffer 2002*

–HBP : 65 % *Rizzo 2003*

–Retentissements sexuels (éjaculation prématurée, douloureuse)

Prostatite chronique bactérienne

- 5 à 10% de l'ensemble des "prostatites chroniques"
- Antécédents d'infections de l'appareil urinaire
- Troubles mictionnels et douleurs pelvi-périnéales sans signes généraux
- Examen microbiologique positif
 - ECBU et/ou épreuve fractionnée (avant/après massage prostatique)
 - Spermoculture non recommandée
- Antibiothérapie
 - 4 à 6 semaines
 - 1^{er} choix = fluoroquinolones



Syndrome douloureux pelvien chronique (PC/SDPC)

- Dans 90 à 95% des "*prostatites chroniques*"
 - Aucune preuve d'origine infectieuse ou inflammatoire
 - Aucune preuve de l'origine prostatique
 - Pas ou peu d'efficacité des traitements
- D'où l'évolution de la terminologie (NIH 1995)
 - Notion de syndrome douloureux pelvien chronique (SDPC)
 - **Douleur pelvienne génito-urinaire sans bactéries évoluant depuis au moins 3 mois parfois associée à des troubles mictionnels et sexuels (NIH catégorie III)**
 - Fréquence des douleurs post-éjaculatoires (26% régulièrement, 50% de façon intermittente)



PC/SDPC : Étiopathogénie

- Infection et inflammation prostatiques
 - Éléments initiateurs d'un phénomène neurologique d'hypersensibilisation
 - Et non causes directes



PC/SDPC : Critiques

- "Fourre-tout" des douleurs urologiques
... mais sans étio-pathogénie évidente

- Absence de groupes homogènes de patients
 - Absence de traitements validés
 - Pas d'avancée thérapeutique



Traitements du PC/SDPC

- Ni codifié ni consensuel = une gageure !
- Quelques notions
 - Placebo = résultats satisfaisants chez un nombre de patients non négligeable
 - Antibiotiques = non recommandés
 - Alpha-bloquants = pourraient être efficaces
 - ✓ chez les patients récemment diagnostiqués
 - ✓ n'ayant jamais reçu de traitement
 - ✓ à la condition d'être prescrits pendant 12 semaines à 6 mois
 - Phytothérapie, acupuncture et médecine physique = pourraient avoir une certaine efficacité
 - Chirurgie invasive de la prostate et du col cervical = non recommandée



Syndrome douloureux vésical/ cystite interstitielle

- **Prévalence** : 239 à 306 / 100 000 (0,3%)
- **Données démographiques**
 - 10 femmes pour 1 homme
 - Age moyen : 40-59 ans
 - Prédilection génétique ? *Parsons 2001, Warren 2001*
 - 17% des hommes avec SDPC = SDV/CI *Suskind 2013*
- **Comorbidités** +++
 - Abus sexuels, allergies, sinusite, Syndrome du colon irritable
 - Fibromyalgies, douleurs articulaires, Lupus, Gougerot-Sjogren
 - Endométriose +++ *Chung 2005, Paulson 2007*
 - Douleur vulvaire ++ *Peters 2008*

Évolution de la terminologie

- Cystalgies à urines claires / cystite interstitielle
- Syndrome de vessie douloureuse (Bladder pain syndrome 2002)
- Syndrome douloureux de la vessie (Painful bladder syndrome PBS 2007)
 - C'est le patient qui attribue la douleur à sa vessie
 - Avec ou sans anomalie cystoscopique lors de la distension vésicale sous AG

Facteurs de risque communs

- **Abus sexuels ou physiques**
- **Addiction**
- **Anxiété**
- **Dépression**
- **Somatisation**

Comparaison prévalences syndrome douloureux vésical et autres pathologies

Pathologies	Prévalence (/ 100 000)
Syndrome douloureux vésical/ cystite interstitielle	209-306
Maladie de Crohn	140
Polyarthrite rhumatoïde	400
Insuffisance rénale chronique	330
- Non terminale	26
- Patients dialysés	51,3
Diabète	3060
Asthme	6000
HTA	31000

Syndrome douloureux scrotal

- **Douleur de la peau scrotale ou épидидymo-testiculaire ?**
- **Douleurs épидидymo-testiculaires post-vasectomie**
 - Douleurs post-op chroniques avec prise en charge : 1 patient / 1000
 - Incidence : 15 000 à 20 000 / 100 000 / an
 - Aucun facteur prédictifs, pas de délai d'installation
- **Orchi-épидидymite chronique ?**

Douleurs sexuelles de l'homme

- **Éjaculation douloureuse**
 - Prévalence population générale : 1000 à 4000 / 100 000
 - Incidence : 230 / 100 000 / an *Delavierre 2014*
 - HBP : 17 à 25,9%
 - Corrélation sévérité des douleurs avec sévérité des SBAU
 - SDPC : 24 à 58%
- **Autres douleurs sexuelles ?**

Névralgie pudendale

- Prévalence non connue
- Age moyen : 50- 70 ans
- Femme 6 fois sur 10

4. Aspects économiques

- **Coûts directs** : Cs, hospitalisations, explorations, traitements, soins infirmiers
- **Coûts indirects** : altération qualité de vie, absentéisme, perte d'emploi, perte d'autonomie, pathologies associées
- **Syndrome douloureux pelvien chronique/prostatite chronique**
 - 2 millions visites/an
 - Coût annuel global USA : 84 millions \$ *Duloy 2007*
 - Dépenses de santé : 3631 \$/an/patient *Clemens 2009*
- **Syndrome douloureux vésical/cystite interstitielle**
 - Coûts directs/an/patiente > 4000 \$ pop. générale *Clemens 2008*
 - Dépenses de santé/an/ patiente : 3017\$ *Clemens 2009*

Pathologie	Coût annuel / patient USD
Syndrome douloureux pelvien chronique/ prostatite chronique	3631
Syndrome douloureux vésical / cystite interstitielle	3017
Neuropathies périphériques	1087
Lombalgies chroniques	4256
Polyarthrite rhumatoïde	6710

4.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 testiculaire	15 à 20 000 (15 à 20%)	des coûts de prise en charge annuelle par patient id. à ceux des douleurs neuropathiques et à celui des lombalgies
dyspareunie profonde	14 000 (14%)	
douleurs per ou post éjaculatoires	1 000 à 9 000 (1 à 9%)	
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

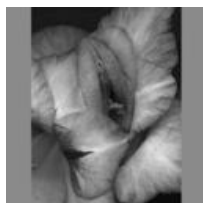
Conclusions

- Coûts engendrés > % prévalence
- Facteurs de risques, terrains communs
- Comorbidités et associations pathologiques

Vision globale - Approche multidisciplinaire

5. 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



« Viscer-ite? »



urologue	gynécologue	gastro
Prostatite chronique	Vestibulite vulvaire	Colite spasmodique
Cystite interstitielle	Adhérences	Syndrome du releveur
Cystalgie à urine claire	Endométriose	Proctalgies fugaces

35

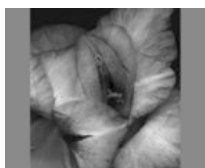
Mais ...

- 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:



- Pollakiurie,
- Dysurie
- Troubles éjaculatoires



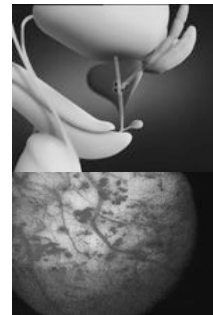
- Dyspareunie
- Aggravation prémenstruelle



- Constipation
- Diarrhée

6.Évolution de la terminologie: ex la vessie

- Syndrome de vessie douloureuse (Bladder pain syndrome 2002)
- Syndrome douloureux de la vessie (Painful bladder syndrome PBS 2007)
 - C'est le patient qui attribue la douleur à sa vessie
 - Avec ou sans anomalie cystoscopique lors de la distension vésicale sous AG



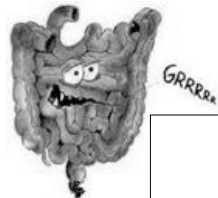
Évolution de la terminologie



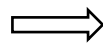
- Prostatite chronique abactérienne
 - Syndrome de douleur pelvienne chronique de l'homme (CPPS 1995)
 - ✓ *Mais confusion pelvis et périnée!*



- Vestibulite vulvaire
 - Vulvodynie provoquée localisée
 - Par opposition aux vulvodynies généralisées, spontanées
 - ✓ *Rentre dans le cadre des douleurs "fonctionnelles"*



- Colite, colopathie fonctionnelle
 - Syndrome de l'intestin irritable



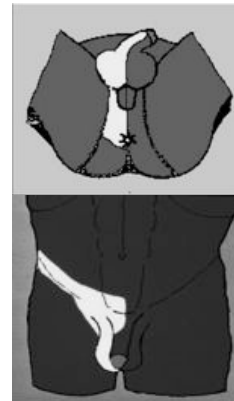
l'organe crée la douleur
l'organe exprime la douleur

Douleur vésicale en pratique

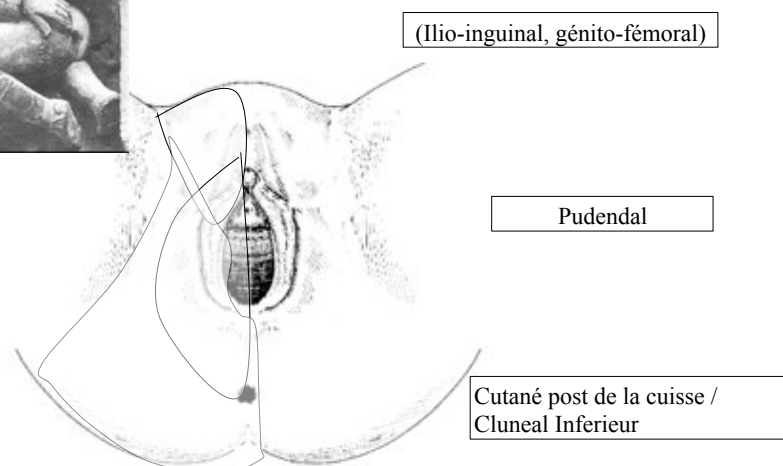
- Syndrome douloureux vésical avec anomalies à la cystoscopie
 - Véritable maladie de la paroi
 - Faible capacité vésicale fonctionnelle sous AG
 - Ancienne « Cystite Interstitielle »
 - Evolution vers un défaut de compliance
- Syndrome douloureux vésical sans anomalie à la cystoscopie
 - « Hypersensibilité vésicale »
 - Douleur pelvienne globale
 - Expression de la douleur
 - « *Prostatite chronique* » de la femme ???

De nouveaux responsables: nerfs et muscles, veines

- la douleur pelvi-périnéale peut être d'origine névralgique, territoire sacré ou thoraco-lombaire
- La douleur pelvi-périnéale peut s'accompagner d'un contexte d'hypersensibilité musculaire avec des points gâchettes: les douleurs myofasciales
- Les varices pelviennes sont fréquentes et peuvent s'exprimer par un syndrome de congestion pelvienne

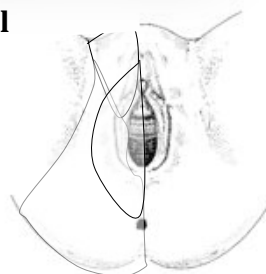


Innervation du périnée



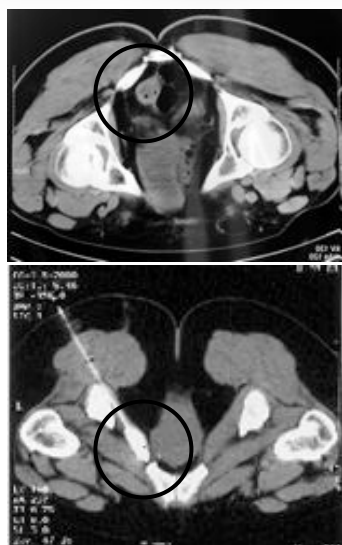
Névralgie pudendale par syndrome canalaire: 5 Critères indispensables au diagnostic (Critères de Nantes)

- **Douleur dans le territoire du nerf pudental (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 pudental positif**



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;27:306-10.

****Bloc diagnostique du nerf pudental***



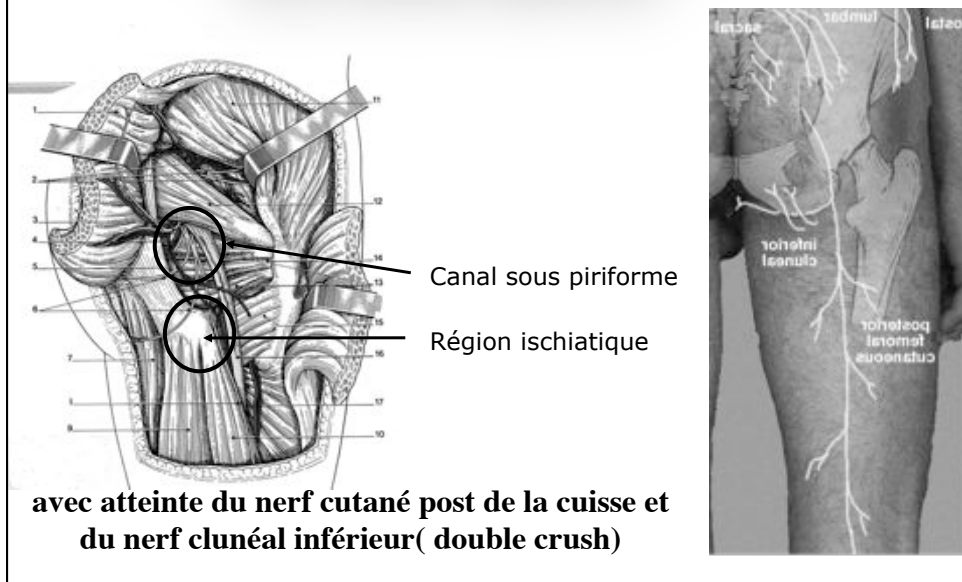
- **Quelque soit la méthode de repérage (radio, scanner, neurostimulation)**
- **Dans le ligament sacro-épineux ou dans le canal d'Alcock**
- **Un bloc positif (soulagement de plus de 50% de la douleur dans les suites immédiates de l'infiltration) affirme une atteinte en aval du site d'infiltration *mais pas sa nature***
- **blocs anesthésiques tronculaires positifs dans 82 % (PHRC 2012)**

	Étude	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		30	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	Lonsqay et al. 2009 (29)	2,9-11,4	60

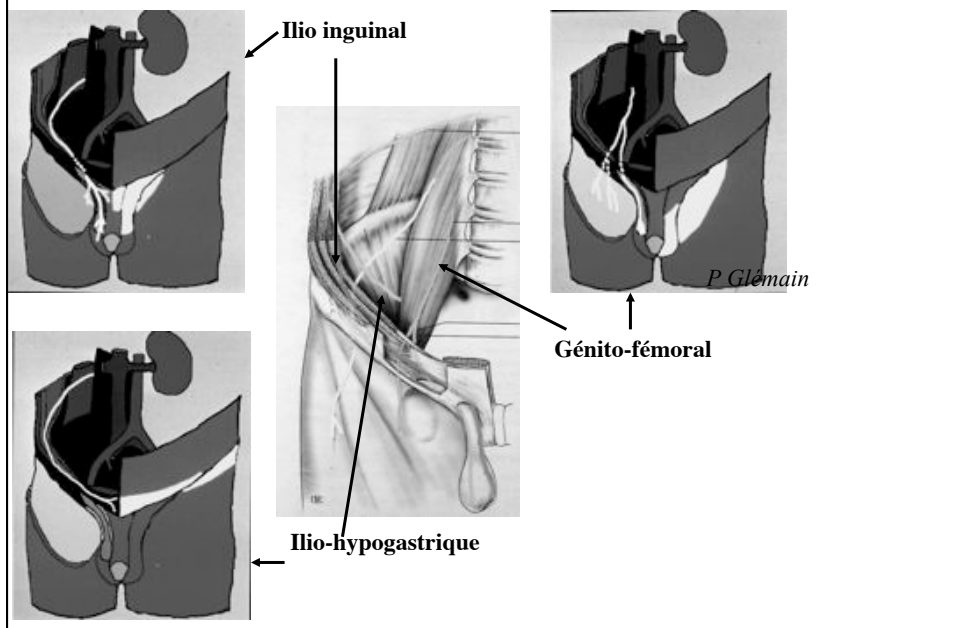
Synthèse tr. fonctionnels des NP

- Sont plus fréquents que dans la population générale.
 - dyschésie, constipation
 - hyperactivité vésicale, dysurie
 - troubles sexuels féminins
- **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.
 - **Éléments réflexes (dyschésie, dysurie)?**
 - **Hypersensibilité viscérale secondaire (syndrome d'hyperactivité vésicale)? Hypersensibilisation sexuelle secondaire?**

***Nerf cutané postérieur de la cuisse et
nerf clunéal inférieur***

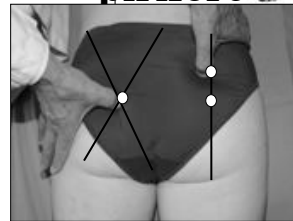


Innervation d'origine thoraco -lombaire:



Douleurs Myo-fasciales

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



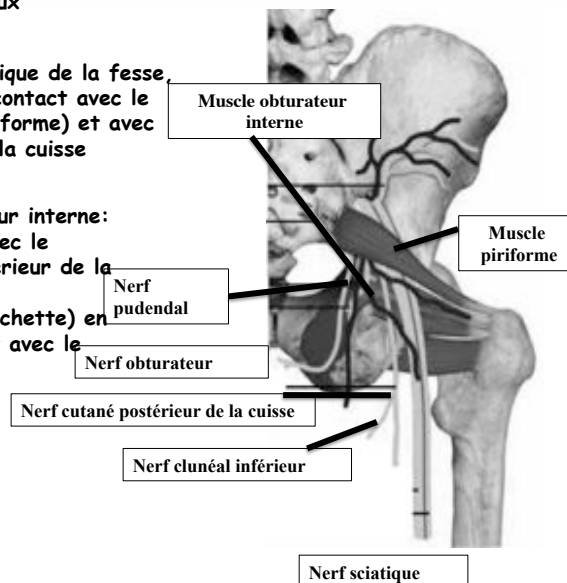
Syndrome du piriforme et de l'obturateur interne

douleur fessière sans rachialgie,
prépondérante en station assise
Accompagnée de points douloureux
gâchettes au niveau fessier

- Syndrome du piriforme: sciatique de la fesse, le piriforme rentre aussi en contact avec le nerf pudendal (canal sous piriforme) et avec le nerf cutané postérieur de la cuisse

- Syndrome du muscle obturateur interne:
 - Un chef fessier en rapport avec le sciatique et le nerf cutané postérieur de la cuisse
 - Un chef pelvien (avec point gâchette) en rapport avec le nerf pudendal et avec le nerf obturateur

Pont gâchette lors des touchers pelviens



Syndrome de congestion pelvienne

- **Syndrome de définition clinique associant**
 - Une douleur pelvienne chronique
 - Majorée en station debout, en fin de journée
 - Avec dyspareunie profonde
 - Dysménorrhée
 - Et souvent des urgenturies et une stase veineuse des membres inférieurs
- **En rapport avec des varices pelviennes**
- **30% des DPC?**
- **Diagnostic : écho doppler intravaginal - phlébographie**

53

Et quand...

- Il n'y a pas de pathologie d'organe
- Il n'y a pas d'argument pour une atteinte neuropathique radiculaire ou tronculaire
- **Changer de vision...:**



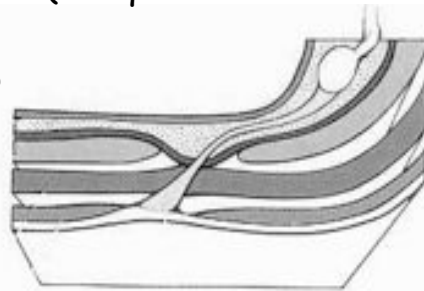
聪明人指着月亮的时候，傻子看着他的手指

« Quand le sage montre la lune, l'idiot regarde le doigt »

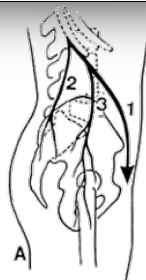
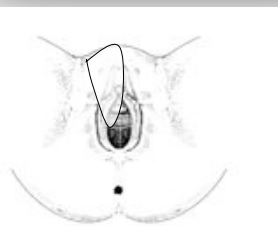
**douleur projetée ou
douleur pelvienne dysfonctionnelle?**

Douleurs projetées

- D'origine thoraco-lombaire: notion de DIM
- Données cliniques bien définies
- Ex: la douleur testiculaire (le squatter du périnée)
- Sous diagnostiquées par spécialistes d'organes et pourtant fréquence +++
- Mais aucune EBM

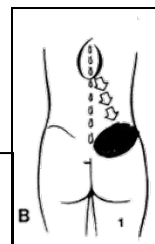


DIM thoraco lombaire: syndrome de Maigne

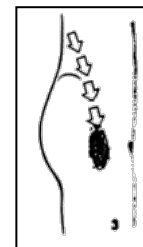


Pas de douleur du périnée postérieur

Branche postérieure: lombalgie basse

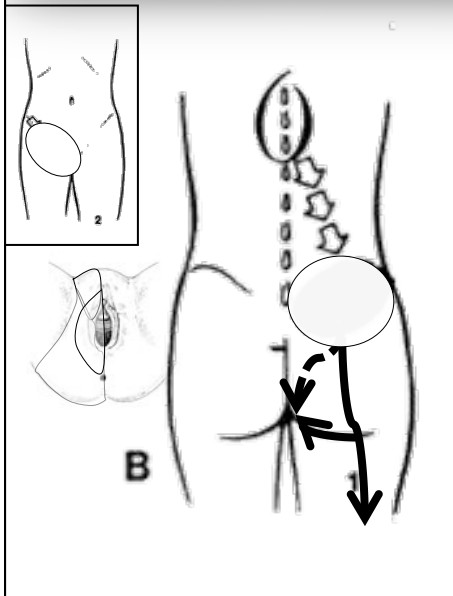


Branche antérieure: douleur inguinale, pubienne, testiculaire



Rameau perforant latéral cutané: douleur pseudo-trochantérienne

Syndrome rachis-pelvis-fesse-périnée



Irradiations:

- Inguino testiculaire (branche ant Th Lomb)
- Fessières et face post de cuisse (piriforme - obturateur interne- nerf cutané post)
- Périnéales (obturateur interne - pudental et clunéal)

7. Douleurs dysfonctionnelles: arguments pour un concept global

- 1. Les co-morbidités dans 30 à 85% des cas
 - Avec les douleurs dysfonctionnelles
 - ✓ fibromyalgie
 - ✓ SII
 - ✓ syndrome de fatigue chronique
 - Entre elles: ex: associations syndrome douloureux vésical
 - ✓ Et douleurs uréthrales
 - ✓ 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



9. Comprendre les douleurs pelvi-périnéales chroniques

- On est passé de la lésion
 - à la dysfonction de l'organe
 - À l'expression de la douleur au sein d'un organe
- Démarche clinique:
 - habituelle à la recherche d'une pathologie d'organe ou tissulaire responsable d'un excès de nociception
 - Approche globale = recherche des perturbations de la transmission nociceptive et de la régulation des messages douloureux pelvi-périnéaux

63

Approche globale: syndrome douleur pelvien chronique

- **Caractéristiques communes entre les syndromes douloureux chroniques pelvi-périnéaux et extra pelvi-périnéaux**
- **Association fréquente de plusieurs douleurs pelvi-périnéales chroniques entre elles**
- **Mécanismes physiopathologiques et facteurs de risque souvent partagés**
- **Intégration de toutes les composantes de la douleur : psycho-comportementale, familiales et socio-professionnelles**




LA 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...)

La dépression réactionnelle

Le chagrin




La dépression réactionnelle

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,...)
- Et souvent **hypersensibilisation** secondaire au caractère chronique

Le bois sec

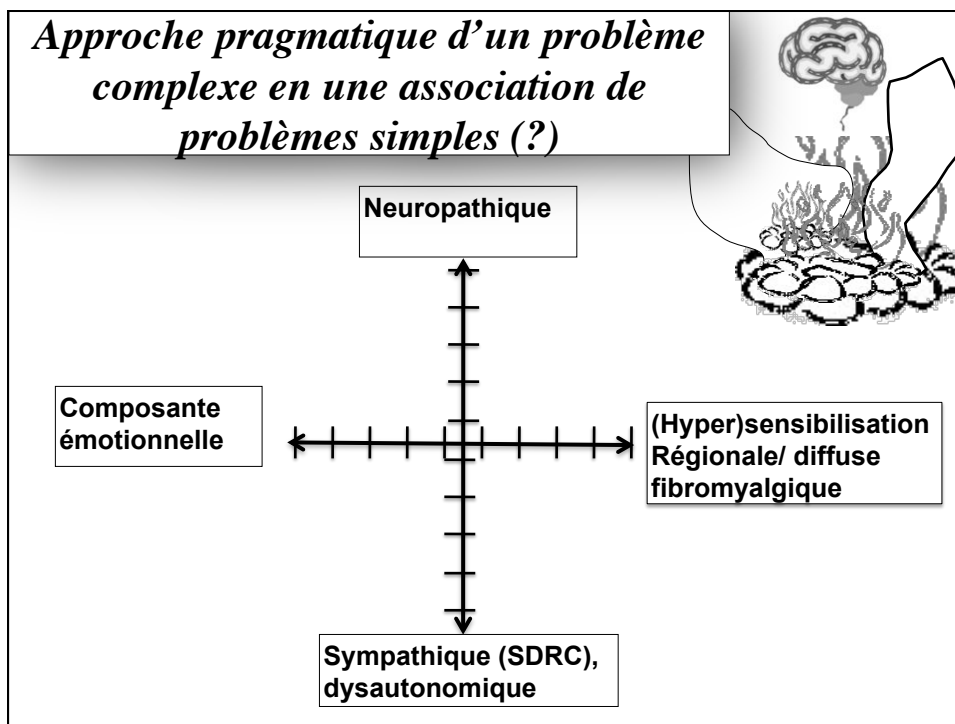
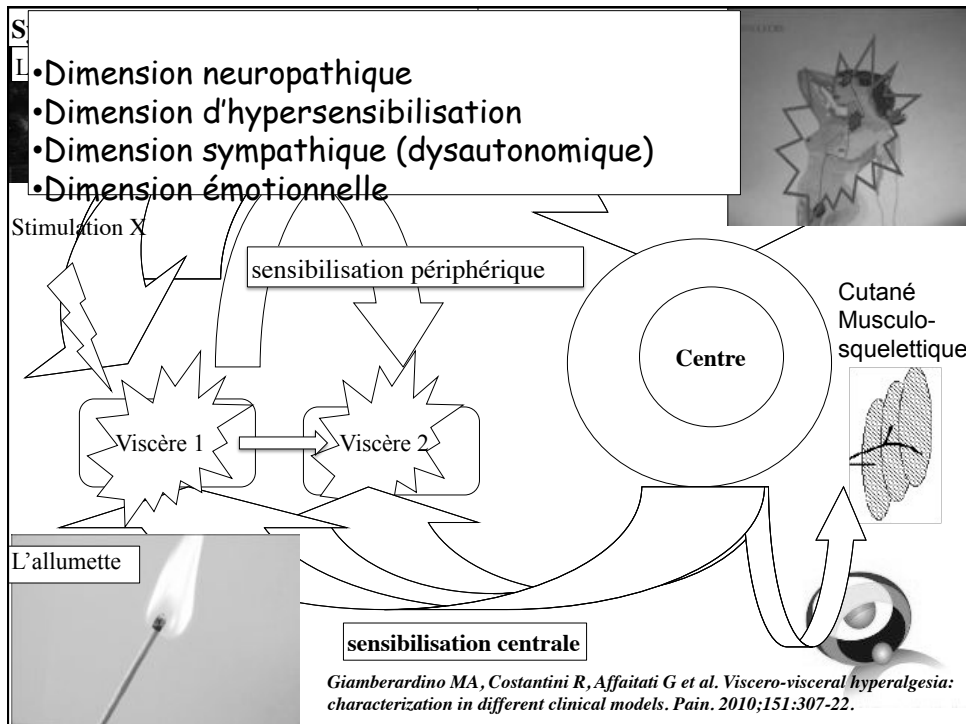


Ce n'est pas parce qu'elle n'est pas visible que la douleur est illégitime !!!

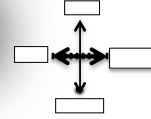
S... mie logique



Filtres et amplificateurs



1/ Dimension neuropathique



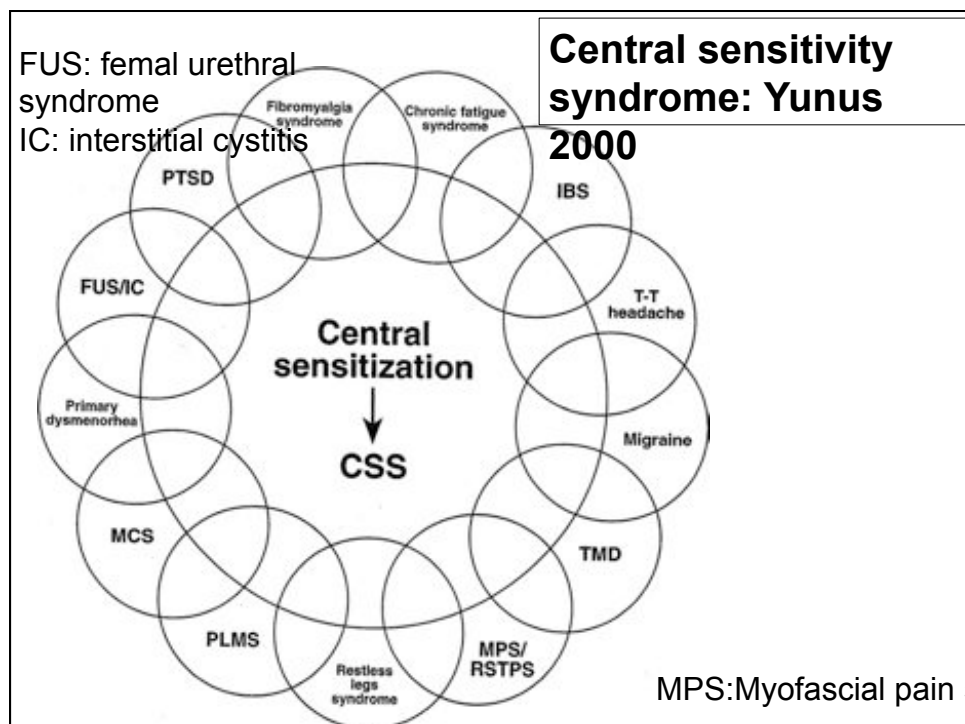
- **caratères de la douleur:**
 - brûlures, décharges électriques ,coups de couteau, étau, paresthésies, engourdissements....
- **Allodynie mécanique:**
 - contact des vêtements, contact vulvaire (VV), remplissage vésical (PBS), distension rectale (SII)
- **Territoire**
 - pudendal sacré ou thoraco lombaire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

2/Problématique de la sensibilisation pelvienne

- **Des notions fondamentales**
 - Notion de sensibilité (physiologique)
 - d' hypersensibilité (pathologique)
 - de sensibilisation ou d' hypersensibilisation (notion de terrain)
- **Des notions cliniques**
 - Douleurs fonctionnelles: absence de pathologie somatique
 - Des notions cliniques empiriques: douleur non systématisée, diffuse, avec diminution des seuils de sensibilité à la douleur

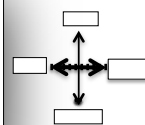
Visceral hypersensitivity

- **Définition:**
 - Hypersensibilité viscérale avec diminution des seuils de sensibilité
 - Troubles fonctionnels
 - En absence d'explication au niveau de l'organe
- **Notion surtout étudiée pour les pathologies digestives (IBS) et urinaire (syndrome d'hyperactivité vésicale sans hyperactivité du détrusor)**



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)*

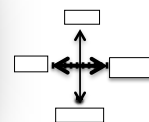
Score de sensibilisation pelvienne /10: les données de l'interrogatoire

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

<i>Score de sensibilisation pelvienne /10: les données de l'examen clinique</i>	
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 doulfonctionnelles Fibromyalgie, Céphalées de tension, Dysménorrhée, SRDC, Intestin irritable, Sadam
Score de sensibilisation pelvienne: de 0 à 10	

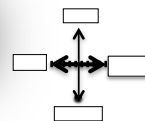
***3/ Dimension: dysfonction sympathique,
dysautonomie
(type SDRC et douleur viscérale)***



- 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*»

Janicki TI. Chronic pelvic pain as a form of complex regional pain syndrome. Clin Obstet Gynecol. 2003;46:797-803.

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
 - Sentiment d'injustice
 - Altération de la sexualité
 - retentissement familial, social, professionnel

Bodden-Heidrich R, Kuppers V, Beckmann MW, Rechenberger I, Bender HG. Chronic pelvic pain syndrome (CPPS) and chronic vulvar pain syndrome (CVPS): evaluation of psychosomatic aspects. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1999;20:145-51.

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 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 vis à vis de la chirurgie fonctionnelle pelvienne
- Approche transdisciplinaire
- Justification d'une analyse symptomatique pour proposer une logique thérapeutique adaptée à chaque patient



**2d WORLD CONGRESS ON
Abdominal & Pelvic Pain**

CELEBRATING IUGA'S
40TH ANNUAL MEETING
JUNE 9 - 13, 2015
Nice Acropolis Convention Center



Avec traduction simultanée
With simultaneous interpretation

NICE, France