

LES ALGIES PERINEALES CHRONIQUES : DE QUOI PARLE T'ON ?

Mansour Khalfallah¹, Martine Cornillet-Bernard², Thibault Riant³,

(1) Neurochirurgien, Medecin de la douleur (2) Kinésithérapeute, membre ARREP et (3) Anesthésiste, Medecin de la douleur,

Synthèse d'une collaboration entre
L'ASSOCIATION RESEAU REEDUCATION EN PELVIPERINEOLOGIE
et
CONSULTATION DES ALGIES PÉRINÉALES DU MONTLOUIS
Clinique du Montlouis, 8 rue de la folie Regnault Paris 11^{ème}

INTRODUCTION

Au cours des trois dernières décennies, la prise en charge des douleurs pelvi-périnéales a connu d'important développement. Une approche pluridisciplinaire se révèle indispensable. Elle fait intervenir, les médecins de la douleur, des différents spécialistes d'organes, la physiothérapie et l'ostéopathie. Une meilleure compréhension de l'influence du psychisme sur les mécanismes de la douleur permet de faire appel à bon nombre de thérapies complémentaires telles que la sophrologie, la psychologie, l'hypnose. La prise en charge est passée d'une approche focale puis régionale à une approche globale ou holistique.

De quoi parle-t-on ?

Lorsqu'on parle de douleur chronique pelvi-périnéale on évoque toutes douleurs de la région pelvienne ou périnéale évoluant depuis 6 mois qu'elles soient ou non associées à une lésion sous-jacente. Dans cette définition on intègre les douleurs persistantes malgré le traitement de la cause.

Cette définition inclut les douleurs que l'on peut qualifier de lésionnelles. Elles résultent de la lésion d'un tissu ou organe telle qu'une lésion nerveuse (névralgie pudendale, névralgie clunéale, Etc.), une lésion musculaire (syndrome du piriforme, syndrome de l'obturateur interne, psoriasis, Etc.) ou une lésion du cadre osseux (coccyx, fracture ou fissure du cadre osseux). Ces tissus peuvent être impliqués dans des phénomènes douloureux sans lésion. On parle alors de dysfonction. Enfin ces 2 mécanismes (lésion et dysfonction) peuvent être associés.

Ces lésions ou/et dysfonctions peuvent avoir une évolution au delà de 6 mois en raison de difficultés diagnostics ou thérapeutiques. Elles peuvent rester focales, ou induire une réaction régionale ou plus globale de l'ensemble du système nerveux et de ces effecteurs (muscle, viscères, os) plus communément dénommée « hypersensibilisation ». Cette réaction est une réponse à l'intensité et /ou à la chronicité de la douleur. Les modifications mises en place sont réelles. Elles sont à l'origine d'une altération des mécanismes physiologiques au niveau périphérique, central, médullaire et cortical. Elles vont se traduire par une réaction exagérée et/ou diffuse en réponse à un stimulus douloureux ou non douloureux. Ce retentissement peut s'étendre à des fonctions telles que la miction, ou la défécation.

Nous ne sommes plus dans le cadre d'une systématisation correspondant à un nerf ou un muscle donné. La réaction peut devenir totalement autonome et se poursuivre en présence ou en l'absence de la lésion initiale. Cette dernière n'aura joué qu'un rôle d'inducteur ou peut être uniquement de catalyseur chez des patients prédisposés (terrain de fibromyalgie, anxiété, névrose, douleurs chroniques autres, ...). Cette situation engendre des syndromes douloureux plus communément connus aux niveaux des membres et anciennement dénommés algoneurodystrophie. Le terme anglophone »reflex sympathetic dystrophy« était également utilisé devant la présence de signes végétatifs. Toutefois leur caractère inconstant fait préférer le terme de syndrome douloureux complexe régional (SDRC). Il peut s'exprimer au travers d'un membre ou d'un organe, ou d'une région du corps. Au niveau périnéal, il permet de comprendre certaines prostatodynies, cystalgie, vulvodynie ou colopathie fonctionnelle). Ils sont regroupés sous la dénomination de syndrome douloureux pelvien complexe (SDPC). Ces symptômes peuvent être isolés ou associés. D'une manière un peu simpliste, on peut dire que SDPC = hypersensibilisation, ce qui expliquerait la richesse et le polymorphisme des symptômes observés.

Notre approche :

Elle s'inspire de cette équation. Les symptômes sont répertoriés et analysés. On parle de démembrement du tableau douloureux. Notre objectif est d'identifier l'éventuelle lésion initiale, et de la différencier des douleurs réactionnelles, témoins de l'hypersensibilisation secondaire.

Cet algorithme impose de connaître l'anatomie descriptive de la région, son innervation somatique et végétative.

Le système nerveux végétatif (SNV) et somatique

L'ensemble de notre surface corporelle est innervé par des fibres somatiques et végétatives. Il en est de même des muscles striés, de nos articulations.

LE SNV

Anatomiquement Le système parasympathique accompagne les nerfs, tandis que le système orthosympathique accompagne les vaisseaux. C'est principalement par le système orthosympathique que le système végétatif participe aux voies de la nociception. Cependant la balance fonctionnelle entre les 2 systèmes reste présente. Des lors une baisse du tonus parasympathique, couplé à une hyperactivité orthosympathique, aussi diffuse que la douleur, peut en partie expliquer certains dysfonctionnements (dysurie, trouble de l'érection, etc.)

Ce système présente une organisation métamérique tel que nous la connaissons pour le système somatique, toutefois elle n'est pas aussi précise. La douleur dite végétative peut être identifiée par son caractère diffus, par sa description (sensation de froid), elle peut être associée à une sensation de gêne, parfois même de corps étranger dans les douleurs orificielles, voire « de mal être ».

Ce système présente une organisation pour partie inconnue. Si l'on part de la moelle épinière, de manière segmentaire, les fibres végétatives efférentes des cornes intermédiaires, quittent la moelle épinière pour rejoindre une structure ganglionnaire para vertébrale. Ces structures ganglionnaires sont étagées, et reliées par un rameau inter ganglionnaire. Elles contiennent des fibres afférentes qui participent à la nociception. Elles vont faire le chemin inverse. D'un l'organe elles vont rejoindre un plexus (ex : plexus hypogastrique) ou un ganglion paravertébral,

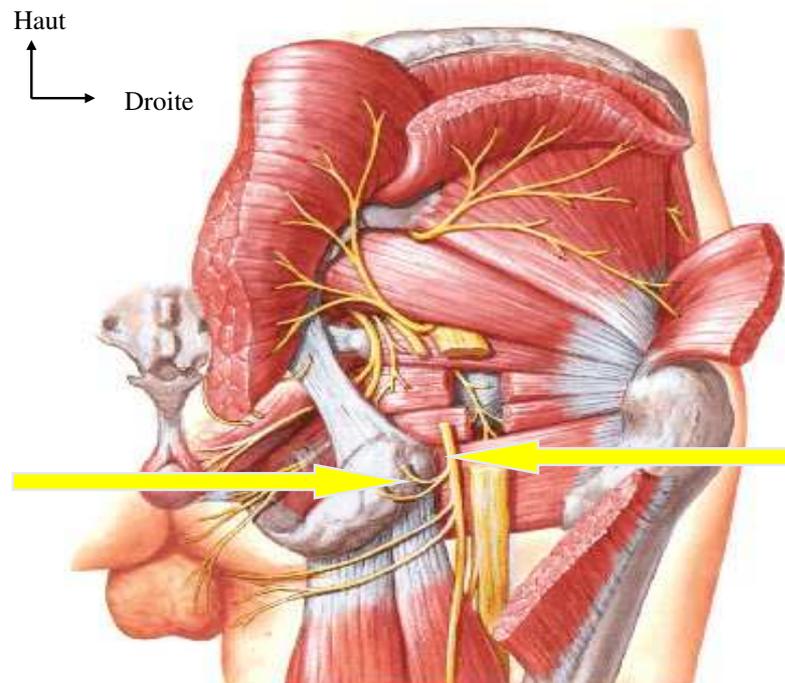
puis rejoindre la moelle épinière via les rameaux communicants. Elles vont se projeter au niveau la corne postérieure. Les ganglions sont reliés entre eux et situés symétriquement de part et d'autre de la colonne vertébrale. A la hauteur de la région sacro-coccygienne, cette chaîne se termine par un ganglion unique le ganglion impar.

Les blocs anesthésiques, réalisés au niveau de ce ganglion, nous révèlent son implication dans la sensibilité douloureuse cutanée et viscérale de l'ensemble de la région pévi-périnéale. Son rôle dans le fonctionnement viscéral est encore exploré. Sa destruction chimique est efficace dans les troubles sudoripares et les douleurs cancéreuses de la région. Anatomiquement il reçoit des afférences de la chaîne ganglionnaire para vertébrale, mais aussi du nerf pudendal. On retrouve des afférences vers les dernières racines sacrées (S4, S5), le plexus sacro-coccygien et le nerf coccygien.

Les résultats des blocs anesthésiques réalisés dans des situations douloureuses sont en faveur d'une participation du ganglion impar dans l'innervation de l'ensemble des téguments du périnée, de la vessie, de l'urètre, de la verge, du gland, de l'anus, du rectum mais également des sphincters de la région. Son implication dans les troubles fonctionnels, l'hypersensibilisation et la douleur nous amène assez souvent à proposer un bloc test du ganglion impar dans une démarche de démemberment et de traitement.

LE SN somatique :

Figure 1 : les rapports nerfs somatiques muscles. Structures canalaires



Ils participent ?? aux douleurs périnéales que nous observons parfois par une lésion ou une compression de nerfs au sein de structures canalaires (la névralgie pudendale, la névralgie clunéale, la névralgie obturatrice, les compressions sciatique sous piriforme).

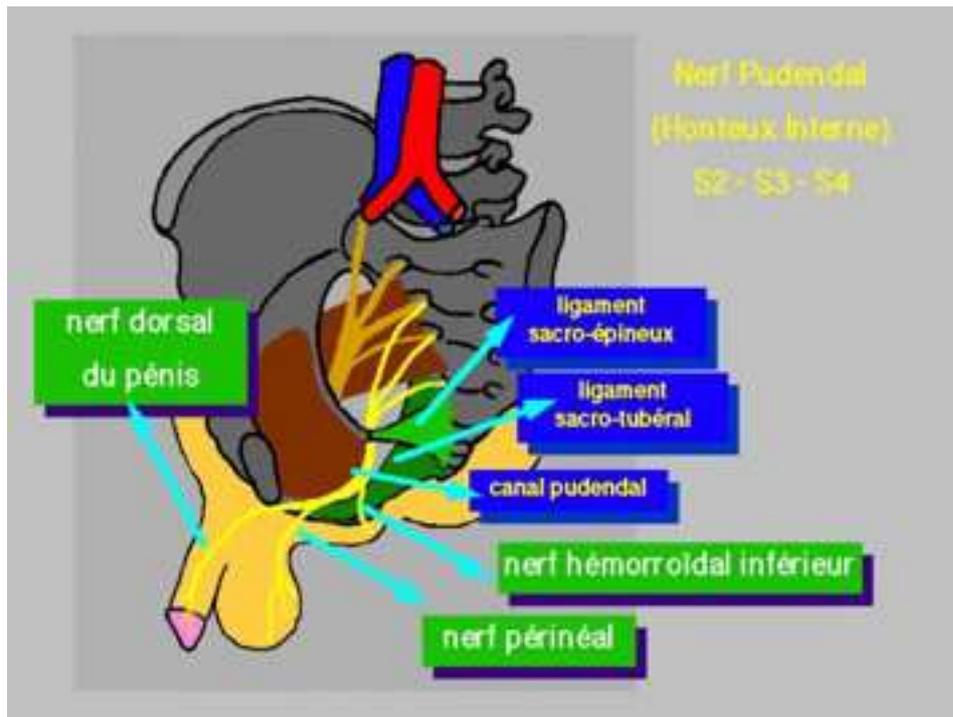
Dans le cadre d'une hypersensibilisation douloureuse, les syndromes myofasciaux associés vont à leur tour engendrer une irritation ou une compression des fibres nerveuses avoisinantes. La connaissance anatomique des nerfs et des racines en

partant de la charnière thoraco-lombaire jusqu'au périnée est indispensable. Connaître leur trajet anatomique, leur promiscuité de certains muscles, et leur territoire d'innervation permet de comprendre les mécanismes mis en jeu, ainsi que l'étendue des territoires douloureux.

Certaines névralgies sont essentielles à connaître pour prendre en charge les patients souffrant de douleurs périméales : la névralgie pudendale et la névralgie clunéale

La névralgie pudendale :

Figure 2 : les zones de conflits du nerf pudendal



Elle résulte d'une compression du nerf pudendal lorsqu'il quitte la région endopelvienne. 3 zones de conflits sont identifiées : sous le muscle piriforme, en regard de la pince ligamentaire que constitue les ligaments sacro-tubéreux et Sacro-épineux, et dans le canal d'Alcock. D'autres éléments peuvent également venir compliquer le trajet du nerf pudendal, mais pour des raisons de compréhension, nous nous limiterons aux 3 zones de conflits précédemment décrites.

En position assise, ces structures canalaires se rétrécissent et exercent une pression sur le nerf pudendal. Sur un siège mou la graisse para rectale est refoulée en profondeur et latéralement. Elle vient majorer la pression autour du nerf pudendal de manière importante. Ces patients souffrent de douleur dans le territoire du nerf pudendal en position assise (territoire médian s'étendant des organes génitaux à l'anus). La douleur présente un horaire mécanique, soulagée debout et sur le siège des toilettes. Elles ne réveillent pas le patient. L'examen clinique ne retrouve pas de déficit neurologique objectif. Les imageries pelvienne et rachidienne sont normales. Lorsque ces 4 éléments cliniques sont présents, Le diagnostic sera confirmé par un blocage fonctionnel (anesthésie) du nerf pudendal dans les zones de conflits (pince ligamentaire au niveau du LES et canal d'Alcock). La diminution transitoire en position assise de la douleur d'au moins 50 % confirme le diagnostic. De manière à éviter des faux négatifs ou des faux positifs, ces tests doivent être réalisés sous

scanner, avec du produit de contraste, par une équipe entraînée à leurs réalisations et à leurs évaluations.

A ces critères indispensable au diagnostic (critères de Nantes), s'associe bon nombre de symptômes favorisé par la chronicité des douleurs et l'hypersensibilisation.

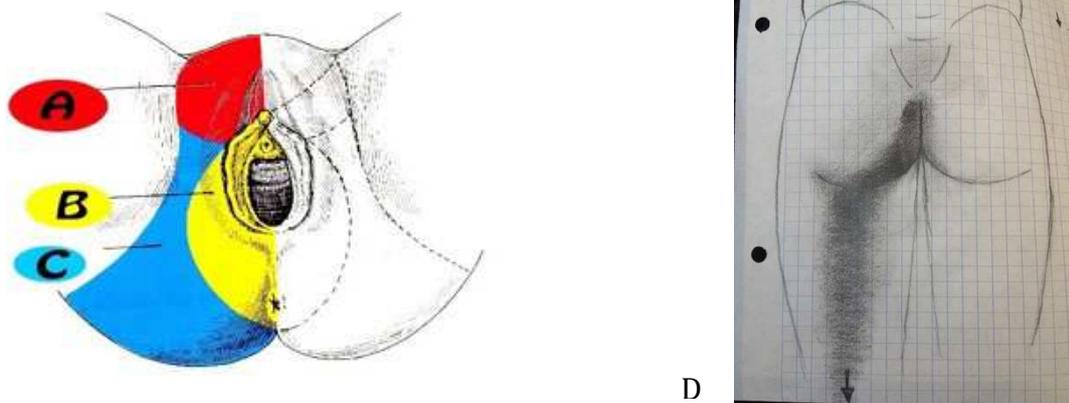
Le traitement médical seul apporte parfois un soulagement, mais souvent partiel et transitoire. Il peut reporter un geste de décompression. Il n'a pas été démontré de corrélation entre la durée de compression et le pronostic de récupération. Cela est probablement lié à un facteur difficile à évaluer : l'importance de la souffrance du nerf. Les infiltrations (pudendale), indispensables au diagnostic ne peuvent être considérées comme des traitements (13% de patients améliorés). L'utilisation de corticoïdes c'est révélée sans bénéfice supplémentaire et n'est plus recommandée.

Actuellement, le seul traitement validé est la décompression chirurgicale du nerf dans le cadre d'une prise en charge globale :

- Traitement des différentes composantes de l'hypersensibilisation (muscles, blocage médicamenteux des voies de la douleur, éventuellement blocage du ganglion impar et prise en charge psychologique,)
- Traitement de la lésion du nerf induite par cette compression chronique (douleur neuropathique) par le traitement médicamenteux, la stimulation cutanée.

Les douleurs résiduelles à 1 an de l'intervention peuvent bénéficier d'un traitement par stimulation médullaire avec des résultats prometteurs à long terme. Lorsque cette dernière a été envisagée en premier lieu, les améliorations ont été absentes ou transitoires, et non durables.

Figure 3 : territoires sensitifs : A/ nerf ilio-inguinal, nerf ilio-hypogastrique, B/ nerf pudendale, C et D / nerf clunéal.



L'anévrésie clunéale

Elle résulte d'une compression du nerf cutané postérieur de cuisse ou de ces rameaux clunéaux dans leur trajet parfois sous le bord latéral du ligament sacro-tubéreuse mais également dans une structure canalaire lors de leur passage le long de la face postérieure latérale de l'ischion.

Les douleurs sont également positionnelles, plutôt sur siège dur ici, soulagées sur le siège des WC. Les patients ont le sentiment d'être assis sur leurs os. La douleur est décrite dans un territoire paramédian, s'étendant de l'ischion, latéralement vers le pli fessier et la face postérieure de cuisse, médialement vers la région labiale ou le scrotum, voire le sillon génito-crural. Une douleur endo-ischiatique paramédiane est

rapportée dans 80 % des cas.

Lorsque ces critères sont présents, on confirme le diagnostic par un bloc anesthésique test le long du trajet du nerf cutané postérieur de cuisse. Ce test, pour être exploitable, doit être effectué dans des conditions indiscutables de réalisation et d'évaluation.

Le traitement associe également une chirurgie de décompression toujours dans le cadre d'une prise en charge globale telle que pour la névralgie pudendale.

Les douleurs osseuses :

Les douleurs du cadre osseux sont fréquentes dans les douleurs périnéales. Elles résultent probablement de l'hypersensibilisation locorégionale. Leur caractère diffus est en faveur d'une origine végétative. A ce niveau une approche test de désensibilisation peut passer par le ganglion impar.

Les coccygodynies

Un cadre nosologique que nous aborderons plus particulièrement.

La plainte fonctionnelle est une douleur coccygienne provoquée en position assise et plus particulièrement en appui sur le coccyx. On retrouve également, chez bon nombre de patient, une exacerbation des douleurs au lever de la position assise. Plus rarement des douleurs sont aussi retrouvées en position de debout et à la marche. Ces dernières caractéristiques résulteraient d'une composante myofasciale intéressant les muscles s'insérant sur le coccyx (le chef ischiococcygien de l'élevatori, le gluteus maximus et le sphincter anal).

Dans les formes chroniques (au delà de 3 mois), ces douleurs résultent dans 60 % des cas soit d'une épine osseuse soit de luxation antérieure ou postérieure soit d'une hypermobilité en flexion des pièces coccygiennes. Les épines sont congénitales et se manifestent souvent dans les suites d'un amaigrissement. Les luxations sont favorisées par des microtraumatismes répétés du coccyx en raison d'une perte de rotation sagittale du pelvis. Le surpoids ou une perte de la mobilité rachidienne (arthrodèse) sont des facteurs favorisants. Les 40 % restant comprennent 15% de forme débutante de luxation vraie ou d'hypermobilité, environ 25 % des douleurs réactionnelles « référées » d'origine pelvienne, périnéale ou rachidienne. On retrouve plus rarement des pathologies microcristallines, de véritable spondylarthrose inter somatique.

L'approche thérapeutique doit de nouveau être globale sans négliger le retentissement psychologique de ces lésions. Une composante myofasciale doit être recherchée et traitée. L'infiltration améliore 60 à 80 % des patients. Elle est répétée si l'amélioration dure plus d'un mois.

Dans notre pratique nous la couplons à une infiltration du ganglion impar. La recherche d'une désensibilisation locorégionale permet de diminuer le nombre de non répondeur aux infiltrations et d'augmenter leurs efficacités. La radio-fréquence est de plus en plus proposée avant d'évoluer vers la chirurgie. L'intervention chirurgicale, permet la résection de l'élément identifié, à l'origine des douleurs (épine, coccyx). Elle dure environ 20 min. Elle permet une amélioration de plus de 50 % des douleurs dans 80 % des cas. Le risque principal, infectieux, est actuellement bien contrôlé par un protocole d'antibioprophylaxie spécifique.

Figure 4 : hyper-mobilité coccygienne en flexion : debout (gauche) assis (droite)

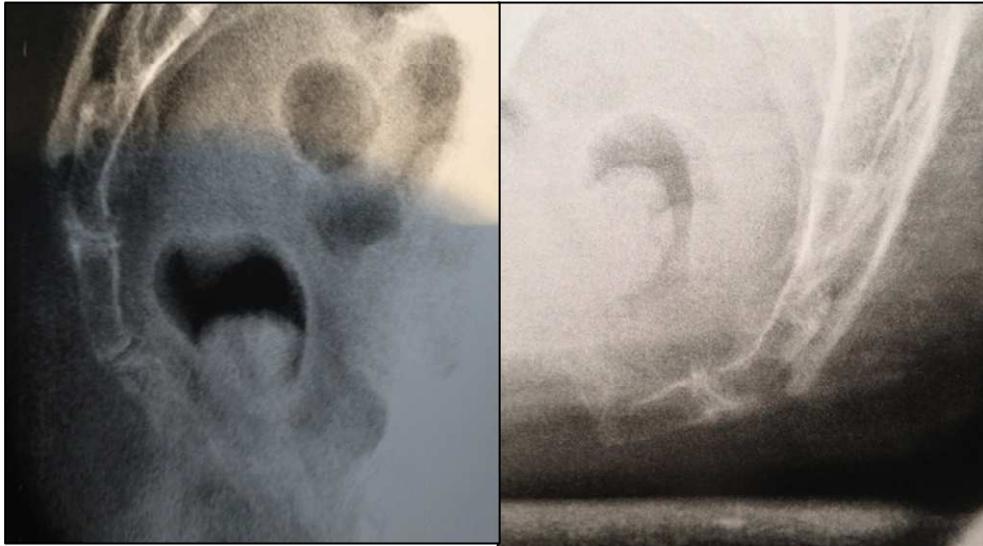
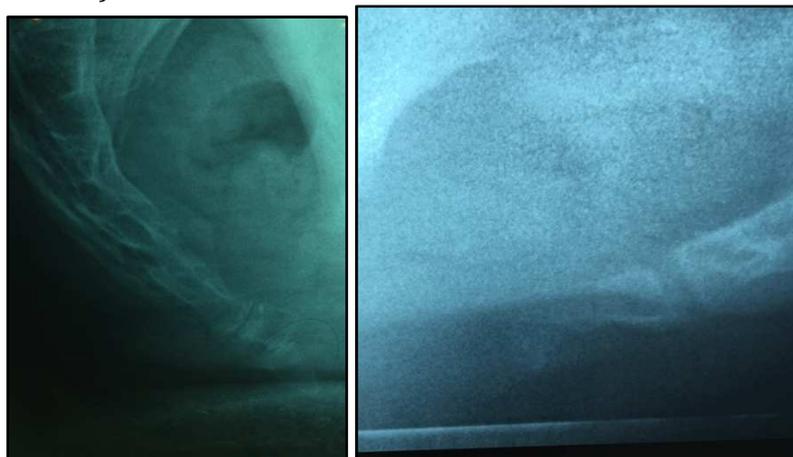


Figure 5 : radiographie en position assise : luxation postérieure (à gauche), épine coccygienne (à droite)



Le syndrome douloureux pelvien complexe :

La définition a été détaillée au début de notre présentation. Grossièrement, elle intègre toute douleur chronique pelvienne non strictement localisée à un organe ou à un territoire neurologique systématisé.

La fréquence des signes végétatifs associés, (ici : sensation de corps étrangers intra-cavitaire, fesses froides, douleurs post-défécatrices, mictionnelles, éjaculatoires, coïtales). L'expression souvent neuropathique des douleurs ; l'absence de causes patentes ou traitables, nous conduit vers une stratégie thérapeutique visant à moduler la nociception (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 démantèlement du tableau douloureux permet de mettre en place le projet diagnostique (imagerie, infiltrations tests, consultations spécialisées, ...) et thérapeutique (médicamenteux, kinésithérapie, prise en charge psychologique, ...)

La stimulation périphérique est fréquemment utilisée avec des résultats. Les

électrodescutanés peuvent être disposées à la face interne de la cheville, pour moduler les afférences sensitives périméales (territoire cutané de la racine S3), ou loco-dolenti. Il faut essayer les 2 méthodes.

En l'absence d'efficacité, ou lorsque l'effet est présent, mais les électrodes cutanées deviennent trop contraignantes, on peut proposer un test de stimulation péridurale. L'amélioration observée peut conduire à implanter le dispositif. Nous insistons sur le fait que cette approche est envisagée chez des patients :

- insuffisamment soulagés par les traitements généraux (médicamenteux) et locaux (kinésithérapie, topiques locaux) durant 1 an.
- sur des douleurs que l'on peut qualifier de séquellaires.

Elle n'a aucun sens et peut être délétères si elle se substitue ou précède un traitement spécifique d'une lésion causale sous jacente.

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.

Figure 6 : stimulation du cône médullaire pour douleur périméale chronique rebelle



CONCLUSION

Actuellement, la prise en charge globale est incontournable dans le cadre des douleurs chroniques et singulièrement pour les douleurs pelviennes . Le démembrement des composantes neurologiques, osseuses, et musculaire et leur intégration dans un cadre nosologique qui inclut la dimension d'hypersensibilisation, facilitent une meilleure compréhension des douleurs rapportées par nos patients. Une grande partie de ces progrès résulte de la concertation qui se développe de plus en plus dans nos activités. L'ARREP s'inscrit par son esprit de réseau dans cette démarche. Nous espérons au travers de la consultation du Montlouis y participer en apportant notre expertise et en facilitant une concertation pluridisciplinaire autour du patient.