

EXPOSE SUR LES DOULEURS COMPLEXES PELVIENNES

DEFINITION DE DOULEUR NEUROPATHIQUE

Il s'agit d'une douleur liée à une lésion ou à un dysfonctionnement du système nerveux.

DEFINITION DE DOULEUR CHRONIQUE PELVI-PERINEALE :

Elle est représentée par une sensation et une émotion désagréable, liée à une lésion évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et susceptible d'affecter le comportement du patient dans le cadre de sa vie familiale, professionnelle et sociale.

Pour bien comprendre, le médecin doit décrypter la douleur :

- ce qui est générateur de la douleur, événement déclenchant (lésion, atteinte nerveuse),
- le ressenti du patient qui est une conséquence émotionnelle (le deuil)
- les émotions qui sont les conséquences personnelles de la douleur, de l'histoire et de la personnalité (facteurs émotionnels, familiaux, sociaux, professionnels, le passé...).
- notion de terrain : hypersensibilisation primitive (fibromyalgie...)
- déconnexion de la douleur : hypersensibilisation secondaire au caractère chronique de la douleur,
- la perception personnelle de la douleur.

Les médecins croient savoir mais ne savent pas : le patient est renvoyé vers un urologue, proctologue, gynécologue...

En ce qui concerne LA DOULEUR, rien ne se voit ! Le patient doit apprendre à gérer sa douleur en pratiquant de l'hypnose, de la relaxation, etc... et surtout essayer de penser **de manière positive**.

Il existe deux sources principales d'innervation de la douleur :

1. d'origine sacrée (sacrum), la douleur passe dans le bassin et prédomine au niveau du périnée (de l'anus à la verge ou du clitoris pour la femme)
2. d'origine thoraco lombaire : atteinte du nerf ilio-inguinale, génito-fémoral, des testicules...

LES DOULEURS D'ORIGINE SACREE

LA NEURALGIE PUDENDALE

La névralgie pudendale concerne 60 % des femmes (plus exposées), en cause les grossesses, accouchements, etc... ; l'âge moyen de survenue de la douleur est de 50/70 ans.

La douleur s'installe progressivement ou brutalement, de façon aléatoire ou permanente, elle peut être médiane ou unilatérale, du pénis (ou clitoris) jusqu'à l'anus. Elle peut être superficielle (brûlure, étai, corps étranger dans le rectum ou le vagin, électricité, fourmillement, décharge électrique). De même, le patient peut ressentir une hypersensibilité locale (le port d'un slip est insupportable).

La douleur est prépondérante lors de la position assise, soulagée sur un siège de WC. Le patient ne ressent pas de douleur au lever matinal, et rarement la nuit. Les mictions difficiles et la constipation sont fréquentes, la douleur part des fesses et peut descendre dans la cuisse jusqu'au talon. Quant à l'hyper excitation sexuelle, celle-ci n'est pas une perte de sensibilité, par contre les testicules ont une sensibilité normale. De même, il est ressenti une douleur fessière et au niveau sciatique, et/ou du plancher pelvien.

- **peut-on considérer que la névralgie pudendale est une pathologie neurologique ?**

Il faut retenir :

- les arguments cliniques : (douleur unilatérale, intensité de la douleur (brûlures, décharges...) allodynie (l'allodynie est le terme consacré pour exprimer le fait qu'un stimulus auparavant indolore devienne douloureux)
- les arguments thérapeutiques : la résistance aux anti-douleurs habituels (y compris les opiacés) et l'efficacité éventuelle des anti-dépresseurs et anti épileptiques (médicaments de la douleur neurologique).

- **Peut-on considérer qu'il s'agit d'un syndrome canalaire du nerf pudental (compression du nerf) ?**

Aggravation de la douleur en position assise, douleur dans le territoire du nerf, déclenchements très répétitifs, conflits possibles (ex : le nerf peut être coincé à l'entrée du bassin), ou dans le bassin (canal d'alcock). Douleurs sous le pubis (canal sous pubien, douleur nerf dorsal de la verge).

Afin de définir cette pathologie, les médecins ont défini 5 critères majeurs :

1. Aggravation de la douleur en position assise
2. Douleur dans le territoire du nerf (Nerf rectal inférieur, Nerf Périnéal, Nerf dorsal du clitoris ou de la verge)
3. Aucun déficit sensitif objectif (le patient doit sentir la piqure)
4. La douleur ne réveille pas la nuit
5. Réponse positive au bloc anesthésique (infiltration).

Ces critères ont été définis afin d'éviter des consultations sans lien avec cette pathologie, afin d'avoir un langage commun entre médecins ; ce sont des critères simples et mémorisables par tout le monde. Ils évitent les erreurs de diagnostic grossières. Ils sont discutables car la pathologie est complexe, le diagnostic peut être rediscuté.

Evaluation du bloc anesthésique comme critère de diagnostic :

Selon la méthode de repérage (scanner, radio, neurostimulation) l'infiltration est faite dans le ligament sacro épineux ou dans le canal d'alcock. Si le patient ressent immédiatement un soulagement, le syndrome canalaire du nerf pudental est confirmé.

L'EMG n'explore pas la douleur, il est un support au diagnostic de la douleur.

4 Critères d'exclusion ont été définis :

1. Le prurit (grattage)
2. Douleurs uniquement coccygienne, fessière, pubienne, hypogastrique
3. Douleurs uniquement par décharges
4. Anomalies d'imagerie pouvant expliquer la douleur.

Les signes associés n'excluant pas le diagnostic

Les douleurs sous le pubis, les douleurs dues au remplissage de la vessie et les envies d'uriner fréquentes, les troubles de l'érection ou apparaissant après l'éjaculation, les douleurs après ou pendant les relaxations sexuelles, les irradiations fessières ou au membre inférieur, notamment en position assise.



LE NERF CLUNEAL (NERF CUTANE POSTERIEUR A LA CUISSE)

Il s'agit de projections douloureuses au niveau de la fesse, de la partie postérieure de la cuisse en position assise. Les patients seraient gênés sur des sièges durs et perçoivent des troubles au passage des urines et des selles.

LES DOULEURS D'ORIGINE THORACO-LOMBAIRE

Il s'agit des nerfs suivants : **LE NERF ILIO-INGUINAL ET ILIO-HYPOGASTRIQUE, LE NERF CLUNEAL, LE NERF GENITO-FEMORAL ET LE NERF OBTURATEUR.**

Les atteintes de ces nerfs sont généralement liées à un traumatisme opératoire ou à une fibrose post-chirurgicale, laminant le nerf de façon chronique.

Nerf ilio-inguinal et ilio-hypogastrique : troubles sensitifs retrouvés dans la région inguinale et pouvant irradier jusqu'au pubis pour le nerf ilio-hypogastrique, et vers une grande lèvre ou un testicule.

Le nerf génito-fémoral : les troubles sensitifs irradient vers le pubis, la face interne de la racine de la cuisse et la région génitale au niveau de la grande lèvre ou du testicule.

Nerf obturateur : il s'agit d'irradiations douloureuses au niveau de la face interne de la cuisse descendant vers la face interne du genou. L'intensité de la douleur est modérée à sévère. Le patient ne ressent pas de douleur pendant la marche ni brûlures, ni engourdissement, mais a du mal à croiser les cuisses. Souvent, les douleurs surviennent après un traumatisme, fracture du bassin, accouchement difficile.

AUTRES TYPES DE DOULEURS PELVIENNES

Il ne s'agit pas de douleurs myofasciales.

- Prostatite chronique : il s'agit d'une infection chronique de la glande prostatique. Le patient ressent une douleur intense du bas-ventre (localisée sous la vessie ou au niveau des organes génitaux et du rectum) et une difficulté pour uriner et/ou des douleurs pendant l'éjaculation. Les symptômes correspondent aux critères de la névralgie pudendale.
- Cystite interstitielle : Le patient ressent une douleur chronique vésicale et une envie fréquente d'uriner.
- Vestibulite vulvaire : la patiente ressent des brûlures vulvaires accompagnées d'hypersensibilité et ne supporte pas le port d'un vêtement serré ou d'un slip. Les rapports sexuels sont douloureux voire impossibles. Cette pathologie concerne les femmes jeunes et peut être accompagnée ou non d'une névralgie pudendale.

Agnès JULIEN

