La mathématique des douleurs pelvi-périnéales chroniques : comment transformer un problème complexe en une somme de problèmes simples ?

The math of chronic pelvic-perineal pain: how to turn a complex problem in a sum of simple problems?

J.-J. Labat

© Springer-Verlag 2009

Données du problème

Les douleurs pelvi-périnéales chroniques sont un véritable challenge pour qui s'intéresse à la pelvi-périnéologie. Ces patient(e)s sont pris en charge par des spécialistes d'organes (urologues, gynécologues, gastroentérologues...), mais souvent n'ont pas (ou n'ont plus) de pathologie d'organe. C'est cette discordance entre des douleurs invalidantes chroniques (c'est-à-dire évoluant depuis plus de six mois) et le peu d'anomalies objectivables aux examens complémentaires (imageries, endoscopies ou cœlioscopies) qui est particulièrement déroutante. Comment aborder ce type de patient(e) ?

C'est souvent au contact d'autres spécialités que l'on apprend à avoir un regard différent sur la façon de prendre en charge certaines pathologies (exemple de l'application de certaines techniques utilisées dans l'incontinence urinaire à l'incontinence fécale comme la neuromodulation sacrée ou le sphincter artificiel).

La douleur pelvienne chronique a des caractéristiques qui permettent de tisser des liens avec d'autres pathologies douloureuses extrapelviennes. Ces liens peuvent être argumentés et surtout permettre de proposer des schémas physiopathologiques et thérapeutiques déjà expérimentés dans d'autres domaines. Loin de nous l'idée de considérer que la douleur pelvi-périnéale chronique est une entité unique, de mécanisme univoque, bien au contraire.

Quels sont ces champs, ces domaines applicables à la douleur pelvienne chronique et sur quels arguments peut-on s'appuyer pour élaborer un concept multifactoriel global permettant de penser que ces douleurs ne sont plus des

pathologies d'organe mais des pathologies de la régulation des messages douloureux du pelvis et du périnée ?

Les douleurs neuropathiques, la fibromyalgie, le syndrome douloureux régional complexe (SDRC, exemples : algodystrophie, dystrophie sympathique), le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) sont des modèles possibles applicables aux douleurs pelviennes.

Le but de cette attitude est moins d'afficher une vue dogmatique visant à prouver que toutes les douleurs pelvi-périnéales chroniques sont des SDRC, des fibromyalgies ou des douleurs neuropathiques, mais bien d'établir un modèle thérapeutique pragmatique utilisant les connaissances de chaque cadre nosologique. Cette approche devrait permettre de sortir d'une impasse fréquente basée sur le tout organe ou le tout psychologique. Cela nécessite d'appréhender les points communs entre ces cadres nosologiques, mais aussi leurs différences afin d'en retirer la « substantifique moelle ».

Douleur pelvienne versus douleur neuropathique

Certaines douleurs pelvi-périnéales sont d'authentiques douleurs neuropathiques non reconnues [1]. Il s'agit de douleurs sur les cicatrices de la paroi abdominale concernant les nerfs ilio-inguinaux, iliohypogastriques ou génito-fémoraux. Il s'agit des douleurs projetées de la charnière thoracolombaire qui s'expriment au niveau de la région inguinale ou hypogastrique. Il s'agit des douleurs périnéales aggravées en station assise évocatrices de syndrome canalaire du nerf pudendal. Ces types de douleurs bien systématisées peuvent faire l'objet de prises en charge, ciblées comme les infiltrations, les décompressions chirurgicales, la neuromodulation, la radio-fréquence pulsée.

D'autres douleurs échappent à la systématisation neurologique mais ont des caractéristiques de douleurs neuropathiques comme la brûlure, les paresthésies, les décharges électriques ou l'allodynie. Les médicaments contre des

J.-J. Labat (✉)
Centre fédératif de pelvi-périnéologie, clinique urologique,
CHU de Nantes, F-44093 Nantes cedex, France
e-mail : jeanjacques.labat@chu-nantes.fr

douleurs nociceptives (notamment morphiniques) sont rarement efficaces dans les douleurs pelvi-périnéales chroniques, alors que les médicaments des douleurs neuropathiques (anti-épileptiques, antidépresseurs) sont souvent proposés (hors AMM). Chacun connaît les limites des traitements que l'on peut proposer dans ces deux contextes et l'attitude nécessairement prudente du thérapeute vis-à-vis des espoirs générés par les traitements qu'il propose.

Douleur pelvienne versus hypersensibilisation type fibromyalgique

Les patientes porteuses de douleurs pelviennes chroniques de cause connue (exemple : endométriose) ou inconnue ont très souvent une hyperpathie ou de véritables points gâchettes retrouvés au niveau des muscles de la paroi abdominale, du périnée ou de la partie profonde des fesses. Ces douleurs sont le témoin d'un syndrome myofascial régional [2] mais s'intègrent souvent dans le cadre de douleurs diffuses avec des points gâchettes extrapelviens évoquant un syndrome d'hypersensibilité type fibromyalgique [3].

De nombreuses douleurs pelviennes sont le témoin d'une hypersensibilisation « viscérale ». C'est la caractéristique principale du syndrome de vessie douloureuse, du syndrome de l'intestin irritable ou des vestibulodynies. Peu importe de savoir si cette hypersensibilisation est la conséquence du caractère chronique de la douleur ou sa cause, c'est un facteur d'amplificateur de la douleur qu'il faut prendre en compte.

Là encore, le modèle de la fibromyalgie préconisant une prise en charge globale, plurifocale, trouvant un équilibre entre reconnaissance de la souffrance, gestes invasifs, médicaments (type kétamine), régime alimentaire (pauvre en polyamine), réadaptation aux efforts, amélioration de la capacité de repos, pourrait permettre un rationnel thérapeutique.

Douleur pelvienne versus SDRC

Les douleurs pelvi-périnéales chroniques surviennent souvent après un traumatisme (infections, chirurgie, endoscopie) ou plus globalement après un événement initiateur, mais elles évoluent au-delà de la cicatrisation normale. Elles débordent largement d'une systématisation organique (vessie, périnée, rectum) ou neurologique (association de douleurs médiées par des nerfs d'origine différente : sacrée ou thoracolombaire, somatique ou végétative). Elles peuvent s'accompagner d'une hypersensibilité profonde osseuse ou musculaire, d'authentiques troubles vasomoteurs (testicule « bouillant » ou de fesse froide), d'inflammation neurogène avec des aspects érythémateux ou inflammatoires (constatés à l'examen clinique ou en vulvoscopie dans les vestibulites vulvaires, à l'examen des bourses dans certaines douleurs

testiculaires chroniques ou en cystoscopie dans les cystites interstitielles). Elles augmentent aux « efforts » (remplissage vésical ou rectal, dyspareunie profonde). Les douleurs pelvi-périnéales chroniques présentent donc des caractères communs avec les SDRC [4].

Il existe aussi des différences : les troubles vasomoteurs restent moins « visibles » que dans les SDRC, les examens complémentaires type scintigraphie sont constamment négatifs dans les syndromes douloureux pelviens complexes, y compris en phase aiguë.

Le modèle de SDRC est probablement utile en thérapeutique par l'utilisation des blocs sympathiques, de médicaments communs à ces pathologies (antidépresseurs, anti-épileptiques), par l'importance que peut revêtir la kinésithérapie, tant en termes d'amélioration que d'aggravation si celle-ci est conduite trop brusquement.

Cette assimilation permet aussi d'inciter à des attitudes préventives comme de discuter avec beaucoup d'attention des indications chirurgicales dans de telles circonstances en raison du risque de majoration des symptômes douloureux (peu de chirurgiens orthopédistes accepteraient d'intervenir dans un contexte d'algodystrophie).

Enfin, de nouveaux concepts de physiopathologie (l'aspect vasculaire ou auto-immun dans les SDRC), de thérapeutique (travail sur le schéma corporel type Moseley, nouveaux traitements ou nouvelle voie d'administration, tels que le baclofène intrathécal, la stimulation médullaire ou corticale) pourraient trouver un rationnel dans ce type de modèle.

Douleur pelvienne versus PTSD

La composante émotionnelle des douleurs pelvi-périnéales chroniques est patente et perturbe l'analyse clinique nécessaire à leur démembrement clinique.

Le lien entre antécédents d'abus sexuels ou d'abus physiques et douleurs pelviennes est parfaitement documenté, il l'est également dans le cadre de douleurs assez systématisées type cystite interstitielle ou syndrome de l'intestin irritable [5]. La relation entre PTSD et abus sexuels est bien reconnue. Quel est le rôle de la psychoneuro-immunologie dans l'intégration des douleurs pelvi-périnéales chez la femme abusée ?

Les patientes ayant été victimes d'abus sexuels dans l'enfance subissent huit fois plus souvent des interventions de chirurgie pelvienne que les autres.

Les douleurs pelvi-périnéales chroniques peuvent exister sans aucune notion d'abus ou de stress post-traumatique. Ces patient(e)s n'ont pas une plainte spécifique qui les différencierait des patient(e)s ayant des antécédents de traumatisme. De nombreuses patientes abusées ne présenteront jamais de douleurs chroniques pelvi-périnéales.

Réduire ces patient(e)s à leur passé serait une erreur et surtout une faute thérapeutique.

Le modèle de prise en charge des PTSD pourrait être utile dans les syndromes douloureux pelviens chroniques par :

- l'importance de la disponibilité, de l'écoute, permettant, si le patient le désire, l'entente du traumatisme initial ou l'événement considéré comme tel par le patient ;
- la compréhension que l'abus, le stress, le PTSD ne sont pas des générateurs de douleurs par eux-mêmes, mais plutôt des amplificateurs, à l'image de l'essence qui majore les incendies mais ne les provoque pas ;
- l'importance de la mise en avant du traitement de la plainte du patient plutôt que de la cause supposée et hypothétique de cette plainte ;
- l'importance de la « mise en sécurité première » que nécessite ce type de prise en charge (éloignement du danger, de l'abuseur versus traitement de la cause quand celle-ci est connue ou curable) ;
- l'importance de la résilience, de la capacité au changement dans le pronostic ;
- l'intérêt de l'hypnose, de l'EMDR, du *focusing*, de l'art-thérapie, de la transduction psychobiologique, et des thérapies brèves dans la prise en charge de ces patientes ;
- la définition d'objectifs (recadrage) réalistes, réalisables, non miraculeux ;
- la sensibilisation des soignants à l'importance de ne pas nuire, par des gestes qui pourraient être considérés comme un abus ou une agression (examen gynécologique ou sondage urinaire par exemple), par majoration du sentiment de culpabilité ou par non-reconnaissance de la plainte.

Intérêt du concept d'une approche globale des douleurs pelvi-périnéales

Ce n'est pas parce qu'une pathologie d'organe a été éliminée ou que le lien de causalité entre la découverte d'une lésion pelvienne et le syndrome douloureux reste discutable, qu'il n'y a plus rien à proposer. Cette démarche globale, visant à analyser la douleur selon des dimensions inhabituelles permet de se rapprocher de mécanismes

physiopathologiques et de protocoles thérapeutiques appliqués dans d'autres pathologies [6].

Cette démarche globale repose aussi sur la fréquence des associations des syndromes douloureux pelviens chroniques entre eux (syndrome de vessie douloureuse, vestibulite vulvaire, syndrome de l'intestin irritable, névralgie pudendale) et avec les terrains favorisant l'expression de la douleur (fibromyalgie, antécédents de SDRC ou antécédents d'abus sexuels). Ces pathologies surviennent sur des terrains proches en termes de sexe, d'âge et de race [7].

Cette démarche pragmatique et sans prétention scientifique a le mérite d'ouvrir des champs nouveaux et la possibilité d'application de techniques algologiques aux champs de la douleur pelvienne (médicaments antidépresseurs, anti-épileptiques, perfusion de kétamine, réalisation de blocs sympathiques, utilisation des techniques de kinésithérapie, des techniques de neurostimulation, des thérapies brèves, de l'hypnose, etc.) en fonction de l'analyse clinique qui peut en être faite : participation neuropathique, d'hypersensibilisation, participation sympathique, composante émotionnelle.

Remerciements : Remerciements au Dr T. Riant et au Pr A. Watier pour leurs conseils.

Références

1. Labat JJ, Rigaud J, Robert R, Riant T (2006) Les douleurs neuropathiques somatiques pelvi-périnéales. *Pelv Perineol* 1:100–112
2. Weiss, JM (2001) Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *J Urol* 166:2226–2231
3. Clauw DJ, Schmidt M, Radulovic D, et al (1997) The relationship between fibromyalgia and interstitial cystitis. *J Psychiatr Res* 31:125–131
4. Janicki TI (2003) Chronic pelvic pain as a form of complex regional pain syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 46:797–803
5. Riant T, Labat JJ, Rigaud J (2006) Douleurs pelvi-périnéales chroniques et antécédents d'agression(s) sexuelle(s). Quelles conséquences thérapeutiques ? *Pelv Perineol* 1:272–280
6. Watier A, Labat JJ, Robert R, Riant T, Guérineau M (2007) Physiopathologie des douleurs pelvi-périnéales. *Doul et Analg* 20:117–127
7. Marinus J, Van Hilten JJ (2006) Clinical expression profiles of complex regional pain syndrome, fibromyalgia and a specific repetitive strain injury: more common denominators than pain? *Disabil Rehabil* 28:351–362