

Douleurs pelvipérinéales Quand et pourquoi référer un patient en Centre de la Douleur?

Pr Julien NIZARD
Dr Jean-Jacques LABAT
Centre de Pelvipérinéologie
Centre de Traitement de la Douleur
Centre Fédératif Douleur Soins Support Ethique Clinique
CHU Nantes

Douleurs pelvipérinéales chroniques

- Encore relativement mal connues et diagnostiquées
- Définitions et critères diagnostiques non consensuels
Critères de Nantes 2008
- Prévalence forte, et sous-estimée
chez la femme: 20%, 1/3 endométriose

Structures Douleur Chronique (SDC)

1998 : Labellisation des Structures de Lutte contre la Douleur rebelle par les ARH
(circulaire DGS/DH n° 98/47 du 4 février 1998)

2011 : Instruction N°GDOS/PF2/2011/188 du 19 Mai 2011
relative à la labellisation des Structures Douleur Chronique (SDC) :
passage à deux niveaux : Consultations et Centres
(suppression des Unités)

➤ 2 types de structures, correspondant à 2 niveaux différents, mais complémentaires

Consultations pluriprofessionnelles

1. Sous **responsabilité d'un médecin diplômé douleur**
(Capacité douleur ou DESC douleur), > 3 demi-journées/semaine
2. **Temps médical cumulé > 5 demi-journées/ semaine**
3. **Prise en charge pluriprofessionnelle garantie**
Temps cumulé minimal personnels non médicaux : 1,5 ETP
IDE DIU Douleur, traçabilité actes infirmiers
Psychologue ou psychiatre: DIU souhaité, traçabilité consultations
Appel possible à assistante sociale
4. **Activité: au moins 500 consultations/par an**
5. **Secrétariat dédié**, traçabilité des nouveaux patients et de la file active assurée. Permanence téléphonique du lundi au vendredi avec numéro d'appel dédié et plage d'appel identifiée
6. **Locaux regroupés et unité de lieu, lisibilité au sein établissement**
Accès simultané, sur le même site, à deux salles de consultation au moins deux demi-journées par semaine

Consultations pluriprofessionnelles

7. **Avis spécialisés accessibles** en: neurologie, rhumatologie, médecine physique et réadaptation, psychiatrie, pharmacologie
Peuvent être obtenus professionnels extérieurs à la structure
8. **Élaboration d'un projet thérapeutique personnalisé**
grâce à une réunion de synthèse pluriprofessionnelle, formalisée et tracée dans dossier: a minima médecin + IDE + psychologue
9. **Cas complexes présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)**: au sein de la structure ou mise en œuvre par un CETD, ou une organisation recensée par l'ARS, y compris en télé-médecine
10. **Structure ouverte vers l'extérieur**
Information médecin traitant et professionnels correspondants libéraux, associations patients, HAD, SSIAD, EHPAD, médico-social

Centres d'Evaluation et Traitement de la Douleur

1. **Assurent une prise en charge pluridisciplinaire**
plusieurs spécialités médicales différentes +++
2. **Accès à un plateau technique** incluant
 - Explorations fonctionnelles neurophysiologiques
 - Radiologie interventionnelle,
 - Bloc opératoirePermettant d'effectuer certains gestes à visée antalgique
3. **Accès à des lits d'hospitalisation**
Avec **une partie du personnel affectée en propre**
(et non mise à disposition).
4. **Appui aux consultations pour les situations les plus complexes**: évaluation, prise en charge, RCP

Centres d'Evaluation et Traitement de la Douleur

5. Traitements spécifiques dans des domaines d'expertise

- Douleurs rachidiennes, fibromyalgie, TMS, rhumatismes inflam.
- Migraines, céphalées, algies faciales, AVF, névralgies faciales
- Douleurs neuropathiques périphériques et centrales
- Syndrome douloureux régional complexe
- Douleurs aiguës du zona, douleurs du blessé médullaire
- Douleurs viscérales abdomino-pelviennes, douleurs périnéales
- Douleurs vasculaires, post-amputation
- Douleurs séquellaires du cancer
- Douleur du sujet âgé, et de l'enfant

6. Formalisations des relations avec les associations de patients et communication envers le grand public

Centres d'Evaluation et Traitement de la Douleur

7. Promotion et/ou participation à la recherche clinique et/ou fondamentale

8. Contribution à l'enseignement universitaire

Formation initiale (dont DESC) et continue (DIU, Capacité)

9. Participation au recueil de données épidémiologiques

Quand assurer une prise en charge au niveau d'une SDC (HAS 2008)

1. Diagnostic difficile, nécessitant évaluations répétées
2. Syndrome douloureux chronique rebelle, sévère et complexe Nécessitant un suivi spécialisée au sein SDC
3. Retentissement socioprofessionnel ou scolaire prévisible, nécessitant coordination rapide avec médecin travail, médecin scolaire, ou prise en charge médico-sociale
4. Traitement difficile à équilibrer (notamment opioïdes et co-analgésiques)
5. Difficultés d'acceptation ou échec de mise en œuvre du projet thérapeutiques ambulatoire
6. Au cas par cas: exceptionnel (demande spécifique patient)

Thérapeutiques spécifiques SDC HAS 2008

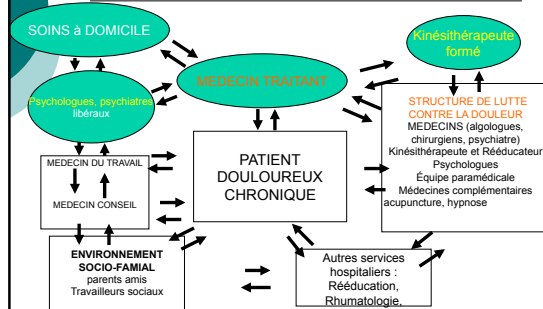
1. Traitements ou modes prise en charge ne pouvant être assurés ailleurs
2. Non remboursement, en dehors SDC, de certains actes indispensables au projet thérapeutique (TENS...)
3. Dossiers complexes nécessitant évaluation et prise en charge pluridisciplinaire
4. Souhait du patient de participer à programme recherche autorisé

Diagnostic algologique

A. Diagnostic clinique

1. Facteurs favorisants: carences affectives, traumatismes physiques et/ou psychologiques (abus sexuels x4, Harlow 2005)
 2. Facteurs déclenchant: physiques (intervention chirurgicale), et/ou psychologiques (deuil, divorce, licenciement (Schaeffer 2002))
 3. Diagnostic clinique précis: névralgie pudendale, syndrome douloureux pelvien chronique, syndrome vessie douloureuse, vestibulite vulvaire...
 4. Evaluation pluridimensionnelle Qualité de vie
 5. Facteurs d'entretien douleurs chroniques ++ Examens complémentaires inutiles, gestes techniques ou chirurgicaux inappropriés et/ou répétitifs, nomadisme médical, éléments contentieux
 6. Co-morbidités: anxiété/dépression, colon irritable, fibromyalgie
- B. Bilan lésionnel rigoureux, mais rationnel**
Recherche de pathologies organiques régionales

Réseau Interdisciplinaire de prise en charge



1^{ère} intention: Prise en charge Médicale Antalgiques

- Hors cancer et SP, éviter paliers 3 sauf exception et sur durées courtes)
- Paliers 1 et/ou 2
- Association LP et LI en inter-doses
- Titration +++
- Dose minimale efficace ++
- Prévention constipation
- Paracétamol potentialise les morphiniques
- Pas d'AINS au long cours

Prise en charge médicale Co-analgésiques

Systématiques dans DI Neuropathiques (DN4 >4)

1. Antidépresseurs

- si non déprimé: tricycliques doses moyennes (amitriptyline: 30 à 75 mg), IRSNA (duloxétine, venlafaxine)

- si déprimé: doses efficaces +++

2. Antiépileptiques de 2^{ème} génération

- pregabaline, gabapentine,
- lamotrigine (douleurs centrales)

3. Si efficacité incomplète: ATD ET AE
4. Traitements locaux
 - lidocaïne: Versatis sur allodynie localisée
 - capsaïcine: Qutenza ++
5. Autres co-analgésiques en SDC, si hypersensibilisation centrale
 - inhibiteurs NMDA: ketamine
 - Agonistes dopaminergiques (pramipexole)

Prise en charge Fonctionnelle Symptomatique

Toujours possible, mais insuffisante

1. Massages, Physiothérapie au chaud/froid
2. TENS +++ essai systématique
 - Gate control 50 Hz (+/- AL TENS)
 - Positionnement électrodes fonction zone douloureuse : niveau périnéal, en sus pubien, en inguinal, voire en regard de L2
 - 2 à 4 séances 30 minutes/j
 - Peu d'études contrôlées

Prise en charge Fonctionnelle

- II. Médecine Manuelle Ostéopathique
- III. Acupuncture
- IV. Rééducation périnéale spécifique

Prise en charge psychologique

- I. Abord psychocorporel
 - Relaxation
 - Hypnose, sophrologie, méditation
- II. Psychothérapies individualisées
 - TCC
 - Thérapies brèves et familiales
 - Psychothérapie conventionnelle

Prise en charge sociofamiliale et professionnelle

Prise en charge sociofamiliale

- Favoriser activités hors soins/plaisir
- Impliquer la famille

Prise en charge professionnelle

- Dossier MDPH: obtention RQTH
- Adaptations qualitatives du poste
- Adaptations quantitatives: Temps partiel, (thérapeutique ou non);
- Rarement: Invalidité

2^{ème} Intention: Infiltrations lidocaïne

- Toujours au sein pluridisciplinarité
- Sous scanner ou échographie
- Intérêt diagnostique: préciser structures nerveuses concernées
- Intérêt thérapeutique: « bloc nerveux » amélioration parfois significative des douleurs pendant plusieurs semaines.

3^{ème} Intention: neurostimulation

1. Stimulation invasive: séries ouvertes, petits effectifs
 - Soulagement des douleurs, et de certains symptômes génitaux et urinaires associés
 - Stimulation nerveuse percutanée
nerf tibial postérieur, PTNS
 - Stimulation tronculaire (nerf pudendal)
 - Stimulation sacrée (racine sacrée S3)
 - Stimulation médullaire
 - En dernière intention: stimulation corticale
(Nguyen, Nizard, Labat 2012)

B. Stimulation magnétique transcrânienne: étude pilote

Clefs du devenir du douloureux chronique

- I. Contrat et alliance thérapeutique
Objectifs non centrés sur douleur seulement
 - amélioration fonction et qualité de vie
 - diminution des médicaments dépendogènes
 - poursuite travail et/ou activités socialisantes
- II. Personnalisation du traitement +++
- III. Niveau de soins approprié +++
- IV. Autonomisation et Coping; appropriation traitements
- V. Responsabilisation (« Empowerment »)