

Douleurs pelvi-périnéales chroniques

J COIFFIC
Gynécologie Hôpital Sud
CHU Rennes



Introduction

- une douleur qui dure depuis plus de 3 ou 6 mois localisée dans le pelvis (douleur pelvienne chronique); en dessous du plancher des releveurs (douleur périnéale)
- approche multidisciplinaire
- 16% des femmes des douleurs pelviennes, 11% activité domestique, 4% absent au moins un jour de travail par mois (Sondage Gallup) {Obstet Gynecol 1996 ; 87 :321-327}

Introduction

- Les algies pelviennes chroniques sont un motif fréquent de consultation
- 10% des consultations en gynécologie
- 20-40% des indications de coelioscopie
- 10% des hystérectomies

(Howards obstet and gynecol 2003)
ACOG practice bulletin 2004

LES ALGIES IDENTIFIABLES

- Elles ont une origine
 - Non Gynécologiques (50%)
 - Urinaires
 - Digestives / proctologiques
 - Osseuses
 - Neurologiques
 - Gynécologiques (50%)

ALGIES GYNECOLOGIQUES

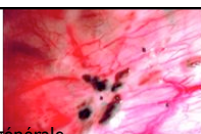
- Endométriose / Adénomyose
- Adhérences
- Séquelles infectieuses
- Algies d'origine veineuse
- Vulvodynies / Neuropathies

Endométriose

- Depuis 150 ans, Seconde Ecole de Médecine de Vienne
- Facteurs de risque : puberté précoce, BMI faible à l'adolescence
- Facteurs familiaux
- 180 millions de femmes (Adamsen 2010 J Endometriosis 2 (1):3-6)
- 'neuroangiogénèse' (Kusant 2011 Ann Rev Physiol 73 (1):143)



Endométriose



- La prévalence 1 à 7% dans la population générale.
- Les femmes avec DPC qui ont une laparoscopie ont une prévalence d'endométriose de 33%.
- 70% des patientes avec DPC et endométriose sont nullipares.
- Classiquement, la dysménorrhée est pire durant les premiers jours des règles mais peut survenir quelques jours avant les règles.
- La dyspareunie profonde est fréquente dans 8 à 33% des cas qui peut persister plusieurs heures après le rapport.
- La dyspareunie associée à la dysménorrhée est plus fréquente dans l'endométriose que chez les femmes avec un pelvis normal ; mais n'est pas spécifique ni diagnostique.

Endométriose

- Clinique
- La douleur est majorée en deuxième partie de cycle
- Dysménorrhée secondaire
- La qualité de l'examen est déterminante – lésions du cul de sac postérieur

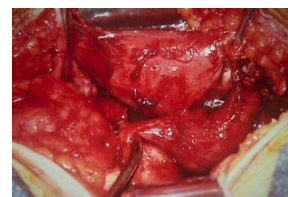
Examens complémentaires

- Echographie pelvienne
- Echoendoscopie rectale
- IRM – bilan complet
- Coelioscopie – diagnostic positif
- La douleur est liée à la profondeur de pénétration des lésions mais non corrélée à la classification AFS (Koninckx)



Endométriose

- Endométriose profonde
- Infiltration nerveuse sous péritonéale engainement
- Inflammation péritonéale



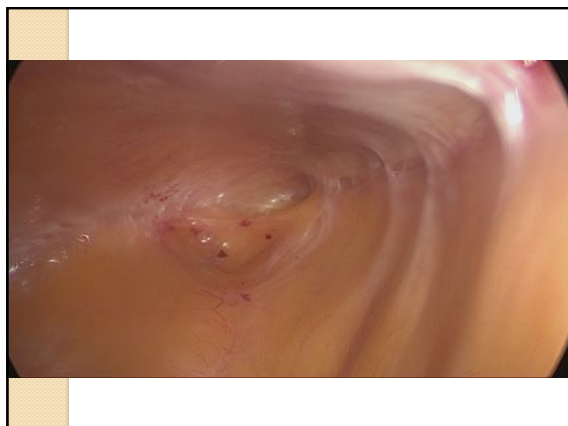
Orientation diagnostique

Adénomyose

- Femme de la quarantaine
- Ménorragies douloureuses sont évocatrices
- Clinique : l'utérus augmenté de volume, sensible dans 60-80%.
- Echographie – aspect hétérogène du myomètre
- Traitements médicaux (AINS, progestatifs)
- Hystérectomie

Adhérences

- Leur rôle dans la DPC est controversé.
- Des adhérences sont retrouvés à la coelioscopie chez les DPC dans 25% (Obstet Gynecol Survey 1993 ; 48 :357-387).
- Une étude randomisée de l'adhésiolyse n'a pas montré d'efficacité sauf dans un sous-groupe d'adhérences sévères. (Br J Obstet Gynaecol 1992 ; 99 :59-62)
- La douleur est exacerbée par les mouvements brusques, les rapports et l'activité physique.
- Souvent la douleur est constante dans sa localisation.
- Une historique d'une des cause d'adhérence rend le diagnostic plus probable – infection pelvienne, endométriose, appendicite, chirurgie abdominopelvienne, maladie intestinale inflammatoire- au moins un de ces diagnostics est retrouvé dans 50% des cas.



Adhérences

Séquelles des infections pelviennes

- Coelioscopie intérêt diagnostique et thérapeutique
- 50% de guérison à 1 an



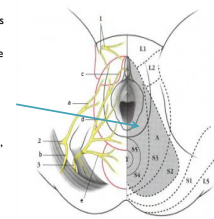
Orientation diagnostique

Varices pelviennes et déchirures ligaments utérins

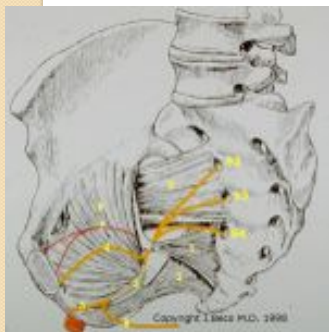
- Douleurs accentuées en position debout, diminuées en position ventrale
- Pesanteur
- Echographie doppler – dilatation veineuse et de stase
- Test diagnostique – amélioration par pessaire
- Coelioscopie – désinsertion utérine et stase veineuse

Neuropathies périnéales

- Les **critères de Nantes** (2006) servent de critères diagnostiques de neuropathie pudendale.
- Ils comprennent des critères indispensables : la douleur doit être dans le territoire du nerf pudendal (de l'anus au clitoris ou à la verge) augmentée en position assise (et soulagée sur un siège de WC), sans réveil nocturne et le bloc diagnostique du nerf doit être positif.
- La douleur est à type de brûlure, décharges électriques, tiraillement, engourdissement ; elle augmente au fil de la journée, elle est à prédominance unilatérale.
- La patiente peut décrire une sensation de corps étranger endocavitaire et la défécation peut déclencher les douleurs. La palpation de l'épine sciatique (signe de Tinel) entraîne une douleur exquise (souvent unilatérale).
- Les données de l'examen clinique sont normales, il n'y a pas d'anesthésie périnéale, pas de trouble moteur et les réflexes périnéaux sont conservés.



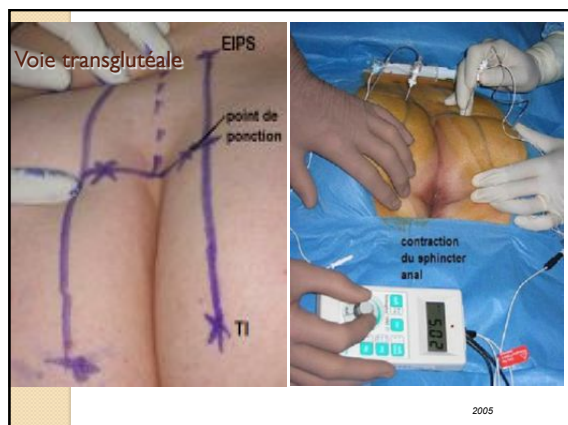
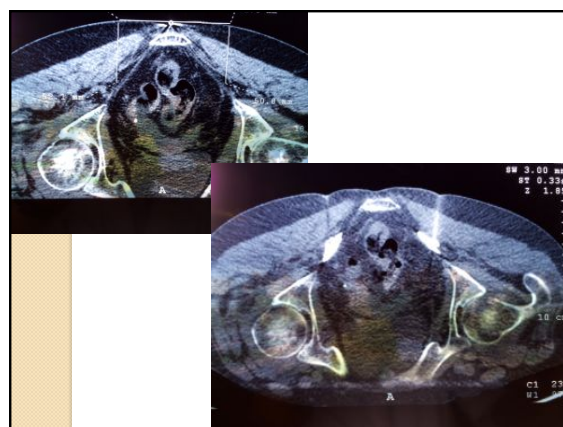
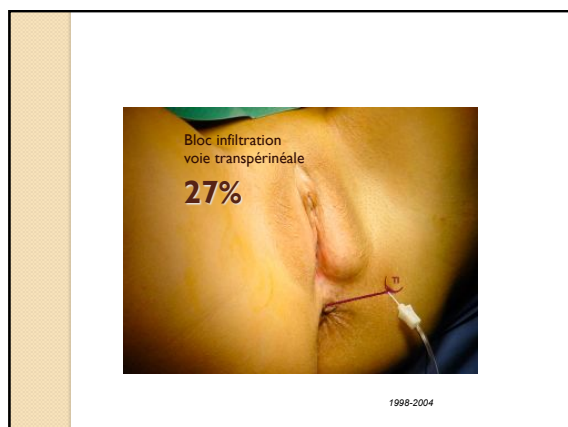
NERF PUDENDAL



1. Ligament Sacro-épineux;
 2. Ligament Sacro-tubéreux;
 3. Canal d'Alcock (canal pudendal);
 4. Nerf dorsal du clitoris ;
 5. Branche périnéale du nerf pudendal ;
 6. Branche anale du nerf pudendal;
 7. Arc tendineux coté pelvis;
 8. Muscle obturateur;
 9. Muscle piriforme (pyramidal) ;
- S2, S3, S4 : Racine sacrée formant le nerf pudendal

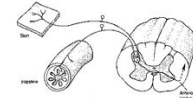
Examens complémentaires

- Examens électrophysiologiques
 - EMG
 - Temps de latence distale motrice du nerf pudendal
 - 14% latence augmentée du côté de la douleur, 40% augmentée des 2 côtés, 11% augmentée du côté controlatéral, 35% normale
 - Latence sacrée
- Radiographies
 - Bassin face, sacrum profil
- IRM du cône terminal



Les douleurs référées

- Peut être d'origine viscérale ou somatique. La discrimination subjective de la douleur viscérale de la douleur somatique est difficile (la convergence viscéro-somatique).



- Les cellules de transmission partageant les nerfs somatiques et viscéraux du pelvis comprennent les dermatomes T12 à L3 et de S2 à S4. Ceci permet la douleur venant de l'utérus, les trompes, ovaires, vessie et rectum d'être référée vers une distribution ilioinguinale, iliohypogastrique, pudendale.

Les douleurs référées

- Habituellement les douleurs viscérales sont mal définies, sourdes
- La douleur peut être aggravée par l'activité de l'organe affectée comme la dyspareunie, la douleur lors de la défécation
- La douleur référée a un schéma plus complexe. Initialement, survenue de la douleur à une atteinte viscérale avec ses symptômes typiques par exemple l'endométriose avec le temps d'autres manifestations comme la vulvodynie, les syndromes myofasciaux, l'intestin irritable se développent et font partie de la symptomatologie douloureuse.
- L'erreur de considérer le complexe douloureux comme venant d'une source unique.
- Réduire la nociception viscérale le plus tôt possible avant le recrutement d'autres nerfs périphériques.

résumé

- Diagnostic positif difficile : orientation
- Clinique
- Douleur pelvienne
 - Endométriose, intestin irritable, cystite interstitielle
 - Neuropathie ilioinguinale, iliohypogastrique
- Douleur périnéale
 - Neuropathie pudendale

Conclusion

- Rechercher les arguments en faveur d' une étiologie organique
- Dominée par l' endométriose pour le pelvis et la névralgie pudendale pour le périnée
- Prise en charge multidisciplinaire(psychologique, kinésithérapique) garant d' un taux de succès plus élevé