

Stratégie clinique devant une douleur pelvi périnéale

J COIFFIC
Gynécologie Hôpital Sud
CHU Rennes



Interrogatoire

- Sémiologie
- Stéréotypes
- Evidences
- Topographie – périnéale ou pelvienne
- Nature

Interrogatoire

- Rechercher les antécédents traumatiques, obstétricaux, chirurgicaux
- Pratiques sportives (vélo, sports mécaniques, cheval...)
- Analyser le caractère des douleurs, les positions antalgiques, les modes de survenue, les facteurs favorisants ou aggravants, les irradiations, l'uni ou la bilatéralité
- Analyser les troubles associés sur le plan urinaire, sexuel et ano-rectaux (miction, défécation, rapports sexuels)

Interrogatoire

- Reconstituer une histoire parfois évocatrice et orienter vers une cause
- Apprécier l'existence d'une éventuelle souffrance psychologique
- La prise en charge doit être multidisciplinaire
- 75% d'amélioration contre 41% (Peters)

Pluridisciplinaire

- non nécessairement par plusieurs personnes mais peut avoir cette approche pluridisciplinaire et user d'avis spécialisé si besoin.
- Cela nécessite du temps et des connaissances

Echelles et scores

- Echelle unidimensionnelle
- Echelle visuelle analogique
- Echelle visuelle numérique
- Echelle verbale simple douleur et soulagement
- Echelle multidimensionnelle (recommandées par ANAES)
- Mc Gill pain questionnaire
- Questionnaire douleur Saint antoine
- Échelles qualitatives

Echelles

- Echelles psychologiques et comportementales
 - Beck depressive inventory
 - Multidimensional pain inventory

Psychologiques

- 10% de violences intraconjugales dans les algies pelviennes

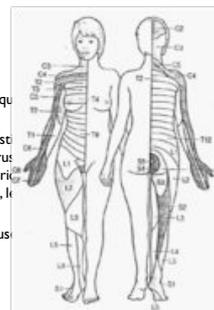
Questions?

- Troubles physiques qui nécessitent un traitement médical ou chirurgical
- Prise en charge d' une détresse psychologique

Examen physique

Où est-ce que cela fait mal ?

- cartographie de la douleur utile pour le diagnostic différentiel mais rarement diagnostique
- douleur viscérale vraie pas aussi localisée qu douleur somatique
- difficile de déterminer si l' origine est digeste gynécologique ou urologique. le col, l' utérus annexes ont la même innervation métamérique que la vessie, l' uretère distale, le bas iléon, le colon et le rectosigmoïde
- 60% unilatérales et 40% bilatérales ou diffus



Examens Complémentaires

- Echographie endovaginale
- Résonance magnétique nucléaire
- Explorations neurophysiologiques en fonction du contexte
- Intérêt de la coelioscopie diagnostique

Limites

- Examen clinique normal , anomalies coelio 63% des cas
- Examen clinique anormal , coelio normale dans 18%
 - (Cunanan Am j ostet gynecal 1983)
- Echographie
- Lésions ovariennes ou utérines Se 89%
- Adhéhrences ou implants superficiels Se 11%
 - (Nezhat J am assoc gynecal laparosc 1994)
- IRM dans l' endométriose profonde mais pas meilleure que l' écho endorectale VPP 96%/87%; VPN 85%/98%
 - (Chapron Ultrasound obstet gynecal 2004)

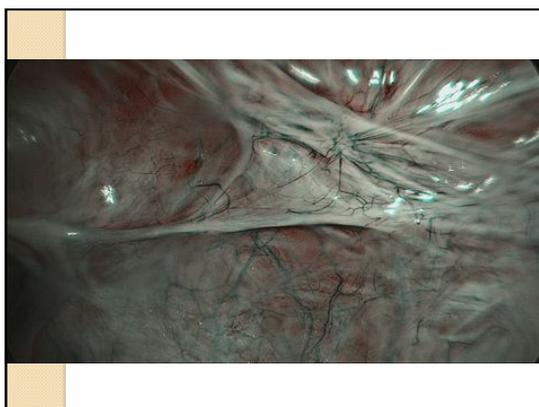
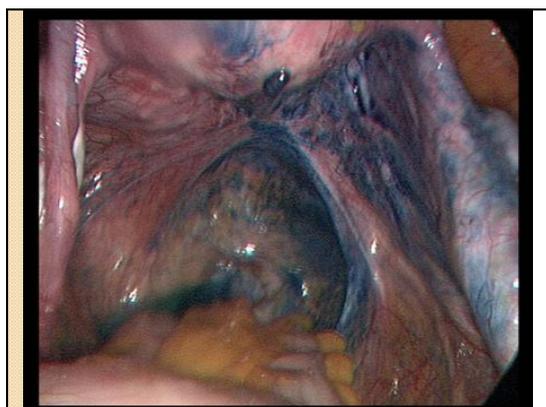
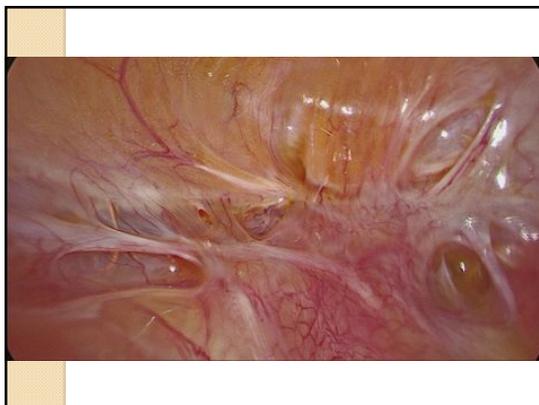
La Coelioscopie

1) une pathologie est suspectée

- Diagnostic précis
- Thérapeutique
- Efficacité EVA 8,2 préop – 2,2 à 36 mois (*Carter J am assoc gynecol laparos 1995*) . EVA 8 – 3 à 2-5 ans (*Abbott Hum Reprod 2003*)

2) aucune pathologie n' est suspectée

- Diagnostic adhérences (35%), endométriose(25%) (*Kontarvadis Int J Gynecol Obstet 1996*)
- Amélioration même si coelio blanche (55% disparition, 37% diminution à 6 mois (*Baker Am J Obstet Gynecol 1992*))



Orientation diagnostique

- Dyspareunie profonde
 - Endométriose profonde, adénomyose, syndrome de Masters et Allen, fibromes utérins, séquelles infectieuses, varices
- Endométriose
- Disménorrhée second
- Examen
 - lésions du cul de sac



Traitement

- Traitement médical hypostrogénie
- Efficacité 75% mais récurrence 50% à 1 an
- Les lésions profondes infiltrantes résistent au traitement médical
- La chirurgie conservatrice 27% d' échec (*Chapron*)



Orientation Diagnostique

- Dyspareunie Superficielle
 - Identifier origine traumatique, infectieuse ou dermatologique
- Vulvodynies
- Neuropathie pudendale
 - Sensation de brûlure
 - Evolution dans la journée
 - Augmentation en position assise
 - Soulagé sur WC
 - Douleur en regard épine sciatique

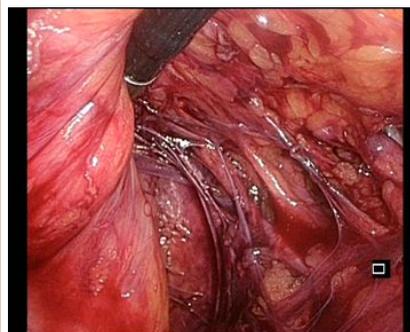
Moyens thérapeutiques Infiltration pudendale

- Infiltration transglutéale bilatérale
 - Ropivacaine 50mg(Naropaine® 5mg/ml)
 - Cortivazol (Altim ® 3,75mg)
- A 2 mois après une seule infiltration
 - 29% aucune amélioration, 16% transitoire, 25% diminution >30% mais <50%, 30% amélioration >50%
- A 1 an
 - 42% aucune amélioration, 21% diminution > 30% mais <50%, 37% amélioration >50% (27% pas traitement complémentaire) (2005)
- Infiltrations répétées (60% amélioration >50%)



Moyens thérapeutiques Chirurgie

- Indications
 - Un bloc test positif
 - Amélioration transitoire d' au moins 50% après 2 infiltrations
- 3 voies
 - transglutéale
 - Transischioectale
 - Coelioscopique
- Libération du nerf pudendale
 - 50-70% de guérison ou amélioration >50%



Bilan d' activité

- 200 patientes vues en 1 an
- 80 adressées au CETD
- Age moyen 54 ans; 45 mois d' évolution
- Diagnostic douleur pelvienne 60%, périnéale 40%
- Prise en charge mésothérapique (80%); thérapie psychocognitive, rééducative, médicamenteux

Conclusion

- problème à partir du moment où aucune explication "visible"
- approche avant tout essentiellement clinique :
- l'anatomie le fil conducteur
- diagnostic le plus précoce
- objectifs réalistes
- Bénéfices attendus

