

Au niveau pelvi-périnéal, des douleurs d'origines différentes vont se superposer.

1/ Les douleurs propres à la **lésion**:

- Urologique: **prostatite**, post-radiques, postopératoires
- Gynécologique: **endométriose**, postpartum, atrophie, érosion, post radiques, post opératoires
- Digestive: fissure chronique, hémorroïdes, post-radiques, post-opératoires
- Dermatologique: lichen érosive, infection chronique, post-radiques,
- Ostéoarticulaire: **coccygodynie**.
- Neurologique: **névralgie pudendale, clunéale**, obturatrice.
- Musculaire: syndrome obturateur, pyramidal, releveur de l'anus.

2/ Les douleurs résultant des réactions de **sensibilisations** périphériques et centrales, à la fois des systèmes nerveux somatique et autonome :

- **Le système somatique** va générer une hypersensibilisation cutanée, anale, scrotale, verge, vulvaire, grande lèvre et musculaire.
- **Le système nerveux autonome** va générer une hypersensibilité pouvant s'étendre à plusieurs organes (vessie, rectum, urètre, vagin et muscles) engendrant un syndrome douloureux régional complexe.
- Les territoires présentant une **innervation mixte** vont présenter des douleurs à la fois superficielles et profondes (syndrome myofascial interne, vagin, canal anal, clitoris, gland)
- **L'hypersensibilité émotionnelle** favorise la survenue d'une hypersensibilisation et son aggravation.

La stratégie de prise en charge des syndromes douloureux pelvi-périnéaux chroniques est d'emblée multimodale orientée sur la lésion éventuelle et sur l'hypersensibilisation.

1/ Quelque soit la pathologie:

- **traitement global** = Lésion + sensibilisation neurogène + syndrome myofascial + composante émotionnelle

2/ Les syndromes douloureux régionaux sans lésion (bilan normal):

- **Traitement** = sensibilisation neurogène + syndrome myofascial + composante émotionnelle.
- Si nécessaire, une infiltration et / ou une **radiofréquence** des relais nerveux (ex: ganglion impar) peut renforcer la désensibilisation.

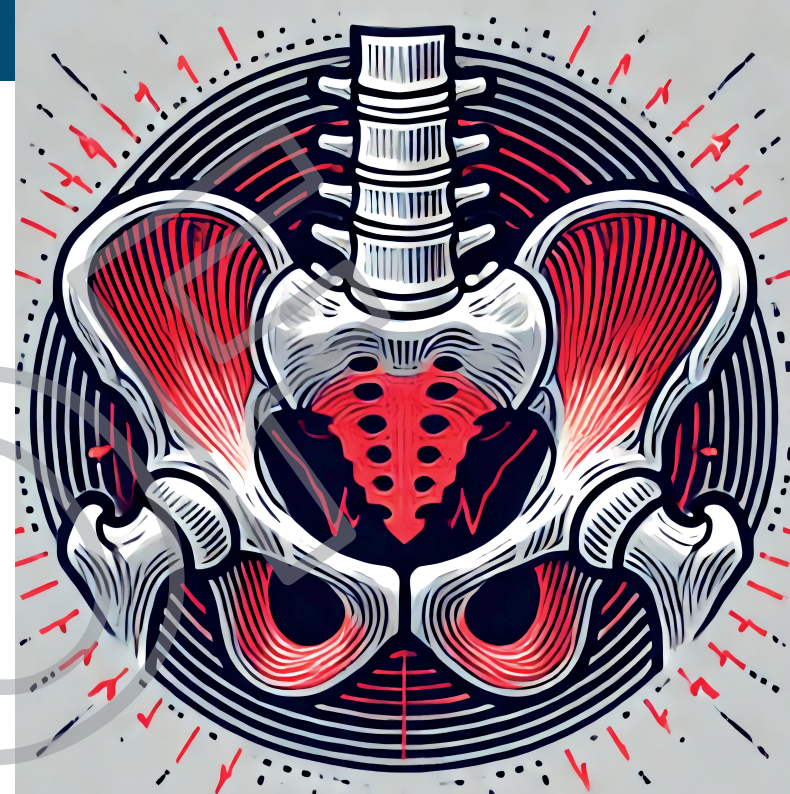
3/ La névralgie pudendale et clunéale inférieure:

- Le diagnostic est avant tout clinique (**Critères de Nantes**) conforté par un bloc test anesthésique (guidage scanner) positif.
- Les infiltrations de corticoïdes inefficaces (étude multicentrique).
- **traitement** = lésion + sensibilisation + syndrome myofascial + composante émotionnelle.
- La chirurgie est envisagée en cas d'inefficacité du traitement médical et paramédical.
- Les douleurs pudendales et clunéales inférieures sont souvent intriquées. La décompression doit libérer en même temps le nerf pudendal et le nerf clunéal. Elle permet une **diminution des douleurs d'au moins 50 % dans 70 % des cas.**



4/ Les Coccygodynies

- Le diagnostic est clinique, confirmé par les clichés dynamiques.
- Plusieurs causes: articulaire, osseuse (épine), musculaire, micro-cristalline, inflammatoire, rachidienne, tumorale
- Seuls les clichés radiologiques en position douloureuse permettent d'identifier une mobilité pathologique.
- **Traitement** = lésion + sensibilisation + syndrome myofascial + composante émotionnelle. Il prévient la survenue d'une hypersensibilisation difficile à contrôler.
- **L'infiltration** à la fois de l'articulation (lésion) et du relais nerveux sensitif végétatif régional (ganglion impar) augmente les chances de succès.
- Le bénéfice de l'infiltration peut être renforcé par une **radiofréquence du ganglion impar**.
- En cas d'échec du traitement médical, le **traitement chirurgical** montre une **amélioration d'au moins 50% dans 85% des cas.**



Dr KHALFALLAH MANSOUR

NEUROCHIRURGIEN – MEDECIN DE LA DOULEUR

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES HOPITAUX DE NANTES

SPECIALISTE DES DOULEURS PELVI-PERINEALES CHRONIQUES

CONSULTATIONS / TELECONSULTATIONS

Tel: 01 48 42 18 61 / Email: sec75.k @ gmail.com

PARIS / LILLE

<http://www.douleursperinealeschroniques.fr>

LES DOULEURS PELVI-PERINEALES

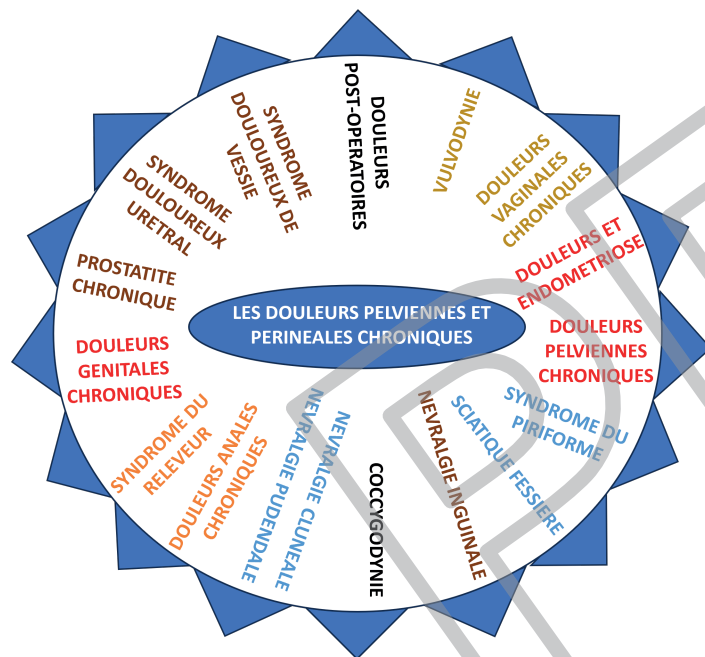
Au cours de ces 20 dernières années nous avons réalisé d'importants progrès dans le démantèlement des douleurs pelviennes et périnéales chroniques.

La mise en évidence d'une participation nerveuse a joué un rôle clé dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques et dans le développement de la prise en charge de ces douleurs.

Aujourd'hui, nous avons des solutions à proposer dans le cadre de douleurs chroniques telles que la prostatite, les douleurs pelviennes rebelles, les douleurs vulvaires chroniques, les douleurs génitales et anales rebelles.

Ces progrès nous permettent également d'aborder différemment des pathologies mieux connues telles que le syndrome du piriforme, la coccygodynie, la névralgie pudendale et la névralgie clunéale.

La prise en charge du pelvis et du périnée douloureux est devenue une véritable spécialité médico-chirurgicale, identifiée par nos confrères et confrères généralistes et spécialistes, mais également par les kinésithérapeutes, les sages femmes et les ostéopathes.



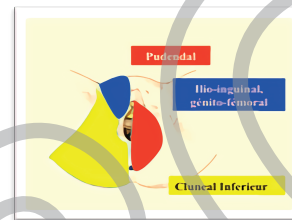
Nous espérons que cette consultation avancée à Lille répondra à vos attentes.

LE SYSTEME NERVEUX

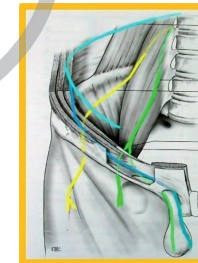
La perception d'une stimulation douloureuse implique à la fois le **système nerveux somatique** et le **système nerveux végétatif ou autonome orthosympathique (SNV ou SNA)**. Ce dernier assure seul la sensibilité douloureuse viscérale. Il est constitué de ganglions nerveux propres à chaque région et reliés sous forme de chaînes ganglionnaires paravertébrales. Les 2 systèmes présentent un mode de fonctionnement quasi similaire aboutissant à une transmission de l'information nociceptive au système nerveux central (moelle épinière, noyaux gris centraux et cortex). Dans le périnée, le SNV est représenté par le ganglion impar.

A la suite d'une stimulation prolongée ou excessive, ces systèmes nerveux vont jouer un rôle déterminant dans la survenue d'une situation douloureuse et dans son maintien (**douleurs chroniques**).

LE SYSTEME NERVEUX SOMATIQUE



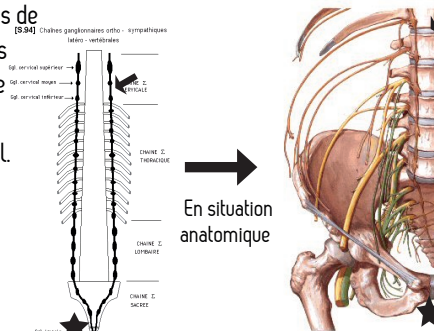
Au niveau périnéal, le **nerf pudendal** et les **rameaux clunéaux inférieurs** assurent la plus grande partie de l'innervation sensitive somatique.



La région pelvienne présente une innervation beaucoup plus riche faisant intervenir les **nerfs ilio-inguinaux, génitaux fémoraux, iliohypogastriques** directement ou indirectement (douleur référée).

LE SYSTEME NERVEUX AUTONOME

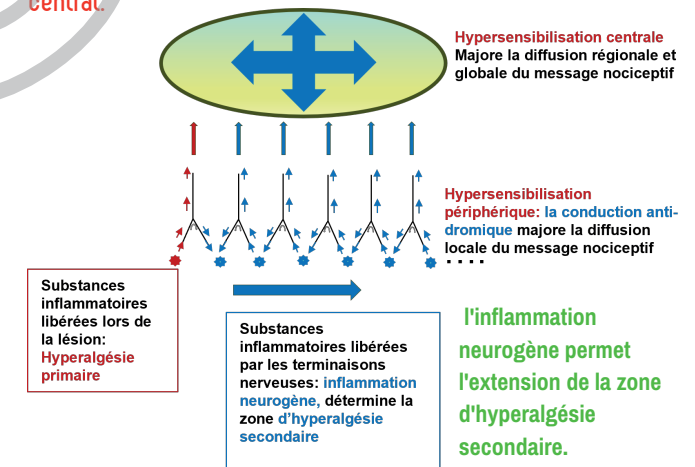
Il est constitué par 2 chaînes de ganglions nerveux reliées les uns aux autres et situées de part et d'autre de la partie antérieure du corps vertébral. Elles se poursuivent en para sacré et se terminent par un ganglion unique : le **ganglion impar**.★



LES MECANISMES DE LA DOULEUR

En présence d'une lésion, il existe une libération de substances inflammatoires dans le tissu lésé. Elles stimulent les fibres nerveuses périphériques nociceptives qui transmettent l'information vers le système nerveux central. On parle d'**hyperalgésie primaire**. Dans le même temps, ces mêmes fibres nerveuses libèrent dans la lésion et autour de la lésion des substances pro-inflammatoires. Elles vont entretenir l'inflammation et stimuler les nocicepteurs avoisinants. Ce mécanisme permet une diffusion, de proche en proche, de la douleur. C'est l'**inflammation dite neurogène**. Progressivement, un périmètre de sensibilité douloureuse autour de la lésion va se constituer : on parle d'**hyperalgésie secondaire**.

L'ensemble des influx nerveux qui en résulte va se transmettre au niveau médullaire et cortical induisant par les mêmes mécanismes **une sensibilisation des fibres du système nerveux central**.



Ces mécanismes de sensibilisation, sont physiologiques. Cependant, dans des conditions de douleurs inhabituelles (prolongées ou particulièrement intenses), ils conduisent à l'activation puis à la surexpression de récepteurs silencieux (NMDA) dont l'activation génère des potentiels systématiquement importants. La douleur devient disproportionnée par rapport au stimulus initial, tant dans son intensité, que dans l'étendue du territoire douloureux et entretient cet état d'hyper-sensibilisation.

Le maintien de la douleur ne dépend plus obligatoirement de la persistance de la lésion, appelant le concept de douleur sans lésion.