

Sensibilisation pelvienne

Lorsque le système nociceptif dysfonctionne

Descartes a été l'un des premiers à se poser la question du fonctionnement de la douleur. Dans un ouvrage intitulé *L'Homme*, publié en 1664, il écrit : « *La douleur n'est ni plus ni moins qu'un système d'alarme, dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle (...). Les nerfs sont des filaments délicats qui relient la surface de la peau au cerveau, de la même manière qu'en tirant l'extrémité d'une corde, on provoque au même moment un coup sur la cloche suspendue à l'autre bout* ». Descartes a ainsi posé les prémices de la physiopathologie de la douleur.

Depuis, les limites d'une telle définition ont été établies, même si elle reste pertinente concernant l'un des trois types de douleur : la douleur nociceptive, c'est-à-dire la douleur physiologique. Cette douleur est causée par la stimulation directe des nocicepteurs périphériques ubiquitaires (sur les terminaisons libres A δ et C), convergeant vers la corne postérieure de la moelle. Comme pour la plupart des fonctions de l'organisme, un système d'homéostasie existe, avec des contrôles inhibiteurs, médullaires et corticaux, afin de contrebalancer les afférences nociceptives.

La plupart du temps, il n'y a donc pas de perception douloureuse, le système est en équilibre, c'est-à-dire que les contrôles inhibiteurs sont fonctionnels et que les afférences nociceptives ne dépassent pas leurs capacités d'action. Dans ces cas, il n'y a pas de « douleur » puisque le message nociceptif est bloqué avant d'arriver au cerveau.

Systèmes de contrôle de la douleur

Que comprendre lorsque le patient décrit des douleurs insupportables, quasiment permanentes alors même que l'on peine à observer ne serait-ce qu'une petite lésion tissulaire ?

La définition de Descartes a ainsi longtemps fait le lit de la douleur psychogène (puisque la douleur n'était pas dans le corps, c'est qu'elle devait être dans la tête !). On sait aujourd'hui que la réalité est tout autre et que les douleurs purement psychogènes n'existent pas.

Les contrôles inhibiteurs (*gate control*, contractions musculaires réflexes, contrôles inhibiteurs dif-

fus descendants) peuvent être défaillants. Les patients atteints de cette dysfonction des contrôles inhibiteurs perçoivent les afférences nociceptives qui ne sont pas « bloquées à la moelle ». On dit qu'ils sont hypersensibles ou qu'ils souffrent de sensibilisation centrale.

On ignore si c'est inné ou acquis. Une étude portant sur 32 960 individus n'a pas permis de mettre en évidence un « gène de la douleur chronique » mais plutôt un profil génétique et, surtout, si l'étude qui portait sur l'analyse des familles de patients fibromyalgiques a montré une incidence plus élevée de fibromyalgie chez les descendants de ces patients, elle a aussi montré une plus grande incidence de la pathologie chez leurs conjoints !¹

La transmission serait donc possiblement comportementale, éducative, cognitive, émotionnelle... mais pas génétique !

Dans ces cas, les afférences nociceptives, même minimales, sont perçues de manière identique à un excès de nociception. Le patient n'a pas de « lésion tissulaire » au sens macroscopique du terme (pas de tumeur, pas d'arthrose, de lichen, d'hémorroïde, de nerf comprimé...) mais il perçoit une douleur comme telle !

La sensibilisation centrale à la douleur est la résultante d'une plasticité neuronale (réorganisation physique et chimique du système nerveux central) en réponse à des signaux de douleur répétés ou vécus dans un contexte psycho-émotionnel favorisant (traumatisme émotionnel).

Il en découle des seuils de perception nociceptifs abaissés, une perception douloureuse pour des informations nociceptives normalement non suffisamment intenses pour être perçues et finalement une diffusion spatiale et temporelle de la douleur.²

Application aux douleurs pelviennes

À l'étage pelvien, cela se manifeste par un besoin urinaire précoce qui pousse à uriner souvent de petits volumes, une altération de la perception du contenu rectal, une allodynie des muqueuses, des douleurs musculaires diffuses ainsi que des douleurs post-mictionnelles, post-défécatrices et post-coïtales.

Amélie Levesque

Centre fédératif de pelvi-périnéologie, service urologie, hôpital-Dieu, CHU de Nantes, Nantes, France

amelie.levesque@chu-nantes.fr

L'auteure déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour la fondation URGO et les laboratoires Grünenthal.

DOULEURS PELVI-PÉRINÉALES CHRONIQUES

Ce score est un outil diagnostique permettant d'identifier une sensibilisation pelvienne. Il est utilisable chez les patients présentant des douleurs pelvi-périnéales évoluant depuis plus de trois mois, dont les symptômes apparaissent disproportionnés par rapport aux éléments lésionnels constatés par les examens cliniques et complémentaires.

	SPHÈRE URINAIRE BASSE	SPHÈRE DIGESTIVE BASSE	SPHÈRE GÉNITO-SEXUELLE	SPHÈRE CUTANÉO-MUQUEUSE	SPHÈRE MUSCULAIRE	SCORES
ABAISSEMENT DES SEUILS	☐ Douleurs influencées par le remplissage vésical et/ou la miction	☐ Douleurs influencées par la distension et/ou la vidange rectale (matière, gaz)	☐ Douleurs influencées par l'activité sexuelle	☐ Allodynie pelvi-périnéale (impossibilité d'utiliser des tampons, intolérance au port de sous-vêtements serrés)	☐ Présence de points gâchettes pelviens (piriformes, obturateurs internes, remplissage vésical, élévateurs de l'anus)	/5
DIFFUSION TEMPORELLE	☐ Douleurs post-mictionnelles	☐ Douleurs post-défécatrices	☐ Douleurs persistantes après l'activité sexuelle			/3
VARIABILITÉ DES SYMPTÔMES	☐ Variabilité de l'intensité douloureuse (évolution par périodes, évolution en dents de scie) et/ou de la topographie douloureuse					/1
SYNDROMES ASSOCIÉS	☐ Migraine et/ou céphalées de tension et/ou fibromyalgie et/ou syndrome de fatigue chronique et/ou syndrome de stress post-traumatique et/ou syndrome des jambes sans repos et/ou évolution SADAM (syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur) et/ou intolérances multiples aux produits chimiques					/1
Score total de sensibilisation pelvienne						/10
Un score ≥ 5 permet d'identifier un état d'hypersensibilité pelvienne (se = 95 %, sp = 87 %). La présence d'une sensibilisation pelvienne requiert une prise en charge adaptée.						

Figure. Score de Convergences PP (score de sensibilisation pelvienne).

Il est nécessaire, dans ces situations, de rechercher systématiquement une lésion tissulaire.

Les douleurs pelviennes peuvent être soit d'origine organique (urologiques, génitales, coloproctologiques), soit osseuses, musculaires, neurologiques, cutanées ou vasculaires.

Pour éviter une errance thérapeutique longue et épuisante, il convient de se rappeler que lorsque le patient ne semble « entrer dans aucune case », « avoir mal partout et n'importe comment », la sensibilisation centrale à la douleur est souvent l'explication à sa souffrance. Si cela permet de donner une explication au patient sur l'origine de ses douleurs, cela ouvre aussi le champ à des thérapeutiques adaptées et à une prise en charge dédiée.

Même si le diagnostic de sensibilisation pelvienne à la douleur reste un diagnostic d'élimination, il existe un score de Convergences PP (société savante sur les douleurs pelvi-périnéales chroniques) qui permet de l'établir facilement en pratique clinique courante (figure).³

Poser le diagnostic est déterminant, car il conditionne le traitement.

Il est important de noter que la douleur « nociplastique » ou par « sensibilisation centrale » est souvent

associée à une part de douleur nociceptive (cas de l'endométriose, par exemple, où coexistent les douleurs inflammatoires liées aux lésions et des douleurs plus diffuses, plus persistantes de la sensibilisation pelvienne).

Traitement de la sensibilisation pelvienne

Le traitement de la sensibilisation pelvienne est multimodal.

Il associe des médicaments à une prise en charge physique, psychologique et sociale.

Les médicaments recommandés sont ceux actifs sur le système nerveux : certaines molécules de la famille des antidépresseurs (amitriptyline, duloxétine, venlafaxine) et antiépileptiques (gabapentine). Cependant, les médicaments sont loin d'être suffisants et ne permettent que de diminuer les phénomènes de sensibilisation sans en traiter la cause.

Il est donc nécessaire, lorsque cela est possible, de traiter toute lésion susceptible de causer une « épine irritative » et d'y faire succéder une sorte de « rééducation de l'antalgie naturelle » dont l'objectif est de remettre en fonction les contrôles inhibiteurs centraux :

DOULEURS PELVI-PÉRINÉALES CHRONIQUES

– par l'activité physique d'abord, pour son action sur la sécrétion d'endorphines et de dopamine mais également pour son action régulatrice de l'humeur et du sommeil ;

– par toute technique de gestion du stress, afin de rééquilibrer les fonctions végétatives et de lutter contre une hypertonie orthosympathique observée chez les patients sensibilisés. Pour cela, les techniques de thérapie cognitivo-comportementale (hypnose, EMDR [*eye movement desensitization and reprocessing* ou désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires], méditation de pleine conscience) sont recommandées ;

– par la lutte contre toute source de nociception surajoutée (levée des tensions musculaires par la kinésithérapie et autres approches de médecine manuelle) ;

– par, si nécessaire, une adaptation socioprofessionnelle pour limiter les situations de douleurs intenses. ●

RÉSUMÉ SENSIBILISATION PELVIENNE

La douleur chronique n'est pas seulement une douleur aiguë qui dure. Elle est aussi, et parfois seulement, la résultante d'une dysfonction acquise du système nociceptif.

Des caractéristiques cliniques permettent de poser le diagnostic de ces douleurs dites par sensibilisation ou nociplastiques. Dans le cadre de la sphère pelvienne, la sensibilisation s'exprime de façon diffuse à travers les organes mais également les muscles, les structures ostéoligamentaires, les vaisseaux et les nerfs. Le score de Convergences PP permet d'identifier facilement cet état de sensibilisation pelvienne.

SUMMARY PELVIC SENSITISATION

Chronic pain is not just acute pain that lasts. It is also, and sometimes only, the result of an acquired dysfunction of the nociceptive system.

Clinical characteristics allow us to diagnose these types of pain, known as sensitisation or nociplastic pain. In the pelvic sphere, sensitisation is expressed diffusely through the organs, but also through the muscles, osteo-ligamentary structures, vessels and nerves. The Convergences PP score makes it easy to identify this state of pelvic sensitisation.

RÉFÉRENCES

1. McIntosh AM, Hall LS, Zeng Y, et al. Genetic and environmental risk for chronic pain and the contribution of risk variants for major depressive disorder: A family-based mixed-model analysis. *PLoS Med* 2016;13:e1002090.
2. Woolf CJ. What to call the amplification of nociceptive signals in the central nervous system that contribute to widespread pain. *Pain* 2014;155:1911-2.
3. Levesque A, Riant T, Ploteau S, et al. Convergences PP Network. Clinical criteria of central sensitization in chronic pelvic and perineal pain (Convergences PP Criteria): Elaboration of a clinical evaluation tool based on formal expert consensus. *Pain Med* 2018;19:2009-15.



Hôpital Paris
Saint-Joseph

**7^e Journée ColoProctologique
de Printemps**

Inscription gratuite

Congrès en présentiel et en ligne

Traduction simultanée à distance en anglais

**Samedi 24 mai 2025
de 9h00 à 13h20**



Hôpital Paris
Saint-Joseph



SNFCP
Société Nationale Française de
Colo-Proctologie