

Douleurs pelvi-périnéales chroniques : les 10 messages-clés

Éric Bautrant

Chirurgien gynécologue et de la douleur, centre L'Avancée, clinique Axiom, Aix-en-Provence, et centre de la douleur, hôpital Saint-Joseph, Paris, France

ebautrant@l-avancee.fr

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1 Les douleurs pelvi-périnéales chroniques (DPPC) sont rarement de type nociceptif, souvent de type neuropathique et plus fréquemment de type nociplastique.

2 Les critères de l'hypersensibilisation pelvienne centrale (HPC) dits de Convergences PP permettent de détecter les patients à risque de mauvaise réponse au traitement et d'aggravation des douleurs en post-opératoire. La sélection des patients présentant des critères d'HPC est déterminante avant toute intervention chirurgicale.

3 La sévérité de la douleur impose souvent l'utilisation d'un antalgique de palier 2. En revanche, l'usage des opioïdes morphiniques est à proscrire, au risque d'aggraver et entretenir l'hypersensibilisation.

4 La névralgie pudendale est un diagnostic exclusivement clinique, reposant sur le type neuropathique de la douleur et sa localisation dans le territoire des trois branches terminales du nerf pudendal.

5 Le syndrome douloureux vésical (SDV) associe une douleur pelvienne chronique à connotation urinaire à d'importants troubles mictionnels. Les touchers pelviens retrouvent une gâchette douloureuse vésicale reproduisant la douleur. La cystoscopie est l'examen indispensable qui permet d'écarter toute lésion vésicale et classe le SDV en deux phénotypes : le SDV à paroi inflammatoire (anciennement « cystite interstitielle ») et le SDV à paroi intacte (par hypersensibilisation).

6 La coccygodynie est une douleur chronique du coccyx, majorée par la position assise et au relever. Les explorations radiologiques sont indispensables, à la recherche d'anomalies du coccyx et de sa mobilité (radiologie dynamique de profil assis et debout).

7 Le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable repose sur l'interrogatoire. Il associe des douleurs abdominales chroniques intestinales et des troubles du transit. Les ballonnements, parfois sévères, sont présents chez 90 % des patients. Les examens complémentaires ne sont utiles que pour éliminer une pathologie organique.

8 Le terme de vulvodynie est réservé aux douleurs chroniques de la vulve, après avoir écarté toute lésion vulvaire. On distingue les vulvodynies spontanées des vulvodynies provoquées, dont la forme la plus fréquente est la vestibulodynie vulvaire provoquée (VDP). La VDP est rencontrée chez 12 à 16 % des femmes de tous âges, avec un pic de fréquence entre 20 et 29 ans.

9 Le syndrome myofascial des muscles pelvi-trochantériens et du périnée est l'un des syndromes les plus fréquents des DPPC. Il se définit par une douleur spécifiquement musculaire, à type de pression, tension, serrement associée au point gâchette musculaire. Une irradiation névralgique à partir de certains troncs nerveux, en conflit avec le muscle spasmodé, peut s'y associer.

10 La grande majorité des patientes souffrant d'endométriose ont commencé par une dysménorrhée primaire sévère (grade 3 d'Andersch et Milsom) dès les premières règles et avant même la présence de toute endométriose. Les jeunes patientes porteuses d'une dysménorrhée primaire sévère sont en situation d'hypersensibilisation pelvienne. Pour certains auteurs, la dysménorrhée primaire sévère pourrait représenter un signe précurseur de l'endométriose. Il apparaît ainsi fondamental d'identifier les jeunes patientes porteuses de dysménorrhée primaire de type sévère et de les traiter le plus tôt possible. ●