



LES DOULEURS PÉRINÉALES L'OPTIQUE DU RHUMATOLOGUE

Yves Maugars
Nantes

MOTIF DE CONSULTATION RARE EN RHUMATOLOGIE

2 cas de figure :
douleurs **isolées** de la région pelvienne
douleurs dans le cadre d'une pathologie
plus **globale**

Étiologies multiples et variées :

- gynécologiques
- urologiques
- colo-rectales
- psychologiques
- neurologiques
- et ... **rhumatologiques**

DIVERSITÉ DES ÉTILOGIES EN CAUSE

Amarenco (PM 1991) : série de 260 patients avec douleurs périnéales

154 femmes/106 hommes
âge moyen 54 ans (20-82)
explorations neurophysiologiques après bilan viscéral négatif
gynécologique / urologique / colo-proctologique



DIVERSITÉ DES ÉTILOGIES EN CAUSE

21/260 causes neurologiques
méningoradiculite / polynévrite / plexite /
tumeur du cône / SEP / PRN / AVCM / atteinte thalamique

13/260 causes rhumatologiques = 5%
hernie discale / sténose lombaire / coccygodynie /
fracture du sacrum
(fréquence sous-évaluée : recrutement neurologique)

60/260 syndromes du nerf pudenda

DIVERSITÉ DES ÉTILOGIES EN CAUSE

39/260 causes urologiques
syndrome urétral
(méconnues lors d'un premier bilan)

127/260 causes psychogènes
cadre de loin le plus important (50%)
mais proportion avec étiologies organiques non retrouvées?
(par exemple syndromes du nerf pudenda avec explorations
neurophysiologiques normales)
proportion de fibromyalgies?

ARGUMENTS SÉMIOLOGIQUES ORIENTANT VERS UNE ÉTILOGIE SPÉCIFIQUE

Syndrome du nerf pudenda : pas de facteur déclenchant (85%)
aggravé en position assise (61%)
soulagé debout ou à la marche (50%)
paresthésie (33%)

Syndrome neurologique : brûlure (85%)
infection urinaire associée (36%)
irradiation à l'urètre-la vessie (50%)

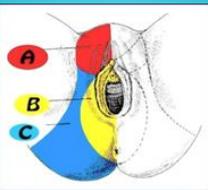
Syndrome urétral : pesantueur (60%)
traumatisme déclenchant (36%)
chirurgie pelvienne (24%)
soulagé assis (11%) ou jamais (80%)

Syndrome psychogène :

BILAN ETIOLOGIQUE

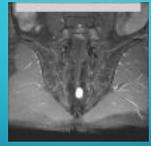
- ORIGINE LOMBAIRE
- ORIGINE SACREE
- COCCYGDYNIES
- PUBALGIES
- ORIGINE PSYCHOGENE
- FIBROMYALGIE (PELVIENNE)

EXISTE-T-IL DES DOULEURS REFEREES PELVIENNES D'ORIGINE LOMBAIRE?



- A. Nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal, génito-fémoral.
- B. Nerf pudendal.
- C. Nerf clunéal inférieur (rameaux périnéaux du nerf cutané postérieur de la cuisse)

EXEMPLES DE DOULEURS REFEREES PELVIENNES D'ORIGINE LOMBAIRE?

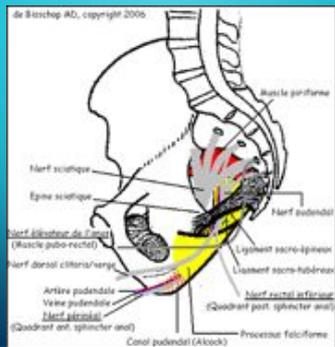




Hernie discale

Schwannome

Méningocèle sur spina bifida

ANATOMIE DU NERF PUDENDAL



SYNDROMES CANALAIRES

Névralgies du **nerf pudendal**
 1/4 des douleurs pelviennes

En Rhumatologie : entre les pubalgies en avant
 et les coccygodynies en arrière

ÉTIOLOGIES D'UN SYNDROME CANALAIRE DU NERF PUDENDAL

- Compression - Irritation - Étirement - Inflammation
- irritation dans la fossette ischio-rectale (syndrome du canal du nerf pudendal proprement dit : dédoublement de l'aponévrose du muscle obturateur interne)
- compression par le ligament falciforme (repli falciforme du grand ligament sacro-iliaque)
- neuropathie d'étirement

Rôle de la constipation chronique
 des prolapsus
 de la prostate ?
 des forceps ?

CLINIQUE D'UN SYNDROME CANALAIRE DU NERF PUDENDAL

- pas de facteur déclenchant (85%) ou atcd de chirurgie pelvienne
- tableau aigu ou chronique surtout
- douleurs périnéales
 - brûlures (2/3) ou paresthésies
 - aggravées par la position assise (2/3)
 - calmées par la marche ou la station debout (1/2)
- irradiations rares
 - organes génitaux (15%)
 - anus (20%)
 - coccyx (2%)
- troubles sensitifs à rechercher : hypoesthésie périnéale
- troubles moteurs rares : érection, troubles vésico-sphinctériens

EXPLORATIONS D'UN SYNDROME CANALAIRE DU NERF PUDENDAL

- Électromyogramme avec mesures de potentiels évoqués sacrés
- allongement de la latence sacrée
- signes de dénervation

TRAITEMENT D'UN SYNDROME CANALAIRE DU NERF PUDENDAL

- Échec habituel des médications symptomatiques habituelles e.g. antalgiques, AINS, psychotropes ...
- Rôle favorable du temps ...
- Injection de corticoïdes (+ Lidocaïne) des formes chroniques rebelles dans la fossette ischio-rectale sous scanner
 - résultats habituels = 1/3 satisfaisants
- Si échec, neurolyse avec section du ligament falciforme
 - résultats d'une étude = 9/11 satisfaisants à 2 ans

COCCYGODYNIES ET INSTABILITES SACRO-COCCYGIENNES

MECANISMES DE SURVENUE DES COCCYGODYNIES

- notion traumatique fréquente : chute sur les fesses
- atteinte de l'articulation sacro-coccygienne
 - instabilité
 - hyperlaxité
 - dysmorphie

CLINIQUE DES COCCYGODYNIES

- douleurs sacro-coccygiennes (en haut du sillon fessier)
- aggravation en position assise +++
- irradiations périnéales possibles
- douleurs exquises à la palpation

EXPLORATIONS DES COCCYODYNIES

Clichés dynamiques du sacrum (assis et debout)

- instabilité (subluxation)
- hyperlaxité (mobilité > 20°)

COCCYODYNIES

Après fracture sacrée



Après trauma sacrée





cliché assis



cliché debout

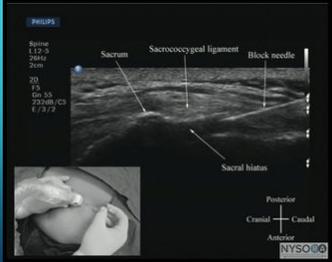
TRAITEMENT DES COCCYODYNIES

Infiltration du disque sacro-coccygien (Lidocaïne + corticoïde)
asepsie rigoureuse
sous contrôle scopique et discographique

Coccygectomie dans les cas particulièrement rebelles (rare)

Infiltration sacro-coccygienne sous contrôle discographique ou échographique





PHILIPS
Bosch
112 S
21612
21m

20
P5
0m-55
233cm CS
1.20.72

Sacrum Sacroccocygeal ligament Block needle
Sacral hiatus

Posterior
Cranial Caudal
Anterior
NYSOO

PUBALGIES

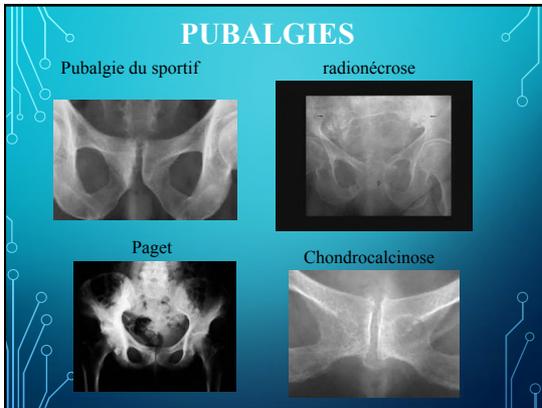
ÉTIOLOGIES TRÈS DIVERSES DES PUBALGIES

Mécaniques :

- arthrose
- post-partum
- sportif
- fissures - fractures par insuffisance osseuse

Inflammatoires :

- infectieuse
- spondyloarthrite
- chondrocalcinoses
- tumeurs



Clinique des pubalgies

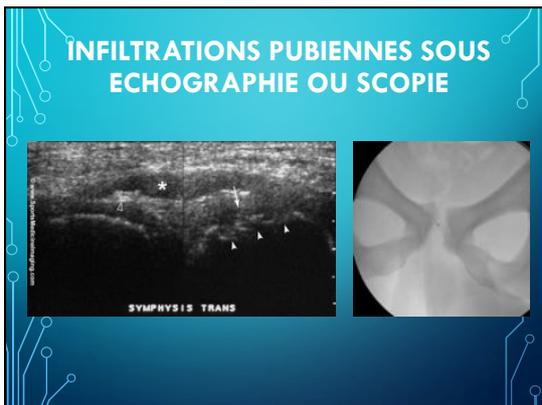
douleurs pubiennes
irradiations périnéales fréquentes
aggravée par la marche
douleur élective à la palpation du pubis

Radiographies

en général évocatrice, dégénérative ou destructrice
si besoin, scintigraphie osseuse, scanner, ou IRM

Traitement

selon l' étiologie
infiltrations écho ou radioguidées possibles

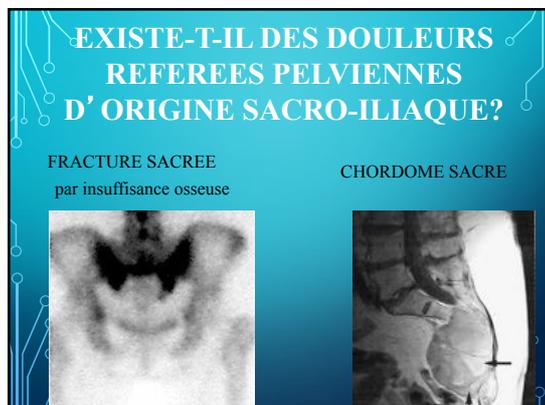


ETIOLOGIES DES DOULEURS PERINEALES D' ORIGINE SACREE

ostéoporose (fissures - fractures par insuffisance osseuse)
tumeurs osseuses (primitive ou métastase)
maladie de Paget
spondyloarthrites (enthésite, sacro-iliite)
irradiations d' origine rachidienne
(hernie discale, sténose lombaire)

localisations = sacro-iliaque, ischiatique, pubis,
branches ischio ou ilio-pubiennes ...

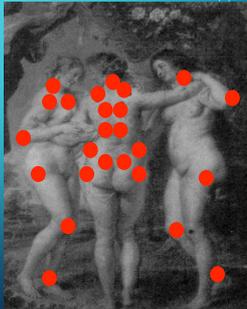
valeur de la scintigraphie osseuse (vessie vide)



FIBROMYALGIE

Les points douloureux fibromyalgiques

- pas de douleurs spécifiquement périnéales
- si douleurs diffuses et périnéales, penser à une origine psychogène (diagnostic d'élimination ...)



NE PAS REDUIRE LA FIBROMYALGIE A LA DOULEUR!

La fibromyalgie « fourre-tout »

tout ce qui est douloureux et que l'on ne comprend pas...

e.g. dépend de sa culture rhumatologique
spondylarthrite, rhumatisme à apatite, polyarthrose...

dépend de la rigueur du bilan initial
absent parfois
ou 5 IRM et 3 scanners ... sans TSH

DIAGNOSTIC PAR EXCES!

NE PAS REDUIRE LA FIBROMYALGIE A LA DOULEUR!

La fibromyalgie encore niée...

ce que l'on ne comprend pas n'existe pas!
dégâts de l'hyper-rigorisme scientifique

toutes des hystériques ou des névrosées
ignorance et réductionnisme de la complexité des liens entre Psyché et Soma

INSUFFISANCE DE DIAGNOSTIC

NE PAS REDUIRE LA FIBROMYALGIE A LA DOULEUR!

D'où le développement de centres d'ALGOLOGIE
devenus non plus des centres essentiellement dévolus au traitement des douleurs post-opératoires et néo-cancéreuses

mais des centres « d'assistance » des mal-aimés des médecins
e.g. fibromyalgiques d'un côté
psychiatriques de l'autre

confusion et amalgame entre DOULEUR et SOUFFRANCE

« transfert » entre les patients fibromyalgiques et certains médecins

NE PAS REDUIRE LA FIBROMYALGIE A LA DOULEUR!

D'où l'échec des thérapeutiques algologiques « pures » et périphériques
D'où l'échec de la morphine au long cours

baisse < 1/10 de l'EVA
échappement après quelques semaines
et parfois dépendance

Mais peu de résultats des thérapeutiques centrales
anti-épileptiques, dopaminergiques, sérotoninergiques, IRSNA, Kétamine...

baisse < 1/10 de l'EVA
beaucoup d'effets secondaires

NE PAS REDUIRE LA FIBROMYALGIE A LA DOULEUR!

En 2009, il n'y a toujours **aucune AMM** dans la fibromyalgie en Europe (US: Cimbalta*, Ixel*, Lyrica*)

Pourquoi: **fibromyALGIE**

effet antalgique = 10 – 20% d'amélioration seulement

Pourtant, amélioration globale (FIQ, HAQ...) = 20-30% en moyenne

Redéfinissons ce qu'est cette douleur fibromyalgique

Regardons tout ce qu'il y a **autour** de cette douleur fibromyalgique

LE POLYMORPHISME DE LA DOULEUR FIBROMYALGIQUE

HYPERPATHIE
ALLODYNIE
DOULEUR DIFFUSE
PARESTHESIE et DYSESTHESIE

sensations de

- brûlure (pseudo algo)
- gonflement (pseudo arthrite)
- piqûre, serrement, picotement, engourdissement
- fourmillement
- (pseudo neurogène, pseudo canalaire)
- froid (pseudo Raynaud)...

LE POLYMORPHISME DE LA DOULEUR FIBROMYALGIQUE

Touche tous les tissus

tendons, ligaments, enthèses, muscles, articulations

e.g. rachis et périphérie
 ATM et douleurs dentaires
 thoraciques

et même les organes profonds

e.g. épigastralgies avec FOGD normale
 colites avec colo normale
 céphalées avec IRM normale

organes pelviens = fibromyalgie gynéco

LE SYNDROME D'HYPERSENSITIVISATION CENTRALE CLINIQUE

L'hyper sensitivisation est archi-connue pour la douleur
 HYPERPATHIE + Allodynie
 et les fameux points « fibromyalgiques » (> 11/18...)

En fait, l'hyperpathie est **GENERALISEE** (expérimental)
 les points naturellement les plus sensibles chez tout un chacun ... le sont aussi dans la fibromyalgie

C'est un critère avec lequel il faut prendre beaucoup de recul
 et le considérer comme un des éléments de l'**HYPERSENSITIVISATION GENERALISEE**

LE SYNDROME D'HYPERSENSITIVISATION CENTRALE CLINIQUE

Autres hypersensitivisations que la douleur en pratique clinique

chaud et froid
pression
piqûre
ischémie
électrique

Sensorielle (auditive, visuelle, toucher)
 Sommeil léger
 Effets secondaires médicamenteux (digestifs et autres)
 Echecs médicaux

LE SYNDROME D'HYPERSENSITIVISATION CENTRALE EXPERIMENTAL

Table 2. Evidence for central sensitization in selected central sensitivity syndromes (CSS) in response to various peripheral (somatic) or rectal (visceral) stimuli.

Stimulus	FMS Number of studies (patients)	CFS Number of studies (patients)	IBS Number of studies (patients)	TTH Number of studies (patients)	Migraine Number of studies (patients)	TMD Number of studies (patients)	MPSS/RTPS* Number of studies (patients)	PD Number of studies (patients)
Pressure (somatic) [†]	15 (580)		4 (178)	3 (117)	2 (42)	9 (462)	1 (20)	
Heat (somatic)	12 (480)		2 (21)	1 (50)	3 (117)	3 (137)	2 (42)	
Heat (rectal)			1 (46)					
Cold (somatic)	8 (255)		1 (23)		1 (41)		2 (184)	
Electric (somatic)	4 (81)		1 (12)				2 (36)	
Electric (intramuscular)	2 (41)	1 (23)					2 (36)	
Electric (spinal Reflex)	2 (107)		2 (21)	1 (40)			1 (27)	
Electric (rectal)			1 (16)					
Ischaemic	1 (80)					2 (72)		
Hypertonic saline	2 (41)					1 (22)	1 (11)	
Auditory stimulus	1 (20)		1 (15)		1 (85)			

FMS, fibromyalgia syndrome; CFS, chronic fatigue syndrome; IBS, irritable bowel syndrome; TTH, tension-eye headache; TMD, temporomandibular disorder; MPSS, MPSS; RSPS, myofascial pain syndrome/regional soft-tissue pain syndrome; PD, primary dysmenorrhoea.
 Reproduced from: Nurmawati (2007), Seminars in Arthritis and Rheumatism in press with permission.
 * Symptoms of MPSS/RTPS overlap with those of FMS, hence not mentioned in the text. It is included in this table, since it is a member of CSS.
 † By non-digital pressure.
 ‡ By distended balloon pressure.

LE SYNDROME D'HYPERSENSITIVISATION CENTRALE EXPERIMENTAL

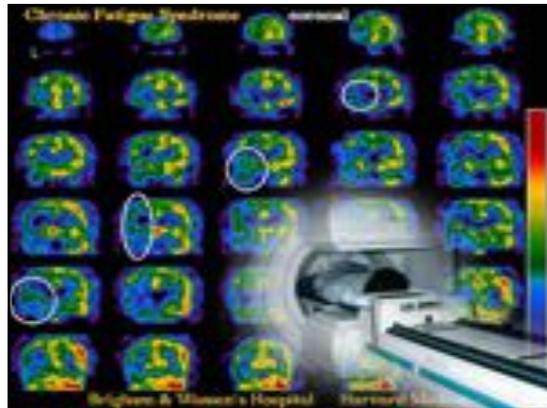
HYPERSENSITIVISATIONS PROUVEES

Pression: corporelle (pouce)(IRMf) rectale
 Chaleur: corporelle rectale
 Froid: corporelle rectale
 Electrique: corporelle rectale
 musculaire spinale et réflexe
 Ischémie: membre
 Auditive: sons forts

Retrouvées aussi chez les « cousines » du SHSC

LE SYNDROME D'HYPERSENSITIVISATION CENTRALE EXPERIMENTAL

Touche les fibres nerveuses nociceptives **et non nociceptives**
 Sommation médullaire et **intégration corticale** de tous les stimulus
Transmission du signal favorisé par substance P et NGF
 inhibé par sérotonine, norépinéphrine, enképhalines, acide gamma-amino-butérique, dopamine
Seuils de perception diminués si émotion
 si attention sélective
 si **FATIGUE**, anxiété
 si « catastrophizing »



AUTRES PATHOLOGIES PROCHES DE LA FIBROMYALGIE

SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE
 COLOPATHIE FONCTIONNELLE
 CEPHALES DE TENSION
 SADAM
 SYNDROME MYOFACIAL-REGIONAL
 SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS
 MOUVEMENTS ANORMAUX LA NUIT
 SYNDROME D'EXPOSITION CHIMIQUE
 DYSMENORRHEE PRIMITIVE
 SYNDROME DE LA VESSIE IRRITABLE
 SYNDROME POST-TRAUMATIQUE
 FIBROMYALGIE PELVIENNE
 LOMBALGIES CHRONIQUES
 SYNDROME DE LA GUERRE DU GOLFE
 SYNDROME DU TRAUMATISE DU COU
 SYNDROMES DE TIETZE et CYRIAX

AUTRES PATHOLOGIES PROCHES DE LA FIBROMYALGIE ET ASSOCIEES

AUTRES AFFECTIONS « COUSINES » SOUVENT ASSOCIEES

SYNDROME DE LA VESSIE IRRITABLE
 traitement par Cimbalta* efficace également...

DYSMENORRHEE PRIMITIVE
 association avec des pseudo-migraines

FIBROMYALGIE PELVIENNE
 avec 8 points douloureux pelviens...
 pas d'hystérectomie intempestive

FIBROMYALGIE ET PSYCHISME

PROFILS PSYCHOLOGIQUES

PAS DES HYSTERIQUES (morpho-psychométrie = témoins)

Profil psychologiques **DEPRESSION**
ANXIETE et **STRESS**
CATASTROPHISME
SYNDROME POST-TRAUMATIQUE
COPING

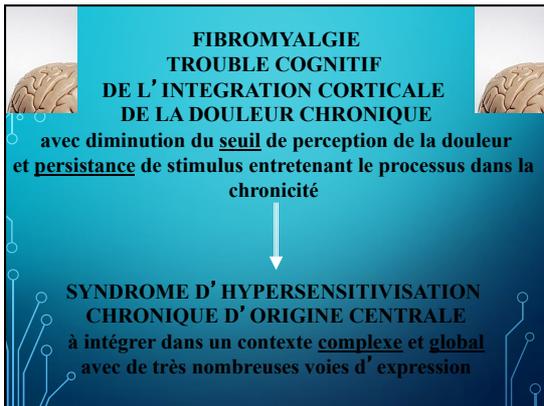
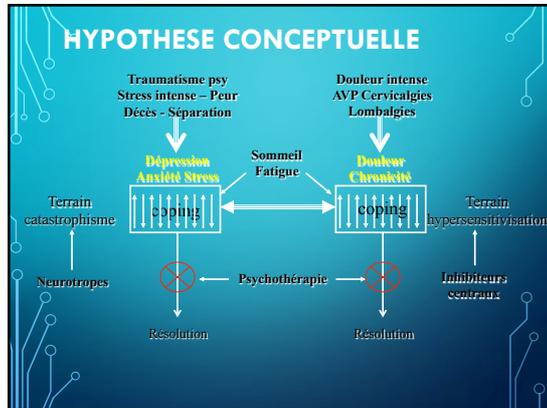
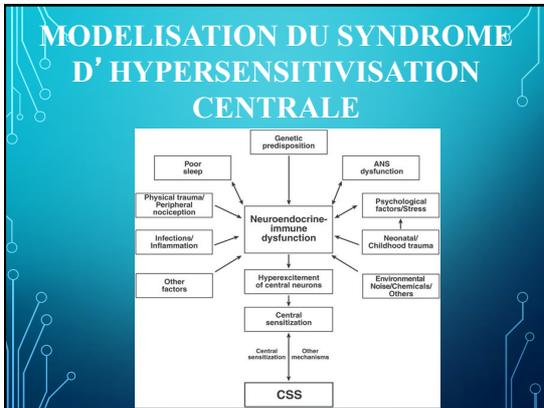
Composante psychologique **très variable** d'une personne à l'autre
 Corrélation nette **intensité** de la douleur et profil psychiatrique

DOULEURS PELVIENNES D'ORIGINE PSYCHOGENE

Diagnostic d'élimination de toute façon

Rechercher les points douloureux pelviens ?

- ... pour confirmer le concept de fibromyalgie pelvienne?
- ... pour éviter l'hystérectomie abusive?
- ... pour contourner les diagnostics psy?



CONCLUSIONS

Importance de la valence diagnostique préalable **CLINIQUE** et éventuellement aidée par des examens complémentaires modernes

La fibromyalgie peut avoir une expression **PERINEALE**

Son diagnostic doit dépasser les simples douleurs diffuses et se recentrer dans un contexte de **FATIGUE CHRONIQUE** et d'**HYPERSENSITIVISATION** d'origine centrale, globale et complexe