

a f  n a

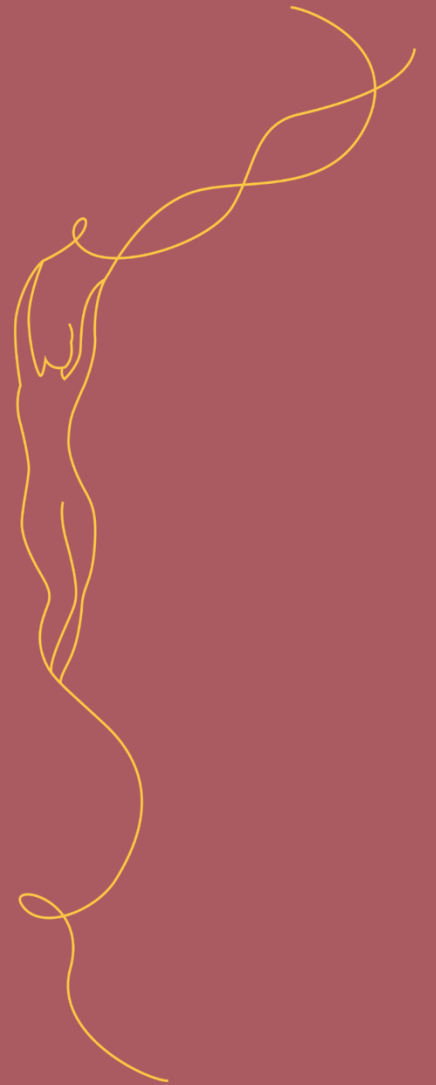
Association Filière Endométriose Nouvelle Aquitaine



Université  
de Limoges



Traitements de  
première  
intention de la  
douleur  
pelvienne



# Rappels anatomo-physiologiques des voies de la douleur

1. **La transduction** : stimulation nocive et nocicepteurs,
2. **La transmission** : fibres afférentes nociceptives, un premier relais dans la corne postérieure de la moelle épinière, un second relais thalamique,
3. **La modulation** : gate-control, contrôles inhibiteurs descendants, modulations corticales...
4. **La perception** : projections corticales, neuromatrices de la douleur.

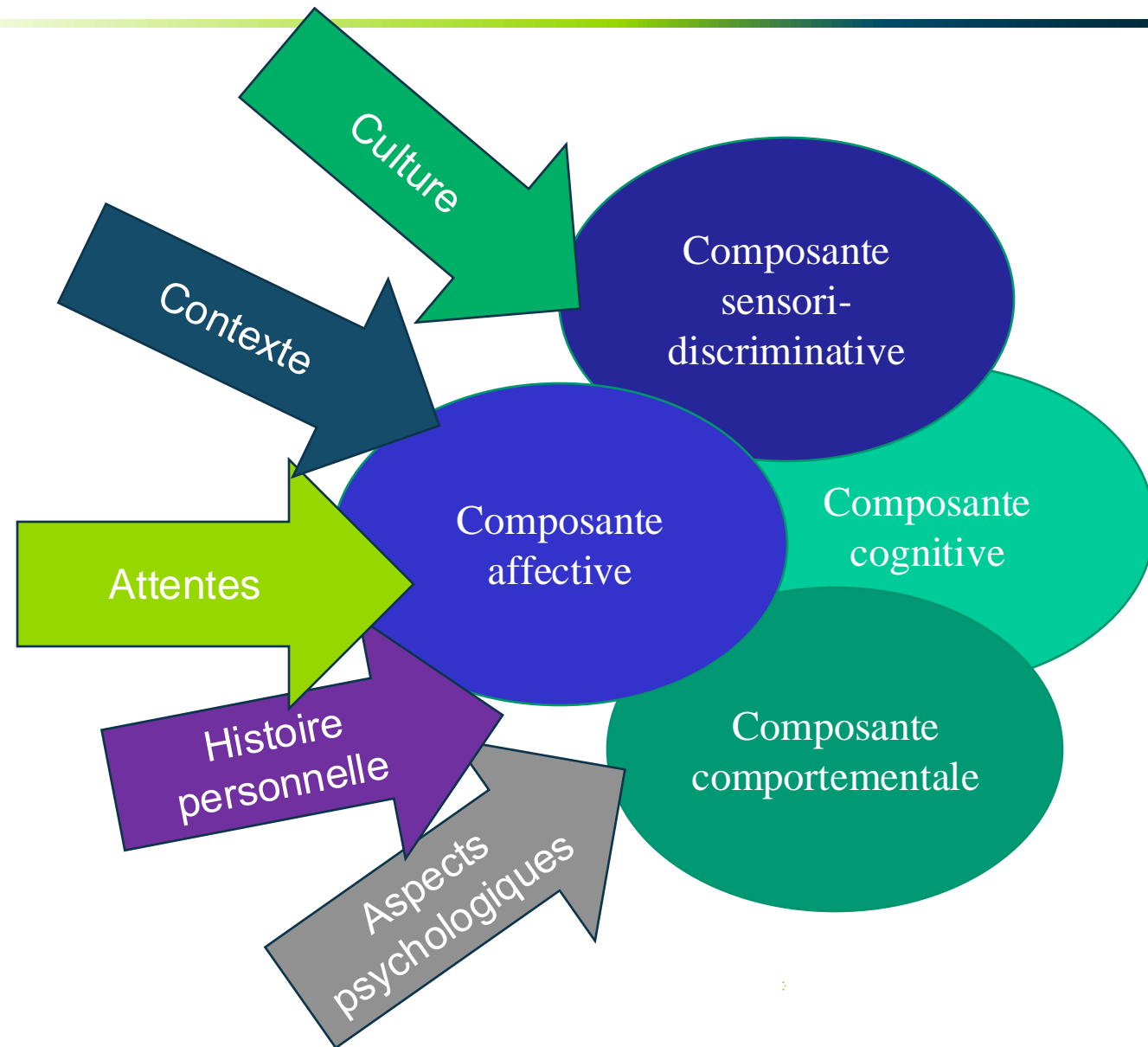
# LA PERCEPTION DE LA DOULEUR, PHENOMENE MULTIDIMENSIONNEL

**Aspects sensori-discriminatifs**, la sensation « **ce que je sens** », caractérisée par une intensité, une qualité, une durée et une localisation

**Aspects affectivo-émotionnels**, « **ce que je ressens** », connotés de désagréable, plus ou moins saillants et tolérables et associés aux émotions et états affectifs (humeur)

**Aspects cognitifs**, « **ce que je pense** », processus mentaux modulant la capacité d'attention/distraction, la référence aux douleurs passées, l'anticipation

**Aspects comportementaux** « **comment je réagis** » correspondant aux réponses végétatives et « **comment j'agis** » correspondant aux réponses verbales, posturales, expression... influencées par la culture



# De quelle douleur parle-t-on ?

- Douleur aiguë, douleur chronique,
- Quelle typologie ?

# Classification selon la durée

	<b>Douleur aiguë</b>	<b>Douleur subaiguë</b>	<b>Douleur chronique</b>
Durée		Entre 4 et 12 semaines	> 3 mois
Sens	Fonction d'alarme, de protection, de préparation à la restauration de l'intégrité de l'organisme	D'une fonction d'alarme dépassée vers un déséquilibre homéostatique ?	Déséquilibre homéostatique ?
Nature	Symptôme	Du symptôme à la maladie ?	Maladie
Origine	Le plus souvent unifactorielle	Plurifactorielle	Toujours plurifactorielle
Stratégie thérapeutique	Traitement étiologique et curatif	Traitement de la douleur et des facteurs de chronicisation	Traitement réadaptatif et plurimodal
Objectif	« Zéro douleur »	« Réduction de la douleur et prévention des facteurs de chronicisation »	« Amélioration de la qualité de vie »

# Classification selon les mécanismes

	<b>Douleurs nociceptives</b>	<b>Douleurs neuropathiques</b>	<b>Douleurs nociplastiques</b>
Nature	Lésionnelle ou liée à une maladie	Lésionnelle ou liée à une maladie	Fonctionnelle
Origine	Tous les tissus à l'exception du système somatosensoriel	Le système somatosensoriel	Les systèmes de modulation de la nociception et de la perception de la douleur
Mécanisme	Activation des nocicepteurs	Décharges ectopiques, éphapses...	Conditionnement aversif favorisant des sensations corporelles symptomatiques...

## Nouvelle classification des antalgiques (Lussier et Beaulieu)

Mécanismes de la douleur	
<u>Analgésiques anti-nociceptifs</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paracétamol, AINS (palier 1 : non opioïdes)</li> <li>- Codéine, poudre d'opium, tramadol (palier 2 : opioïdes faibles)</li> <li>- Morphine, oxycodone, hydromorphone, fentanyl, méthadone (palier 3 : opioïdes forts)</li> <li>- Cannabinoïdes</li> </ul>
<u>Analgésiques anti-hyperalgésiant</u>	Nefopam, kétamine, prégabaline, gabapentine, Lamotrigine, Lévétiracétam, NO, Coxibs, Méthadone
<u>Modulateurs des contrôle inhibiteurs descendants</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antidépresseurs tricycliques</li> <li>- Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline</li> <li>- Clonidine</li> <li>- Tramadol</li> </ul>
<u>Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anesthésiques locaux (lidocaïne...)</li> <li>- Capsaïcine</li> <li>- Carbamazépine</li> <li>- Toxine botulique</li> </ul>

# Traitements non médicamenteux

- Approches rééducatives et physiothérapeutiques : kinésithérapie, TENS
- Approches psychocorporelles : hypnose, relaxation, acupuncture...
- Approches pédagogiques : éducation thérapeutique
- Approches psychothérapeutiques : EMDR, TCC...

# Douleurs pelviennes aiguës

- Le plus souvent unifactorielles
- Origine viscérale digestive, gynécologique, urinaire, neurologique, ostéo-articulaire ou musculaire...
- Traitement étiologique
- Traitement antalgique : paracétamol, AINS, opioïdes faibles sur période courte, antispasmodiques. Associations d'antalgiques.

# Douleurs pelviennes subaiguës

- Evolution depuis 4 à 12 semaines ou cycliques et récurrentes
- Eviter la chronicisation surtout si contexte particulier de vulnérabilités :
  - antécédents de douleurs répétées,
  - troubles de l'humeur, état de stress post-traumatique...
  - Co-mobidités et/ou situations témoignant d'un potentiel risque de chronicisation : migraines, SADAM, syndrome de résistance chimique multiple, stress, précarité...

**RISQUE DE CHRONICISATION !!!!**

Traitement étiologique (si cause retrouvée), traitement de la douleur et prévention/traitement des facteurs de vulnérabilisation

# Syndrome douloureux pelvien complexe

Toute douleur pelvi-périnéale évoluant depuis plus de 6 mois sans cause retrouvée ou persistante malgré le traitement de la cause.

Toute douleur pelvienne non strictement localisée à un organe ou à un territoire neurologique.

Correspond à une dysfonction globale de la région pelvi-périnéale pouvant impliquer différents organes, nerfs, muscles et fascias.

La douleur peut-être localisée ou s'étendre à la région = phénomène d'hypersensibilisation.

- Endométriose
- Syndromes myofasciaux
- Atteintes neurologiques
- Troubles végétatifs
- Douleurs de sensibilisation centrale

Souvent il n'y a pas de proportionnalité entre les lésions et la plainte

- **Mécanismes de la douleur dans le syndrome douloureux pelvien complexe :**

- **Nociceptif** : inflammatoire (notamment hémorragies répétées qui majorent la réponse inflammatoire), mécanique par des adhérences et des syndromes myofasciaux
- **Neuropathique** : par infiltration nerveuse, compressions nerveuses (secondairement aux syndromes myofasciaux)
- **Nociplastique** : hypersensibilisation pelvienne (neuroplasticité des voies de la nociception en fonction des adversités vécues, par des phénomènes de neuro-inflammation, par conditionnement aversif...)

# Endométriose

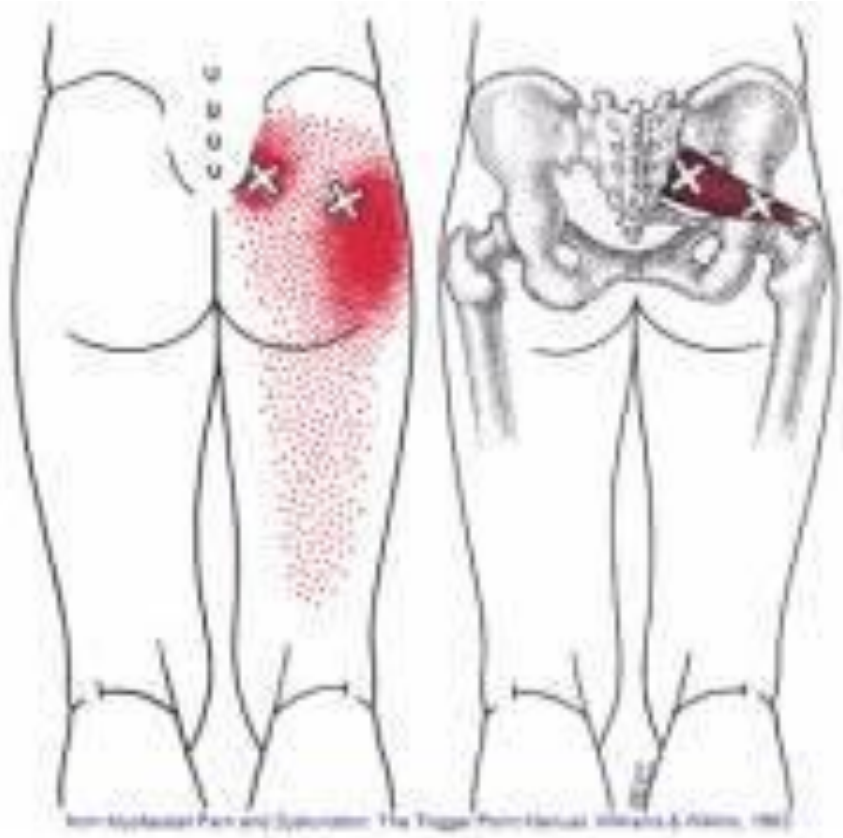
- 10% des femmes en âge de procréer, impact sur la qualité de vie personnelle et conjugale, professionnelle et sociale.
- Association à des dysménorrhées, dyspareunies, vulvodynies, lombalgies, fatigue chronique...
- Des phénomènes douloureux plus généraux peuvent s'y associer : migraine, syndrome de l'intestin irritable, syndrome des jambes sans repos...
- Et des phénomènes de sensibilisation de la douleur
- Traitement spécifique gynécologique
- Antalgiques antinociceptifs, AINS, anti-spasmodiques, chaleur locale pour les crises douloureuses. Traitement de fond : gabapentinoïdes, antidépresseurs, TENS.

# Syndrome myofascial pelvien

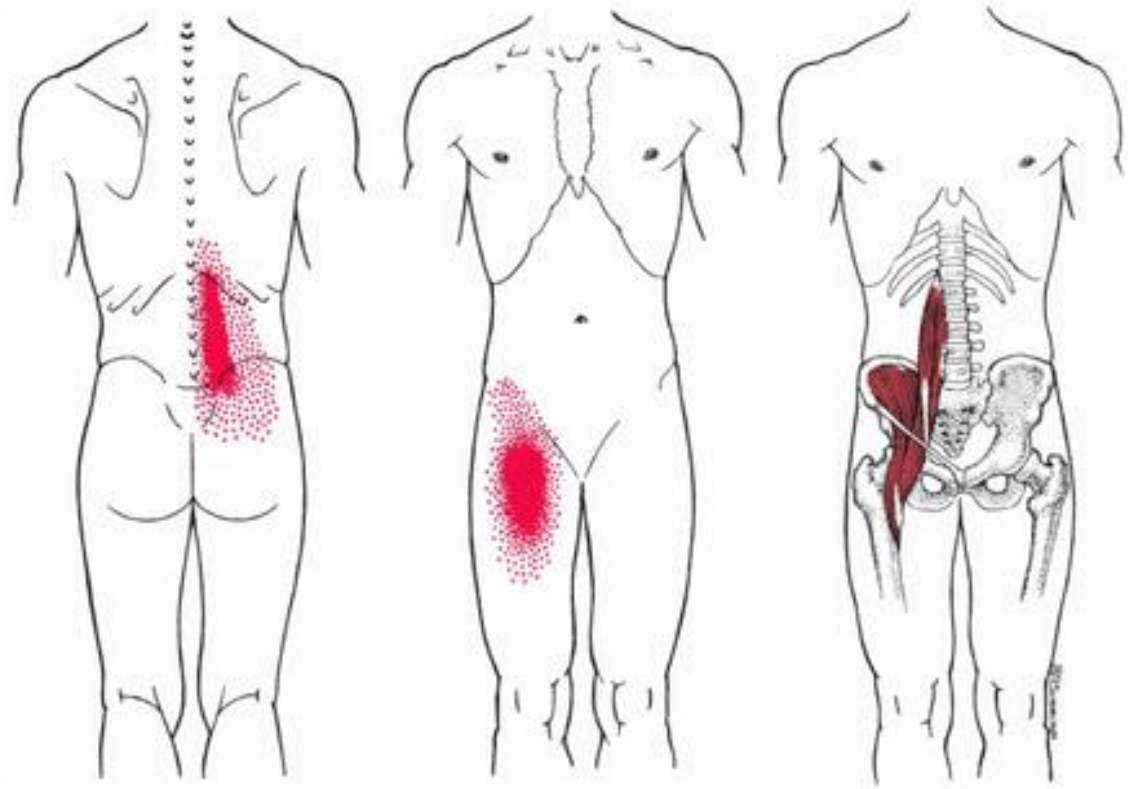
- Trigger point traduisant une hyper irritabilité d'un muscle y compris fascia / aponévrose / tendon
- Points gâchettes (trigger point), zone douloureuse musculaire avec +/- douleur référée dans une zone cutanéomuqueuse plus ou moins étendue et spécifique au muscle atteint
- +/- troubles fonctionnels neurovégétatifs : cystalgies, pesanteurs sus-pubiennes, dysurie, proctalgies...

# Syndrome myofascial pelvien

- Rechercher des points gâchettes musculaires :
  - Par la palpation de la région fessière : piriforme, psoas, obturateur interne, grand et moyen fessiers
  - Par les touchers pelviens : faisceau ischio-coccygien, releveurs, obturateur interne
  - Par la palpation externe du périnée : muscle transverse profond du périnée, noyau fibreux central (souvent hyperesthésie)
- Rechercher un DIM
  - Par le palper-rouler (cellulalgie ?) au niveau des régions paravertébrales de la jonction thoraco-lombaire et au niveau de la paroi inguino-abdominale



Piriforme



Psoas

Syndrome myofascial	Douleur référée	Relation anatomique
Muscles releveurs	Région anale, vaginale, sacro-coccygienne, vestibulite	Branches terminales nerf pudendal, nerf rectal inférieur, nerf périnéal, nerf dorsal du clitoris
Muscle transverse du périnée	Vestibulite, dyspareunie, hyperesthésie du noyau fibreux central du périnée	Branche périnéale du nerf pudendal
Muscle piriforme	Région périanale, vulvaire, urétrale, douleur fessière et postérieure de la cuisse	Irritation du nerf pudendal à son origine S2, S3, S4, du nerf sciatique et du nerf postérieur cutané de la cuisse
Muscle obturateur interne	Douleur ano-coccygienne, dyspareunie, douleur de la face postérieure de la cuisse	Nerf pudendal, irritation du nerf sciatique
Muscle Psoas	Peau des grandes lèvres, du pubis, urètre proximal, pli inguinal, partie supéro-interne de la cuisse	Irritation des racines L1 à L4 : nerf ilio-hypogastrique, ilio-inguinal, génito-fémoral...

# Syndrome myofascial pelvien

- Kinésithérapie
- Auto-étirements (éducation thérapeutique)
- APA
- TENS
- Toxine botulique

# Douleurs neuropathiques

Douleur analg.  
DOI 10.3166/dea-2020-0113

RECOMMANDATIONS / *RECOMMENDATIONS*

## Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises

**I**  
Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Neuropathic Pain: Short Form French Guidelines

X. Moisset · D. Bouhassira · J. Avez Couturier · H. Alchaar · S. Conradi · M.-H. Delmotte · M. Lantéri-Minet  
· J.-P. Lefaucheur · G. Mick · V. Piano · G. Pickering · E. Piquet · C. Regis · E. Salvat · N. Attal

© Lavoisier SAS 2020

**Résumé** Les douleurs neuropathiques (DN) restent très difficiles à soulager. Plusieurs recommandations ont été proposées au cours de ces dernières années, mais aucune n'a pris en compte à ce jour l'ensemble des approches thérapeutiques

disponibles. Nous avons réalisé une revue systématique portant sur toutes les études concernant le traitement des DN périphériques et centrales de l'adulte et de l'enfant, publiées jusqu'en janvier 2018 et avons évalué la qualité des études et

# Douleur Neuropathique (DN)

DN périphérique localisée

Autre DN périphérique ou centrale

1<sup>ère</sup> ligne

Emplâtres de lidocaïne  
(1-3 emplâtres, 12h/j)  
TENS ( $\geq 30$  minutes/j)

ou

IRSNA (Duloxétine (60-120mg/j) ou  
Venlafaxine (150-225mg/j))  
Gabapentine (1200-3600mg/j)  
Antidépresseurs tricycliques (10-150mg/j)

2<sup>e</sup> ligne

Patchs de capsaïcine 8%  
(1-4 patchs/ 3 mois)  
Toxine botulique A  
(50-300 unités/ 3 mois)

ou

Prégabaline (150-600mg/j)  
Tramadol (100-400mg/j)  
Association de traitements  
(antidépresseurs + gabapentinoïdes)

3<sup>e</sup> ligne

rTMS de M1 ( $>5$ Hz,  $>1200$  impulsions/séance)  
Stimulation médullaire (FBSS et polyneuropathie diabétique)  
Opioides forts seuls ou en association (en l'absence  
d'alternative,  $<150$ MME/jour, après évaluation du risque d'abus)

Psychothérapie

**Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».**

**QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?**

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?**

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :**

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :**

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OUI = 1 point**

**NON = 0 point**

**Score du Patient : /10**

# Douleurs de sensibilisation centrale

- Notions de neuroinflammation
- Conditionnement aversif
- Perception erronée de la douleur

Diminution des seuils de perception de la douleur, réponse majorée en intensité, perception erronée (menace/lésion/douleur), diffusion dans le temps et l'espace de la zone douloureuse, notion de terrain de vulnérabilité (événements traumatisants, douleurs répétées...)

Amène à ressentir un inconfort ou une douleur pour des stimulations habituellement non douloureuses, comme le remplissage de la vessie, une perception exagérée du fonctionnement du système digestif, une brûlure vulvaire au contact, ressentir une douleur anormalement intense pour des stimulations douloureuses

Les mécanismes de sensibilisation à la douleur expliquent des douleurs mystérieuses et déroutantes, incompréhensibles et exaspérantes pour les patients, comme pour les professionnels de santé. Cela génère des échecs thérapeutiques, une altération de la relation médecin-malade.

Cela nous invite à ne plus considérer la douleur comme l'expression proportionnelle d'une lésion organique.

# Douleurs de sensibilisation centrale

- Sensibilisation somatique : allodynie cutanée et muqueuse, hyperalgésie
- Sensibilisation viscérale : syndrome du colon irritable, syndrome douloureux vésical
- Signes végétatifs : sensation de corps étranger intra cavitaire, douleurs post-mictionnelles, post-défécatoires...

- Traitements :

Approches pédagogiques pour changements des règles hygiéno-diététiques si nécessaire : mode de vie stressant, troubles du sommeil, consommation de toxique, sevrage opioïdes, inactivité physique, troubles nutritionnels...

Approches psychothérapeutiques : EMDR, TCC

Médicaments : antidépresseurs et gabapentinoïdes

# Score de convergence PP

	Sphère urinaire basse	Sphère digestive basse	Sphère génito-sexuelle	Sphère cutanéomuqueuse	Sphère musculaire	Scores
<b>Abaissement de seuils</b>	<input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors du remplissage vésical et/ou la miction	<input type="checkbox"/> Douleurs influencées par la distension et/ou la vidange rectale	<input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors de l'activité sexuelle	<input type="checkbox"/> Allodynie pelvi-périnéale (impossibilité à utiliser des tampons, intolérance au port de sous-vêtements serrés)	<input type="checkbox"/> Présence de points gâchettes pelviens	/ 5
<b>Diffusion temporelle</b>	<input type="checkbox"/> Douleurs post-mictionnelles	<input type="checkbox"/> Douleurs post-défécatoires	<input type="checkbox"/> Douleurs persistantes après l'activité sexuelle			/ 3
<b>Variabilité des symptômes</b>	<input type="checkbox"/> Variabilité de l'intensité douloureuse et/ou de la topographie de la douleur					/ 1
<b>Syndromes associés</b>	<input type="checkbox"/> Migraine et/ou céphalées de tension et/ou fibromyalgie et/ou syndrome de fatigue chronique et/ou syndrome de stress post-traumatique et/ou SADAM et/ou syndrome des jambes sans repos et/ou intolérances multiples aux produits chimiques					/ 1

Score total de sensibilisation pelvienne

/ 10

Un score > ou = 5 permet d'identifier une sensibilisation pelvienne (se 95%, sp 87%)

# L'UTILISATION PROLONGEE DES OPIOIDES COMME FACTEUR DE CHRONICISATION ET DE RESISTANCE

## a) Risque de mésusage des opioïdes

Echelle ORT

Score < 4, risque faible

Score entre 4 et 7, risque modéré

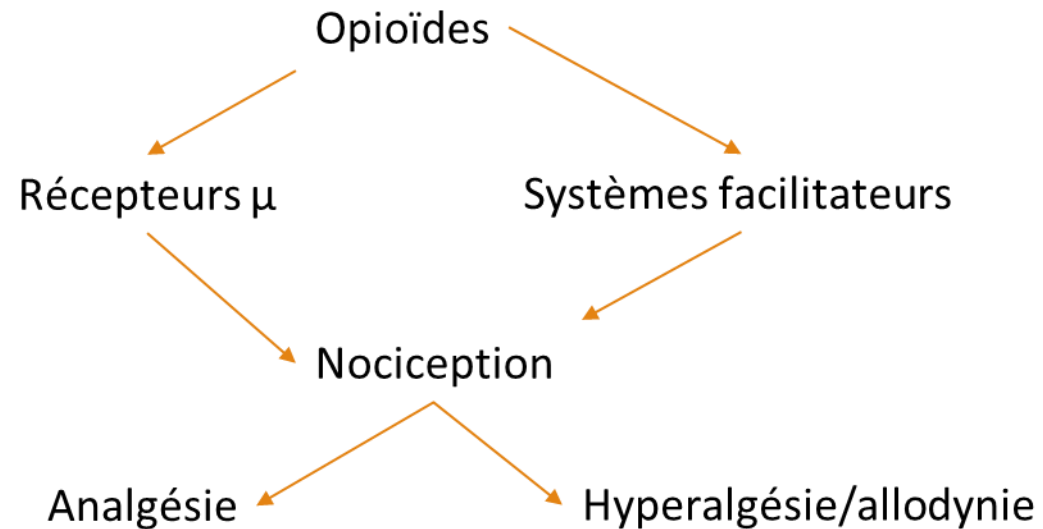
Score > 7, risque élevé

Un score modéré à élevé n'est pas une contre-indication à la prescription d'un antalgique opioïde, mais une surveillance régulière est préconisée

Appréciation du risque relié aux analgésiques opiacés	Femme	Homme
<b>Antécédent familial d'abus d'une substance</b>		
<i>Alcool</i>	1	3
<i>Drogues illicites</i>	2	3
<i>Autre</i>	4	4
<b>Antécédent personnel d'abus d'une substance</b>		
<i>Alcool</i>	3	3
<i>Drogues illicites</i>	4	4
<i>Autre</i>	5	5
<b>Âge (sujets de 16 à 45 ans)</b>	1	1
<b>Antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance</b>	3	0
<b>Trouble psychologique</b>		
<i>TDA, TOC, trouble bipolaire, schizophrénie</i>	2	2
<i>Dépression</i>	1	1
<b>Score total</b>		

## b) Hyperalgésie aux opioïdes

- « Les opioïdes réduisent la douleur mais augmentent la chronicité »
- « sous opioïdes, le patient devient plus sensible à la douleur »



Les opioïdes ont, au-delà de leur effet antalgique, un effet hyperalgésiant, en perturbant un équilibre homéostatique. Cela aboutit à une sensibilisation centrale dont l'organisme garde une trace durable. Toute personne qui en a reçu demeure plus sensible à la douleur.