

Poser les bonnes questions...

par la D^{re} Constance AUDET*

* Assistante en médecine générale
1180 Bruxelles
audet.constance@gmail.com

L'auteure déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Quand Madame G. s'installe dans mon cabinet de consultation pour la première fois, je la sens inconfortable sur sa chaise ; en témoignent les changements fréquents de position et les grimaces qui les accompagnent.

Madame G. souffre depuis plus d'un an de pubalgies affectant significativement son quotidien. Ses douleurs sont majorées à la position assise et plutôt en fin de journée. Elle trouve une légère amélioration grâce à l'adjonction de codéine au paracétamol, mais la patiente sait qu'il ne s'agit que d'une solution à court terme et n'en réserve la prise qu'en cas de douleur insupportable. Madame G. a, depuis un an, consulté plusieurs médecins, généralistes et spécialistes, avec plusieurs diagnostics évoqués, allant d'arthrose du pubis aux douleurs périnéales essentielles. Plusieurs infiltrations ont été réalisées en différents sites à la clinique de la douleur, n'ayant permis de soulager les douleurs que transitoirement et partiellement.

On ne retrouve aucun antécédent médico-chirurgical ni aucune médication chronique. Dans ses antécédents gynécologiques, elle me signale deux accouchements par voie basse *a priori* s'étant bien déroulés selon elle. Elle ne me rapporte pas d'assuétude alcoolo-tabagique.

« La seule position qui me soulage c'est debout... Mais docteur, je ne peux pas passer le reste de ma vie debout! ».

Cette douleur chronique devient envahissante avec une altération significative de sa qualité de vie. Madame G. est une patiente active et dynamique, mais depuis un an, elle évite les voyages avec ses amies, ne pouvant pas rester assise pendant les trajets. Elle doit même, certains jours, annuler ses activités sociales car la douleur est trop intense et elle préfère alors se rendre à ses cours de yoga qui sont les seuls moments où la douleur semble s'apaiser. Elle, d'habitude si joyeuse, commence à broyer du noir et redouter de poursuivre sa vie avec de telles douleurs, notamment après de nombreux échecs thérapeutiques et commentaires sur le fait qu'il fallait « apprendre à vivre avec » car on ne « pouvait plus rien pour elle ».

ABSTRACT

Through the story of a patient with chronic pelvic pain, we'll explore the differential diagnoses of this entity and its multiples etiologies, and we'll focus on pudendal neuralgias, their causes and treatments.

Keywords: pudendal neuralgias, chronic pelvic pain, Alcock canal syndrome.

RÉSUMÉ

À travers l'histoire d'une patiente présentant des douleurs pelviennes chroniques, nous explorons les différents diagnostics différentiels de cette entité aux étiologies diverses et nous focaliserons sur la névralgie pudendale, ses causes et ses traitements.

Mots-clés : névralgie pudendale, douleurs pelviennes chroniques, syndrome du canal d'Alcock.

Repartir à zéro

Je trouve particulièrement intéressant de recevoir des patient·es qui ont déjà consulté plusieurs confrères et confrères : ajouter des paires d'yeux sur une situation difficile, pouvoir combiner les raisonnements cliniques de plusieurs professionnel·les et finalement, construire ensemble une prise en charge dans un même but : soulager le ou la patient·e.

Et pour ajouter sa pierre à l'édifice, il s'agit de tout reprendre depuis le début, pour voir si un détail, une question, une précision qui n'aurait pas été donnée auparavant n'éveille pas une nouvelle piste de diagnostic différentiel. Fouiller les rapports précédents, les examens complémentaires, ré-interroger la patiente,

réexaminer, réfléchir avec elle à ce qui lui a déjà été expliqué... un réel travail de détective!

La patiente me décrit donc des douleurs plutôt périnéales que pubiennes, intenses surtout en position assise, rendant cette position impossible à maintenir plus de quelques minutes. Elle rapporte également avoir par intermittence une sensation d'eau froide qui coule le long de ses jambes. Il n'y a ni perte de force ni perte de sensibilité des membres inférieurs, elle ne rapporte pas de troubles sphinctériens. On ne retrouve pas d'altération de la marche, de la voix, de l'écriture et l'odorat est normal.

Son sommeil est agité (elle me dit parler et frapper son mari pendant la nuit) mais elle n'a pas d'envie irrésistible de bouger les jambes avant de dormir. Mon examen clinique est par ailleurs strictement normal, notamment au niveau des tests neurologiques.

La patiente a consulté un rhumatologue qui a évoqué une tendinopathie des adducteurs de la hanche droite sur base d'une échographie. Les deux premières infiltrations ont été réalisées dans ce contexte, sans effet. Par la suite, la patiente a commencé à souffrir du dos ayant justifié une IRM lombaire montrant une spondylodiscarthrose multi-étagée, sévère en L4-L5 et en conflit avec la racine L4 droite, sans argument pour une atteinte de cône terminal. Ces résultats ont donc amené à la réalisation d'infiltrations facettaires à la clinique de la douleur dans un autre établissement, sans aucun résultat.

Parallèlement, la patiente est de bonne volonté et a déjà essayé de nombreuses thérapies non médicamenteuses : kinésithérapie, kinésithérapie pelvienne, ostéopathie, hypnose pour gestion de la douleur... sans amélioration.

Les douleurs pelvi-périnéales chroniques chez les femmes adultes en dehors de la grossesse

Les douleurs pelviennes chroniques sont définies comme des douleurs évoluant depuis plus de 3 mois, prenant leurs origines au niveau du pelvis, suffisamment sévères pour causer une impotence fonctionnelle ou pour recourir à un traitement, sans lien avec un état gravidique⁽¹⁾. Il est estimé que 4 à 16 % de la population générale souffre de douleurs pelviennes chroniques mais seulement 1/3 des femmes ont recours à des soins médicaux dans ce cadre. Les causes sont diverses et peuvent être multiples, et

il n'est parfois pas possible d'étiqueter une origine claire aux douleurs, source de frustration pour le personnel soignant ainsi que pour les patientes.

Nous pouvons établir un diagnostic différentiel par système⁽¹⁾:

Gynécologique :

- endométriose et/ou adénomyose ;
- léiomyome : peut causer un saignement utérin et un effet de masse, la douleur cependant est plus volontiers aiguë que chronique ;
- adhésions péritonéales : se développent chez > 90 % des patient·es bénéficiant d'une chirurgie abdominale. La plupart des adhésions restent asymptomatiques mais des adhésions limitant la mobilité des organes peuvent entraîner des douleurs notamment pelviennes ;
- PID (pelvic inflammatory disease) : les douleurs entraînées par une PID sont aiguës mais les séquelles de ces infections peuvent entraîner des douleurs chroniques ;
- tumeurs gynécologiques (adénocarcinome ovarien, léiomyosarcome, etc.) ;
- syndrome de congestion pelvienne : ce syndrome fait encore l'objet de controverse et n'a pas encore de critères diagnostiques validés. Sur le plan clinique, on retrouve une douleur pelvienne, une sensation de pression pelvienne, une dyspareunie profonde ou encore une douleur exacerbée lors de la station debout prolongée. Sur le plan radiologique, on retrouve des veines variqueuses au niveau pelvien avec un doppler montrant une réduction du flux sanguin dans la zone ;
- syndrome ovarien résiduel : survient chez les femmes ayant subi une ovariectomie bilatérale et dont une partie du tissu ovarien est resté au sein de la cavité abdominale, provoquant des symptômes en lien avec une fonction ovulatoire persistante.

Gastro-intestinal :

- syndrome du côlon irritable : défini comme un syndrome douloureux abdominal, chronique ou intermittent avec une modification du transit sans cause organique identifiée. Les femmes sont deux fois plus souvent diagnostiquées avec un syndrome du côlon irritable que les hommes. À noter que ce syndrome est hautement prévalent chez les femmes avec endométriose ;
- maladies inflammatoires chroniques de l'intestin [maladie de Crohn ou rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH)] et maladie cœliaque ;
- pathologie diverticulaire pouvant résulter en une colite du sigmoïde provoquant des douleurs pelviennes ;
- cancer du côlon.



Urologique :

- cystite interstitielle/syndrome de la vessie douloureuse: les patient-es souffrant de cette entité rapportent des douleurs vésicales chroniques et des urgences mictionnelles ou une fréquence trop importante des mictions sans étiologie claire établie. Il s'agit également d'une cause fréquente de douleurs pelviennes chroniques.

Musculosquelettique :

- syndrome myofascial pelvien: caractérisé par une douleur dans un contexte de dysfonction, de spasticité et/ou d'hypersensibilité des muscles ou fascias de la paroi abdominale, du plancher pelvien et/ou des lombaires. Ce syndrome est prévalent mais largement sous-diagnostiqué notamment en raison du manque d'études et de critères diagnostiques. Un sous-type de ce syndrome est la myalgie de tension du plancher pelvien en lien avec la contraction involontaire et le raccourcissement des muscles pelviens. Les douleurs sont aggravées par l'activité physique et sont souvent plus intenses en fin de journée. La chaleur et la position allongée, genoux pliés, semblent soulager les symptômes. Le traitement repose majoritairement sur une kinésithérapie axée sur le plancher pelvien mais des injections de botox ou des traitements médicamenteux peuvent également être proposés chez certaines femmes;
- fibromyalgie: pour rappel, la fibromyalgie associe des symptômes douloureux diffus, fatigue, troubles de la mémoire et du sommeil. Les « points douloureux » ayant longtemps fait partie des critères diagnostics, ils ne sont maintenant plus pris en compte, la fibromyalgie étant étiquetée comme syndrome de sensibilisation centrale avec un trouble du traitement sensoriel au niveau du système nerveux central;
- ostéite pubis: cause non infectieuse inflammatoire de la symphyse pubienne. Elle peut être sub-séquent à une chirurgie, à des activités physiques intenses, à une grossesse, un accouchement ou un traumatisme. Les douleurs sont aggravées aux mouvements comme la marche, monter les escaliers ou encore la toux. La symphyse pubienne est alors douloureuse à la palpation.

Neurologique :

- douleurs nerveuses sur compression ou lésion: plusieurs nerfs peuvent être en cause (ilio-hypogastrique, ilio-inguinal, génito-fémoral ou pudendal). Une douleur pelvienne et périnéale, avec un antécédent de chirurgie ou d'activités répétitives comme le vélo ou l'équitation, sont hautement suggestives d'une névralgie pudendale.

Autres :

- dépendance aux opioïdes (hyperalgie induite par les opioïdes), abus sexuels (47% des patientes présentant des douleurs pelviennes ont subi des abus physiques ou sexuels au cours de leurs vies), dépression, stress, troubles du sommeil (pouvant être la cause ou la résultante des douleurs).

La donnée clé

Devant l'absence d'explication ou de solution efficace à ses douleurs, j'ai proposé à la patiente de nous revoir pour une consultation « bilan » après m'être enquis de l'ensemble de son dossier ainsi qu'une revue de la littérature. Je suis alors amenée à l'interroger plus en détail sur la nature de ses symptômes. Elle me décrit alors une composante de ses symptômes qu'elle n'avait encore jamais osé exprimer aux différents professionnels de la santé consultés: « J'ai l'impression, quand je m'assois, de m'asseoir sur un pieu qui me transperce le vagin ». Cette nouvelle information nous oriente vers un diagnostic bien précis: la névralgie pudendale.

La névralgie pudendale débute en général entre 50 et 70 ans avec un sex-ratio de 3:2. La prévalence est de 1/100 000, mais est sans doute sous-évaluée. La douleur est unilatérale, neuropathique (sensation de brûlure ou d'engourdissement), d'intensité variable, située dans la région périnéale. On retrouve fréquemment une **sensation de corps étranger** (sympathalgie) au niveau rectal ou vaginal. La douleur s'intensifie dans la journée, en position assise ou lorsque les patient-es portent des vêtements serrés. Il existe souvent une hypersensibilisation pelvienne entraînant des troubles urinaires (pollakiurie, dysurie), ano-rectaux (dyschésie, douleurs après défécation), sexuels (dyspareunie, intolérance au contact vulvaire, exacerbation post-coïtale) ainsi qu'une douleur myofasciale avec irradiation fessière. Les névralgies pudendales peuvent être évolutives en poussées, stables ou s'aggravant de façon progressive⁽²⁾.

Le nerf pudendal se retrouve enclavé soit dans les ligaments postérieurs du bassin, dans le canal d'Alcock (alors appelé syndrome du canal d'Alcock) ou de façon plus anecdotique dans le canal sous piriforme ou sus-pubien. Les causes sont multiples: traumatismes, difficultés lors de l'accouchement, cicatrices post-chirurgicales ou post-radiothérapie, pratique intensive de vélo ou encore déviation de la colonne vertébrale, fractures pelviennes ou tumeur.

Le diagnostic repose sur les critères de Nantes (cf. annexe 1) et l'IRM permet de classer la névralgie selon le site d'enclavement. À noter cependant que

Critères indispensables au diagnostic de névralgie pudendale

- douleur située dans le territoire du nerf pudental (de l'anus à la verge ou au clitoris);
- douleur prédominant en position assise;
- douleur ne réveillant habituellement pas la nuit;
- absence de déficit sensitif objectif;
- bloc diagnostique du nerf pudental positif (sous réserve d'une technique irréprochable).

Critères complémentaires au diagnostic

- sensations de brûlures, décharges électriques, tiraillements, engourdissements;
- sensation de corps étranger endocavitaire («sympathalgie» rectale ou vaginale);
- aggravation de la douleur au cours de la journée;
- douleur à prédominance unilatérale;
- douleurs apparaissant après la défécation;
- présence d'une douleur exquise à la palpation de l'épine sciatique;
- données de l'électroneuromyogramme chez l'homme et la femme nullipare.

Critères d'exclusion

- douleur uniquement coccygienne, fessière, pubienne ou hypogastrique;
- prurit;
- douleurs uniquement paroxystiques;
- anomalies d'imagerie pouvant expliquer la douleur;

Signes n'excluant pas le diagnostic

- irradiation fessière ou au membre inférieur, notamment en position assise;
- douleur sus-pubienne;
- pollakiurie et/ou douleurs au remplissage vésical;
- douleurs apparaissant après l'éjaculation;
- dyspareunie et/ou douleurs après les rapports sexuels;
- troubles de l'érection;
- normalité de l'ENMG.

Annexe 1. Critères diagnostiques de névralgie pudendale par syndrome canalaire (critères de Nantes).

le diagnostic est anamnestique et qu'aucun examen complémentaire ne peut le valider (une imagerie normale ne permettant pas d'exclure le diagnostic). L'examen clinique neurologique est normal, aussi bien au niveau périnéal que des membres inférieurs, ne montrant aucun déficit moteur ni sensitif⁽³⁾. Le bloc pudental anesthésique (infiltration dans le canal d'Alcock et le ligament sacro-spinal) est utile au diagnostic: la disparition des douleurs, même pour quelques heures, a une forte valeur diagnostique⁽⁴⁾. L'exploration par EMG au niveau du périnée n'est que peu sensible car explorant les fibres motrices du nerf pudental, la fonction motrice de ce nerf n'étant que rarement touchée.

Le traitement repose sur le traitement de la douleur neuropathique grâce à des antidépresseurs (amitriptyline faible dose ou duloxétine) ou antiépileptiques (prégabaline, gabapentine) ainsi qu'une prise en charge par kinésithérapie. Les infiltrations anesthésiques du nerf pudental ont un effet limité et les effets thérapeutiques à moyen et long terme n'ont pas été démontrés. En cas d'échec thérapeutique, une chirurgie de décompression peut être proposée.

En dernier recours, et en cas d'échec de la chirurgie, une neurostimulation implantée au niveau du cône médullaire peut également être indiquée.


Dans le cas de notre patiente, l'infiltration au niveau du canal d'Alcock n'a malheureusement pas permis un amendement des symptômes au long terme et nous avons donc dû recourir à un traitement médicamenteux par amitriptyline à raison de 25 mg en une prise.

Conclusion : écouter et persévérer

Après deux semaines, je revois la patiente pour évaluation de l'efficacité du traitement: «Je revis docteur!».

Les douleurs sont parfois encore présentes mais supportables et ne l'incapacitant plus dans sa vie quotidienne. Elle me dit avoir repris ses activités





sociales et même programmé un voyage en bus avec ses amies, son moral est également bien meilleur. La patiente se permet alors de me raconter son vécu quant à son errance diagnostic: l'impression de ne pas être écoutée et de ne pas être crue, se retrouver face à des médecins, qui, à cause de son âge et du caractère «non-grave» de sa pathologie, lui disaient qu'il fallait qu'elle accepte d'apprendre à vivre comme ça... C'est une réelle détresse psychologique qui s'est alors progressivement installée au fil des consultations. Elle me confie également que, même si je n'avais pas pu trouver de diagnostic ou de traitement efficace, le simple fait de sentir que je l'accompagnais dans son vécu et que je ne «l'abandonnais pas à son sort» était une thérapie en soi. Il est parfois facile d'oublier le pouvoir de l'écoute active et du simple fait de soutenir nos patient·es, de les croire, de leur montrer que nous persévérons, et Madame G. me l'a rappelé, de la plus belle des manières.

Je lui souhaite encore beaucoup de longs voyages assise en bus!

Bibliographie

1. Sawsan AS. UpToDate. Wolters Kluwer. Chronic pelvic pain in nonpregnant adult females: causes. Disponible sur: https://www.uptodate-com.ezproxy.ulb.ac.be/contents/chronic-pelvic-pain-in-nonpregnant-adult-females-causes?search=pelvic%20pain&topicRef=5467&source=see_link
2. Orphanet: Syndrome de compression du nerf pudendal [Internet]. [cité 2 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.orpha.net/fr/disease/detail/60039>
3. FMC-HGE [Internet]. [cité 2 nov 2024]. Neuropathie pudendale et syndromes apparentés: Connaître pour soulager... Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2022/neuropathie-pudendale-et-syndromes-apparentes-connaître-pour-soulager/>
4. SNFCP. 2017 [cité 2 nov 2024]. Névralgie pudendale ou Syndrome du canal d'Alcock. SNFCP. Disponible sur: <https://www.snfcpc.org/informations-maladies/divers/nevralgie-pudendale-syndrome-canal-dalcock/>