Douleurs Pelvi-Périnéales Chroniques Fonctionnelles

-

Dr Henry, Médecin de MPR

Muriel Launois, Ergothérapeute

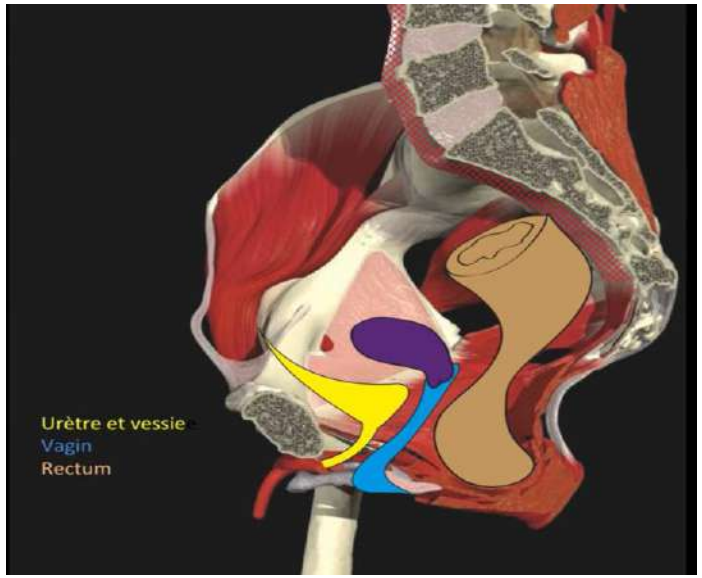
-

CHRU

-

Pôle Rééducation - Hôpital d'Adultes

Douleurs Pelvi-Périnéales Chroniques Fonctionnelles



Douleurs d'origine organique

- Urologique
- Gynécologique
- Colo-proctologique
- Rhumatologique
- Vasculaire, Dermato…

Diagnostic « Troubles à symptomatologie somatique» trop rapidement évoqué en cas de symptômes médicalement inexpliqués par les spécialistes d'organes

Wessely S et al Functionnal somatic syndromes : one or many Lancet 1999
Witthöft et al. Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders Annu Rev Clin Psychol 2010

Douleurs Pelvi-Périnéales Chroniques Fonctionnelles

Douleurs Pelvi-Périnéales Chroniques Fonctionnelles

Douleurs et symptômes pléiomorphes, changeants, voyageurs, déroutants, même extra-pelviens

ÉLIMINER d'abord UNE **CAUSE FONCTIONNELLE** → Analyse DU **CONTENANT et de son fonctionnement**, quand contenu indemne de lésion somatique

Diagnostic « Troubles à symptomatologie somatique» trop souvent évoqué (DSM 5)

Plainte tardive + Diagnostic tardif : 4 ans en moyenne pour la névralgie pudendale

Durée d'évolution > 6 mois → Entrée dans la **chronicité**

Errance diagnostique, forme de maltraitance iatrogène

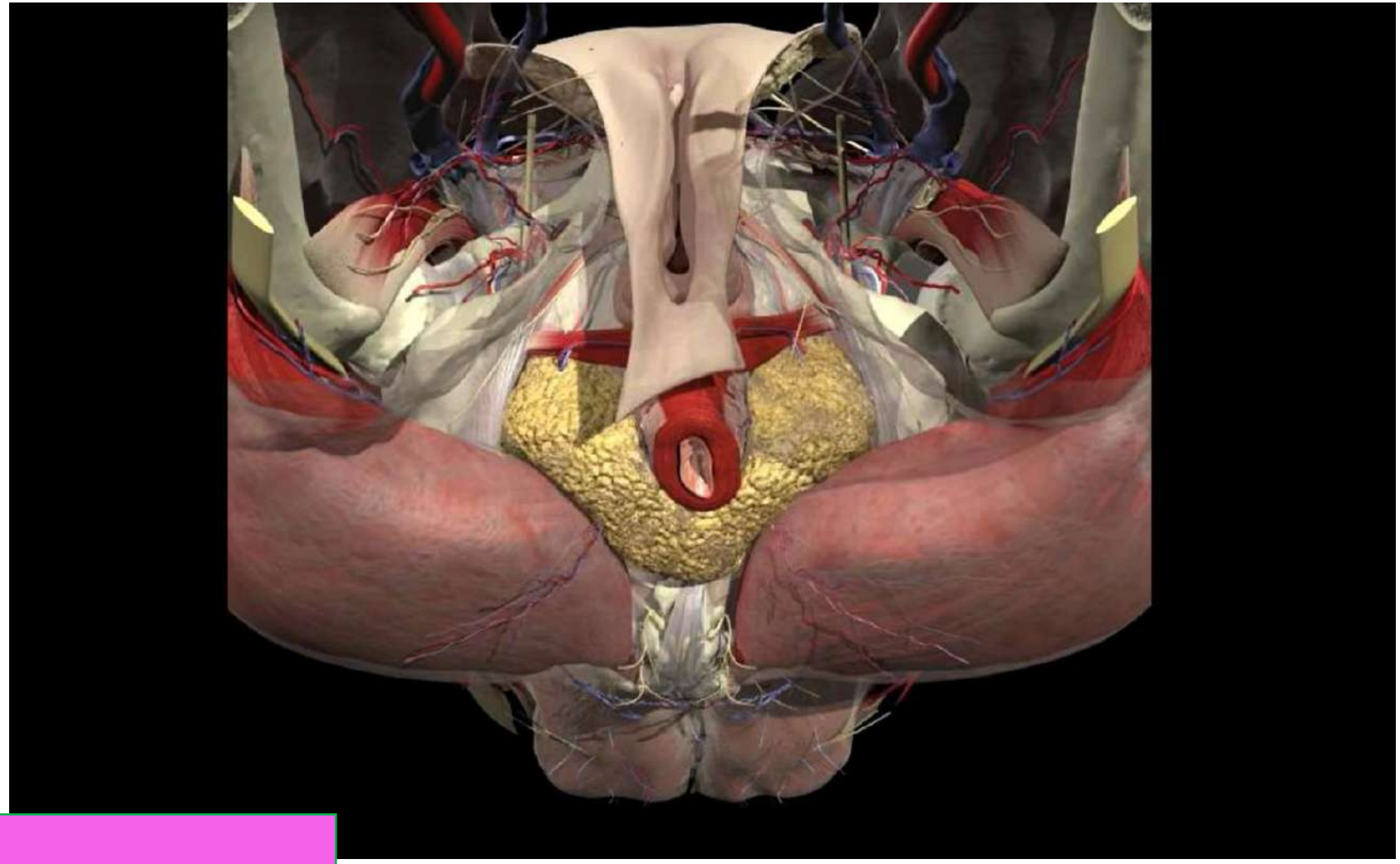
Conséquences psychologiques, psychosomatiques, médico-économiques (patient et société)

- **Scanner abdo-pelvien ou IRM pelvienne**

Cédric Lemogne - Psychiatrie de liaison (2018 – Editions Lavoisier),
Chapitre 27 : Le patient dont les symptômes physiques sont attribués à une cause psychologique (pages 252 à 266)

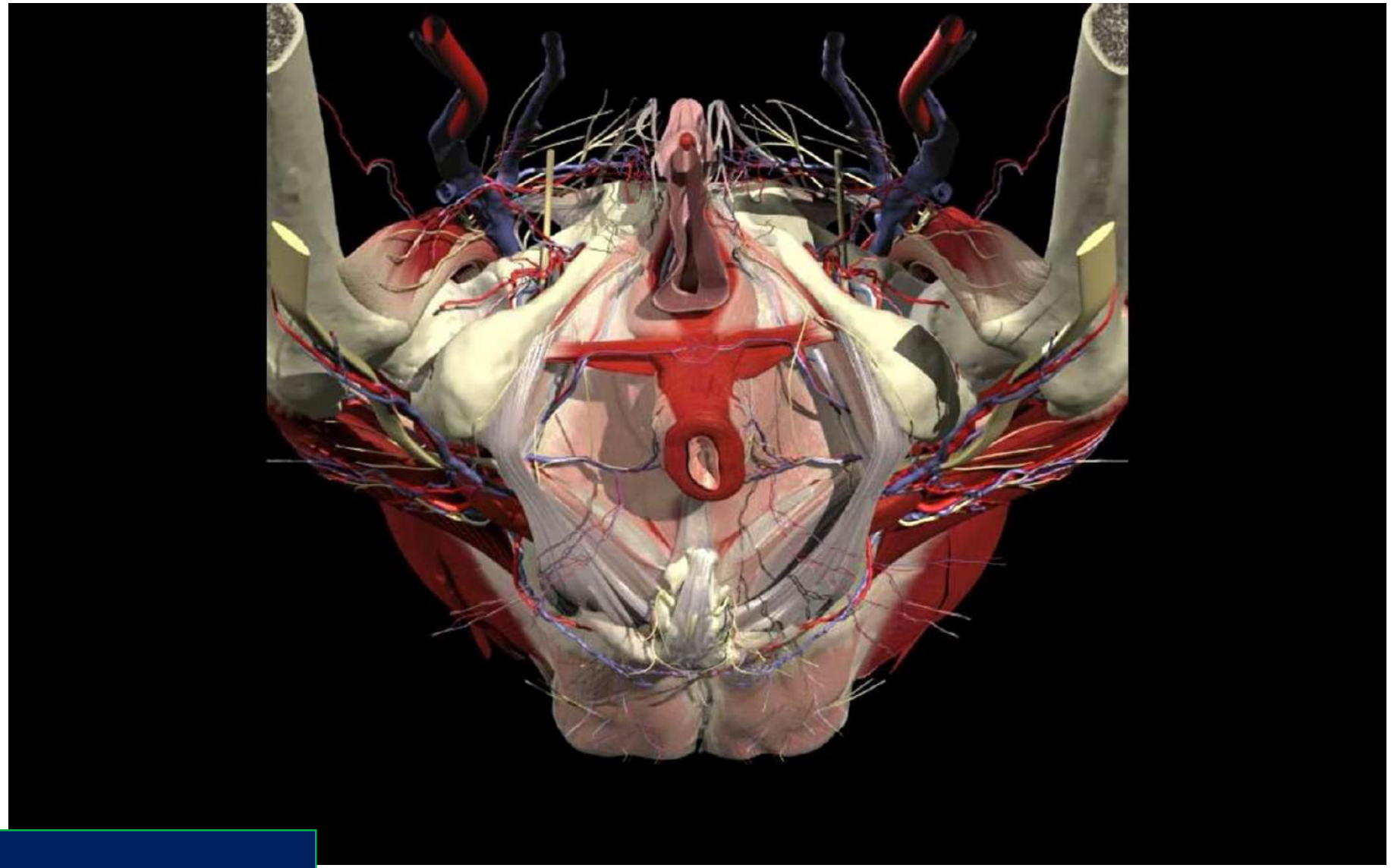
ANATOMIE DU CONTENANT

Pr Yiou – YouTube – C’est quoi le périnée



PEAU ET GRAISSE

Pr Yiou – YouTube – C’est quoi le périnée



VEINES ET APONEVROSES

Pr Yiou – YouTube – C’est quoi le périnée

ARTERES

DOULEUR NEUROPATHIQUE
DN4

Pr Yiou – YouTube – C'est quoi le périnée

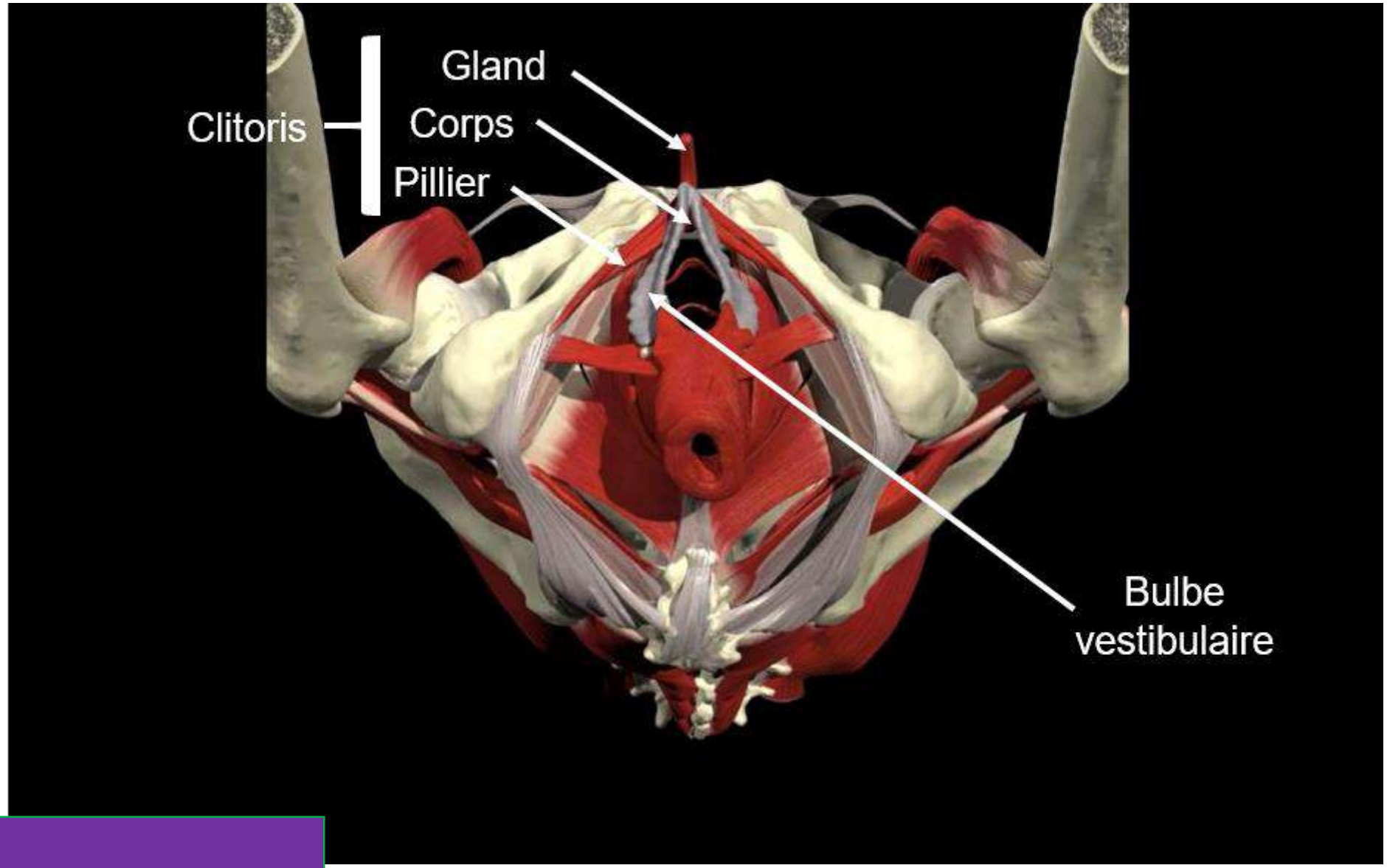
3 Nerfs antérieurs D-G
(origine thoraco-lombaire) :
- Nerf ilio-hypogastrique
- Nerf ilio-inguinal
- Nerf génito-fémoral

3 Nerfs postérieurs D-G
(origine sacrée) :
- Nerf glutéal post (Trolard)
- Nerf pudendal
- Nerf clunéal inférieur

NERFS

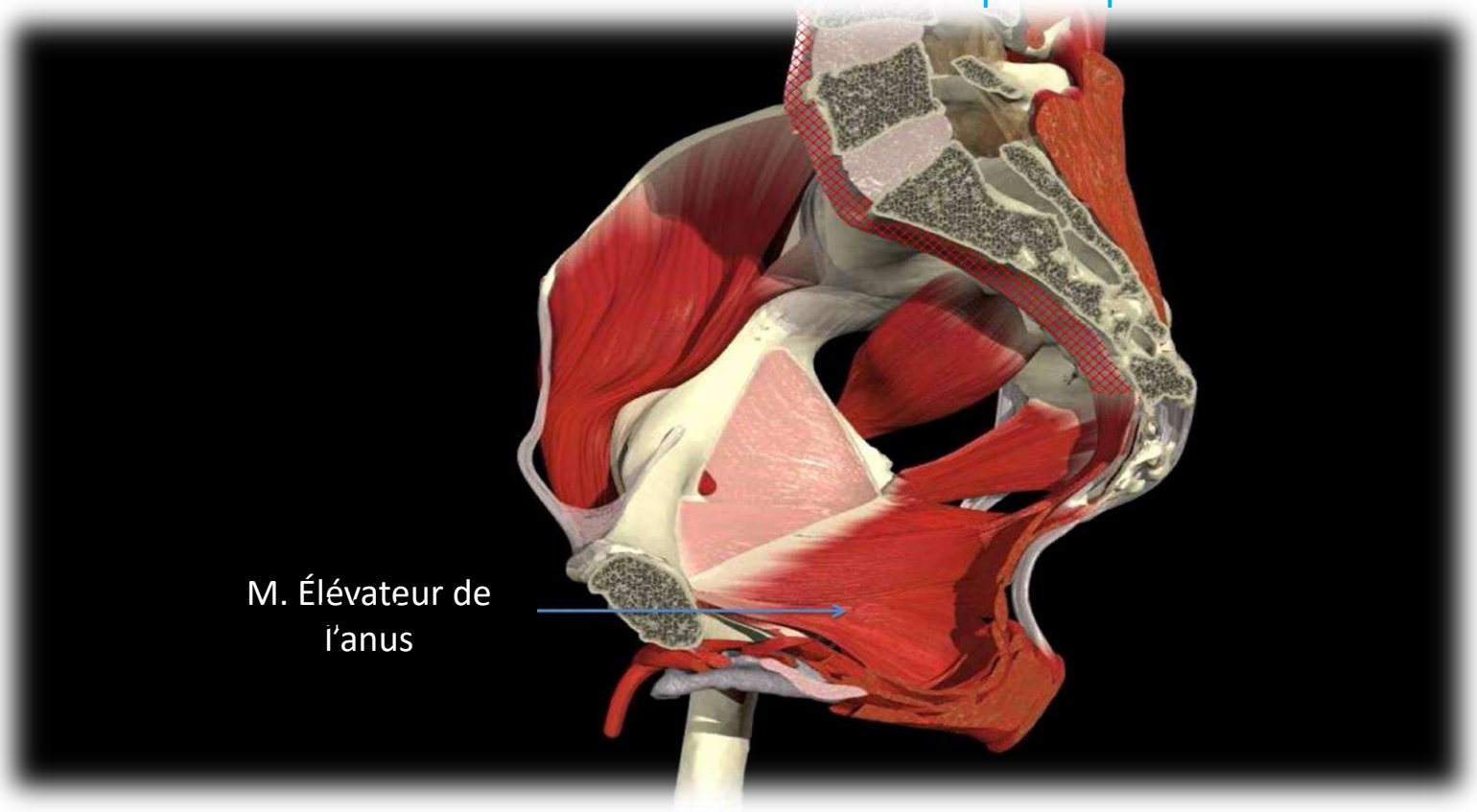
1ère décrite : Névralgie pudendale = 1987
G. Amarenco

Pr Yiou – YouTube – C’est quoi le périnée



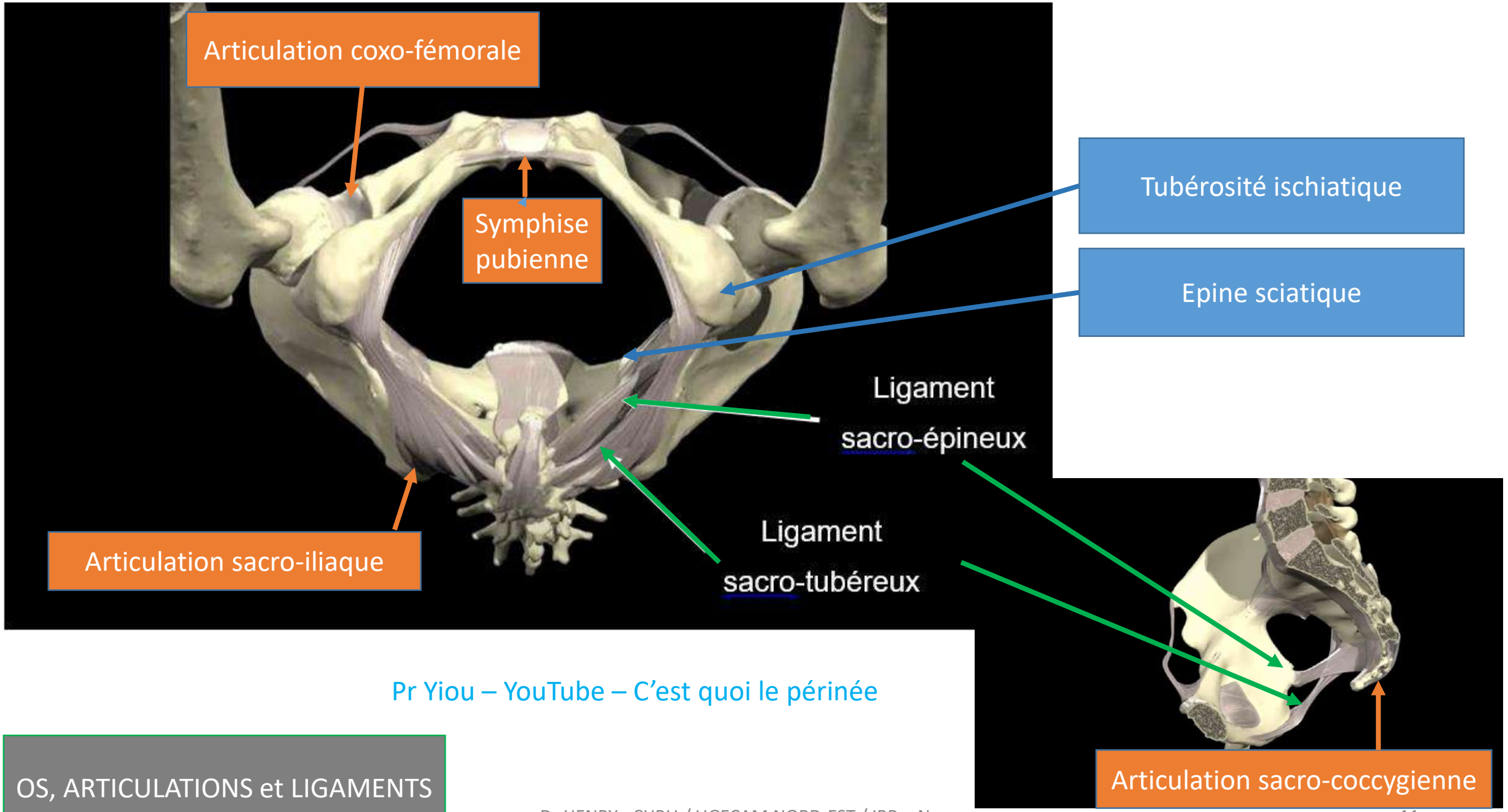
ORGANES ERECTILES

Pr Yiou – YouTube – C’est quoi le périnée

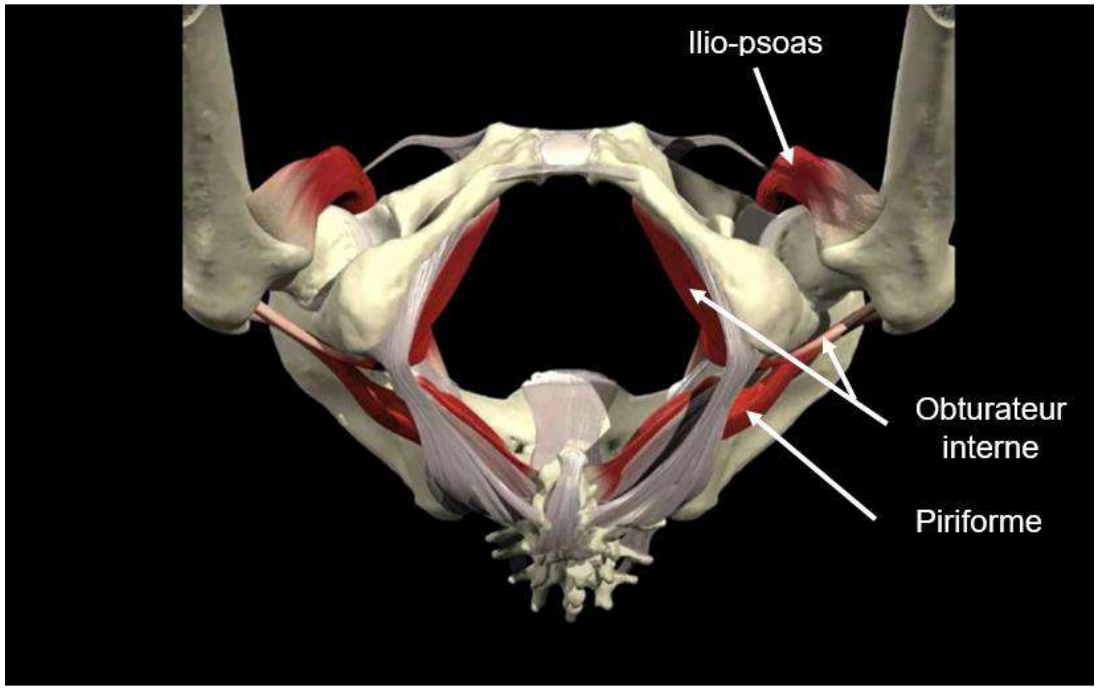


Expressions et traitements différents selon que le message nociceptif est issu d’
- en dessous : PÉRINÉE → innervation mixte (S-M-V) portée essentiellement par le nerf pudendal
- au dessus : PELVIS → innervation exclusivement végétative

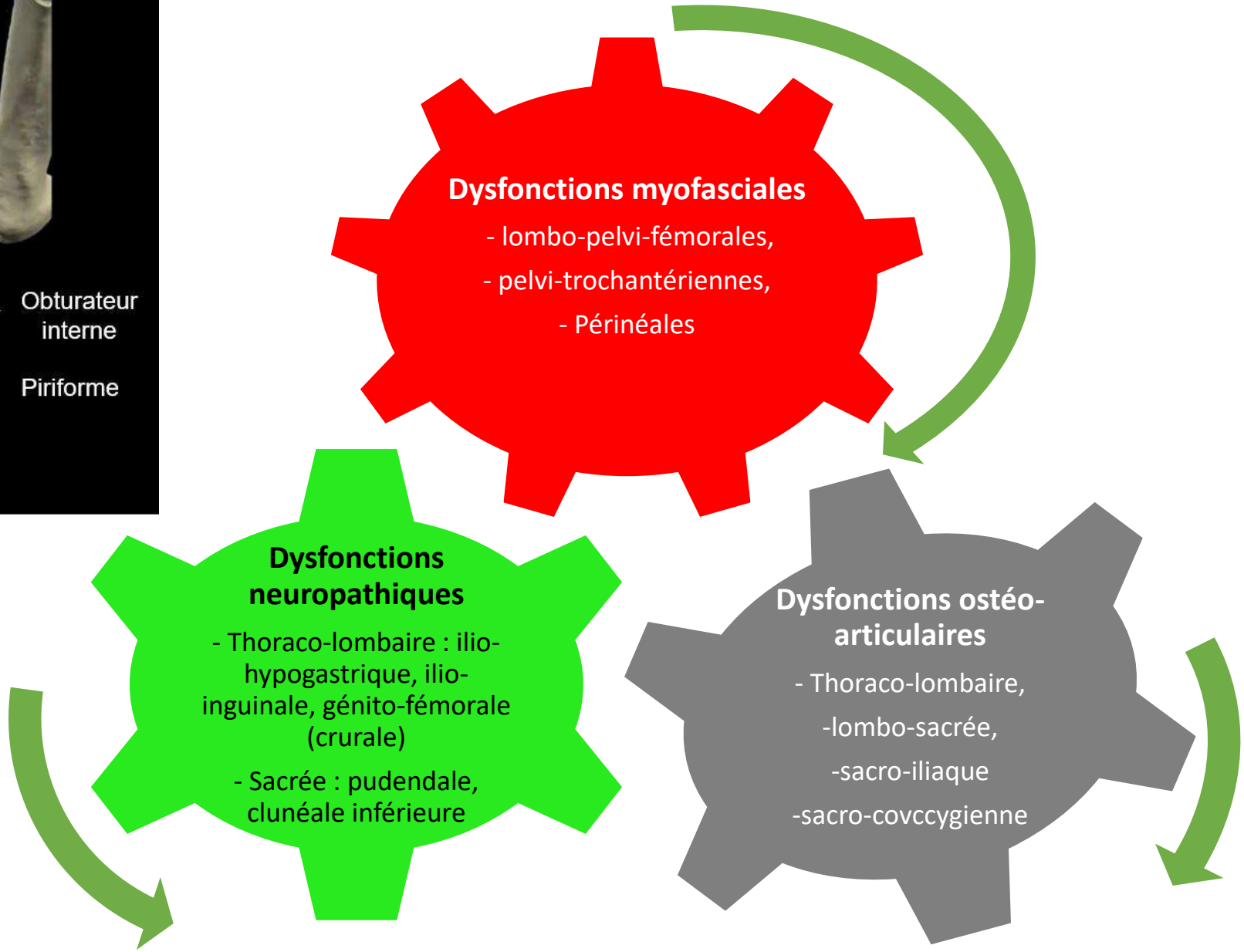
MUSCLES PERINEAUX



Pr Yiou – YouTube – C'est quoi le périnée



Anatomie Fonctionnelle Incidence Posturale

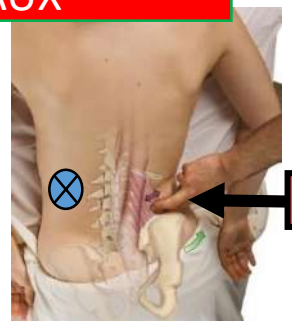


Georges Serratrice - EMC kinésithérapie Médecine Physique et de Réadaptation

S Iacázio [1], Un Foisy [2], Un Tessier [3], T Riant [4], S Ploteau [5], MA Perrouin-Verbe [5], J Rigaud [5], A Lévesque [5] Incidence des troubles posturaux chez les patients souffrant de douleurs pelvi-périnéales **chroniques. Progrès en urologie 2018 septembre, 28 (11) : 548-556**

TROUBLES FONCTIONNELS
MYOFASCIAUX
LOMBO-PELVI-FÉMORAUX

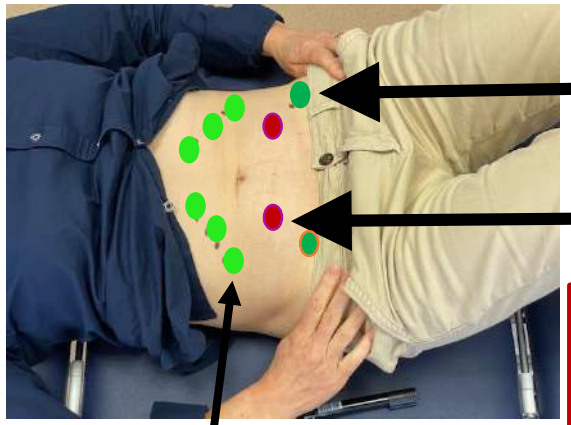
3 muscles :
CONTRACTURES
ET/OU
RÉTRACTIONS souvent asymétriques



Muscle CARRE DES LOMBES
- Douleur paralombaire (10 cmà horiz de L2) ⊗
- Projetée en sacro-iliaque et en bas de la fesse

D≠ : pathologies rachidienne, viscérale

Muscle Carré des lombes



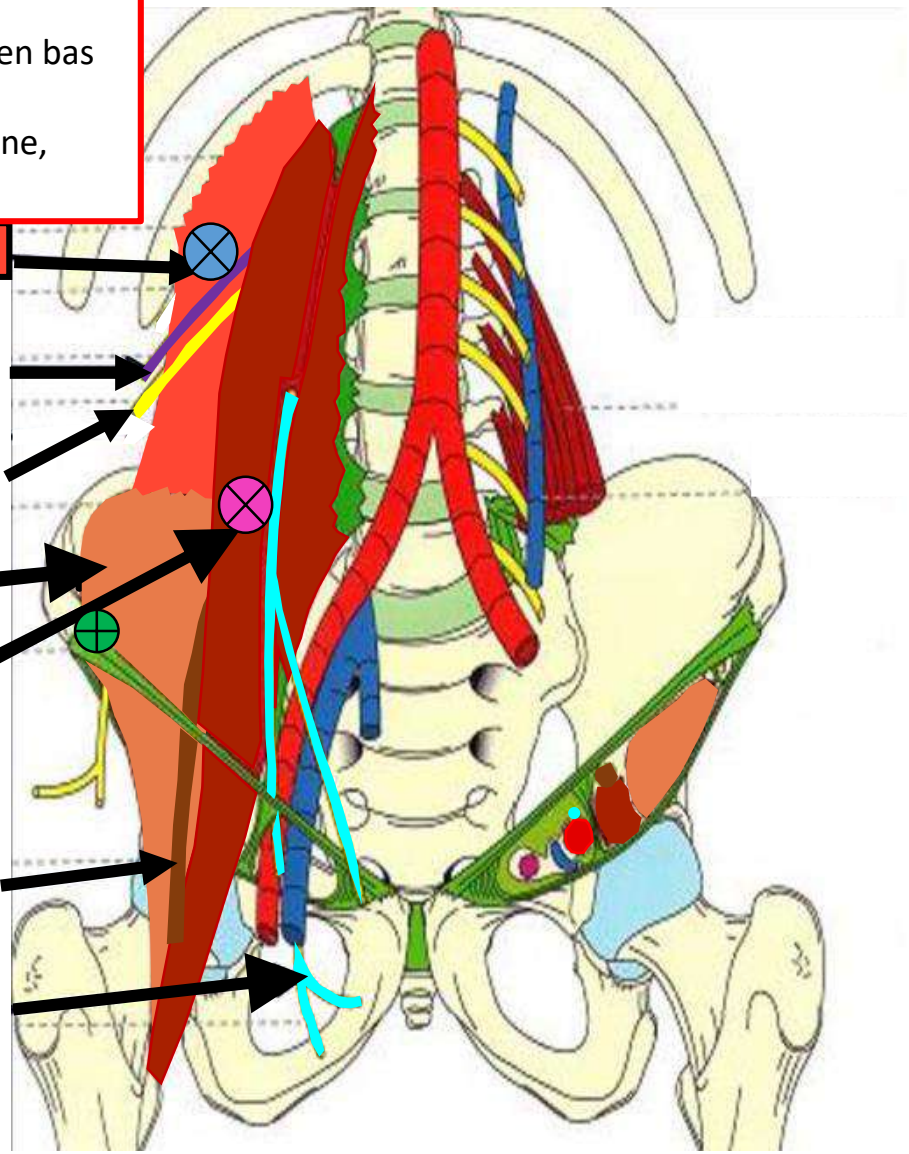
Muscle Iliaque

Muscle psoas

Et le DIAPHRAGME…
- Digestif : Hoquet, RGO, ballonnement
- Thoracique : Précordialgies Oppression

Muscle ILIO-PSOAS
Douleurs
- lombaire et inguinale ⊕
- Fosse iliaque et abdominale ⊗ entre nombril et EIAS,

majorée à sa contraction (en soulevant le talon)
D ≠ ovarienne, digestive



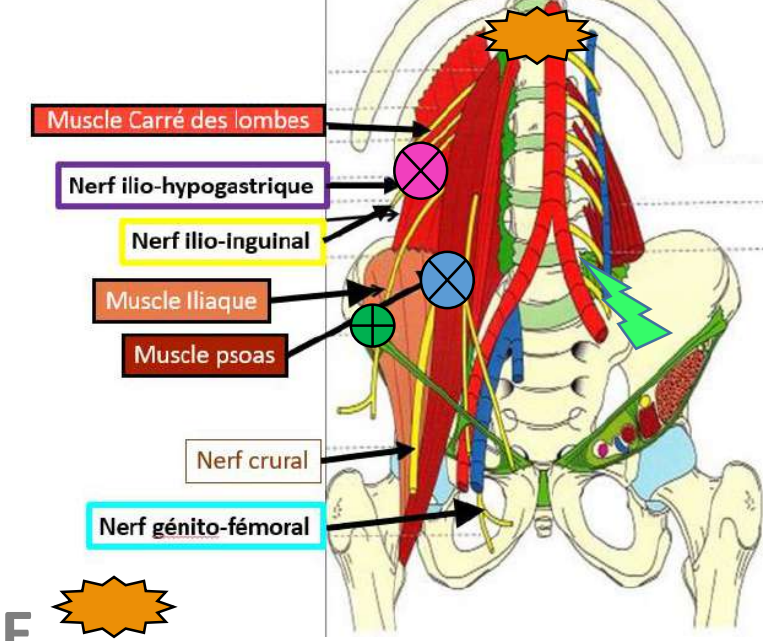
VUE AVANT : LOMBAIRES - BASSIN - HANCHES

TROUBLES FONCTIONNELS
OSTEO-ARTICULAIRES D'ORIGINE
LOMBO-PELVI-FÉMORALE

Contractures et/ou Rétractions LOMBO-PELVI-FÉMORALES →

CARRÉ DES LOMBES
PSOAS
ILIAQUE →

Conséquences ostéo-articulaires



DIM THORACO-LOMBAIRE

Locale : Articulaire postérieure T12-L1 unilatérale

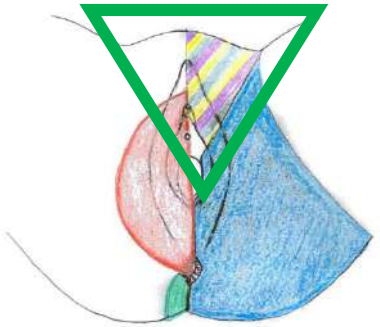
Projetée : Syndrome Cellulo-Téno-Myalgique (C. fessière, T péritrochantérienne, M : **P**+OI+RA donc CAUSE des contractures postérieures)

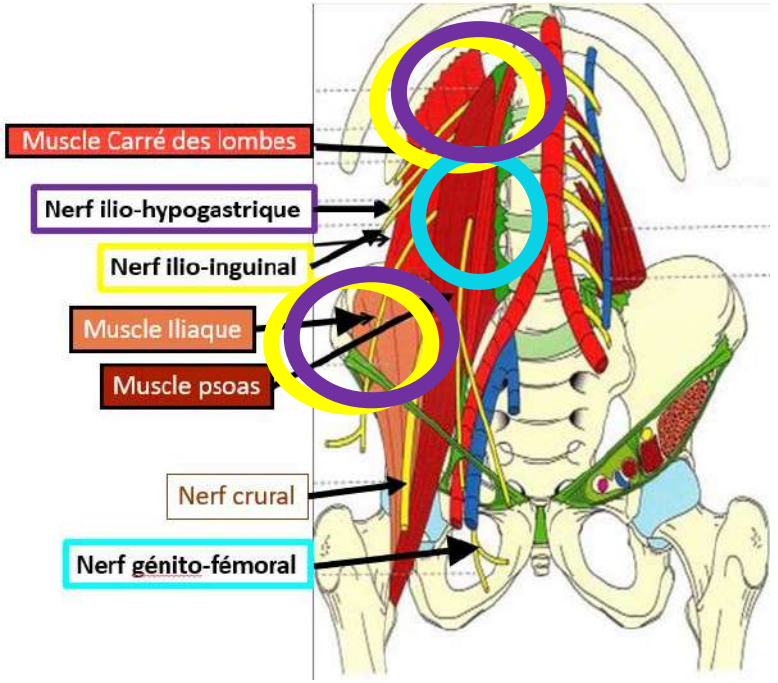
DYSFONCTION SACRO-ILIAQUE

Locale : articulaire, majorée en compression, homolatérale soulagée en distraction

Projetée : irradiation fessière et crurale postérieure

TROUBLES FONCTIONNELS
NEUROPATHIQUES PELVI-PÉRINÉAUX
D'ORIGINE THORACO-LOMBAIRE





- **Contractures et/ou Rétractions LOMBO-PELVI-FÉMORALES**

PINCES MUSCULAIRES

- CARRÉ DES LOMBES
- **PSOAS**
- ILIAQUE

- **Conséquences sur les nerfs d'origine thoraco-lombaire**

- ILIO-HYPOGASTRIQUE

Cellulalgie et Douleur sus-pubienne à réplétion, soulagée par miction

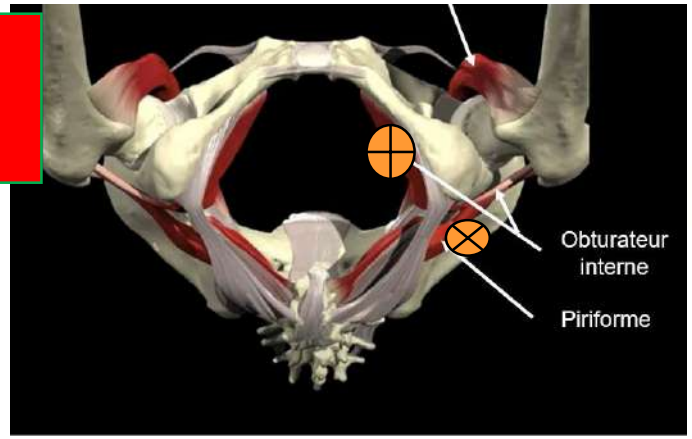
- ILIO-INGUINAL

Douleur clitorido-vulvaire antérieure (pseudo-orgasmique désagréable) ou scrotale et cellulalgie inguinale

- GÉNITO-FÉMORAL

Douleur vulvaire ou scrotale antérieure (G) + crurale supéro-interne avec cellulalgie (F)

TROUBLES FONCTIONNELS **MYOFASCIAUX** PELVI-TROCHANTERIENS



2 muscles :

-Piriforme

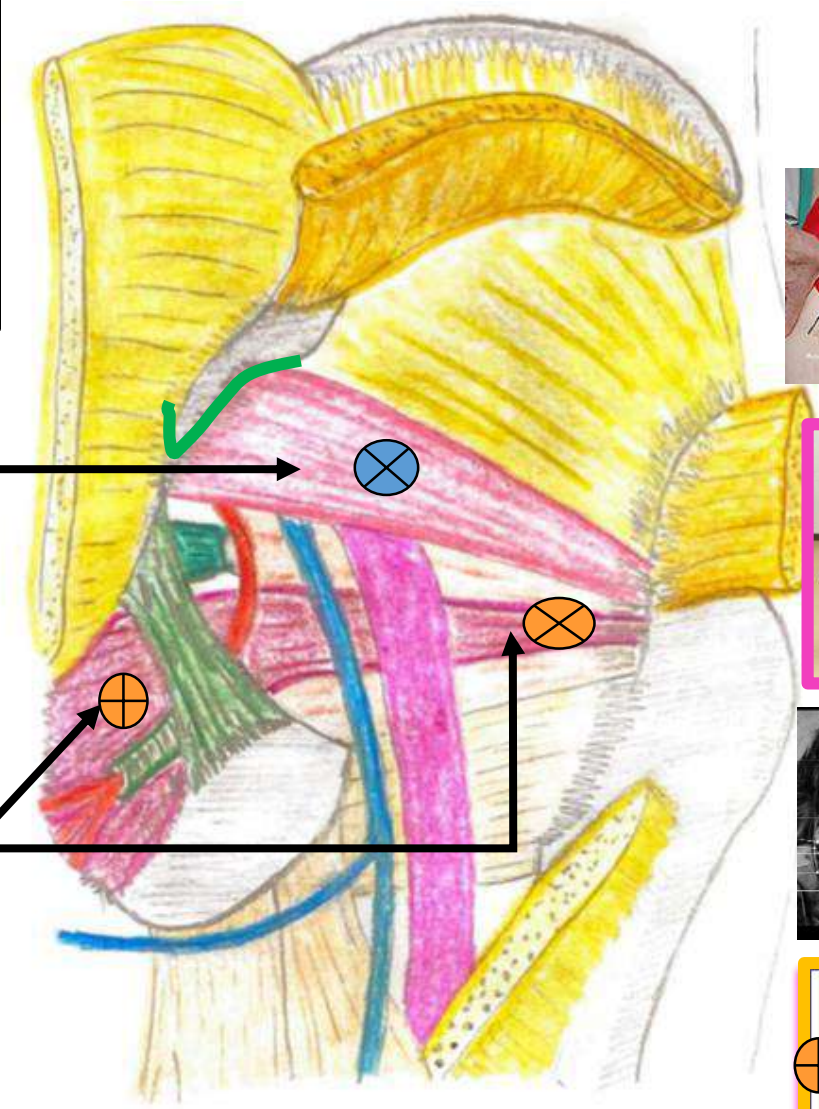
Muscle PIRIFORME (ou pyramidal)

- Douleur fessière irradiant à l'arrière de la cuisse
- Aggravée par sollicitation : marche, piétinement, soulèvement (sol, charges), ↗ escaliers,
- Aggravée par étirement : cuisses croisées

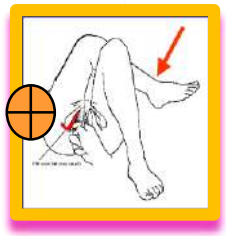
-Obturateur interne

Muscle OBTURATEUR INTERNE

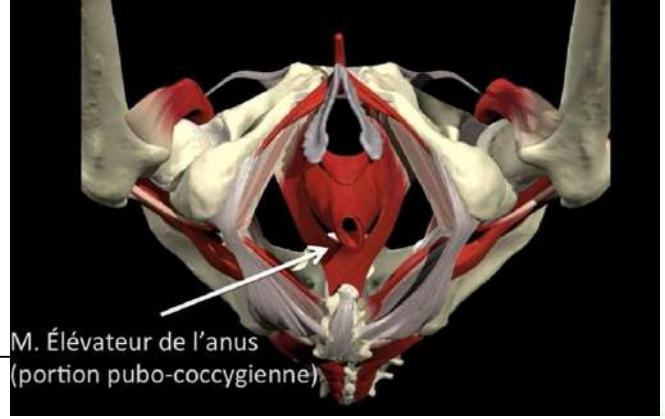
- Douleur fessière et du membre inférieur (chef extrapelvien)
- irradiant dans le périnée (chef endopelvien)
  +- projection en fosse iliaque
- Aggravée en position assise, surtout si croisement cuisse

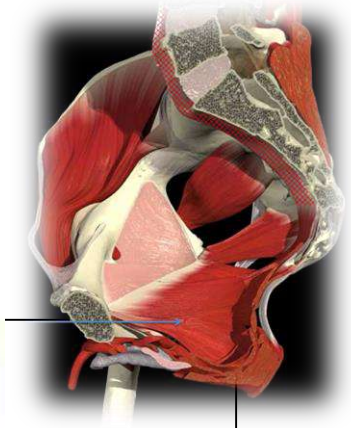


VUE POSTERIEURE DE FESSE DROITE

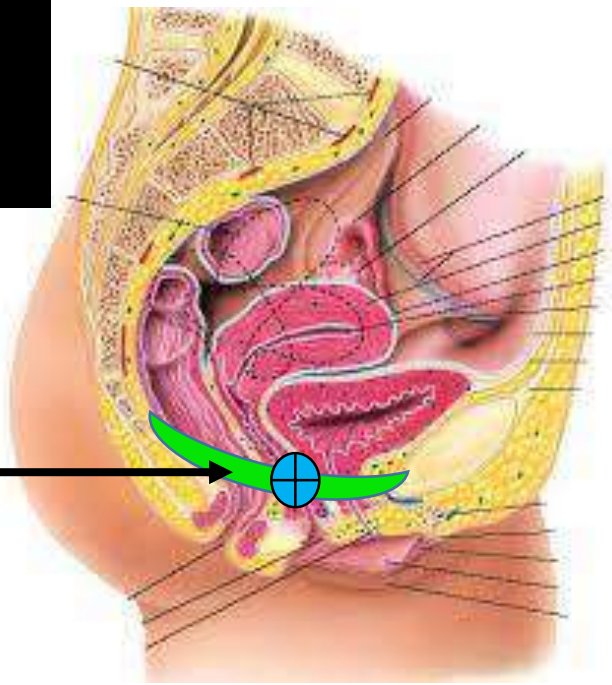


TROUBLES FONCTIONNELS
MYOFASCIAUX
PERINEAUX



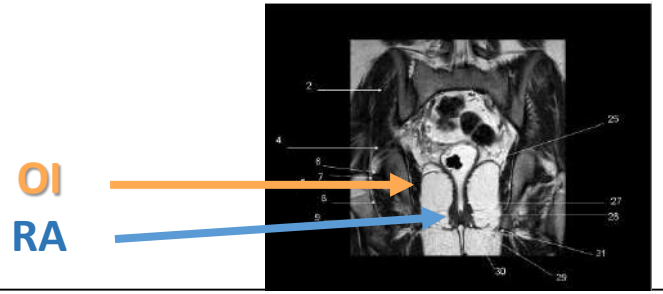


RELEVEUR ANUS



- Douleur ou pesanteur périnéale, dyschésie par fermeture de l'angle recto-anal, voire dysurie, Dysparéunie introïtale
- Douleur péri-coccygienne, endocavitaire latérale à l'entrée (anus, vagin : corde)
- Aggravée par la sollicitation musculaire (piétinement ++, relever position basse ou assise, port de charges)
- Soulagée par le décubitus

D≠ : pathologies sacro-coccygiennes



TROUBLES FONCTIONNELS
OSTEO-ARTICULAIRES D'ORIGINE
PELVI-TROCHANTERIENNE ET PERINEALE

- **Contractures et/ou rétractions** → **Conséquences ostéo-articulaires**
  - **Pelvi-trochantériens** → DYSFONCTION COXO-FÉMORALE
    - PIRIFORME
    - OBTURATEUR INTERNE

    Douleur inguinale, ↗ en Flexion, Rot° Int, Adduction

    DYSFONCTION SACRO-ILIAQUE

    DYSFONCTION PUBIENNE
  - **Périnéaux** →
    - **RELEVEUR ANUS**

    DYSFONCTION SACRO-COCCYGIENNE

CANAL SUPRA-PIRIFORME

Trolard (cluneal moyen)

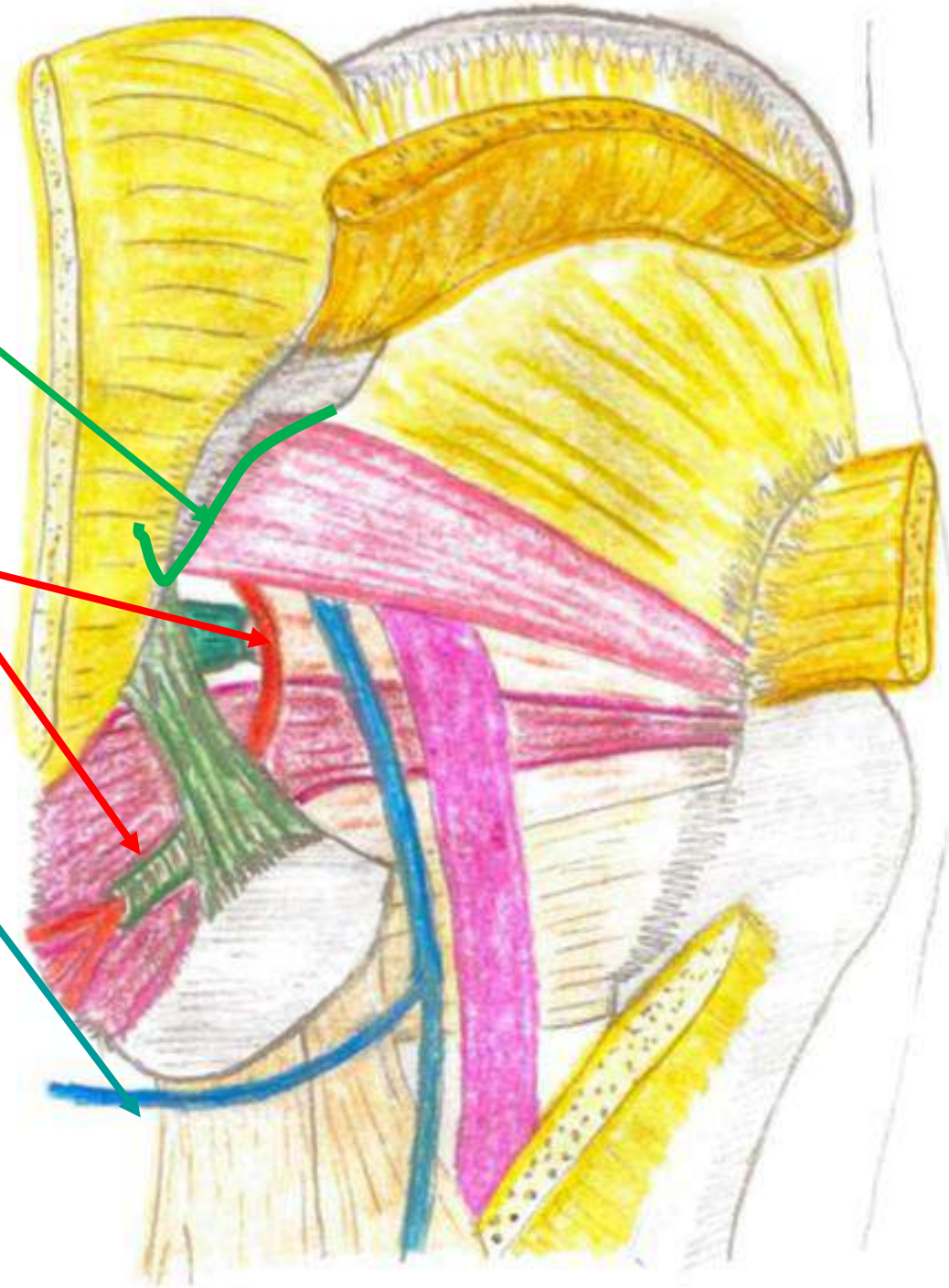
CANAL INFRA-PIRIFORME

Pudendal

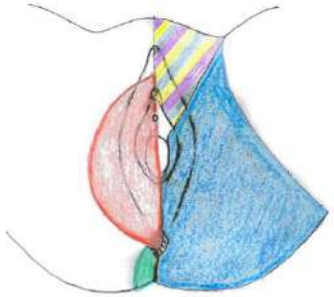
Clunéal inférieur

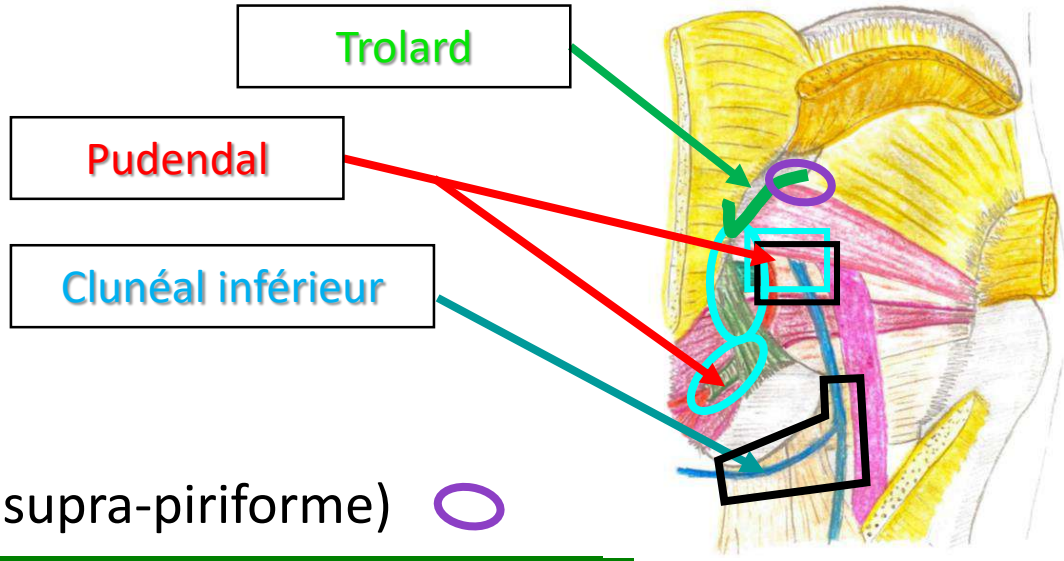
Cutané postérieur de cuisse

Sciatique



TROUBLES FONCTIONNELS **NEUROPATHIQUES** PELVI-PÉRINÉAUX D'ORIGINE PELVI-TROCHANTERIENNE ET PERINEALE





- **Contractures et/ou Rétractions Pelvi-trochantériens**
  - PIRIFORME
  - OBTURATEUR INTERNE
- **Périnéaux**
  - RELEVEUR DE L'ANUS

1 cas pour 6000 habitants en France

6 femmes/10

Age moyen de révélation : 57 ans

- **Conséquences sur les nerfs d'origine sacrée**
- Trolard (glutéal postérieur) S (canal supra-piriforme)

Douleur SUPERFICIELLE en regard du sacrum + Allodynie du pli interfessier

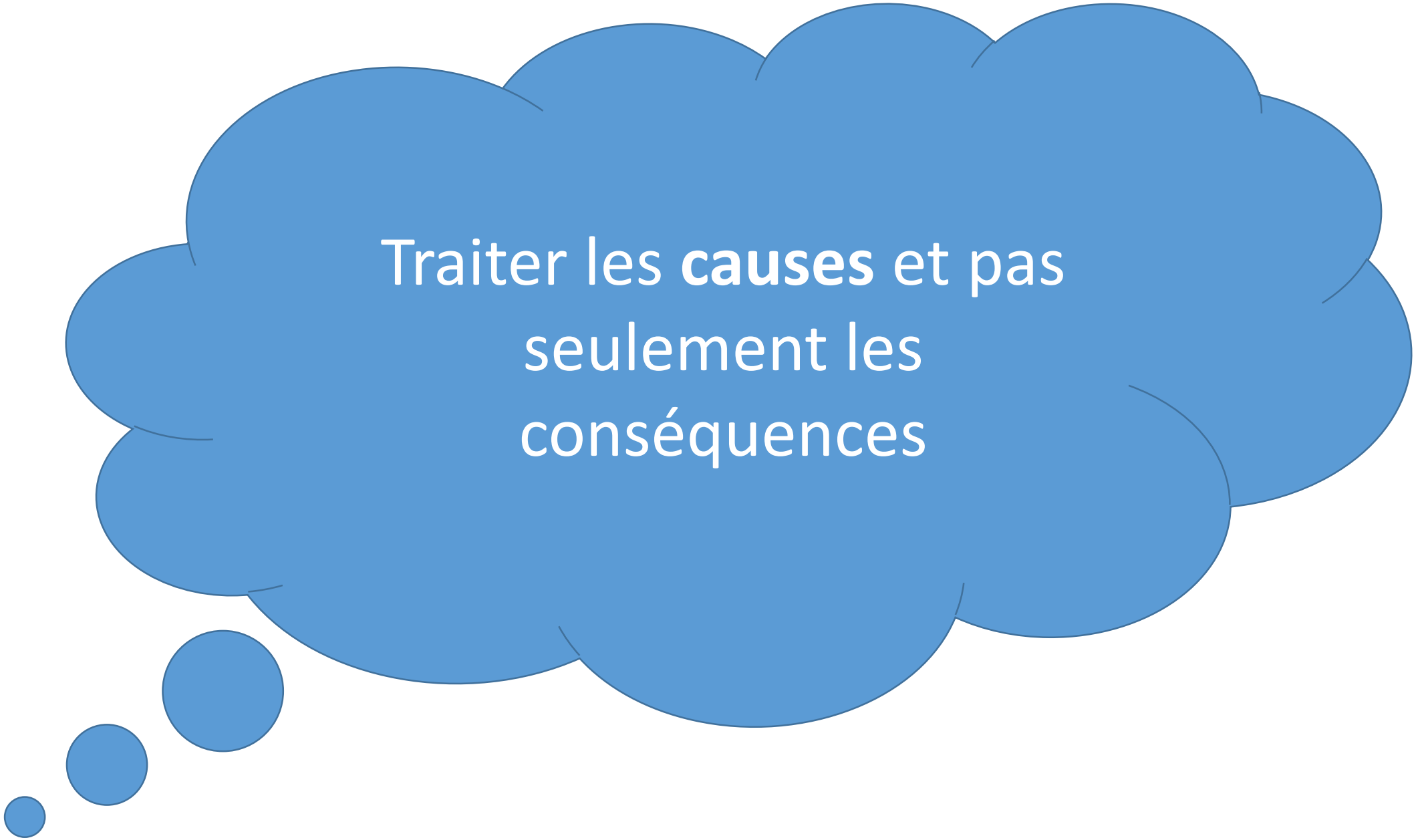
- Clunéal inférieur S (canal infrapiriforme, zones latéro ou sous-ischiatique)

Douleur SUPERFICIELLE sous-ischiatique sur siège DUR (perception béton, carton, caillou, clou), majorée à la pression, irradiant AUTOUR de l'anus (~~intérieur~~), vers la vulve ou le scrotum POSTERIEUR. Bloc diagnostique ANESTHESIQUE en période douloureuse par infiltration sous-ischiatique

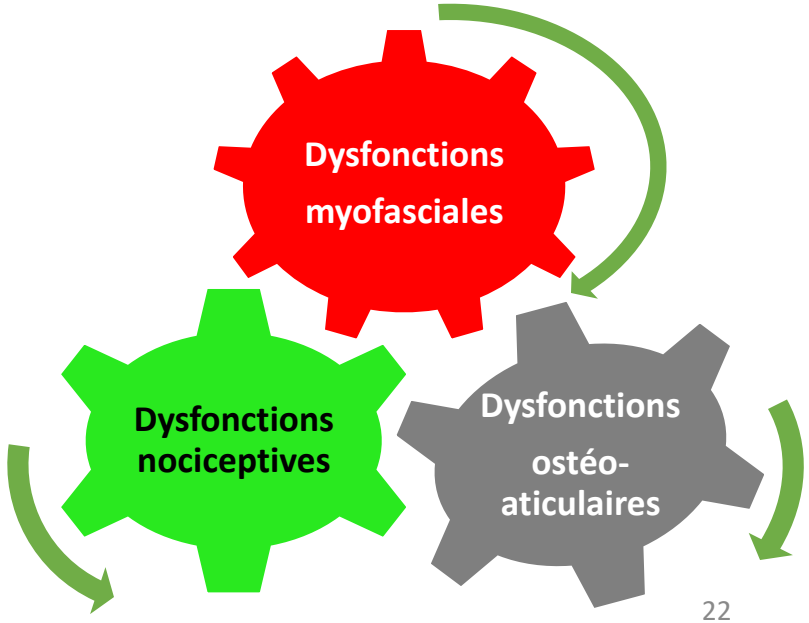
- Pudendal S,M,V (Canaux infrapiriforme ou d'Alcock, pince ligamentaire)

Douleur périnéale PROFONDE sur siège MOU avec signes VÉSICO-SPHINCTÉRIENS, GÉNITO-SEXUELS, ANO-RECTAUX. Intensification de la douleur durant la journée, non insomniante. Prédominance d'un côté. Intensification après défécation, rapport sexuel **Douleur intense à la pression de l'épine sciatique et du canal d'Alcock** Bloc diagnostique ANESTHESIQUE en période douloureuse par infiltration péri-pudendale. Sensibilité normale du périnée (sinon EMG)

Signes sympathiques (Sensation de CORPS ÉTRANGER endocavitaire (vagin ou rectum, voir noyau fibreux central du périnée), variation vasculaire


Traiter les **causes** et pas seulement les conséquences

CONNAITRE LA PHYSIOPATHOLOGIE DES NEVRALGIES D'ORIGINE SACREE POUR MIEUX LES TRAITER



Névralgies périnéales d'origine sacrée

MESURES PROPHYLACTIQUES en 1ère INTENTION

Station assise < 30 min avec Alternance postures
Chevalier servant
Sport adapté (~~vélo~~)
Laxatif de lest
+Tabouret sous pieds aux WC

Assise évidée (bouée pour NP, Bonmédico gel hémorroïdes si NCI ± NP avec creux sous ischion). **Rapport sexuel adapté** peu profond avec anneau réducteur de pénis. **Pas de croisement des cuisses** (oreiller nocturne).
Sport sans sollicitation pelvi-trochantérienne (~~vélo, vélo elliptique, boxe, brasse, palmes~~)

Sports sans impact (~~course, tennis, boxe~~), **sans vibration** (~~vélo, moto, équitation~~)
Pause régulière en véhicule

ETIREMENT
Flexion de hanches, Poussées pour déféquer, uriner, accoucher

COMPRESSION
Appui externe ou interne
Contractures et/ou étirements musculaires

MICROTRAUMATISMES
Sports
Travail

TRAUMATISME
Chute, chirurgie…

VARIATION ANATOMIQUE
Nerfs pris dans ligament(s)

NEUROLYSES

Nerfs coulissant moins bien dans leurs zones de passage, moins bien vascularisés

MESURE CURATIVE en 2° intention

Névralgies périnéales d'origine sacrée

NEUROLYSES

MESURES DE SOULAGEMENT en 1ère INTENTION

PAUSE PAPILLON
le soir (± en journée si douleur précoce)
Avec chaleur sous le dos et fesses, froid sur périnée,
Respiration abdo-périnéale

Sinon :

TECHNIQUE MONOBLOC LATERAL

CHEVALIER SERVANT

Assis ↔ Couché

KINE, OSTÉOPATHIE et AUTOREEDUCATION

<u>DECONTRACTION MUSCULAIRE</u>

Technique de Jones

90'' sur point musculaire douloureux avec doigts (psoas, iliaque, diaphragme durant pause papillon)

ou balles hérissons (debout contre un mur sur CDL puis piriforme)

<u>ASSOUPLISSEMENT</u>

Psoas

CDL

Piriforme

A SEC
30 min Marche /j
± Nordique

DANS L'EAU

<u>NAGE</u>
Crawl ou dos
Sans palme

<u>ENDURANCE</u>

Aquajogging

<u>EQUILIBRE</u>
Assis sur planche
Statique puis dynamique

Quand EXPRESSION des douleurs (allodynie, hyperpathie) symptômes, DISPROPORTIONNÉE

= Mécanismes défaillants du contrôle de la douleur par le SNC

QUESTIONNAIRE D'HYPERSENSIBILI-SATION PELVIENNE

Traitement local insuffisant
→ ACTION CÉRÉBRALE

Hyperalgésie primaire

Hyperalgésie secondaire

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX DOULEURS PELVI-PERINEALES CHRONIQUES D'ORIGINE FONCTIONNELLE – Dr HENRY

HYPERSENSIBILISATION PELVIENNE si score ≥ 5/10

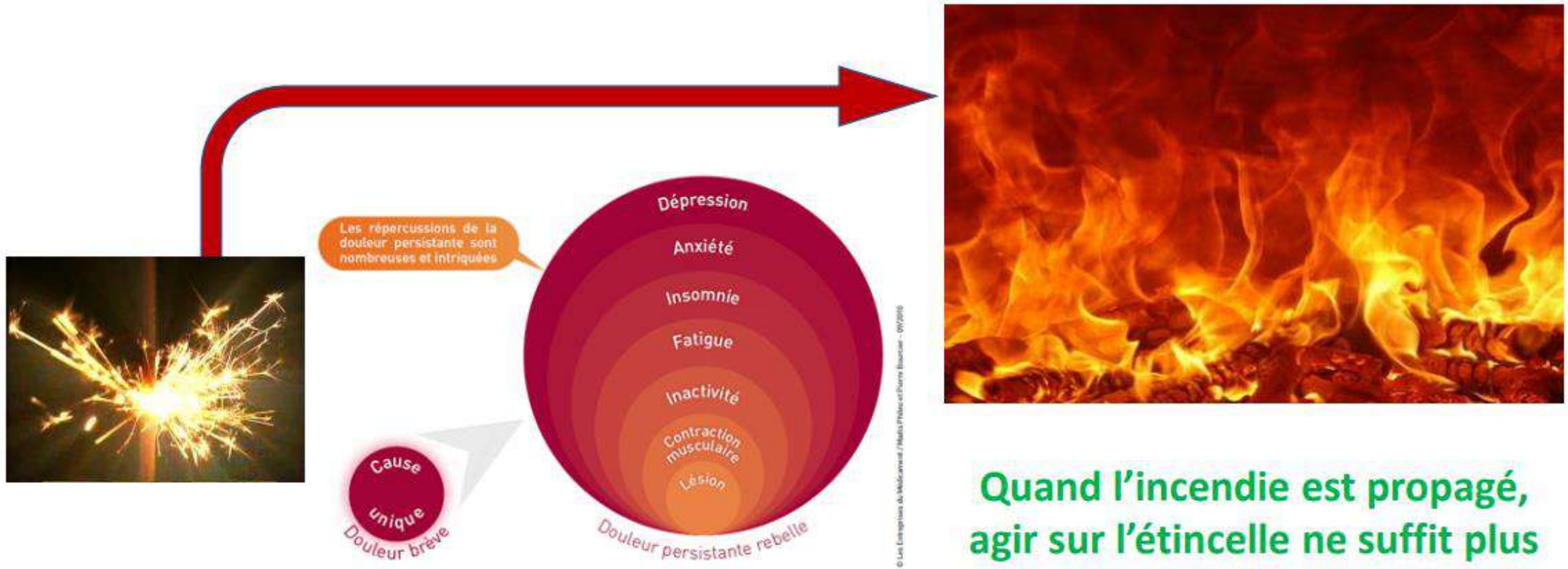
	Sphère urinaire basse	Sphère génito-sexuelle	Sphère digestive basse	Sphère cutanéo-muqueuse	Sphère musculaire	SCORES
Abaissement des seuils	Douleurs influencées lorsque la vessie est remplie et/ou quand vous urinez	Douleurs influencées lors de l'activité sexuelle	Douleurs influencées lors de la distension et/ ou la vidange rectale (selles, gaz)	Allodynie pelvipérinéale (geste ou matériel non toléré dans le vagin ou le rectum, intolérance au (sous)vêtements serrés)	Présences de points musculaires douloureux fessiers (piriforme, obturateurs internes, élévateurs de l'anus)	/5
Diffusion temporelle	Douleurs post-mictionnelles	Douleurs persistantes après l'activité sexuelle	Douleurs post-défécatoires			/3
Variabilité des symptômes	Variabilité de la douleur en intensité (évolution par périodes, évolution en dents de scie) et/ou en localisation					/1
Comorbidités	Douleurs dysfonctionnelles (migraine, fibromyalgie, intestin irritable) et/ou syndrome de fatigue chronique et/ou syndrome de stress post-traumatique					/1
Score total de sensibilisation pelvienne						/10

TRAITEMENT = augmenter taux circulant d'endorphines (morphine naturelle)		
Gestion psycho-corporelle : cohérence cardiaque, relaxation, hypnose, sophrologie… sur application internet ou chez spécialistes	Traitement antidépresseurs (Imipraminiques ou IRSNA) ou antiépileptiques (Rivotril [neurologue]ou GABAergiques) A voir avec votre généraliste	Médecines alternatives

Levesque A, Riant T, Ploteau S, Rigaud J, Labat JJ, for CPPN. 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

Hypersensibilisation douloureuse périphérique puis centrale

Embrasement des mécanismes centraux de contrôle de la douleur



François BOURREAU - Contrôlez votre douleur. Editions Payot

Physiopathologie de la douleur pelvi-périnéale = Tryptique de la douleur

MECANISMES PHYSIOLOGIQUES
ASPECT LESIONNEL

NEVRALGIE
INFLAMMATION

SNA

Hypersensibilisation douloureuse périphérique

Particularités des organes viscéraux : ↗ phénomènes hypersensibilisation

- Sur viscères, fibres Aα Aβ inhibitrices << fibres Aδ, C vectrices message nociceptif
- Mécanismes géniques : exemple endométriose
- Mécanismes neuropathiques → activation voie NMDA
- Système nerveux autonome
- Immobilité organique : ↗ phénomène inflammatoire
- Rôle des hormones : différences ♂ / ♀ (nociception/SNA/Cortex)

1. Labat J-J. et AL. « Approche globale des douleurs pelvi-périnéales chroniques » Prog Urol. 2010 ; 20, 12 : 1027-1034
2. Barcellos de Sousa J. et Al. « Portrait de la douleur chronique au Canada : les femmes souffrent-elles plus que les hommes ? » Douleur et Analgésie. 2009 ; 22, 3 : 134-139
3. Jaunin-Stalder N., Mazzocato C. « Hommes, Femmes : sommes-nous tous égaux face à la douleur ? » Revue Médicale Suisse. 2012 ; 8 : 1470-1473.
4. Tousignant-Laftamme « Une revue sur les différences entre les hommes et les femmes au niveau de la réactivité autonomique à la douleur » Douleur et Analgésie, 2009, 22, 3, p. 152-156
5. Gaummond I. « Hormones sexuelles et mécanismes endogènes de modulation de la douleur » Douleur et Analgésie; 2009;22, 3, p.146-151.

Physiopathologie de la douleur pelvi-périnéale = Tryptique de la douleur

MECANISMES PHYSIOLOGIQUES
ASPECT LESIONNEL

IMMOBILITE et DYSFONCTION
TISSULAIRE et ARTICULAIRE

NEVRALGIE
INFLAMMATION

SNA

PERTE MOBILITE TISSULAIRE
(musculaire, dysurie, dysparéunie, TFI, ostéo-artic)

Physiopathologie de la douleur pelvi-périnéale = Tryptique de la douleur

MECANISMES PHYSIOLOGIQUES
ASPECT LESIONNEL

⊕

IMMOBILITE et DYSFONCTION
TISSULAIRE et ARTICULAIRE

⊕

CORTEX et CERVEAU
(SENSIBILISATION, EMOTIONS…)

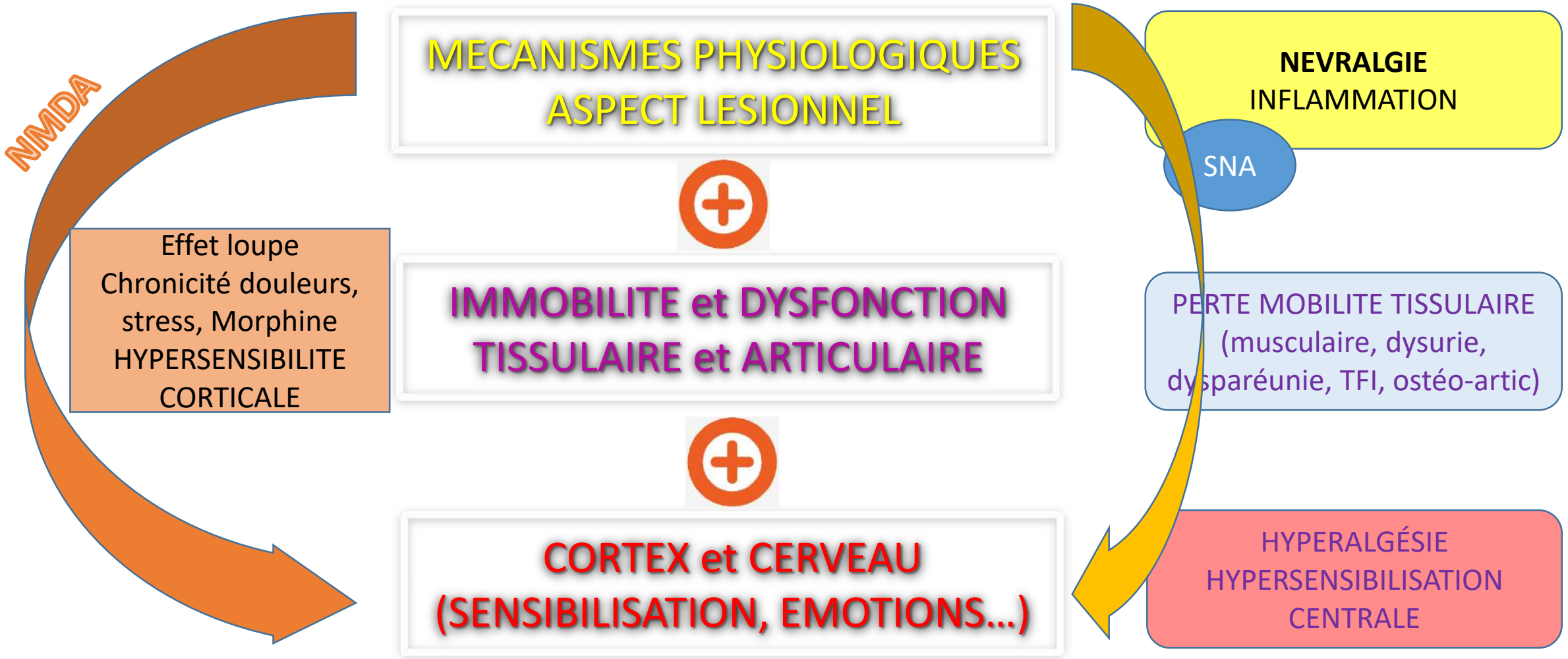
NEVRALGIE
INFLAMMATION

SNA

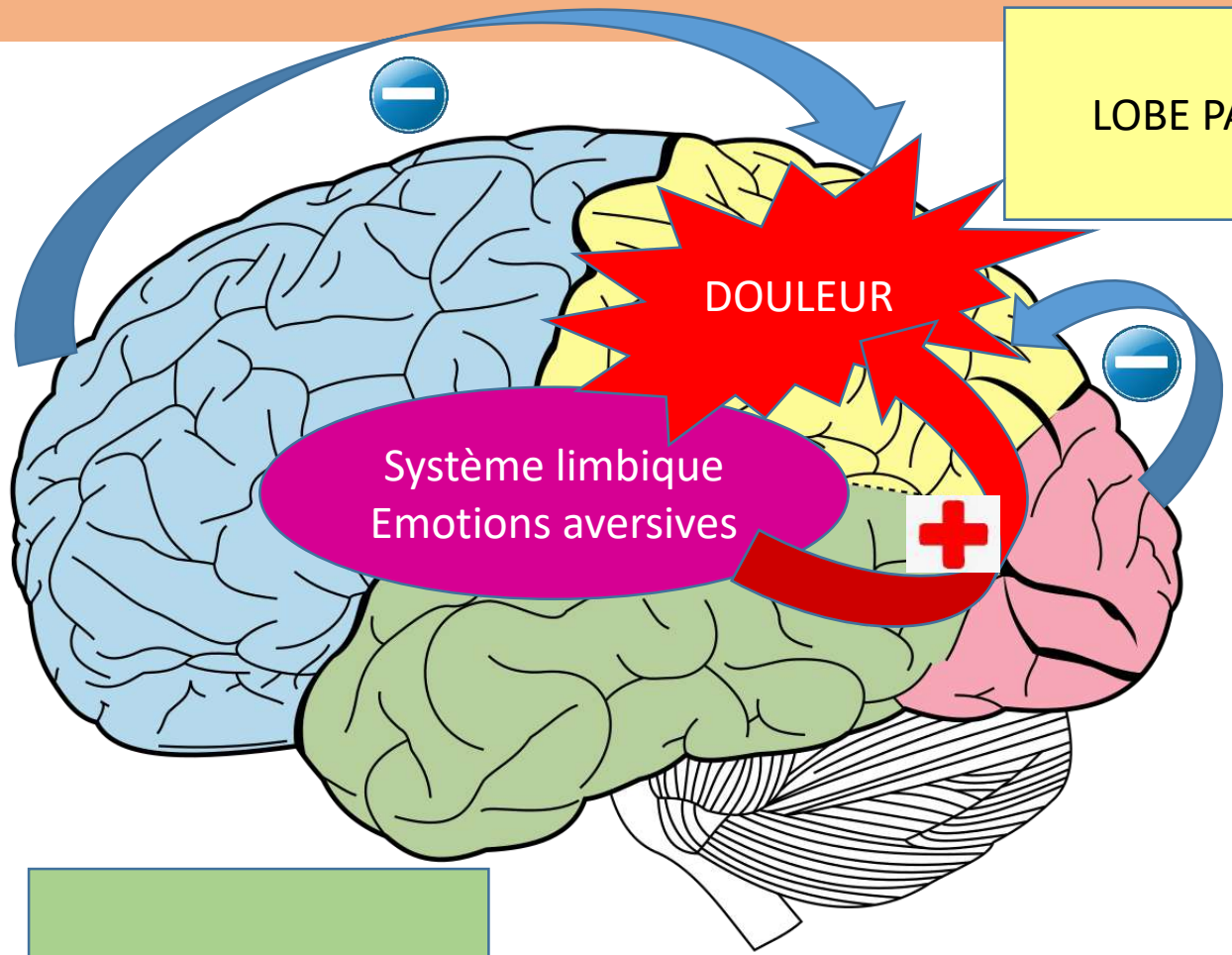
PERTE MOBILITE TISSULAIRE
(musculaire, dysurie,
dysparéunie, TFI, ostéo-artic)

HYPERALGÉSIE
HYPERSENSIBILISATION
CENTRALE

Physiopathologie de la douleur pelvi-périnéale = Tryptique de la douleur



Hypersensibilisation douloureuse centrale



LOBE PARIÉTAL

LOBE FRONTAL
Mémoire,
Apprentissage

LOBE OCCIPITAL
Visuel, Auditif

LOBE TEMPORAL

Tryptique de la douleur pelvi-périnéale
Approches thérapeutiques

Traitement aigu : Acupan, Paracétamol (AINS, Opioïdes durant règles)
Traitement de fond : Antalgique neurotrope, Pilule, Kétamine

MECANISMES PHYSIOLOGIQUES
ASPECT LESIONNEL

NEVRALGIE
INFLAMMATION

SNA

TENS

Kinésithérapie Ostéopathie, Fasciathérapie, Acupuncture, Posturologues, Sport (yoga, qi gong, tai chi, pilates)

IMMOBILITE et DYSFONCTION
TISSULAIRE et ARTICULAIRE

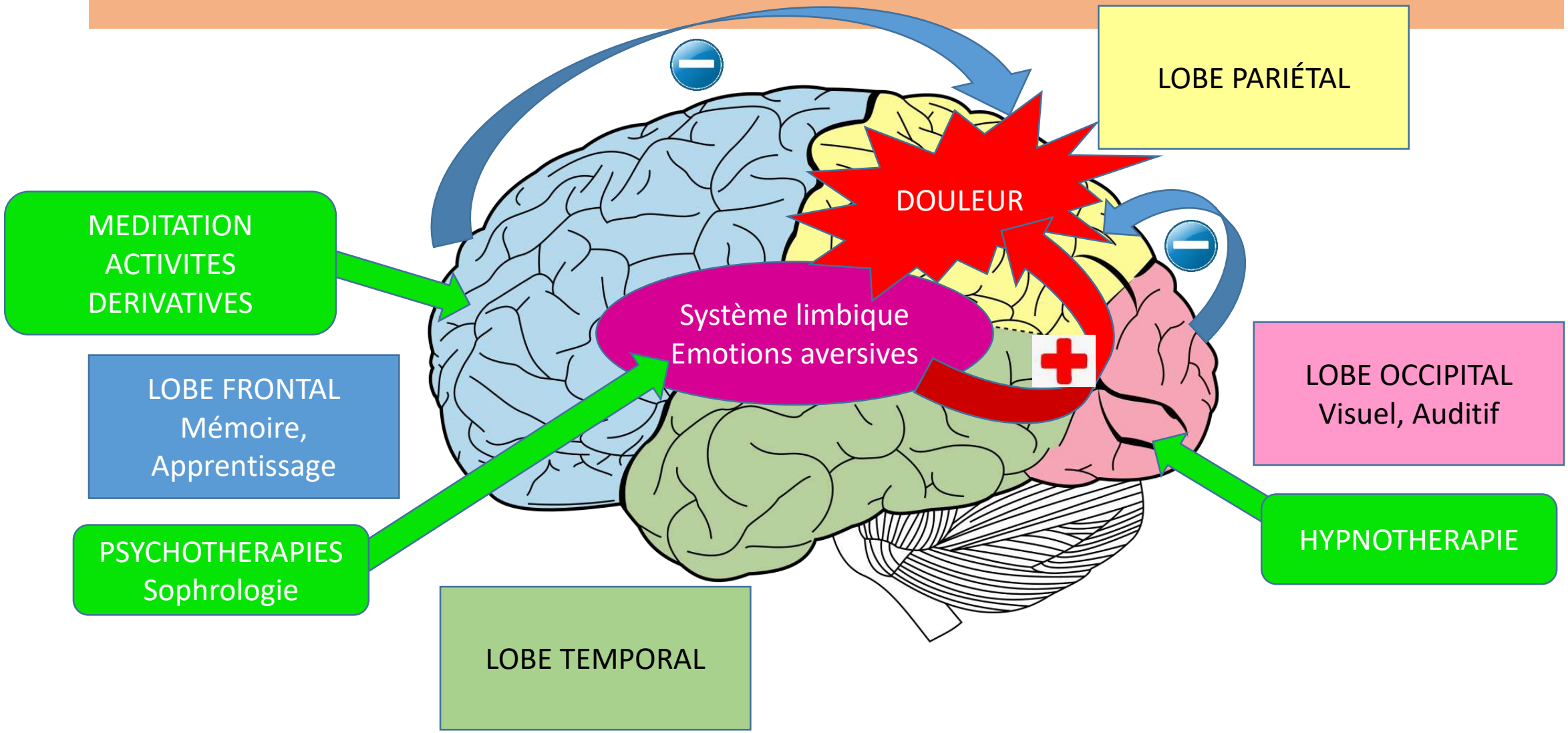
PERTE MOBILITE TISSULAIRE (musculaire, dysurie, TFI, ostéo-artic)

Activités dérivatives, Méditation (F), Hypnose (O), Sophrologie Psychothérapies (L)

CORTEX et CERVEAU
(SENSIBILISATION, EMOTIONS…)

HYPERALGÉSIE
HYPERSENSIBILISATION CENTRALE

Hypersensibilisation douloureuse centrale

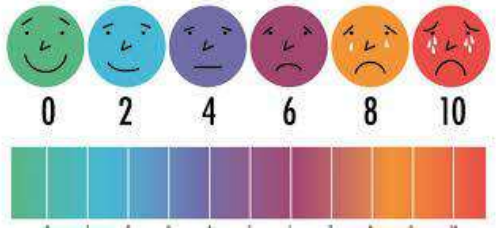


Donner au patient les outils d’aller mieux

Dr Henry - CHRU/Ugecam IRR - Nancy

Un parcours de soins

Diagnostic de DPPC fonctionnelles en consultation médicale



- ✓ Comprendre les symptômes et leurs mécanismes. Restaurer une cohérence discursive (avis médicaux, forum internet)
- ✓ Fixer des objectifs communs réalistes ~~Guérison~~, Amélioration Qualité Vie
- ✓ Premières prescriptions de soins (kiné, ostéo +- posturologues)
- ✓ Livret de conseils préventifs et curatifs à appliquer

Education à la santé via une HJ en groupe de 6-8 patients

Questionnaire d'autoévaluation du changement à l'aide des explications ,du livret

- ✓ Rappel des conseils
- ✓ Séance de kinésithérapie (postures, massages, étirements, mouvements)
- ✓ Séance de relaxation (respiration, auto-massages, abord de l'auto-hypnose)
- ✓ Consultation médicale

DÉVELOPPER LES CAPACITÉS du patient à améliorer sa santé
VALORISER son rôle dans cette stratégie

Consultations de suivi **(traiter les causes puis gérer les séquelles)**

- ✓ Effet de la conduite de changement et des soins (auto-questionnaire)
- ✓ +- Réinduction des soins
- ✓ +- Traitements de 2nde ligne

Travail TRANSdisciplinaire

-**Communication entre les acteurs** (patient inclus) → **Effet synergique** plutôt qu'additif, organisé par un acteur de terrain

-**Implication active du patient dans sa conduite de changement, après avoir valider ses doléances**

-Cs multidisciplinaires - Réseaux car on ne sait pas tout faire - Associations de patients

Patient Responsable dans ses soins, Pas responsable de sa pathologie

Education à la santé :
Des expériences concrètes

- **Ecoute de la respiration** en début de séance (→ Respirelax ®)

- **Auto-massage du dos** en milieu et fin de séance (balle hérisson, étoile de massage)

Changement de posture

Conscience de tout le corps pour se décentrer de la zone douloureuse

Retrouver le corps en mouvement : Séance kiné d'apprentissage d'autorééducation

➢ **Redonner de la fluidité**

La douleur crée la rigidité corporelle et inversement

➢ **Explorer les possibles**

Expérimenter des mouvements doux et lents, en pleine conscience

➢ **Etre à l'écoute de soi**

de la sensation douloureuse mais aussi non douloureuse

de la contraction et surtout décontraction musculaire

Proposer des questionnements

- Ouvrir un questionnement

  DOULEUR PHYSIQUE ≠

  SOUFFRANCE PSYCHIQUE

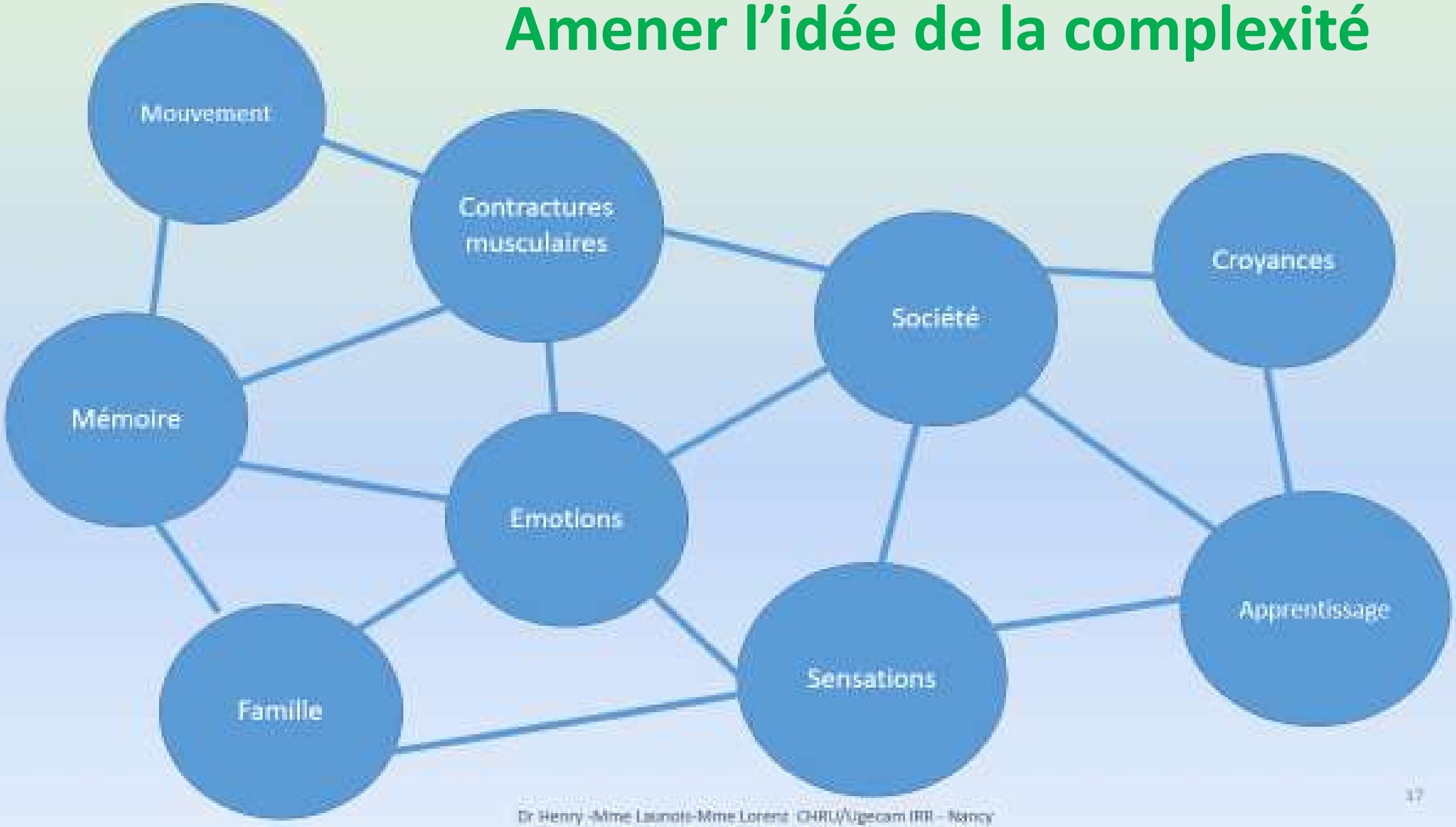
↓

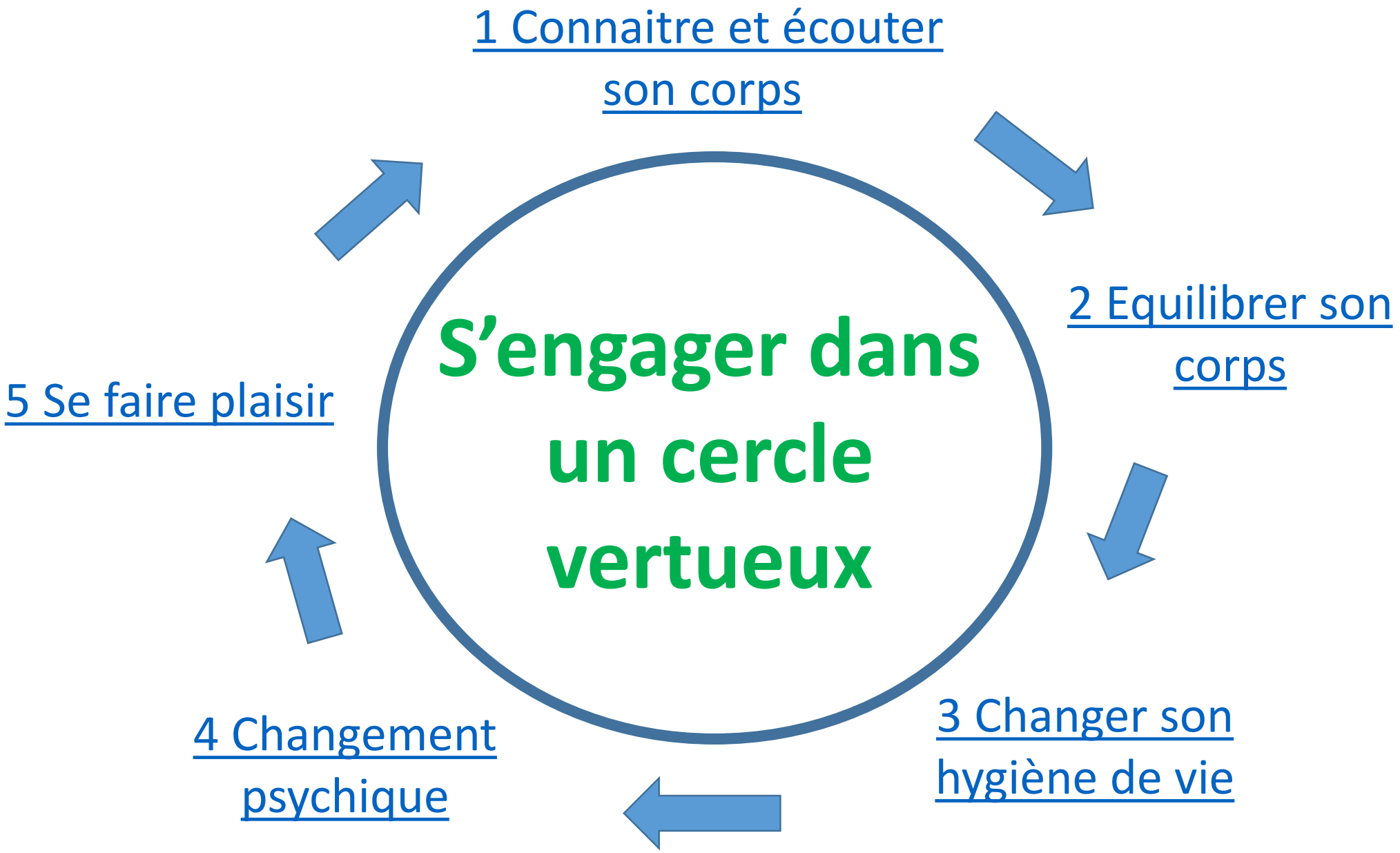
Première externalisation proposée

Souffrance psychique

Douleur physique

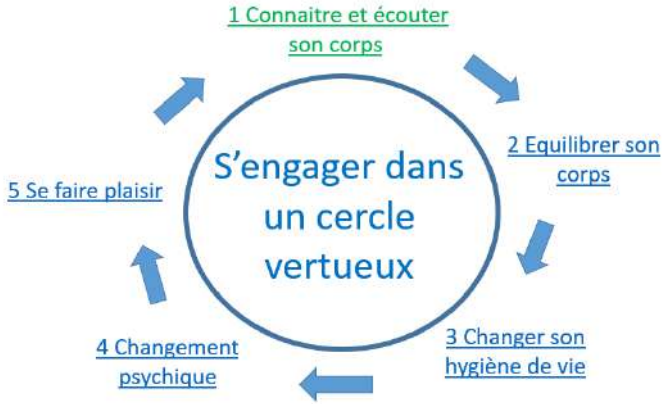
Amener l'idée de la complexité



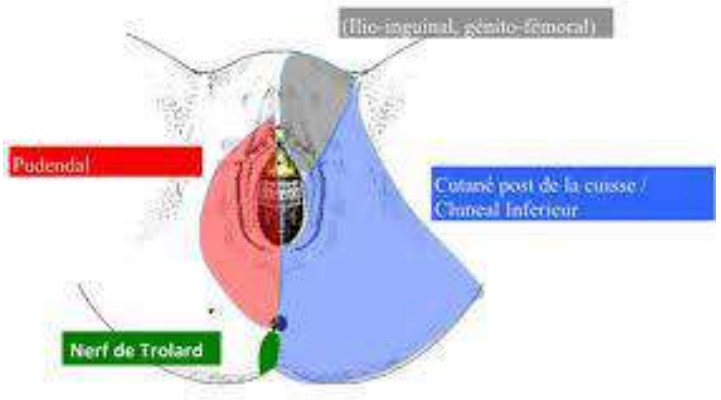

1 Connaitre et écouter son corps
2 Equilibrer son corps
3 Changer son hygiène de vie
4 Changement psychique
5 Se faire plaisir
S'engager dans un cercle vertueux

1 Connaitre et écouter son corps

Pinces muscles et ligaments, contre os

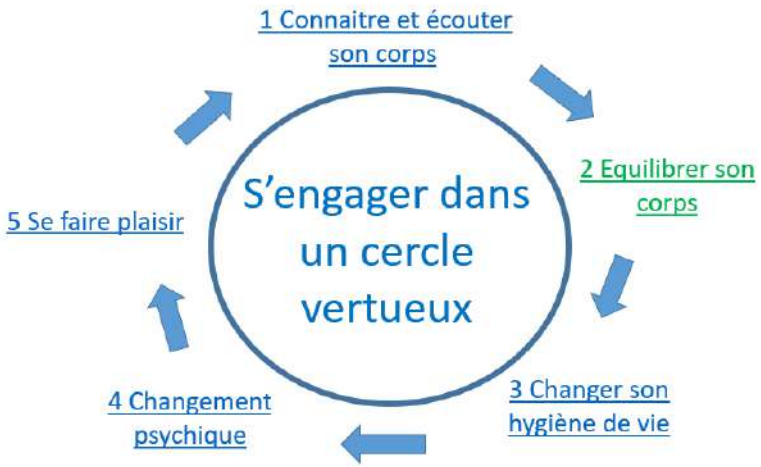


Et dont il faut avoir conscience pour pouvoir relâcher

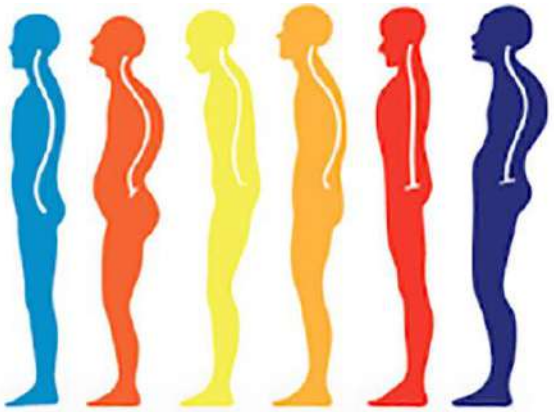


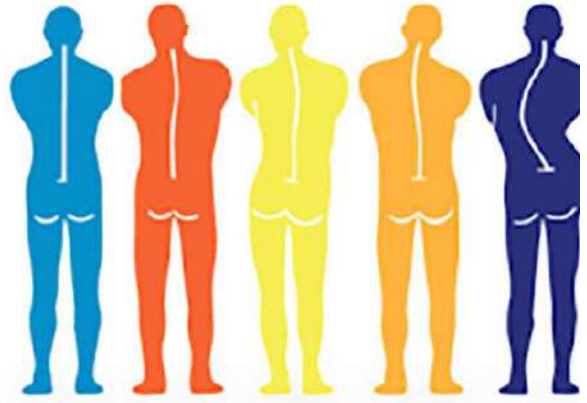
Quel(s) nerf(s) souffre(nt) ?
Quel(s) muscle(s) soulager ?

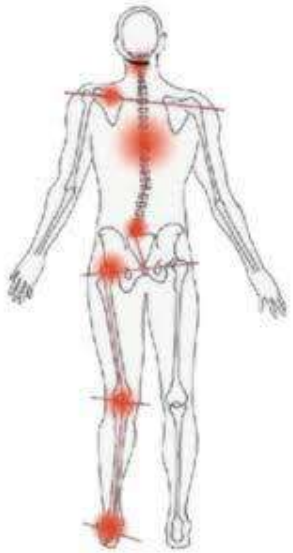
2 Equilibrer son corps

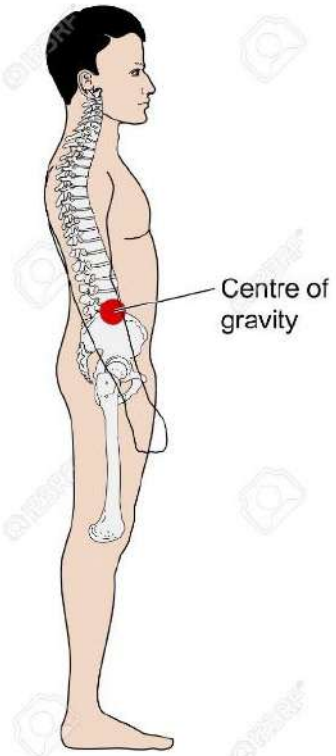


Réaliser le déséquilibre postural pour le corriger







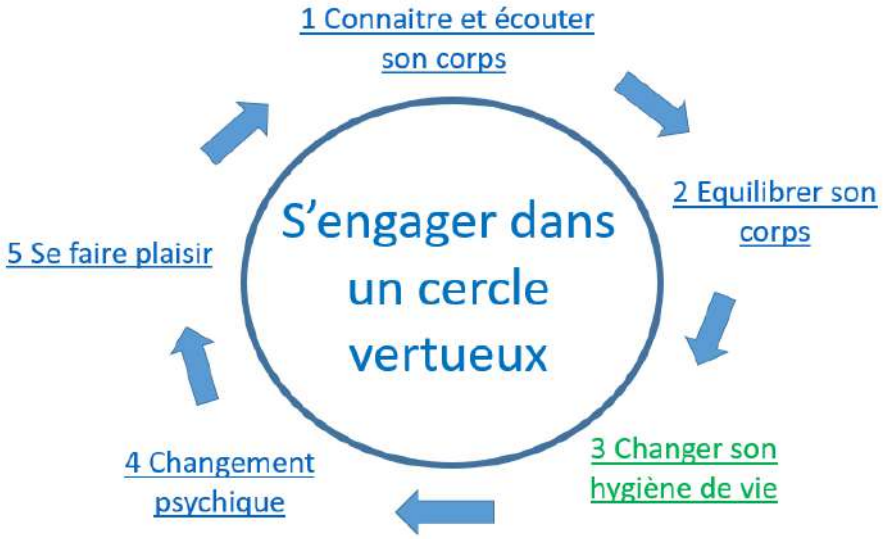


Conscience de la position du bassin et du centre de gravité

Posture du papillon confortable pour relâcher

Activité physique adaptée

Activités de vie quotidienne



Travail

Posture assise → coussins évidés

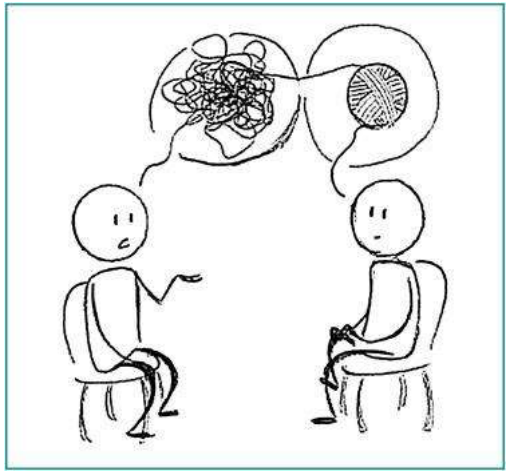
3 Changer son Hygiène de vie

Expériences et échanges de stratégies entre patients

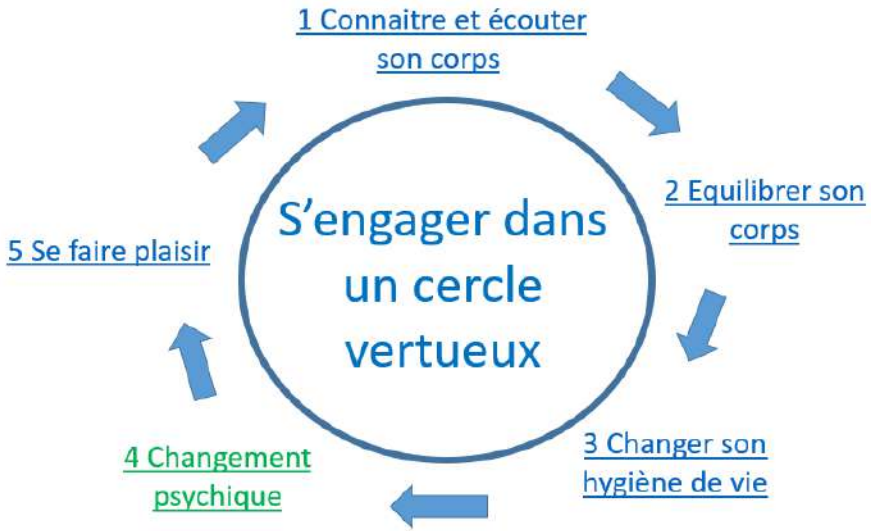
4 Opérer un changement psychique

Et le cerveau dans tout çà ?

Ancrer les changements



Thérapies psychiques



4 Opérer un changement psychique

Le cerveau a besoin de sécurité

Dopamine, sérotonine, endorphines peuvent mettre en sourdine les messages de douleur

Une conscience de tout le corps pour des informations globales pas uniquement centrées sur la douleur, mais **AUSSI** sur le plaisir

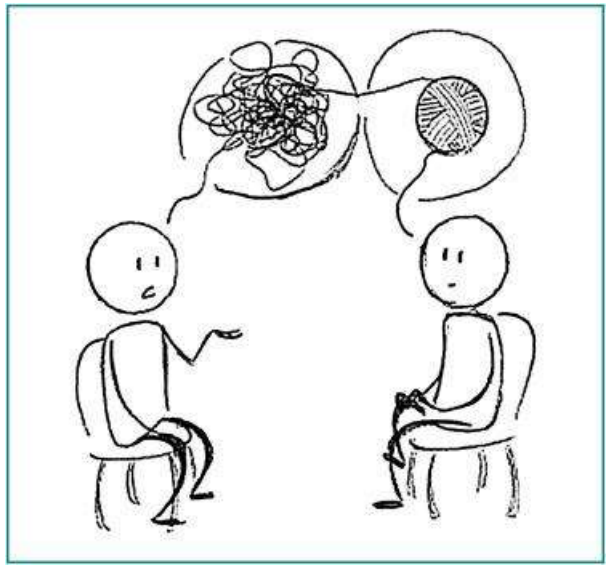
Augmenter le sentiment de sécurité intérieure

Inciter à la résilience pour faire de la douleur une expérience

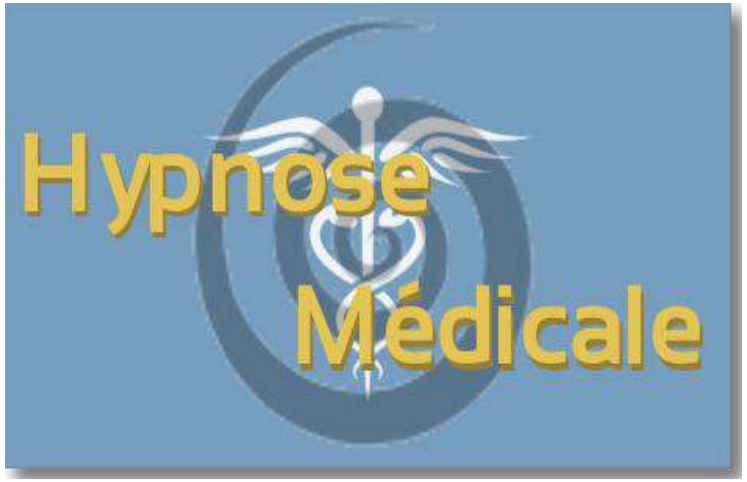
4 Opérer un changement psychique

Différentes thérapies

Psychothérapies
Comprendre son fonctionnement psychique, l'histoire de vie



Thérapies Cognitivo-Comportementales
Modifier un comportement
Diminuer son anxiété
Changer ses croyances

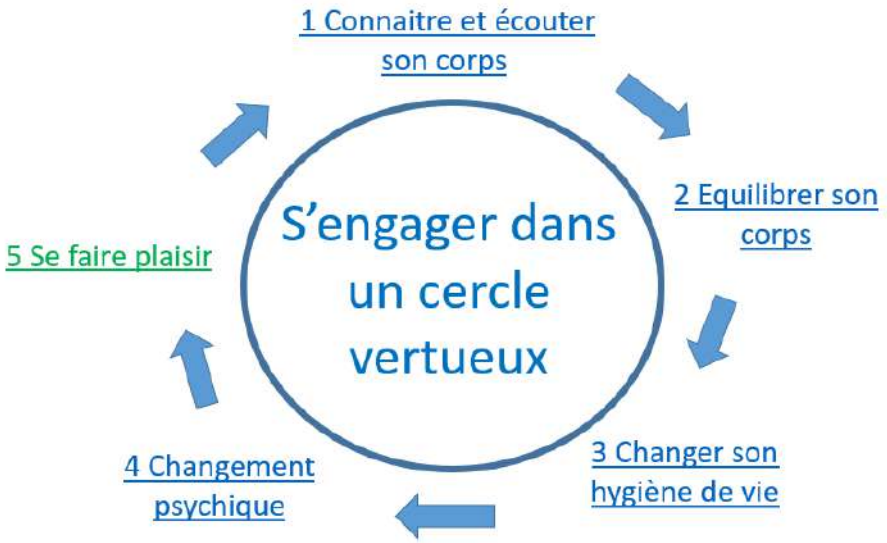


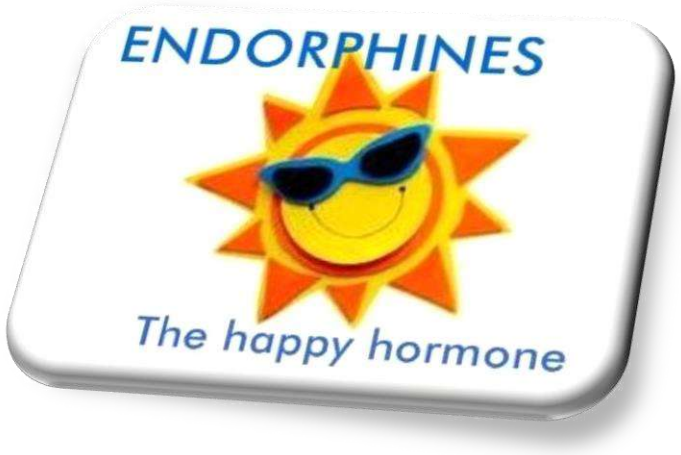
Hypnose et auto-hypnose
Comment gérer la douleur

EMDR
Pouvoir travailler les psycho-traumas

Prendre soin de soi
Activités dérivatives
Plaisantes et non nocives

Une solution aussi intérieure



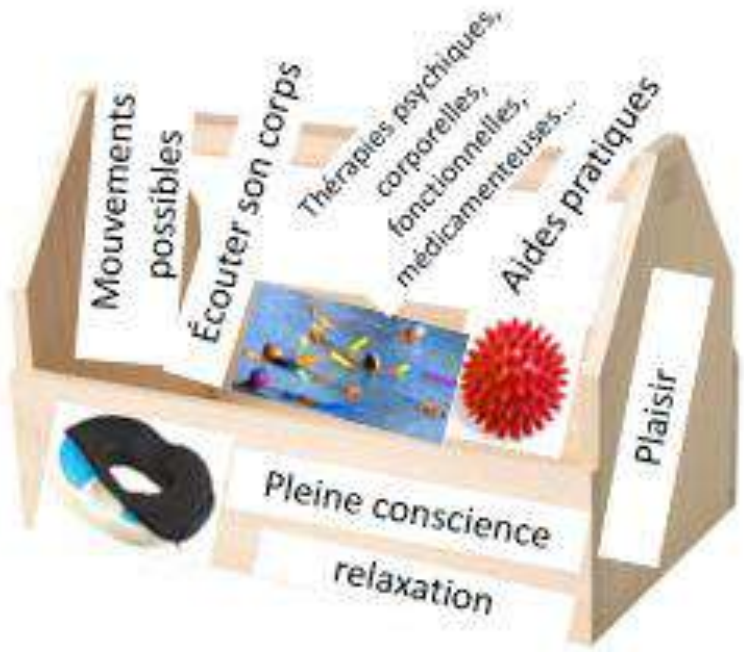


5 Se faire plaisir

Sexualité

Développer une boite à outils personnalisée

- Expérimenter
- Valider ou pas les outils à titre personnel
- Usage au moment pertinent



Une bonne santé ?

Equilibre entre santé physique et mentale

Ancrer les changements

Balance bénéfices-risques

Devenir son propre thérapeute

CS de suivi
DPPC fonctionnelle

SITUATION OBJECTIVEMENT AMELIOREE

PATIENT PARFAIT

SOIGNANTS PARFAITS

CS de suivi
DPPC fonctionnelle

SITUATION OBJECTIVEMENT INCHANGEE

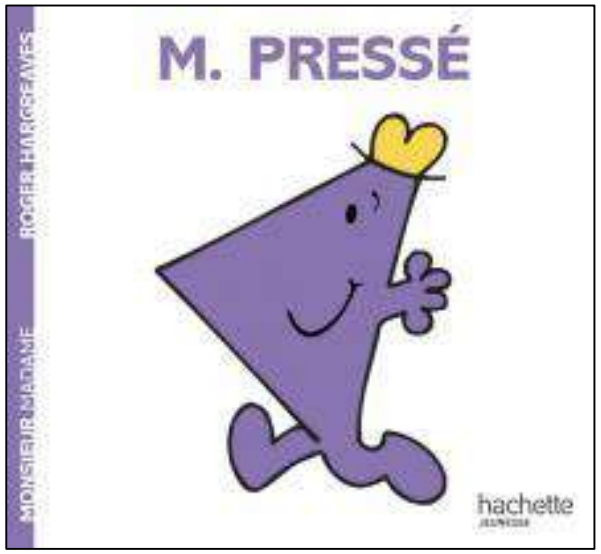
Conduite de changement non menée :

QUELS BENEFICES SECONDAIRES LE PATIENT A-T-IL A VOULOIR TOUJOURS SOUFFRIR ?

Soins non ou mal faits :

Discuter avec Kinésithérapeute (ou en changer…)

CS de suivi
DPPC fonctionnelle



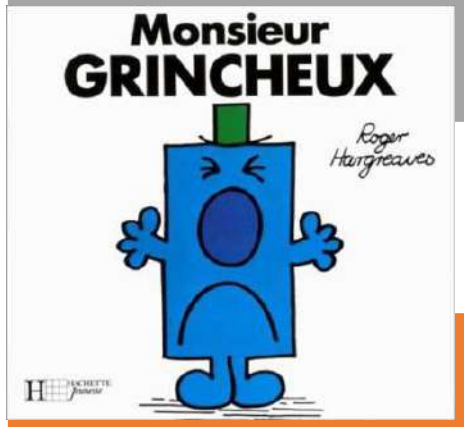
AMELIORATION (douleurs, symptômes) seulement **TEMPORAIRE**

SI LA CONDUITE DE CHANGEMENT N'EST PAS MAINTENUE DANS LE TEMPS

REPRENDRE JUSQU'À AUTOMATISATION • MESURES DE SOULAGEMENT • MESURES PROPHYLACTIQUES	**REPRESCRIRE** **KINE-OSTEO**	**AUTOREEDUCATION À AUTOMATISER** **2° HJ**

CS de suivi
DPPC fonctionnelle

AMELIORATION (douleurs, symptômes) seulement **RIEN NE VA**



ENCOURAGER ET OPTIMISER LA CONDUITE DE CHANGEMENT

- **VALORISER** LES MESURES BIEN MENEES, LES PROGRES
- **COMMENT FAIRE MIEUX**
- **AUTOMATISER LES MESURES** DE PREVENTION, DE SOULAGEMENT ET L'AUTOREEDUCATION
- **REVOIR OBJECTIFS**
- CULTIVER LE **CERCLE VERTUEUX**

CS de suivi
DPPC fonctionnelle

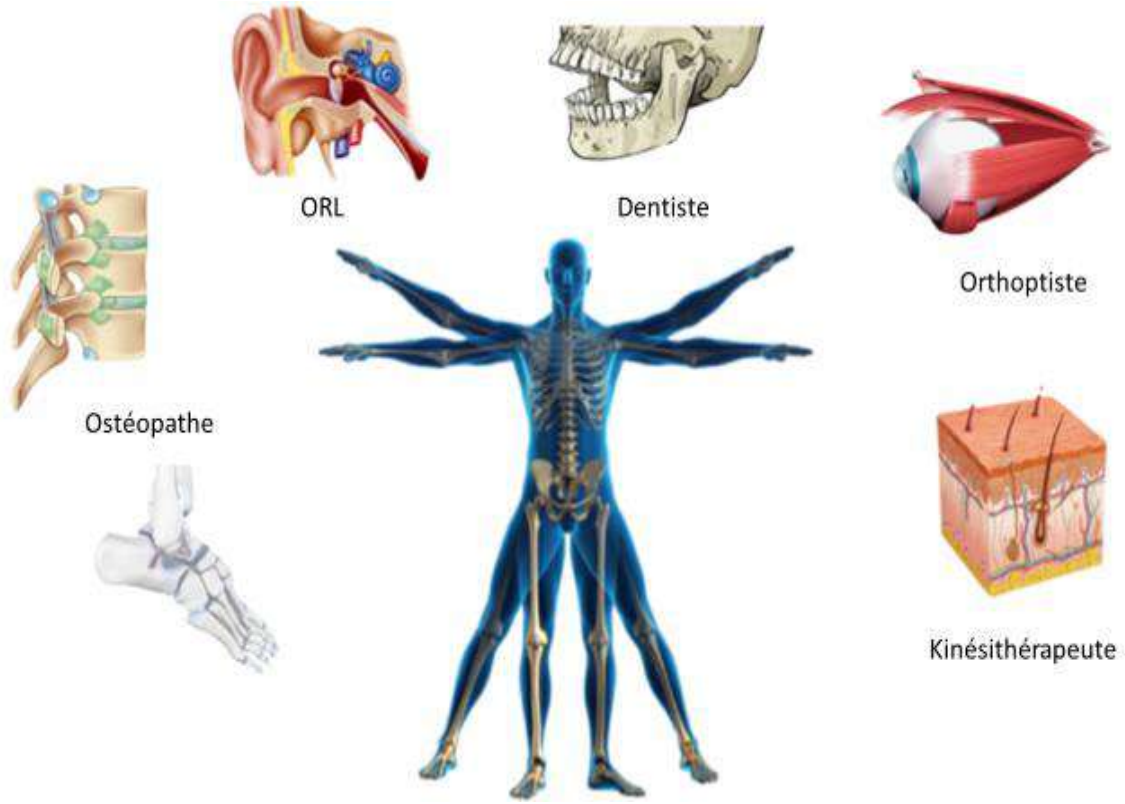
Si AMELIORATION TEMPORAIRE MAIS RÉCIDIVE

A L'ARRET DES SOINS, MALGRE MESURES

PROPHYLACTIQUES ET DE SOULAGEMENT RESPECTEES

TROUBLE POSTURAL SOUS-JACENT (+++)

par DYSFONCTION PROPRIOCEPTIVE

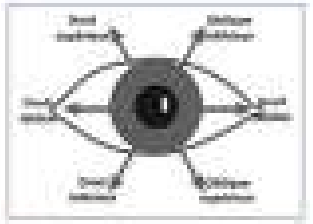


SYNDROME DE DYSFONCTION PROPRIOCEPTIVE

Syndrome de dysfonction proprioceptive = traiter la cause initiale

Incohérences afférences proprioceptives

- Aponévrosite plantaire
- Troubles oculo-moteurs
- SADAM

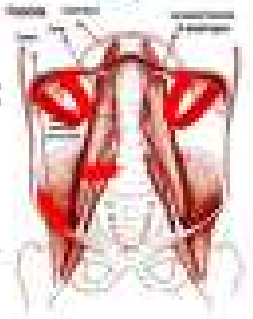


Asymétrie des efférences motrices

- DIM Thoraco-lombaire favorisé par les contractures lombo-pelviennes
- DIM cervical et/ou cervico-occipital sus-jacents compensatoires

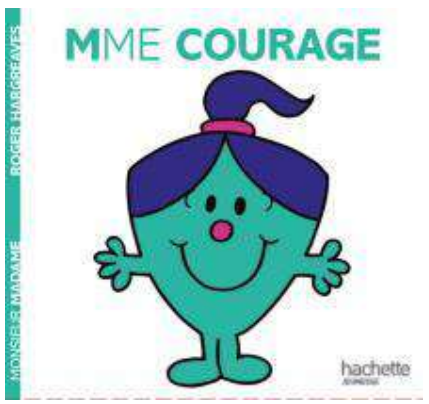
Syndromes myo-fasciaux (Cellullalgies)

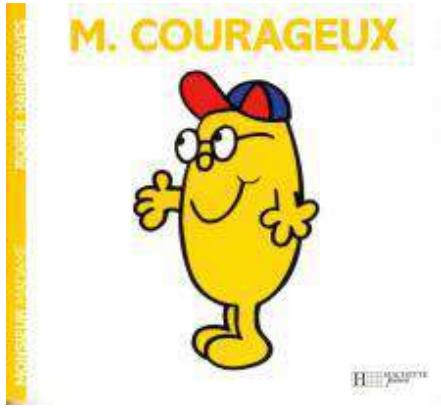
- Contracture Psoas → Névralgies d'origine thoraco-lombaire IH, II, GF
- Sd de Maigne avec contractures Piriforme, Obturateur Interne… → Névralgies d'origine sacrée : pudendale, cutanée postérieure de cuisse et clunéale inférieure, sciatique (à départ fessier)
- Fausses tendinites, Syndrome Défilé CTB, Névralgie d'ARNOLD



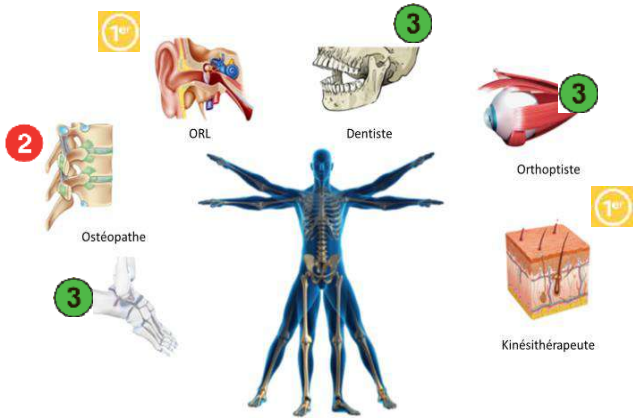
Dr Henry - CHRU/Ugecam IRR - Nancy 21

CS de suivi
DPPC fonctionnelle





CERCLE VICIEUX



Si AMELIORATION TEMPORAIRE MAIS RÉCIDIVE

A L'ARRET DES SOINS, MALGRE MESURES PROPHYLACTIQUES ET DE SOULAGEMENT RESPECTEES

TROUBLE POSTURAL SOUS-JACENT (+++)

Traitements Successifs - ~~Concommitants~~

REPRESCRIRE
KINESITHERAPIE

dont

REEDUCATION VESTIBULAIRE ET LEVEE DES ADHERENCES CICATRICIELLES en 1er lieu

OSTEOPATHIE

INSISTER SUR AUTOREEDUCATION

SEMELLES PROPRIOCEPTIVES ± ORTHOPEDIQUES

(PODOLOGUE POSTUROLOGUE)

Prioritaire si déséquilibre antéro-postérieur ou asymétrie d'appui

DENTISTE

COMBLEMENT EDENTATION, SYMETRISER L'OCCLUSION DENTAIRE d'emblée ± GOUTTIERE NOCTURNE

ORTHOPTISTE : BILAN ± REEDUCATION ORTHOPTIQUE

± OPHTALMO (si amétropie mal corrigée)

CS suivi DPPC fonctionnelle

- **AMELIORATION INSUFFISANTE AU REGARD DES EFFORTS CONSENTIS POUR TRAITER LA CAUSE, POURTANT EFFICACES**

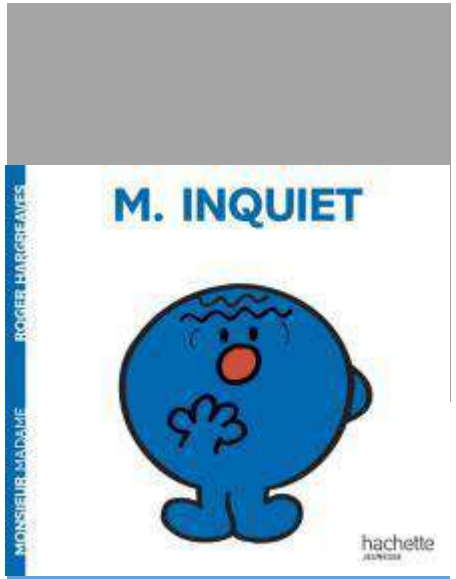
➢ **DEFAILLANCE DES MECANISMES DE CONTROLE DE LA DOULEUR**

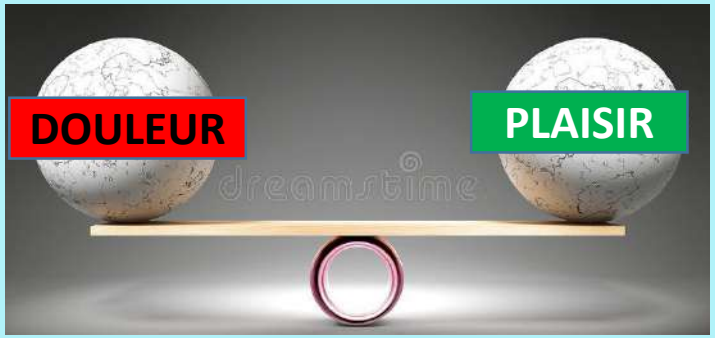
REGIONALEMENT = **HYPERSENSIBILISATION PELVIENNE**

A TOUT LE CORPS = **HYPERSENSIBILISATION CENTRALE**

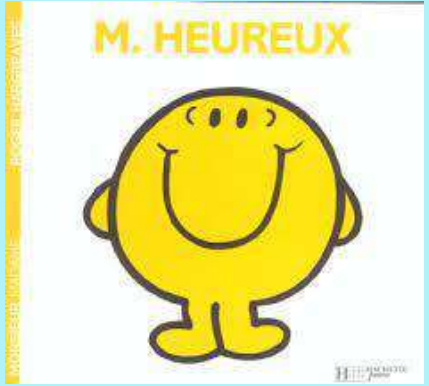
UETD (Qutenza, TENS, Gestion psycho-corporelle, thérapie d'exception…)

➢ **INCARCÉRATION ANATOMIQUE DES NERFS (SYNDROME CANALAIRE)**
NEUROLYSE sous réserve de test infiltratif anesthésique positif





Take Home Message



- **DPPC fonctionnelles ≠ NEVRALGIE PUDENDALE** Interaction entre 6 muscles, 6 nerfs de chaque côté, 1 squelette
- Ne laisser aucune place au doute quand à l'origine **somatique** (avec ou sans **retentissement psychologique**)
- **AGIR TÔT** (CHRONICISATION – HYPERSENSIBILISATION) **TRAITER LES CAUSES** +++ PAR **IMPLICATION ACTIVE DU PATIENT**, PRINCIPAL SOIGNANT, avec médecin(s), kinésithérapeute, ostéopathe, podologue, orthoptiste, dentiste, psy = **PLURIDISCIPLINARITE.** Gérer les BAS, Optimiser les HAUTS . **VALORISER, SOUTENIR**, Créer confiance +++ Beaucoup de courage pour modifier autant ses habitudes et devoir parfois opérer des renoncements (Sports, Travail, Maternité)
- Traiter un **PROBLÈME DE PROPRIOCEPTION** IMPACTANT LA POSTURE si récidive ou évolution encore trop fluctuante.

RÔLE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ COLLECTIVE sur l'efficacité de la conduite de changement

« Je ne crains plus d'avoir mal car je sais que je peux me soulager…. »

Cas clinique de Mlle C.

24 ans

Hospitalisée au CPN au moment de ma consultation en mars 2021

Douleurs pelvi-périnéales chroniques depuis 2019,

consultant depuis l'âge de 9 ans pour de douleurs multiétagées,

avec

D. Rachidiennes, Scoliose, Algodystrophie (entorse), Luxation sacro-coccygienne,

Troubles fonctionnels urinaires (hyperactivité vésicale),

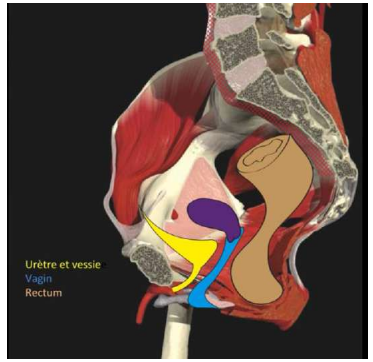
Troubles fonctionnels digestifs (RGO dyspepsie, SII, fissure anale)

Troubles fonctionnels gynécologiques (dysménorhhée)

Syndrome anxio-dépressif traité, suivi

Dysphonie Professeur de chant au chômage

Mlle C.



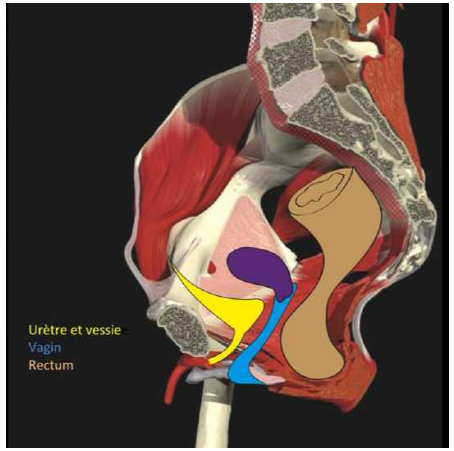
Douleurs d'origine organique

- Urologique
- Gynécologique
- Colo-proctologique
- Rhumatologique
- Vasculaire, Dermato…

- Fibroscopie, UCRM, Uro-IRM, 2 BUD, IRM pelvienne
  → ATB, α-, Ach -, NSTP, test neuromodulation, ASPI
- IRM pelvienneSSS (endométriose -)

- TFI après colo FOGD, Entero-IRM, MAR, scinti gastrique
  →entérotropes (Sd extrapyr surdosage Primperan), FODMAPS, probiotiques, vit
- Bilan fibromyalgie IRM rachis, SO, bio (tachycardie cortico-induite).
- Bilan allergo – après détresse respi à injection PDCI, asthme
- Bilan neuro : IRM et scan cérébraux,

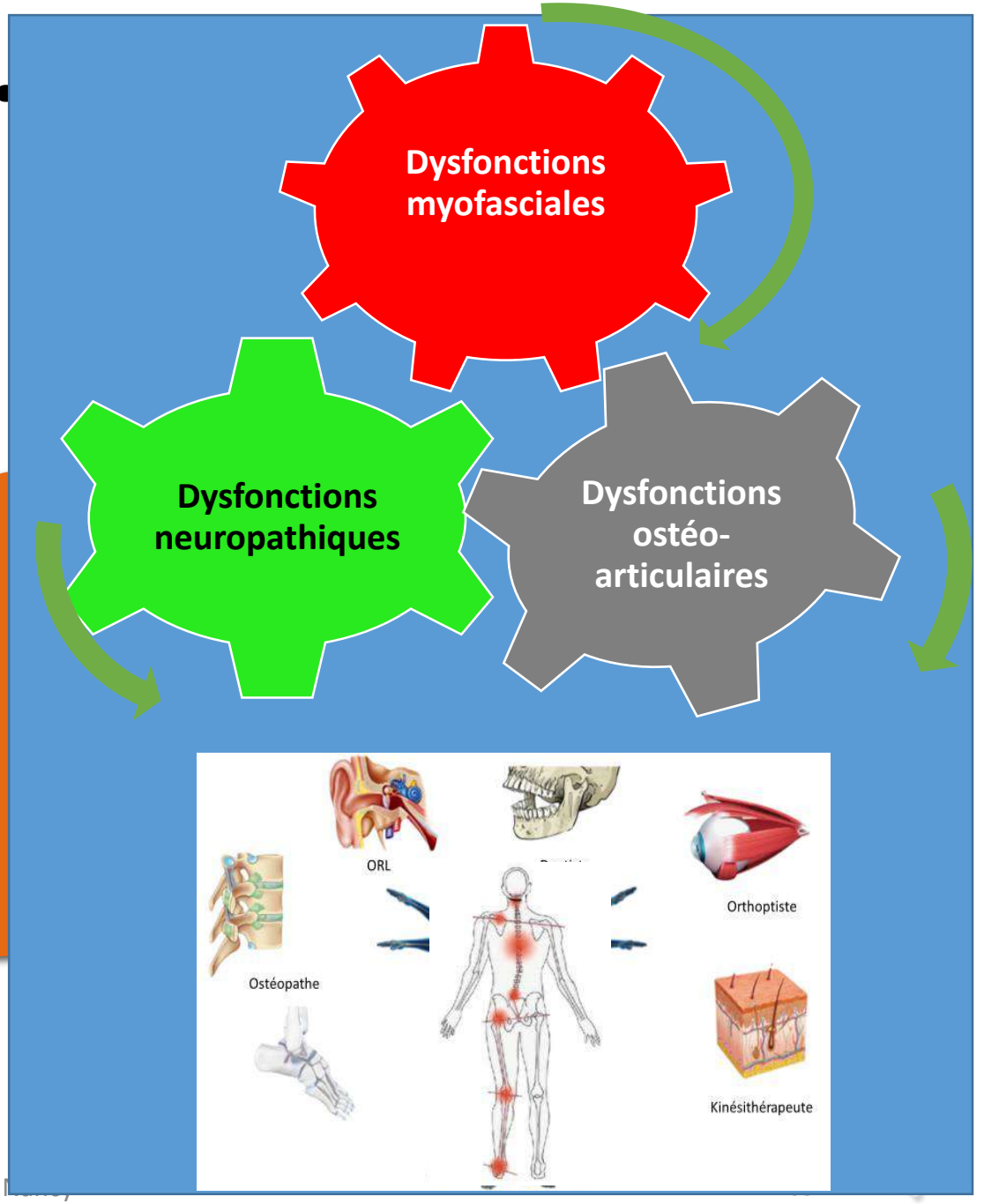
Mlle C.



Douleurs d'origine organique

- Urolog
- Gy
- Colo-p
- Rhumatologique
- Vasculaire, Dermato…

Participation psycho-somatique
Décompensation psychologique



Cas clinique de Mlle C.

24 ans

Hospitalisée au CPN au moment de ma consultation en mars 2021

Douleurs pelvi-périnéales chroniques depuis 2019,

consultant depuis l'âge de 9 ans pour de douleurs multiétagées,

avec

D. Rachidiennes, Scoliose, Algodystrophie (entorse), Luxation sacro-coccygienne,

Troubles fonctionnels urinaires (hyperactivité vésicale),

Troubles fonctionnels digestifs (RGO dyspepsie, SII, fissure anale)

Troubles fonctionnels gynécologiques (dysménorhhée)

Syndrome anxio-dépressif traité, suivi

Dysphonie Professeur de chant au chômage

On lui dit depuis 15 ans : « C'est dans votre tête Mlle »

Tryptique de la douleur:

-Lésions pelvi-périnéales M A N

Syndrome de dysfonction proprioceptive (pelv + extra-pelvien)

-Immobilité tissulaire (U G D)

-Hypersensibilisation douloureuse +++

Retentissement psychologique et psychotrauma

Maltraitance iatrogène, retard diagnostique de 15 ans,

handicap social, professionnel

Scepticisme vis-à-vis du corps médical

Pathologie psychique primitive ou secondaire ??

Merci!

DPPC Fonctionnelle : SYNTHESE

ORDONNANCES

- **Scanner abdo-pelvien ou IRM pelvienne**
- **Kinésithérapie du rachis et des membres inférieurs**

Levée de tension de muscles contracturés
Assouplissements des muscles
Correction posturale
Supervision d'autorééducation

	TRAITEMENT FOND	TRAITEMENT CRISE
MEDICAMENTS	AE (**Gabapentine**) AD (**Duloxétine, Amitriptyline**)	**PARACÉTAMOL**, **ACUPAN** (Tramadol, ibuprofène)
ASSOCIATION possible	OUI	Tr +Pa+Ibu Pa+Acu+Ibu
ASSOCIATION CI	NON	± Acu + Tr
CI si grossesse	NON	Tr / Acu / Ibu

CONSEILS

- **Ostéopathie**
- Station assise évidée (bouée ou Bonmédico gel hémorroïdes) < 30 min
- Suppression du croisement des cuisses jour et nuit (oreiller fixé en face interne de cuisse)
- Suppression des poussées mictionnelles et défécatoires : laxatif de LEST et tabouret sous pieds
- Pause papillon, Automassages, Autoétirements
- Marche en remplacement des sports irritants
- Conduite fractionnée (1h30)
- Relaxation

- Message nociceptif (non douloureux) emprunte voies nerveuses différentes selon que la douleur vient du périnée (sous le releveur de l'anus, innervation mixte SMV portée essentiellement par le nerf pudendal) ou au dessus (organes, à innervation exclusivement végétative, sources de douleurs viscérales) → ttt différent des douleurs neuropathiques
- Guy Simonnet : Nociception et douleur aigue

  Inflammation SC créée sur la patte d'un rat sain → Hypersensibilité pendant 3 j
  - Si rat subit 1 stress 1 semaine avant (bruit) → effet analgésique initial. Si nouvelle nociception, hypersensibilité plus importante
  - Plus on expose le rat à des stress avant de créer la douleur, moins l'effet analgésique initial dure, plus les conséquences de la douleur augmentent

  → S'intéresser à la lésion qui crée la douleur, mais aussi à la vulnérabilité propre du patient (évènements de vie)

  Incision et injection concomitante de morphine (= intervention chirurgicale, 2° cause de douleur chronique après cancer)

  Morphine augmente le seuil à la douleur puis majore l'hypersensibilisation locale à la douleur, non liée à l'incision, mais à la morphine (durée * 5) → utiliser la morphine à bon escient

Guy Simonnet : Nociception et douleur chronique

- Plasticité neurologique au niveau central : Inflammation du rectum va entrainer une inflammation au niveau du vagin
- Douleur s'accompagne d'une modification du système de nociception → traiter cause insuffisante
- Post-chir (abdo-pelvienne la 1° en fréquence, très nombreuses, post-partum, endométriose) Douleurs viscérales (syndrome de vessie douloureuse, prostatite chronique amicrobienne, proctalgie idiopathique, coccygodynie) si pathologie traitable éliminée → spécialiste d'organes en 1°
- Troubles dysfonctionnels de l'ensemble des organes de proximité
- Troubles dysfonctionnels sociaux (station assise, transports, travail impossible)
- Troubles dysfonctionnels psychologiques (corrélation étroites avec atcd d'abus, l'inverse n'est pas vrai)
- Troubles dysfonctionnels de la nociception (histoire et patrimoine génétique)
- Troubles dysfonctionnels musculaires
- Caractère non légitime car pas de corrélation anatomo-clinique (moins connu que migraine) → non reconnaissance→ injustice (expertise)→ aggravation de la douleur et du syndrome dysfonctionnel