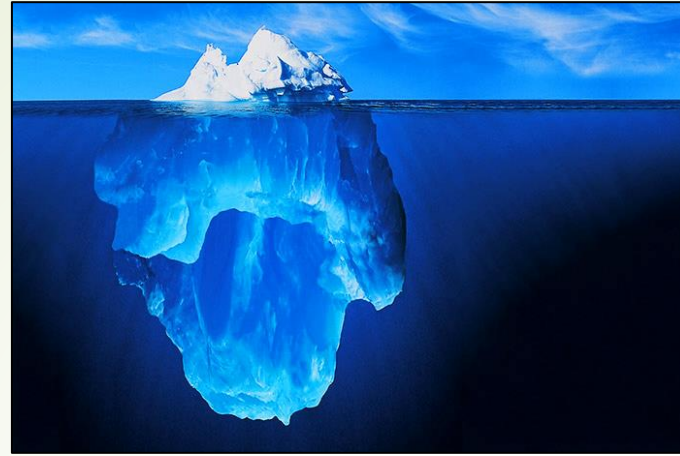


**Journée  
du G.H.I.F.  
15 juin 2024**



# **Douleurs anorectales chroniques** *(dont névralgies pudendales)*

1

Dr Axel Egal

# D'une incompréhension globale

Phénomène de « transfert culturel »

Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis

Chronic Testicular Pain, orchialgias

Chronic Prostatitis/Pelvic Pain Syndrome

Coccygodynia, Proctalgia fugax

Vulvodynia, Vaginism, Dyspareunia

Sd de Maigne and Neuralgia (pudendal, clunéal, OI)

Syndromes myofasciaux

Obturbateur interne, piriforme, psoas, droit fémoral, releveur de l'anusc, transverse profond du périnée, SI

Morbius Gallicus



Mal de Naples



**Syndrome  
Douloureux  
Chronique  
Pelvien  
Complexe**

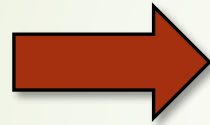


Echec de la médecine moderne « spécialisée »  
Médecine intégrée ? Holistique ? IA ?

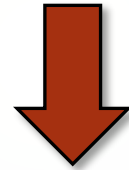
# Un modèle général pelvien

## Guide l'interrogatoire

Infection (toutes...) ?  
Traumatique/Chirurgical  
Vasculaire ?  
Auto-immun ?  
Neurologique (NP) ?



Facteur déclenchant



*Facteurs neuro-psychologiques (stress, anxiété, dépression)*  
*Facteurs hygiéno-diététiques (OHT, surmenage, alimentation)*

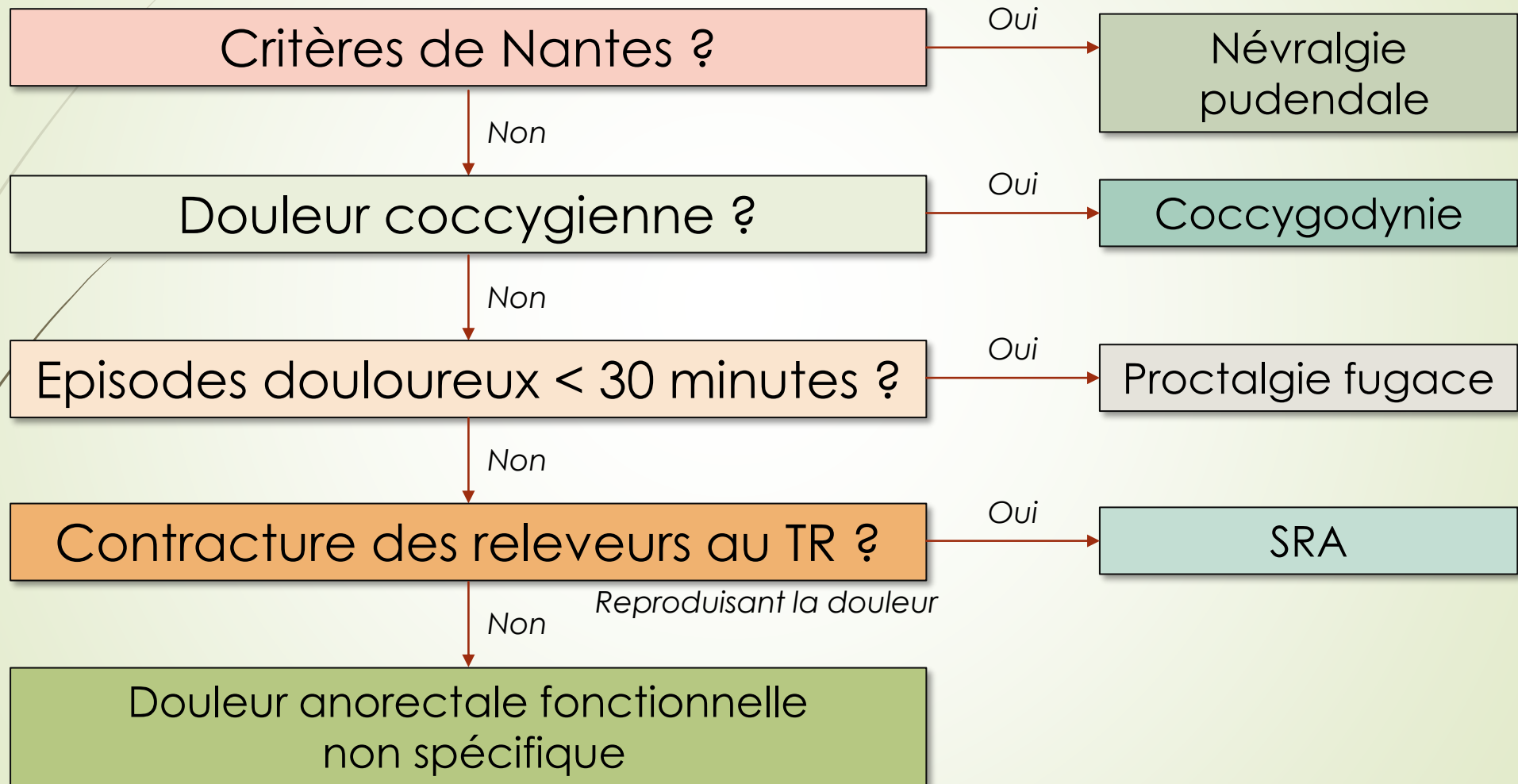
Non résolution du phénomène douloureux



Sensibilisation :  
*Dysfonction d'organe et/ou sexuelle*  
*Syndrome myofascial ? Dysfonction musculaire ?*  
*Dysfonction neurologique (somatique et autonome) ?*  
*Dysfonction articulaire ?*

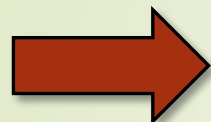
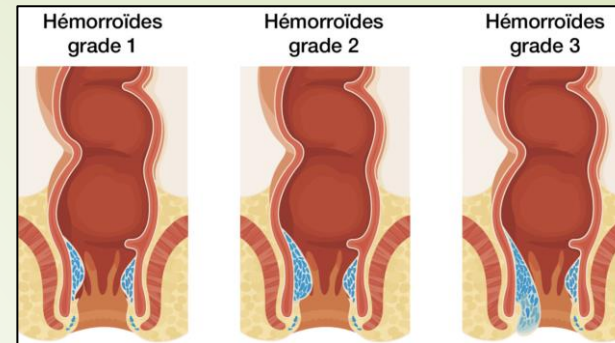
Syndrome douloureux pelvien complexe

# Des syndromes spécifiques anorectaux *pouvant s'intriquer..*



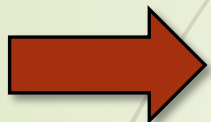
5

# Examen clinique

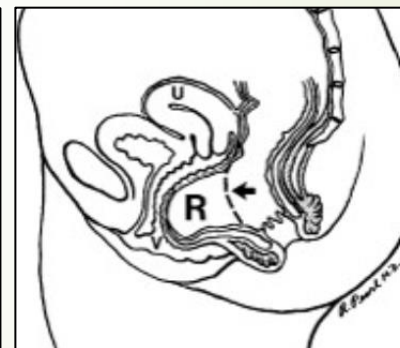
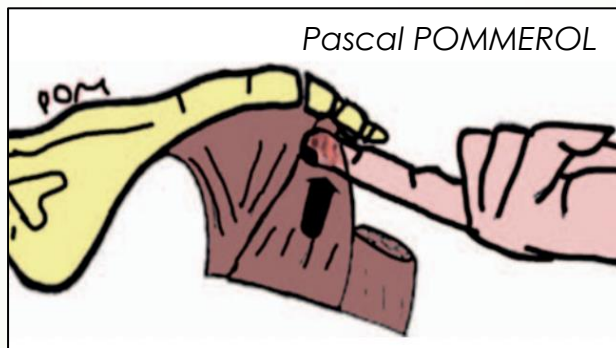
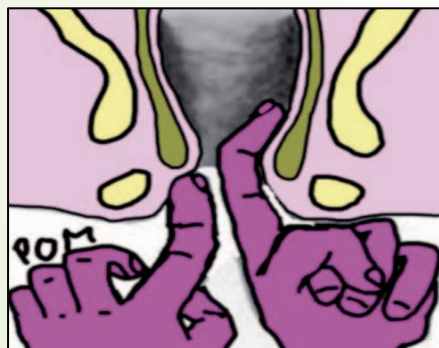
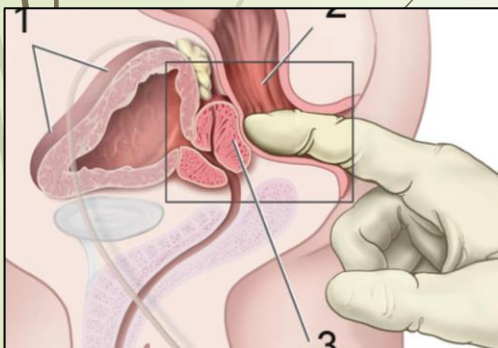


Eliminer une pathologie proctologique

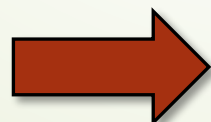
Oui mais..  
*Pas toujours si simple*



Toucher rectal



Anuscopie



Oui mais..  
*Pas toujours si simple*



Procidence rectale interne ?

# Examens complémentaires ? (1)

IRM pelvienne = le seul obligatoire

Eliminer les diagnostics différentiels

Hernie discale/queue de cheval

Pathologie tumorale pelvienne/endométriome

Sepsis pelvien

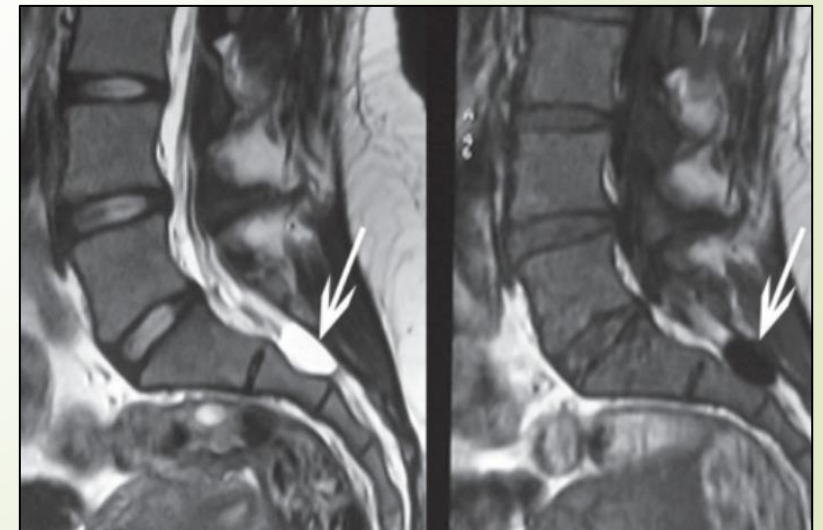
Kyste arachnoïdien

Proctologique ?



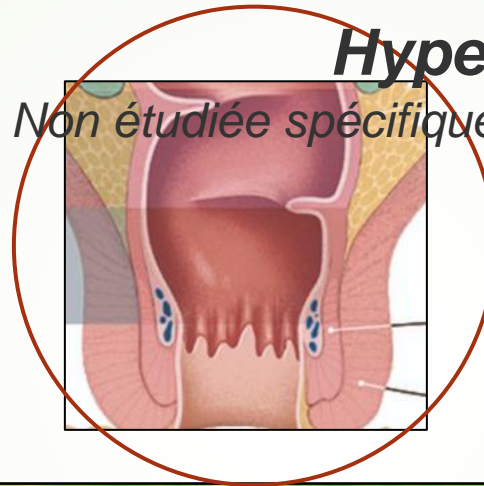
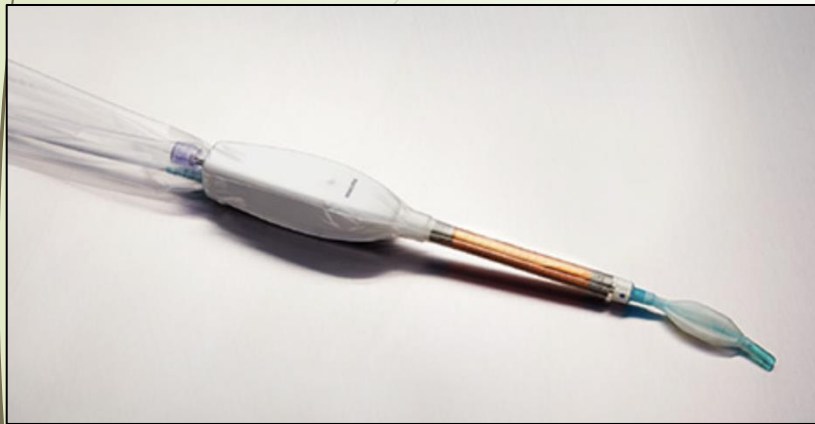
RCP +++

Attention à l'incidentalome



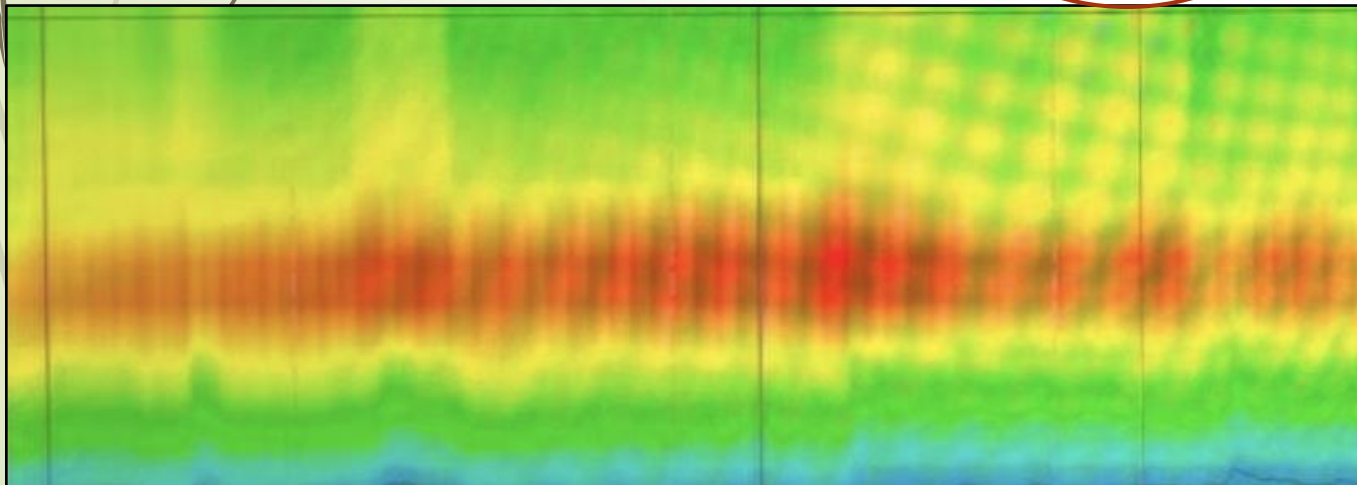
# Examens complémentaires ? (2)

## Manométrie anorectale

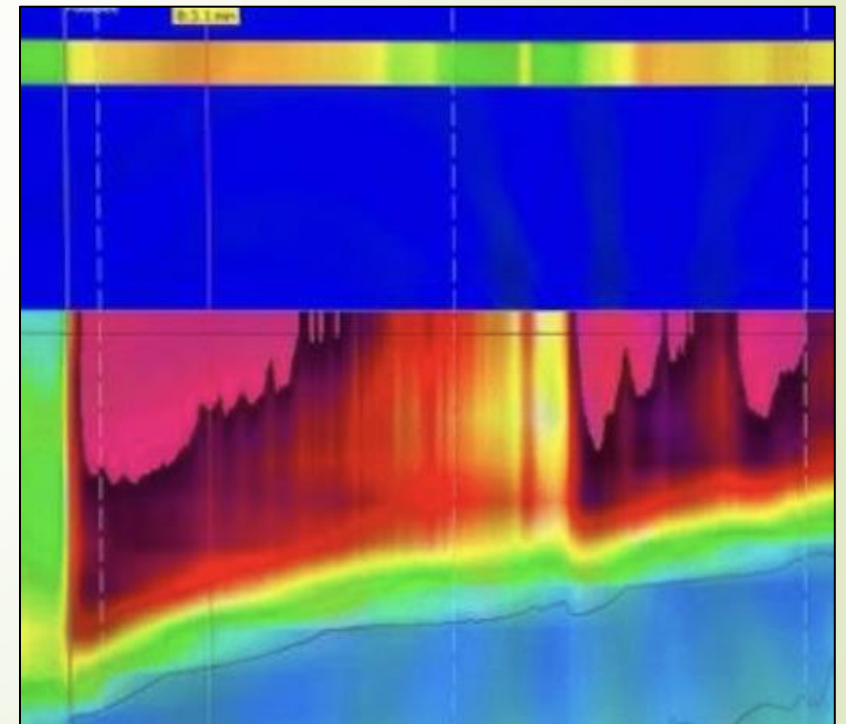


### ***Hypersensibilité viscérale dans le SII***

*Non étudiée spécifiquement dans le cadre des douleurs anorectales*



*Hypertonie anale de repos*



*Type 1 Rao*

# Examens complémentaires ? (3)

Autres = **PLUTÔT NON**

ENMG



Uniquement si déficitaire

+ IRM MEDULLAIRE

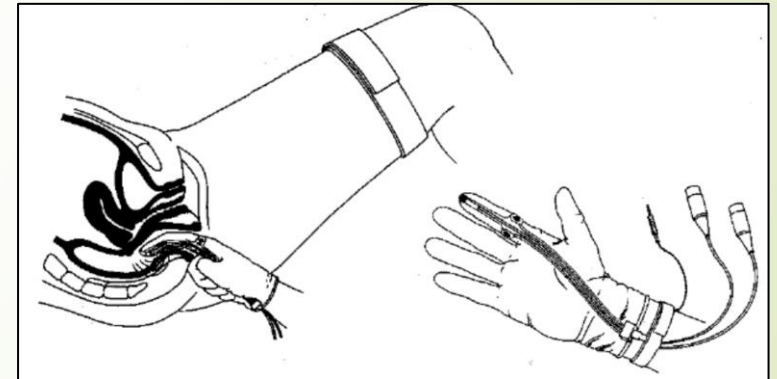
Recherche d'un prolapsus ?

*Déféco-IRM ou défécographie*



Pour quoi faire ?

*Latence distale du NP*



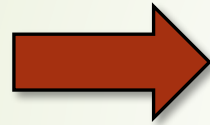
*Spinosa 2006*



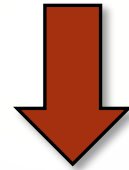
# Un modèle général pelvien

Guide le traitement : « tout doit disparaître »

Infection (toutes...) ?  
Traumatique/Chirurgical  
Vasculaire ?  
Auto-immun ?  
Neurologique (NP) ?



Facteur déclenchant



*Facteurs neuro-psychologiques (stress, anxiété, dépression)*  
*Facteurs hygiéno-diététiques (OHT, surmenage, alimentation)*

Non résolution du phénomène douloureux



Sensibilisation :  
*Dysfonction d'organe et/ou sexuelle*  
*Syndrome myofascial ? Dysfonction musculaire ?*  
*Dysfonction neurologique (somatique et autonome) ?*  
*Dysfonction articulaire ?*

Syndrome douloureux pelvien complexe

# Règles hygiéno-diététiques (1)

Une base à connaître

Gutke 2021 / ↑ médiateurs pro-inflammatoires ?

Troubles du sommeil

Inactivité physique

Tabac

Troubles nutritionnels

Alcool

Troubles anxio-dépressifs

« Ce n'est pas parce qu'on retire un facteur associé que l'on améliore le trouble ++ »

↑ Apparition  
↑ Intensité  
↑ Chronicisation

Oui mais...

Hypnothérapie, relaxation, EMDR pour les TAD : oui  
Hypnothérapie pour les douleurs pelviennes : non (MA Biurra 2023)

# Règles hygiéno-diététiques (2)

## Modèle du tabac

Nicotine



Activation nAChRs SNC/SNP

Effet analgésique aigu



Désensibilisation nAChRs  
Modifications plasticité neuronale  
Moins bonne R aux opioïdes

Increased Pain Sensitivity

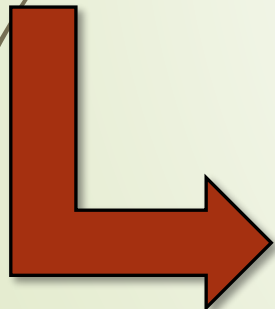
Autres composants

Asso avec chronicisation/intensité des douleurs (**dt pelvienne**)

*Sur le court terme : oui / mais moyen/long terme ??*

*lida 2022  
Chen 2016*

Arrêt du tabac



**Augmentation de la douleur** chez le fumeur chronique ?

Amélioration pathologie sous-jacente ? ↓ iatrogénie ?

Diminution du R global

**Diminution R douleurs post-opératoires / chronicisation**

*ROLE PREVENTIF (3S pour les douleurs aiguës) ++*

*lida 2022*

# Traitement médicamenteux (1)

Peu utilisé

Antalgiques usuels

Médicaments « neuropathiques » (AE, ADT)

Patch (Versatis, Qtenza)

Alpha-bloquants

« Drogues » (Cannabis, CBD, MDMA, LSD)

Kétamine

Effet placebo

Randomized Controlled Trial > Lancet. 2020 Sep 26;396(10255):909-917.  
doi: 10.1016/S0140-6736(20)31693-7.

**Gabapentin for chronic pelvic pain in women (GaPP2): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial**

Andrew W Horne<sup>1</sup>, Katy Vincent<sup>2</sup>, Catherine A Hewitt<sup>3</sup>, Lee J Middleton<sup>3</sup>,  
Magda Koscielniak<sup>4</sup>, Wojciech Szubert<sup>4</sup>, Ann M Doust<sup>4</sup>, Jane P Daniels<sup>5</sup>; GaPP2 collaborati

**NEGATIF**

=

**ATTENTION**

***Soyez gentils...  
Peu importe le patient...***

# Kinésithérapie (1)

## Rééducation « Douce et progressive »

Lever les contractures musculaires  
Relaxation plancher pelvien



*Etirements/massages/Kegels inversés  
Facilitation Neuromusculaire Proprioceptive (PNF)  
Contracter/relacher/prise de conscience*

Massage des « trigger » points

Massage du « tissu conjonctif »



*Théorique ?*

Renforcement abdominal progressif



*Voir le Pelvis comme un organe  
Correction des déséquilibres (podo)*

Correction d'un dérèglement mécanique



*Reverticalisation du sacrum  
Délordose (si hyperlordose lombaire)*

Rééducation anale (anisme/sensibilité)

Rééducation articulaire ? (hanche)

# Ostéopathie (1)

## Ostéopathie « Douce et progressive »

Concept de perte de mobilité

Thérapie manuelle/massage

*De moins en moins en kiné => espace libre ?*



Mobilisation des organes du bassin et de l'abdomen

Points de pression sur les muscles trop tendus

Dégagement des nerfs « coincés »

Mobilisation articulations bassin et bas du dos

# Acupuncture (1)

## Les bases

Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC)

Alternance du Yin et du Yang

Maintien d'un équilibre de l'Energie (Qi)

Les trois principes de traitement de la douleur

Obstruction des méridiens  
→ **désobstruction**

Choix des points le long du trajet du méridien avec combinaison des points locaux-distaux, méthode de dispersion, moxibustion

Atteintes des viscères avec troubles de la fonction énergétique → **régularisation**

Choix des points Mu et Shu

Six excès, mucosités troubles et stagnation du sang → **expulsion**

Méthode de dispersion, moxibustion en cas de syndrome de froid Yin



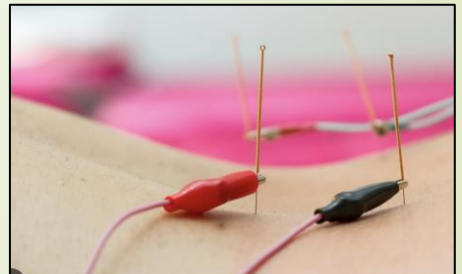
*Acupuncture*



*Acupression*



*Moxibustion*



*Electro-acupuncture*

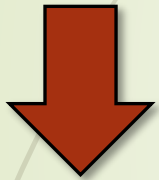
# Acupuncture (2)

## Traduction « occidentale »

*Pas très clair mais...*

*Patel 2020*

Stimulation des fibres A-delta et C

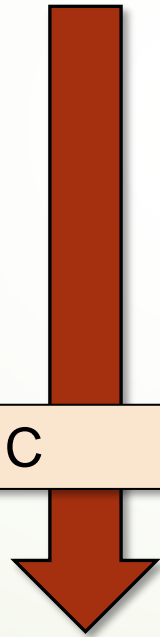


release of endogenous opioids



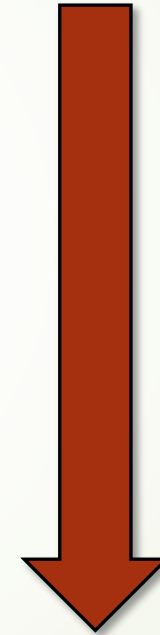
Down-régulation des fibres AD et C

« Long-term depression »



Effet vasculaire (microcirculation)

*Moxibustion*



*Rég immunitaire/réponse infl ?  
Axe endocrinien du stress ?  
Système autonome ?*



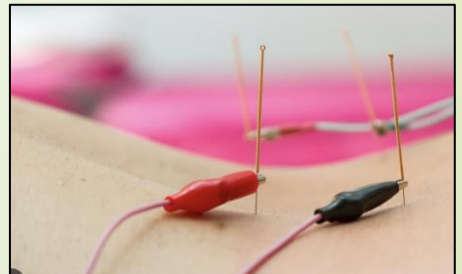
*Acupuncture*



*Acupression*



*Moxibustion*



*Electro-acupuncture*



# Acupuncture (3)

## Résultats

Prostatite chronique/Douleur pelvienne chez l'homme

*Lee 2008, Lee 2009, Sahin 2015*  
*Vs sham procedure / court terme (qq S)*

Positif

Douleur pelvienne dans un contexte d'endométriose

*Xu 2017 / méta-analyse sur > 500 patientes*

Positif

Douleur pelvienne pendant la grossesse ou en PP

*Vas 2019, Nicolian 2019, Wu 2020*

Positif

Positif

*Méta-analyse de ces 3 catégories*  
*1455 CPP patients (867 females and 588 males) / 17 RCT*

EVA

***PUDENDALSITE.COM***



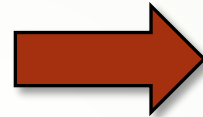
CONVERGENCES IN PELVIPÉRINEAL PAIN  
CONVERGENCES EN DOULEUR PELVI PÉRINÉALE  
CONVERGENCIAS EN EL DOLOR PÉLVICO PERINEAL

# Neurostimulation type TENS (1)

## Résultats

Sikiru 2008 / versus placebo / n : 24

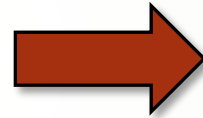
Prostatite chronique



↓ Douleur

Fall 1994 / n : 60

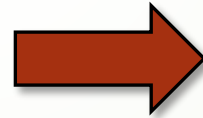
Cystite interstitielle



↓ Douleur  
Fq mictionnelle

Dionisi 2008 / n : 143

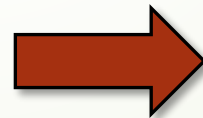
Vulvodynies



↓ Douleur (3/4 p)

Proctor 2002, Tugay 2007, Dawood 1990

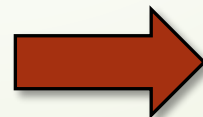
Dysménorrhée



↓ Douleur

Eid 2021 / n : 52

Névralgie pudendale



↓ Douleur

# Neurostimulations « lourdes » (1)

Van Balken 2003 et 2006, Kim 2007

Neurostimulation percutanée

Neuromodulation sacrée

Douleur – urinaire – sexuel

Oui un peu...

Mieux que le placebo

Kabay 2009/prostatite chronique

Racines lombaires  
S sympathique

Oui mais...

Sato 2002

Phase de test > 1 mois ?

Le pelvis n'est pas que « sacré »

Presque que des études / SFU / +

Buffenoir 2015

Cordonale postérieure

Phase test

1 à 2 électrodes épidurales (Thoracique ? Lomb ?)

Générateur paroi abdominale ou sous-clavier

Encourageant mais plutôt des case report que de réelles études

Cortex cérébral moteur

Stimulation épidurale du cortex moteur implantée chirurgicalement (EMCS)

**Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS)** (quotidien/entretien)

Stimulation électrique transcrânienne à courant continu (tDCS)

Magnétique -> Electrique  
Utilisation initiale en psy  
Indications « infinies » ?  
En pleine explosion/Avenir ?  
Atraumatique ++  
Quelles zones ?

Le Faucheur 2016

Loupe 2013 (rTMS)

# Infiltrations(1)

## Des principes généraux

Sur le principe



*Une vision non intégrée de la douleur chronique ?*  
 -----  
*Permet d'aller plus loin (cryoT – RF – chirurgie)*

Dans la pratique

*Trace icono TDM !*

Repérage ?

Littérature ?

Produit ?

Evaluation ?

Diffusion technique ?

*Pas si simple*



***N'est interprétable que si positive***  
*Complicé si négatif / d'autant que territoire non anesthésié*

## Infiltrations (2)

L'infiltration comme « sélectionneur » ?

**OUI**

Radiofréquence

Cryoablation

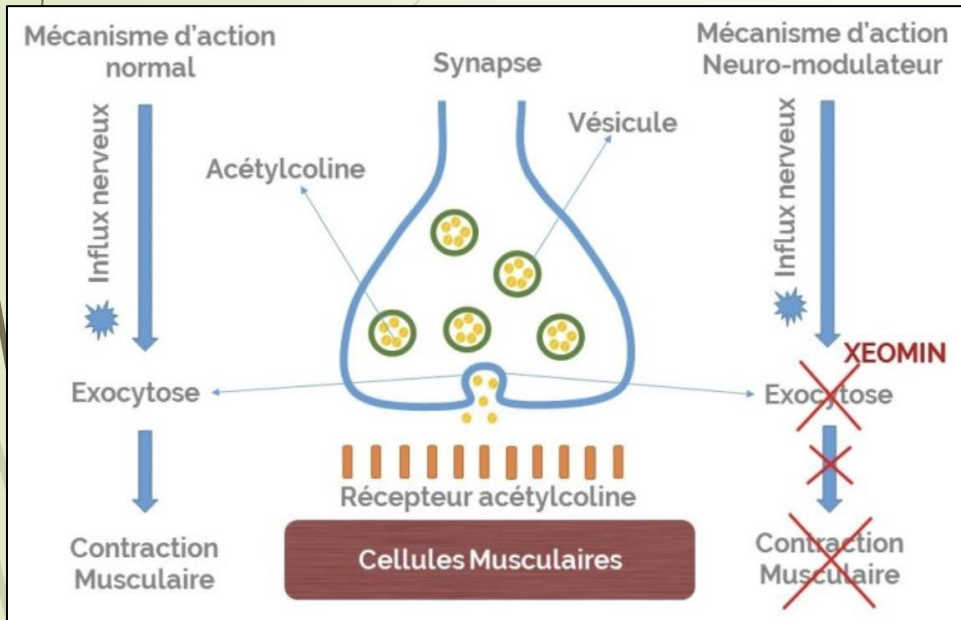
Alcoolisation

Chirurgie

*Dont coccyx*

# Infiltrations (3)

## Et la toxine botulique ?



Blocage de l'exocytose Ach

Efficacité connue

*Hyperactivité vésicale (détrusor)  
Achalasie (SIO) etc..*

an; 14(1): 25.

PMCID: PMC8780260

Jan 1. doi: [10.3390/toxins14010025](https://doi.org/10.3390/toxins14010025)

PMID: [35051002](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35051002/)

**Botulinum Toxin-A Injection in Chronic Pelvic Pain Syndrome Treatment: A Systematic Review and Pooled Meta-Analysis**

[Andrea Panunzio](#),<sup>1,†</sup> [Alessandro Tafuri](#),<sup>1,2,\*†</sup> [Giovanni Mazzucato](#),<sup>1</sup> [Clara Cerrato](#),<sup>1</sup> [Rossella Orlando](#),<sup>1</sup>  
[Vincenzo Pagliarulo](#),<sup>2</sup> [Alessandro Antonelli](#),<sup>1</sup> and [Maria Angela Cerruto](#)<sup>1,\*</sup>

La réponse est oui.. Mais quel muscle ? Comment ? Pour qui ?

# Conclusion « unique »

*Du médecin.... Et donc du patient*

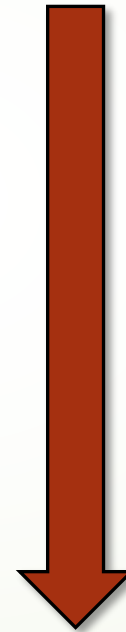
Lutter contre l'incompréhension



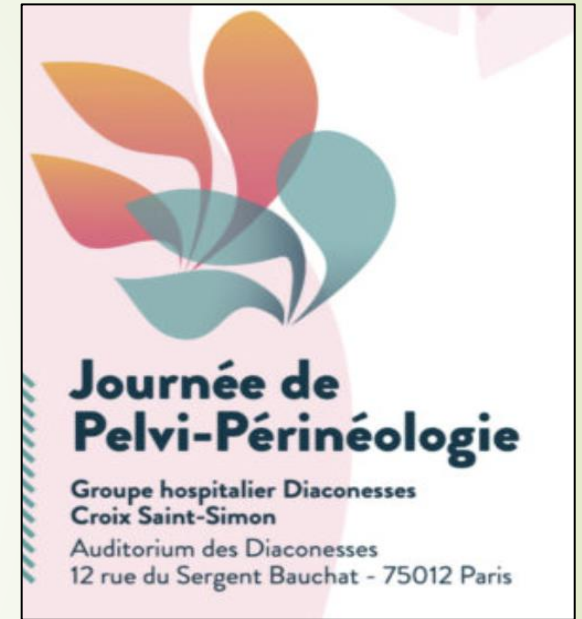
*En 1<sup>ère</sup> ligne (nous)  
« cela n'intéresse pas les médecins »  
... et alors ?*

**Ne pas connaître = être mauvais**

*Et si vous ne connaissez pas,  
**Au moins être gentil...***



*En 2<sup>ème</sup> ligne (médecins de la douleur)  
Diffusion des techniques  
Études  
RCP*



**PUIS**

*Amélioration des méthodes DG  
Neurologie ?  
Contracture musculaire ?*



*Sélection des patients  
Création d'arbres thérapeutiques*