

Algies pelviennes « a priori » essentielles

J.M. BIDART, L. SIPROUDHIS

Mougins (France)

INTRODUCTION

Les douleurs chroniques du pelvis et du périnée sont un motif fréquent de consultation, c'est également dans ce cadre que les désillusions d'ordre diagnostique et thérapeutique sont les plus importantes et que la relation médecin/malade est grandement fragilisée. La normalité d'un examen clinique et d'exploration endoscopique des trois filières du pelvis conduit souvent le clinicien à poser le diagnostic d'algies pelviennes essentielle face à des symptômes invalidants et mal vécus par le patient, le clinicien a deux alternatives : celle des traitements empiriques ou celle du recours à une cascade d'explorations complémentaires qui contribue parfois à poser plus de questions que d'apporter des réponses diagnostiques claires. Ce triste constat procède du fait que les causes potentielles d'algies pelviennes sont nombreuses, non exhaustives et bon nombre d'entre elles n'impliquent pas de démarche thérapeutique rationnelle. Les principales causes d'algies pelviennes sont rapportées dans le tableau I.

DÉMARCHES RATIONNELLES

On peut de façon très schématique considérer que les algies pelviennes procèdent le plus souvent soit d'un trouble de la statique pelvienne, soit d'une origine gynécologique, soit d'une lésion neurologique. Ces trois cas de figure peuvent être évoqués dans des situations particulières.

Quand évoquer une douleur liée à un trouble de la statique pelvienne ?

Le contexte est souvent particulier puisqu'il s'agit d'une patiente, d'âge moyen ou avancé, généralement ménopausée. Elle décrit des pesanteurs plus que des douleurs pelviennes postérieures majorées dans la journée. Ces douleurs sont bien calmées par le décubitus. Elles ont volontiers un caractère mécanique et sont chroniques. Il existe parfois des troubles de l'incontinence ou une constipation d'évacuation. Le terrain évocateur est celui d'antécédents chirurgicaux (hystérectomie) et de multiparité, l'examen clinique est souvent anormal quand il s'attache à préciser les anomalies fonctionnelles et les troubles de la statique pelvienne. Cet examen clinique recherchera donc en poussée une rectocèle, un prolapsus du rec-

TABLEAU I

PRINCIPALES CAUSES D'ALGIES PELVIENNES ET PÉRINÉALES « A PRIORI ESSENTIELLES » SUR LES DONNÉES DE L'EXAMEN CLINIQUE

Troubles de la statique pelvienne : Hystéroptose Entéroçèle Rectocèle Prolapsus rectal Périnée descendant Syndrome de Master et Allen
Douleurs musculaires et ostéo-musculaires : Coccygodynie Proctalgie fugace Syndrome des releveurs Myalgies du piriforme
Douleurs d'origine urinaire : Cystite interstitielle Cystalgie urinaire claire Syndrome uréthral
Douleurs d'origine gynécologique : Vulvodynies Vestibulite Endométriose Episiotomie Pelvis inflammatoire chronique Syndrome de Master et Allen
Douleurs d'origine neurologique : Polyneuropathie (diabète) Lésion médullaire et du cône terminal (neurinome, chordomes, épendymomes) Lésions plexiques radiques Lésions plexiques post-traumatiques Méningo-radiculite zostérienne Névrалgie génito-crurale Névrалgie abdomino-génitale Névrалgie pudendale

tum, une hystéroptose. Le diagnostic d'entéroçèle n'est pas toujours aisé lors de l'examen clinique (palper bidigital) et souvent peu sensible. Ce contexte doit inviter à proposer à la patiente une défécographie avec opacification des trois filières pelviennes et des anses grêles.

Quand évoquer une douleur d'origine gynécologique ?

Le contexte cette fois-ci est celui d'une femme jeune en période d'activité génitale. Les douleurs décrites ne sont pas continues mais volontiers cycliques plutôt à type de brûlures ou de tension que de pesanteur. Ces douleurs sont centro-pelviennes

Tirés à part : JÖRG F., DEBATIN M.D., Institute of Diagnostic Radiology, University Hospital Zurich.

parfois localisées au niveau de la fourchette vulvaire postérieure (vestibulite) irradiant parfois au niveau de l'hypogastre. Le facteur déclenchant est important à préciser : ces douleurs peuvent faire suite à un épisode de salpingite (pelvis inflammatoire chronique) ou à un premier accouchement. A l'examen clinique, la douleur peut être reproduite par la palpation du trajet d'une épisiotomie qui apparaît tendue et inflammatoire (sepsis). Il peut s'agir également de douleurs survenant de façon cyclique en période menstruelle (nodule d'endométriose dans la cloison rectovaginale ou en regard de la cicatrice d'épisiotomie). Le troisième cadre peut être une douleur plutôt d'allure mécanique permanente augmentée par la position assise prolongée, associée à une dyspareunie et calmée par le procubitus ou en période menstruelle (tampon intra-vaginal). Ce tableau doit faire évoquer une déchirure du ligament large (syndrome de Master et Allen). Dans ce cadre, un avis spécialisé et souvent une coelioscopie exploratoire sont nécessaires.

Quand évoquer une douleur d'origine neurologique ?

La description des douleurs est particulière : il s'agit de manifestations décrites comme des brûlures ou une sensation de cuisson. Ces douleurs ont souvent une irradiation profonde ou antérieure. De façon plus évocatrice mais également plus rare, ces douleurs peuvent s'accompagner de dysesthésies, de zones d'hypo ou d'hyperesthésie en bande, de phénomènes d'allodynie. Elles sont volontiers unilatérales et positionnelles. Ainsi, la position assise prolongée accentue-t-elle les douleurs là où l'orthostatisme ou le décubitus calme les symptômes. Ces douleurs ont volontiers une évolution chronique. Le facteur déclenchant peut être celui d'un contexte infectieux (méningo-radiculite zostérienne), une radiothérapie (lésion plexique radique), une maladie générale compliquée (diabète). Parfois, les données de l'inter-

rogatoire évoqueront un contexte traumatique à l'origine des troubles : chute avec traumatisme péri-néal, accouchement, chirurgie pelvienne ou proctologique. Lorsqu'une neuropathie pudendale est évoquée, l'exploration complémentaire la plus utile au diagnostic est certainement celle d'une étude des latences motrices du nerf pudendal ; on évoquera sa responsabilité pathogénique en cas d'allongement unilatéral des latences et lorsqu'une infiltration anesthésique et/ou corticoïdique aura soulagé même de façon transitoire, les douleurs. Devant un symptôme très évocateur mais associé à la normalité de l'étude des latences distales motrices du nerf pudendal, il faut craindre une altération de l'arc réflexe à un autre niveau et savoir évoquer l'existence de lésions médullaires basses ou du cône terminal. Cette démarche est particulièrement justifiée lorsque l'étude des latences distales motrices du nerf pudendal est normale alors qu'il existe un allongement des latences sacrées (latences des réflexes bulbo-caverneux).

CONCLUSION

Le médecin consulté pour des algies pelviennes doit considérer qu'il est confronté à une démarche diagnostique difficile et source de fréquentes impasses à la fois diagnostique et thérapeutique. Un examen clinique complet à la recherche d'une pathologie organique mais également d'une pathologie fonctionnelle est indispensable après un interrogatoire précis à la recherche de facteurs déclenchants. L'identification de troubles de la statique pelvienne ou de manifestations liées à une pathologie gynécologique peuvent déboucher assez volontiers sur une démarche thérapeutique rationnelle curatrice. Dans les autres cas, notamment en cas de douleurs d'origine neurologique, la quête du diagnostic positif est possible mais les résultats thérapeutiques sont souvent décevants, incomplets ou peu durables.