

AFU 2008 CUROPF

Les Séquelles Douloureuse de la Chirurgie du prolapsus génital: aspects cliniques

Jean Jacques LABAT et Jérôme RIGAUD

Clinique Urologique

CHU de Nantes



Analyser les différents types de douleurs

- Douleurs par excès de nociception
- Douleurs neuropathiques somatiques
- Douleurs mal systématisées
 - Douleurs myofasciales
 - Hypersensibilisation type fibromyalgie et hypersensibilisation viscérale
 - Syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie)

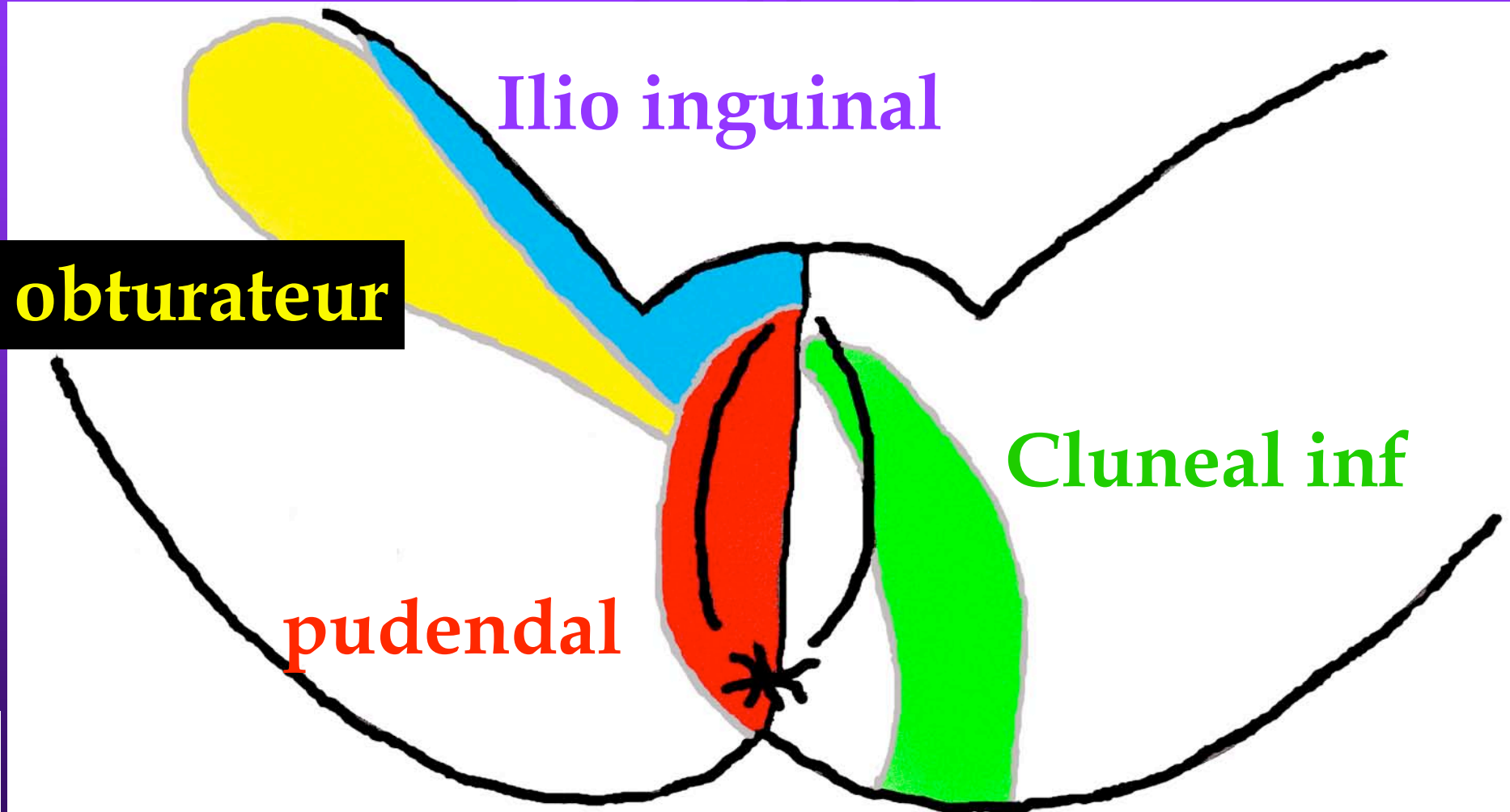
Douleurs par excès de nociception

- Recherche d'une atteinte lésionnelle
 - Douleur ayant des caractères mécaniques
 - Douleur focale reproduite par l'examen clinique
 - Pas de trajet neuropathique
 - Anomalie sur les données d'imagerie, ou les explorations d'organes (fibroscopie vésicale, coelioscopie)
 - Bloc anesthésique positif
- Exemple 1
 - lombalgie après promontofixation, spondylodisicte?

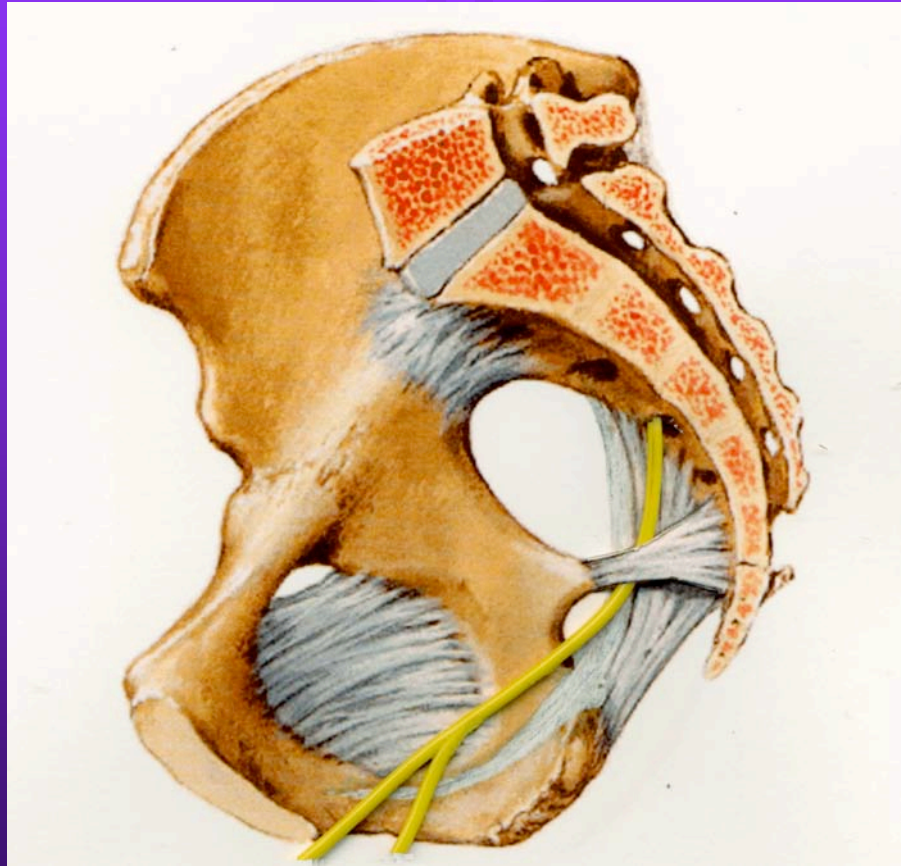
Douleurs neuropathiques somatiques

- Arguments
 - Topographique: systématisation tronculaire (ou radiculaire)
 - Type de la douleur: spontanée, brûlures, paresthésies (picotements, fourmillements, engourdissements, , décharges électriques)
 - Présence d'une hypoesthésie superficielle
 - Allodynie
- mécanismes
 - Trauma opératoire: troubles neurologiques installés d'emblée, évolution progressivement favorable
 - Fibrose secondaire et compression chronique: installation et aggravation secondaire et progressive des symptômes.
- Nécessité d'une corrélation anatomo clinique

topographie



Exemple 2: atteinte périnéale après spinofixation

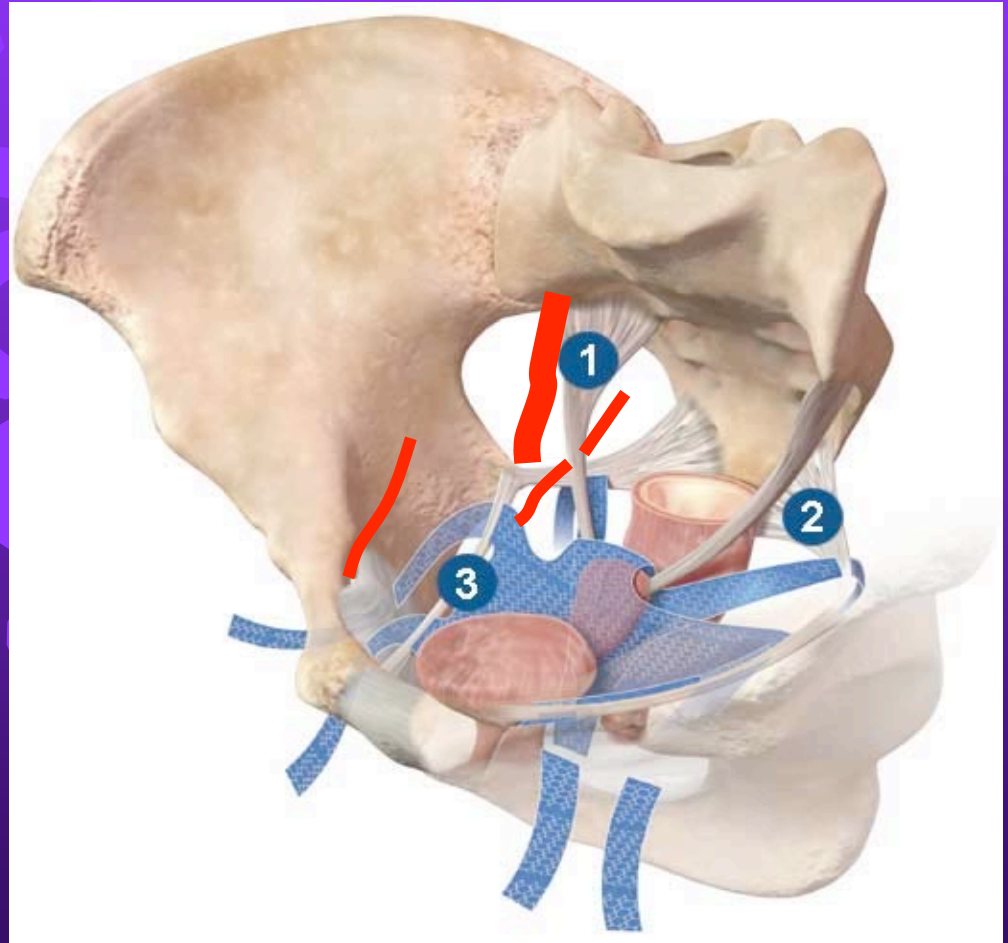


Arguments pour une atteinte traumatique du nerf pudendal

- Topographique (cf anat)
- Troubles sensitifs subjectifs et objectifs (engourdissement, hypoesthésie, diminution de sensation du passage des urines et des matières)
- Troubles déficitaires moteurs (difficultés de continence anale et urinaire)
- Troubles sexuels avec diminution de sensation sexuelle, dysfonction érectile

Le contexte chirurgical

- Le nerf pudendal est peu exposé à l'agression chirurgicale
- 4,5% de douleur neuropathique après spinofixation dont un tiers pudendal
- Id après mise en place de certaines prothèses intravaginales



Sacrospino-fixation

- Traumatisme direct (fil transfixant, hématome?)
 - Atteinte immédiate
 - Indication d'IRM: hématome compressif?
 - Récupération spontanée? reprise chirurgicale?
- Symptomatologie secondaire
 - développement d'une véritable névralgie pudendale type syndrome canalaire?

névralgie pudendale par syndrome canalaire

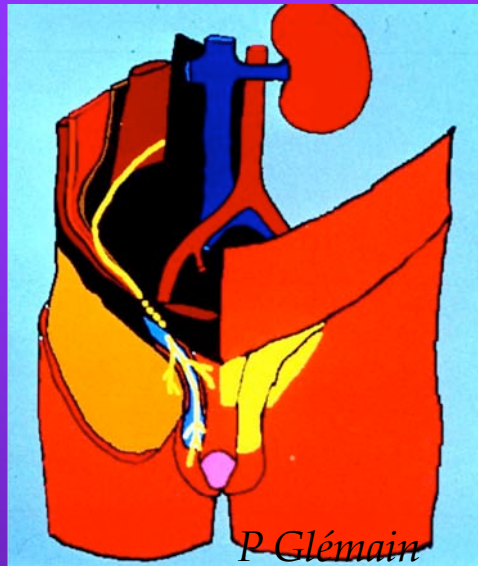
- Critères diagnostiques (Critères de Nantes 2007)
 - Douleur dans le **territoire** du nerf pudendal (de l'anus à la verge ou au clitoris)
 - Aggravée en position **assise** (soulagée sur un siège de WC)
 - Sans réveil nocturne par la douleur
 - Sans déficit sensitif objectif
 - Ayant un **bloc** diagnostic du nerf pudendal positif



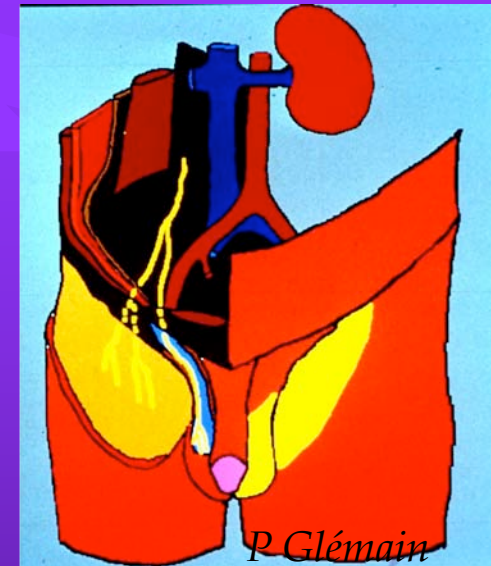
Névralgie pudendale post opératoire

- Possibilités de syndromes canauxaires asymptomatiques décompensés par n'importe quelle intervention
- Possibilités d'atteintes proximales, au niveau du plexus sacré par clip, fils ..
 - Bloc diagnostique à l'épine sciatique négatif
 - Bloc radiculaire S3 positif
 - Coelioscopie exploratrice? (Possover 2008)

Nerfs pariétaux



Ilio inguinal



P. Glémain

Génito-fémoral



P. Glémain



Ilio-hypogastrique

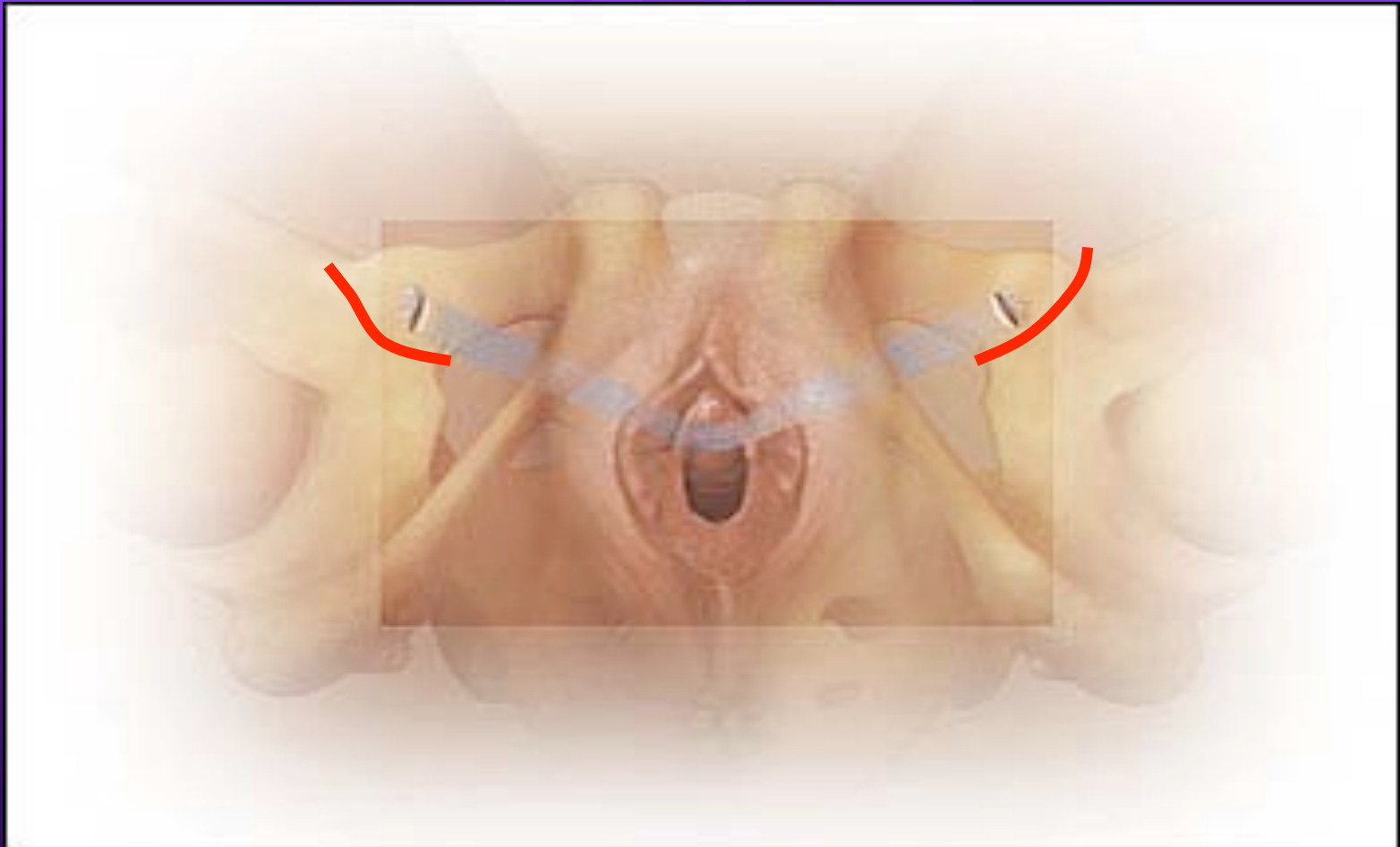
Exemple 3: douleur après promontofixation coelioscopique

- Douleur inguinale irradiant vers la grande lèvre
- Apparition 2 ans après l'intervention
- Point gâchette sur l'orifice du trochart
- Infiltration sur le point gâchette
- Neurolyse du nerf ilio inguinal

Névralgie Obturatrice

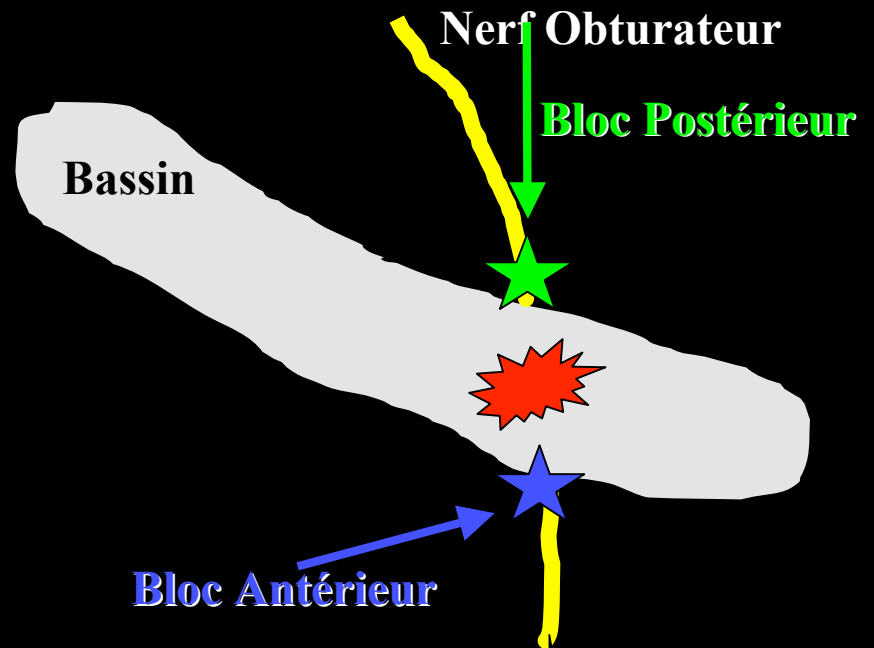
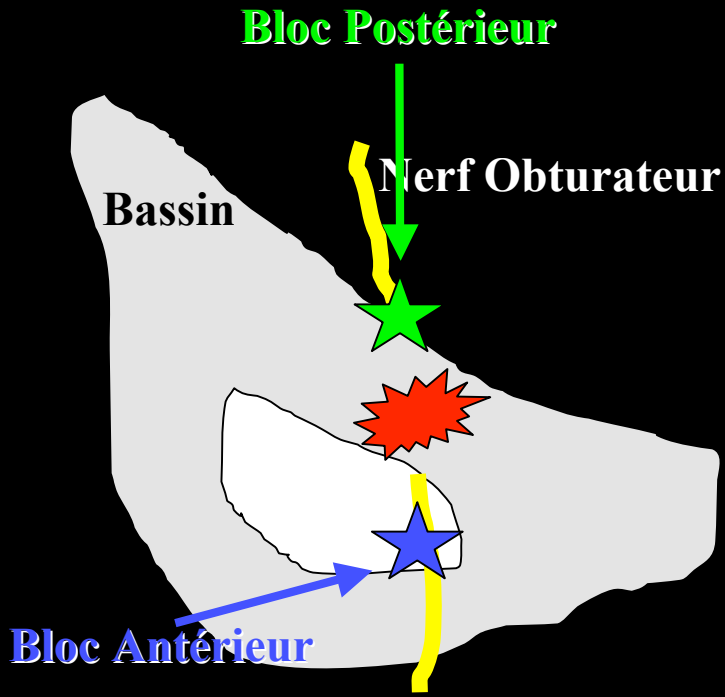
- Douleur face antéro-interne de la cuisse
- Pas d'irradiation dans la jambe
- Douleur neuropathique
 - Brûlure, paresthésie ou allodynie
- Calmé en position assise ou allongée
- Douleur à la marche
- **Boiterie** par esquive du pas
- Aggravation en appui unipodal
- **Pas de déficit sensitif ou moteur**

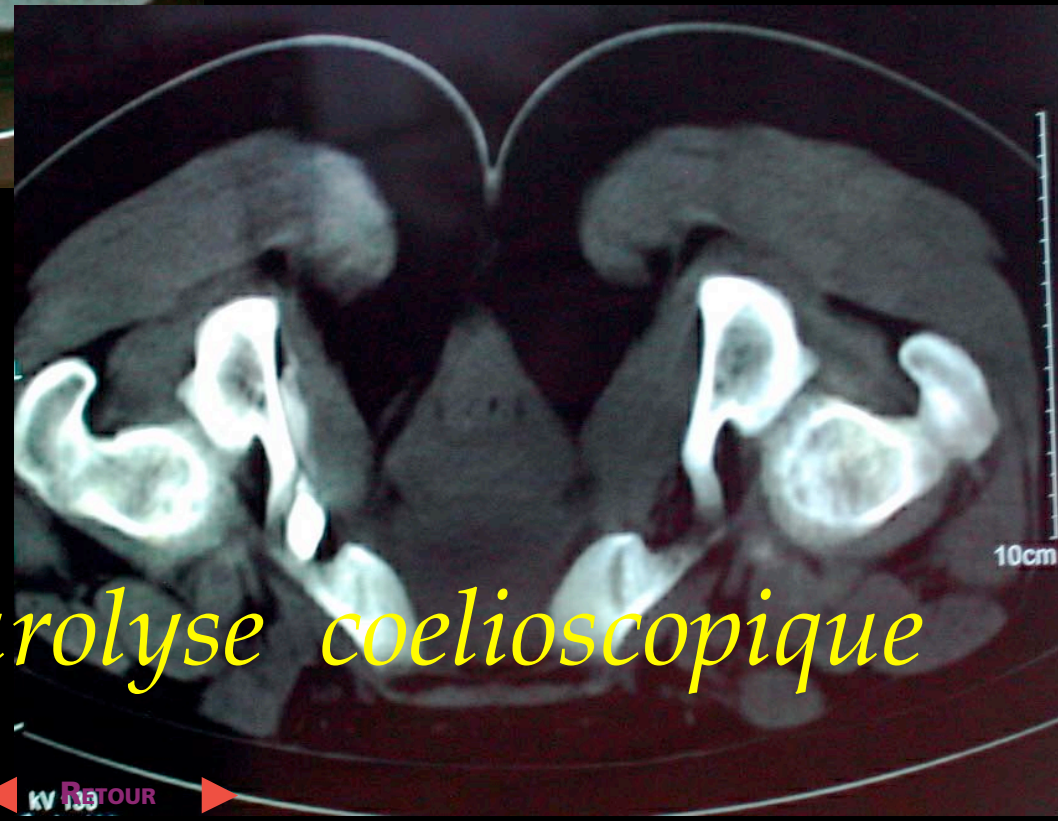
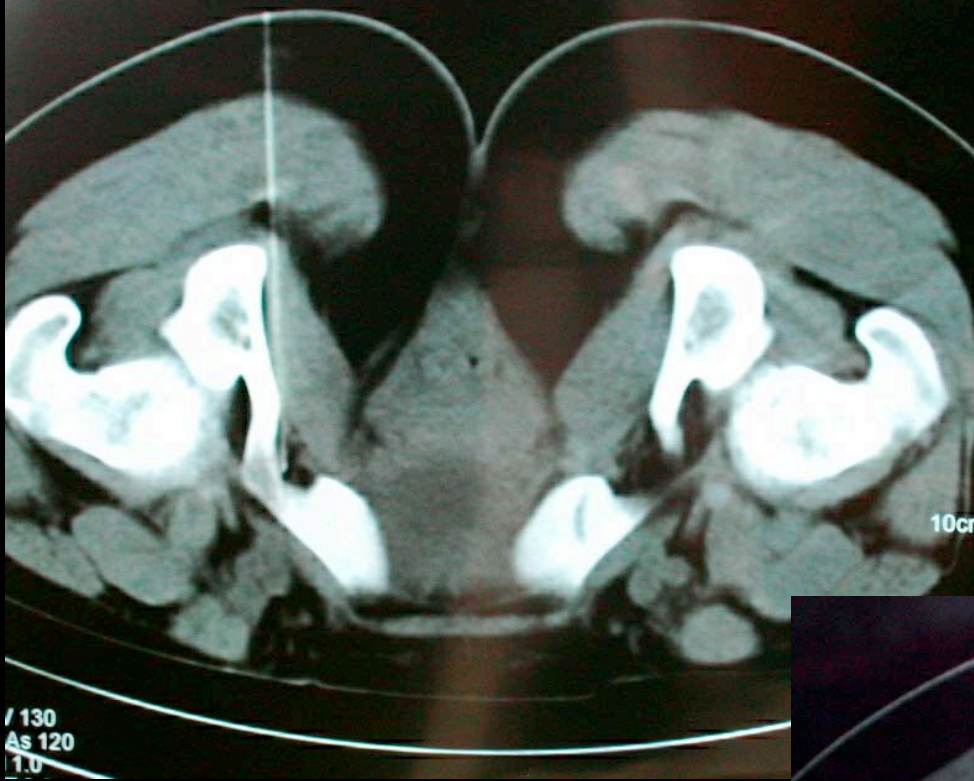
Exemple 4: douleur inguino crurale après cure de prolapsus et d'IUE



Névralgie Obturatrice

Blocs anesthésiques





*Envisager une neurolyse coelioscopique
(J Rigaud 2008)*

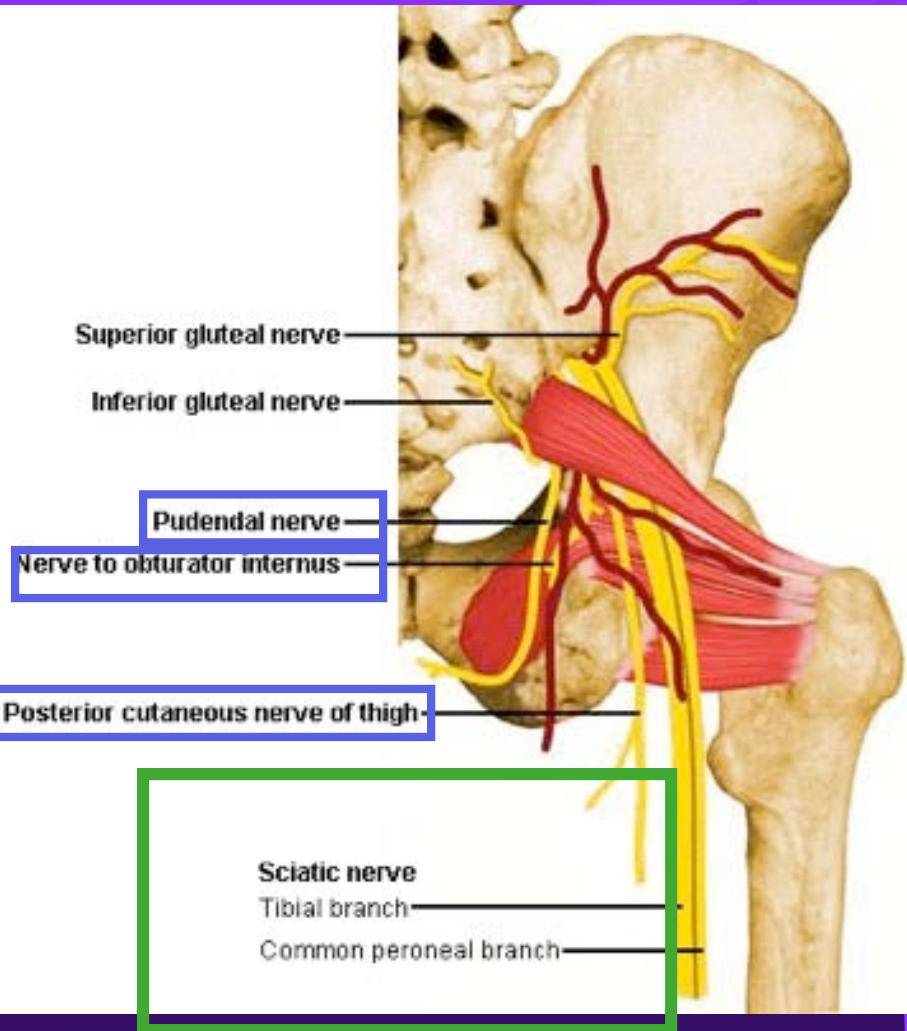
Les douleurs pelvi périnéofessières post opératoires mal systématisées

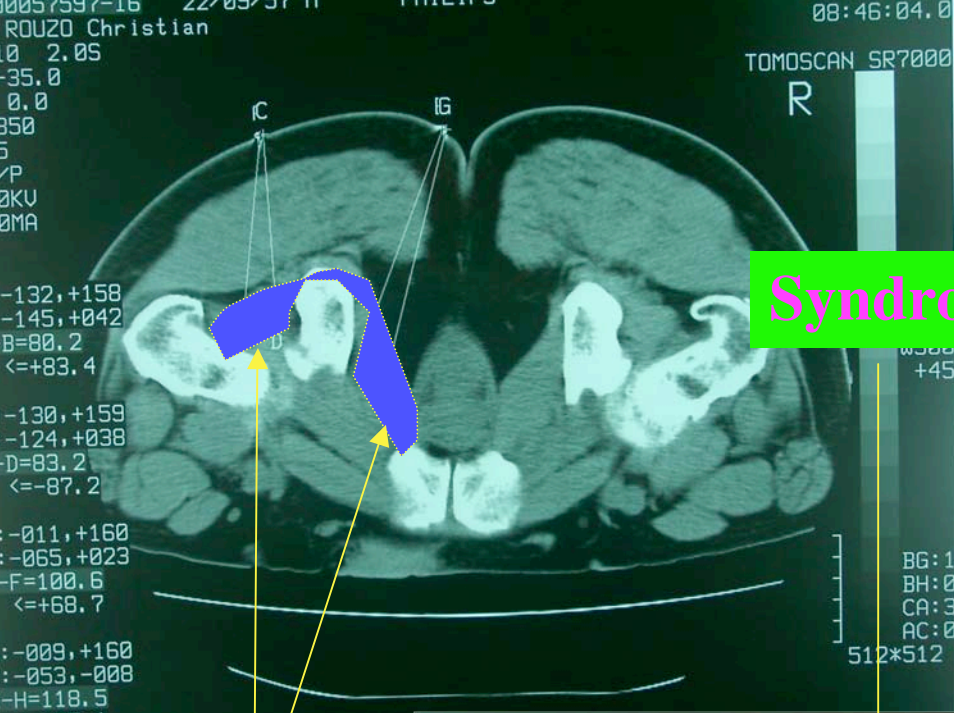
- Douleurs myofasciales
- Hypersensibilisation type fibromyalgie et hypersensibilisation viscérale
- Syndrome douloureux régional complexe

Exemple 5: douleur périnéale, fessière, face interne de cuisse et sciatalgique après voie transobturatrice

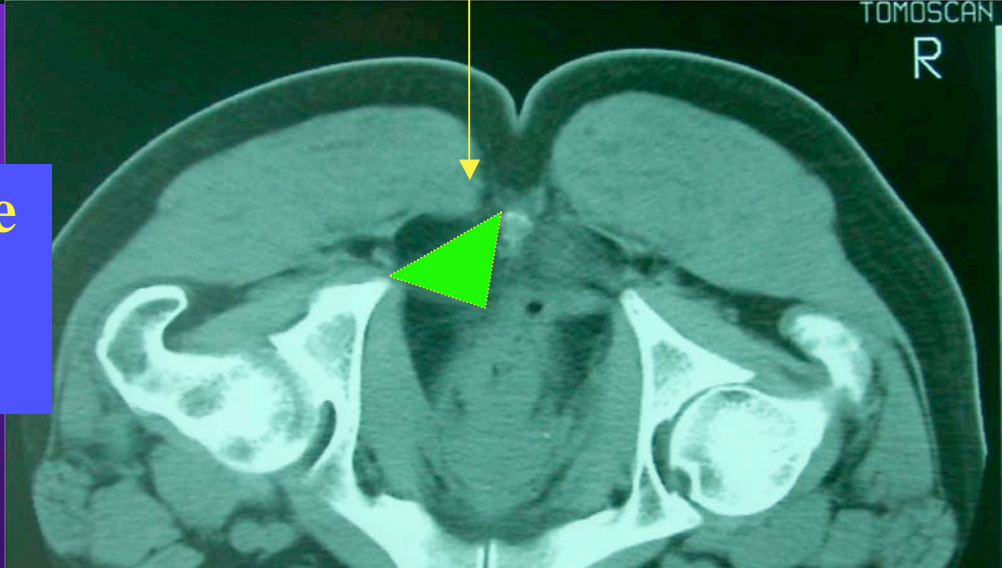
Syndrôme myofascial du muscle obturateur interne

- Un chef fessier en rapport avec le sciatique et le nerf cutané postérieur de la cuisse
- Un chef pelvien en rapport avec le nerf pudendal et avec le nerf obturateur
- Points gâchettes fessier et pelvien





Syndrome du piriforme



Syndrome de l'obturateur interne

up & inf gemelli
re just above &
elow obt int

La topographie clinique est constamment confirmée par l'imagerie

RETOUR

Exemple 6: douleur pelvienne après promontofixation

- Douleur hypogastrique
- Augmentée par le remplissage vésical , soulagée par la miction
- Volumes urinés fluctuants
- Pollakiurie uniquement diurne
- Allodynie à la palpation de la paroi abdominale
- Vestibulite vulvaire avec dyspareunie
- Douleurs abdominales améliorées par l'émission de gaz
- Alternance constipation et diarrhée
- Cystoscopie / IRM normales

Hypersensibilisation

- Myofasciale : pariétale
- Rechercher des points gâchettes plus diffus, une asthénie, des troubles du sommeil évocateur d'un syndrome fibromyalgique
- Hypersensibilisation viscérale: urinaire, digestive, génitale

Notion de terrain favorisant

Chirurgie= allumette

Conséquence = l'embrasement

Exemple 7: après prothèse voie basse

- Progressivement: Brûlures, vulvaires avec allodynie, dyspareunie, aggravation en station assise, pollakiurie douloureuse
- Examen : fesses froides, vulve érythémateuse, pseudo inflammatoire, intolérance au contact local, douleur à la pression de tout le cadre osseux
- Absence de cause infectieuse, IRM normale
- Discussion d'une rétraction de la prothèse

Hypothèse d'un syndrome douloureux régional complexe: (algodystrophie), douleurs médiées par le sympathique

La composante émotionnelle

- Appartient en propre à la douleur chronique
- Plus souvent conséquence que cause de la douleur
- Mais fréquence des antécédents d'abus sexuels +++ dans les douleurs pelviennes chroniques (8 fois plus d'interventions)
- La chirurgie est un stress: syndrome de stress post traumatique

Neuropathique
Locale

NEURALGIE PUDENDALE
ISOLEE

AUTRES NEURALGIES: OBTURATRICE,
ILIO INGUINALE

FIBROMYALGIE

**Composante
émotionnelle**
Globale

**Hyper-
sensibilisation**
Regionale
globale

ENDOMETRIOSE
DOULEURS
PELVIENNES
COMPLEXES
VESTIBULODYNIE

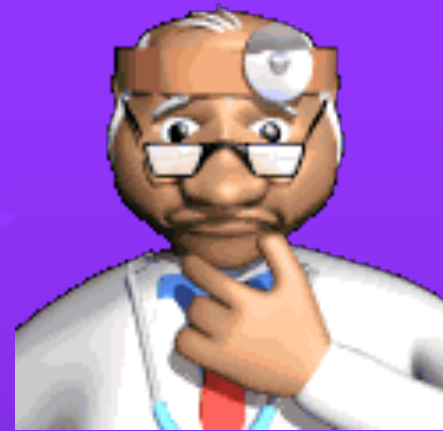
SYNDROME DE VESSIE
DOULOUREUSE
SYNDROME DE
L'INTESTIN IRRITABLE

Douleur viscérale, sympathique
Regionale

RETOUR



Conclusions



Douleur

- Nociceptive
- Neuropathique
- Par dysrégulation des systèmes de contrôle de la douleur (sympathique et hypersensibilisation)
- Bonne connaissance anatomique -CRO
- Chronologie des faits +++
- Ablation ou reprise chirurgicale
- Mais également PREVENTION par dépistage des sujets à risques, conditions d'anesthésies etc