

Septième Chapitre
Syndrome de sensibilisation pelvienne, ou
... lorsque le système neurologique dysfonctionne

Titre Google : douleurs pelvi-périnéales chroniques par sensibilisation pelvienne

Syndrome de sensibilisation pelvienne, ou ... Lorsque le système neurologique dysfonctionne

Amélie Levesque
Centre fédératif des pathologies pelvi-périnéales CHU Nantes



I - La douleur, équilibre entre stimulation et inhibition ?

A - La stimulation :

La douleur nociceptive est une douleur associée à un système nerveux fonctionnel, exerçant sa fonction de système d'alarme, face à une lésion tissulaire. Cette douleur est causée par la stimulation directe des nocicepteurs périphériques (terminaisons libres A δ et C) ubiquitaires, convergeant vers la corne postérieure de la moelle.

Des contrôles inhibiteurs, médullaires et corticaux, existent afin de contrebalancer les afférences nociceptives.

La plupart du temps il n'y a pas de perception douloureuse car le système est en équilibre, c'est-à-dire que les contrôles inhibiteurs sont fonctionnels et leurs capacités d'action ne sont pas dépassées par les afférences nociceptives. Dans ce cas il n'y a pas de douleur.

Pourtant, Il y a des afférences nociceptives ! Vous par exemple en ce moment alors que vous lisez soit assis, soit allongés, vos capteurs nociceptifs en regard de vos ischions sont probablement activés et déchargent des potentiels d'action dans la corne postérieure du cône médullaire et pourtant vous n'avez pas mal !! et bien c'est par ce que vos contrôles inhibiteurs fonctionnent.

Il en existe quatre sortes en réalité :

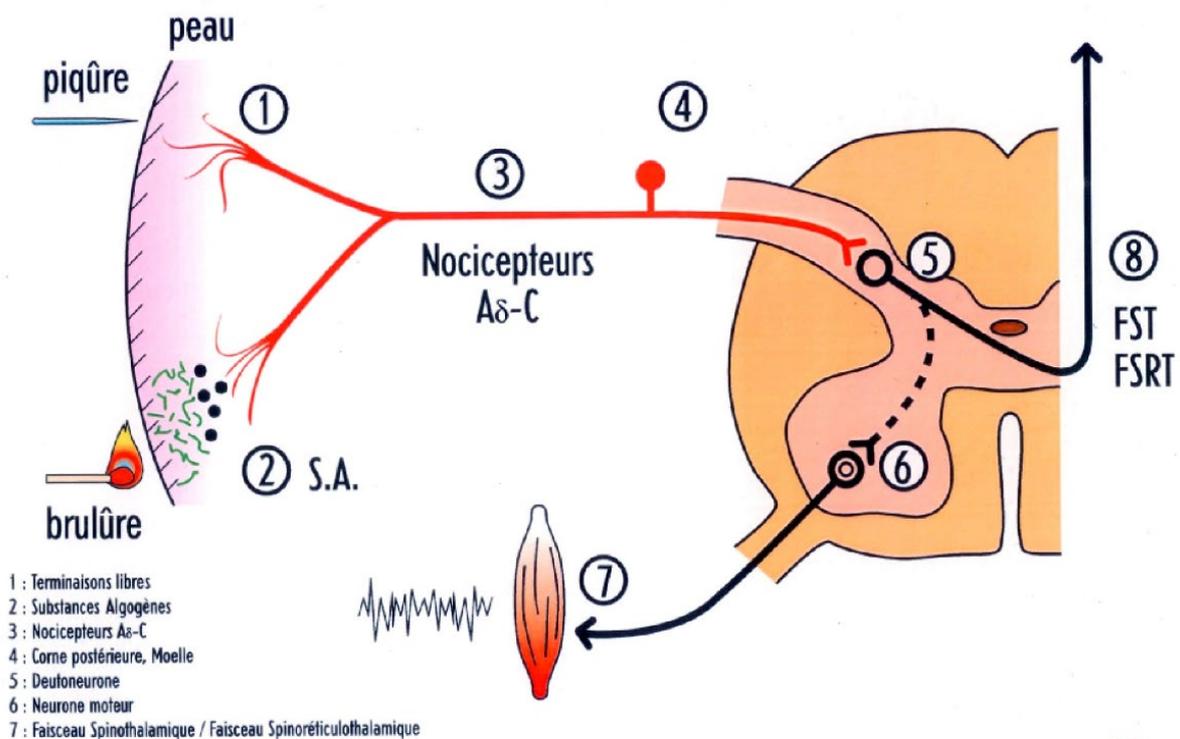
B - Les quatre contrôles inhibiteurs :

1 – Boucle sensitivo-motrice :

Le premier des contrôles inhibiteurs fait appel à une boucle réflexe sensitivomotrice des plus basiques.

Lorsqu'une afférence nociceptive atteint la corne postérieure de la moelle cela active les motoneurones du métamère, entraînant la plupart du temps l'arrêt de la stimulation nociceptive (changements de position sur une chaise, changement de position lorsque l'on dort, retrait de la main du feu...)

C'est très efficace et très reposant pour le cerveau qui n'a pas à intervenir !

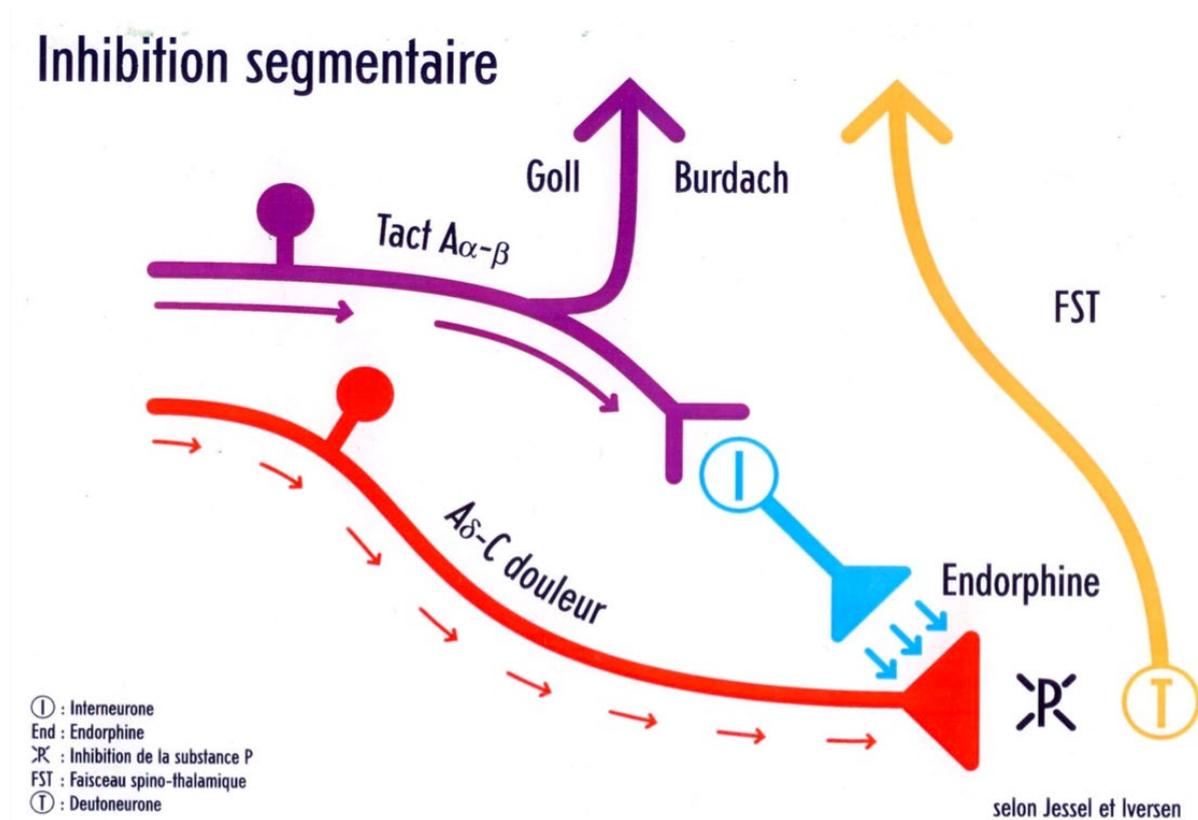


2 – Le « Gate control » :

Le deuxième est appelé « Gate Control » ou « « contrôle du portillon » en français. Le toucher est véhiculé par des fibres nerveuses myélinisées de calibre moyen ($A\beta$) dont la vitesse de conduction est d'environ 100m/s. En revanche les fibres conduisant la nociception sont des

fibres peu ou pas myélinisées dont la vitesse de conduction est donc bien plus lente (environ 1m/S). Il en résulte que lorsqu'on stimule le toucher d'une zone douloureuse, le tact arrive à la moelle en premier. Il y active alors un interneurone inhibiteur qui va libérer des endorphines sur la synapse de nociception (entre l'axone du premier neurone nociceptif « afférence nociceptive » et le deuxième neurone « faisceau spino-thalamique »). Ceci aura pour effet de diminuer voire de stopper la transmission du message douloureux.

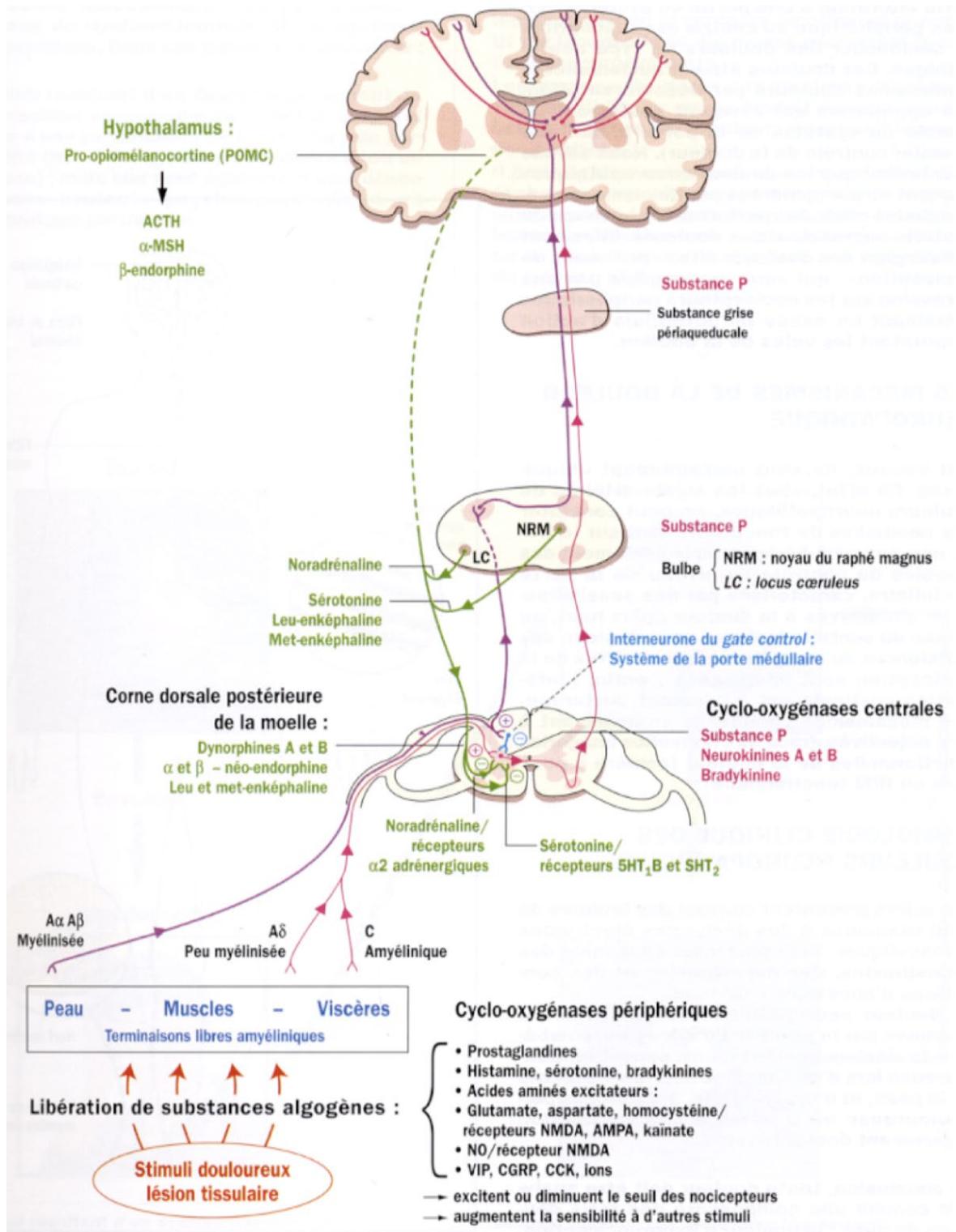
On a tous le réflexe, en effet, de se frotter le tibia que l'on vient de taper violemment contre la table basse du salon... comme cela marche aussi de souffler sur une brûlure...



3 – Contrôles inhibiteurs diffus :

Le troisième regroupe ce qu'on appelle les **contrôles inhibiteurs diffus induits par la nociception**. En clair la stimulation nociceptive entraîne la production par l'hypothalamus notamment, de neurotransmetteurs qui seront envoyés via des voies descendantes sur les synapses nociceptives de la moelle afin de bloquer le passage de la substance P. Cela aura pour effet de diminuer ou arrêter le message douloureux.

Ces neurotransmetteurs sont les endorphines, enképhalines, la sérotonine et la noradrénaline. Sa dysfonction explique la co-occurrence aux douleurs chroniques de troubles psycho-émotionnels, de l'humeur allant parfois jusqu'à la dépression. En effet il n'aura échappé à personne que les antidépresseurs étaient fréquemment utilisés pour le traitement des douleurs chroniques. En effet on comprend que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline vont favoriser le fonctionnement des contrôles inhibiteurs descendant. Cela explique à l'inverse pourquoi une douleur chronique quelle qu'en soit la cause évolue le plus souvent vers la dépression.



4 – Le cerveau !

Enfin, un quatrième moyen de contrôle est exercé par les fonctions supérieures. La perception de la douleur peut être totalement modulée en diminuant ou en augmentant son aspect désagréable. Les fonctions supérieures sont même capables de bloquer complètement la douleur (hypnose) !

Ainsi la distraction (rappelez-vous avec vos enfants « il s'est envolé le bobo, regarde...en visant un oiseau imaginaire dans le ciel »), la relaxation et la méditation sont des moyens antalgiques très efficaces. Le but recherché à chaque fois est de diriger l'attention ailleurs que sur la douleur.

II - La sensibilisation à la douleur, un déséquilibre

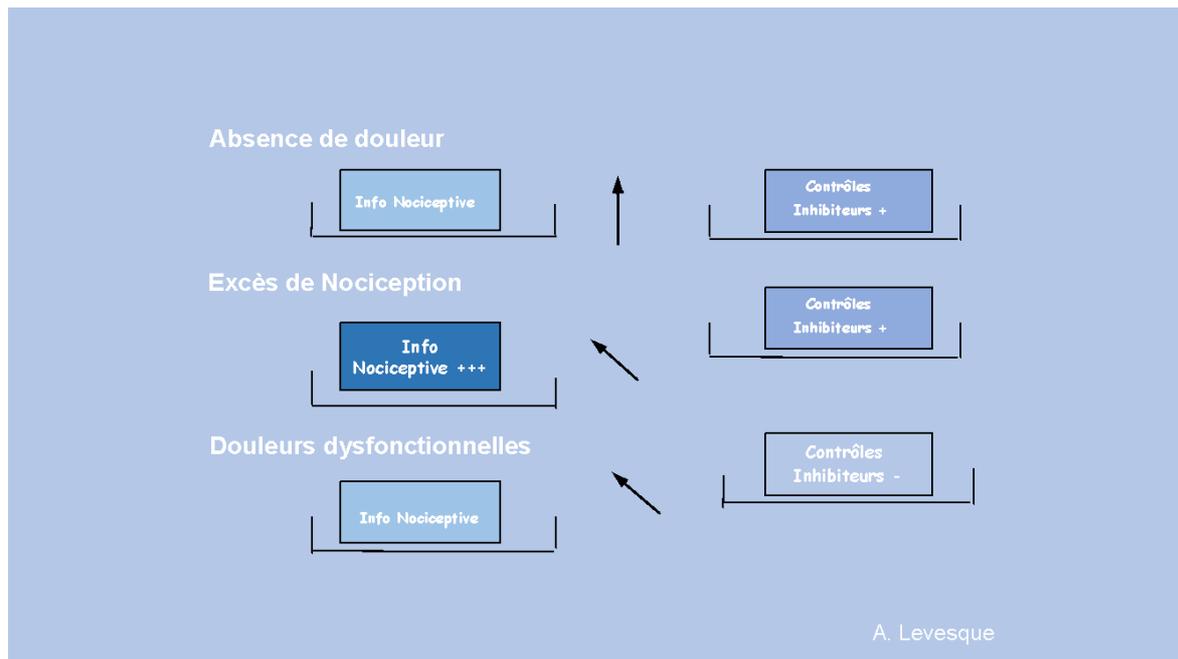
Lorsqu'il y a une affection, une inflammation ou toute autre lésion tissulaire périphérique, les afférences nociceptives dépassent les capacités des contrôles inhibiteurs centraux : il y excès de nociception, il y alors une perception douloureuse à l'étage cérébral.

Comme on l'a vu dans l'article de démembrement (chapitre introduction de ce dossier), l'excès de nociception peut avoir pour origine un viscère (uro, gynéco, digestif), une structure ostéo-articulaire (coccyx ou thoraco-lombaire), musculaire (piriforme, obturateur interne, élévateurs de l'anus), cutanée ou vasculaire.

Cependant la perception douloureuse peut également résulter d'un déficit des contrôles inhibiteurs. **On parle de sensibilisation centrale à la douleur.**

Il peut s'agir d'une altération de la perception sensitive (altération du Gate control par un Herpès virus, radiothérapie, chirurgie...), d'un déficit en sérotonine, noradrénaline, endorphines (manque d'activité physique, syndrome dépressif) ou d'une incapacité à défocaliser de la douleur (stress post traumatique, catastrophisme, sentiment d'injustice...).

Dans ces cas, les afférences nociceptives, même minimes sont perçues de la même manière qu'un excès de nociception. Le patient n'a pas de « lésion tissulaire » au sens macroscopique du terme (pas de tumeur, pas d'arthrose, de lichen, d'hémorroïde, de nerf coincé...) mais il perçoit une douleur comme tel !



La sensibilisation centrale à la douleur est la résultante d'une plasticité neuronale (réorganisation physique et chimique du système nerveux central) en réponse à des signaux de douleur répétés ou vécus dans un contexte psycho-émotionnel favorisant (traumatisme émotionnel).

Il en découle des seuils de perception nociceptive abaissés, une diffusion spatiale et temporelle de la douleur.

A l'étage pelviens cela se manifeste par un premier besoin urinaire précoce, une altération de la perception du contenu rectal, une allodynie des muqueuses, des douleurs musculaires diffuses ainsi que des douleurs post-mictionnelles, post-défécatrices et post-coïtales.

Même si le diagnostic de sensibilisation pelvienne à la douleur reste un diagnostic d'élimination il existe un score « Score de Convergences PP » qui permet de l'établir facilement en pratique clinique courante.

Score de Convergences PP

(Score de sensibilisation pelvienne à la douleur)

Ce score de sensibilisation douloureuse pelvienne est utilisable chez les patients présentant des douleurs pelvi-périnéales évoluant depuis plus de trois mois dont les symptômes apparaissent disproportionnés eu égard aux éléments lésionnels constatés par les examens cliniques et les examens complémentaires (bilan infectieux, imageries, endoscopies)

	Sphère urinaire basse	Sphère digestive basse	Sphère génito-sexuelle	Sphère cutanéomuqueuse	Sphère musculaire	scores
Abaissement de seuils	<input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors du remplissage vésical et/ou la miction	<input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors de la distension et/ou la vidange rectale (matières, gaz)	<input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors de l'activité sexuelle	<input type="checkbox"/> Allodynie pelvi-périnéale (impossibilité d'utiliser des tampons, intolérance au ports des sous-vêtements serrés)	<input type="checkbox"/> Présences de points gâchette pelviens (piriforme, obturateurs internes, élévateurs de l'anus)	/5
Diffusion temporelle	<input type="checkbox"/> Douleurs post-mictionnelles	<input type="checkbox"/> Douleurs post-défécatoires	<input type="checkbox"/> Douleurs persistantes après l'activité sexuelle			/3
Variabilité des symptômes	<input type="checkbox"/> Variabilité de l'intensité douloureuse (évolution par périodes, évolution en dents de scie) et/ou de la topographie douloureuse					/1
comorbidités	<input type="checkbox"/> Présence de douleurs dysfonctionnelles (migraine, syndrome fibromyalgique, syndrome de l'intestin irritable) et/ou syndrome de fatigue chronique et/ou syndrome de stress post-traumatique					/1
Score total de sensibilisation pelvienne						/10

Chaque case cochée vaut 1 point.

Un score total $\geq 5/10$ est en faveur d'une sensibilisation pelvienne à la douleur.

III – Conclusion :

Pour éviter à ces patients une errance thérapeutique longue et épuisante il convient de se rappeler que lorsque le patient ne semble « **rentrer dans aucune case** », la sensibilisation centrale à la douleur est souvent l'explication à leur souffrance. Au-delà de donner une explication au patient sur l'origine de leurs douleurs, cela ouvre le champ à des thérapeutiques adaptées et à une prise en charge dédiée.