

Douleurs pelvi-périnéales

DES MPR 2022

Dr LEVESQUE Amélie

Coordinatrice

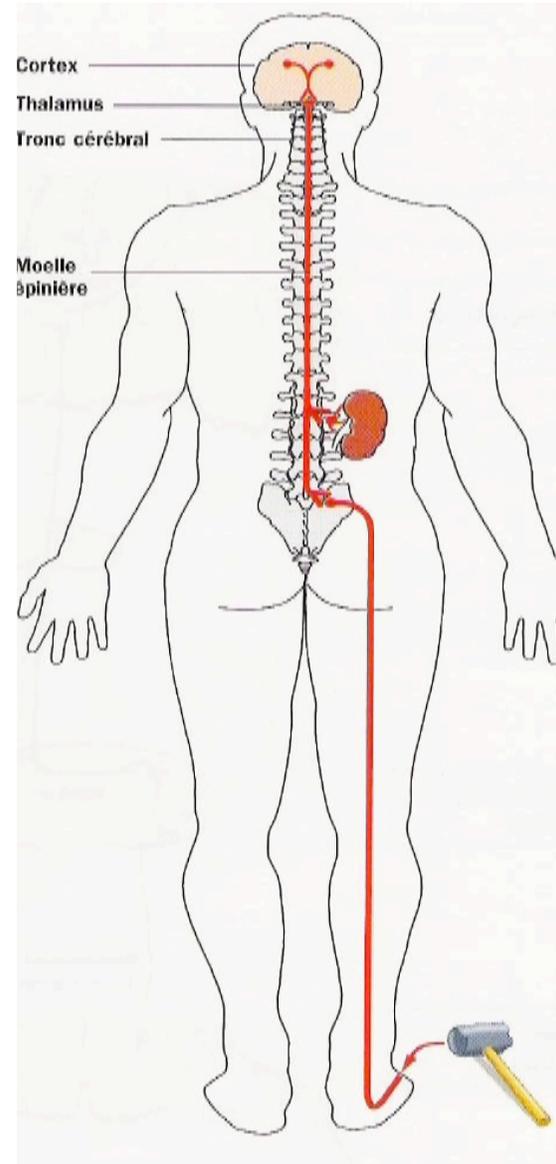
La douleur : comment ça marche ...

3. Perception



2. Transmission

1. Détection

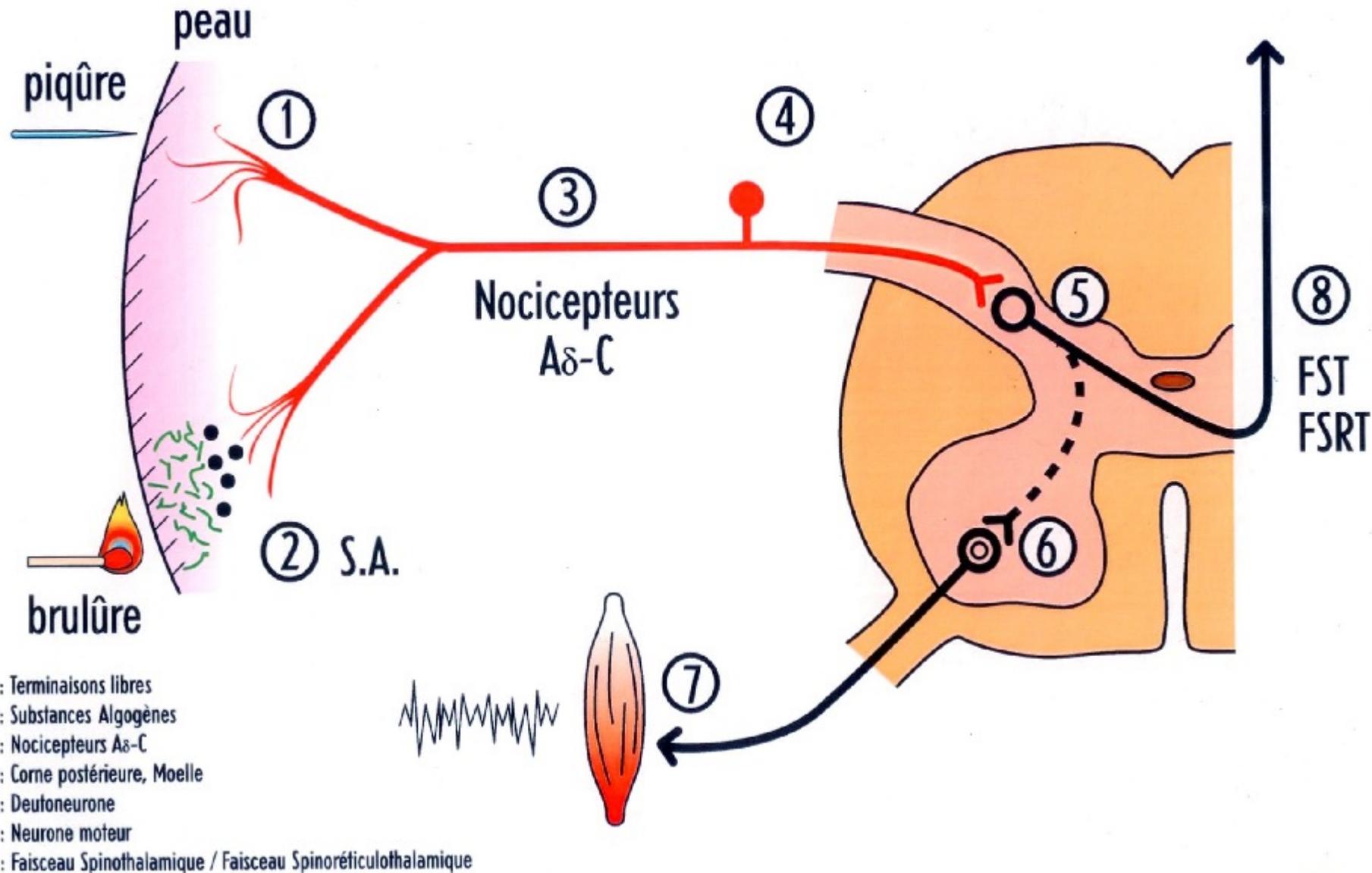


3e neurone

2e neurone

1e neurone

Voies de la douleur (de la périphérie à la corne postérieure de la moelle)



Les défenses de l'homme contre la douleur

P. Giniès

Le cerveau peut
se mobiliser contre
la douleur

Le corps
participe à la lutte
contre la douleur

Se frotter la peau à
proximité d'une blessure
ferme la porte
à la douleur

Blessure

Contrôle de la douleur

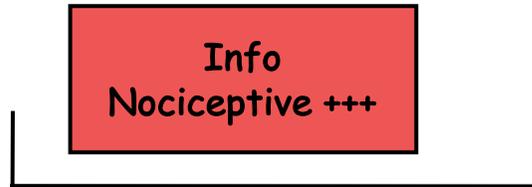
Le message douloureux est freiné par:

- Le toucher : **Gate Control**
- Les **contraction musculaires** réflexes
- Les voies descendantes inhibitrices : **endorphines** et autres molécules inhibitrices

Équilibre : absence de douleur



Excès de Nociception



Douleurs dysfonctionnelles



Quatre types de douleur ?

- Par excès de nociception
- (dys)Fonctionnelles ou « Nociplastiques »
- Neuropathiques
- Les syndromes douloureux régionaux complexes (algodystrophies)

Probablement : 2 types seulement...

Douleur physiologique

- douleur aiguë
- dlr nociceptive ou neuropathique
- dlr « proportionnelle » à une lésion

Douleur pathologique

- dlr chronique
- dlr dysfonctionnelle et/ou SDRC
- dlr « disproportionnée »

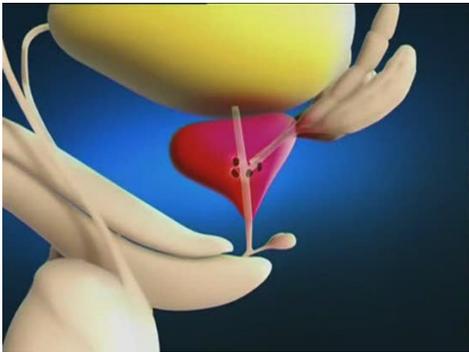
Qu'est ce qui peut faire mal?

La maladie d'organe

- Infectieuses
- Inflammatoires
- Néoplasique
- Allergique



Spécialistes d'organe :
urologue
gynécologue
colo-proctologue...



D'autres responsables possibles :

- les os

- Coccyx
- Charnière thoraco-lombaire

- les muscles

- Pelvi-trochantériens
- Élevateurs de l'anus

- La peau

- Lichen/psoriasis
- vulvodynies

- les nerfs

- Pudendal
- Clunéal

- Les vaisseaux

- Syndrome de congestion pelvienne

- La sensibilisation

Les coccygodynies



les douleurs sacro-coccygiennes

- **La « vraie » coccygodynie**

- survient au changements de position (au moment de s'asseoir ou de se relever)
- La gêne peut être plus continuelle, mais la station assise l'augmente (symptômes positionnels)
- La cause : mouvements anormaux du coccyx.
- Contexte : post accouchement, post traumatique



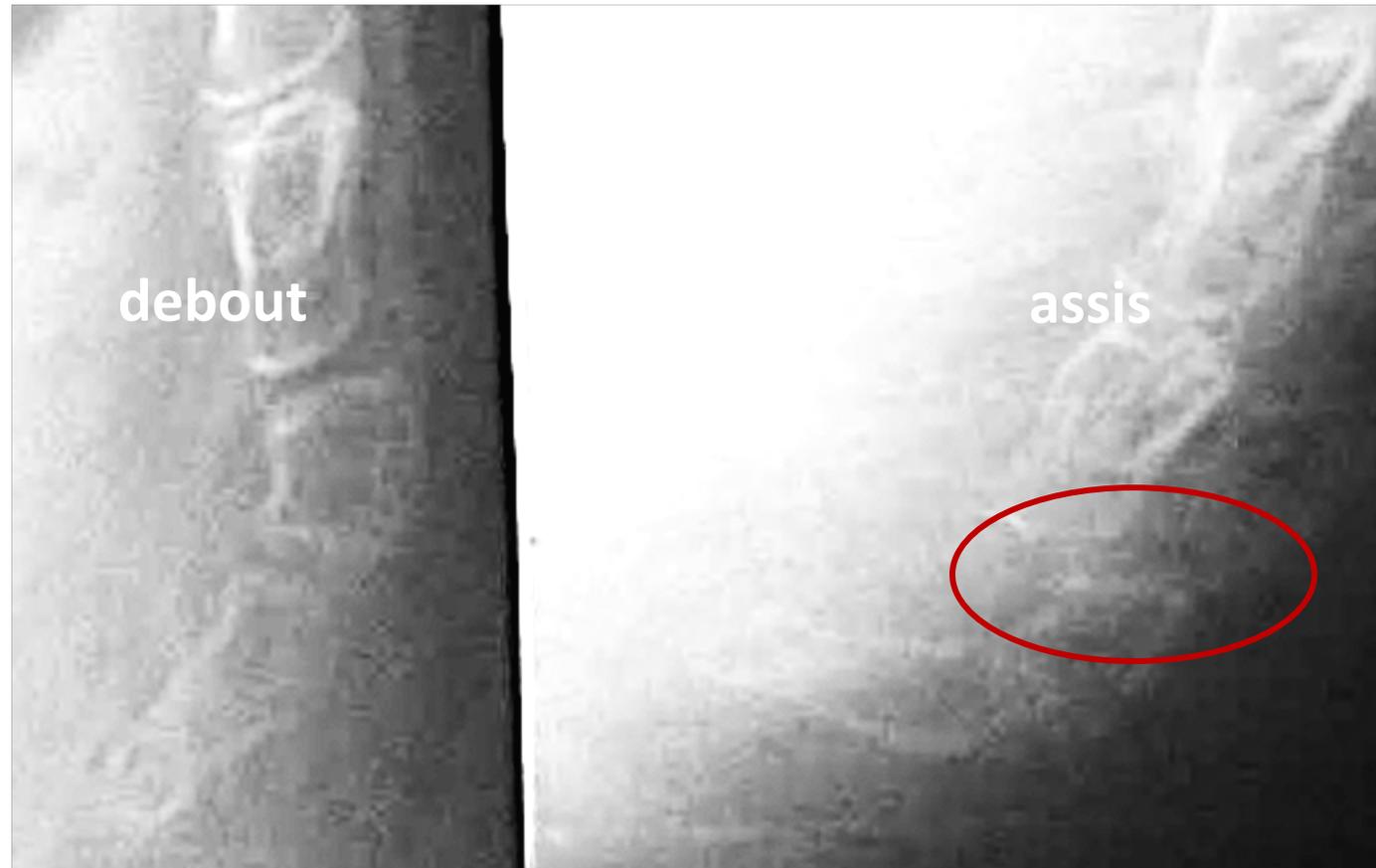
- **Autres coccygodynies**

- d'allure neuropathiques, plus constantes, plus diffuses
- Douleurs projetées lombo-sacrées : nerf de Trolard

Le nerf de Trolard



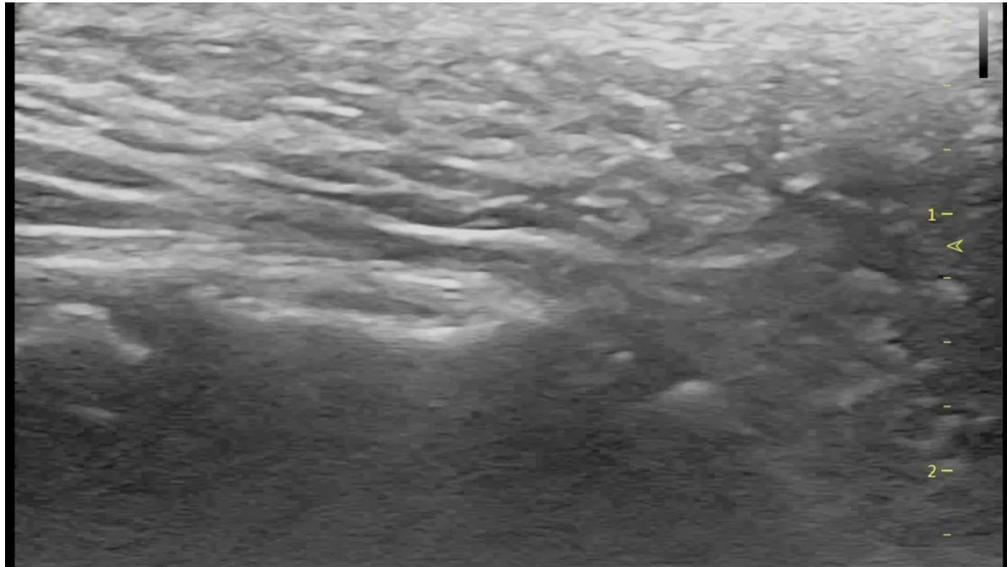
Intérêt du cliché dynamique



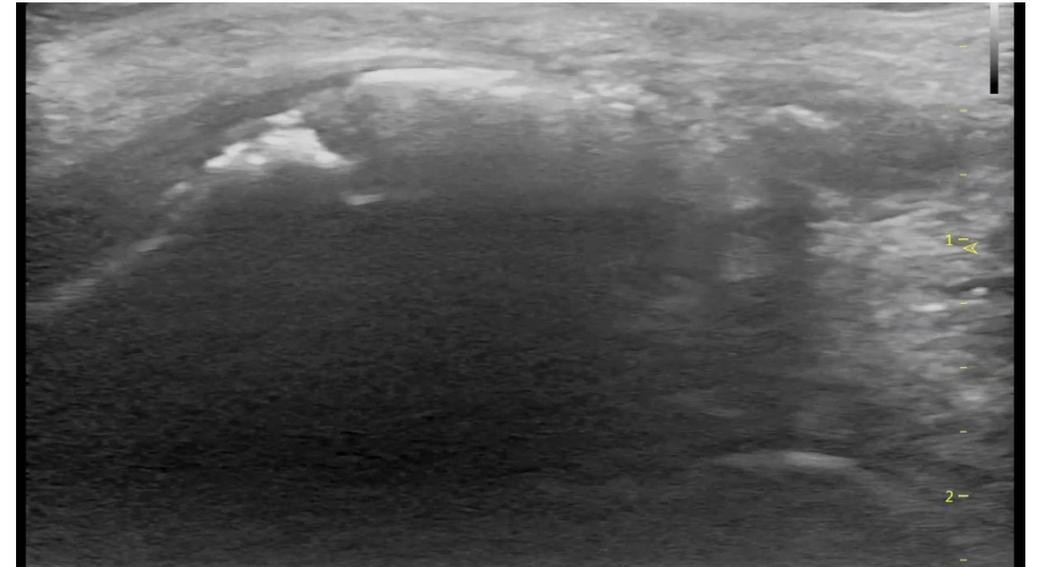
Coccygodynies : hypermobilité ?

En cas de clinique douteuse
Intérêt de l'échographie dynamique également

Avec hypermobilité



Sans hypermobilité



Le traitement dépend de la cause

- **Coccygodynies vraies :**

Ostéopathie/kiné, infiltration, coccygectomie...

DAMPC B, Pol Przegl Chir 2017 (revue dg/physiopath/traitements)

ELKHASHAB Y. Curr Pain Headache Rep 2018 (revue traitements)

FINSEN V. Bone Jt Open 2020 (comparaison entre infiltrations de 2 corticoïdes diff = seulement 9% sans dLR à 3 mois, PGI <3 = 15%, pas de bras contrôle)

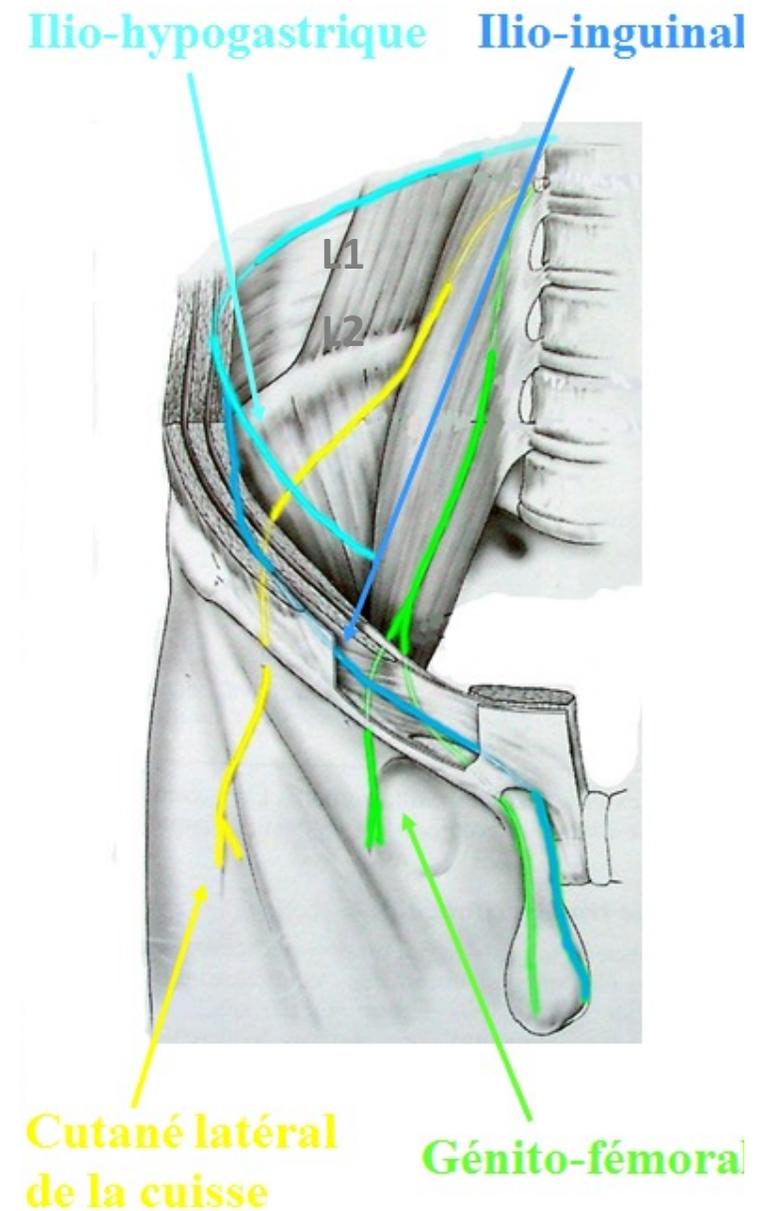
- **Coccygodynies d'expression neuropathique :**

Traitement algologique : antalgiques, médicaments des douleurs neuropathiques, Intérêt des topiques : lidocaïnes, capsaïcine

LEVESQUE A et al. Pain Physician 2017

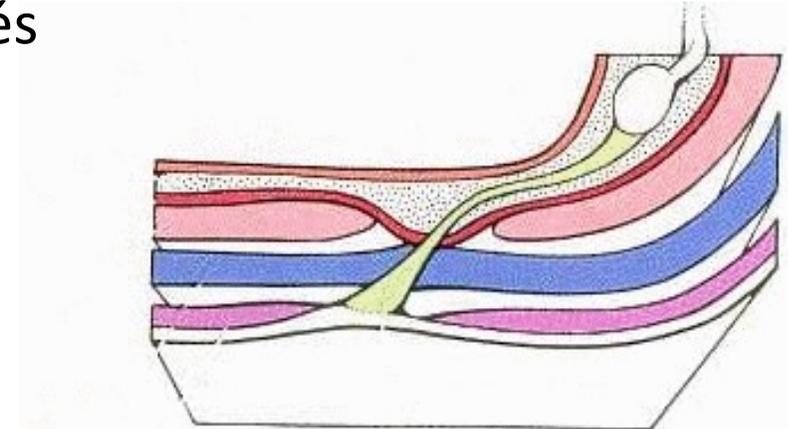
mesures environnementales, hypnose...

Les douleurs projetées d'origine thoraco-lombaires



Les douleurs ilio-inguinales, ilio-hypogastriques, génito-fémorales

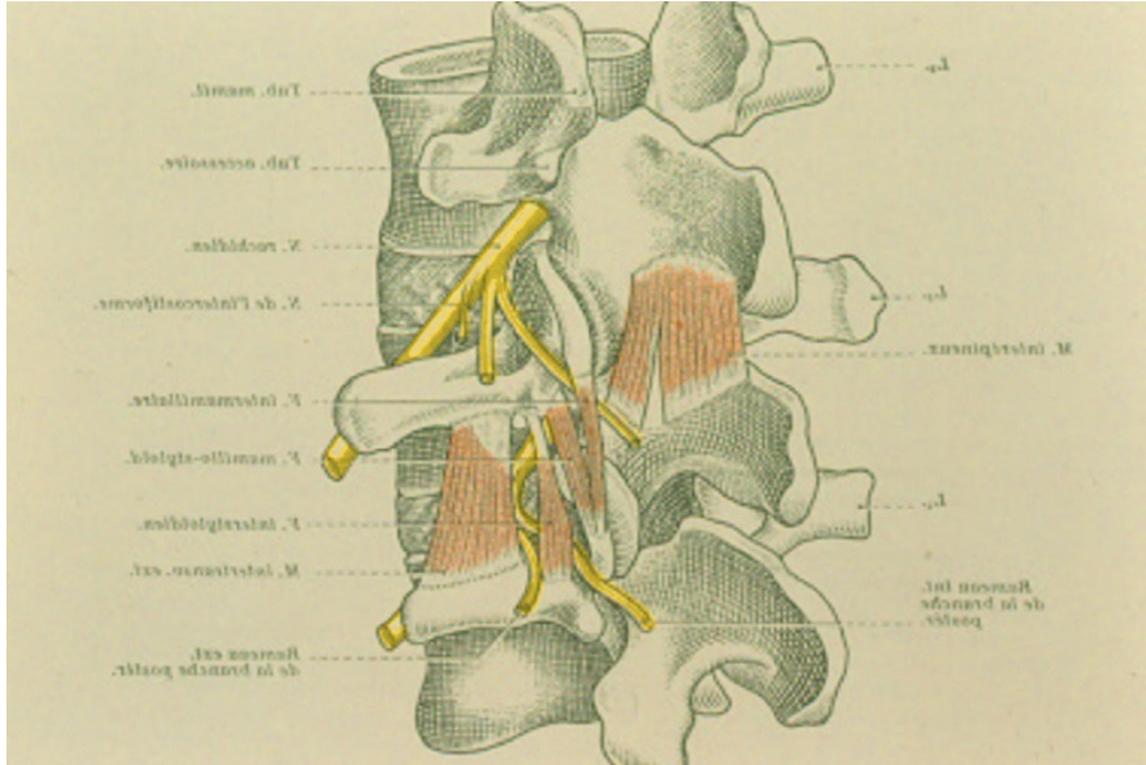
- Douleurs testiculaires +++
- Douleurs neuropathiques le plus souvent
- Irradiations dans un ou plusieurs des territoires sus-cités
- 3 grands cadres étiologiques :
 - Atteinte organique
 - Contexte post-opératoire +++ (cure de hernie inguinale)
 - Douleurs projetées d'origine rachidienne (syndrome de Maigne)



Syndrome de Maigne

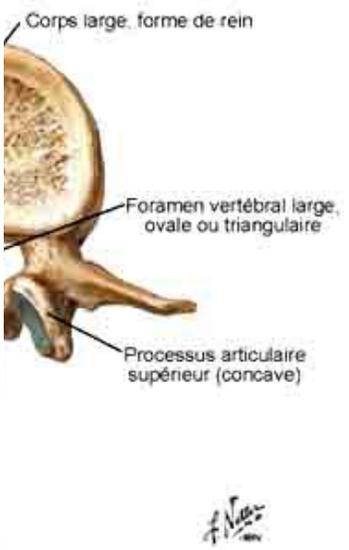
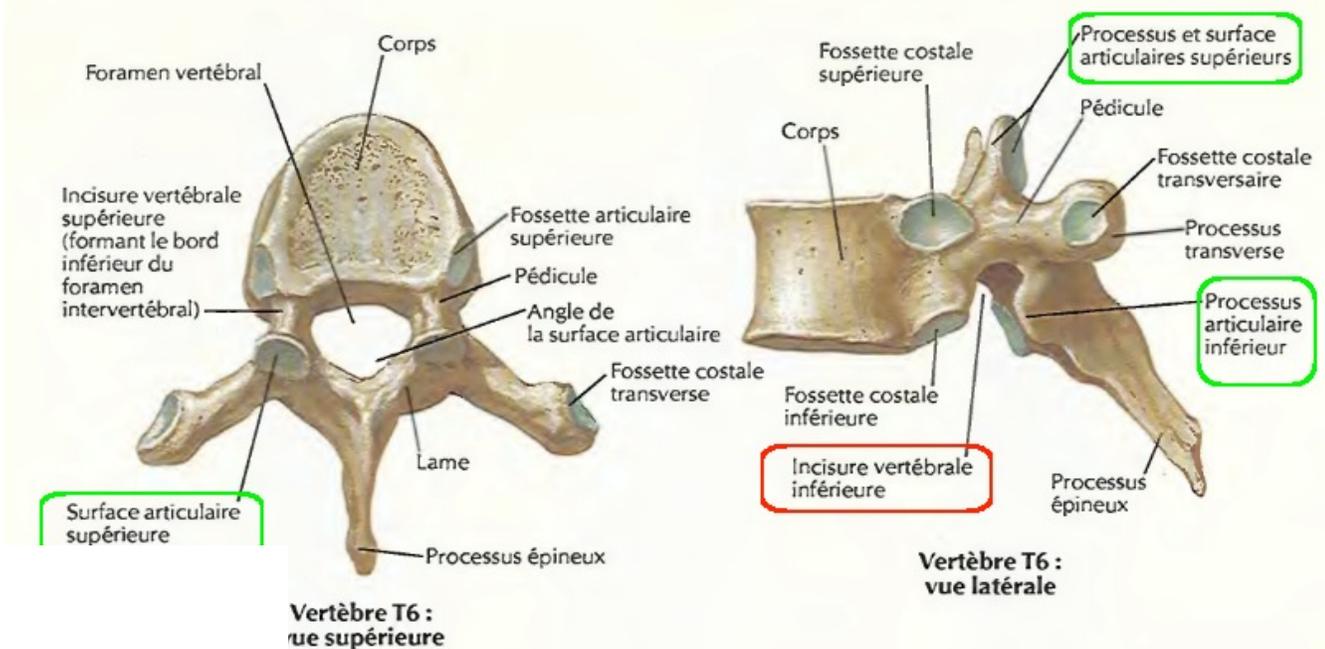
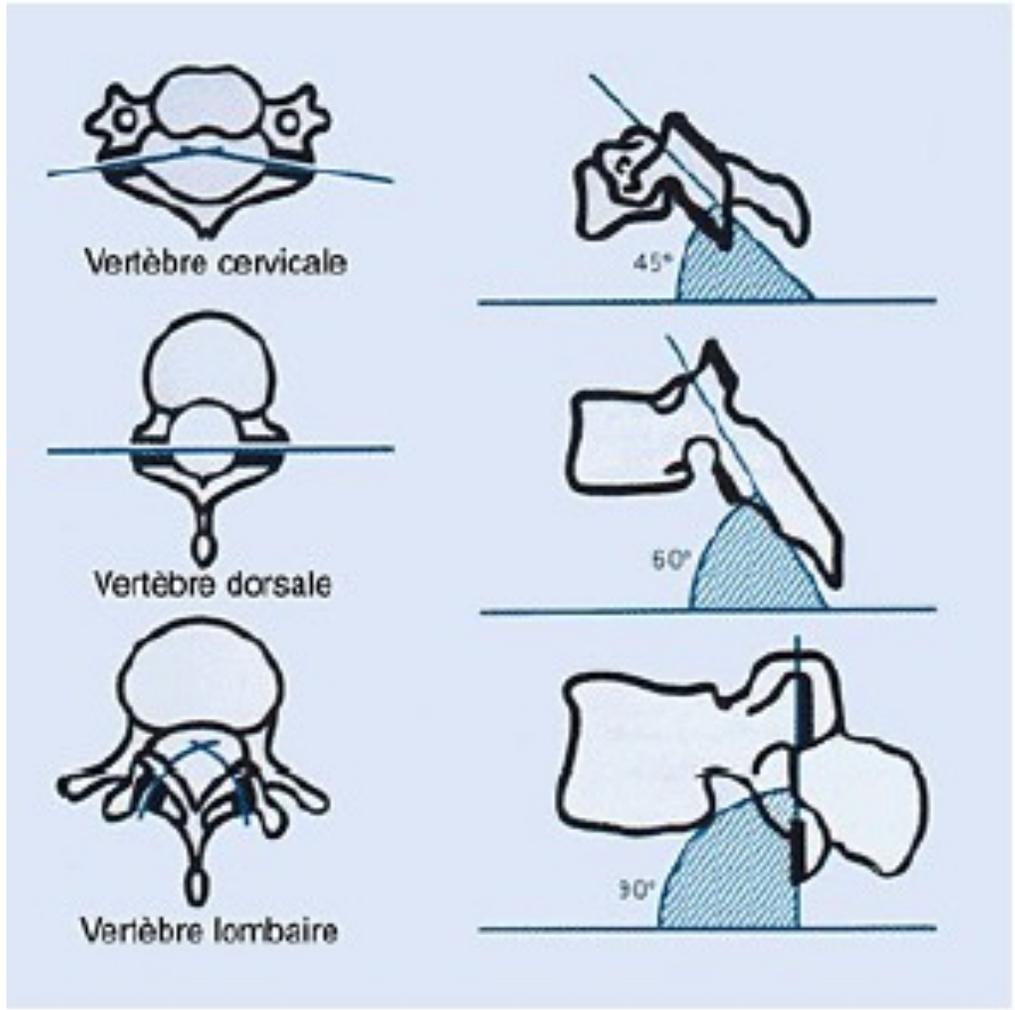
- Souffrance des 3 branches des racines nerveuses de la charnière thoraco-lombaire
- Notion de dérangement intervertébral mineur : *dysfonction douloureuse bénigne auto entretenue du segment vertébral de nature mécanique et réflexe réversible*
 - Asymptomatique localement le plus souvent
 - ***Sans traduction radiologique***
- S'exprime par un syndrome segmentaire cellulo-téno-myalgique,
 - Dermocellulalgie
 - Insertions ténopériostées (sclérotome)
 - Cordons myalgiques (myotome)

Syndrome de Maigne



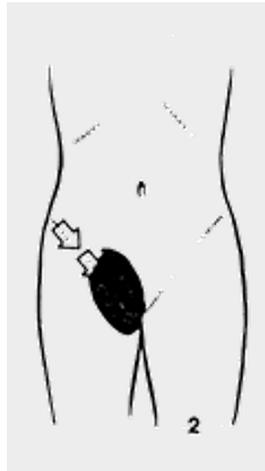
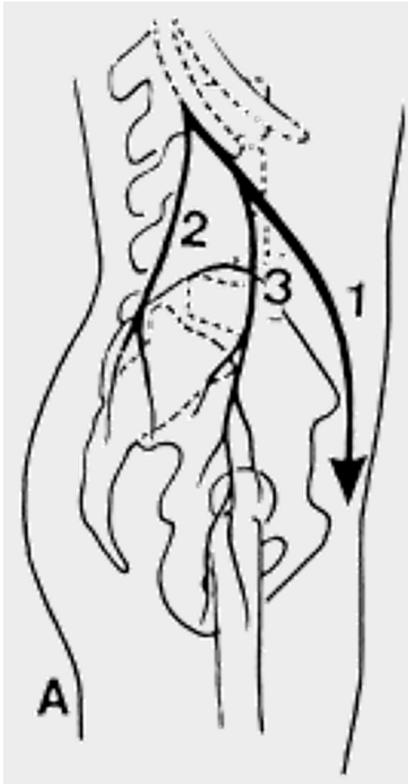
DIM : dysfonction douloureuse
bénigne auto entretenue du segment
vertébral de nature mécanique et
réflexe réversible

Ou dysfonction « nociceptive »
ou encore « instabilité menaçante pro
nociceptive »



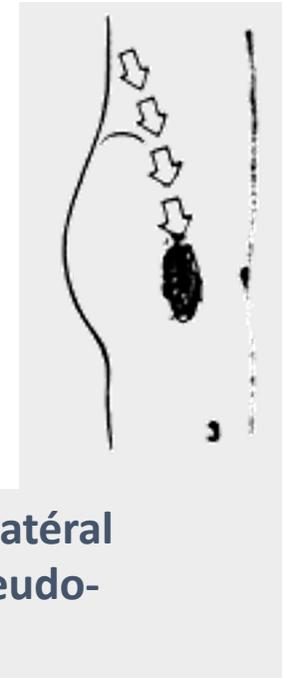
Jonction thoraco-lombaire :
zone « à risque » entre des articulaires postérieures supérieures orientée horizontalement (rotation) et des articulaires postérieures inférieures orientées verticalement (flexion-extension)

Syndrome de Maigne



Branche antérieure:
douleur inguinale,
pubienne, testiculaire

Branche postérieure:
lombalgie basse



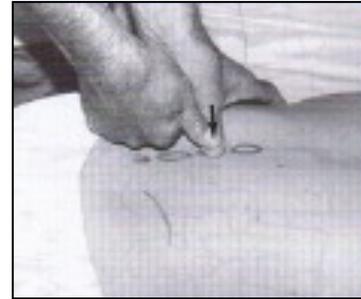
**Rameau perforant latéral
cutané:** douleur pseudo-
trochantérienne

Examen segmentaire rachidien

1. Pression axiale sur l' épineuse

2. Pression latérale sur l' épineuse

3. Pression-friction sur les massifs articulaires postérieurs



Patient en décubitus ventral

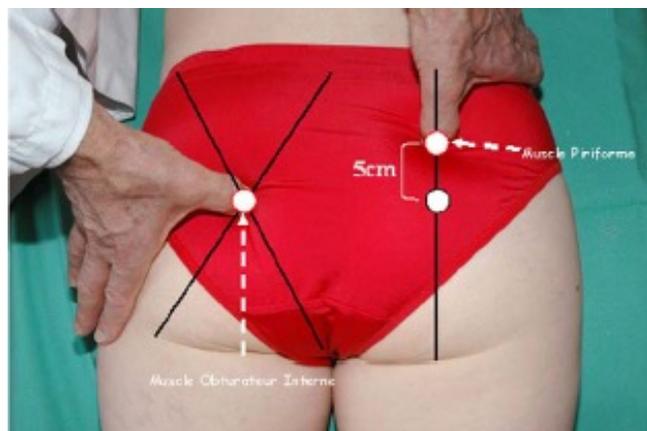
en travers de la table d'examen afin de créer²
une cyphose lombaire



1. Cellulagie: palper rouler

2. Myalgies fessières hautes

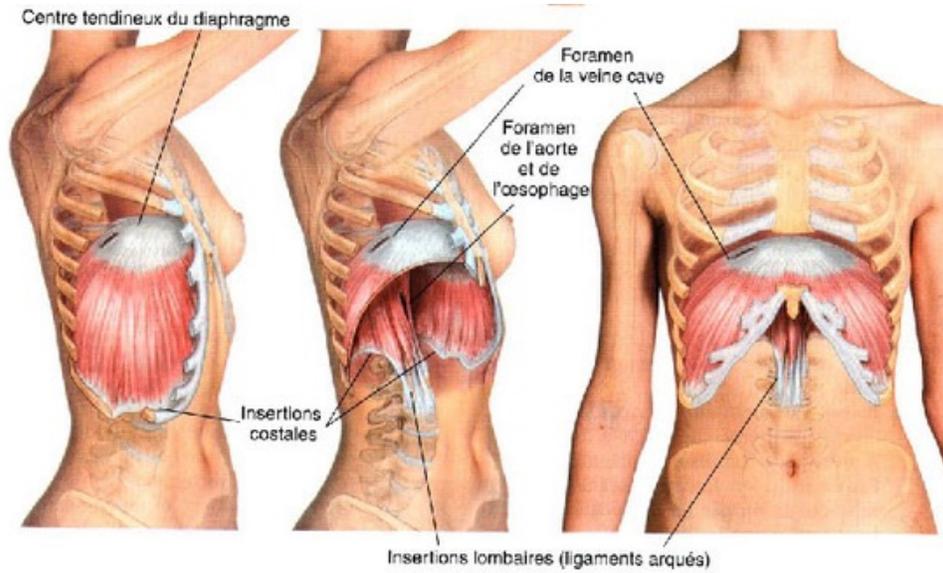
3. Hypersensibilité hémipubis et de la crête iliaque



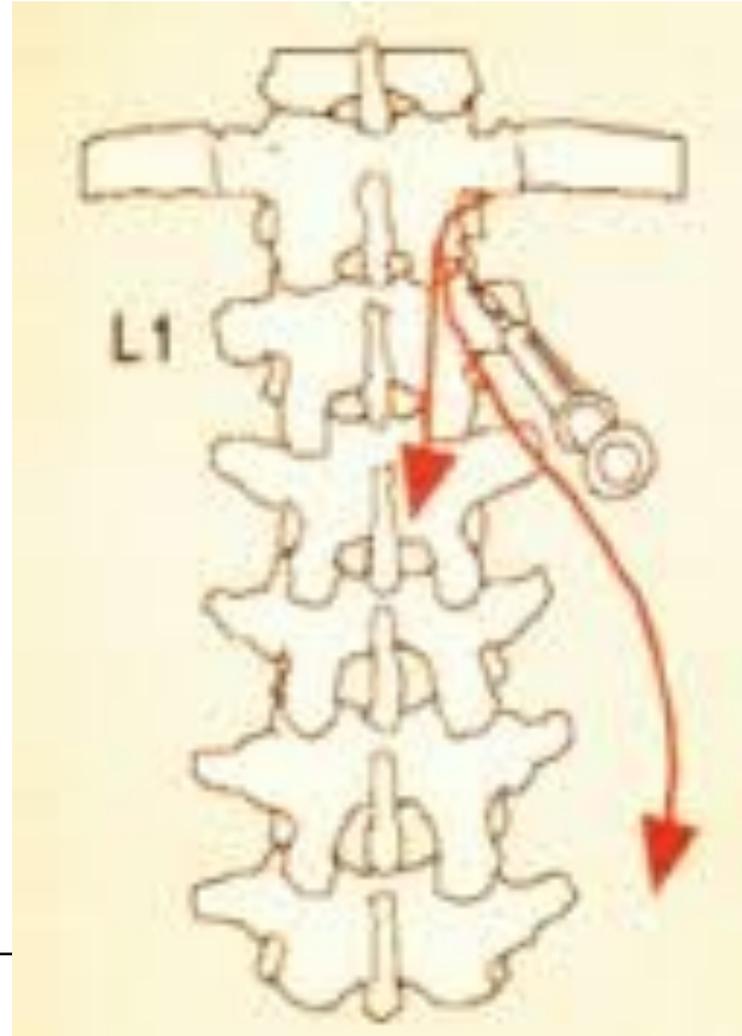
Traitement du Syndrome de Maigne

- Ostéopathie
- Kinésithérapie
- Avis rhumatologique
- Infiltration articulaires postérieures
- Infiltration L1 foraminale

Pas de niveau de preuve, pas d'étude

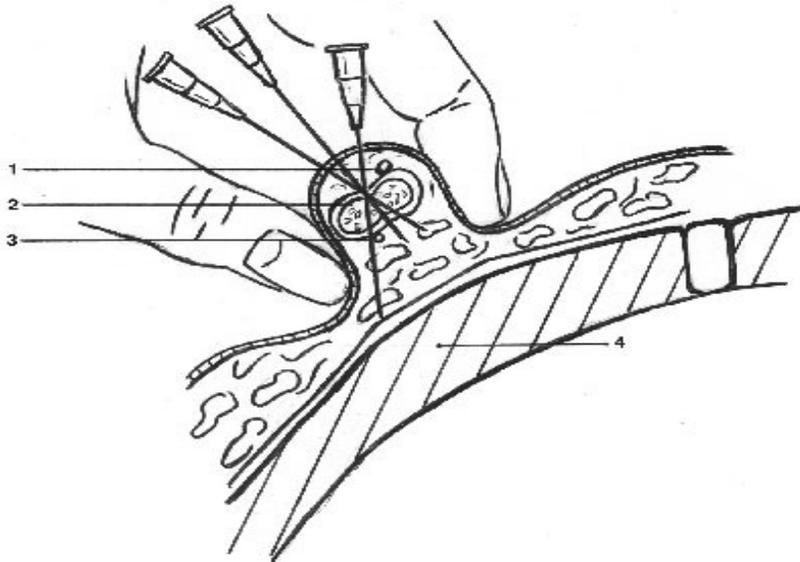


Infiltrations articulaire post / L1



En cas de doute : bloc du cordon

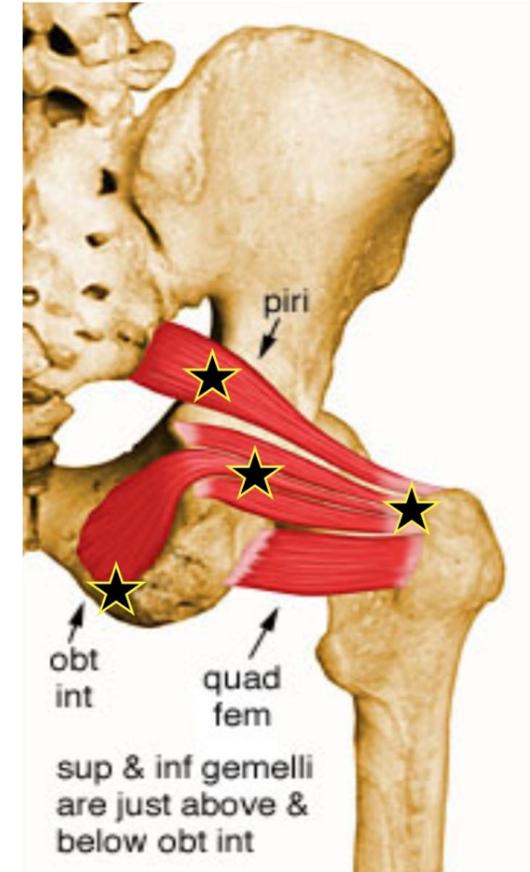
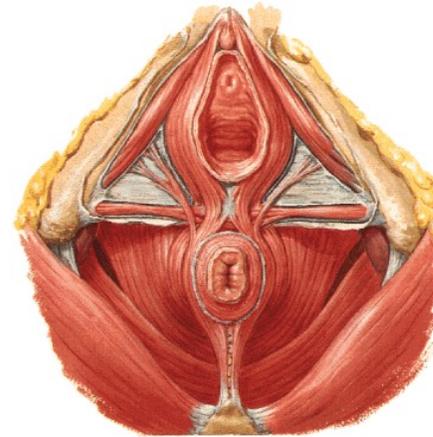
- Anesthésique local seul
- Evaluation de la douleur avant et juste après +++



Les syndromes myofasciaux

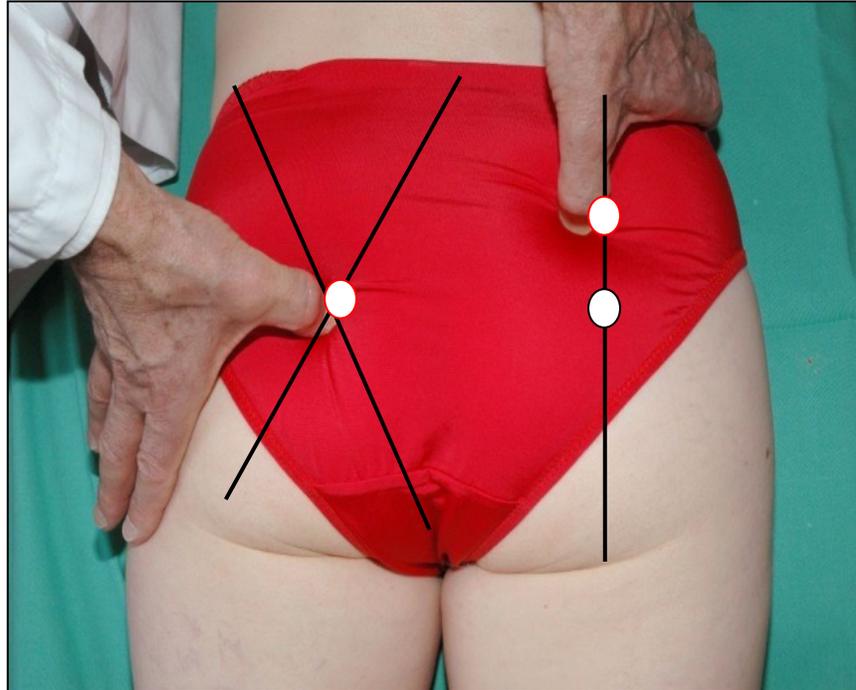
Pelvitrochantériens et muscles périnéaux

- **douleurs fessière :**
 - Piriforme
 - Obturator interne
- **douleurs endo-vaginale et endo-rectales**
 - Obturateur interne
 - releveurs de l'anus



Zones gâchettes

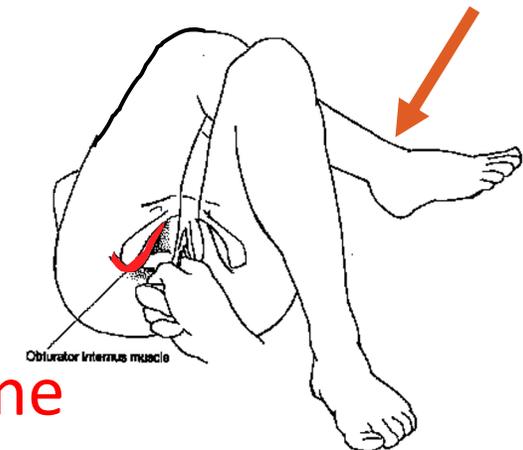
Obturbateur interne
chef glutéal



piriforme

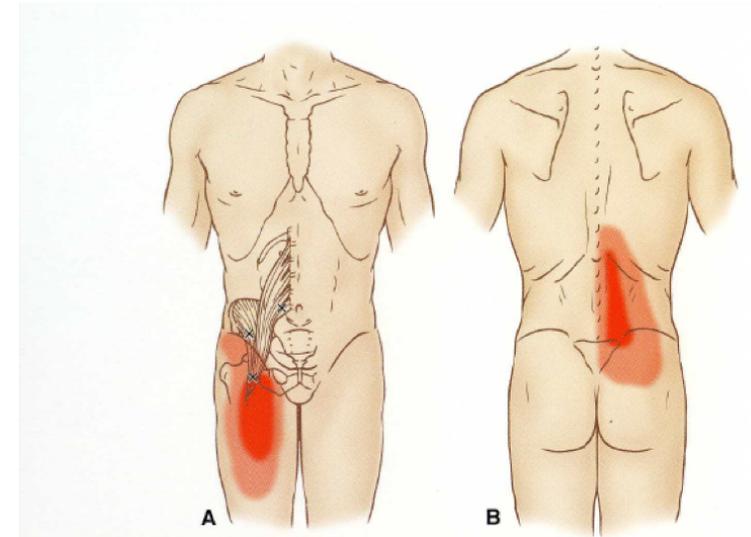
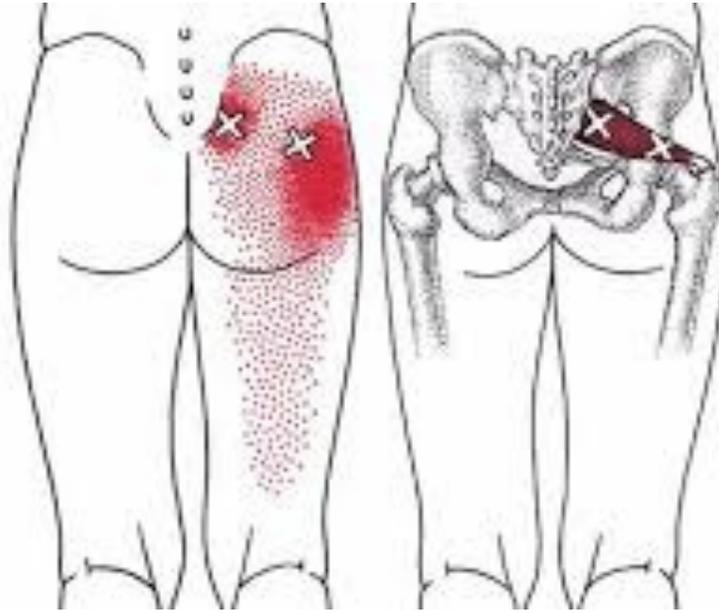
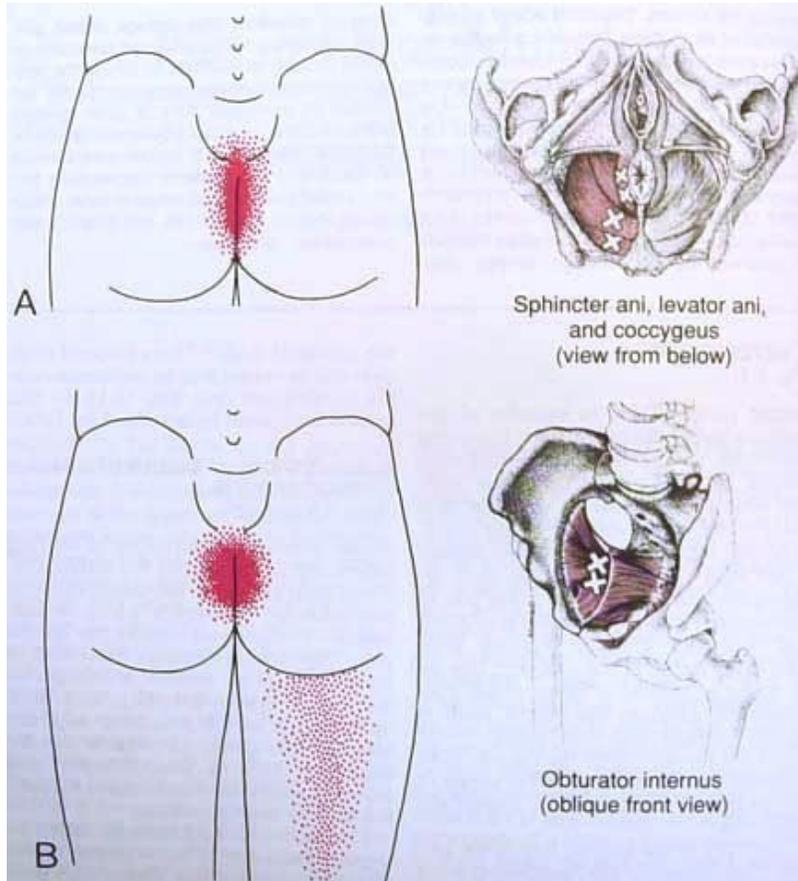


Psoas



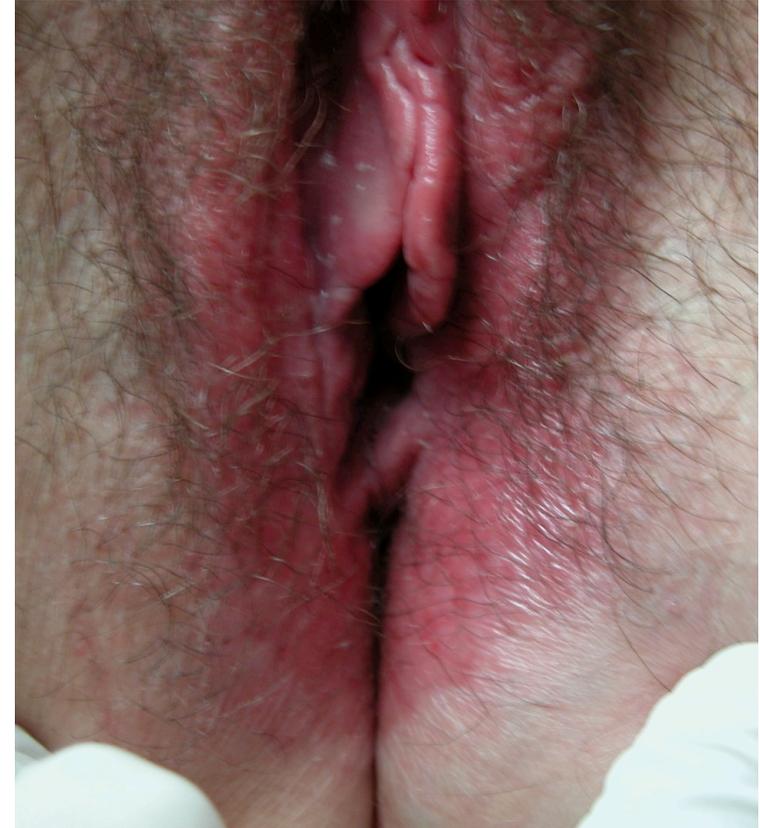
Obturbateur interne
chef pelvien

Concept de topographie musculaire



La peau

Examen dermatologique

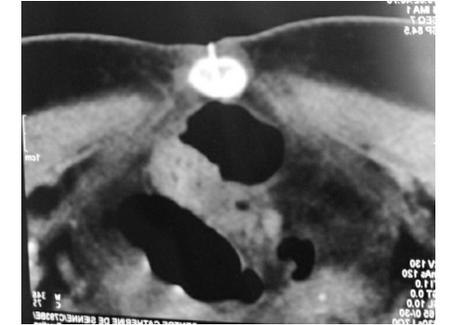


Lichen scéro-atrophique vulvaire

psoriasis

Vestibulodynies

- Plainte principale: sexuelle
- Douleur principale : toucher/frottement impossible
- Deux tranches d'âge
 - 15/25
 - 45/60
- Traitements MULTIPLES: topiques, psy, kinésithérapie , infiltrations IMPAR/RFP/ Botox, chirurgie



Pain Physician 2017; 20:E823-E828 • ISSN 2150-1149

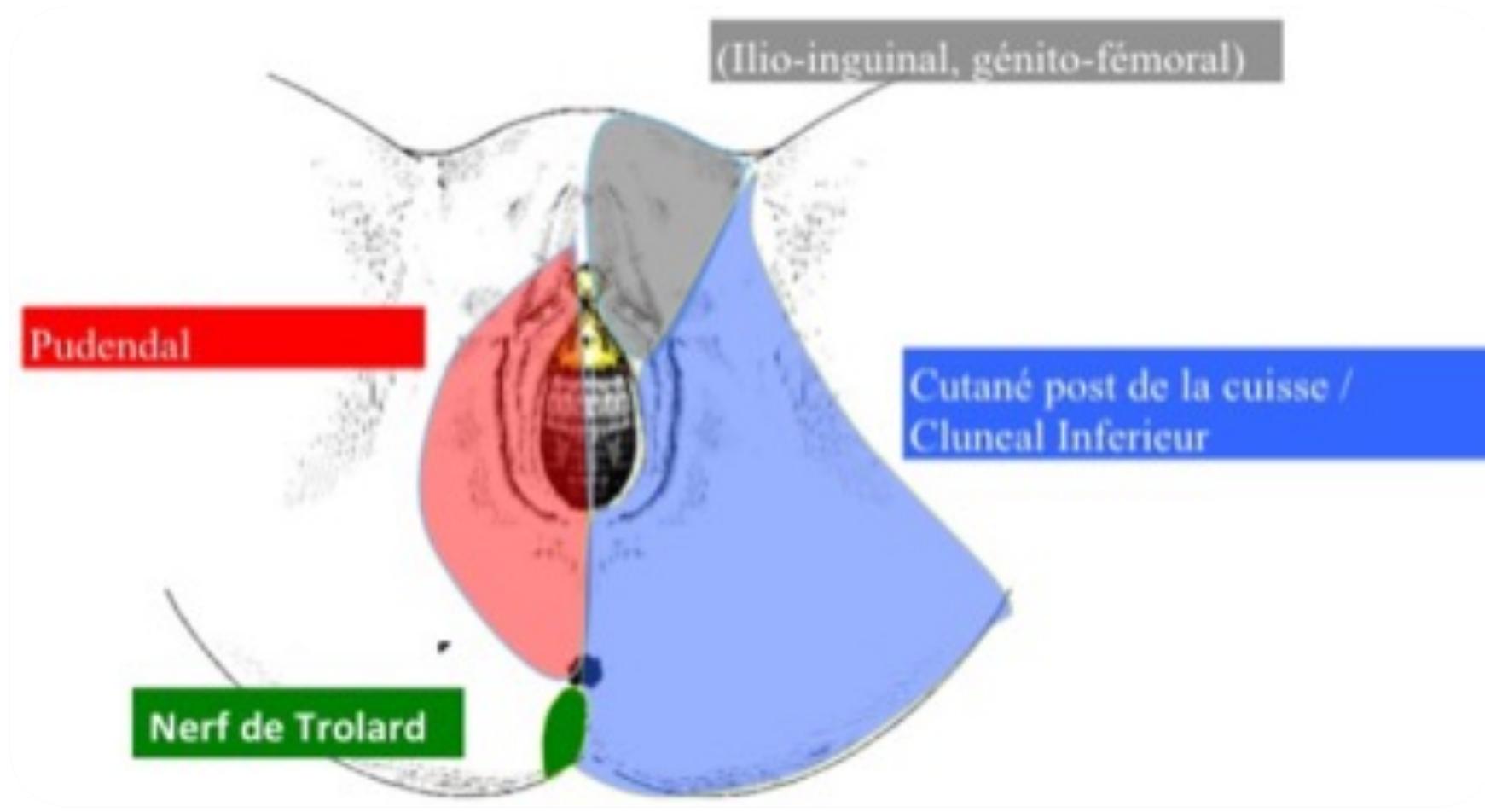
Retrospective Study

Repeated Ganglion Impar Block in a Cohort of 83 Patients with Chronic Pelvic and Perineal Pain

Quentin-Come Le Clerc, MD¹, Thibault Riant, MD², Amélie Levesque, MD¹, Jean-Jacques Labat, MD¹, Stéphane Ploteau, MD³, Roger Robert, MD², Marie-Aimée Perrouin-Verbe, MD¹, and Jérôme Rigaud, MD, PhD¹

Les névralgies périnéales

Territoires sensitifs périnéaux



Territoire pudendal

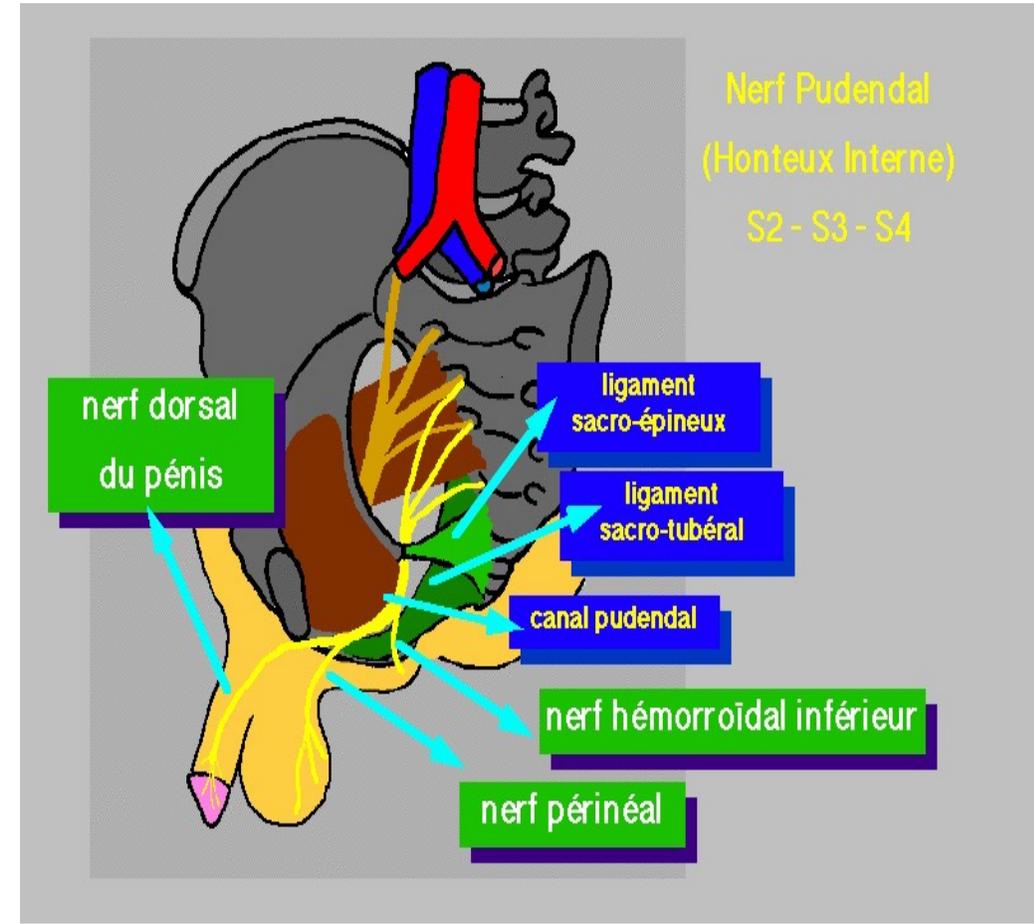
- Anus
- Scrotum/vulve
- Verge jusqu'au gland/clitoris

Ce n'est pas le coccyx !
Ce n'est pas le pubis!
Pas les plis inguinaux ,
Pas les fesses...

Données anatomiques

conflits possibles:

- sous le muscle piriforme
- pince entre ligament sacro tubéral et sacro épineux
- dans le canal d'Alcock en s'écrasant sur le prolongement falciforme du ligament sacro tubéral
- canal sous pubien, nerf dorsal de la verge



La névralgie par syndrome canalaire

5 critères indispensables au diagnostic (Critères de Nantes)

- 1. Douleur dans le territoire du nerf pudendal**
- 2. Aggravée en position assise (soulagée sur un siège de WC)**
- 3. Sans réveil nocturne habituel par la douleur**
- 4. Sans déficit sensitif objectif**
- 5. Ayant un bloc diagnostique du nerf pudendal positif**



Diagnostic

Quels examens complémentaires ?

Diagnostic clinique +++

IRM pelvienne recommandée pour élimination de diagnostics différentiels

Limites de l' électro-neuromyogramme et du doppler

- L' ENMG est peu spécifique : des faux positifs
 - Neuropathies d' étirement
 - nombreuses compressions asymptomatiques (cadavre): 20 à 30%
- Manque de sensibilité: des faux négatifs
 - L' ENMG n' explore pas tous les types de fibres
 - Doppler et EMG ne sont pas des examens dynamiques.

Quand faut-il se méfier ?

- **Contexte**

 - Antécédents (métastases...)

 - Post opératoire, type de chirurgie

- **Interrogatoire**

 - Douleurs paroxystiques

 - Réveils nocturnes

 - Diminution sensitive (passage des urines, engourdissement...)

- **Examen clinique**

 - L'existence d'une hypoesthésie objective

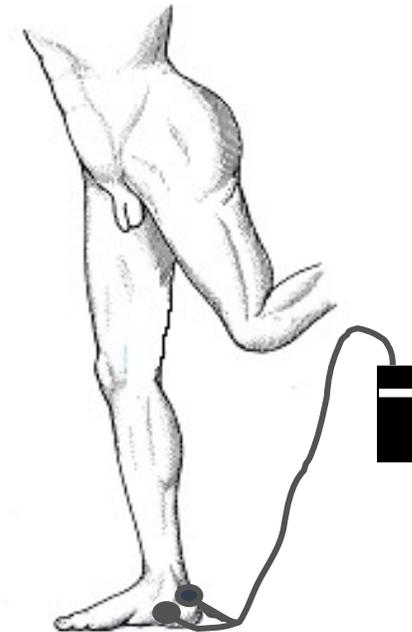
 - La palpation d'une masse au toucher pelvien

 - La coexistence d'une dysurie, de troubles ano-rectaux

 - et de troubles sexuels

Modalités thérapeutiques

- Médicaments de la douleur neuropathique
 - Antidépresseurs tricycliques (amitryptiline)
 - Antidépresseurs IRSNA (duloxétine)
 - Antiépileptiques (gabapentine)
- Neurostimulation TENS nerf tibial postérieur
- Kinésithérapie
 - Si sd myofasciaux
- Mesures environnementales (professionnelles!!)
- Psychothérapie
 - Si facteurs de chronicisation



Kinésithérapie

- Levée des tensions musculaires
- Rééquilibrage lombo-pelvi-fémoral
- Aide à la reconstruction du schéma corporel

Objectif : retrouver de la
mobilité

≠

Rééducation périnéale



Chirurgie de libération du nerf pudendal



1er patient opéré 1987

Indication: critères de Nantes et échec du traitement médical

Technique

- Abord transfessier, en genito pectoral
- Libération canal sous piriforme
- Section du ligt sacro tubéral
- Section du ligament sacro épineux
- Libération dans le canal d'Alcock
- Dénervation du muscle obturateur interne



Chirurgie de libération du nerf pudendal

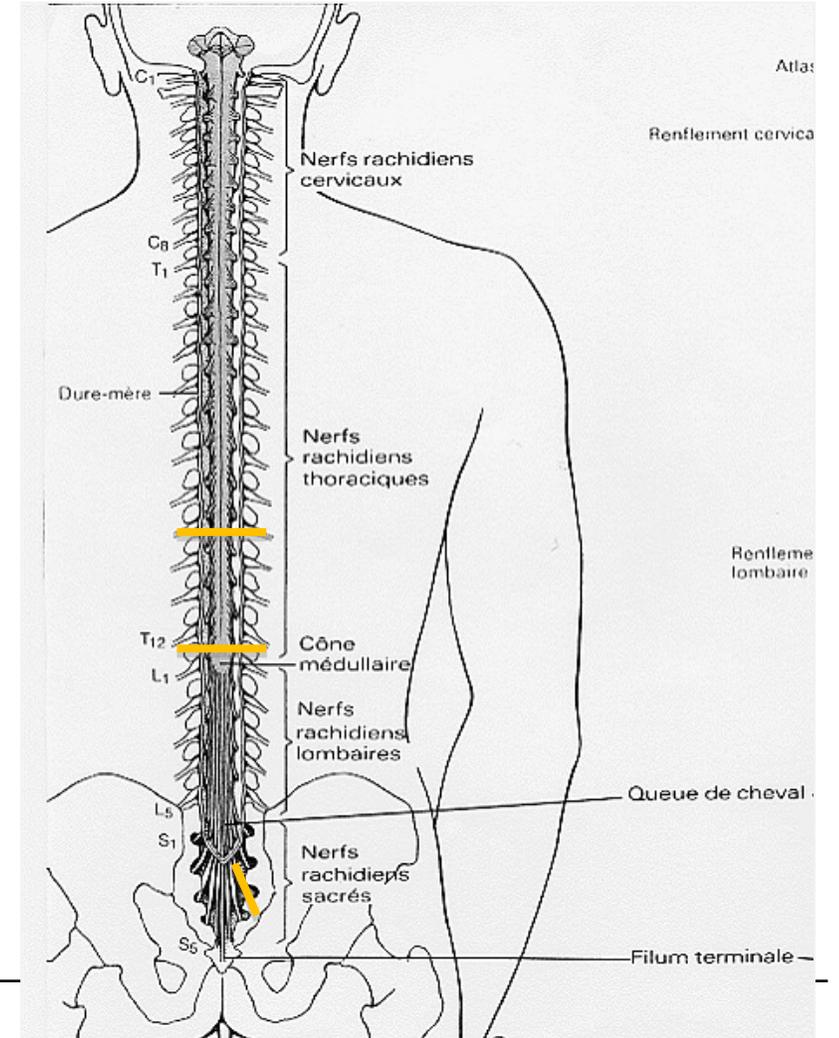
- Résultats à un an
 - Améliorés 70-%
 - Sans modification: 25%
 - Aggravation de la douleur : 2%
 - Pas d'aggravation neurologique
 - Suites simples. Hématome, abcès : rares.
 - Facteur pronostique: âge +++

Voie trans-périnéales : pas de visibilité du nerf dans tout son trajet

Voie coelioscopique : intérêt quand névralgies bilatérales, difficultés à ouvrir l'Alcock sur toute la longueur

Neurostimulation du cône terminal

- Couvre tous les métamères périnéaux (seulement)
- Semble efficace sur le long terme (PHRC national en cours au CHU de Nantes)
- Électrodes plus stables qu'en sacré



A lire ...

Received: 3 May 2021

Accepted: 9 September 2021

DOI: 10.1002/ejp.1861

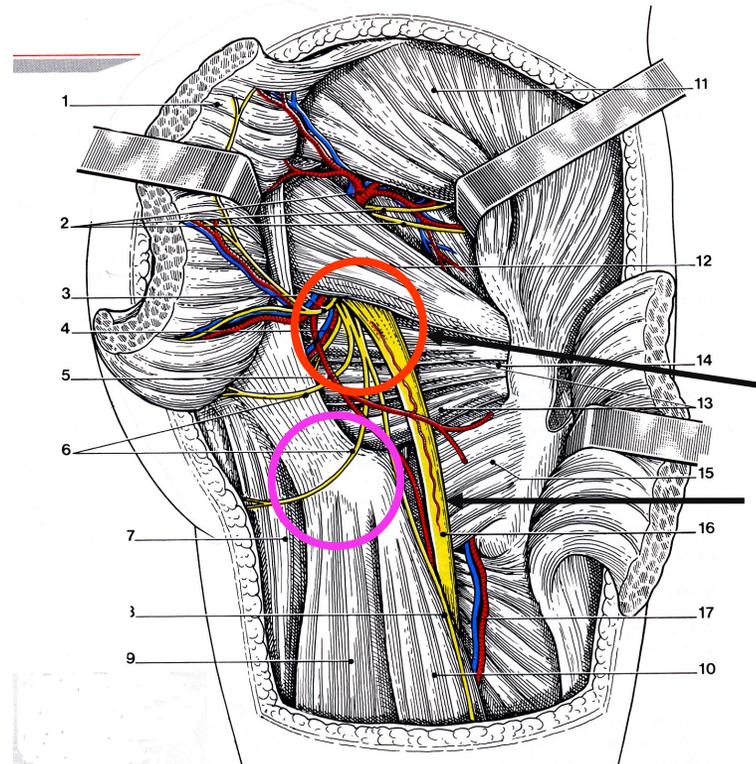


POSITION PAPER

Recommendations on the management of pudendal nerve entrapment syndrome: A formalised expert consensus

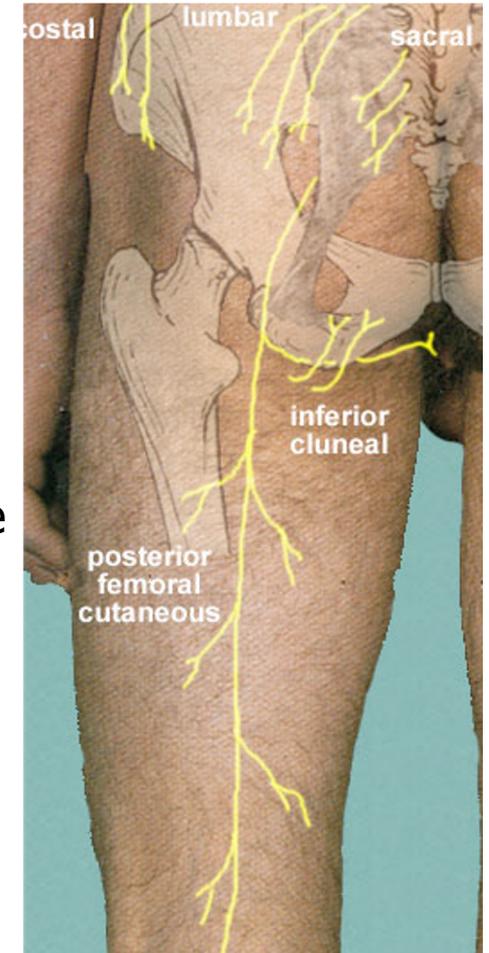
Amélie Levesque¹  | Eric Bautrant² | Virginie Quistrebert¹ | Guy Valancogne³ | Thibault Riant⁴ | Marc Beer Gabel⁵ | Anne-Marie Leroi⁶ | Katleen Jottard⁷ | Luc Bruyninx⁷ | Gerard Amarenco⁸ | Lara Quintas⁹ | Pascale Picard¹⁰ | Thierry Vancaillie¹¹ | Christine Leveque² | Frédérique Mohy¹² | Bruno Rioult⁴ | Stéphane Ploteau¹³ | Jean-Jacques Labat¹ | Amandine Guinet-Lacoste¹⁴ | Bertrand Quinio¹⁵ | Michel Cosson¹⁶ | Rebecca Haddad⁸ | Xavier Deffieux¹⁷ | Marie-Aimée Perrouin-Verbe¹ | Claire Garreau¹⁸ | Roger Robert⁴

Le nerf cutané postérieur de la cuisse et le rameau clunéal inférieur



Canal sous piriforme

Région ischiatique



Le nerf cutané postérieur de la cuisse et le clunéal inférieur

Causes = sites de conflits

- Canal sous piriforme avec souffrance nerf cutané postérieur de la cuisse:
irradiations face postérieure de cuisse , ischion et latéro périnéales
Hypersensibilité distale à la pression
- Région ischiatiques:
surtout chaises dures, douleurs latéro périnéales, sans douleur de verge ou du clitoris
Avec bloc ischiatique positif
- Arcade fibreuse sus ischiatique

Le nerf cutané postérieur de la cuisse et le clunéal inférieur

- Douleurs en position assise +++
- Douleur des ischions
- Irradiant vers la région péri-anale, péri-vulvaire, péri-scrotale
- Possibles sciatalgies associées, tronquées au genou
- Préférence des sièges mous vs sièges dures



Ça ou ça

?

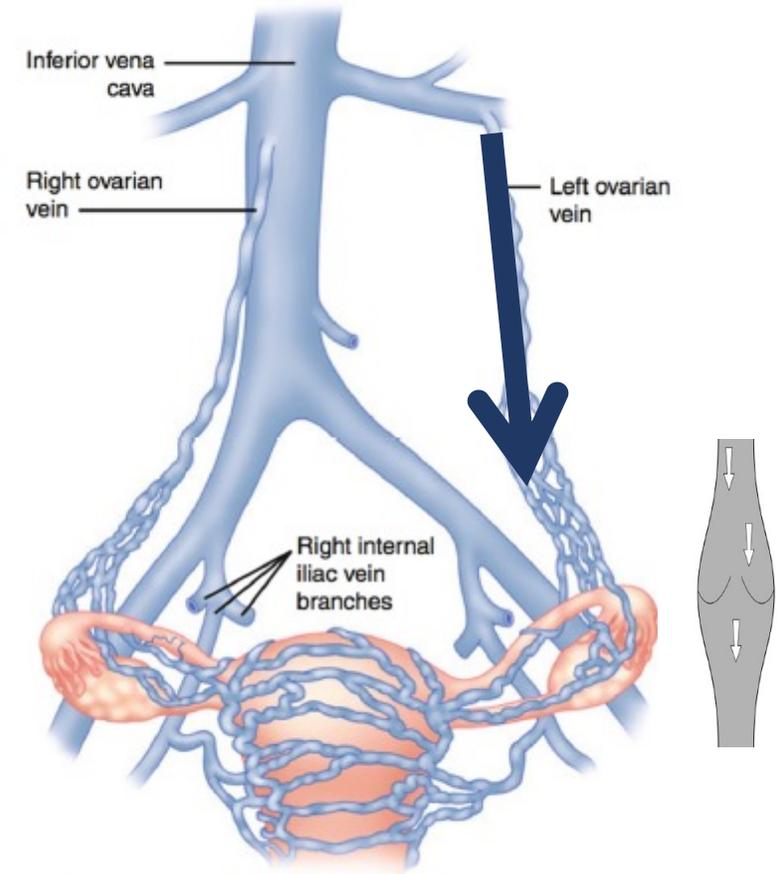


Les vaisseaux

Insuffisance veineuse pelvienne chronique

Prévalence non connue

- Reste sous diagnostiquée
- Estimation 1 multipare / 3 : douleurs pelviennes chroniques (*10-15% des dlr pelviennes chroniques seraient des IVPC*)
- Grand nombre Asymptomatique sur le plan pelvien
 - => varices des MI exclusives, récidivantes.



Insuffisance veineuse pelvienne chronique

Asymptomatique



Insuffisance veineuse des membres inférieurs
Spécifique (d'alimentation pelvienne)



Syndrome de Congestion
veineuse Pelvienne (SCP)

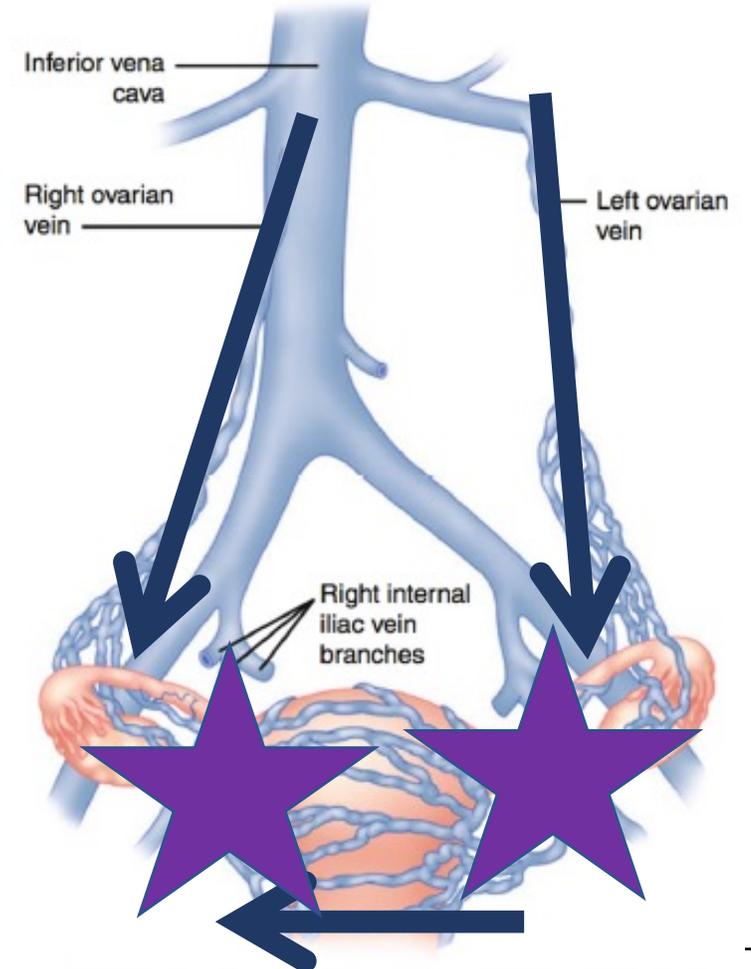


Syndrome de congestion pelvienne

- Taylor 1949 : Description du syndrome de congestion pelvienne (SCP)

Douleur pelvienne chronique (CPP)
(> 6 mois)
+
Insuffisance pelvi-périnéale
=
SYNDROME DE CONGESTION PELVIENNE

- Controverse sur la réalité étiologique du syndrome
signes d'insuffisances veineuses fréquemment rencontrés chez des multipares asymptomatiques



Syndrome de Congestion Pelvienne

- Douleur pelvienne chronique (> 6 mois)
- à type de lourdeur / pesanteur
- sourde
- non périodique
- +/- prédominance gauche

Représenterait 10-15% des douleurs pelviennes chroniques

Horaire veineux

Sensibilité annexielle + Dlr post coïtales+horaire veineux = Se 94%-Spe77%

(Beard RW, Br J Obstet Gynaecol, 1988)

Indications thérapeutiques

- Varices pelviennes Asymptomatiques (fréquentes chez les multipares)

= **Abstention**



- **I.V.P.C.** clinique + Anomalies veineuses identifiées de stase

= **Intérêt démontré de l'embolisation**

Traitement de la congestion pelvienne (SCP)

Traitement des varices des membres inférieurs

Mais parfois, malgré une bonne analyse clinique...

- clinique floue, diffuse, discordante, envahissante, changeante...

Notion de sensibilisation



La sensibilisation en pratique



- Abaissement des seuils de perception des nocicepteurs
- Élargissement de la zone de perception
- Diffusion de la douleur dans le temps



1983 (Nature) Evidence for a central component of post-injury pain hypersensitivity

2007 (Anesthesiology) Central sensitization: uncovering the relation between pain and plasticity.

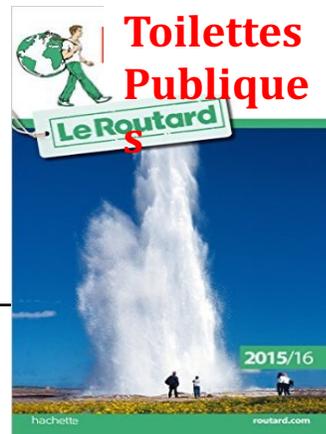
2011 (Pain) Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain

2014 (Pain) What to call the amplification of nociceptive signals in the central nervous system that contribute to widespread pain?

Abaissement des seuils de perception

Hypersensibilité urinaire :

- envie quasi permanente d'uriner,
- pollakiurie,
- brûlures urétrales-vésicales,
- pesanteur
 - The pain, urgency frequency (PUF)
 - O'Leary Sant symptom index (ICSI) and problem index (ICPI)



Calendrier mictionnel et des douleurs

Heure de la miction	Volume uriné (ml)	Intensité de la douleur avant la miction (0-10)	Intensité de la douleur dans les 15' suivant la miction (0-10)
8h00	90	1	1
9 ^h 20	30	1	1
11 ^h 20	30	8	8
12 ^h 40	110	2	2
13 ^h 20	140	4	4
13 ^h 45	130	4	4
14 ^h 20	90	3	3
15 ^h 10	50	3	2
16 ^h 25	70	5	4
17 ^h 15	110	2	1
17 ^h 30	100	2	2
18 ^h 10	130	4	3
18 ^h 55	70	2	1
19 ^h 40	40	1	1
20 ^h 35	120	2	1
20 ^h 55	130	2	1
21 ^h 50	100	2	1
22 ^h 45	60	5	5
23 ^h 40	90	5	5
0 ^h 05	100	5	4
1 ^h 20	110	6	6
2 ^h 20	170	7	5
4 ^h 20	140	6	3
5 ^h 55	130	4	3
TOTAL			
Nombre de Mictions	Volume moyen/total	EVA moyen pré-mictionnel	EVA moyen post-mictionnel
24	2340	4	3

Abaissement des seuils de perception Rome IV

Hypersensibilité digestive

- perception exagérée du transit,
- diarrhées, constipations,
- dyschésie,
- polychésie

Type 1		Selles dures et morcelées (en billes) d'évacuation difficile
Type 2		Selles dures, moulées en saucisse et bosselées
Type 3		Selles dures, moulées en saucisse, à surface craquelée
Type 4		Selles molles mais moulées, en saucisse (ou serpentín)
Type 5		Selles molles morcelées, à bords nets et d'évacuation facile
Type 6		Selles molles morcelées, à bords déchiquetés
Type 7		Selles totalement liquides



Douleur abdominale récurrente survenant en moyenne au moins 1 jour par semaine dans les 3 derniers mois avec au moins 2 des critères suivant :

- Associée à la défécation
- Associée à une modification de la fréquence des selles
- Associée à une modification de la consistance (aspect) des selles.

Les sous-groupes se définissent en fonction de la consistance des selles selon l'échelle de Bristol * (voir Echelle de Bristol, annexe 2)

SII avec constipation prédominante (SII-C) : Bristol 1-2 \geq 25% du temps et Bristol 6-7 \leq 25% du temps

SII avec diarrhée prédominante (SII-D) : Bristol 6-7 \geq 25% du temps et Bristol 1-2 \leq 25% du temps.

SII avec alternance diarrhée-constipation (SII-M) : Bristol 1-2 25% du temps et Bristol 6-7 25% du temps.

SII non spécifié : absence de critères suffisants pour répondre aux critères du SII-C, SII-D ou SII-M.

Abaissement des seuils de perception

Hypersensibilité génitale :

- vulvo-vestibulodynie,
- vaginisme,
- syndrome génitale sans repos
- balanodynie,
- éjaculation précoce
 - FSFI
 - Male Sexula Health Questionnaire



Diffusion spatiale

- Douleurs « au-delà » de la zone lésée.
 - Salpingite accompagnée de troubles fonctionnels et douloureux digestifs, génitaux ainsi que de lombalgies et de fessalgies et d'une sciatique tronquée.
 - Réactions en chaînes des viscères, de la peau, des muscles, des nerfs...
- Convergences Somato-viscérale
- Cross talk viscéral
 - Malykhina *et al* Neuroscience 2007

Diffusion temporelle

- Symptômes perdurant au delà de la stimulation
 - Après la miction
 - Après la défécation
 - Après les rapports sexuels
- Sensation quasi permanente
 - Faux besoins urinaires, fécaux
 - Excitation sexuelle

Critères diagnostiques

Pain Medicine 2018; 19: 2009–2015
doi: 10.1093/pm/pny030



METHODOLOGY, MECHANISMS & TRANSLATIONAL RESEARCH SECTION

Original Research Article

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

Amélie Levesque, MD,* Thibault Riant, MD,*†
Stéphane Ploteau, MD,*‡ Jérôme Rigaud, PhD,*
and Jean-Jacques Labat, MD;* for Convergences
PP Network

Methods. A list of 63 items was submitted to 22 international CPP experts according to the Delphi method.

Results. Ten clinical criteria were adopted for the

	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	Sensible a 92 %		/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
syndromes associés	<input type="checkbox"/> Migraine et/ou céphalées de tension et/ou fibromyalgie et/ou syndrome de fatigue chronique et/ou syndrome de stress post-traumatique et/ou syndrome des jambes sans repos et/ou SADAM et/ ou intolérances multiples aux produits chimiques					/1
Score total de sensibilisation pelvienn						5 /10

Sensibilisation Pelvienne

Score de Convergences PP



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Validation psychométrique des critères de Convergences PP

Psychometric validation of Convergence criteria PP

V. Quistrebert-Davanne^{a,*}, J.-B. Hardouin^b, T. Riant^c,
S. Ploteau^a, J. Rigaud^a, A. Levesque^a

2) Consigne : Ce questionnaire vise à mesurer la sensibilisation pelvienne à la douleur. Il est utilisable chez les patients présentant des douleurs pelvi-périnéales évoluant depuis plus de trois mois dont les symptômes apparaissent disproportionnés par rapport aux éléments lésionnels constatés par les examens cliniques et les examens complémentaires (bilan infectieux, imageries, endoscopies). Ce questionnaire doit être rempli par le praticien. Pour chaque énoncé, veuillez cocher la case « oui » si les symptômes décrits sont présents, la case « non » si les symptômes décrits sont absents.

	Oui	Non
1. Douleurs influencées lors du remplissage vésical et/ou la miction		
2. Douleurs influencées lors de la distension et/ou la vidange rectale (matières, gaz)		
3. Douleurs influencées lors de l'activité sexuelle		
4. Allodynie pelvi périnéale (impossibilité d'utiliser des tampons, intolérance aux ports des sous-vêtements serrés)		
5. Présence de points gâchette pelviens (puriforme, obturateurs internes, élévateurs de l'anus)		
6. Douleurs post-mictionnelles		
7. Douleurs pos-défécatoires		
8. Douleurs persistantes après l'activité sexuelle		
9. Variabilité de l'intensité douloureuse (évolution par périodes, évolution en dents de scie) et/ou de la topographie douloureuse		
10. Migraines et/ou céphalées de tension et/ou fibromyalgie et/ou syndrome de fatigue chronique et/ou syndrome de stress post-traumatique et/ou syndrome de jambes sans repos et/ou SADAM et/ou intolérances multiples aux produits chimiques		

Un score $\geq 5/10$ est sensible à 95% d'une sensibilisation et spécifique à 87%. Total des réponses positives = /10

Qu'est ce qui fait qu'une douleur, une agression, un traumatisme va entrainer ou non une sensibilisation ?

- Un terrain ?
 - Migraine dès l'enfance, dysménorrhées primaires
 - profil génétique
 - mutations responsables de l'insensibilité,
 - facteurs poly-génétiques retrouvés au seins de familles, corrélation génétique entre dlr chroniques et dépression

Genetic and Environmental Risk for Chronic Pain and the Contribution of Risk Variants for Major Depressive Disorder: A Family-Based Mixed-Model Analysis

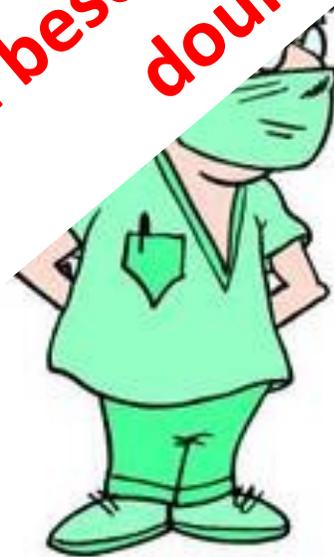
Andrew M. McIntosh , Lynsey S. Hall, Yanni Zeng, Mark J. Adams, Jude Gibson, Eleanor Wigmore, Saskia P. Hagenaars, Gail Davies, Ana Maria Fernandez-Pujals, Archie I. Campbell, Toni-Kim Clarke, Caroline Hayward, Chris S. Haley, [...], Lynne J. Hocking [view all]

Published: August 16, 2016 • <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002090>

Qu'est ce qui fait qu'une douleur, une anxiété ou un traumatisme va entrainer ou non un trouble de l'union ?

- Un évènement ?
 - Traumatisme(s) : accouchement, abus sexuels,...
 - Évènements douloureux récurrents : règles douloureuses, endométriose

Plus la sensibilisation est grande moins le traumatisme a besoin d'être important pour être douloureux !



T'inquiète pas, cela va s'arranger !



Qu'est ce qui fait qu'une douleur, une agression, un traumatisme va entrainer ou non une sensibilisation ?

- Le vécu de l'évènement
 - L'intellectualisation/influence de l'éducation, de l'expérience, de la connaissance, de l'anticipation
 - Le contexte social (contexte me-too)
 - Un environnement (familial)
 - McIntosh 2016 le fait que le conjoint soit douloureux augmente le risque de douleurs chroniques

Ce qu'il faut retenir

- Douleurs pelviennes chroniques : démembrement
Os/muscles/peau/nerfs/vaisseaux
- Sensibilisation
souvent associée à une épine irritative
ou isolée
prise en charge algologique globale



amelie.levesque@chu-nantes.fr