

*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)

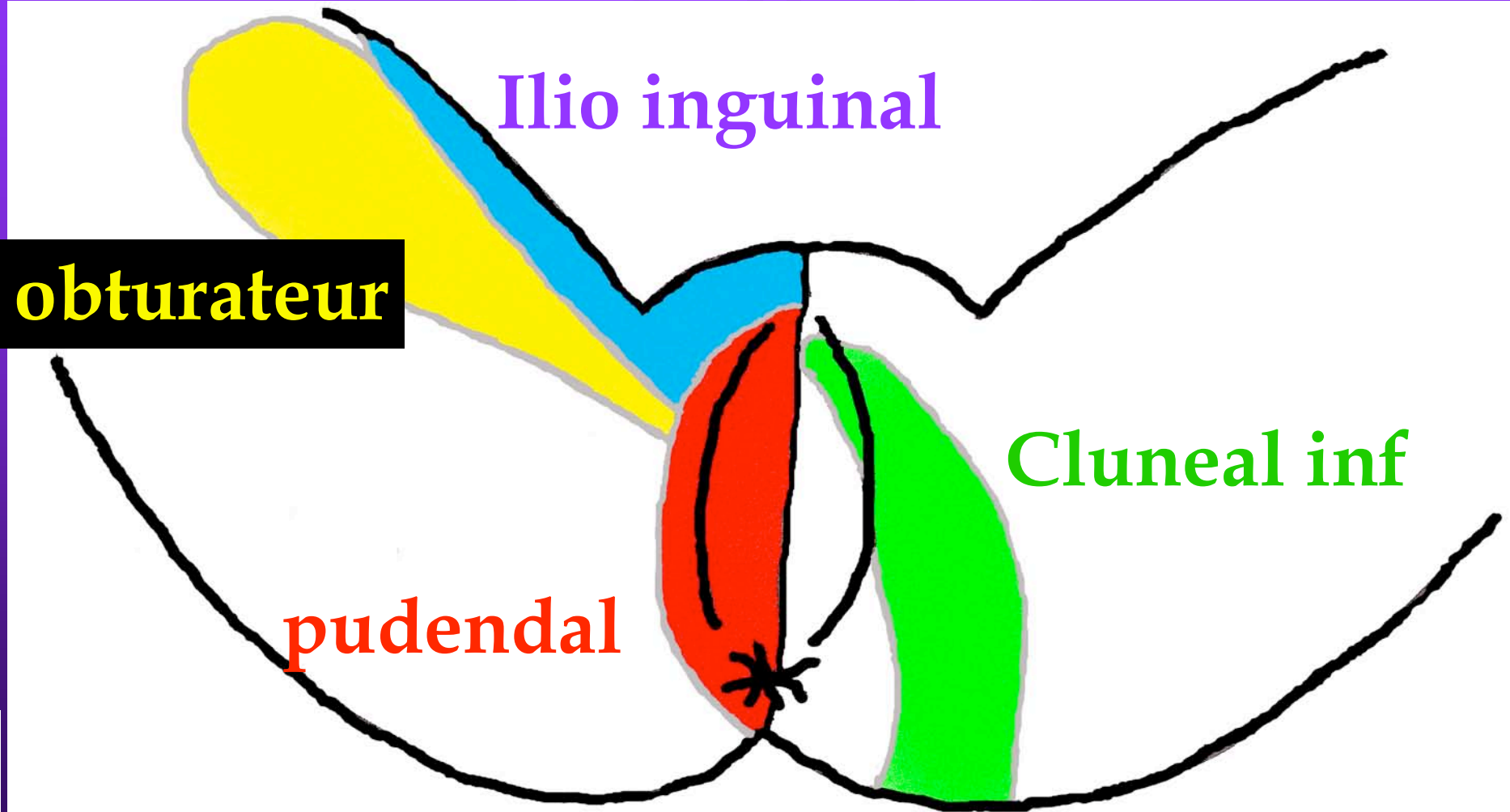
# Douleurs par excès de nociception

- 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?

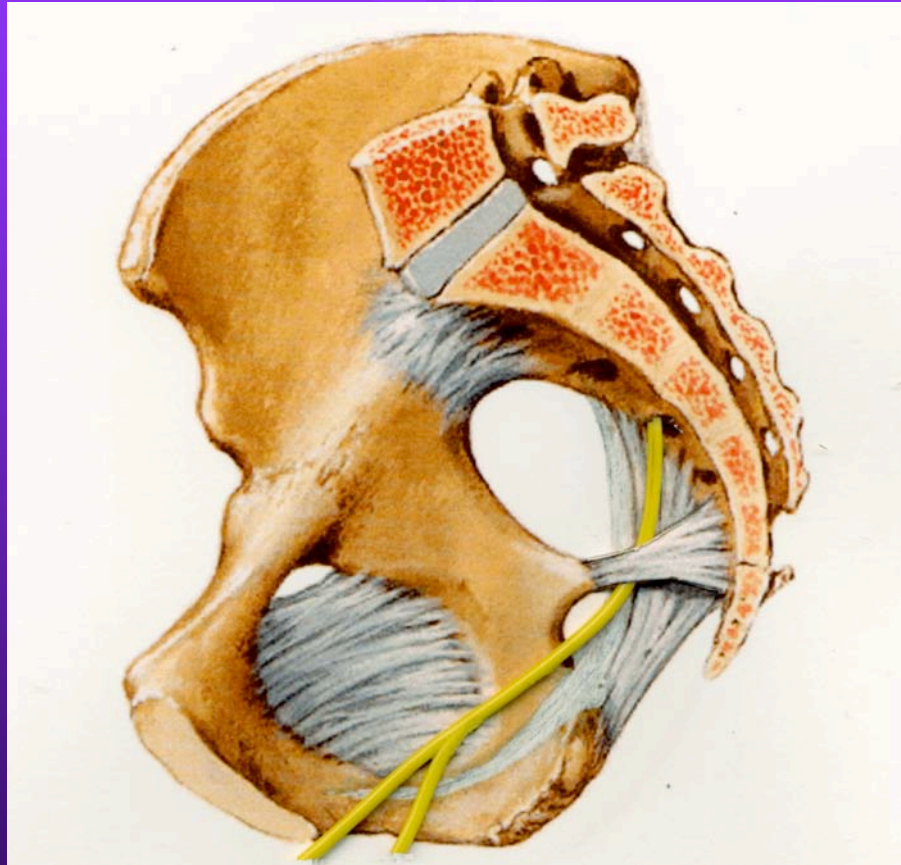
# Douleurs neuropathiques somatiques

- 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 périméale après spinofixation



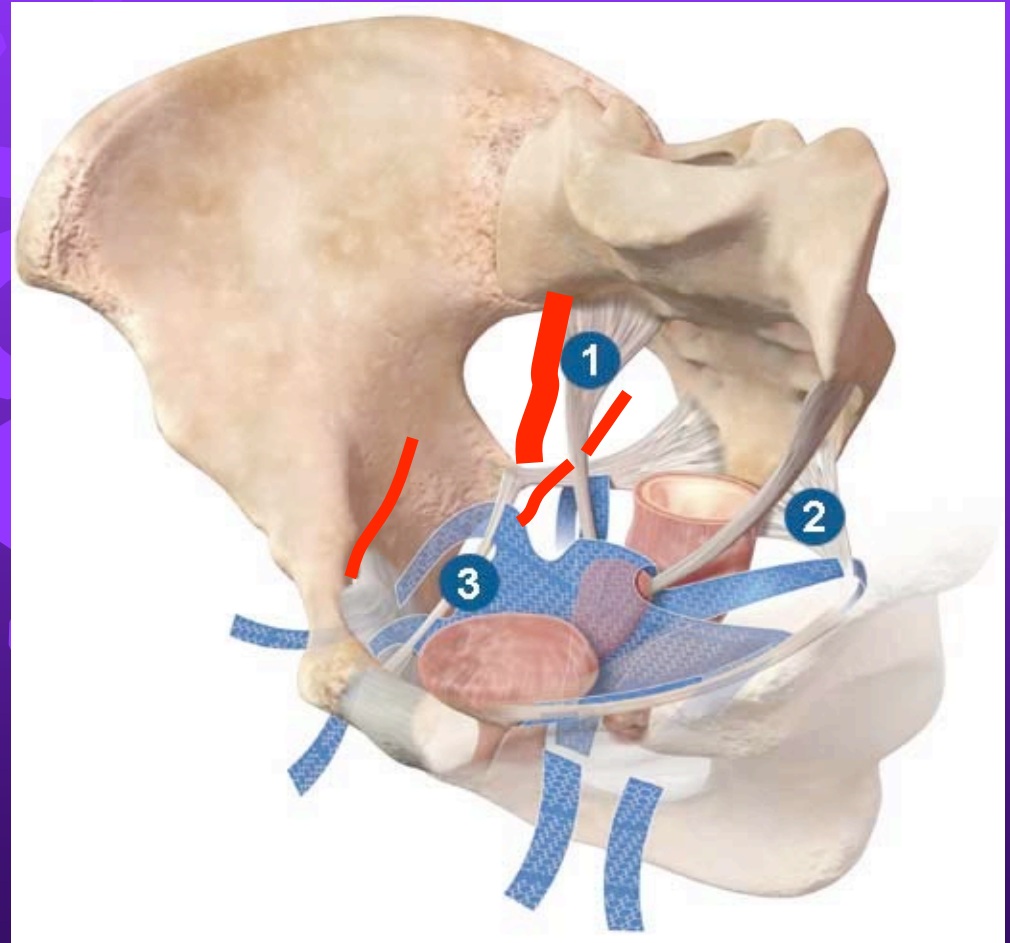
# Arguments pour une atteinte traumatique du nerf pudendal

- 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

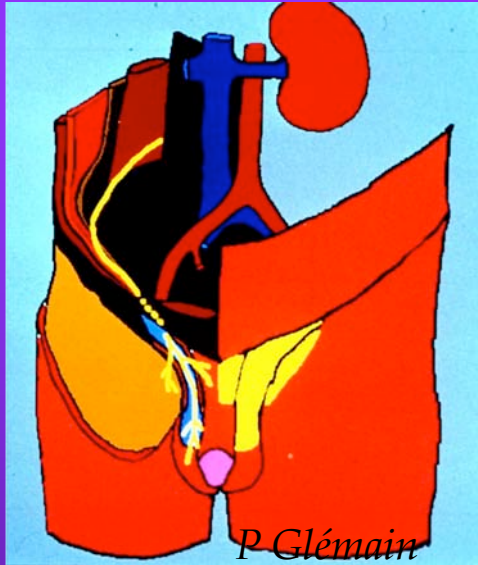
- Critères diagnostiques (Critères de Nantes 2007)
  - Douleur dans le territoire du nerf pudendal (de l'anus à la verge ou au clitoris)
  - Aggravée en position **assise** (soulagée sur un siège de WC)
  - Sans réveil nocturne par la douleur
  - Sans déficit sensitif objectif
  - Ayant un **bloc diagnostique**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



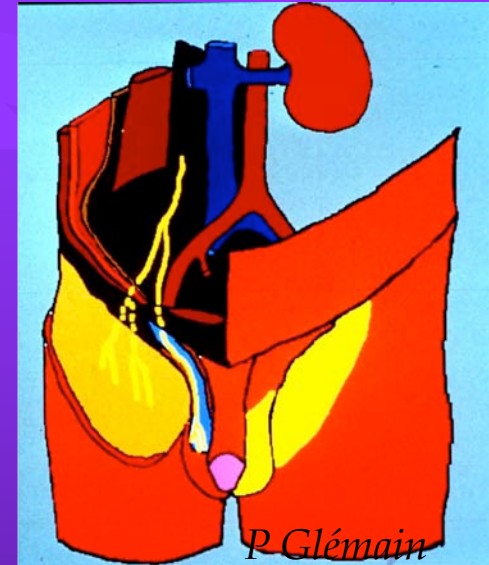
# Névralgie pudendale post opératoire

- Possibilités de syndromes canauxiers 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



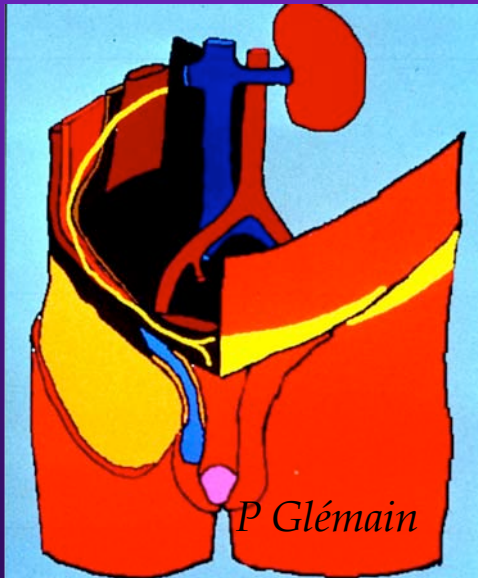
P. Glémain

Génito-fémoral



EMC

Ilio-hypogastrique



P. Glémain

SOMMAIRE

## 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

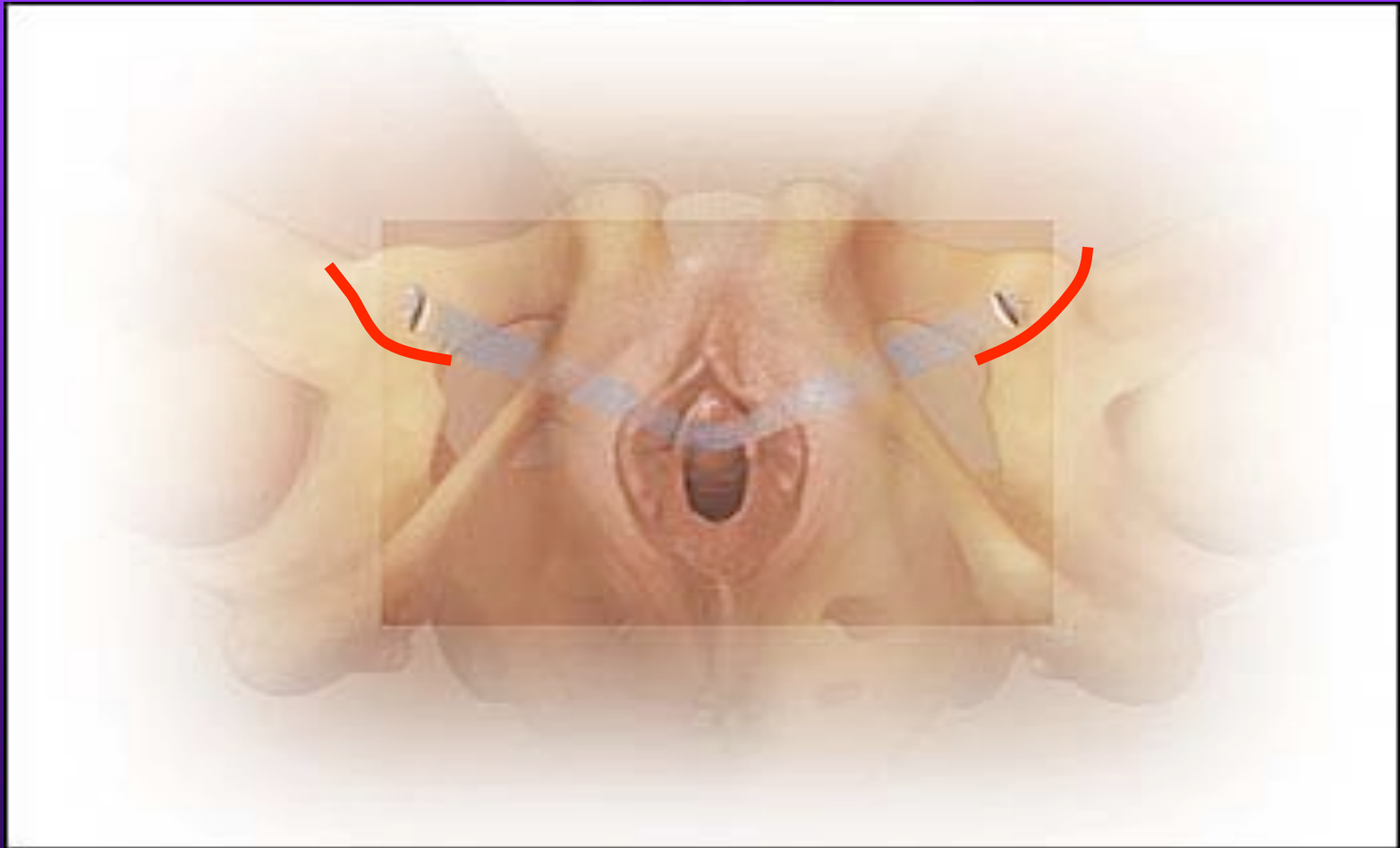


# Névralgie Obturatrice

- 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**

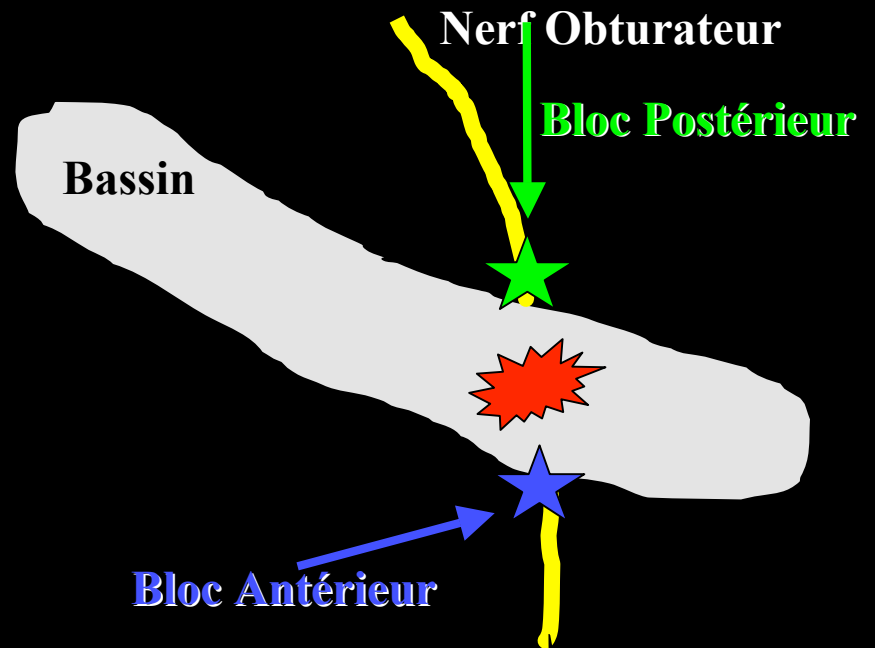
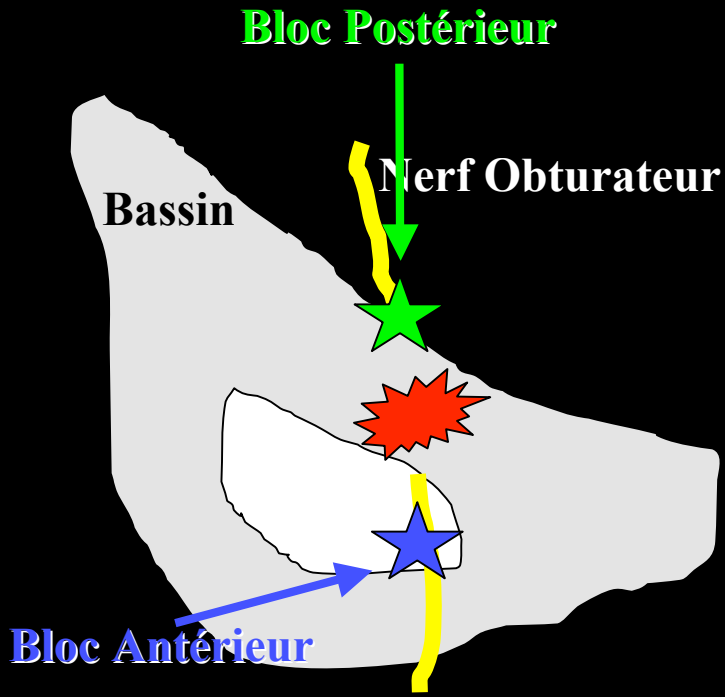


# Exemple 4: douleur inguino crurale après cure de prolapsus et d'IUE



# Névralgie Obturatrice

## Blocs anesthésiques





*Envisager une neurolyse coelioscopique  
(J Rigaud 2008)*

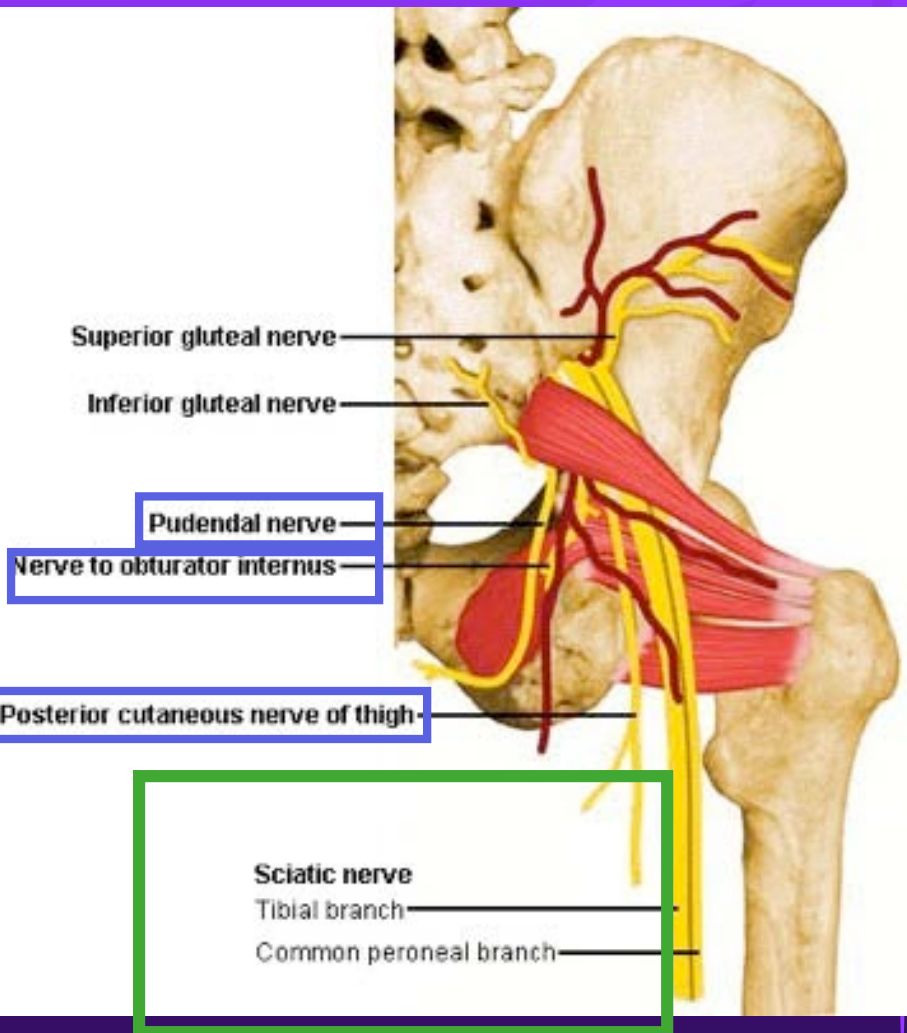
# Les douleurs pelvi périnéo fessières post opératoires mal systématisées

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

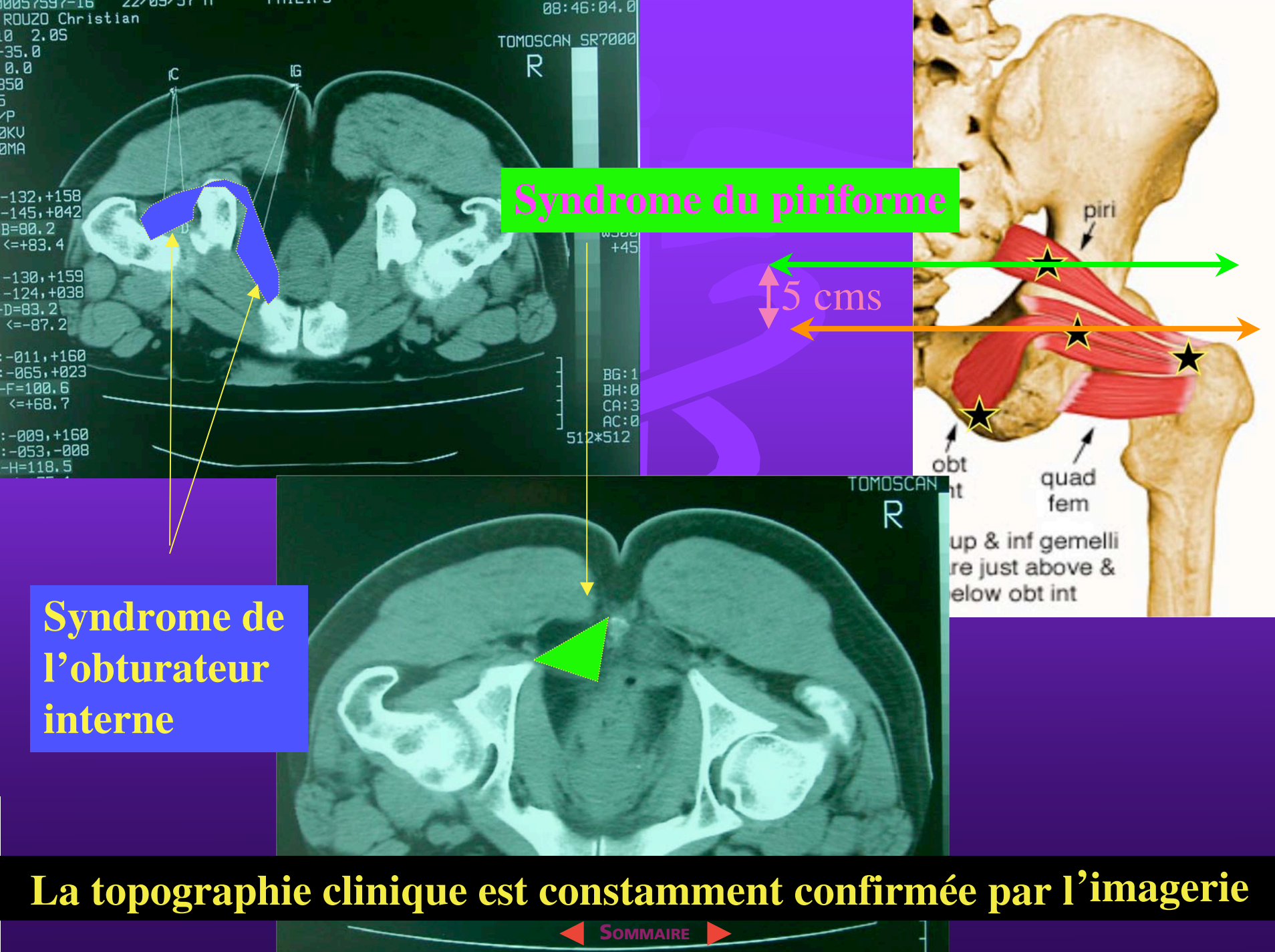
# Exemple 5: douleur périnéale, fessière, face interne de cuisse et sciatalgique après voie transobturatrice

## *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

15 cms

La topographie clinique est constamment confirmée par l'imagerie



# 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 I  
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**

SOMMAIRE



# 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