

» Comment explorer et traiter des douleurs postopératoires après chirurgie pelvienne ?

How to explore and treat postoperative pain after pelvic surgery?

J. Rigaud
A. Levesque

Service d'urologie, CHU de Nantes, 1, place Alexis Ricordeau, 44000 Nantes, France

RÉSUMÉ

La chirurgie pelvi-périnéale entraîne des risques de douleur chronique qui sont trop souvent méconnus. La chirurgie prothétique est pourvoyeuse de douleurs chroniques avec en particulier les plaques de hernie, les bandelettes sous-urétrales, les prothèses pour la chirurgie du prolapsus. L'exploration est basée essentiellement sur l'anamnèse, l'interrogatoire et l'examen clinique. L'apparition des douleurs immédiatement ou quelques jours après la chirurgie est un élément clé pour imputer les douleurs au geste chirurgical. Ces douleurs sont essentiellement des douleurs neuropathiques et/ou myofasciales. Il faut aussi rechercher des signes de sensibilisation centrale avec des douleurs plus diffuses. Le traitement repose avant tout par une reprise chirurgicale pour une ablation du matériel avec une amélioration dans 2/3 des cas. En cas d'échec une prise en charge algologique plus complète avec de la relaxation musculaire en cas de douleurs myofascial et/ou une prise en charge médicale spécifique des douleurs neuropathiques et de la sensibilisation pelvienne.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Pelvic-perineal surgery induces risks of chronic pain often unappreciated. Prosthetic surgery is a source of chronic pain, in particular prosthetic mesh for hernia or prolapse, sub-urethral slings for incontinence. The exploration is based essentially on the anamnesis, the clinical reports and the clinical examination. The occurrence of pain immediately or a few days after surgery is a key point in attributing pain to the surgical procedure. The characteristics of pain are essentially neuropathic and/or myofascial. Signs of central sensitization with more diffuse pain could be also present. The treatment is based primarily on surgical revision for ablation of the mesh with an improvement in 2/3 of cases. In case of failure, algological management with muscle relaxation in case of myofascial pain and/or specific medical management of neuropathic pain and pelvic sensitization could be proposed.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

Le problème de la douleur postopératoire chronique est relativement récent. La chirurgie représente la deuxième étiologie des douleurs chroniques, derrière les pathologies dégénératives et devant les traumatismes [1]. De manière globale, l'incidence des douleurs

postopératoire chronique sévères est estimée entre 2 et 10 % [2]. Les douleurs peuvent survenir après toute chirurgie qu'elle soit mineure ou majeure. L'acte chirurgical, le terrain, la zone opératoire constituent en eux-mêmes des facteurs modulant le risque de survenue de douleurs postopératoires chroniques.

MOTS CLÉS

Douleur pelvienne
Postopératoire
Sensibilisation
Neuropathique
Prothèse

KEYWORDS

*Pelvic Pain
Postoperative
Sensibilization
Neuropathic
Prosthetic*

Auteur correspondant :

J. Rigaud,
Service d'urologie, CHU de
Nantes, 1, place Alexis Ricordeau,
44000 Nantes, France.
Adresse e-mail :
jrigaud@chu-nantes.fr

<https://doi.org/10.1016/j.fpurol.2018.03.001>

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



L'International Association for the Study of Pain (IASP) a proposé 4 critères pour définir la douleur chronique postopératoire : douleur développée dans les suites d'une intervention chirurgicale, évoluant depuis au moins 2 mois, exclusion faite d'une cause carcinologique, infectieuse chronique ou que la douleur soit en rapport avec un problème préexistant [3]. La chirurgie pelvi-périnéale entraîne des risques de douleur chronique qui sont trop souvent méconnus. La chirurgie prothétique est pourvoyeuse de douleurs chroniques avec en particulier les plaques de hernie, les bandelettes sous-urétrales, les prothèses pour la chirurgie du prolapsus. . . Il peut s'agir de véritables atteintes nerveuses somatiques ou de douleurs neuropathiques décompensées, de douleurs musculaires par atteinte directe ou réactionnelle, ou enfin de douleurs bien plus diffuses accompagnées de symptômes fonctionnels urinaires, digestifs ou sexuels dans le cadre d'une sensibilisation pelvienne. La chronologie des faits apparaissant immédiatement ou quelques jours après la chirurgie est un élément clé pour imputer les douleurs au geste chirurgical. Il est également important de s'assurer d'une corrélation potentielle entre la chirurgie réalisée et le tableau clinique douloureux.

COMMENT EXPLORER ?

Une analyse clinique basée sur les connaissances anatomiques est souvent la clef du diagnostic. Ce démembrement des douleurs pelviennes permet de mieux comprendre, expliquer et traiter les symptômes sans attribuer à tort certains symptômes à la chirurgie comme la névralgie pudendale après une chirurgie hémorroïdaire. Le diagnostic précis pouvant déboucher parfois sur des gestes thérapeutiques simples peut permettre d'éviter des examens d'imagerie non ciblés et surtout des explorations ou des reprises chirurgicales inutiles.

Douleur neuropathique

La douleur neuropathique est définie par l'IASP comme une douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel. La lésion nerveuse peut être une section ou un traumatisme direct, dans ce cas la symptomatologie est parlante très rapidement après le geste chirurgical. On peut également voir des lésions nerveuses par étirement, par compression ou par engainement fibreux dont le tableau est parfois moins typique et moins brutal.

La localisation systématisée de la douleur dans un territoire nerveux est un argument majeur pour évoquer une atteinte nerveuse (Fig. 1).

Les douleurs neuropathiques peuvent être diagnostiquées par le questionnaire DN4, la présence d'au moins 4 des 10 signes suivants dans le territoire douloureux étant fortement évocatrice : brûlure, sensation de froid douloureux, décharges électriques, fourmillements, picotements, engourdissements, démangeaisons, hypoesthésie au tact, hypoesthésie à la piqûre, douleur provoquée par le frottement [4].

L'examen clinique est souvent normal sans déficit moteur ni sensitif. Il met plus souvent en évidence une allodynie qui est une douleur induite par un stimulus non douloureux. Par contre, il est important de rechercher une zone douloureuse par la palpation des cicatrices à la recherche d'une zone gâchette.

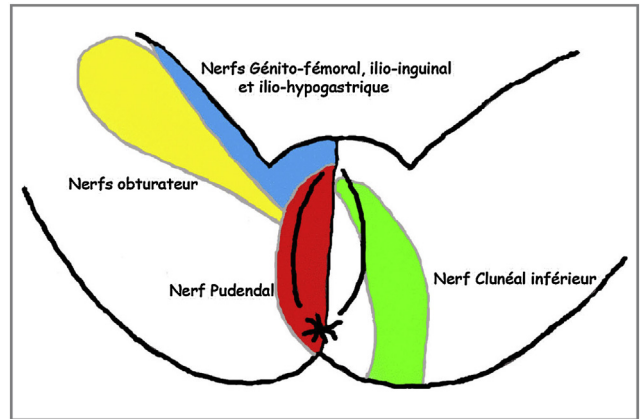


Figure 1. Territoire anatomique sensitif des nerfs pelvi-périnéaux.

Le diagnostic de douleur neuropathique est essentiellement clinique. Les examens paracliniques sont souvent peu contributifs. L'électromyogramme (EMG) peut retrouver des signes de dénervation mais n'est valable que pour des nerfs ayant une participation motrice. Il se discute donc en cas de douleur pudendale et/ou obturatrice tout en restant peu spécifique et peu pertinent en pratique. Un bilan d'imagerie par tomodensitométrie ou IRM pelvienne doit être réalisé lors du bilan initial. Il a surtout pour but d'éliminer une cause autre avec la recherche en particulier d'une masse compressive, d'un abcès, d'une tumeur, etc.

Un test d'infiltration d'anesthésiques locaux (bupivacaine ou lidocaïne) est en revanche souvent nécessaire pour confirmer l'atteinte neurologique. Cette infiltration doit se faire sur la zone gâchette douloureuse ou directement sur le trajet du nerf mis en cause. Elle peut se faire à la consultation mais nécessite souvent un repérage radiologique. L'infiltration est évaluée par son impact sur l'intensité de la douleur (échelle numérique de la douleur [EN] entre 0 = pas de douleur et 10 = la douleur maximale imaginable) avant le geste et au décours immédiat (entre 5 minutes et 3 h après l'infiltration). Il convient cependant de bien préciser au patient qu'il s'agit d'un test diagnostique et non d'un geste thérapeutique [5].

Globalement on retrouve 3 grands tableaux de douleurs pelviennes neuropathiques en urologie :

- douleur obturatrice : douleur neuropathique face antéro-interne de la cuisse, pas d'irradiation dans la jambe, calmée en position assise ou allongée, douleur à la marche, boiterie par esquisse du pas, aggravation en appui unipodal, pas de déficit sensitif ou moteur [6] ;
- douleur pudendale : douleur neuropathique de l'anus à la verge ou au clitoris, aggravée en position assise, soulagée sur un siège de w.-c., pas de réveil nocturne par la douleur, pas de déficit sensitif ou moteur [7] ;
- douleur génito-fémorale : douleur neuropathique de la face interne de la racine de la cuisse et la région génitale, irradiation testiculaire ou dans la grande lèvre, aggravée en position assise ou à l'effort, pas de déficit sensitif ou moteur.

Douleur myofasciale

Une douleur myofasciale est définie [8] par la présence d'un point douloureux gâchette (*trigger point*) au sein d'un muscle, traduisant une hyper-irritabilité du muscle ou de son fascia. La

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/11013315>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/11013315>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)