




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



Éducation et thérapies parallèles dans la prise en charge thérapeutique des douleurs pelvipérinéales chroniques

Therapeutic education and alternative medicine

L. Sibert^{a,*}, J. Rigaud^b, D. Delavierre^c, J.-J. Labat^b

^a Service d'urologie, EA 4308, hôpital Charles-Nicolle, CHU de Rouen, université de Rouen, 1, rue de Germont, 76000 Rouen, France

^b Centre fédératif de pelvi-périnéologie et clinique urologique, CHU de Nantes, 44000 Nantes, France

^c Service d'urologie-andrologie, CHR La Source, 45067 Orléans cedex 2, France

Reçu le 12 août 2010 ; accepté le 16 août 2010

Disponible sur Internet le 28 septembre 2010

MOTS CLÉS

Douleur
pelvi-périnéale
chronique ;
Éducation
thérapeutique ;
Médecine parallèle ;
Complément
alimentaire ;
Acupuncture ;
Homéopathie ;
Mésothérapie

Résumé

But. — Lister les principales thérapies parallèles mises en œuvre pour traiter les douleurs pelvi-périnéales chroniques décrites dans la littérature et analyser leur efficacité au vu des données publiées.

Matériel et méthode. — Revue des articles publiés sur le thème dans la base de donnée Medline (PubMed) et des conférences de consensus, sélectionnés en fonction de leur pertinence scientifique.

Résultats. — Les stratégies adaptatives développées par les patients ont un rôle favorable sur une meilleure autogestion des douleurs. Il existe des données en faveur d'un effet bénéfique d'un apport calorique équilibré, des modifications des habitudes alimentaires et de l'apport de certains compléments alimentaires, notamment pour le syndrome douloureux vésical/cystite interstitielle et le syndrome douloureux pelvien chronique/prostatite chronique. Des résultats bénéfiques mais non durables ont été rapportés avec l'acupuncture pour le syndrome douloureux pelvien chronique, l'endométriose, le syndrome de vessie douloureuse/cystite interstitielle, le syndrome urétral. Il n'y a pas de données probantes pour l'homéopathie et la mésothérapie.

Conclusions. — La plupart des traitements médicaux alternatifs représentent une option thérapeutique potentiellement valable comme traitement de recours ou d'appoint des douleurs pelvi-périnéales chroniques. Ils nécessitent les mêmes critères scientifiques d'évaluation et de validation que ceux mis en œuvre pour les traitements conventionnels.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : louis.sibert@chu-rouen.fr (L. Sibert).

KEYWORDS

Chronic pelvic pain;
Therapeutic
education;
Alternative medicine;
Dietary
supplementation;
Acupuncture;
Homeopathy;
Mesoherapy

Summary

Objective. — To review the most common Complementary and Alternative Medical (CAM) therapies described for chronic pelvic pain care and to analyze their results as reported in the literature.

Material and methods. — Review of articles and consensus conferences published on this subject in the Medline (PubMed) database, selected according to their scientific relevance.

Results. — Lifestyle interventions have a positive impact on patients' self-management of their chronic pain. Positive outcomes are associated with well-balanced diet, dietary changes and certain dietary supplementations for bladder pain syndrome and chronic pelvic pain syndrome. Limited data exist supporting the use of acupuncture for chronic pelvic pain, endometriosis, bladder pain syndrome and urethral pain syndrome. There is no evidence for homeopathy and mesotherapy.

Conclusions. — Published data on many CAM therapies suggest their potential as complementary treatment options of chronic pelvic pain. As conventional treatments, CAM therapies warrant further studies to assist in their validation as permanent treatment options for this patient population.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La physiopathologie des douleurs pelvi-périnéales chroniques est multifactorielle et encore incomplètement élucidée, leur retentissement psycho-social et leur impact négatif sur la qualité de vie sont majeurs, leurs traitements conventionnels s'appuient généralement sur un faible niveau de preuve. Tous ces éléments expliquent la part croissante des médecines alternatives au sein de la prise en charge des patients atteints de douleurs pelviennes chroniques.

Cet article a pour but de lister les principales thérapies parallèles décrites dans la littérature et d'analyser leur efficacité au vu des données publiées.

Auto-éducation du patient

Une prise en charge multidisciplinaire est toujours indiquée dans le cas de problèmes multidimensionnels comme la douleur chronique. Au sein de cette prise en charge, les stratégies thérapeutiques fondées sur la cognition et le comportement sont des éléments importants. Ces stratégies ont pour objectif d'apprendre au patient comment gérer sa douleur en développant l'éducation des patients à des techniques d'autogestion de la douleur, en favorisant la prise en charge de soi. Des recherches récentes indiquent que les interventions visant le comportement donnent en général de meilleurs résultats que les moyens de contrôle du traitement médical lorsqu'il s'agit d'atténuer la douleur, de réduire l'incapacité et de hausser les taux d'activité des patients [1]. Ces interventions ont démontré leur efficacité pour enseigner aux patients des techniques de soins auto-administrés continus [2]. La physiothérapie peut ainsi apprendre au patient comment gérer sa douleur par la relaxation et par des stratégies de respiration. Ces techniques rééducatives font l'objet d'un article spécifique [3].

Dans le cadre plus spécifique des douleurs pelvi-périnéales chroniques, un certain nombre de stratégies

adaptatives sont fréquemment développées par les patients. Ainsi, pour les douleurs épидидymo-testiculaires chroniques, l'élévation et le maintien du contenu scrotal à l'aide de suspensoir, l'exposition à la chaleur ou au contraire la réfrigération locale, la limitation volontaire de l'activité physique (comme le cyclisme en cas de syndrome douloureux pelvien chronique) et/ou de l'activité sexuelle sont des « petits moyens » qui peuvent avoir une certaine utilité pour les patients pour améliorer la gestion de leur symptomatologie.

L'adaptation du positionnement en situation assise peut améliorer le confort des patients pour lesquels la position assise est douloureuse (névralgie pudendale). L'utilisation d'un coussin-bouée de positionnement peut être proposée. Il s'agit d'un coussin en mousse ou en latex percé en forme de O ou de U qui permet de ne pas comprimer le périnée au cours de la position assise (Fig. 1). Son coût est d'environ 50 euros. Il n'ouvre pas de droit à remboursement sauf s'il fait l'objet d'une prescription médicale sous la dénomination « coussin-bouée anti-escarres ». Il peut être commandé en pharmacie ou directement auprès des sociétés le commercialisant.

Les douleurs pelviennes étant souvent majorées après un effort de défécation, prendre l'habitude de déféquer brièvement juste avant de se coucher permet de réduire la durée et l'intensité des douleurs journalières.

L'application locale de gel anesthésique tel que la xylocaïne peut diminuer l'hypersensibilité locale en cas de douleur vulvaire et permet de reprendre les rapports sexuels [4].

À l'inverse, la pollakiurie et les douleurs semblant d'origine vésicale peuvent favoriser une tendance spontanée à la restriction hydrique. Une restriction hydrique exagérée risque d'accentuer les douleurs mictionnelles et expose aux comorbidités liées à une déshydratation débutante. Il faut donc encourager les patients à maintenir un apport hydrique minimum [5].

Au total, bien qu'aucun de ces moyens adaptatifs n'ait vraiment fait l'objet d'une évaluation objective documentée, il est toujours utile d'en informer le patient.



Figure 1. Coussin-bouée de positionnement.

Régime et compléments alimentaires

Les données disponibles concernant le rôle de l'alimentation pour lutter contre les syndromes douloureux chroniques concernent l'apport calorique, les modifications du comportement alimentaire et l'utilisation de compléments alimentaires.

L'importance d'un apport calorique équilibré repose sur des données probantes

La surcharge pondérale avec ses risques cardiovasculaires et métaboliques accentuent les facteurs de comorbidité fréquemment associés au syndrome douloureux pelvien chronique [6]. La prévalence des douleurs chroniques est corrélée avec l'augmentation de l'indice de masse corporelle [7].

Les modifications du régime alimentaire

Les restrictions alimentaires font parties des nombreuses stratégies développées par les patients souffrant de syndrome de la vessie douloureuse/cystite intersti-

tuelle. Bade et al. ont mis en évidence une diminution significative de la consommation des aliments riches en graisse et du café et une augmentation de la consommation de fibres. Le rationnel de ces modifications alimentaires n'est cependant pas établi [8]. Pour 53 à 63 % des patients, les aliments ou boissons trop acides (caféine, alcool, boissons gazeuses, épices, vinaigre, tomate), les aliments riches en acides aminés tels que le tryptophane, la tyrosine, la tyramine et la phénylalanine (banane, bière, fromage, chocolat, mayonnaise, aspartam, noix, oignons, raisins) exacerbent la symptomatologie douloureuse [5]. D'après une étude prospective mais non randomisée, la prise de glycérophosphate de calcium pourrait avoir une efficacité légèrement supérieure au placebo pour soulager les poussées douloureuses post-prandiales [9].

D'après un certain nombre de cas cliniques publiés, un régime qui vise à exclure de l'alimentation des aliments contenant des ingrédients de la famille des Solanaceae peut diminuer les douleurs chroniques. Les solanacées sont une famille de plantes appartenant à l'ordre des solanales. En sont issus bon nombre de légumes et de fruits : pomme de terre, tomate, aubergine, physalis, piment et poivrons, lyciet commun [10].

Certaines plantes contenant des lectines ont une action pro-inflammatoire et résistent pour la plupart à l'action des enzymes digestives. Les lectines sont des glycoprotéines que l'on trouve en forte concentration dans la plupart des graines de légumineuses sèches (lentilles, fèves, pois). La consommation d'aliments riches en lectines peut causer diarrhées, nausées, et vomissements et exacerber la symptomatologie des pathologies douloureuses chroniques. Leur rôle délétère vis-à-vis des douleurs pelvi-périnéales chroniques n'est pas documenté [11].

Les compléments alimentaires

Ce sont des denrées qui complètent une alimentation normale

Ils contiennent une multitude d'ingrédients à base d'extraits végétaux, minéraux, animaux, de vitamines, d'oligo-éléments, de fibres, d'acides aminés, de protéines. Leurs sources et/ou leur degré de pureté sont rarement détaillés. Leur efficacité peut être directement en rapport avec l'action biologique du composant principal soit nécessiter l'ajout d'autres suppléments alimentaires ou de médicaments.

L'inhibition des mastocytes

La cible thérapeutique commune des compléments alimentaires le plus prescrits pour la douleur chronique est l'inhibition des mastocytes responsables de l'inflammation mise en cause dans un grand nombre de pathologies chroniques, comme les allergies, les arthrites, les douleurs pelvi-périnéales chroniques [12]. Un très grand nombre de substances agirait ainsi sur la régulation de l'inflammation : les lipides d'origine marine comme les acides gras oméga 3 à chaîne longue, les phospholipides, les stéroïdes végétaux, mais aussi les vitamines C, D, B1, le silicium. Il n'est pas possible d'en dresser une liste complète. Leurs actions ont été prouvées in vitro, mais leur efficacité clinique, notamment sur les douleurs chroniques

souffre d'un manque de données probantes publiées [10].

Syndrome douloureux vésical/cystite interstitielle

Dans ce cadre, des compléments alimentaires tels que le diméthyl sulfone (dérivé du diméthyl sulfoxyde interstitielle), des acides aminés comme la L-arginine, des stérols, la mélatonine ont été testés mais avec des résultats encore anecdotiques et qui restent à confirmer [5].

Syndrome douloureux pelvien chronique

Les données probantes les plus documentées sur l'efficacité clinique de l'action anti-inflammatoire et anti-oxydante des compléments alimentaires concernent les flavonoïdes (Quercétine) et les extraits de pollen (Cernilton) dans le cadre du syndrome douloureux pelvien chronique/prostatite chronique [12–14]. L'action de certains extraits de plante sur les marqueurs de l'inflammation, comme le thromboxane et le 6-kéto-PGF1 alpha fait l'objet d'expérimentation in vitro. Si elles sont confirmées ces études permettraient de mieux comprendre les mécanismes de l'inflammation chronique impliqués dans le syndrome douloureux pelvien chronique [13].

Les extraits de plantes

Pour mémoire, les extraits de plantes peuvent intervenir dans la thérapeutique des douleurs pelviennes chroniques, outre leurs actions anti-inflammatoires, par leurs actions analgésiques, anti-dépressives, sans oublier leur efficacité documentée sur les troubles urinaires et infectieux du bas appareil (*Vaccinium macrocarpon*, *Serenoa repens*) [10]. L'utilisation de *S. repens* dans le syndrome douloureux pelvien chronique (NIH III) a été testé dans quelques études avec une diminution du score symptomatique. Ces résultats obtenus à petite échelle nécessitent d'en vérifier la reproductibilité et la généralisation [13].

Au total, les modifications du régime alimentaire et les compléments alimentaires représentent une approche thérapeutique fréquemment utilisée et peu coûteuse pour les patients souffrant de douleurs chroniques. Néanmoins, les données publiées, notamment dans le cadre des douleurs pelvi-périnéales chroniques sont limitées et les modifications alimentaires ne peuvent suffire à elles seules pour traiter efficacement la symptomatologie.

Acupuncture

L'acupuncture est une des branches de la médecine traditionnelle chinoise, basée sur l'implantation et la manipulation de fines aiguilles en divers points du corps à des fins thérapeutiques. Le mécanisme d'action de l'acupuncture n'est pas complètement élucidé mais des études expérimentales suggèrent que l'analgésie induite par l'acupuncture serait en rapport avec des modifications des mécanismes de neuromodulation et l'inhibition des transmissions du signal douloureux, par l'intermédiaire de certains neurotransmetteurs tels que l'endorphine. L'acupuncture pourrait également avoir un impact sur la modulation de la réponse inflammatoire [15]. Le fait que les syndromes douloureux pelviens chroniques réfractaires aux traitements

médicaux de première intention présentent probablement des composantes d'inflammation neurogène et neuropathiques, souligne l'intérêt potentiel de l'acupuncture dans cette indication. Néanmoins, l'efficacité clinique réelle de l'acupuncture est difficile à évaluer. Une revue systématique des publications évaluant l'efficacité de l'acupuncture sur les douleurs chroniques a été effectuée par Ezzo et al. en 2000 [16]. Cinquante essais cliniques impliquant 2394 patients ont été listés. Seize articles seulement présentaient une méthodologie correcte avec comparaison avec groupe témoin (groupes de patients où les aiguilles sont positionnées ailleurs que sur les méridiens traditionnels, groupes de patients sans aucun traitement ou groupe de patients traités par stimulation électrique transcutanée). Parmi ces 16 essais cliniques, les résultats de l'acupuncture étaient supérieurs à celui du groupe témoin dans trois études, il n'y avait pas de différence dans 12 études et les résultats de l'acupuncture étaient inférieurs à ceux obtenus dans le groupe témoin dans une étude. Plus récemment, dans une étude observationnelle menée en Allemagne à une large échelle, 22 % des patients douloureux chroniques étaient significativement améliorés après acupuncture [17]. Concernant le type de douleur chronique pouvant bénéficier de l'acupuncture, la majorité des travaux publiés se sont intéressés à l'efficacité de l'acupuncture sur les douleurs d'origine ostéomusculaire. Plus récemment, les résultats d'un certain nombre d'essais cliniques suggèrent une possible effet bénéfique et sans effets secondaires de cette technique sur les lombalgies chroniques, le syndrome douloureux pelvien chronique, l'endométriose et le syndrome de vessie douloureuse/cystite interstitielle, le syndrome urétral [18–24].

Au total, l'acupuncture peut avoir une efficacité clinique mais les résultats bénéfiques ne semblent pas persister dans le temps et il s'agit de résultats préliminaires portant sur de petits nombres de patients qui doivent être confirmés par de plus larges études randomisées et contrôlées.

Homéopathie

L'homéopathie consiste à administrer au malade des doses faibles ou infinitésimales obtenues par dilution et agitation (la dynamisation) d'une substance choisie en fonction de l'état physique et psychique du patient. Elle repose sur le principe dit « de similitude ». Ce principe énonce qu'une personne atteinte d'une maladie peut être traitée au moyen de la substance produisant des symptômes semblables à ceux de la maladie chez une personne en bonne santé. Des essais randomisés en double insu ont prouvé que l'effet thérapeutique des traitements homéopathiques chez les patients atteints de pathologies chroniques était supérieur au placebo. Dans des méta-analyses récentes, l'effet placebo des traitements homéopathiques n'était pas supérieur à celui observé avec les traitements médicaux conventionnels [25]. Les pathologies chroniques concernées étaient les syndromes migraineux, la polyarthrite rhumatoïde, les diarrhées chroniques, mais aussi le syndrome de l'intestin irritable, certaines vulvodynies et cystalgies.

Au total, il faut souligner le manque de données scientifiques probantes.

Mésothérapie

La mésothérapie est une technique de traitement localisé de la douleur qui consiste à injecter au niveau du site de la lésion, par voie intradermique ou sous-cutanée superficielle, des médicaments allopathiques (corticoïdes exceptés) à très faible concentration par rapport à l'utilisation orale [26]. Cette technique ne relève pas de l'acupuncture qui recherche un effet analgésique par stimulation nerveuse périphérique alors que la mésothérapie, à l'aide de micro-injections d'un sympathicolytique (procaïne ou xylocaïne), va bloquer la transmission du message douloureux cheminant au niveau des fibres fines Ad et C. La mésothérapie utilise généralement une association de deux ou trois produits. En fonction de la pathologie, ces médicaments peuvent être des antalgiques, des vasodilatateurs, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des enzymes protéolytiques, des cicatrisants, des vitamines B. Les anesthésiques locaux (procaïne ou xylocaïne) font souvent partie des mélanges injectés. Les indications potentielles de la mésothérapie recouvrent les pathologies rhumatologiques, traumatiques et certaines migraines.

Au total, l'application spécifique de la mésothérapie à la douleur pelvi-périnéale chronique n'a fait l'objet d'aucune publication scientifique.

Conclusions

L'apport des médecines parallèles constituent un moyen d'améliorer la qualité de communication entre le patient et les différents acteurs de sa prise en charge thérapeutique. La plupart peuvent représenter une option thérapeutique potentiellement valable comme traitement de recours ou d'appoint des douleurs pelvi-périnéales chroniques.

Le développement des médecines parallèles souligne l'importance de l'approche holistique et multidisciplinaire des douleurs pelvi-périnéales chroniques et la nécessité de la prise en compte du retentissement psycho-social de la part des tous les soignants, y compris les urologues.

Des changements d'habitudes comportementales et alimentaires peuvent avoir des bénéfices mesurables sur la tolérance des syndromes douloureux et en termes de qualité de vie.

L'acupuncture peut améliorer transitoirement les douleurs pelvi-périnéales chroniques.

L'application de l'homéopathie et la mésothérapie manque de données publiées valides dans le cadre des douleurs pelviennes chroniques.

Les thérapies parallèles des douleurs pelvi-périnéales chroniques nécessitent les mêmes critères scientifiques d'évaluation et de validation que ceux mis en œuvre pour les traitements conventionnels.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Remerciements

Les auteurs remercient le Dr Emeric Lacarrière pour son aide à la traduction en anglais du résumé.

Références

- [1] Becker N, Sjøgren P, Bech P, Olsen AK, Eriksen J. Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Danish multi-disciplinary pain center compared to general practice: a randomized controlled trial. *Pain* 2000;84:203–11.
- [2] Arnstein P, Caudill M, Mandle CL, Norris A, Beasley R. Self-efficacy as the mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain* 1999;81:483–91.
- [3] Picard-Destelan M, Labat JJ, Rigaud J, Delavierre D, Sibert L. Prise en charge psychologique. *Prog Urol* 2010;20:872–85.
- [4] Zolnoun DA, Hartmann KE, Steege JF. Overnight 5% lidocaine ointment for treatment of vulvar vestibulitis. *Obstet Gynecol* 2003;102:84–7.
- [5] Marshall K. Interstitial cystitis: understanding the syndrome. *Altern Med Rev* 2003;8:423–6.
- [6] Sibert L, Rigaud J, Delavierre D, Labat JJ. Douleurs pelvi-périnéales chroniques : épidémiologie et aspects économiques. *Prog Urol*, sous presse.
- [7] Meana M, Cho R, DesMeules M. Chronic pain: the extra burden on Canadian. *Women BMC Womens Health* 2004;4(Suppl. 1):S17.
- [8] Bade JJ, Peeters JM, Mensink HJ. Is the diet of patients with interstitial cystitis related to their disease? *Eur Urol* 1997;32:179–83.
- [9] Bologna RA, Gomelsky A, Lukban JC, Tu LM, Holzberg AS, Whitmore KE. The efficacy of calcium glycerophosphate in the prevention of food-related flares in interstitial cystitis. *Urology* 2001;57(6 Suppl. 1):119–20.
- [10] Ward A. Complementary therapies and their role in the management of urogenital pain. In: Baranowski AP, Abrams P, Fall M, editors. *Urogenital pain in clinical practice*. New-York, USA: Informa healthcare; 2008. p. 495–514.
- [11] Freed D. Do dietary lectins causes disease? *Br Med J* 1999;318:23–4.
- [12] Theoharides TC, Bielory L. Mast cells and mast cell mediators as targets of dietary supplements. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004;93(2 Suppl. 1):S24–34.
- [13] Capodice JL, Bemis DL, Buttyan R, Kaplan SA, Katz AE. Complementary and alternative medicine for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med* 2005;2:495–501.
- [14] Delavierre D, Rigaud J, Sibert L, Labat JJ. Traitement de la «prostatite chronique» et du syndrome douloureux pelvien chronique : l'illusion des traitements spécifiques. *Prog Urol*, sous presse.
- [15] Kho HG, Roberston EN. The mechanisms of acupuncture analgesia: review and update. *Am J Acupuncture* 1997;25:261–81.
- [16] Ezzo J, Berman B, Hadhazy VA, Jadad AR, Lao L, Singh BB. Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? A systematic review. *Pain* 2000;86:217–25.
- [17] Weidenhammer W, Streng A, Linde K, Hoppe A, Melchart D. Acupuncture for chronic pain within the research program of 10 German Health Insurance Funds-basic results from an observational study. *Complement Ther Med* 2007;15:238–46.
- [18] Chen R, Nickel JC. Acupuncture ameliorates symptoms in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 2003;61:1156–9.

- [19] Antolak Jr SJ. Acupuncture ameliorates symptoms in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 2004;63:212.
- [20] Honjo H, Kamoi K, Naya Y, Ukimura O, Kojima M, Kitakoji H, et al. Effects of acupuncture for chronic pelvic pain syndrome with intrapelvic venous congestion: preliminary results. *Int J Urol* 2004;11:607–12.
- [21] Capodice JL, Jin Z, Bemis DL, Samadi D, Stone BA, Kapan S, et al. A pilot study on acupuncture for lower urinary tract symptoms related to chronic prostatitis/chronic pelvic pain. *Chin Med* 2007;2:1.
- [22] Lee SW, Liong ML, Yuen KH, Leong WS, Chee C, Cheah PY, et al. Acupuncture versus sham acupuncture for chronic prostatitis/chronic pelvic pain. *Am J Med* 2008;121(79):e1–7.
- [23] Wayne PM, Kerr CE, Schnyer RN, Legedza AT, Savetsky-German J, Shields MH, et al. Japanese-style acupuncture for endometriosis-related pelvic pain in adolescents and young women: results of a randomized sham-controlled trial. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008;21:247–57.
- [24] Lee SH, Lee BC. Electroacupuncture relieves pain in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: three-arm randomized trial. *Urology* 2009;73:1036–41.
- [25] Nuhn T, Lüdtke R, Geraedts M. Placebo effect sizes in homeopathic compared to conventional drugs – a systematic review of randomised controlled trials. *Homeopathy* 2010;99: 76–82.
- [26] Pistor M. What is mesotherapy? *Chir Dent Fr* 1976;46: 59–60.