



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Interrogatoire et examen clinique d'un patient ayant des douleurs pelvipérinéales chroniques

Clinical interview and clinical examination of patients with chronic pelvic and perineal pain

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

^a Clinique urologique, centre fédératif de pelvipérinéologie, hôpital Hôtel Dieu, CHU de Nantes, 1, place Alexis-Ricordeau, 44000 Nantes, France

^b Service d'urologie - andrologie, CHR La-Source, 45000 Orléans, France

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

Reçu le 5 septembre 2010 ; accepté le 6 septembre 2010

Disponible sur Internet le 20 octobre 2010

MOTS CLÉS

Douleur ;
Pelvienne ;
Périnéale ;
Chronique ;
Examen clinique ;
Interrogatoire ;
Touche rectal ;
Touche vaginal

Résumé

Introduction. — Les patients ayant des douleurs pelvipérinéales chroniques ont une plainte parfois importante sans valeur objective qui permet de « valider » cette douleur excepté l'interprétation qu'en fait le patient. Le but de cet article est de décrire les points essentiels de l'interrogatoire et de l'examen clinique dans la démarche diagnostique des douleurs pelvipérinéales chroniques.

Patients et méthodes. — Une revue de la littérature et une description de notre expérience ont été réalisées pour décrire l'interrogatoire et l'examen clinique des patients ayant des douleurs pelvipérinéales chroniques.

Résultats. — L'interrogatoire d'un patient permet de faire préciser les caractéristiques de la douleur : mode d'installation, topographie, irradiation, type, rémission, réveils nocturnes, facteurs aggravants ou limitants. Il doit également rechercher des signes cliniques associés : urinaires, digestifs, gynécologiques, sexuels, cutanés et neurologique. L'intensité de la douleur est évaluée sur une échelle analogique. L'examen clinique pelvipérinéale doit être complet à la recherche d'une cause organique : neurologique, dermatologique, urogénitale, rachidienne, myofasciale et sympathique. Les touchers pelviens ont une place importante à la recherche de points gâchettes.

Conclusion. — Un interrogatoire et un examen clinique bien conduits permettent de débrouiller une grande partie des douleurs pelvipérinéales chroniques et sont primordiaux dans la démarche diagnostique.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jrigaud@chu-nantes.fr (J. Rigaud).

KEYWORDS

Pain;
Pelvic;
Perineal;
Chronic;
Clinical examination;
Clinical interview;
Digital rectal
examination;
Pelvic examination

Summary

Introduction. — Patients with chronic pelvic and perineal pain sometimes report major complaints with no objective value that help to "validate" this pain other than by the patient's own interpretation of the pain. The purpose of this article is to describe the essential elements of the clinical interview and clinical examination in the diagnostic approach to patients with chronic pelvic and perineal pain.

Patients and methods. — A review of the literature and a description of our experience was performed to describe the clinical interview and clinical examination of patients with chronic pelvic and perineal pain.

Results. — Clinical interview of the patient is designed to define the characteristics of the pain: mode of installation, topography, irradiation, type, remission, nocturnal waking, and aggravating or limiting factors. It must also look for associated clinical signs: urinary, gastrointestinal, gynaecological, sexual, cutaneous and neurological. The intensity of the pain is evaluated on an analogue scale. A complete clinical examination of the pelvis and perineum must be performed looking for an organic cause: neurological, dermatological, urogenital, spinal, myofascial and sympathetic nervous system. Digital rectal and vaginal (pelvic) examinations play an important role in the detection of trigger points.

Conclusion. — A well-conducted clinical interview and clinical examination can help to elucidate a large proportion of cases of chronic pelvic and perineal pain and are an essential in part of the diagnostic approach.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La définition d'une douleur selon l'International Association for the Study of Pain (IASP) est «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en les termes d'une telle lésion» [1,2]. La douleur chronique a été définie comme étant une douleur évoluant depuis plus de six mois [3]. Cette définition est large et ne préjuge pas du type de douleur et de la nature de la douleur. Elle témoigne de la nature subjective de la douleur et de sa composante émotionnelle. Il n'y a donc aucun examen objectif qui permette de «valider» cette douleur et d'en déterminer un seuil d'intensité, excepté l'interprétation qu'en fait le patient. Cela peut égarer le clinicien face à un patient qui a une plainte parfois importante sans valeur objective et sans aide par des examens complémentaires. Par conséquent, l'interrogatoire du patient douloureux prend toute son importance afin d'aider au mieux le clinicien. De même, l'examen clinique permet de rechercher des signes associés non spécifiques mais qui aident également la démarche étiologique et thérapeutique.

Le but de cet article est de faire une mise au point sur l'interrogatoire et l'examen clinique d'un patient présentant des douleurs pelvipérinéales chroniques.

Interrogatoire

L'interrogatoire d'un patient douloureux est primordial car il permet pour l'essentiel d'analyser les caractéristiques sémiologiques de la douleur afin d'orienter le diagnostic. En effet, chez les patients douloureux chroniques, l'examen clinique est parfois pauvre et peut contraster par rapport à la plainte importante du patient.

L'interrogatoire sur la douleur doit s'attarder à faire préciser.

Antécédents

Profession, contexte culturel, mode de vie, tabac, alcool, toxicomanie?

Contexte psychoaffectif et conjugal?

Notion de traumatisme pelvien?

Abus sexuel ou physique?

Antécédents chirurgicaux pelviens et type de chirurgie?

Antécédents d'infections uro-génitales ou sexuellement transmissible?

Antécédents médicaux : migraine? Dépression?

Autres pathologies douloureuses?

Prise de médicaments?

Traitements

Prise de médicaments?

Prise de médicaments antalgiques?

Traitements algologiques déjà réalisés avec ou sans succès?

Mode d'installation de la douleur

Ancienneté de la douleur?

Douleur d'installation insidieuse?

Douleur d'apparition brutale? Dans ce cas dans quelles circonstances?

Topographie de la douleur

Localisation précise de la douleur principale?

Douleur pelvienne? périnéale? (périnée antérieur, postérieur, global?), inguinale?

Douleur scrotale (la bourse) ou testiculaire stricto sensu (la glande)?

Douleur urétrale proximale ou distale? douleur pénienne non urétrale?

Douleur unilatérale ou bilatérale?

Douleur superficielle (peau, vulve, anus) ou profonde (vésicale, vaginale, rectale) ?

Irradiations de la douleur

Localisation des irradiations de la douleur ?

À la sphère pelvipériméale ?

Au-delà : douleurs fessières, des membres inférieurs ?

Douleurs généralisées (rachis, épaules, membres supérieurs...) ?

Type de douleur

Douleur type neuropathique avec des décharges électriques, brûlures, paresthésies ?

Pincement ? Tiraillement ? Coup de poignard ?

Sensation de cuisson ? (testicules bouillants?), sensation de froid ? (verge froide?) ?

Sensation de corps étrangers ?

Douleur en éclair ?

Tension musculaire ?

Sensation d'engourdissement (pénien, périnéal, anal) ?

Notion de prurit ?

Rémission de la douleur

Douleur permanente ? Avec des paroxysmes ou des accalmies ?

Réveil nocturne

Douleur nocturne ? Jusqu'à l'endormissement ou réveil nocturne par la douleur ?

Sommeil conservé ?

Réveil par le besoin d'uriner (parfois douloureux) ?

Facteurs aggravants

Position assise, type de siège (mou ou siège dur?), bord des WC ?

Position allongée, accroupie ?

Efforts ?

Miction ou défécation ?

Hyperpathie ou allodynie au contact local (toilette, essuyage, port de slips ou de pantalons serrés) ?

Alimentation : boisson alcoolisée, boisson gazeuse, piments ?

Cycles menstruels ?

Facteurs limitants

Position allongée ?

Contact avec le froid ou le chaud ?

Calmée par la miction ou la défécation ?

Retentissement

Sur le sommeil ?

Les activités professionnelles ?

Les activités de la vie quotidienne ?

La qualité de vie ?

Le comportement général ?

Il faut également rechercher des signes cliniques associés afin de préciser une éventuelle atteinte organique :

- signes urinaires : pollakiurie, brûlures mictionnelles, dysurie, impériosités, rétention, incontinence urinaire ?
- signes digestifs : constipation, diarrhée, ballonnement, dyschésie, incontinence fécale ? soulagement par l'émission de gaz ou de selles ? aggravation pendant ou après la défécation ?
- signes gynécologiques : mètrorragies, pertes vaginales ?
- signes sexuels : dyspareunie (superficielle ou profonde ?), libido, dysfonction érectile, troubles de l'éjaculation et

de l'orgasme, douleur éjaculatoires, douleurs après les rapports ?

- signes cutanés : prurit, rougeur, œdème ?
- signes neurologiques : perte de la sensibilité urinaire, sciatiques, douleur des membres inférieurs ? troubles de la marche, douleurs au passage du pas ?
- signes rhumatologique : arthralgies, myalgies, douleurs rachidiennes ?

Évaluation

Pour apprécier l'intensité de la douleur, il est important d'avoir une cotation de celle-ci avec une échelle visuelle analogique (EVA), une échelle numérique (EN) ou une autre échelle de cotation. Cette cotation permet de juger de l'efficacité des traitements au fur et à mesure de la prise en charge. L'évolution de l'intensité de la douleur peut également être exprimée en pourcentage d'amélioration.

D'autres outils d'évaluation clinique de la douleur complètent l'interrogatoire. Ils comportent des schémas topographiques, une évaluation descriptive (sensorielle et affective) et une évaluation de l'humeur et de l'anxiété [4].

Un autoquestionnaire à faire remplir par le patient, avant la consultation, a été élaboré par le comité scientifique de l'Association française des algies périnéales et névralgies pudendales (AFP-NP) pour permettre d'aider dans la prise en charge diagnostique des douleurs pelvipériméales chroniques (Annexe 1).

Examen clinique

L'examen clinique est parfois pauvre mais il doit être systématique et complet. Il comprend :

- un examen neurologique :
 - il recherche des troubles sensitifs en particulier si la douleur intéresse un des territoires nerveux somatiques (Fig. 1 et 2). La recherche se fait par l'analyse du piqué-touché, du chaud-froid,
 - il recherche des modifications des réflexes ostéotendineux des membres inférieurs, un déficit moteur au niveau des membres inférieurs et musculaire périnéal par le *testing*,

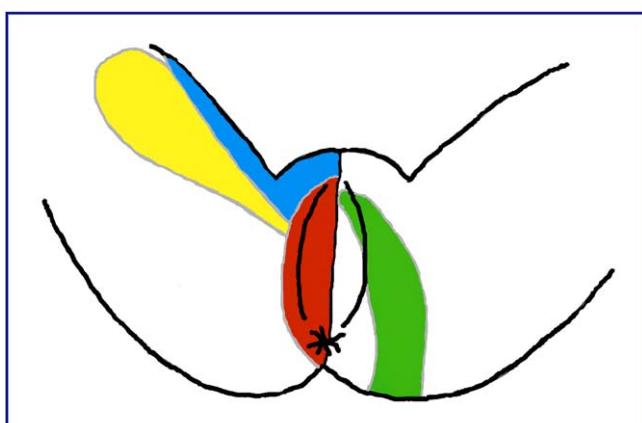


Figure 1. Territoire neurologique sensitif de la paroi abdomino-pelvienne.

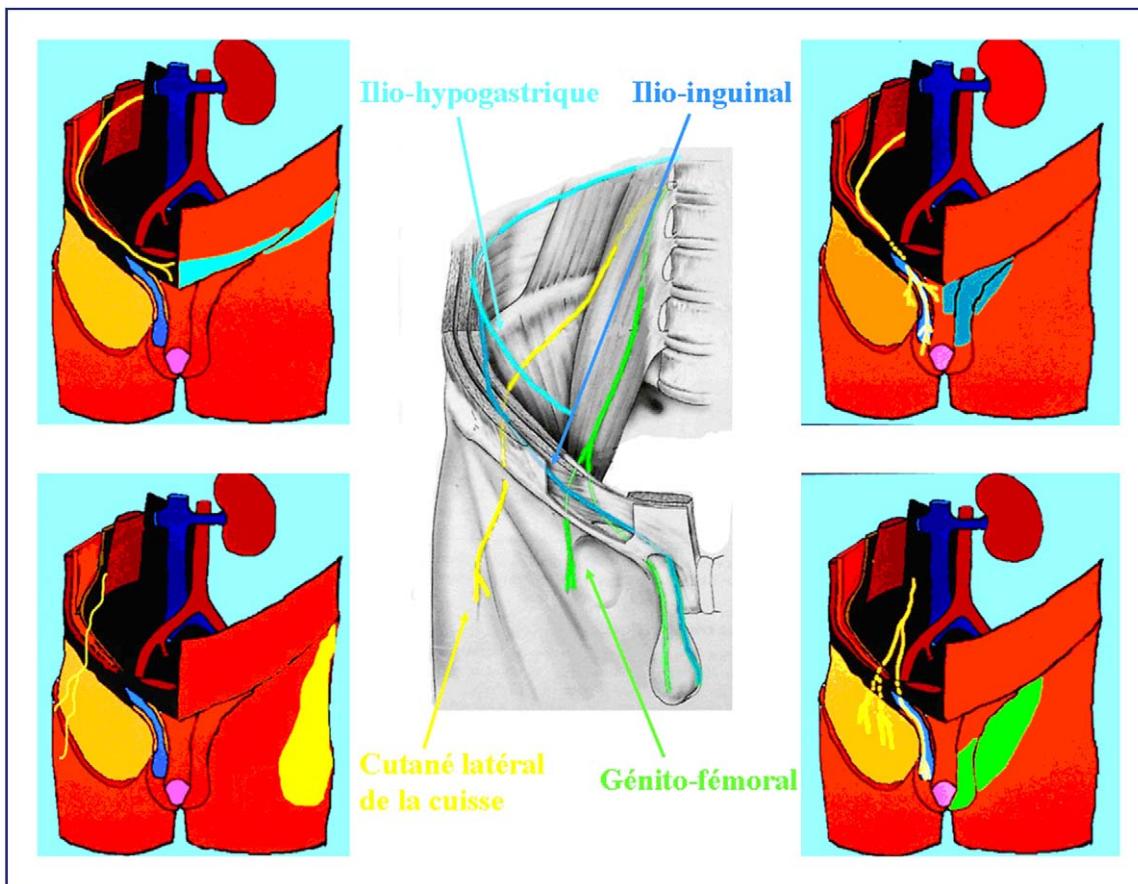


Figure 2. Territoire neurologique sensitif du périnée. ■ Nerf obturateur. ■ Nerf pudendal. ■ Nerf clunéal inférieur (rameaux périnéaux du nerf cutané postérieur de la cuisse). ■ Nerfs génito-crural, ilio-inguinal et ilio-hypogastrique

- il recherche une anomalie des reflexes bulbo-caverneux et anal ;
- un examen gynécologique :
 - un examen vulvaire,
 - un examen gynécologique au spéculum recherche un prolapsus associé ou une anomalie vaginale (vaginite, écoulement...);
- un examen urogénital :
 - un examen du pénis,
 - un examen du testicule, épидidyme et du cordon ;
- un examen cutané :
 - il recherche une anomalie des téguments (lichen, œdème, érythème...),
 - il recherche d'une variation de température cutanée en particulier au niveau des fesses (en faveur d'un dysfonctionnement sympathique) ;
- des touchers pelviens :
 - les touchers pelviens sont systématiquement réalisés. Ils doivent être faits avec le consentement du patient sans les forcer et dans un climat de confiance car dans le cas contraire il y a un risque d'aggraver les douleurs (syndrome de stress) [5],
 - ils recherchent un syndrome de masse pelvienne,
 - ils recherchent une douleur organique précise (prostate, utérus...),
 - ils permettent une palpation de l'ensemble des muscles pelviens (releveur de l'anus, obturateur interne) à

- la recherche d'une douleur myofasciale provoquée (points gâchette). Ils recherchent également une hypertonie musculaire des élévateurs et du sphincter anal,
- ils recherchent une douleur provoquée à la palpation osseuse et ligamentaire (épine ischiatique, coccyx, ligament sacroépineux et sacrotubéral) ;
- un examen rachidien :
 - une palpation du rachis recherche une douleur à la palpation des épineuse vertébrales en particulier à la jonction dorsolombaire qui peut déclencher des douleurs pelviennes ou testiculaires ;
- un examen myofasciale :
 - il recherche de points douloureux (points gâchettes) à la pression musculaire et sur l'ensemble du squelette, en particulier au niveau pararachidien et sur les sites définis de la fibromyalgie,
 - il recherche des points douloureux au niveau de la fesse sur les muscles obturateur interne et piriforme (Fig. 3). Pour se faire une trace une croix au niveau de la fesse, le point d'intersection correspond au muscle obturateur interne dans son chef fessier, 5 cm au dessus de ce point, on palpe le muscle piriforme ;
- signes sympathiques :
 - des signes de dysfonctionnement sympathique sont recherchés par des douleurs à la palpation osseuse (rachis et bassin) et la présence de cellulalgie qui est



Figure 3. Palpation des muscles obturateurs internes et piriformes au niveau de la fesse.

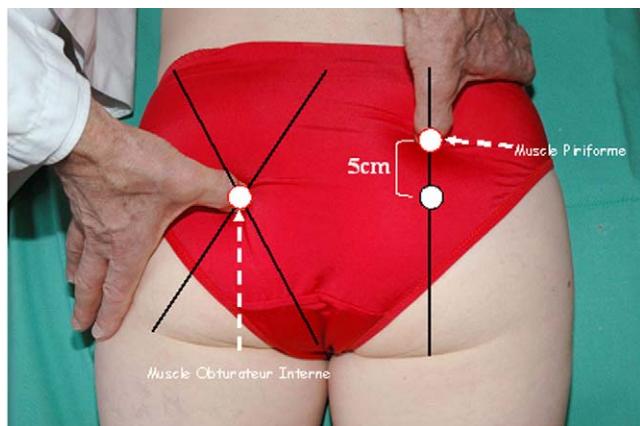


Figure 4. Recherche d'une cellulalgie au palpé-roulé de la peau dorsolombaire.

une douleur au palpé-roulé de la peau dorsale latéro-rachidienne (Fig. 4),

- on recherche une différence de la température cutanée au niveau du dos, des fesses et des membres inférieurs.

Conclusion

Un interrogatoire bien conduit ainsi qu'un examen clinique complet réalisé dans un climat de confiance permettent de faire l'essentiel de la démarche diagnostique des douleurs pelvipérinéales chroniques étant donné l'absence d'examen complémentaire spécifique.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Annexe 1.



A.1. Questionnaire préparatoire aux consultations médicales dans le cadre des pathologies périnéales

Votre histoire douloureuse est ancienne et complexe. Ce questionnaire vise à préparer les différentes consultations dont vous allez bénéficier dans le cadre du diagnostic et de la prise en charge de vos douleurs périnéales.

Vous pourrez ainsi synthétiser votre parcours, communiquer des informations précises aux praticiens, favoriser des échanges constructifs, faciliter le diagnostic et la mise en place d'une stratégie thérapeutique adaptée à votre situation.

Même s'ils ne seront pas forcément consultés, merci de penser à apporter les différents documents permettant de mieux comprendre les étapes de votre périple et les différents essais thérapeutiques déjà effectués.

Vous pouvez également charger ce document sur une clé USB dont vous pourrez vous munir lors des consultations.

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Nombre d'accouchements ?

Avez-vous eu des interventions au niveau urinaire, gynécologique ou digestif ? lesquelles ? quand ?
(Penser à amener les comptes rendus)

Citer vos maladies passées et en cours : (notamment : algodystrophie, migraines, lombalgies, fibromyalgie....)

Histoire de la douleur

1. Début
 - a. Quand ?
 - b. Brutalement ou progressivement ?
 - c. Après un événement déclenchant ?
2. Evolution
 - a. Stable
 - b. Aggravation
 - c. Amélioration
 - d. Fluctuantes
 - e. Les douleurs sont-elles quotidiennes ?

Caractéristiques de la douleur

1. Où ? (merci de signaler TOUTES vos douleurs y compris celles qui ne sont pas périnéales)

6. Cycle menstruel et contraception (pour les femmes uniquement)

Êtes-vous mieux quand vous prenez une contraception ?

Vos douleurs sont-elles augmentées en fonction de votre cycle ? (augmentation de 0 à 10)

Avant les règles

Après les règles

Pendant les règles

En milieu de cycle

7. Troubles urinaires associés ?

8. Troubles digestifs associés ?

9. Handicap (décrivez les limitations occasionnées par les douleurs)

Quotidien

Vie sociale (Restaurant, repas de famille, cinéma, voyage)

Déplacement

Vie professionnelle

10. État général

Poids/taille

Fatigue (0 à 10)

Sommeil (0, pas de problèmes, à 10)

État psychologique
Anxiété (0 à 10)État psychologique
Dépression (0 à 10)

11. Examens complémentaires (IRM, scanner, EMG, coloscopie, ..) Lesquels ? à quel niveau (bassin ?, colonne vertébrale) ?

Merci d'apporter vos résultats

Traitements médicamenteux en cours

Nom

Dose

Début de traitement

Efficacité

Tolérance

Traitements essayés

Nom

Dose

Début de traitement

Efficacité

Tolérance

Traitements non médicamenteux :

Précisez quelles sont vos initiatives personnelles pour « gérer » vos douleurs

Quelles sont les situations qui ont un impact sur le niveau des douleurs ?

(Par exemple, êtes-vous mieux quand vous êtes en vacances ?)

Décrivez votre contexte de vie actuel (familial, professionnel, financier...)

Commentaires et remarques

Date

Signature

Références

- [1] Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain Suppl* 1986;3:221–6.
- [2] International association for the study of pain. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Task force on taxonomy. In: Merskey H, Bogduk N (editors). Seattle: IASP Press; 1994.
- [3] World Health Organization. A new understanding chronic pain. In: Kaplun A, editor. *Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health*. Copenhagen: WHO Regional Publications; 1992. p. 141–226.
- [4] Delavierre D, Rigaud J, Sibert L, Labat JJ. Évaluation des douleurs pelvi-périnéales chroniques. *Prog Urol* 2010 [sous presse]
- [5] Le Normand L, Joguet E. Comment je fais un toucher rectal? *Pelvi-périnéologie* 2008;3(1):71–3.