

Douleurs pelvipérinéales et cancers: particularités thérapeutiques

Th Riant*#, Fr Ramée*, O Pauvreau**, JJ Labat***#, R Robert****#, M Guérineau*****#

*UETD M Bensignor , **Soins Palliatifs, Centre Catherine de Sienne, 2 rue Tabarly 44202 Nantes cedex

*** Service urologie, ****Service de neurotraumatologie, CHU de Nantes, place Amélie Ricordeau 44093 Nantes cedex 1

*****17 allée du commandant Charcot Nantes

#Groupe d'étude et traitement des algies pelvi-périnéales, Service de Neurotraumatologie, CHU de Nantes

RESUME

Les douleurs en rapport avec le cancer sont le plus souvent relativement bien contrôlées par une prise en charge pharmacologique non invasive. Néanmoins on estime que cette prise en charge est insuffisante pour 5 à 10% des patients soit par inefficacité soit par non tolérance¹.

Les cancéreux pelviens douloureux présenteront des douleurs alliant fréquemment des composantes somatiques, végétatives, neuropathiques (60% des douleurs pelviennes en cancérologie présenteraient une nature neuropathique), syndrome douloureux complexe de type I et II voire psychogènes expliquant parfois les échecs thérapeutiques².

Ces particularités sémiologiques sont en grande partie en rapport avec l'innervation particulière de ces deux régions anatomiques³.

Le pelvis qui contient la quasi totalité des organes de la zone (vessie, rectum, utérus et partie haute du vagin) est innervé au niveau sensitif exclusivement par le système végétatif et singulièrement sympathique. Le périnée quant à lui est limité en haut par le muscle levator ani, et comprend la zone qui s'étend du clitoris à l'anus. Il comprend les organes génitaux externe pour sa sphère urogénital et en arrière la région anale. Il est innervé essentiellement par les nerfs pudendaux qui sont mixtes, mais aussi par les nerfs ilio-hypogastriques et génito femoraux (en avant) et par les branches clunéales des nerfs cutané postérieur de la cuisse (anciennement petit sciatique) latéralement. Enfin on ne peut négliger la région glutéale (fessière) qui forme la paroi postérieure du pelvis et dont l'innervation est pour une part (médiale et inférieure) d'origine sacrée et pour une autre (supérieure et latérale) d'origine thoraco-lombaire .

L'impotence fonctionnelle générée par une douleur dans cette zone qui prend en charge la miction, la défécation, la sexualité, la position assise, est responsable d'une altération majeure de la qualité de vie et de conséquences morales non nulles.

Il est vain de proposer une stratégie thérapeutique immuable et bien définie tant les situations sont multiples (douleur en relation avec le cancer, avec le traitement^{4, 5}, Patient avec cancer évolutif ou supposé guérit, pathologies intriquées, histoire du patient ...) et complexes (douleurs mixtes associant des composantes somatiques, viscérales, neuropathiques, voire « psychogène »). Par ailleurs les études prospectives , randomisées sont difficiles à réaliser et relativement rares.

En revanche l'attitude de l'équipe soignante et singulièrement d'algologie sera relativement normalisée en ce qui concerne la prise en charge de la douleur ;

- Opérer autant que faire se peut un démembrement de la plainte présentée en se basant d'abord sur l'anatomie,
- Agir de façon transdisciplinaire afin de ne pas réduire le patient à son symptôme ou à sa maladie,
- Ne pas oublier une possible récurrence,
- Définir avec le patient les objectifs atteignables et souhaitables (objectifs variant au cours de l'évolution)

Les techniques « particulières » présentées ci dessous sont loin de représenter toutes les alternatives (chirurgie de la douleur, neuromodulation, radiofréquence normale et pulsée,

médicaments, ...). Aucune ne représente LA SOLUTION, et elles n'ont pas pour but de remplacer ou supplanter les thérapies usuelles. Elles peuvent être séparées en trois types.

- D'une part la physiothérapie spécifique⁶ des muscles pelviens (piriforme, obturateur interne, psoas) qui peuvent à titre de causes ou de conséquences majorer les douleurs pelviennes et le TENS en particulier en rétro-malléolaire⁷ dont l'action peut être à la fois antalgiques et fonctionnelles. Non invasifs, non iatrogènes et relativement peu onéreux. Ces deux techniques sont moins validés (dans le cadre oncologique) que les autres techniques présentés mais leur innocuité et leur facilité d'emploi incitent à les tenter.

- D'autre part l'attention portée à l'aspect psychologique en tant que cause (cofacteur dans le cadre de l'oncologie) et conséquence de la souffrance exprimée. La possibilité de présence d'un état de stress post traumatique⁸ co-facteur de la douleur est une hypothèse vraisemblable qui demande une attitude permettant de le mettre en évidence et une thérapeutique spécifique⁹.

- Enfin les techniques invasives et singulièrement les blocs sympathiques (ganglion IMPAR¹⁰ et bloc du plexus hypogastrique supérieur^{11, 12}) qui ne doivent pas être considéré ni comme une solution miracle, ni comme une solution de dernier recours. Leur efficacité au moins partielle est admise, leurs complications sont rares mais non nulles et potentiellement graves. Elles sont idéalement réalisées sous scanner¹³ par un membre de l'équipe soignante du patient. Elles sont précédées d'un bloc test aux anesthésiques locaux qui permet de conforter un diagnostic physiopathologique et de préjuger de l'action des solutions lytiques¹⁴. Leur action est le plus souvent rapide mais malheureusement transitoire de quelques semaines à quelques mois. Elles peuvent, en fonction des douleurs, être associée¹⁵ (bloc de l'Impar et bloc du plexus hypogastrique plus ou moins associé à une sympatholyse lombaire). Le moment de réalisation de ces blocs lytiques sympathiques est encore discuté mais certains¹⁶ préconisent de les faire tôt en raison de l'amélioration de la qualité de vie constatée et de la faiblesse des effets secondaires.

Il existe une place pour les blocs tronculo-radicaux lytiques¹⁷, pour les blocs centraux lytiques¹⁸ à condition, de choisir scrupuleusement les patients, de bien démembrer la douleur, d'effectuer un bloc test préalable aux anesthésiques locaux, d'effectuer les gestes avec un protocole rigoureux.

Les trois moyens thérapeutiques choisis permettent d'insister sur l'indispensable travail d'équipe que demande la prise en charge du douloureux en général, du douloureux cancéreux en particulier et du cancéreux du pelvis spécifiquement. Cette équipe devrait être plus une association de compétences (transdisciplinarité) qu'une juxtaposition de spécialités (pluridisciplinaire). La place de chaque participant (oncologue, chirurgien, algologue, « infiltrologue », psychiatre, kinésithérapeute, IDE, patient,..), de chaque intervention étant conçu par des intervenants communiquant entre eux.

Malheureusement l'état actuel de la nomenclature (CCAM) ne favorise pas, et, c'est une litote, la mise en place d'un tel type de prise en charge.

¹ de Leon-Casasola OA. Interventional procedures for cancer pain management: when are they indicated? *Cancer Invest.* 2004;22(4):630-42

² Rigor BM Sr. Pelvic cancer pain. *J Surg Oncol.* 2000 Dec;75(4):280-300

³ Labat JJ, Robert R : Algies pelvi-périnéales chroniques : une approche globale ; XXVIII congrès de la SIFUD- Nantes-juin 2005

⁴ Marchettini P, Formaglio F, Lacerenza M. Iatrogenic painful neuropathic complications of surgery in cancer. *Acta Anest. Scand.* 45 (2001), 1090-1094

-
- ⁵ Morley-Forster P. Prevalence of neuropathic pain and the need of treatment. *Pain res. Manage.* 11, suppl A, 5-10, 2006
- ⁶ Labat JJ, Guérineau M, Bensignor M, Robert R. composantes pariétales et musculosqueléttiques des algies pelvi-périnéales. In *Pelvi-périnéologie*, Bernard Blanc, Laurent Siproudhis, edition Springer 2005, 367-80
- ⁷ van Balken MR, Vandoninck V, Messelink BJ, Vergunst H, Heesakkers JP, Debruyne FM, Bemelmans BL. Percutaneous tibial nerve stimulation as neuromodulative treatment of chronic pelvic pain. *Eur Urol.* 2003 Feb;43(2):158-63
- ⁸ Sukegawa A, Miyagi E, Suzuki R, Ogasawara T, Asai-Sato M, Yoshida H, Sugiura K, Nakazawa T, Onose R, Onishi H, Hirahara F. Post-traumatic stress disorder in patients with gynecologic cancers. *J Obstet Gynaecol Res.* 2006 Jun;32(3):349-53.
- ⁹ Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir. 7^{ème} Conférence de consensus de la fédération Française de psychiatrie, Novembre 2003
- ¹⁰ Basagan Mogol E, Turker G, Kelebek Girgin N, Uckunkaya N, Sahin S. Blockade of ganglion impar through sacrococcygeal junction for cancer-related pelvic pain. *Agri.* 2004 Oct;16(4):48-53. Turkish.
- ¹¹ Plancarte R, Amescua C, Patt RB, Aldrete JA. Superior hypogastric block for pelvic cancer pain. *Anesthesiology* 1990, 73, 236-239
- ¹² Turker G, Basagan-Mogol E, Gurbet A, Ozturk G, Uckunkaya N, Sahin S. A new Technique for Superior Hypogastric Plexus Block: The posteromedian Transdiscal Approach. *Tohoku J. Exp. Med.* 2005, 206, 277-81
- ¹³ Michalek P, Dutka J. Computed tomography-guided anterior approach to the superior hypogastric plexus for noncancer pelvic pain: a report of two cases. *Clin J Pain.* 2005 Nov-Dec;21(6):553-6.
- ¹⁴ Plancarte R, de Leon-Casasola OA, El-Helaly M, Allende S, Lema MJ. Neurolytic superior hypogastric plexus block for chronic pelvic pain associated with cancer. *Reg Anesth.* 1997 Nov-Dec;22(6):562-8.
- ¹⁵ Kitoh T, Tanaka S, Ono K, Ohfusa Y, Ina H, Otagiri T. Combined neurolytic block of celiac, inferior mesenteric, and superior hypogastric plexus for incapacitating abdominal and/or pelvic cancer pain. *J Anesth.* 2005;19(4):328-32.
- ¹⁶ De Oliveira, dos Reis MP, Prado WA. The effects of early or late neurolytic sympathetic plexus block on the management of abdominal or pelvic cancer pain. *Pain* 110(2004), 400-408
- ¹⁷ Robertson DH. Transsacral neurolytic nerve block. An alternative approach to intractable perineal pain. *Br. J. Anaesth.* 1983 sep, 55, 9, 873-5
- ¹⁸ Slatkin NE, Rhiner M. Phenol saddle blocks for intractable pain at end of life: report of four cases and literature review. *American Journal of Hospice and Palliative Care* 2003, 20, 1, 62-66