

Douleurs pelvi-périnéales chroniques

Causes multiples souvent intriquées — névralgies, syndromes myofasciaux, syndrome de Maigne — dans les suites d'événements médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux.

Dr Ph. Rault · Pathologie · douleurchronique.fr · 2026

1 Diagnostic

Les douleurs pelvi-périnéales chroniques partagent des caractéristiques cliniques évocatrices, indépendamment de leur cause (nerveuse ou musculaire).

SIGNES ÉVOCATEURS

Le tableau clinique typique

- Douleur en position assise, soulagée debout ou aux toilettes
- Localisation périnéale, anale, pénienne, vulvaire, clitoridienne
- Caractère neuropathique : brûlures, décharges, picotements
- Sensation de corps étranger intracavitaire
- Aggravation au cours de la journée — nuit indolore
- Dyspareunie ; troubles mictionnels (pollakiurie)

2 Hypothèses étiologiques

Traumatismes

Fractures de proximité (bassin, sacrum, coccyx) ou à distance, entorses, luxations, sports extrêmes, accouchements difficiles.

Événements iatrogènes

Lorsqu'elles surviennent sur un terrain prédisposant, certaines interventions peuvent faciliter l'apparition de douleurs chroniques : chirurgie hémorroïdaire, fissures et fistules anales, abcès, chirurgie prostatique, cures de prolapsus, bandelettes sous-urétrales, examens invasifs, accouchements compliqués.

Aspects émotionnels et cognitifs

Le stress, l'anxiété et l'inquiétude peuvent concourir à expliquer des symptômes comme constipation, dysurie ou dyspareunie.

3 Névralgie pudendale — critères de Nantes

Névralgie pudendale, parfois **névralgie d'Alcock**. Atteinte du nerf pudendale. Critères de **Labat, Riant, Robert** (CHU de Nantes).

RÉFÉRENTIEL DIAGNOSTIQUE

Les 5 critères indispensables

1. Douleur dans le territoire du nerf pudendale (anus, périnée, organes génitaux)
2. Prédominant en position assise, soulagée sur les toilettes
3. Nuit indolore
4. Testing sensitif et moteur normal
5. Bloc du nerf pudendale positif

Sans ces 5 critères réunis, le diagnostic est à reconsidérer.

4 Syndrome myofascial du plancher pelvien

Les douleurs pelvi-périnéales sont intriquées avec des **contractures musculaires** réalisant un syndrome myofascial du plancher pelvien.

Muscles concernés : **élevateur de l'anus, obturateur interne, moyen fessier, piriforme** et **coccygiens**.

Sémiologie détaillée commune au syndrome myofascial — voir fiche dédiée.

5 Syndrome de Maigne

Souffrance des articulations **T12-L1**. Douleurs référées au niveau du pli inguinal, de la fesse, du périnée ou du pubis. Diagnostic par **palpation paravertébrale dorso-lombaire** reproduisant la douleur projetée.

6 Projet thérapeutique

Multimodal, adapté au mécanisme prédominant (neuropathique, myofascial ou mixte).

AXE FONDAMENTAL

L'approche cognitive et émotionnelle

Pilier du projet thérapeutique. Le stress, l'anxiété et l'inquiétude entretiennent la composante musculaire et perpétuent la douleur.

Techniques psychocorporelles : **hypnose** et auto-hypnose, **EMDR**, TCC, relaxation, **communication thérapeutique**. Le patient reprend la main sur son corps.

Médicaments

Antiépileptiques (gabapentine, prégabaline), ATD tricycliques et IRSNA, patches de lidocaïne sur zones d'allodynie. Antalgiques classiques d'effet modeste.

Approches physiques

Kinésithérapie spécialisée du plancher pelvien, Dry Needling, TENS, photobiomodulation.

Infiltrations et techniques avancées

Bloc anesthésique du nerf pudendale (diagnostique et thérapeutique), infiltrations des points gâchette sous repérage échographique, neuromodulation dans les formes réfractaires.

7 Questions fréquentes

Pourquoi mal en position assise ?

Signe le plus évocateur d'une névralgie pudendale (compression dans le canal d'Alcock). Peut aussi relever d'un syndrome myofascial.

Différence pudendale / myofascial ?

Pudendale : atteinte nerveuse. Myofascial : points gâchette musculaires. Tableaux proches, souvent intriqués.

Quel médecin consulter ?

Médecin algologue en CETD. Il coordonne neuro-urologue, gynécologue, proctologue, kinésithérapeute spécialisé.