

DOULEUR EN ANDROLOGIE



STRATÉGIE MULTIDISCIPLINAIRE ET PLACE DE L'UROLOGUE

Dr Jean-Pierre GRAZIANA
Clinique mutualiste de la porte de l'orient à LORIENT



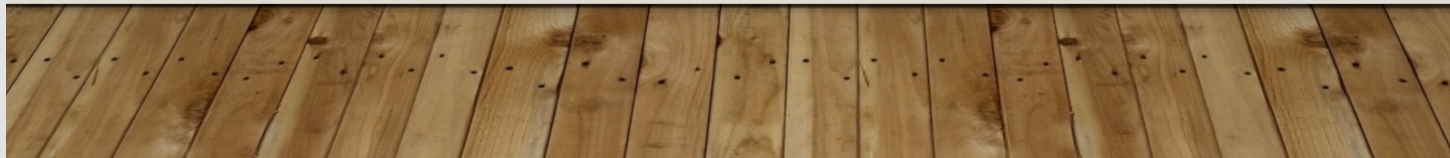
DE QUOI PARLE T'ON?

- Douleurs scrotales et testiculaires
- Douleurs urétrales
- Douleurs à l'éjaculation
- Dyspareunies masculines et douleurs péniennes
- POIS: Post-orgasmic illness syndrome

DOULEURS EPIDIDYMO-TESTICULAIRES OU SCROTALES

IL FAUT DIFFERENTIER:

- GROSSE BOURSE DOULOUREUSE NON TRAUMATIQUE
- DOULEUR CHRONIQUE
 - Motif fréquent de consultation (4 à 8%)
 - Distinguer douleurs épидидymo-testiculaires des douleurs cutanées scrotales (innervation différente)
 - Douleur permanente ou intermittente > 12 semaines/ 3 mois
 - Eliminer une cause locale ou cause infectieuse
 - Douleurs par nociception (compression, sensation de pression) ou neuropathique (brulure, picotement, hyper/ ou hypoesthésie)
 - Fait partie des « SD douloureux pelviens chroniques »



GROSSE BOURSE AIGUË NON TRAUMATIQUE

| | Diagnostic | Examens complémentaires | Traitements |
|-------------------------------|---|--|--|
| Torsion du cordon spermatique | Douleur brutale +++ Testicule ascensionné Pas d'augmentation de volume du testicule Pas de fièvre Pas de signes urinaires | Bilan préopératoire aucun | Antalgiques Chirurgie d'urgence +++ |
| Hernie étranglée | antécédent de hernie facteur déclenchant Non réductible non impulsive Signes digestifs associés | Hyperleucocytose Désordres hydro électrolytiques et acido-basique Bilan étiologique dans un deuxième temps | Antalgiques, ATB +/- Sonde nasogastrique et urinaire Chirurgie d'urgence +++ |
| Orchi-épididymite | Douleur rapidement progressive Augmentation du volume testis et épидидyme Fièvre Signes urinaires ± écoulement urétral TR douloureux possible | Hyperleucocytose, élévation CRP, ECBU ± échographie scrotale ± prélèvement urétral Bilan étiologique dans un deuxième temps | Antalgiques Bi antibiothérapie +/- Traitement de la partenaire |

LE BON REFLEXE EN CAS DE DOULEUR TESTICULAIRE INTENSE ET BRUTALE
chez petits et grands

↓
PENSER A LA TORSION TESTICULAIRE



↓
ALLER AUX URGENCES



Si toi non plus tu ne veux pas perdre ton testicule: consulte directement un médecin aux **URGENCES**

ATTENTION TU N'AS QUE **6 HEURES** POUR LE SAUVER!



DOULEURS ÉPIDIDYMO-TESTICULAIRES CHRONIQUES

Table 1. Etiologies of chronic scrotal pain¹

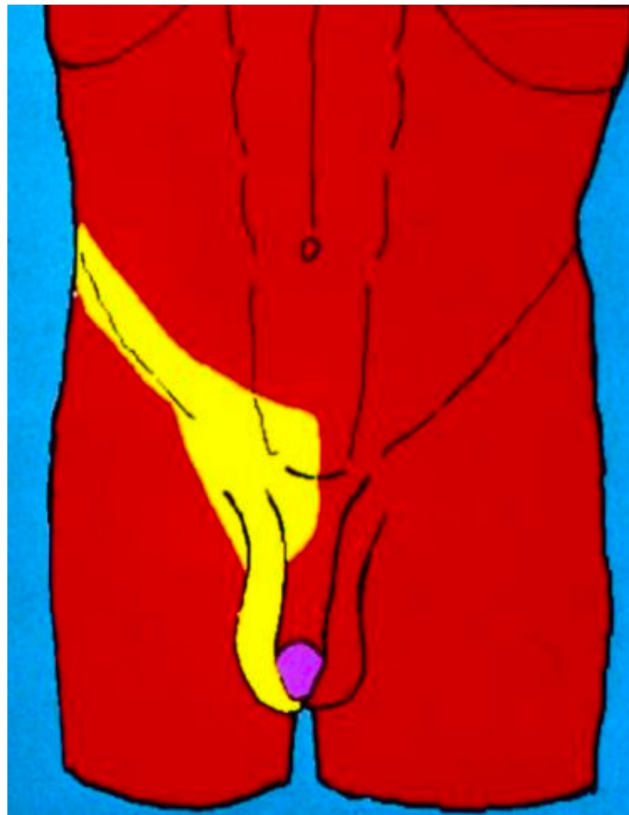
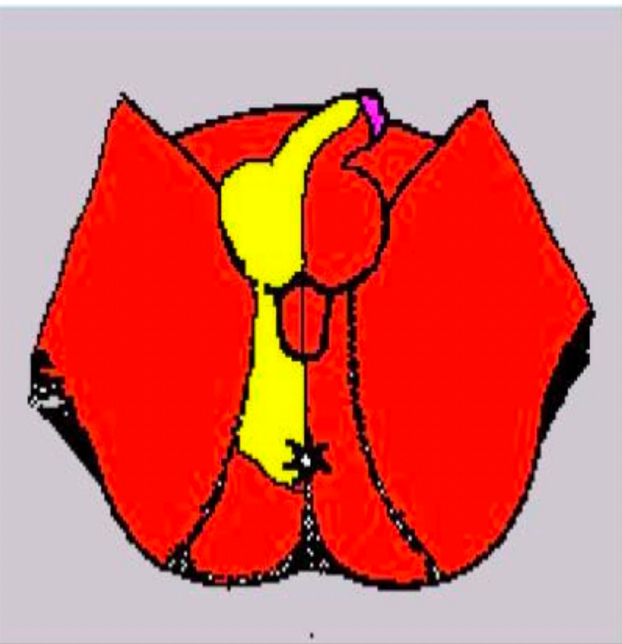
| Causes | Percentage of patients |
|--|-------------------------------|
| Vasectomy | 20.61% |
| Trauma | 12.21% |
| Infection | 11.45% |
| Hernia repair | 4.58% |
| Epididymal cyst | 1.52% |
| Other identified causes (Hydrocelectomy, TURP, orchiectomy, donor nephrectomy) | 6.10% |
| Unknown | 43.51% |

TURP: transurethral resection of the prostate.

Douleurs neurologiques du périnée: 2 sources d'innervation

origine sacrée

origine thoraco lombaire

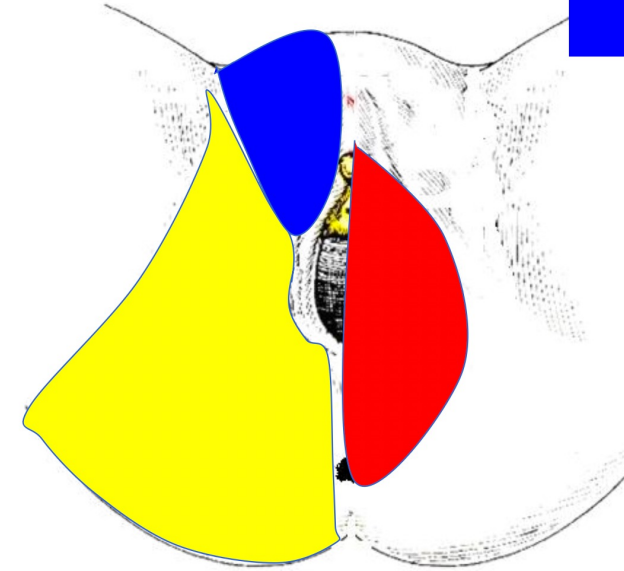


Innervation du périnée

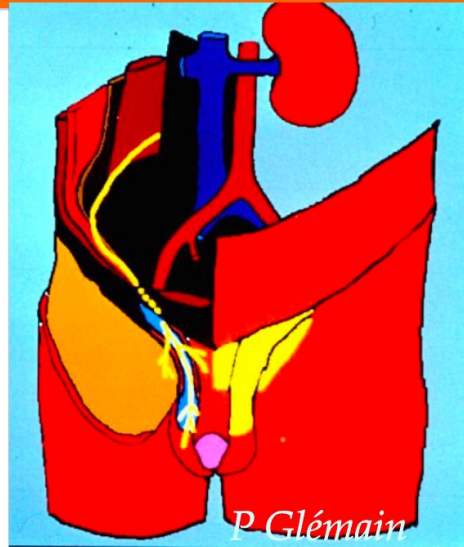
Ilio-inguinal, génito-fémoral

Pudental

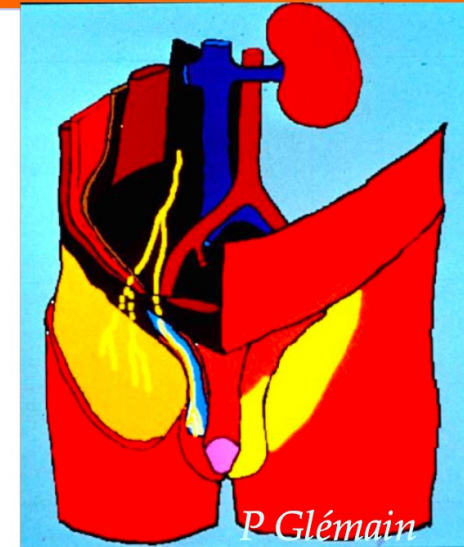
Cutané post de la cuisse / Cluneal Inferieur



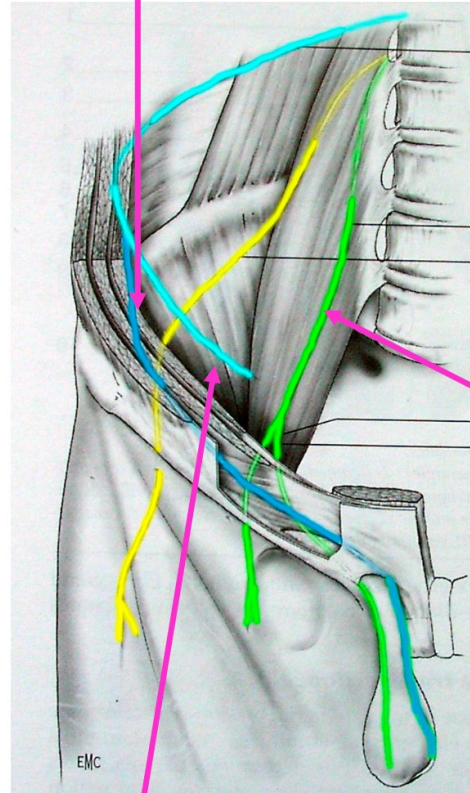
Nerfs pariétaux



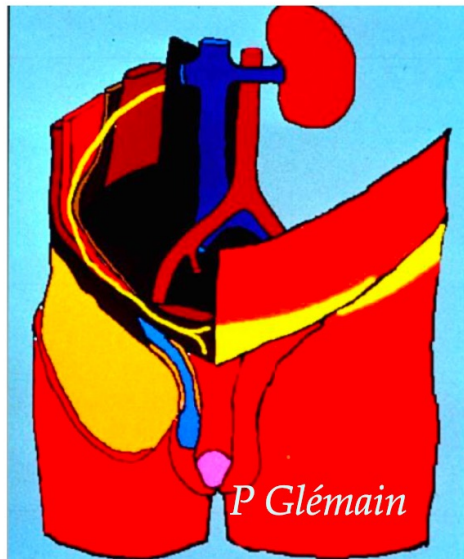
Ilio inguinal



Génito-fémoral



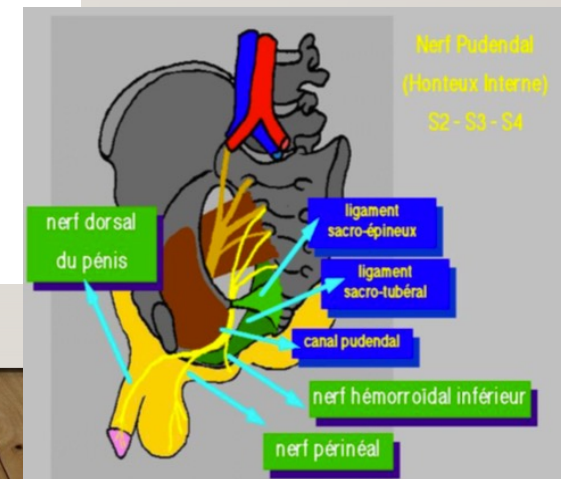
Ilio-hypogastrique



DOULEURS PERINEALES ET SCROTALES

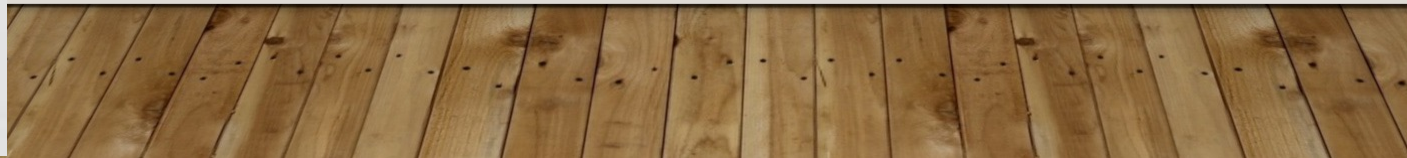
2 SOURCES D'INNERVATION

- **Innervation testicule multiple:**
 - Sympathique: nerfs spermatiques sup, inf et moyens (PHS, PHI)
 - Somatique: nerfs génito-fémoraux, ilio-inguinaux et ilio-hypogastriques
- **LI = douleur épiddidyme et testicule**
- **Origine embryologique lombaire et innervation sympathique**
 - Testicule et épiddidyme \neq organe du périnée stricto sensu
- **Racines sacrées et nerf pudendal = peau scrotale postérieure/ anus/ pénis**



DOULEURS ÉPIDIDYMO-TESTICULAIRES CHRONIQUES

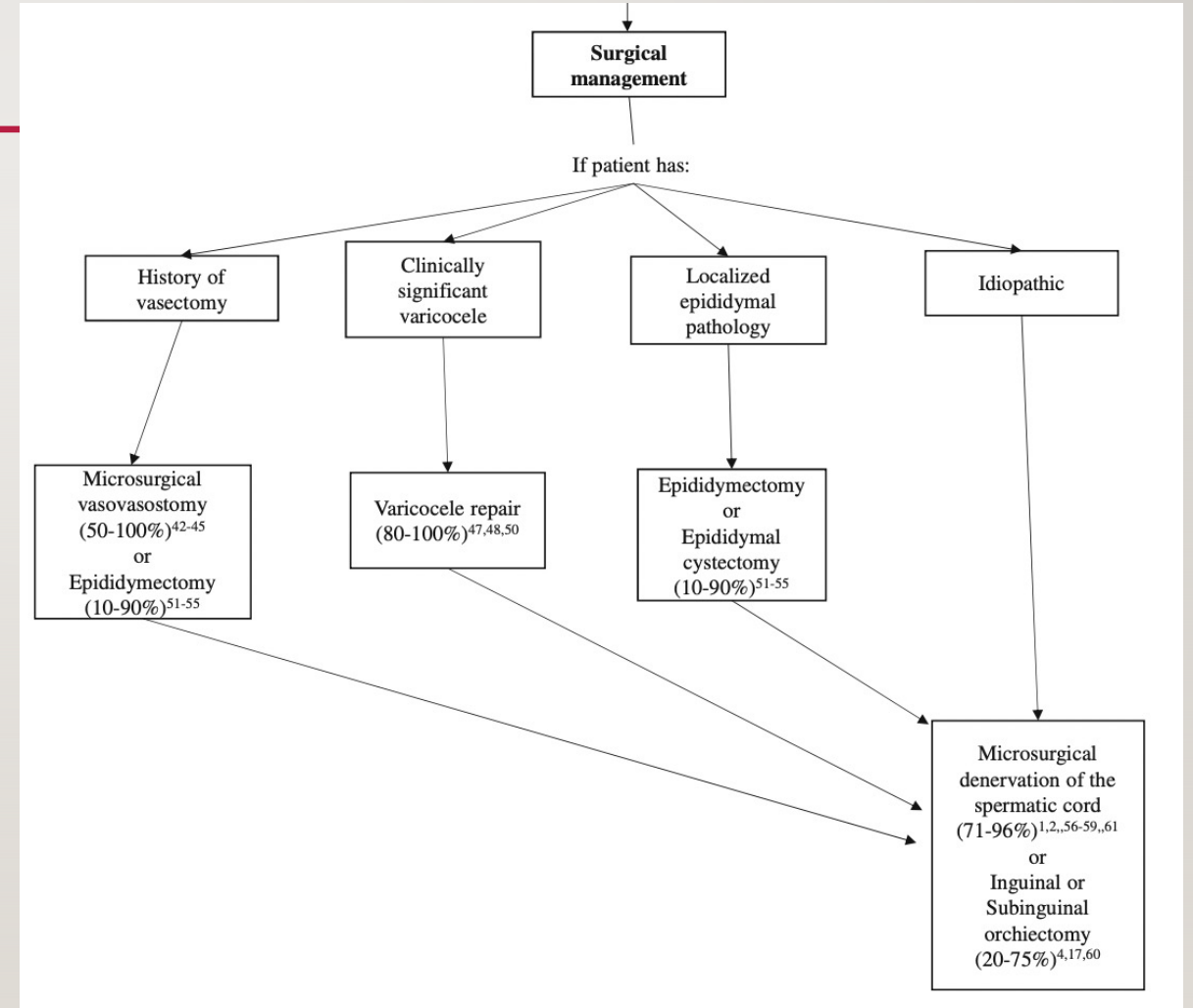
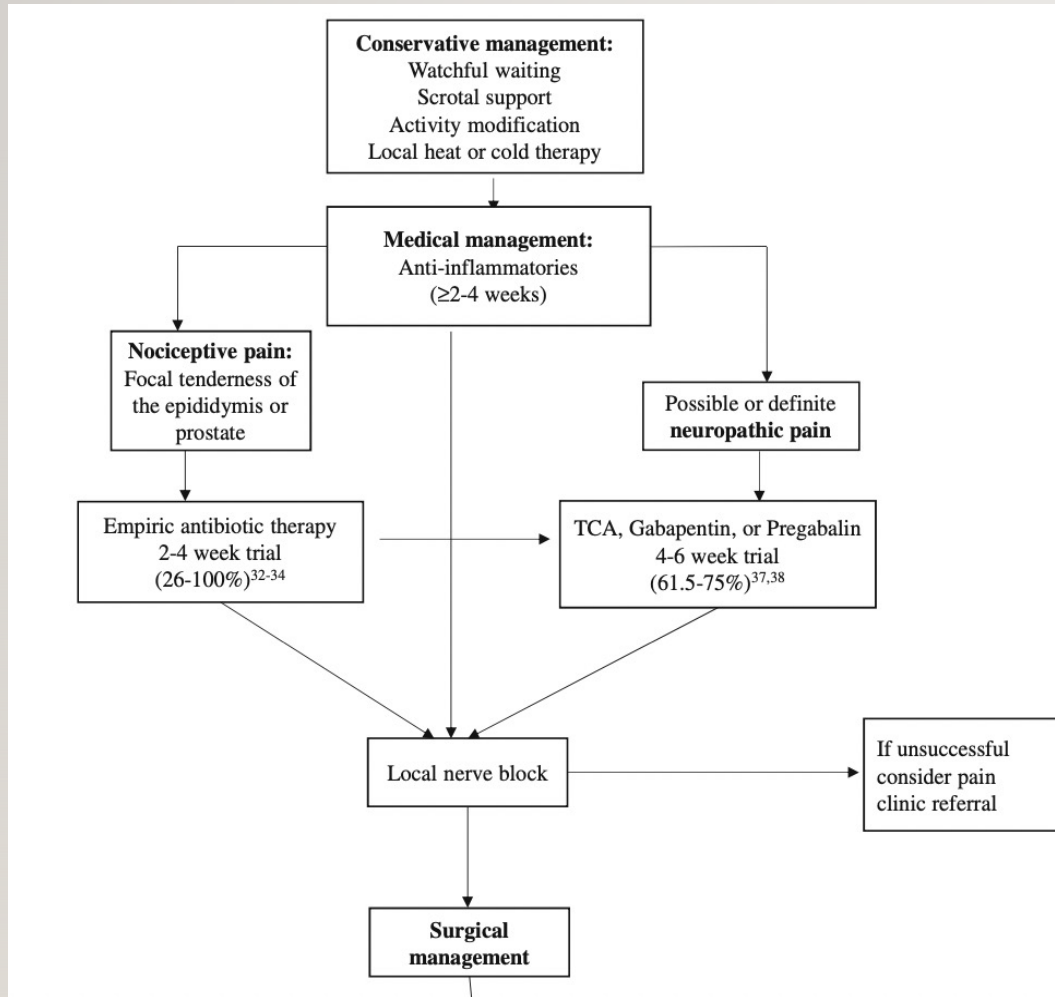
- Les causes locales: Varicocèle, Hydrocèle, Kyste, Spermatocèle, Hernie, Tumeur
- Douleur neurogène ou tronculaire: décharges, brûlures, paresthésies, allodynie, douleur et tr sensitif irradié selon territoire neurologique
- Douleur projetée ou Sd de maigne
- 2 causes de SD douloureux scrotal:
 - Douleur post cure de hernie inguinale
 - Le syndrome douloureux post vasectomie



BILAN DEVANT UNE DOULEUR GENITAL CHRONIQUE

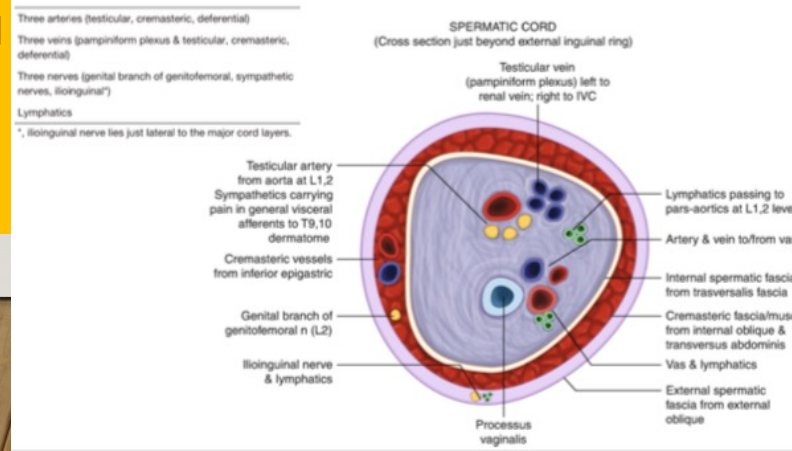
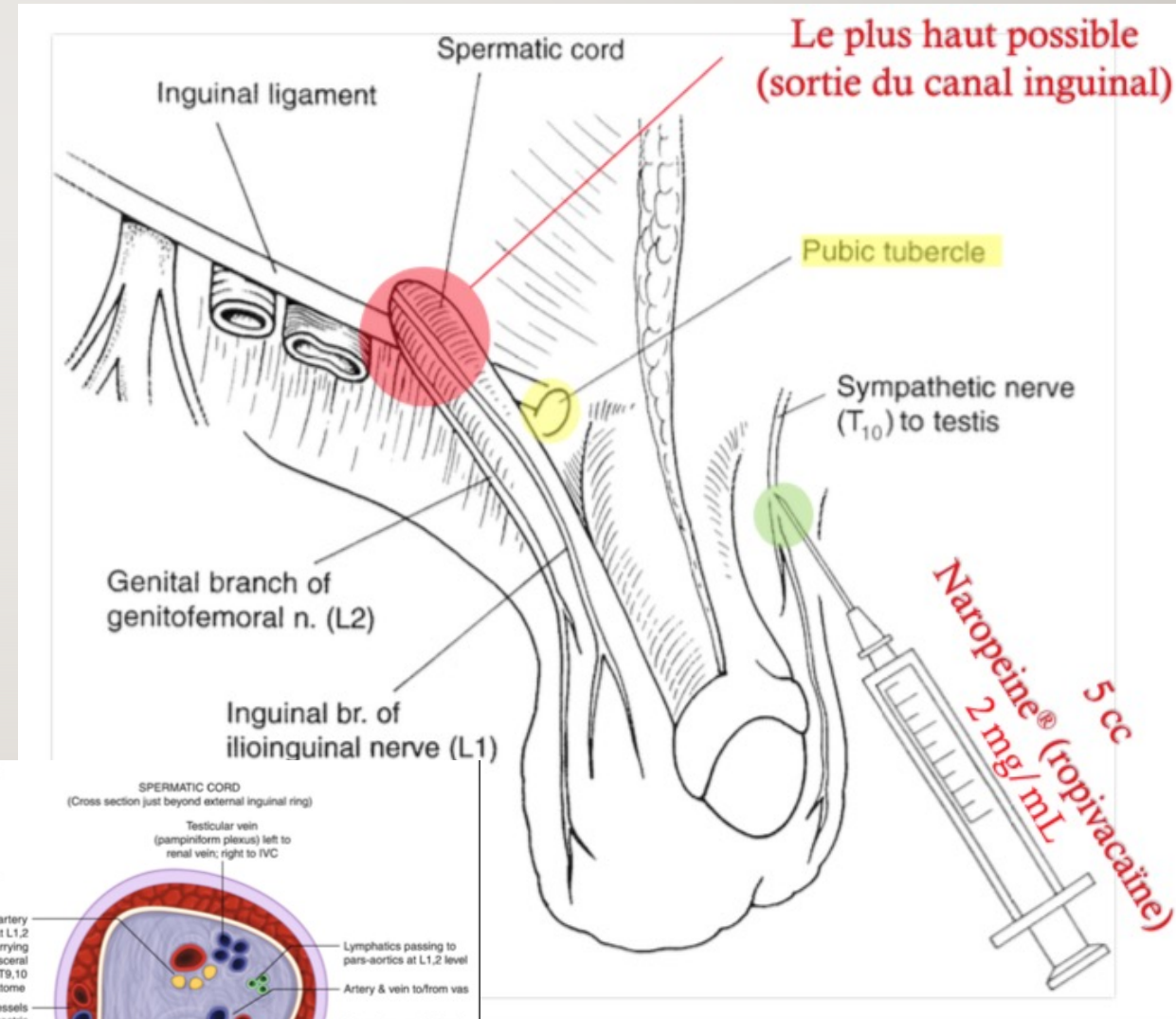
- ANAMNESE: obligatoire (grade 3C)
- EXAMEN CLINIQUE : recherche douleur projetée, neuro, TR (obligatoire grade 3C)
- BILAN INFECTIEUX (sélection des patients, facultatif, grade 3C)
 - ECBU si SFU ou hématurie
 - Bilan d'une prostatite chronique selon contexte (grade 3C)
 - Ecouvillon urétral + PCR (Gono, Chlamydiae,, Mycolpasma génital) : si douleur pénienne, éjaculation, signes urétraux
- ECHOGRAPHIE SCROTALE (recommandée, grade 3C): surtout si anomalies palpables
- Evaluation Psychologique (facultatif, grade 4C)
- Exploration de la fertilité chez homme jeune (facultatif, grade 4C)

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE



LE BLOC ANESTHESIAN DU CORDON = VALEUR DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

- EVA avant et après l'infiltration
- TEST + (régression douleur spontanée ou déclenchée)
 - Origine de la douleur située en aval du site d'infiltration
 - Elimine une origine située en amont d'orifice inguinal
- TEST –
 - Origine nerf ilio-inguinal ou génito-fémoral
 - Niveau rachidien (L1)



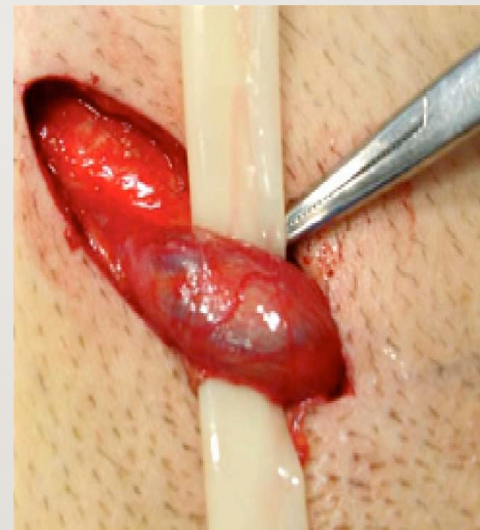
Non standardisé

- 1- identification des artères testiculaires, crémastériennes, déférentielles
- 2- ligature des veines spermatiques internes
- 3- division de toute la musculature crémastérienne d'avec le fascia du cordon spermatique
- 4- préservation de quelques lymphatiques

Le cordon spermatique entier est squelettisé

Risque: hématome, sérome, lymphocèle, atrophie

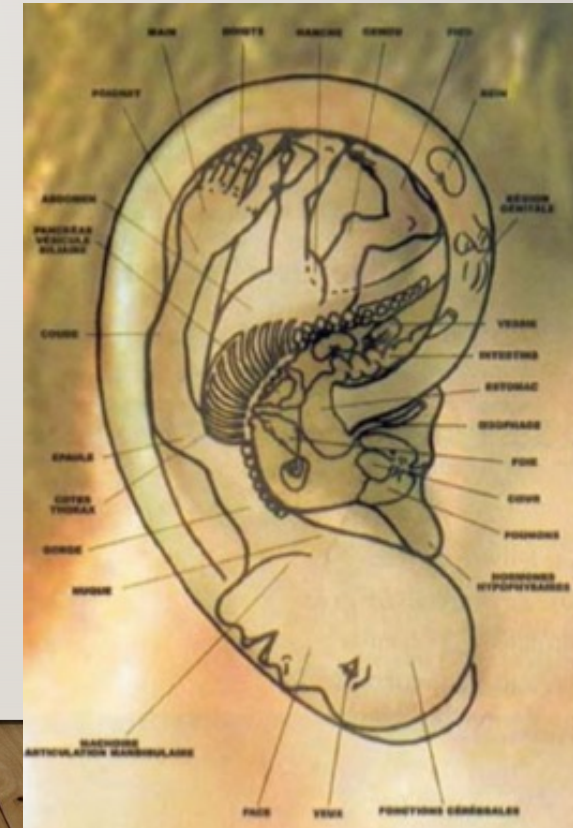
MICORSURGICAL DENERVATION OF SPERMATIC CORD: interrompre l'innervation sensitive du testicule et de l'épididyme au niveau du cordon spermatique dans le canal inguinal.



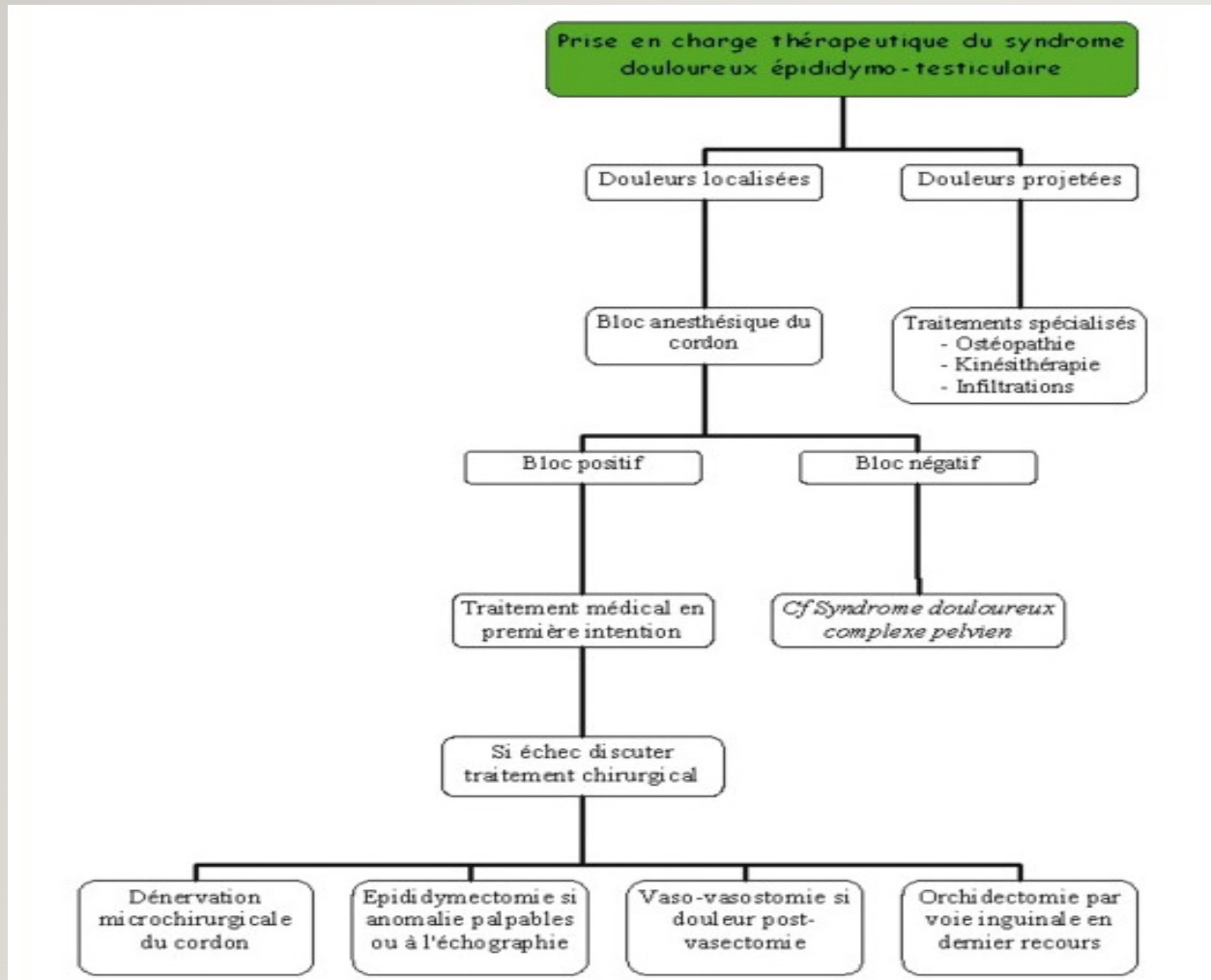
Dénervation microchirurgicale du cordon (2). Vue opératoire après dissection complète du cordon. Sur lac, de haut en bas : crémaster ; lymphatiques ; artères spermatiques ; canal déférent

LES AUTRES ALTERNATIVES

- Réflexothérapie: **AURICULOTHERAPIE/ ACUPUNCTURE**
- OSTEOPATHIE DES CICATRICES
- TENS: stimulation nerveuse transcutanée ou TENS vague :
=> pour les douleurs neuropathiques ou SD pudendal



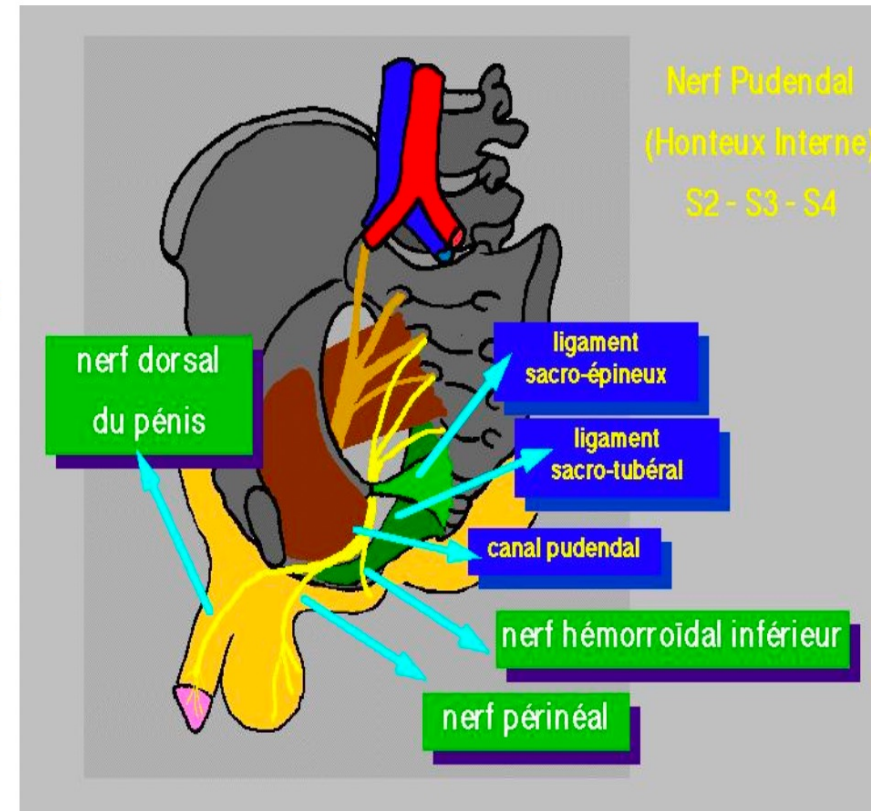
APPROCHE THERAPEUTIQUE DES DOULEURS SCROTALES



| Recommendations for the management of scrotal pain syndrome | GR |
|--|----|
| Start with general treatment options for chronic pelvic pain. | A |
| Inform about the risk of postvasectomy pain when counselling patients planned for vasectomy. | A |
| To reduce the risk of scrotal pain, open instead of laparoscopic inguinal hernia repair is recommended. | A |
| It is recommended that during inguinal hernia repair all the nerves in the spermatic cord are identified. | A |
| For patients who are treated surgically, microsurgical denervation of the spermatic cord is recommended. | A |
| We recommend that orchiectomy should not be done, unless all other therapies, including pain management assessment, have failed. | C |

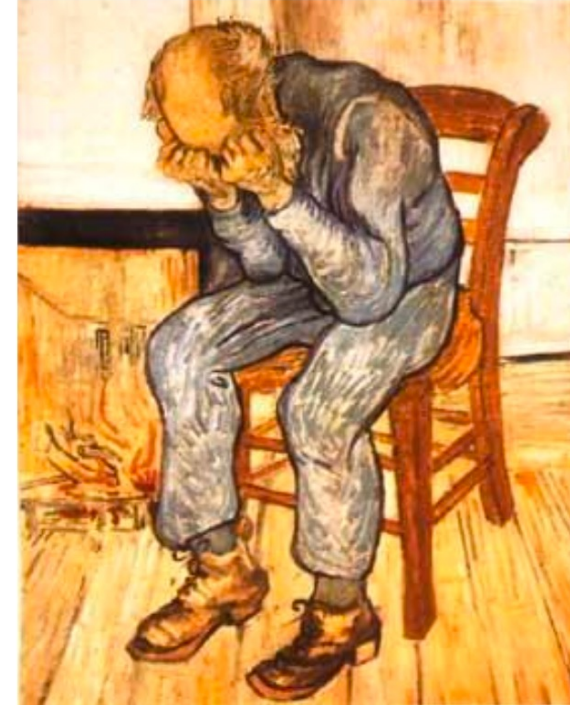
LA NEVRALGIE PUDENDALE

- **Femme 60%. âge moyen 50-70 ans**
- **Mode d'installation**
 - Progressif, intermittent ou brutal devenant quotidienne
 - Spontanément ou après un événement aigu
- **Topographie:**
 - Médiane ou unilatérale.
 - Du pénis à l'anus
 - Respectant le testicule
 - Superficielle ou profonde
- **Type:**
 - brûlure périnéale , étai, sensation de corps étranger, picotements , fourmillements, électricité
 - Intensité
- **Hypersensibilité au contact local (slip, jean)**



LA NEURALGIE PUDENDALE

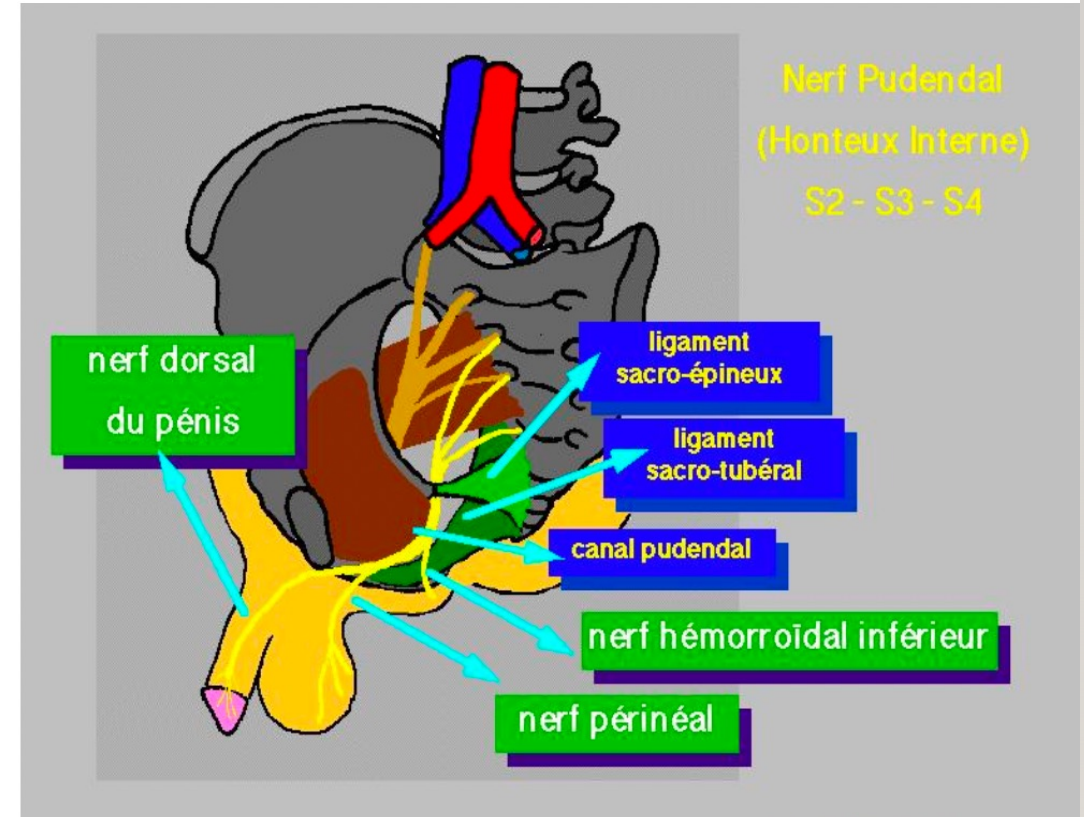
- **Déclenchement et soulagement**
 - En station assise, amélioration debout, disparaissant position couché prolongée (vélo)
 - Soulagement sur une lunette de WC,
- **Évolution dans la journée**
 - Pas de douleur au lever matinal , aggravation au fur à mesure de la journée, maxi le soir, persiste jusqu'à l'endormissement mais pas de réveil nocturne
- **Signes d'accompagnement**
 - Parfois:
 - Sensation d'engourdissement pénien
 - diminution de sensation sexuelle
 - mictions fréquentes ou difficiles
 - Difficulté d'exonération
 - douleurs pendant ou après les rapports (H et F)
 - Souvent: douleur fessière et sciatique tronquée débutant au niveau de la fesse.



- **Pas de perte de sensibilité objective**
- **Sensibilité testiculaire normale**
- **Souvent douleur au toucher pelvien**
 - **au voisinage de l'épine sciatique,**
 - **au niveau du muscle obturateur interne,**
 - **parfois au contact des muscles élévateurs de l'anus**
- **Parfois douleur à la palpation profonde de la fesse**

Arguments en faveur d'un syndrome canalaire du nerf pudendal

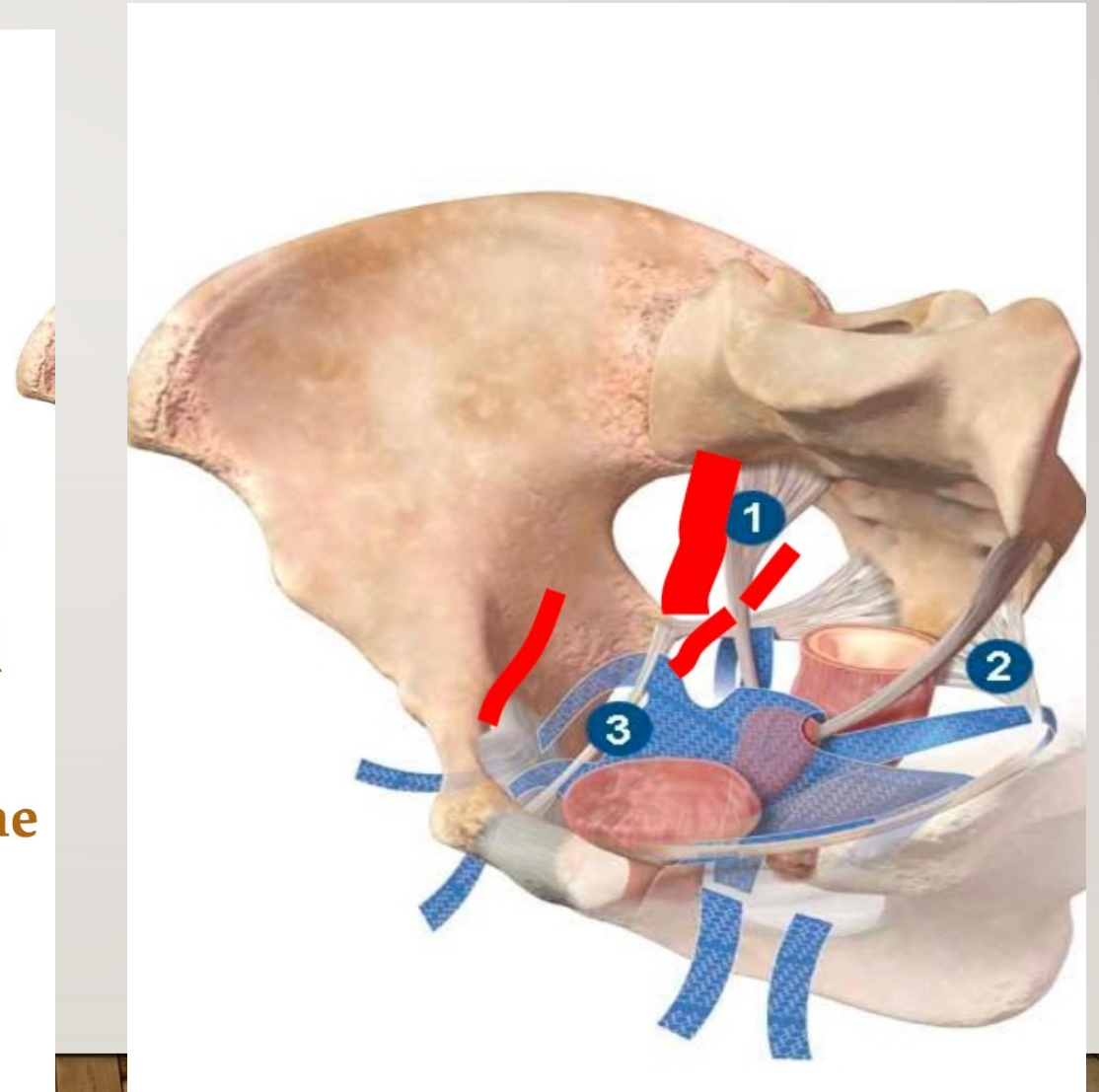
- **Données anatomiques: conflits possibles:**
 - Dans la fesse sous le muscle piriforme (pyramidal)
 - À l'entrée du bassin: pince entre ligament sacro tubéral et sacro épineux
 - Dans le bassin: dans le canal d'Alcock en s'écrasant sur le prolongement falciforme du ligament sacro tubéral
 - Sous le pubis: canal sous pubien, nerf dorsal de la verge
- **Ce n'est pas tant la compression qui génère la douleur que la perte de mobilité**



LA NEVRALGIE PUDENDALE POST-OPERATOIRE

- Le tronc du nerf pudendal est peu exposé au traumatisme per opératoire
 - Après spinofixation
 - Après chirurgie orthopédique (billot)

Traumatisme nerveux = atteinte sensitivo motrice immédiate, d'emblée maximum puis régressive
- Atteintes des fibres distales par chirurgie gynécologique, urologique ou proctologique ??
- Possibilité d'un syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie)
- Possibilité de la décompensation d'un syndrome canalaire préexistant mais asymptomatique
 - Car fréquent dans les autres territoires nerveux
 - Constatations anatomiques



LES DOULEURS PERINEALES SYMPTOMATIQUES NON CANALAIRES

• Atteintes tronculaires

- Post traumatique: traction sur table orthopédique
- Post chirurgicale : traumatisme direct par spinofixation
- Tumeurs nerveuses: schwannomes, neurofibromes
- Compression tumorale: endométriose, métastases

• Atteintes radiculaires ou plexiques

- Post chirurgie pelvienne
- Hernie discale
- Tumeur du sacrum
- Atteintes de la queue de cheval: discale, tumorale (épendymome)

• Atteintes centrales

- Atteintes médullaires : douleurs cordonales

• Contexte

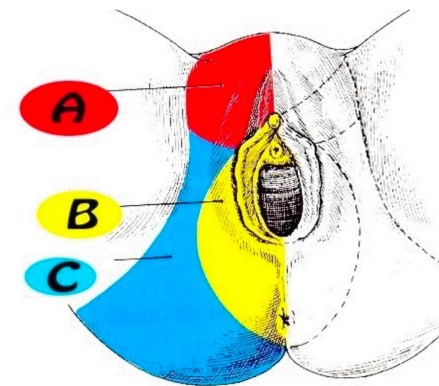
- Antécédents (métastases...)
- Post opératoire, type de chirurgie

• Interrogatoire

- Douleurs paroxystiques
- Réveils nocturnes
- Diminution sensitive (passage des urines, engourdissement...)

• Examen clinique

- L'existence d'une hypoesthésie objective
- La palpation d'une masse aux touchers pelviens
- La coexistence d'une dysurie, de troubles ano rectaux et de troubles sexuels



QUELLE PLACE POUR LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES?

ELECTROMYOGRAMME PERINEAL

- peu spécifique (faux positifs) car neuropathie étirement ou compression asymptomatique chez 30% (cadavre) Labat nantes
- non sensible (faux négatifs)

IRM LOMBOSACREE ET PELVIENNE: systématique

MAIS DIAGNOSTIC CLINIQUE +++

LA NEURALGIE PUDENDALE TRONCULAIRE

5 CRITÈRES DE NANTES

- **Douleur dans territoire nerf pudendal** (de la verge ou peau scrotale à l'anus). Médiane ou unilatérale. Paresthésies, brûlures. Douleur fessière profonde. Permanente ou intermittente
 - Respect testicule
 - Engourdissement pénien
 - Diminution sensation sexuelle
 - Douleurs pendant ou après les rapports
 - Difficultés d'exonération
- **Aggravée en position assise** (soulagée sur siège WC)
- **Sans réveil nocturne** par douleur
- **Sans déficit sensitif** objectif
- **Bloc anesthésique** et diagnostique du nerf pudendal +

4 CRITERES D'EXCLUSION

- Douleur uniquement coccygienne, fessière, pubienne, hypogastrique
- PRURIT
- Douleurs uniquement paroxystiques (par décharges)
- Anomalie d'imagerie pelvienne ou périnéale pouvant expliquer la douleur

MODALITES THERAPEUTIQUES

- **Objectifs réalistes: amélioration ce n'est pas guérison**
- **Traitement de la douleur neuropathique**
 - **Médicaments de la douleur neuropathique**
 - Antidépresseurs tricycliques, duloxétine
 - Antiépileptiques (gabapentine, progabaline)
 - Aucune étude spécifique
 - Compromis entre efficacité et tolérance
 - **Neurostimulation TENS nerf tibial postérieur**
 - **Hypnothérapie**



KINESITHERAPIE

- Levée des tensions musculaires
- Rééquilibration lombo-pelvi-fémoral
- Aide à la reconstruction du schéma corporel



2/3 d'amélioration

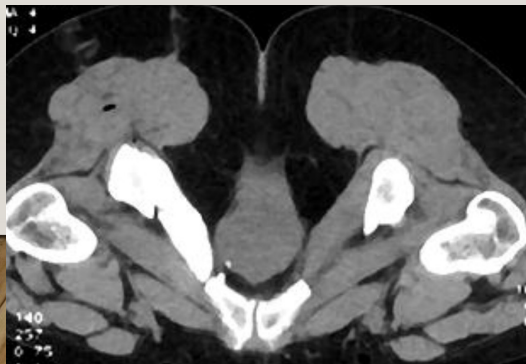
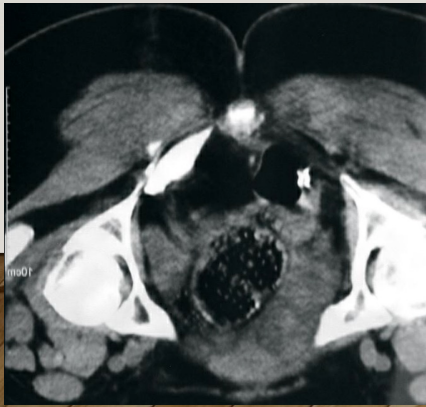
LA DECOMPRESSION DU NERF PUDENDALE?

INFILTRATION TEST OU THERAPEUTIQUE

En première intention: le ligament sacro-épineux sous scanner

Puis le canal d'alcock

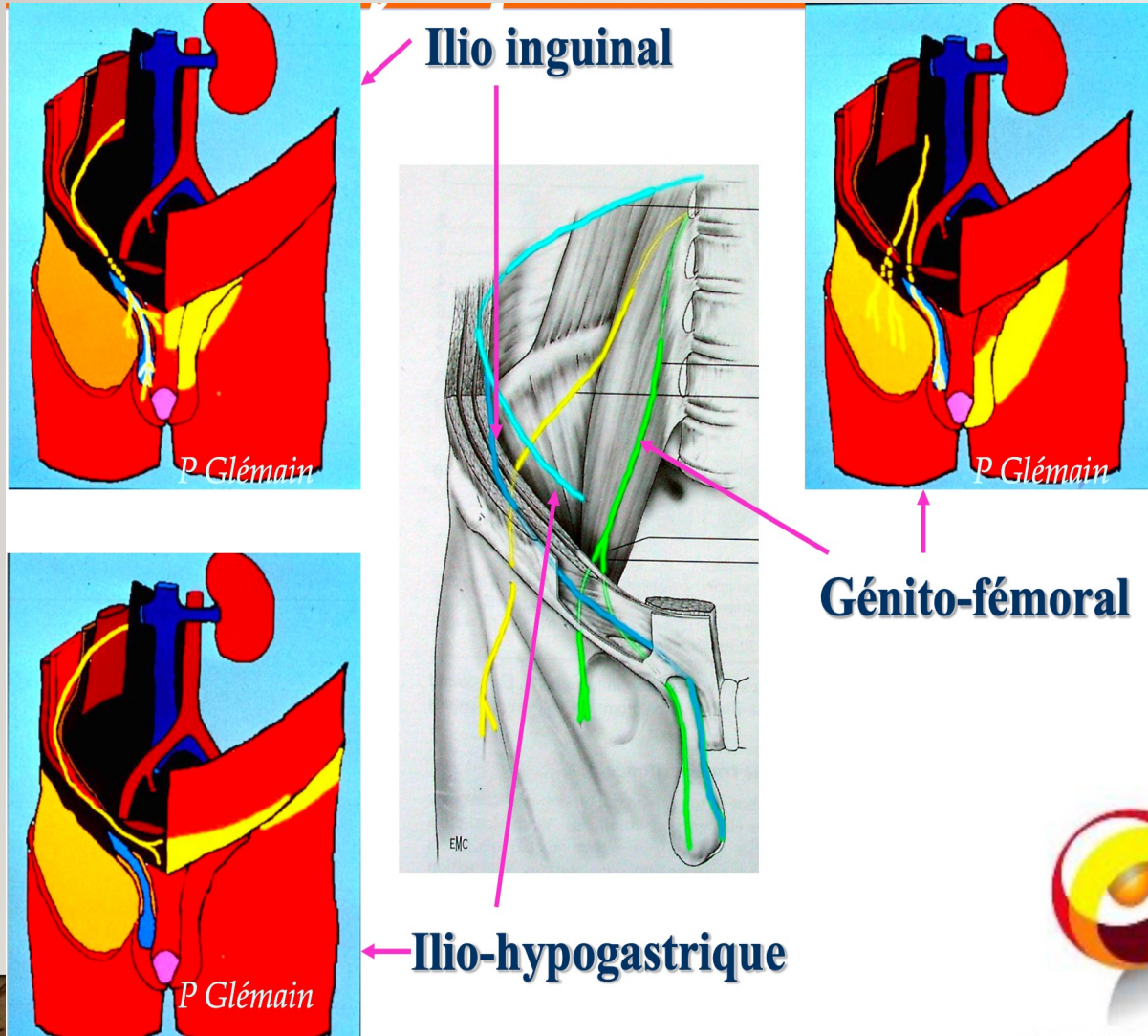
Résultats sur l'efficacité décompression chirurgicale?



CHIRURGIE DE LIBERATION PUDENDALE

- **Indication: critères de Nantes et persistance d'une douleur invalidante malgré :**
 - Infiltrations , kiné, médicaments
- **Technique**
 - Abord transfessier, en genito pectoral
 - Libération canal sous piriforme
 - Section du ligt sacro tubéral
 - Section du ligament sacro épineux
 - Libération dans le canal d'Alcock
 - Dénervation du muscle obturateur interne

DOULEUR D'ORIGINE PARIETALE



analyse des cicatrices

Ilio-inguinal et ilio-hypogastrique

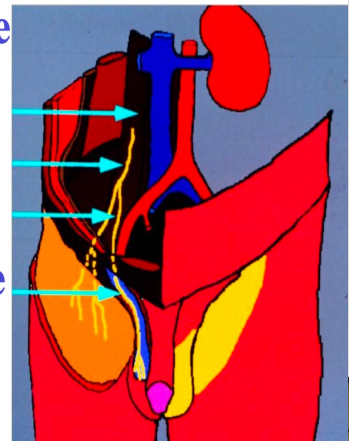
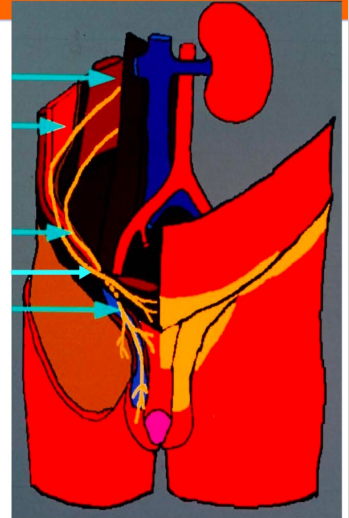
Tinel
Hypoesthésie
Bloc anesthésique local sur la cicatrice

génito-fémoral

Rachis lombaire
 Abords lombaires
 Abords iliaques
Pfannenstiël
Chirurgie inguinale

Anévrismes de l'aorte abdominale
 Appendicite
 Calcul urétéral

Anévrisme de l'artère iliaque
Hernie et chirurgie inguinale



DOULEUR PROJETTEE DE LA CHARNIERE DORSO-LOMBAIRE OU SD DE MAIGNE

- Douleur du testicule svt unilatérale par souffrance des branches postérieures Nerf rachidien
- Dérangement intervertébral souvent mineur d'une articulaire postérieure
- Asymptomatique localement et spontanément
- Signes cliniques rachidiens
- Douleur projetée: lombosacrée, sacro-iliaque et épидидymo-testiculaire ou abdominale basse
- Bilan radiologique ou IRM normale
- Syndrome segmentaire myalgique : dermocellulalgie et douleur pseudo viscérale

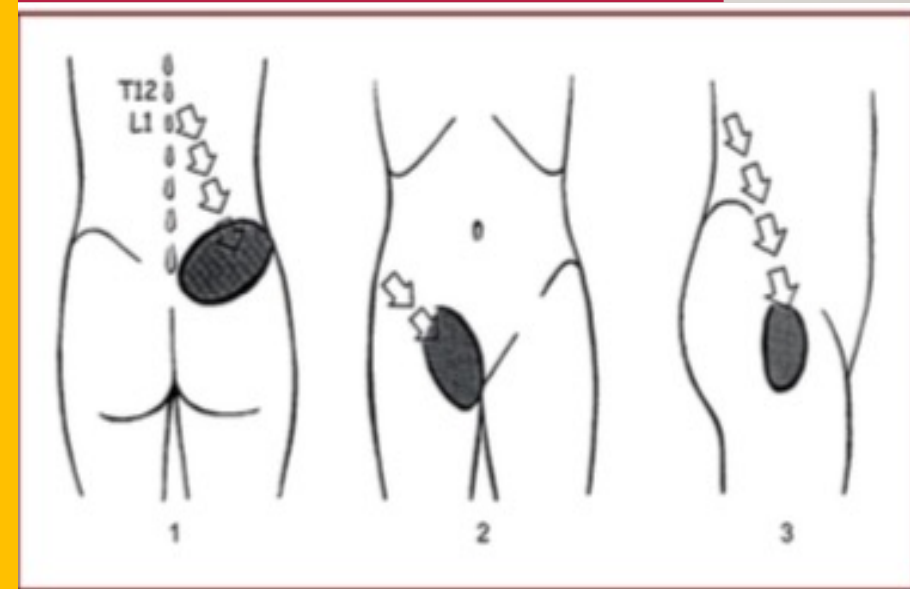
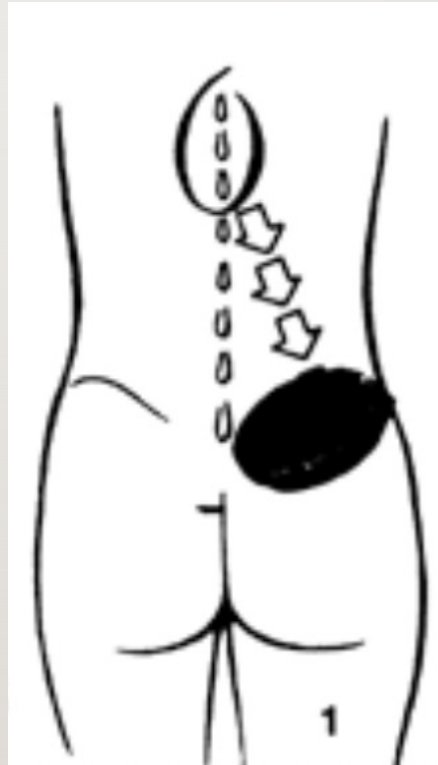
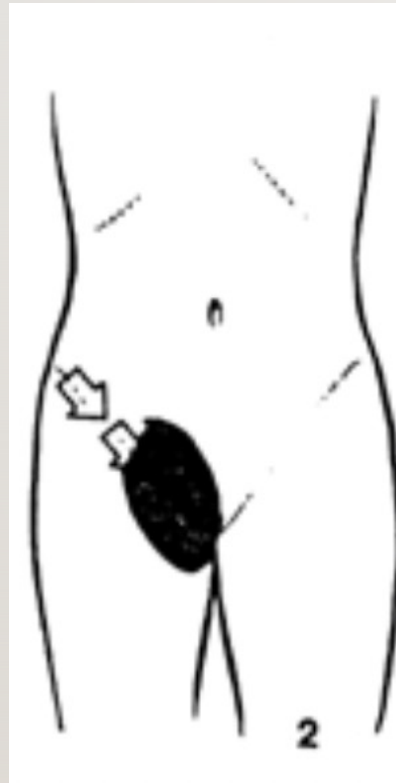


Figure 1. Projections douloureuses. (1) Postérieure : régions lombosacrée, sacro-iliaque ; (2) Antérieure : région inguinale, pubienne, partie supéro-interne de la cuisse, grandes lèvres, testicules ; (3) Latérale : face latérale de la cuisse. D'après Maigne [6].

DOULEUR PROJETEE THORACO-LOMBAIRE



Branche antérieure:
douleur inguinale,
pubienne, testiculaire



Branche postérieure :
lombalgie basse

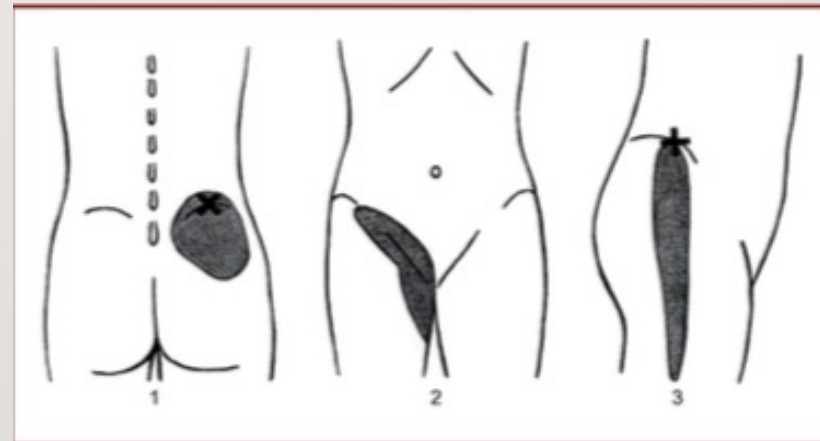
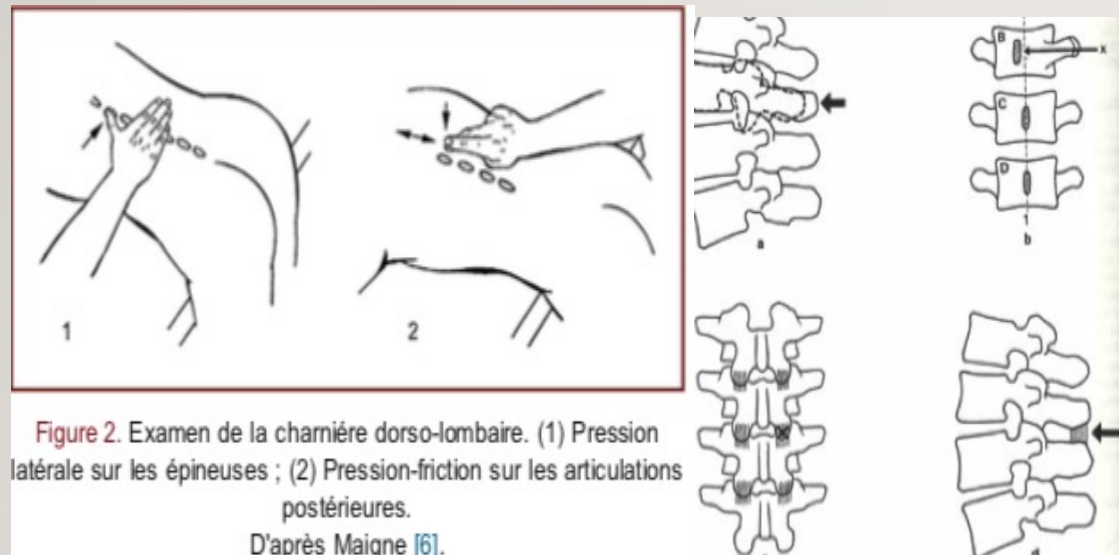


Rameau perforant latéral
cutané: douleur pseudo
trochantérienne, face
externe cuisse

SD DE MAIGNE DIAGNOSTIC CLINIQUE

- Examen clinique par pression axiale et latérale des épineuses T10 à L2

- Recherche des points douloureux ou dermocellulalgie: palper rouler



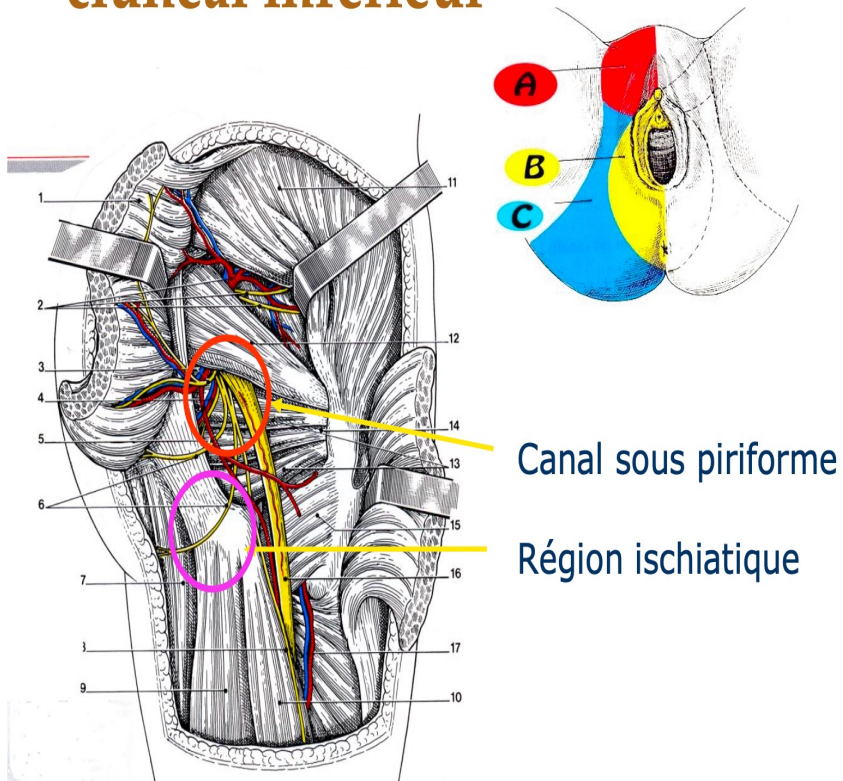
TRAITEMENT DU SD MAIGNE

- KINESITHERAPIE
- OSTEOPATHIE
- INFILTRATION ARTICULAIRE POSTERIEURE par CTC
- AVIS RHUMATOLOGIQUE
- ANTALGIQUE: AINS, Anticonvulsivant
- Auriculothérapie, Acupuncture

Mais aucun niveau de preuve(pas d'étude)

LES AUTRES TERRITOIRES NEUROLOGIQUES

- Le nerf cutané postérieur de la cuisse, nerf clunéal inférieur



Canal sous piriforme

Région ischiatique

Nerf clunéal inférieur

- 2 sites de conflits
 - Canal sous piriforme avec souffrance nerf cutané postérieur de la cuisse:
 - irradiations face postérieure de cuisse , ischion et latéro périnéales
 - Hypersensibilité distale à la pression
 - Région ischiatiques:
 - surtout chaises dures, douleurs latéro périnéales, sans douleur de verge ou du clitoris
 - Avec bloc ischiatique positif
- **Traitement:**
 - Kiné, infiltrations, chirurgie



Névralgie obturatrice

- Douleur face antéro-interne de la cuisse
- Pas d'irradiation dans la jambe
- Douleur neuropathique
 - Brûlure, paresthésie ou allodynie
- Calmée en position assise ou allongée
- Douleur à la marche
- Boiterie par esquive du pas
- Aggravation en appui unipodal
- Pas de déficit sensitif ou moteur



RETENIR

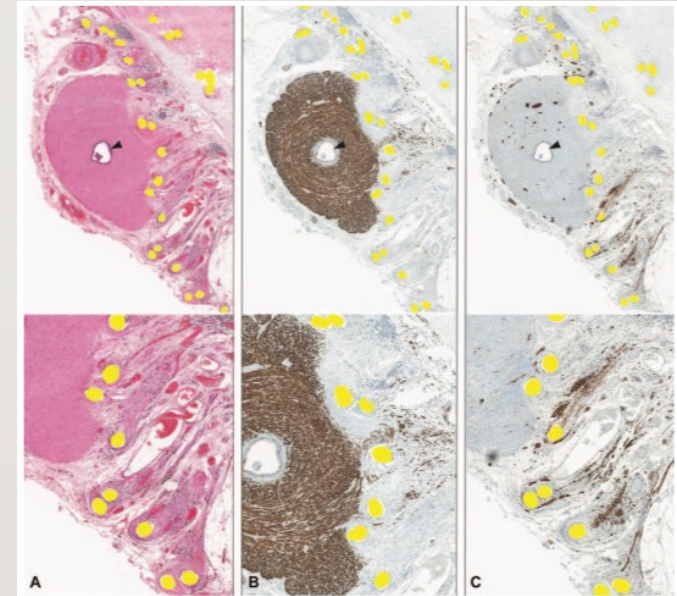
- **Névralgie pudendale par syndrome canalaire: diagnostic clinique sur des critères simples**
- **Fréquence des douleurs projetées d'origine thoraco lombaire**
- **Névralgies pudendales symptomatiques: y penser si:**
 - **réveils nocturnes /douleurs surtout paroxystiques**
 - **Existence d'une hypoesthésie périnéale**
- **Névralgie pudendale s'intègre souvent dans un contexte de dysfonctionnement pelvi-périnéal +++ en rapport avec des réactions réflexes et des phénomènes d'hypersensibilisation pelvienne**
 - **Urinaire: pollakiurie, dysurie**
 - **Digestif: dyschésie**
 - **Sexuel: dyspareunie, vestibulodynie**
 - **Douleurs myofasciales**



SD douloureux post cure de hernie

A Pathology of Mesh and Time: Dysejaculation, Sexual Pain, and Orchialgia Resulting From Polypropylene Mesh Erosion Into the Spermatic Cord




Vladimir Iakovlev et al. (Annals of Surgery. 267(3):569–575, MARCH 2018)



Si douleur chronique invalidante =
excision prothèse + svt résection
déférent

Pain and Dysfunction with Sexual Activity after Inguinal Hernia Repair: Systematic Review and Meta-Analysis

4,884 Patients, 12 Studies

| Laparoscopic Repairs | Post-Repair Outcomes | Open Repairs |
|---|---|--|
|  |  |  |
| 7.8% (5.4-11.3) | Sexual Dysfunction | 3.7% (2.0-6.8) |
| 7.4% (4.7-11.5) | Pain with Sexual Activity | 12.5% (6.4-23.3) |

Ssentongo et al. J Am Coll Surg, February 2020





Review

Incidence of Post-Vasectomy Pain: Systematic Review and Meta-Analysis

Austin B. Auyeung ^{*}, Anas Almejally, Fahad Alsaggar and Frank Doyle

Department of Health Psychology, Division of Population Health Sciences, Royal College of Surgeons in Ireland, 123 St. Stephen's Green, D02 YN77 Dublin, Ireland; ans.mej@gmail.com (A.A.); fahadalmutoutah@rcsi.ie (F.A.); fdoyle4@rcsi.ie (F.D.)

* Correspondence: austinayeung@rcsi.ie; Tel.: +353-89-9596580

Received: 12 February 2020; Accepted: 6 March 2020; Published: 10 March 2020



- Incidence douleurs scrotales après vasectomie: 15% (24% par scalpel et 7% par Non scalpel vasectomie)
- **MAIS incidence du Syndrome douloureux post-vasectomie : 5%**
- **Définition:**
 - Douleur permanente ou intermittente depuis > 3 mois après vasectomie + gêne quotidienne nécessitant une prise en charge médicale
 - Douleur scrotale persistante et constante, douleur liée à l'activité physique, douleur à l'éjaculation, dyspareunie orgasmique

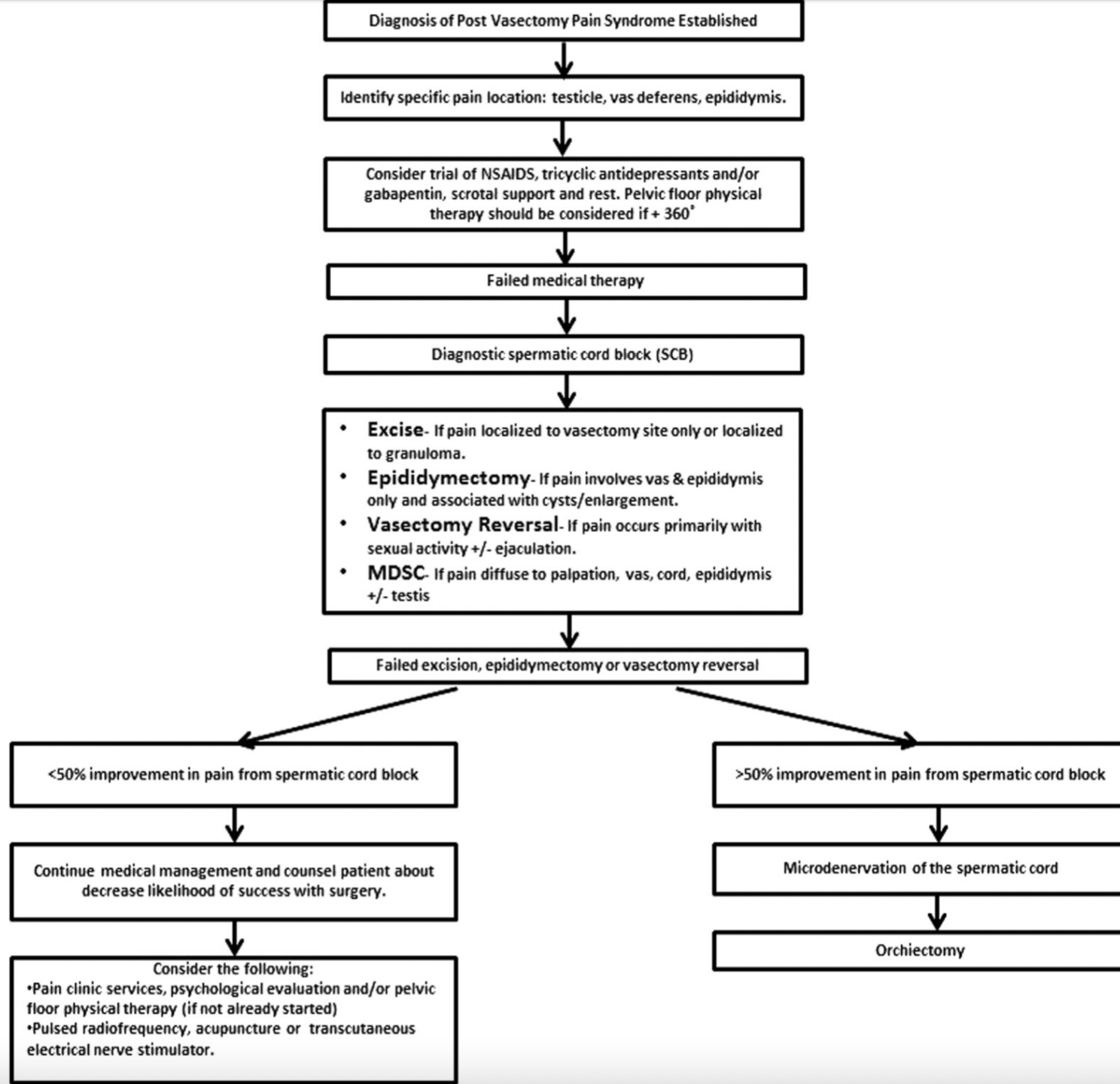
SD DOULOUREUX POST-VASECTOMIE

Physiopathologie:

- Dommage direct nerveux déférentiel ou inflammation cicatricielle du cordon spermatique
- Congestion épидидymaire ou hyperpression tubulaire
- Granulome ou inflammation locale suite à une extravasation spermatique et fibrose péri-neurale
- Altération neurotransmission de l'innervation déférentielle par diminution Récepteur Alpha 2 adrénergique (fibre sympathique du cordon)
- Réaction immunologique suite à la formation d'AC anti-spz chez 60 à 80 % des hommes vasectomisés => épaisissement des membranes et fibrose interstitielle testiculaire

Tan WP, Levine LA. Sex Med Rev 2018;6:328-334.

Varsha Sinha, Ranjith Ramasamy. *Transl Androl Urol* 2017;6(Suppl 1):S44-S47



DEVANT UNE DOULEUR TESTICULAIRE CHRONIQUE

- Eliminer une pathologie urologique locale
- Evoquer à un processus neurologique
- Evoquer une atteinte tronculaire d'origine pariétale post-opératoire
- Connaitre les douleurs projetées d'origine rachidienne
- Savoir prescrire un bloc anesthésiant du cordon = valeur diagnostique avant tout traitement invasif
- Informer les patients du risque de douleur chronique après certaines chirurgies abdominopelviennes ou vasectomie

DOULEURS URETRALES CHRONIQUES OU SD DOULOUREUX URETRAL

- Douleur urétrale déclenchée ou non par la miction, douleur récidivante
- Troubles mictionnels: PKDiurne et/ou PKNocturne, urgenturie +++
- ECBU négatif
- Cystoscopie: vessie et muqueuse urétrale normale
- Irradiation vers le pelvis ou le périnée avec spasme involontaire ou contraction volontaire des muscles plancher pelvien
- **Forme précoce de SD douloureux vésical ou cystite interstitielle**

CAT DEVANT DOULEURS URETRALES CHRONIQUES OU SD DOULOUREUX URETRAL

- Faire ECBU, examen clinique, catalogue mictionnelle, débitmétrie
- Echographie appareil urinaire, voire un uroscanner
- Cystoscopie et cytologie urinaire

Tableau 2 Diagnostics différentiels.

Infection génitale (vulvovaginite)
Infection de l'appareil urinaire (urétrite, urétrocystite, cystite) à germes communs, *Chlamydia trachomatis* ou mycoplasmes génitaux
Sténose de l'urètre
Tumeur de vessie ou de l'urètre
Vessie hyperactive
Lithiases du bas appareil urinaire ou termino-urétérale



EJACULATION DOULOUREUSE

- **Douleur pelvi-périnéale déclenchée par éjaculation ou orgasme (de qqes sec à 24h après)**
 - Douleur verge 63 à 78%
 - Rectum 8 à 24%, testicules 12%, abdomen 4 à 9%
- Durée: < 1mn chez 32-55%, < 5 mn chez 33 à 52% et > 5 mn 12%, rarement > 15mn
- **Incidence: 1 à 10%**
 - Si HBP: 17 à 25,9%
 - Si Sd douloureux pelvien ou prostatique chronique/ névralgie pudendale: 24 à 58%
 - Après prostatectomie: 14%
- Terrain idiopathique: hommes plutôt jeunes, célibataires et difficultés physiques



EJACULATION DOULOUREUSE

BILAN

- BUT: éliminer une cause locale: infectieuse, sténose urétrale, HBP
- Examen clinique urogénital avec TR et toucher pelvien
- ATCD chirurgicaux, radiothérapie...
- ECBU 1^{er} jet + recherche mycoplasmes génitaux et chlamydiae par PCR
- Prélèvement avant et après massage prostatique (prostatite chronique bactérienne)
- Echographie pelvi-urinaire et endorectale
- Débitmétrie et RPM
- SPERMOCULTURE: rentabilité limitée, mais permet test ATB si positif (germe > 10³/ml)

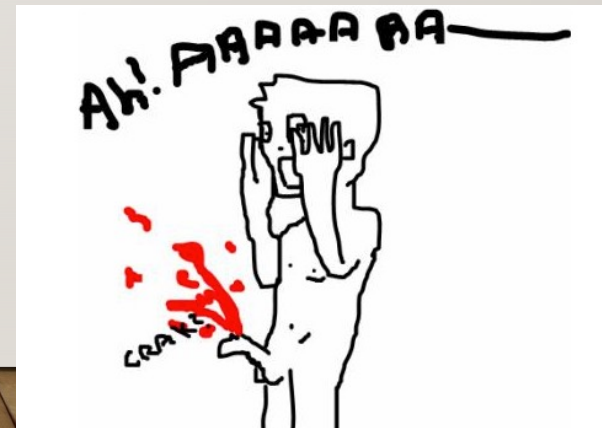
EJACULATION DOULOUREUSE

- Si infection prostate ou uretrite, IST : ATB et/ ou AINS si bilan bactériologique négatif?
- Post prostatectomie: spasme anastomose ou hypertonie périnée.
 - =>Tamsulosine +
- Post radiothérapie ou curiethérapie:
 - =>Tamsulosine, Antalgique, Anticonvulsivant, clonazepam
- Obstruction lithiasique des canaux éjaculateurs: RTUP?
- HBP => Alphabloquant
- Antidépresseurs (tricycliques, IRS): contractions spastiques douloureuses des muscles plancher pelvien per-orgasmiques
- SD douloureux pelvien chronique et névralgie pudendale (douleur pénis, péri-anale, scrotale,, coccyx)
 - Hypersensibilité avec des points gâchettes (muscles paroi abdominale, du périnée, des fesses), des troubles vasomoteurs
 - **Prise en charge multidisciplinaire au centre douleur**

DOULEURS PENIENNES CHRONIQUES OU DYSPAREUNIE MASCULINE



- SD douloureux pénien (Fall, Baranowski, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain 2010)
 - = Douleur du pénis d'origine non urétrale sans infection prouvée, ni cause évidente
- Douleur au moment des rapports sexuels = Dyspareunie
 - Douleurs aiguës : rupture du frein, fracture des corps caverneux, maladie de mondor du pénis
 - Douleurs chroniques: causes multiples à rechercher
- Erections douloureuses nocturnes





Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



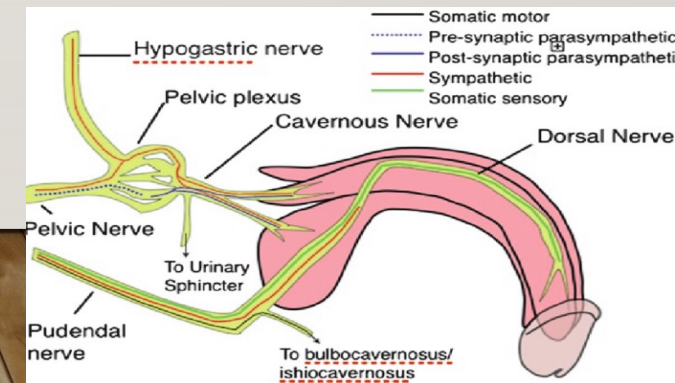
Approche symptomatique des douleurs péniennes chroniques

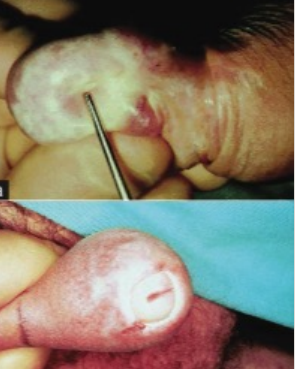
Symptomatic approach to chronic penile pain

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



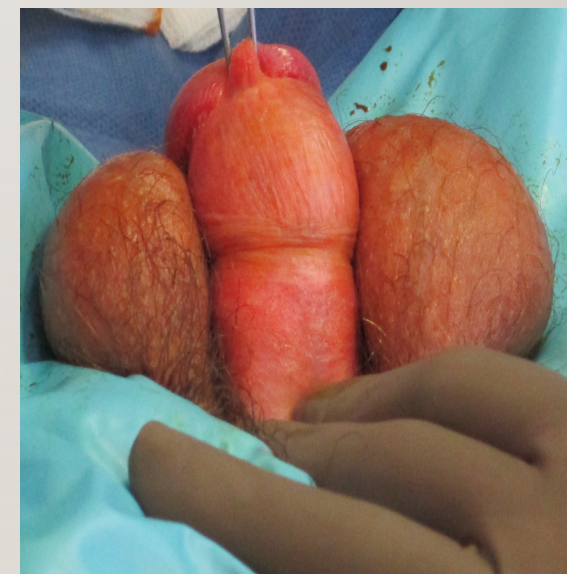
- Interrogatoire et examen clinique minutieux
- Circonstances des douleurs, **ATCD personnel et de la partenaire (Erosion vaginale)**
- +/- EMG, IRM verge en érection (non contributif)
- Sd de compression du nerf dorsal de la verge: rare: bloc anesthésique + au niveau nerf dorsal en région sous pubienne (BLOC pénien)





ETIOLOGIE DOULEURS PENIENNES PATHOLOGIES LOCALES

- **Pathologies dermatologiques** 15% (balanite) ou Lichen scléro-atrophique (CTC, circoncision)
- **Maladie de LAPEYRONIE** (40,5%) : douleur en érection, phase inflammatoire (6 à 18 mois) => AINS, Ondes de chocs à basse intensité, Injection verapamil, mais régression spontanée
- **Anomalies anatomiques** (6,5%): brièveté du frein, adhérences, phimosis en érection, déformations congénitales
- **Douleurs post-opératoires** 5,5%(lapeyronie, circoncision, plastie de frein, implant) ou post traumatiques 27% (fracture CC)



LES PATHOLOGIES SANS CAUSE LOCALE

- **Douleurs projetées:**

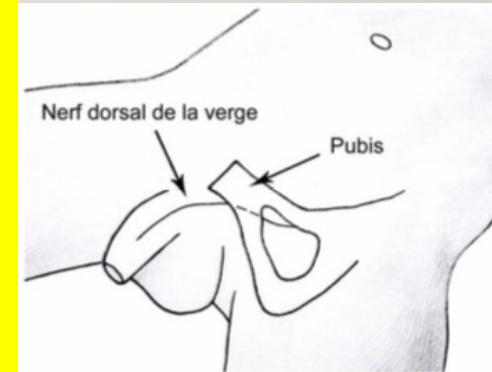
- Origine vésicale ou prostatique = Sd douloureux pelvien ou prostatique chronique: troubles mictionnels
- Origine musculosquelettique: douleurs testiculaires

- **Douleur neuropathique ou Sd de compression du nerf dorsal de verge (entre bord du pubis et ligament suspenseur)**

- => douleur pénis + hypoesthésie gland et verge + paresthésies génitales sans douleurs scrotales ni périanales. CYCLISME ou diabète.

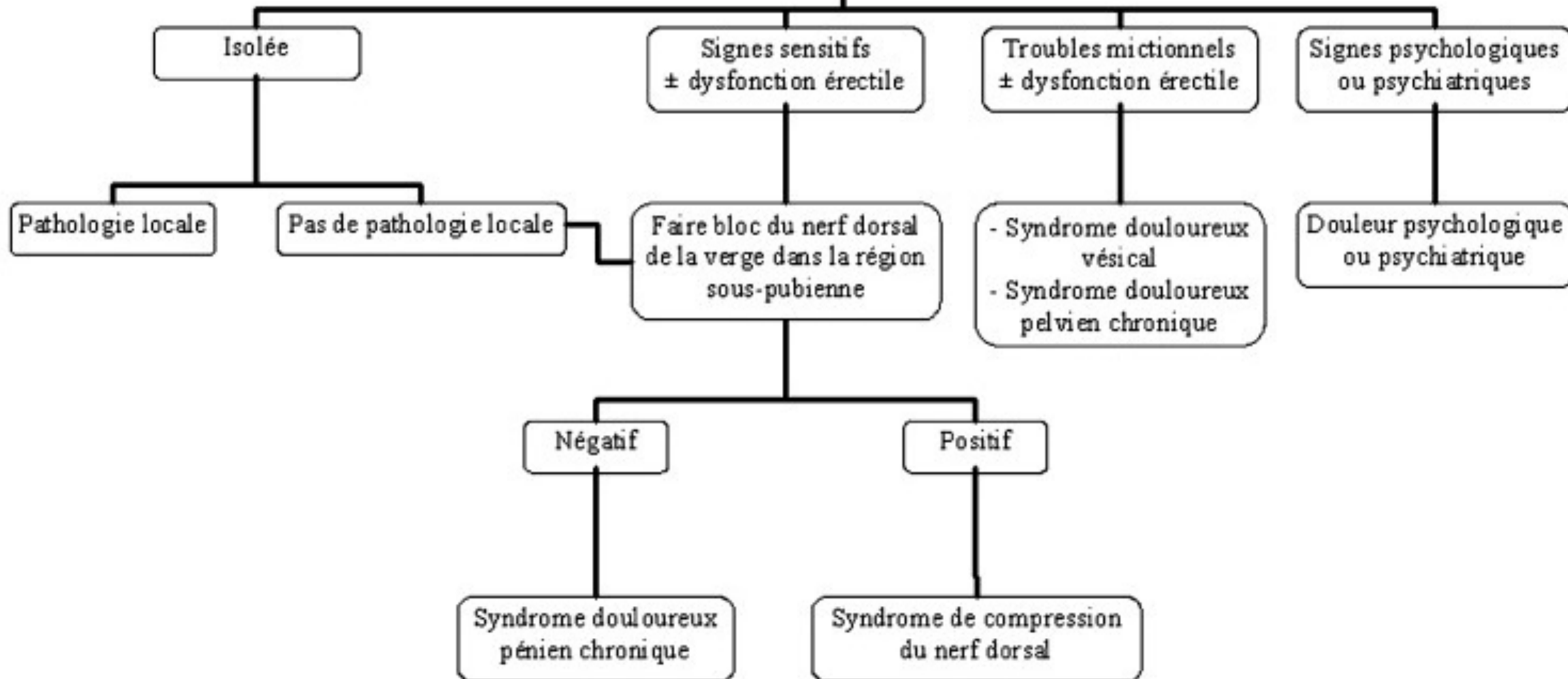
- **Douleurs ayant un origine PSYCHOLOGIQUE**

- => dysrégulation des messages douloureux du pelvis ou périnée + hypersensibilisation « viscérale » déclenchée par un évènement (post chirurgie, violences, éducation, TOC...)



Douleur pénienne (non sexuelle)

Interrogatoire
Examen Clinique



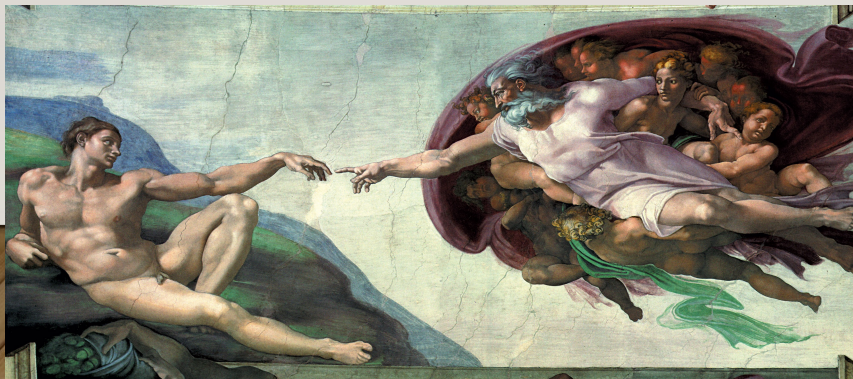
LES ERECTIONS NOCTURNES DOULOUREUSES OU ERECTIONS DOULOUREUSES LIEE AU SOMMEIL

- Rare <1% . Age moyen 40 ans
- Fatigue diurne, irritabilité et anxiété: troubles du sommeil paradoxal et réveils nocturnes
- **Cause ?** (non neurologique, non hormonal): Sd apnée du sommeil, contractions répétées ischiocaveneux et bulbospongieux et ischémie CC par compression? terrain psy?
- Plusieurs fois par nuits à 1 fois par semaine depuis plus d'un mois. Durée 10-60 mn. **Jamais de priapisme**
- **TTT médicamenteux**
 - bacolfène +++ mais 10 % ES au long cours
 - IRS (paroxétine) ou antidépresseurs tricycliques, benzodiazépines ou clonazepam, bétabloquants (propranolol), antiépileptiques (prégabaline, carbamazepine)
 - Echec IPDE5, AINS
- **TTT non médicamenteux:**
 - Appareillage APNEE du Sommeil
 - Rééducation périnéale (biofeedback)
 - Echec Chirurgie (implant) embolisation

LES ANODYSPAREUNIES

ROSSER BRS, SHORT BJ, THURMES PJ, COLEMAN E. ANODYSPA- REUNIA, THE UNACKNOWLEDGED SEXUAL DYSFUNCTION: A VALIDATION STUDY OF PAINFUL RECEPTIVE ANAL INTERCOURSE AND ITS PSYCHO- SEXUAL CONCOMITANTS IN HOMOSEXUAL MEN. J SEX MARITAL THER 1998;24(4):281—92.

- Méconnue et pourtant chez 277 hommes
 - 14%: douleur intense, persistante et limitant la poursuite de l'acte anal
 - 25%: rapports anaux faiblement douloureux
 - 63%: douleur minime occasionnellement
- Cause: manque de lubrification et préparation à l'acte (en cas de sexualité anale passive)





POST-ORGASMIC ILLNESS SYNDROME RARE ET DEFINIT PAR 5 CRITERES

- 1. Apparition > 1 des symptômes suivants: sensation de grippe, fatigue extrême ou épuisement, faiblesse musculaire, sensations de fièvre ou de transpiration, troubles de l'humeur et / ou irritabilité, troubles de la mémoire, problèmes de concentration, discours incohérent, congestion nasale ou rhinite, les yeux qui piquent**
- 2. Quelques secondes, minutes ou heures après une éjaculation: rapport sexuel, masturbation ou éjaculation spontanée nocturne**
- 3. > 90% des éjaculations**
- 4. Durée: 2 à 7 jours**
- 5. Disparition spontanée**

WALDINGUER, *Transl Androl Urol* 2016;5(4)

PAULOS et al *Fertility and Sterility* Vol. 113, No. 1, January 2020

Nguyen, Bala, Gabrielson, Hellstrom: Post-Orgasmic Illness Syndrome: A Review. *Sex Med Rev* 2018



POST-ORGASMIC ILLNESS SYNDROME

WALDINGUER, *TRANSL ANDROL UROL* 2016;5(4)

The 7 clusters of symptoms of criterion 1.

| Cluster | Symptoms |
|----------|--|
| General | Extreme fatigue, exhaustion, palpitations, problems finding words, incoherent speech, dysarthria, concentration difficulties, quickly irritated, cannot stand noise, photophobia, depressed mood |
| Flu-like | Feverish, extreme warmth, perspiration, shivery, ill with flu, feeling sick, feeling cold |
| Head | Headache, foggy feeling in the head, heavy feeling in the head |
| Eyes | Burning, red injected eyes, blurred vision, watery, irritating, itching eyes, painful eyes |
| Nose | Congestion nose, watery/runny nose, sneezing |
| Throat | Dirty taste in mouth, dry mouth, sore throat, tickling cough, hoarse voice |
| Muscle | Muscle tension behind neck, muscle weakness, pain in muscles, heavy legs, stiff muscles |

Réaction immunoallergique au sperme entre peptide(Ag) séminal (prostate ou VS) et Lymphocyte T




POST-ORGASMIC ILLNESS SYNDROME

- **Thérapeutique : aucune efficace**
- Antihistaminique et CTC : peu efficace
- IRS (paroxétine) ou benzodiazépine: action + sur humeur mais pas sur signes somatiques
- 1 cas guéri par diclofénac
- **3 cas améliorés par technique de désensibilisation par le sperme**
- Sur les forums: niacine ou vit B3, palmier nain ou saw palmetto, feuille de palmier
- Avenir: trouver AG ou peptide responsable de la réaction auto-immune: hypothèse allergie KALLIKREINE (protéine séminale avec sensibilisation par chien male?)



CONCLUSION

- Prise en charge de la douleur = obligation légale
- Reconnaître la sémiologie des douleurs aiguës et chroniques
- Les douleurs périnéales et sexuelles chroniques peuvent compliquer certains gestes chirurgicaux
- Apprendre à faire des bloc anesthésiques
- Traitement souvent hors AMM
- Centre algologie
- Approche multidisciplinaire et thérapie complémentaire



Un coup de pied dans les testicules provoque la même douleur qu'une grossesse de 160 enfants en même temps.