

Regard sur la douleur pelvienne chronique

La rubrique *Les soins au féminin* est coordonnée par le Dr Pierre Fugère, professeur titulaire, Université de Montréal, et obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

Louise Lapensée, MD, FRCPC

Cet article a été écrit à partir du consensus de la SOGC sur la DPC qui sera publié à l'automne 2004 dans le journal de la SOGC.

La douleur pelvienne chronique (DPC) est un problème fréquent chez les femmes en âge de reproduction. La DPC est définie par une douleur pelvienne cyclique ou non cyclique d'une durée de trois mois ou plus et qui interfère avec les activités de la vie quotidienne. La DPC est un problème significatif qui affecte environ 15 % des femmes. Seulement le quart de ces femmes consulteront un professionnel de la santé. La DPC représente 10 % des visites chez le gynécologue, 15 à 40 % des laparoscopies et 12 % des hystérectomies.

Le syndrome de la DPC est défini par six caractéristiques cliniques (tableau 1). Le traitement proposé ne procure souvent qu'un soulagement partiel de la douleur et cause ainsi de la frustration chez la patiente et le clinicien.

Les causes de la DPC sont multiples et plusieurs d'entre elles peuvent être présentes chez une même femme (tableau 2). L'approche multidisciplinaire est donc essentielle pour traiter les femmes atteintes de DPC.

Comment doit-on procéder à l'évaluation?

Il est important d'obtenir une histoire chronologique détaillée du problème, les facteurs qui soulagent ou aggravent la douleur, de même que les tentatives de traitement antérieures. Il est utile de demander à la patiente ce qu'elle croit être la cause de sa douleur et de l'amener à parler de l'impact qu'elle a sur sa qualité de vie. Un questionnaire détaillé développé par la *International Pelvic Pain Society* et disponible à l'adresse Internet www.pelvicpain.org peut être rempli par la femme avant sa visite au cabinet. Cela facilite le déroulement de la première rencontre. Une bonne relation établie dès le départ permet une meilleure observance thérapeutique des traitements proposés et une acceptation plus facile de buts réalistes des traitements, tels qu'une amélioration de la fonction et de la qualité de vie plutôt qu'une guérison complète.

L'examen physique est bien différent de l'examen gynécologique de routine et évalue toutes les structures pelviennes afin de différencier les sources de douleur. L'examen



Tableau 1

Les caractéristiques cliniques du syndrome de la DPC

- Durée de 6 mois ou plus
- Soulagement insatisfaisant avec la plupart des traitements
- Interférence significative avec les activités quotidiennes
- Signes de dépression, tels que l'insomnie, la perte de poids et l'anorexie
- Douleur disproportionnée par rapport à la maladie retrouvée
- Rôles familiaux perturbés

peut parfois être reporté à la deuxième visite en cas de manque de temps ou d'une trop grande anxiété chez la patiente. Il est préférable d'effectuer l'examen lors d'un épisode de douleur. Une maladie est recherchée et l'identification d'une zone de sensibilité focale permet d'orienter le diagnostic et le traitement. L'examen gynécologique bimanuel doit être effectué en dernier lieu, car il est souvent douloureux et peu discriminatoire.

L'examen doit inclure une évaluation de la démarche, de la mobilité et de la posture de la patiente. Une scoliose, une sensibilité des sacro-iliaques, des trigger points et une asymétrie pelvienne sont recherchés lors de l'examen du dos. L'abdomen est examiné à la recherche d'une sensibilité superficielle, d'un trigger point ou d'une douleur profonde. En décubitus dorsal, si la femme soulève la tête et que la douleur s'aggrave ou est inchangée, cela signifie que la paroi abdominale représente probablement la source du problème. Si la douleur diminue, il se peut que la douleur soit d'origine intrapéritonéale, puisque la contraction des muscles grand-droits dimi-

ue l'étirement du péritoine (*head-raise test*).

L'examen gynécologique débute avec l'inspection de la vulve et la recherche d'une vestibulite. Les muscles du plancher pelvien sont examinés, de même que le col, l'utérus et les annexes. Un vaginisme, de l'endométriose et une masse pelvienne peuvent parfois être suspectés.

Comment doit-on procéder à l'évaluation psychologique?

Une évaluation complète de la femme atteinte de DPC doit inclure une évaluation de son expérience émotionnelle et des autres aspects du syndrome de la DPC. Cette évaluation, effectuée par le psychologue ou le psychiatre, permet d'effectuer les interventions psychosociales appropriées qui peuvent aider à mieux vivre avec la douleur et contribuer à l'améliorer.

Comment doit-on procéder à l'investigation?

Certains examens radiologiques seront effectués si cela est indiqué par l'interrogatoire et l'examen physique.

L'échographie pelvienne permet d'éliminer une masse pelvienne.

La douleur pelvienne chronique représente un problème significatif qui touche environ 15 % des femmes.

La résonance magnétique peut être utile pour poser un diagnostic d'adénomyose.

Une laparoscopie est proposée chez 40 % des femmes atteintes de DPC.

Dans bien des cas, l'examen permet non seulement de poser le diagnostic, mais également de choisir un traitement. Quatre-vingt-cinq pour cent des laparoscopies positives démontrent de l'endométriose et/ou des adhérences pelviennes.¹ Une laparoscopie négative ne permet pas d'exclure une cause organique.

Quelles sont les causes gynécologiques de la douleur?

L'adénomyose

L'adénomyose est définie par une présence de glandes endométriales et de stroma retrouvés profondément dans le myomètre. Les symptômes incluent la DPC, la dysménorrhée et les ménorragies. Cette maladie affecte fréquemment les multipares âgées de plus de 30 ans. L'échographie endovaginale et la résonance magnétique permettent parfois de suspecter le diagnostic, mais, dans la plupart des cas, il sera posé à l'aide du rapport pathologique du spécimen d'hystérectomie. Les options thérapeutiques incluent le danazol, les agonistes de la gonadolibérine (Gn-RH) et l'hystérectomie.

L'endométriose

L'endométriose est définie par la présence d'endomètre en dehors de la cavité endométriale. L'endométriose est diagnostiquée chez plus de 30 % des femmes atteintes de DPC. Il est souvent difficile de démontrer que l'endométriose représente bel et bien la cause de la douleur ressentie par la patiente : une relation de cause à effet n'a pas encore été démontrée. Les traitements de l'endométriose incluent les contraceptifs oraux cycliques ou en continu, les progestatifs, le danazol ou les agonistes de la Gn-RH. Le traitement chirurgical conservateur ou définitif par laparoscopie ou laparotomie est

également efficace.²

Les léiomyomes utérins

Les léiomyomes sont des tumeurs bénignes dérivées du muscle lisse de l'utérus. Les symptômes peuvent inclure de la dysménorrhée et une pesanteur pelvienne. La dysménorrhée peut être améliorée par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou des contraceptifs oraux, tandis que les symptômes de pesanteur pelvienne nécessiteront généralement une myomectomie, si la fertilité doit être préservée, ou une hystérectomie. L'embolisation des artères utérines constitue également une option thérapeutique. Chez la femme qui s'approche de la ménopause, un traitement aux agonistes de la Gn-RH avec thérapie de remplacement hormonal, si nécessaire, permet parfois d'éviter une chirurgie.

Les maladies annexielles

Les maladies annexielles peuvent induire de la douleur par des changements tissulaires mécaniques, hypoxiques ou chimiques. Les kystes ovariens chroniques ou les hydrosalpinx représentent rarement une cause de DPC. Par contre, une torsion intermittente chronique d'une masse annexielle peut en être la cause. Les syndromes de l'ovaire résiduel ou de l'ovaire restant sont rares et ils peuvent être traités par des analogues de la Gn-RH ou par une approche chirurgicale.

Le syndrome de congestion pelvienne

La dilatation des veines pelviennes est associée à la DPC depuis plus d'un demi-siècle. Les symptômes de cette condition incluent une douleur pelvienne sourde et des troubles menstruels. Le diagnostic est difficile à poser et les outils utilisés incluent la veinographie pelvienne, l'échographie avec Doppler et la résonance magnétique. Le syndrome de congestion pelvienne est un diagnostic d'exclusion. Le



Tableau 2

Les causes possibles de la DPC

Gynécologiques

- Endométriose
- Adhérences pelviennes
- Infections pelviennes chroniques
- Syndrome de l'ovaire restant ou résiduel
- Adénomyose
- Syndrome de congestion pelvienne
- Léiomyomes

Urologiques

- Cystite interstitielle
- Syndrome urétral
- Infections urinaires chroniques
- Calculs vésicaux

Gastroentérologiques

- Syndrome du côlon irritable
- Constipation chronique
- Appendicite chronique
- Maladie inflammatoire intestinale

Musculosquelettique

- Douleur myofasciale (trigger points)
- *Nerve entrapment* syndrome
- Douleur lombaire chronique
- Problèmes discaux
- Myalgie et spasmes du plancher pelvien
- Hernies

Psychologiques

- Dépression
- Perturbations du sommeil
- Stress psychosocial (marital, travail)
- Problèmes d'abus (alcool, narcotiques et drogues)
- Abus physiques ou sexuels (antérieurs ou actuels)

traitement est difficile et devrait éventuellement faire l'objet d'études avec groupe témoin.

Quels sont les traitements de la douleur pelvienne chronique?

Il existe deux approches pour traiter la DPC. La première consiste à traiter la DPC comme telle, tandis que la deuxième prône le traitement de la ou des causes de celle-ci. La plupart des patientes bénéficient des deux approches.

Les analgésiques

Les analgésiques incluent l'acide acétylsalicylique, les AINS et l'acétaminophène. Les AINS sont efficaces pour traiter la dysménorrhée.³

Les contraceptifs oraux

Les contraceptifs oraux sont efficaces pour soulager la dysménorrhée avec ou sans endométriose. Il est recommandé d'utiliser les contraceptifs oraux cycliques ou en continu durant trois mois comme traitement initial de la DPC. Les femmes atteintes de dysménorrhée peuvent bénéficier d'une administration continue afin d'éviter le saignement de retrait.

Les progestatifs

Chez les femmes dont la DPC peut être reliée à l'endométriose, l'acétate de médroxyprogestérone (150 mg aux 3 mois) est aussi efficace que le danazol ou les analogues de la Gn-RH.⁴ Des données préliminaires suggèrent que le stérilet qui libère du lévonorgestrel (Mirena®) peut être utile pour soulager les douleurs associées à l'endométriose.

Le danazol

Le danazol est efficace pour traiter la DPC associée à l'endométriose. Une dose de 400 à 800 mg par jour doit être utilisée afin d'obtenir un soulagement. Il s'agit toutefois d'un traitement de deuxième ligne dont les effets indésirables limitent parfois son utilisation.

Les analogues de la Gn-RH

Les analogues de la Gn-RH suppriment les œstrogènes et induisent une ménopause médicale. Ils sont très efficaces pour soulager la douleur associée à l'endométriose. Une utilisation empirique des analogues de la Gn-RH peut être considérée chez certaines patientes, mais les données actuelles ne permettent pas de recommander l'utilisation de ces médicaments en traitement de première ligne pour la DPC.

Une thérapie de remplacement hormonal (*add-back therapy*) permet de contrecarrer les effets indésirables associés aux analogues de la Gn-RH, tels que les symptômes vasomoteurs et la diminution de la densité osseuse.

Les antibiotiques

Les antibiotiques doivent être considérés lorsqu'un diagnostic d'infection pelvienne chronique est suspecté.

Les antidépresseurs

Quelques études ont démontré une diminution de la douleur avec l'utilisation d'antidépresseurs tricycliques chez les femmes atteintes de DPC présentant une laparoscopie négative. Comme la dépression survient fréquemment chez les femmes atteintes de DPC, les antidépresseurs peuvent être bénéfiques lorsqu'ils sont combinés à un soutien psychologique.

Les narcotiques

Le syndrome de la DPC est souvent traité avec des opioïdes seuls ou en combinaison avec d'autres traitements.⁵ L'expérience clinique des centres de la douleur suggère que le traitement avec opioïdes peut permettre un retour à la normale sans entraîner d'effets indésirables significatifs chez les patientes qui n'ont pas répondu aux autres traitements. Un suivi étroit est nécessaire pour ces patientes.

Le traitement chirurgical


La laparoscopie représente un outil important pour poser un diagnostic et choisir un traitement pour la DPC. Cependant, 40 % des laparoscopies ne permettent pas d'identifier l'origine de la douleur et, même si une endométriose est diagnostiquée, il n'est pas certain que la maladie soit la cause de la douleur. L'hystérectomie devrait être considérée en dernier recours, surtout si aucune maladie n'a été identifiée, car les femmes qui subissent une telle opération présentent généralement une récurrence de la douleur.

Le traitement psychologique

La thérapie cognitivo-comportementale constitue le traitement psychologique le plus efficace dans les cas de DPC. Ce traitement réduit l'intensité de la douleur et la détresse chez les femmes atteintes de DPC. L'approche psychologique doit faire partie de l'approche multidisciplinaire entreprise pour le traitement de la DPC.

Et l'approche multidisciplinaire?

Les femmes atteintes de DPC nécessitent une évaluation gynécologique, urologique, gastro-entérologique et psychologique afin d'optimiser le traitement et de diminuer les interventions inutiles.

La femme atteinte du syndrome de la DPC devrait être prise en charge dans une clinique de douleur pelvienne chronique favorisant une approche multidisciplinaire. Cette approche permet de personnaliser l'investigation et le traitement de la DPC et d'obtenir un soulagement considérable de la douleur. 



Références

1. Howard, FM : The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: Pitfalls with a negative laparoscopy. J Am Assoc Laparosc 4(1):85, 1996.
2. The Canadian Consensus Conference on Endometriosis. Numéros 5 et 6, mai 1999.
3. Roy, S : A double-blind comparison of a propionic acid derivative (ibuprofen) and a fenamate (mefenemic acid) in the treatment of dysmenorrhea. Obstet Gynecol 61(5):628, 1983.
4. Vercellini, P, Cortesi, I, Crosignani, P : Progestins for symptomatic endometriosis: A critical analysis of the evidence. Fertil Steril 68(3):393, 1997.
5. Nicholson, B : Responsible prescribing of opioids for the management of chronic pain. Drugs 63(1):17, 2003.

*L'endométriose est diagnostiquée
chez plus de 30 % des femmes
atteintes de douleur pelvienne
chronique.*