Traiter les douleurs pelviennes chroniques *pour une qualité de vie acceptable*

Carole Williams, MD

La douleur pelvienne chronique (DPC) touche environ 16 % des femmes. Elle est responsable jusqu'à 40 % des laparoscopies gynécologiques et de 12 à 20 % des hystérectomies.

La douleur pelvienne chronique (DPC) touche environ 16 % des femmes. Elle est responsable jusqu'à 40 % des laparoscopies gynécologiques et de 12 à 20 % des hystérectomies.

La DPC est définie comme étant une douleur pelvienne ou sous-ombilicale qui dure depuis plus de six mois, perturbant ainsi les activités quotidiennes.

Comme les causes des DPC sont vastes et que la réponse individuelle à la douleur est très variable, une anamnèse complète et un examen physique détaillé sont essentiels pour trouver ce qui est à l'origine des malaises ressentis par la patiente.

L'anamnèse

La première entrevue, en plus de procurer les réponses au questionnaire médical, permet de valider les symptômes de la patiente et d'établir un lien de confiance. L'anamnèse doit être complète, incluant une revue des systèmes ainsi qu'une description et une chronologie des symptômes de la patiente et de l'impact de la maladie sur sa vie. Une échelle de la douleur peut servir au suivi.

Certains cliniciens préfèrent remettre un questionnaire détaillé à la patiente pour faciliter l'anamnèse. Le questionnaire conçu par la *International Pelvic Pain Society* (www.pelvicpain.org/pdf/FRM_Pain_Questionnaire.pdf) est complet et efficace.

La **Dre Williams** est résidente 5 au département d'obstétrique-gynécologie de l'Université de Montréal et débutera un *fellowship* en oncologie-gynécologie en juillet 2007.

Copyright© Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est prohibée. Les personnes autorisées peuvent télécharger, afficher, visualiser et imprimer un copie pour leur usage personnel

Tableau 1

Causes de douleur pelvienne chronique
(adapté de la SOGC, nº 164)

- **Gynécologiques :** endométriose, endosalpingiose, adénomyose, adhérences pelviennes, infections pelviennes chroniques, kystes ovariens, syndrome de l'ovaire résiduel/restant, douleur post-opératoire, congestion pelvienne, fibromes, vulvodynie.
- **Urologiques :** cystite intersticielle, syndrome urétral, infection urinaire chronique, calculs vésicaux.
- **Gastro-intestinaux :** syndrome du côlon irritable, appendicite chronique, constipation, maladie inflammatoire de l'intestin.
- **Autres :** douleur myofasciale, myalgie/spasmes du plancher pelvien, compression nerveuse, lombalgie, troubles discaux/hernies, dépression, violence physique/sexuelle (précédente ou courante), troubles du sommeil, stress psychologique, abus de substances.

L'investigation

L'examen physique

L'examen physique chez une patiente présentant une DPC n'est pas un examen de routine. Si l'appréhension de la patiente est élevée, il est parfois préférable de remettre l'examen à la visite suivante. La patiente devrait être examinée durant un épisode de douleur pour en tirer le maximum d'information.

La séquence de l'examen peut débuter par une inspection de la démarche et de la posture de la patiente, de son dos (à la recherche de scoliose ou de points douloureux) et de son abdomen (à la recherche de cicatrices, de points sensibles, de spasmes) et se terminer par l'examen gynécologique.

L'examen gynécologique

L'examen de la vulve peut comprendre un dépistage de la vestibulite qui est commune chez les patientes avec une DPC. Par la suite, un examen digital à un doigt peut être effectué pour palper les muscles du plancher pelvien et rechercher une hypertonie ou une hypersensibilité. L'urètre et la base de la vessie sont palpés, ainsi que le col utérin et les ligaments utérosacrés, en recherchant douleur et mobilité.

Les annexes sont ensuite examinées. Si un examen bimanuel peut être effectué, il peut déceler des régions douloureuses sur la paroi abdominale et mieux cerner une masse annexielle.

Un examen rectal devrait être fait si la suspicion d'une pathologie du cul-de-sac de Douglas est présente.

L'examen se termine par une inspection au spéculum (de petite taille) en utilisant une tige montée pour palper le col et les culs-de-sac vaginaux.

Les examens complémentaires

La décision de demander des examens complémentaires est guidée par l'examen physique.

- Une formule sanguine complète, des cultures cervicales et une analyse d'urine peuvent être incluses dans le bilan de base.
- L'échographie endovaginale peut servir à évaluer une masse pelvienne ou une suspicion d'adénomyose, mais ces pathologies peuvent parfois être mieux évaluées par une résonance magnétique.
- Une laparoscopie peut être indiquée lorsqu'une pathologie pelvienne est fortement suspectée, bien que 40 % d'entre elles seront sans particularités.

L'évaluation psychologique

La sphère psychologique devrait être évaluée par un psychologue ou un psychiatre afin d'aborder la perception de la douleur avec la patiente, les impacts sur sa vie personnelle, ses mécanismes d'adaptation, les causes psychologiques d'exacerbation de la douleur et la possibilité d'une pathologie psychologique présente ou passée (dépression, abus). Jusqu'à 50 % des patientes avec une DPC ont une dépression concomitante et/ou des antécédents d'abus physiques ou sexuels.

Les causes gynécologiques de DPC

Plusieurs causes peuvent être à l'origine d'une DPC (tableau 1). Nous nous attarderons essentiellement aux causes gynécologiques. Il faut préciser que la prise en charge d'une femme souffrant d'une DPC devrait être effectuée par une équipe multidisciplinaire pouvant évaluer la sphère gynécologique, urologique, gastro-intestinale, neuromusculaire ainsi que psychologique.

L'endométriose

Présente chez 1 à 7 % des femmes, il s'agit essentiellement de l'endomètre situé à l'extérieur de la cavité endométriale. Cette pathologie peut contribuer à la DPC par un processus inflammatoire.

Plusieurs traitements sont disponibles, dont les contraceptifs oraux en continu, un progestatif en continu, le danazole ou un agoniste de la GnRH avec ou sans anti-inflammatoires. Le traitement chirurgical peut aussi être offert, qu'il soit conservateur (ablation des lésions) ou radical (hystérectomie avec ou sans ovariectomie).

Jusqu'à 50 % des patientes avec une DPC ont une dépression concomittante et/ou des antécédents d'abus physiques ou sexuels.

L'adénomyose

D'étiologie inconnue, l'adénomyose est la présence de glandes endométriales dans le myomètre. Elle peut être suspectée quand l'utérus est augmenté de volume et diffusément globuleux.

Le traitement conservateur peut être tenté avec le danazol ou les agonistes de la GnRH (la progestérone et l'œstrogène peuvent contribuer à la progression des symptômes), mais le traitement définitif est l'hystérectomie.

Les adhérences

Bien que 25 à 50 % des femmes avec une DPC démontrent des adhérences, le lien causal entre les adhérences et la douleur est faible. Un réel bénéfice de l'analyse de ces adhérences a seulement été établi chez les patientes ayant des adhérences denses et vascularisées, incluant le côlon ou l'intestin grêle.

Le syndrome inflammatoire pelvien

Entre 18 à 33 % des femmes vont éprouver une DPC à la suite d'un épisode de syndrome inflammatoire pelvien (SIP), même lorsqu'il est traité par antibiothérapie. L'étiologie exacte de la douleur demeure imprécise.

Les kystes ovariens

La présence de kystes ovariens chroniques cause rarement de la douleur. Par contre, certains cas ont montré une résolution des douleurs pelviennes lors du retrait du kyste.

Le syndrome de l'ovaire résiduel

Chez les femmes ayant subi une hystérectomie avec préservation annexielle, 2,8 % devront se faire réopérer pour retirer les ovaires résiduels en raison de douleur. De celles-ci, environ 3,5 sur 1 000 auront un cancer ovarien.

Le syndrome de l'ovaire restant

Il s'agit de tissu ovarien fonctionnel résiduel après une exérèse intentionnelle des ovaires. Des restants d'ovaires ont été trouvés chez 18 % des femmes ovariectomisées qui souffrent de DPC. Des traitements conservateurs (agonistes de la GnRH) peuvent être tentés avant de passer au traitement chirurgical.

Le syndrome de congestion pelvienne

Environ 38 % des femmes ont des signes radiologiques de congestion ou de varices pelviennes. Par contre, la majorité de ces femmes sont asymptomatiques. Il n'existe aucun traitement prouvé efficace contre la DPC secondaire à la congestion pelvienne.

Les fibromes utérins

Les gros fibromes peuvent entraîner des symptômes de dysménorrhée et de pression pelvienne. La résection hystéroscopique de fibromes sous-muqueux, la myomectomie ou l'hystérectomie peuvent soulager les symptômes. *Clin*

À retenir...

- Une anamnèse complète et un examen physique détaillé sont essentiels pour trouver la clé du diagnostic.
- Lors de l'examen physique, la patiente devrait être examinée durant un épisode de douleur pour en tirer le maximum d'information.
- La prise en charge d'une femme avec une DPC devrait être effectuée par une équipe multidisciplinaire pouvant évaluer la sphère gynécologique, urologique, gastro-intestinale, neuromusculaire ainsi que psychologique.
- En plus d'éduquer ces patientes sur leur condition, une attention particulière doit être accordée à l'obtention d'une qualité de vie acceptable, avec un certain niveau de douleur, au lieu d'une guérison complète.

L'aide d'aujourd'hui.
L'espoir de demain.
Société Alzheimer