

Les douleurs pelviennes chroniques



Généralités

- Modes de recrutement
 - DP aiguës = par le biais des urgences
 - DP chroniques (DPC) = cs programmée ⇨ motif fréquent de consultation
 - 10% des motifs de consultation en gynécologie
 - 10 à 15% des interventions gynécologiques
- Définition :
 - DPC = DP évoluant depuis plus de 3 à 6 mois
 - 6 mois +++ car les DP régressent spontanément dans ~ 60% des cas en 6 mois
 - On exclue de ce cadre, les douleurs périnéales et de la paroi abdomino-pelvienne
- Etiologies :
 - Multiples : gynécologiques et extra-gynécologiques
- Causes gynécologiques :
 - DPC cycliques (EPP, adénomyose...)
 - DPC non cycliques, spontanées ou provoquées (EPP...)

Démarche diagnostique

- Démarche diagnostique difficile car :
 - nombre important de pathologies
 - origine psychogène possible
- L'examen clinique reste le 1^e temps (interrogatoire +++ car examen physique souvent normal)
- Examens complémentaires :
 - Echographie pelvienne est généralement le 1^{er} examen d'imagerie à réaliser
Mais **faible sensibilité dans le bilan de DPC**
 - IRM pelvienne = examen de 2^e intention
Très performante pour la plupart des pathologies gynécologiques (endométriose +++)
 - Autres examens complémentaires : scanner...
 - La coéloscopie est exceptionnellement réalisée dans un but diagnostic
- Etiologies
 - Ne concernent pas seulement l'appareil génital (causes extra-gynécologiques)
 - **Causes gynécologiques :**
 - Causes évidentes : endométriose...
 - Causes « discutables » : rétroversion utérine...



Endométriose pelvienne

- Définition = histologique :
 - présence de tissu endométrial fonctionnel en dehors de la cavité utérine (endomètre ectopique)
 - maladie chronique et récidivante
 - **traitement uniquement :**
 - **si retentissement fonctionnel (douleur et/ou infertilité)**
 - **ou lorsqu'elle entraîne une altération de fonctionnement d'un organe**
- 3 types de localisations :
 1. Endométriose superficielle (la plus fréquente)
 2. Endométriose ovarienne ou endométriome ovarien
 3. Endométriose profonde

Physiopathologie de l'endométriose

- Physiopathogénie mal connue
- 3 théories sont évoquées :
- **Théorie de la transplantation**

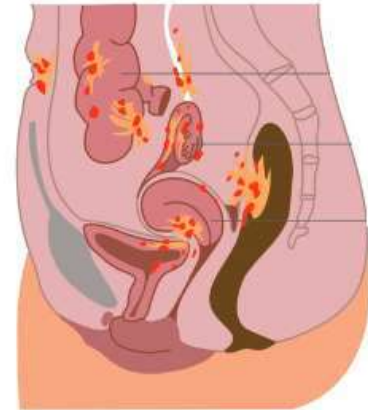
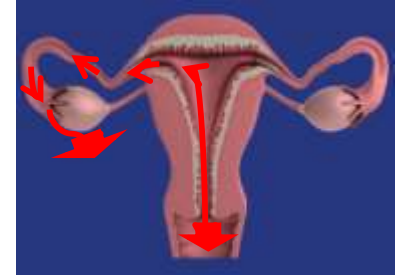
- La plus logique
- les menstruations rétrogrades ⇒ le sang et les cellules endométriales dans la cavité pelvienne
⇒ greffe ⇒ endométriose
- ! Problème : phénomène présent chez presque toutes les femmes
- D'autres facteurs interviennent probablement (génétiques, environnementaux...)

- **Théorie de la métaplasie**

- La transformation d'un tissu normal en un autre tissu (péritoine ⇒ endomètre)
- Intervention probable d'autres facteurs (génétiques...)

- **Théorie de la dissémination**

- Par voie vasculaire ou lymphatique des cellules endométriales (endométriose ombilicale...)



Endométriose pelvienne

- **30% des DPC sont liées à une endométriose**

= Principale cause gynécologique de DPC organiques

- Concerne 10% des femmes en âge de procréer

- 90% sont asymptomatiques ou sont atteintes d'une forme minime

- Concernant l'EPP symptomatique :

- 70% des patientes consultent pour DPC
- 30% pour infertilité

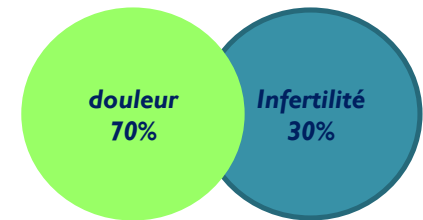
- Physiopathogénie de la DPC dans l'endométriose

C'est une douleur d'origine inflammatoire

Menstruations ⇒ réaction inflammatoire ⇒ douleurs cycliques ⇒ adhérences



douleurs neuropathiques ⇐ atteinte neurologique ⇐ douleurs chroniques ⇐ cicatrices fibreuses



Endométriose superficielle et ovarienne

- **Endométriose superficielle**

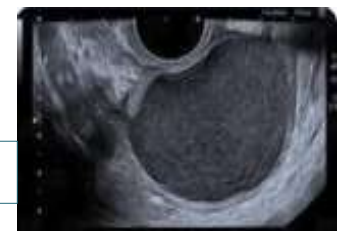
- représente ~ 70% des endométrioses
- touche uniquement le péritoine (lésions non infiltrantes)
- généralement peu ou pas symptomatique
- diagnostic radiologique difficile (IRM peu sensible)

- **Endométriose ovarienne**

- peu douloureuse si isolée
- kyste unilatéral, bilatéral ou multiples
- lésion de taille variable (implants de qq mm \Rightarrow kystes de plus de 10 cm)
- peut s'inscrire dans un tableau d'endométriose diffuse



IRM : Endométriome ovarien



Echo : Endométriome ovarien

Endométriose pelvienne profonde

- Le tissu endométrial infiltre le tissu sous péritonéal > 5 mm
- Les lésions intéressent :

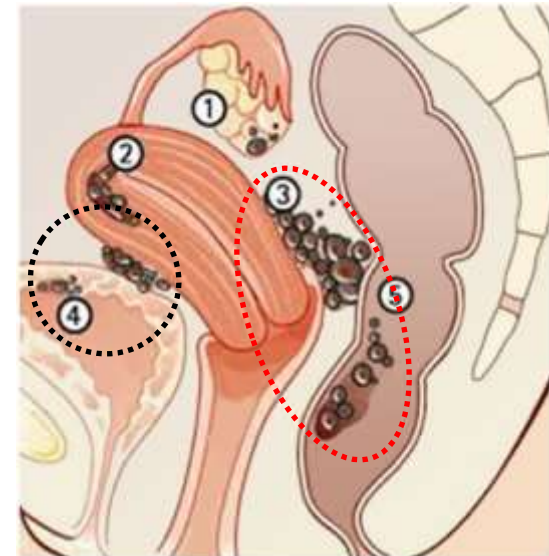
I. Espace sous-péritonéal postérieur

- plus de 90% des cas +++
- **C'est la localisation d'endométriose la plus bruyante**
- Les lésions se développent à partir du CDS de Douglas et peuvent toucher :
 - la face postérieure de l'utérus (torus utérin)
 - le vagin, les LUS, le rectum et le sigmoïde

2. Espace sous péritonéal antérieur (vésico-utérin)

- plus rare
- lésions du cul de sac vésico-utérin et pouvant s'étendre à la vessie

3. Autres territoires : appendice, diaphragme, ombilic...



Endométriose pelvienne profonde

Diagnostic

- Principaux symptômes évocateurs de l'EPP (« les 5 D ») :
 - DP non cycliques
 - Dysménorrhées (intenses et souvent résistantes aux antalgiques de palier 1)
 - Dyspareunies profondes
 - Dyschésie à recrudescence cataméniale
 - Dysurie à recrudescence cataméniale
 - Infertilité dans 30% des cas



- Examen gynécologique (si possible) :
 - Au spéculum : lésions bleutées du CDS vaginal postérieur
 - Palpation d'un nodule au niveau du CDS de Douglas
 - Douleur à la mise en tension des LUS
 - Utérus rétroversé

Endométriose pelvienne profonde

Diagnostic

Examens complémentaires

- Echographie pelvienne : examen de 1^{ère} intention
- IRM pelvienne :
 - **examen de référence**
 - diagnostic + bilan d'extension
 - **Pas toujours de corrélation entre l'étendue des lésions et les symptômes**
- Autres examens : colo-scanner, uro-scanner, cystoscopie...
- Pas de dosage biologique



Dépistage :

- **Pas d'indication systématique**
- **Endotest® (Ziwig Endotest®) :**
 - Test salivaire de dépistage d'endométriose
 - Sensibilité rapportée de 97% et spécificité de 100%

Endométriose pelvienne profonde

Traitement

- Objectifs :
 - **soulager la douleur**
 - éventuellement limiter l'évolution de la maladie (en post opératoire +++)
- Principes généraux :
 - 2 traitements : médical et chirurgical
 - **Le traitement de l'endométriose est avant tout médical :**
 - tt hormonal si pas de projet de grossesse
 - efficacité et tolérance à contrôler 3 à 6 mois après l'instauration
 - Evolution :
 - données non en faveur d'une progression systématique au fil du temps
 - donc, en l'absence de symptômes, pas de surveillance systématique par imagerie
 - **Prise en charge non médicamenteuse (yoga, sophrologie...) et psychologique +++**



Endométriose pelvienne profonde

Traitement hormonal

- Maladie hormonale œstrogéno-dépendante :
 - Le tt hormonal doit donc bloquer la sécrétion ovarienne d'œstrogène
 - ⇒ **aménorrhée**
 - « Moins une endométriosique a des règles, mieux elle se porte »
 - « Moins les ovaires fonctionnent, moins les lésions évoluent »
- Tous les traitements hormonaux proposés
 - peuvent entraîner une aménorrhée
 - sont contraceptifs
 - **donc contre-indiqués si désir de grossesse**
- 2017 : Recommandations HAS et CNGOF sur le tt médical de l'endométriose



Endométriose pelvienne profonde

Traitement hormonal

Traitement hormonal de 1^{ère} intention

1. Les COP

- bonne tolérance
- proposer un schéma continu ou étendu (cycles longs) en cas de spottings récidivants
- schéma discontinu généralement peu efficace

2. Stérilet hormonal (progestatif)



Endométriose pelvienne profonde

Traitement hormonal

Traitement hormonal de 2^e intention

- Microprogestatif
- Implant progestatif
- Dienogest :
 - C'est un progestatif
 - Réduit la production naturelle d'oestradiol
 - AMM : tt de l'endométriose
 - Commercialisé sous 3 noms : **Sawis®**, **Dimetrum®** et **Endoleva®**
- Les analogues de la GnRH :
 - doivent être associées à une « *add back therapy* » (THM)
 - durée du tt limitée à 1 an
 - efficacité constante sur les douleurs
 - **C'est le traitement le plus efficace de l'endométriose**



Endométriose pelvienne profonde

Traitement non hormonal et chirurgical

- Traitement non hormonal
 - AINS et autres antalgiques
 - Traitement non médical
 - Pour améliorer la qualité de vie des patientes
 - hygiène alimentaire, yoga, homéopathie, phytothérapie...
- Traitement chirurgical
 - **concerne une minorité des patientes**
 - préférentiellement effectuée par cœlioscopie (conventionnelle ou robot assistée)
 - Schématiquement, la chirurgie peut être proposée :
 - **Si DPC persistantes, malgré un tt médical bien conduit**
 - **Si risque pour les organes atteints (risque d'occlusion, urétéro-hydronephrose...)**
 - Volumineux kyste ovarien
 - Dans certains cas d'infertilité

La dysménorrhée primaire

- **Epidémiologie :**

- Adolescentes +++
- ~ 50 à 70% d'adolescentes ont des dysménorrhées régulièrement ou occasionnellement
- 15 à 20% d'entre elles doivent limiter leur activité

- **Physiopathogénie :**

- Troubles de la contractilité du myomètre (hypercontractilité)
 - ⇒ vasoconstriction ⇒ hypoxie tissulaire
- Production excessive de prostaglandines locales



- **Sémiologie :**

- Installation progressive au cours des 2 années suivant la ménarche
- Récidive à chaque cycle
- Intensité très variable (gêne → → → douleur aiguë → → absentéisme scolaire...)
- Parfois autres manifestations : malaises, nausées, troubles intestinaux, migraines... (Sd prémenstruel)
- **Examen clinique gynécologique généralement inutile sauf si très intenses et se majorant à chaque cycle (→ suspecter une malformation utéro-vaginale)**

La dysménorrhée primaire

Traitement

- Tenir compte de :
 - l'intensité des douleurs
 - troubles de règles éventuellement associés
 - besoin éventuel d'une contraception
- 3 principales classes thérapeutiques

1. Les AINS :

- Agissent grâce à leur action antiprostaglandine
- **Certains AINS ont l'AMM : dysménorrhées**

2. Les COP

- réduisent la sécrétion de prostaglandines (en atrophiant l'endomètre)
- **C'est la meilleure solution**



La dysménorrhée primaire

Traitement

3. Les progestatifs :

- diminuent la sécrétion de prostaglandines (atrophie de l'endomètre)
- diminuent la contractilité utérine
- **La progestérone naturelle**
 - 16^e - 25^e jour du cycle chez l'adolescente avec des cycles irréguliers
Duphaston® ou Utrogestan® 200mg
- **Les microprogestatifs**
- ! aux macroprogestatifs (risque de méningiomes cérébraux)

• Autres traitements :

- Antalgiques simples type paracétamol
- les antispasmodiques (Spasfon®), ! Faible efficacité
- tt non médicamenteux (acupuncture, sophrologie, yoga...)



La dysménorrhée primaire

Traitement

- Au total, on proposera :
 - En 1^{ère} intention : antalgique + antispasmodique + AINS
 - En cas d'échec : COP ou progestatif seul ou associé à la 1^{ère} ligne

DCI	Nom commercial (médicament référent)
Ibuprofène	
Acide méfénamique	PONSTYL®
Flurbiprofène	ANTADYS® CEBUTID®
Acide tiaprofénique	SURGAM®
Diclofénac	VOLTARENE®
Naproxène	NAPROSYNE® APRANAX®

- Examens complémentaires (HAS 2017)

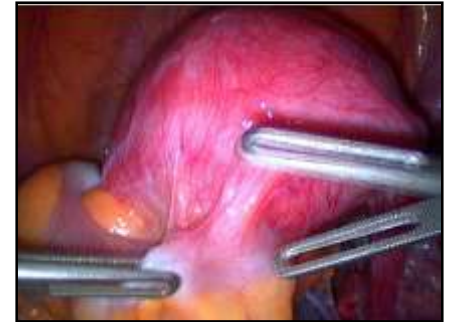
« il n'y a pas lieu de rechercher une endométriose en cas de dysménorrhée isolée et contrôlée par un traitement hormonal, sans autre symptôme douloureux ni souhait de grossesse immédiat »

Douleurs pelviennes chroniques

Autres causes « évidentes »

- Les adhérences

- Peuvent concerner les organes génitaux ou le tube digestif
- Peuvent être secondaires à une IGH, la chirurgie ou l'EPP
- le tt chirurgical est peu efficace



- IGH « chronique »

- Les DPC 2^e aux séquelles
- adhérences, hydrosalpinx, aux pseudo-kystes péritonéaux,...

- Toutes les autres pathologies gynécologiques...(fibromes, adénomyose...)

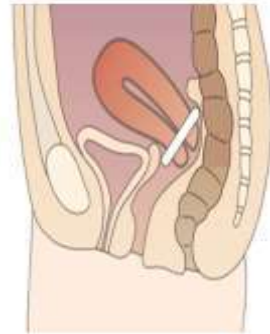
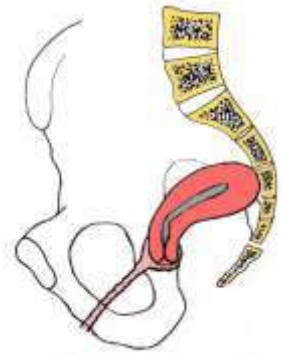
- Souvent DPC non cycliques (sauf l'adénomyose)
- Symptômes associés : métrorragies +++
- DPC isolées révèlent rarement un cancer gynécologique



Douleurs pelviennes chroniques

Causes « discutables »

- **Rétroversion utérine**
 - Utérus physiologiquement rétroversé chez 25% des femmes
 - Pour certains, elle peut expliquer les DPC
- **Syndrome de Master et Allen**
 - 2^e à un accouchement traumatique
 - Test au pessaire = test thérapeutique
- **Syndrome de congestion pelvienne (varices pelviennes)**
 - caractérisé par des DPC prémenstruelles ou positionnelles
 - entité mal définie et discutable car varices pelviennes fréquentes chez les multipares
- **Douleurs d'origine psychogène**
 - Diagnostic d'élimination
 - À évoquer si :
 - Échec d'une démarche diagnostique et thérapeutique bien conduite
 - Multiples consultations, examens complémentaires et parfois interventions chir...
 - Contexte de nomadisme médical +++



Conclusion

- Les causes présumées des DPC sont très nombreuses et parfois intriquées
- Les DPC peuvent être d'origine :
 - gynécologique,
 - extra-gynécologique (digestive, urinaire, ostéo-articulaire...)
 - ou psychogène (diagnostic d'élimination)
- La prise en charge diagnostique est réalisée au cas par cas :
 - L'examen clinique et l'échographie pelvienne sont recommandés en 1^{ère} intention
 - L'IRM pelvienne est l'examen par excellence de 2^e intention

Conclusion

- En présence de pathologies « évidentes » (endométriose, adénomyose...)
 - tt de la cause
 - tt de la douleur elle-même
- En présence de pathologies « moins évidentes » (rétroversion utérine, Sd Master et Allen, varices pelvienne...)
La prise en charge doit prendre en compte :
 - Le contexte global
 - Prise en charge multidisciplinaire +++
- ! Guérison ou amélioration possible à long terme, dans un grand nombre des cas, avec ou sans cause retrouvée

