

Directive clinique de consensus pour la prise en charge de la douleur pelvienne chronique

La présente directive clinique a été élaborée par le groupe de travail sur la douleur pelvienne chronique et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

John F. Jarrell, MD, FRCSC, MSc, CSPQ, Calgary (Alb.)
George A. Vilos, BSc, MD, FRCSC, FACOG, FSOGC, London (Ont.)

CO-AUTEURS ET COMITÉ SUR LA DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE

Catherine Allaire, MD CM, FRCSC, Vancouver (C.-B.)
Susan Burgess, MA, MD, CCFP, FCFP, Vancouver (C.-B.)
Claude Fortin, MD, CSPQ, FRCSC, FACOG, Montréal (Québec)
Robert Gerwin, MD, FAANCS, Baltimore (MD)
Louise Lapensée, MD, FRCSC, Montréal (Québec)
Robert H. Lea, MD, FRCSC, Halifax (N.-É.)
Nicholas A. Leyland, BSc, MD, FRCSC, FSOGC, Toronto (Ont.)
Paul Martyn, MB BS (Hons), FRCOG, FRCSC, Calgary (Alb.)
Hassan Shenassa, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)
Paul Taenzer, PhD, CPsych, Calgary (Alb.)

AUTEUR COLLABORATEUR

Basim Abu-Rafea, MD, FRCSC, London (Ont.)

Résumé

Objectif : Améliorer la compréhension de la douleur pelvienne chronique (DPC) et fournir des directives cliniques factuelles qui bénéficieront aux fournisseurs de soins de santé primaires, aux obstétriciens-gynécologues et aux spécialistes de la douleur chronique.

Fardeau de la souffrance : La DPC est une pathologie débilissante courante qui affecte les femmes. Elle est à l'origine d'importantes

Mots clés : pelvic pain, myofascial pain syndromes, endometriosis, endosalpingiosis, adenomyosis, pelvic peritoneal defects, pelvic inflammatory disease, adhesions, ovarian cysts, residual ovary syndrome, ovarian remnant syndrome, pelvic congestion syndrome, hysterectomy, uterine fibroids, adnexal torsion, diagnostic imaging, laparoscopy, hormonal treatment, complementary therapies

souffrances personnelles et de dépenses de santé considérables associées aux interventions, dont de multiples consultations et un grand nombre de traitements médicaux et chirurgicaux. Puisque la pathophysiologie sous-jacente de cet état pathologique complexe est mal comprise, ces traitements n'ont obtenu que des taux de réussite variables.

Issues : Efficacité des options diagnostiques et thérapeutiques (y compris l'évaluation du dysfonctionnement myofascial); soins multidisciplinaires; un modèle de réadaptation mettant l'accent sur l'obtention d'un fonctionnement supérieur malgré la présence d'une certaine douleur (plutôt que de chercher à obtenir une guérison totale); et utilisation appropriée des opiacés pour le soulagement de la douleur chronique.

Preuves : Des recherches ont été menées dans Medline et la base de données Cochrane en vue d'en tirer les articles de langue anglaise, publiés entre 1982 et 2004, portant sur des sujets liés à la DPC, dont la gestion des soins actifs, le dysfonctionnement myofascial et les options thérapeutiques médicales et chirurgicales. Les membres du comité ont analysé la littérature pertinente, ainsi que les données disponibles tirées d'une évaluation des besoins des personnes présentant une DPC; ils ont fait appel à une approche de consensus pour l'élaboration des recommandations.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Les recommandations visant la pratique ont été classées conformément à la méthode décrite dans ce rapport. (Tableau 1)

Recommandations : Les recommandations visent ce qui suit : (a) compréhension des besoins des femmes présentant une DPC; (b) évaluation clinique générale; (c) évaluation pratique des niveaux de douleur; (d) douleur myofasciale; (e) médicaments et interventions chirurgicales; (f) principes de la gestion des opiacés; (g) utilisation accrue de l'imagerie par résonance magnétique (IRM); (h) documentation de l'étendue de la maladie constatée au moyen de la chirurgie; (i) thérapies non conventionnelles; (j) accès à des modèles de soins multidisciplinaires faisant appel à des composantes de physiothérapie (comme l'exercice et la posture) et de psychologie (comme la thérapie cognitivo-comportementale), conjointement avec d'autres disciplines médicales, telles que la gynécologie et l'anesthésie; (k) attention accrue portée à la DPC dans la formation des professionnels de la santé; et (l) attention accrue portée à la DPC dans le domaine des recherches officielles et de haut calibre. Le comité recommande que les ministères provinciaux de la Santé prennent des mesures en faveur de la création d'équipes

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

multidisciplinaires pouvant assurer la prise en charge de cette pathologie.

Chapitre 2 : Portée et définition de la douleur pelvienne chronique

1. En raison de la nature complexe et de l'évolution multifactorielle de son état courant, la DPC devrait être de plus en plus incorporée aux programmes de formation des professionnels de la santé (étudiants de médecine, résidents, infirmières, physiothérapeutes, spécialistes). (III-B)

Chapitre 3 : Anamnèse, examen physique et évaluation psychologique

1. Une anamnèse exhaustive (qui favorise la confiance entre le fournisseur de soins et la patiente) et un examen physique centré sur la douleur devraient faire partie de l'évaluation complète de la patiente présentant une DPC. (III-B)
2. La mesure clinique du degré de douleur devrait être effectuée dans le cadre de chacune des consultations ayant pour objet la DPC. (II-B)
3. Deux questions simples et efficaces peuvent être posées à la patiente : « Selon une échelle allant de 0 à 10 (0 représentant l'absence de douleur et 10 représentant la pire douleur imaginable), comment évalueriez-vous votre douleur aujourd'hui et comment évalueriez-vous la douleur que vous ressentiez il y a deux semaines? ». Il est important de fournir une situation de référence (telle que « une douleur si intense qu'il vous est impossible de prendre soin de vos enfants, lesquels font à ce moment face à un danger imminent ») pour illustrer la valeur 10. (II-B)
4. L'examen physique peut être mené de façon différente pour ces patientes, soit en accordant une attention particulière à chacune des structures pelviennes, et ce, en vue de faciliter la différenciation des sources de douleur. Le dépistage d'une région focale de sensibilité peut contribuer à la détermination du traitement indiqué. (II-B)
5. En raison de la prévalence élevée des problèmes coexistants (problèmes de santé mentale et autres problèmes psychologiques importants) et des séquelles de la DPC, les gynécologues et les omnipraticiens devraient intégrer, à leur pratique habituelle, le dépistage du syndrome de douleur chronique chez leurs patientes et orienter celles-ci vers des ressources appropriées, le cas échéant. (II-2A)
6. L'accès à la prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique devrait être assuré, pour les femmes présentant une DPC, au sein du système public de soins de santé dans chacune des provinces et chacun des territoires du Canada. (III-B)

Chapitre 4 : Explorations

1. La laparoscopie assistée par la patiente devrait faire l'objet d'essais cliniques. (III-C)

Chapitre 5 : Sources de douleur pelvienne chronique

1. Le recours à l'hystérectomie (avec conservation des ovaires) pour la prise en charge de l'endométriose ou de l'adénomyose peut

s'avérer une solution de rechange acceptable. La patiente devrait être avisée des conséquences possibles (syndrome de l'ovaire résiduel, douleur persistante et réactivation de l'endométriose) d'une telle intervention. (II-2A)

2. La décision d'avoir recours à la kystectomie ovarienne, plutôt qu'à l'ovariectomie, devrait être personnalisée, en fonction de l'âge et des souhaits de la patiente, des questions entourant la fertilité et de la faisabilité chirurgicale. (II-3B)
3. La prise en charge des fibromes utérins symptomatiques devrait respecter les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (II-3B)
4. La prise en charge de la torsion annexielle devrait être déterminée en fonction de l'âge et des souhaits de la patiente, des questions entourant la fertilité et de la faisabilité chirurgicale. (II-3B)
5. Puisque, en présence d'une hormonothérapie substitutive (HTS), le taux de récurrence de l'endométriose chez les femmes qui subissent une hystérectomie accompagnée d'une salpingo-ovariectomie bilatérale (SOB) est très faible, l'HTS ne devrait pas être contre-indiquée. (I-B)
6. Chez les femmes dont l'utérus est intact, lorsqu'une hystérectomie totale n'a pu être effectuée en raison de difficultés techniques, la récurrence de l'endométriose entraîne la contre-indication du recours à l'HTS. (I-B)
7. En présence de symptômes graves et face à l'échec des autres traitements, le recours à l'hystérectomie peut s'avérer indiqué lorsque le maintien de la fertilité n'est plus souhaité. (I-B)
8. Les anomalies (poches) péritonéales pelviennes sont fréquemment associées à l'endométriose et devraient faire l'objet d'une prise en charge chirurgicale. (II-B)
9. L'endosalpingiose constitue un résultat histologique accessoire et ne semble pas nécessiter une prise en charge particulière. (II-2B)
10. Les résultats actuels ne soutiennent pas l'exécution systématique d'une adhésiolyse en présence d'une douleur pelvienne chronique. Cependant, le recours à la laparoscopie diagnostique demeure utile. (I-B)

Chapitre 6 : Causes urologiques et gastro-intestinales de la douleur pelvienne chronique

1. Le recours à la cystoscopie effectuée par des spécialistes formés, avec ou sans laparoscopie diagnostique, devrait être envisagé lorsque l'on soupçonne la présence d'une cystite interstitielle (CI). (III-B)
2. Les femmes présentant une douleur pelvienne chronique nécessitent une évaluation gynécologique, urologique, gastro-entérologique et psychologique détaillée. Une évaluation appropriée peut mener à l'adoption d'un traitement optimal et à la diminution du nombre d'interventions inutiles. (III-B)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 27, n° 8, 2005, p. 802-826

CHAPITRE 1 : ASPECTS PHYSIOLOGIQUES DE LA DOULEUR CHRONIQUE

John F. Jarrell, MD, FRCSC

Calgary (Alb.)

Bien que la présente déclaration de consensus ne puisse offrir un résumé complet des aspects physiologiques de la douleur, les membres du groupe de consensus ont tout de même cru bon d'y inclure un bref résumé sur le sujet, particulièrement en ce qui concerne la douleur chronique. Des références supplémentaires sont offertes¹⁻⁴.

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

La sensation de douleur débute par la stimulation d'un nocicepteur (ou terminaison nerveuse) et l'activation d'un nerf sensitif qui en résulte. Un signal chemine au travers des

Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et classification des recommandations

Niveaux des résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique⁹.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique⁹.

fibres A delta légèrement myélinisées, lesquelles sont responsables de l'appréciation du froid et des stimuli mécaniques à l'origine des douleurs vives et rapides, et de la sensation de picotement. Les fibres C, lesquelles sont associées aux stimuli mécaniques et thermiques et sont responsables de la transmission de la douleur chaude, s'en trouvent également stimulées. Des corps spécialisés sont responsables de l'appréciation de la texture (corpuscules de Meissner), de la vibration, du chatouillement et de la pression profonde (corpuscules de Pacini) et de la proprioception (corpuscules de Ruffini). Les nerfs périphériques font appel au L-glutamate, à la substance P et au peptide lié au gène de la calcitonine à titre de neurotransmetteurs. La libération d'agents chimiques (tels que le potassium, la bradykinine et l'acide arachidonique) par des processus inflammatoires constitue une source endogène de sensations de douleur.

La thérapie visant les nerfs périphériques fait appel à des inhibiteurs de prostaglandine (tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'acide acétylsalicylique) et à des perturbateurs de l'activité des canaux sodiques (tels que la carbamazépine)².

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Les stimuli qui cherchent à atteindre la moelle épinière cheminent au travers des racines postérieures de cette

dernière, lesquelles renferment le noyau des nerfs sensitifs (tant du corps que des viscères). Ces nerfs transmettent les stimuli au faisceau spinothalamique de la moelle épinière, par l'intermédiaire d'une importante synapse régie par un réseau complexe de messages neurotransmetteurs qui mettent en jeu le récepteur N-méthyl D-aspartate (NMDA)^{5,6}.

Lorsque les stimuli cheminant par les nerfs sensitifs deviennent très intenses, un processus d'emballement appelé « *winding up* » peut apparaître et générer une grande activité électrique au sein de ce récepteur^{7,8}. La génération de signaux inhibiteurs (qui cheminent au travers de la moelle épinière pour prévenir certaines actions inappropriées) constitue l'un des principaux rôles du cerveau en matière de réaction à la douleur. Le processus de « *winding up* » peut nuire à certaines de ces impulsions inhibitrices. Une dispersion plus diffuse du message au sein de la moelle épinière (de façon telle que le sujet ressent de la douleur en provenance de plusieurs dermatomes et non pas seulement de celui à l'origine du signal) constitue un autre phénomène pouvant survenir. Un signal de douleur d'une durée accrue est à l'origine de la plasticité synaptique, soit l'altération permanente de la fonction neuronale au sein de la moelle épinière qui entraîne l'allodynie (douleur provoquée par des stimuli qui ne sont normalement pas

douloureux), l'hyperalgie (sensibilité excessive à la douleur) et d'autres types de douleur inappropriée.

THÉRAPIE

La thérapie, au niveau de la moelle épinière, vise le récepteur NMDA. Les neuroleptiques d'un genre nouveau, comme le gabapentine, inhibent la stimulation excessive des neurones secondaires au sein de la moelle épinière, tout comme la carbamazépine, la phénytoïne et le clonazépam. La modulation des récepteurs alpha de l'acide gamma-aminobutyrique peut être inhibée par la stimulation électrique.

La thérapie visant les processus de l'inhibition centrale comprend l'utilisation d'opiacés qui agissent sur les cornes postérieures de la moelle épinière, ainsi que celle d'agents qui intensifient l'inhibition du recaptage de la sérotonine, ce qui accroît la disponibilité de cette dernière (paroxétine et amitriptyline). Il s'agit là d'un domaine connaissant d'intenses activités de recherche.

CHAPITRE 2 : PORTÉE ET DÉFINITION DE LA DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE

Catherine Allaire, MD CM, FRCSC

Vancouver (C.-B.)

PORTÉE

La douleur pelvienne chronique (DPC) chez les femmes est l'un des problèmes les plus courants et les plus difficiles auxquels les fournisseurs de soins de santé ont à faire face. La DPC est à l'origine d'environ une consultation externe en gynécologie sur 10; de plus, il est estimé qu'elle constitue l'indication de 15 % à 40 % des laparoscopies et de 12 % des hystérectomies aux États-Unis¹. L'incidence et la prévalence réelles (ainsi que les effets socioéconomiques) du problème sont inconnues. Dans le cadre d'un sondage Gallup s'étant adressé à 5 325 Américaines, 16 % des répondantes ont signalé qu'elles connaissaient des problèmes liés à la douleur pelvienne. En raison de la DPC, 11 % de celles-ci ont affirmé que leurs activités domestiques s'en trouvaient limitées; 11,9 %, que leurs activités sexuelles s'en trouvaient limitées; 15,8 %, qu'elles prenaient des médicaments pour contrer leur douleur; et 3,9 %, qu'elles s'absentaient du travail au moins une journée par mois².

DÉFINITION

Bien que diverses définitions de la DPC aient été utilisées, la plupart des chercheurs estiment que la douleur doit être d'une durée minimale de six mois pour être définie comme étant chronique. Toutefois, en raison du délai avant la

RÉFÉRENCES

1. Steege JF, stout AL, somkuti SG. « chronic pelvic pain in women: toward an integrative model », *Obstet Gynecol Surv*, vol. 48, 1993, p. 95-110.
2. Benson TJ. « Neuropathic pain », dans : Steege JF, Metzger DA, Levy BS, éditeurs. *Chronic Pelvic Pain*, Philadelphie : W.B. Saunders Company, 1998, p. 241-50.
3. Glorioso JC, Mata M, Fink DJ. « Gene therapy for chronic pain », *Curr Opin Mol Ther*, vol. 5, 2003, p. 483-8.
4. Wilson SP, Yeomans DC, Bender MA, Lu Y, Goins WF, Glorioso JC. « Antihyperalgesic effects of infection with a preproenkephalin-encoding herpes virus », *Proc Natl Acad Sci U S A*, vol. 96, 1999, p. 3211-6.
5. Finegold AA, Perez FM, Iadarola MJ. « In vivo control of NMDA receptor transcript level in motoneurons by viral transduction of a short antisense gene », *Brain Res Mol Brain Res*, vol. 90, 2001, p. 17-25.
6. Finegold AA, Mannes AJ, Iadarola MJ. « A paracrine paradigm for in vivo gene therapy in the central nervous system: treatment of chronic pain », *Hum Gene Ther*, vol. 10, 1999, p. 1251-7.
7. Constandil L, Pelissier T, Soto-Myoano R, Mondaca M, Saez H, Laurido C et coll. « Interleukin-1 beta increases spinal cord wind-up activity in normal but not in monoarthritic rats », *Neurosci Lett*, vol. 342, 2003, p. 139-42.
8. Laurido C, Hernandez A, Constandil L, Pelissier T. « Nitric oxide synthase and soluble guanylate cyclase are involved in spinal cord wind-up activity of monoarthritic, but not of normal rats », *Neurosci Lett*, vol. 352, 2003, p. 64-6.
9. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. *Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique*, Ottawa (Ont.), Groupe Communication Canada Inc., 1994, p. xxxvii.

demande d'aide et l'obtention des orientations appropriées, nous avons constaté une tendance quant à l'utilisation d'une durée de trois mois au lieu de six. Quoi qu'il en soit, ces lignes de démarcation demeurent arbitraires et ne bénéficient pas d'une validation empirique.

Le syndrome de douleur chronique englobe habituellement les caractéristiques cliniques suivantes³ :

- Durée d'au moins six mois
- La plupart des traitements n'offrent qu'un soulagement incomplet
- Fonctionnement nettement compromis à la maison ou au travail
- Symptômes de dépression, tels que le fait de se réveiller tôt, la perte de poids ou l'anorexie
- Altération des rôles familiaux

La réaction à la douleur chronique varie énormément d'une personne à l'autre. Certaines femmes présentant une DPC souffrent pendant bien plus de six mois sans afficher les modifications affectives et comportementales propres à un syndrome de douleur chronique, tandis que d'autres présentent un syndrome de douleur chronique avéré plutôt rapidement. Voilà qui rend bien compte de la complexité du

Tableau 2.1 Causes courantes de la douleur pelvienne chronique et pathologies coexistantes courantes

Gynécologiques	Urologiques	Gastro-intestinales	Musculosquelettiques	Psychologiques
Endométriose	Cystite interstitielle	Syndrome du côlon irritable	Douleur myofasciale (zones gâchettes)	Dépression
Endosalpingiose	Syndrome urétral	Appendicite chronique	Myalgie et spasmes du plancher pelvien	Violence physique ou sexuelle (précédente ou courante)
Adénomyose	Infection urinaire chronique	Constipation	Syndromes de compression chronique des nerfs (<i>nerve entrapment</i>)	Troubles du sommeil
Adhérences pelviennes	Calculs vésicaux	Maladie intestinale inflammatoire	Lombalgie mécanique	Stress psychologique (matrimonial, professionnel)
Infections pelviennes chroniques			Troubles discaux	Abus de substances intoxicantes (alcool, narcotiques, autres drogues)
Kystes ovariens			Hernies	
Syndrome de l'ovaire résiduel				
Syndrome de l'ovaire restant				
Douleur post-hystérectomie				
Syndrome de congestion pelvienne				
Fibromes				
Vulvodynie*				

*Non traitée dans le cadre de la présente directive clinique de consensus.

problème et de la multitude des facteurs contributifs. Lorsque des facteurs physiques et psychologiques en interaction se manifestent tôt dans le cadre de l'évolution clinique d'un problème lié à la douleur, la détermination des relations de cause à effet peut s'avérer difficile. Qui plus est, l'intensité de la douleur n'est souvent pas proportionnelle aux lésions des tissus. En présence de multiples facteurs, la prise en charge de seulement certains d'entre eux mène inévitablement à un soulagement incomplet et à de la frustration, tant pour le patient que pour le clinicien.

CAUSES

La DPC compte de nombreuses causes reconnues; le Tableau 2.1 dresse la liste de celles qui sont courantes. Bien que bon nombre de pathologies gynécologiques (adhérences, endométriose, etc.) connaissent une fréquence accrue chez les femmes présentant une DPC, l'apparition d'un syndrome de douleur chronique est souvent multifactorielle. L'évaluation clinique se doit donc d'être exhaustive des points de vue médical, chirurgical et psychologique. Les modifications organiques et physiologiques qui affectent les voies reproductives, les

viscères environnantes et le système musculosquelettique peuvent coexister et doivent être reconnues. De plus, la dépression, les troubles du sommeil et le dysfonctionnement sexuel s'immiscent souvent dans le tableau clinique et compliquent la prise en charge du problème. Par exemple, il est possible qu'une patiente connaisse d'abord de la douleur et une dyspareunie profonde attribuables à l'endométriose, pour ensuite présenter un vaginisme et une vestibulite secondaires, des zones gâchettes abdominales et des symptômes de côlon irritable, et enfin se laisser gagner par la dépression et présenter une limitation fonctionnelle. Toutes ces composantes de la douleur de la patiente doivent être prises en charge de façon concomitante. Si les symptômes de douleur initiaux avaient été pris en charge de façon adéquate, le problème de la patiente en question pourrait ne pas avoir dégénéré en syndrome de douleur chronique.

Le modèle intégré de Steege⁴ constitue un modèle utile pour la compréhension de la DPC qui englobe les éléments suivants :

- Événements biologiques suffisants pour permettre le déclenchement de la nociception

- Altérations du mode de vie et des relations avec le temps
 - Troubles anxieux et affectifs
 - Interaction circulaire (« cercle vicieux ») de ces éléments
- Certains résultats indiquent que l'approche multidisciplinaire envers la prise en charge de ce problème (reportez-vous au Chapitre 11, lequel apparaîtra dans le numéro de septembre) s'avère la plus efficace.

Recommandation

En raison de la nature complexe et de l'évolution multifactorielle de son état courant, la DPC devrait être de plus en plus incorporée aux programmes de formation des

professionnels de la santé (étudiants de médecine, résidents, infirmières, physiothérapeutes, spécialistes). (III-B)

RÉFÉRENCES

1. Reiter RC. « A profile of women with chronic pelvic pain », *Clin Obstet Gynecol*, vol. 33, 1990, p. 130–6.
2. Mathias SD, Kupperman M, Liberman RF, Lipschultz RC, Steege JF. « Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates », *Obstet Gynecol*, vol. 87, 1996, p. 321–7.
3. International Association for the Study of Pain. « Classification of chronic pain; description of chronic pain syndromes and definitions of pain state », dans : Merskey H, éditeur, *Pain*, suppl. 3, 1986, p. S1.
4. Steege JF, Metzger DA, Levy BS. *Chronic pelvic pain: an integrated approach*. Philadelphie : W.B. Saunders, 1998. p.12.

CHAPITRE 3 : ANAMNÈSE, EXAMEN PHYSIQUE ET ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE

Catherine Allaire, MD CM, FRCSC,¹ Paul Taenzer, PhD, CPsych²

¹Vancouver (C.-B.)

²Calgary (Alb.)

ANAMNÈSE

L'anamnèse prend une importance toute particulière dans le cadre de l'évaluation des patientes présentant une douleur chronique. Il est crucial d'obtenir une chronologie détaillée du problème en question, en accordant une attention rigoureuse aux facteurs aggravants et atténuants, ainsi qu'aux résultats des tentatives de traitement précédentes. Il est utile de lever le voile sur ce que la patiente pense aux sujet des causes de la douleur qu'elle ressent, puisque, souvent, elle détient une compréhension intrinsèque de la pathologie qui l'afflige et présente des peurs qui devront faire l'objet de discussions. Le clinicien devrait évaluer l'importance des facteurs psychologiques et être à la recherche de symptômes indiquant l'implication possible du système gastro-intestinal, des voies urinaires, du système musculosquelettique et de la musculature du plancher pelvien. Ce qui est encore plus important, le clinicien devrait établir les répercussions actuelles de la douleur sur la qualité de vie de la patiente, ainsi que la quantité de médicaments utilisés; ces facteurs, lorsqu'ils font l'objet d'un suivi, peuvent être utilisés à titre d'indicateurs de la réaction au traitement.

Un questionnaire détaillé peut être remis à la patiente avant la première consultation en vue de faciliter l'anamnèse et d'en assurer la rigueur et l'efficacité. Le questionnaire sur la douleur conçu par la *International Pelvic Pain Society* (www.pelvicpain.org/pdf/FRM_Pain_Questionnaire.pdf) constitue une ressource utile et permettra, à l'avenir, la collecte de données par l'intermédiaire d'une base de données centralisée.

Au cours de la consultation initiale, il est important de démontrer de l'intérêt, d'écouter avec attention et de valider l'expérience de la patiente. Malheureusement, les patientes qui connaissent des douleurs depuis de nombreuses années se sentent souvent laissées de côté par des médecins qui vivent de la frustration face à leur incapacité de contrer le problème. Ces médecins appliquent le modèle cartésien, lequel postule qu'en l'absence d'un état pathologique visible, le problème se doit d'être de nature psychologique; toutefois, comme l'explique en détail le Chapitre 2, une évaluation biopsychosociale (laquelle reconnaît la présence possible de multiples facteurs contributifs) s'avère plus appropriée. Lorsque la patiente sent que le clinicien croit en la douleur qu'elle connaît et qu'il fera tout ce qui est possible de faire pour l'aider, une bonne relation thérapeutique peut être établie, ce qui mènera à une observance accrue du plan de traitement proposé et peut-être à l'acceptation par la patiente d'objectifs de traitement plus réalistes (tels que l'amélioration du fonctionnement et de la qualité de vie), par opposition à la disparition totale de la douleur.

EXAMEN PHYSIQUE¹

L'examen physique d'une patiente présentant une DPC est très différent d'un examen gynécologique habituel. Il peut s'avérer nécessaire de reporter l'examen à la deuxième consultation en raison de contraintes de temps ou de la détresse ressentie par la patiente à la suite de son récit. Il est important de faire part à la patiente du fait qu'elle seule déterminera le moment de l'examen et qu'elle pourra y mettre fin en tout temps.

Si la douleur est intermittente, il est recommandé d'examiner la patiente lorsqu'elle ressent de la douleur. Bien que l'examen ait pour but de découvrir des états pathologiques, il cherche également à reproduire la douleur habituelle que connaît la patiente afin d'en identifier les facteurs contributifs physiques. L'examineur devrait solliciter des commentaires de la part de la patiente, de préférence au moyen d'une échelle numérique, afin de déterminer si la douleur ressentie est semblable ou non à la douleur chronique habituelle, tout en consignait le score indiqué par la patiente pour chacune des zones douloureuses. L'examineur devrait également faire part à la patiente de commentaires au sujet de ce qu'il recherche et des structures pelviennes qui semblent être douloureuses.

La séquence d'examen suivante est importante. L'examen bimanuel devrait être effectué en dernier, puisqu'il s'agit de l'examen le plus menaçant (souvent le plus douloureux) et de la partie la moins discriminatoire de l'examen.

Le comportement général, la mobilité et la posture

Ces aspects peuvent être observés au moment où la patiente fait son entrée dans le bureau et pendant qu'elle vous fait part (en position assise) de ses antécédents. Soyez à l'affût d'une démarche anormale, de la défense musculaire et du soin apporté au positionnement.

Dos

Recherchez une scoliose, une sensibilité sacro-iliaque, des zones gâchettes et une asymétrie pelvienne (pli fessier décentré par rapport à la ligne qui sépare les cuisses). (Reportez-vous au Chapitre 7, lequel apparaîtra dans le numéro de septembre, pour plus de détails au sujet de l'examen musculosquelettique.)

Abdomen

Après avoir demandé à la patiente de se coucher sur le dos, recherchez des lésions cutanées ou des zones d'hypersensibilité, particulièrement autour des cicatrices. Examinez tous les quadrants de l'abdomen en vue d'y déceler des zones gâchettes (réactions douloureuses marquées à la suite d'une légère pression localisée, s'accompagnant à l'occasion d'une contraction musculaire). Effectuez le test du soulèvement de la tête : si la douleur se trouve amoindrie par le soulèvement de la tête (et la tension des muscles droits qui en résulte), cela signifie qu'elle est probablement de nature intrapéritonéale, puisque les muscles droits protègent le péritoine contre l'étirement; toutefois, si la douleur est aggravée ou demeure la même au moment du soulèvement de la tête, un point d'origine se situant dans la paroi abdominale doit être soupçonné.

Vulve

La patiente est placée en position de lithotomie et peut se voir offrir un miroir pour participer à l'examen et obtenir

plus de renseignements sur son propre corps. Un écouvillon est utilisé pour effectuer un examen sensoriel et cerner les régions sensibles. Une attention particulière devrait être accordée au dépistage de la vestibulite vulvaire, puisque celle-ci est courante chez les patientes qui présentent une DPC; cet état pathologique cause, au moment des relations sexuelles, un inconfort à l'entrée du vagin qui se manifeste souvent sous forme de sensation de déchirure et de brûlure.

Examen vaginal à un doigt

Insérez un doigt dans l'ostium vaginae et demandez à la patiente de contracter et de relâcher son plancher périnéal autour de votre doigt, et ce, pour vous permettre d'évaluer le tonus et le contrôle musculaires et de déterminer la présence ou non de vaginisme. Palpez le muscle releveur de l'anus et le muscle coccygien, ainsi que leurs points d'attache. Palpez les parois latérales du vagin en vue d'y déceler une hypersensibilité sympathique réflexe. Palpez les muscles releveurs. Palpez le muscle piriforme et le muscle obturateur (reportez-vous au Chapitre 7, lequel apparaîtra dans le numéro de septembre, pour plus de détails sur l'examen musculosquelettique). Palpez l'urètre et la base de la vessie. Touchez doucement le col utérin, puis les ligaments utérosacrés, à la recherche de nodules et d'une sensibilité localisée. Déplacez doucement le col utérin à la recherche d'une mobilité utérine et d'une sensibilité au mouvement. Palpez les régions annexielles, afin d'évaluer la sensibilité ovarienne, et la face interne de l'orifice profond du canal inguinal, afin d'évaluer la sensibilité inguinale.

Examen bimanuel

Il peut ne pas être possible de procéder à cet examen et ce dernier ne devrait pas être tenté en présence d'un vaginisme grave. Effectuez l'examen le plus doucement possible afin de localiser l'utérus et les annexes, en étant à la recherche de mobilité, de sensibilité et de masses. La présence de zones gâchettes dans la paroi abdominale peut rendre l'examen difficile et déroutant; l'insensibilisation des zones gâchettes à l'aide d'un anesthésique local avant l'exécution d'un examen bimanuel peut contribuer à isoler les régions sensibles. Si vous palpez une atteinte au cul-de-sac vagino-rectal, vous devriez procéder à un examen rectovaginal afin d'en déterminer l'étendue.

Examen au spéculum

Il peut ne pas être possible de procéder à cet examen lorsque la patiente présente un vaginisme considérable. Utilisez un petit spéculum. Examinez le col utérin, les culs-de-sac vaginaux et les parois vaginales. Il vous est alors possible de dépister les lésions du col, les lésions des muqueuses, les infections et les sites d'implantation d'endométriome. Utilisez un long écouvillon pour palper le col utérin et les culs-de-sac vaginaux, en étant à la recherche

Figure 3.1 Échelle de douleur pelvienne fonctionnelle Instructions : Veuillez remplir ce formulaire en inscrivant un X dans la case qui décrit le mieux le PIRE dégradé de votre douleur, même si celle-ci survient à différents moments de votre cycle. Si l'une de ces fonctions ne s'applique pas à votre situation, veuillez inscrire S.O. (sans objet) dans la case se trouvant à côté de la fonction en question.

Fonction	0 Aucune douleur; fonctionnement normal	1 Une certaine douleur; fonctionnement possible	2 Douleur modérée; fonctionnement possible	3 Douleur grave; fonctionnement possible	4 Fonctionnement impossible en raison de la douleur
Vessie					
Intestin					
Relations sexuelles					
Marche					
Course					
Soulever un objet					
Travail					
Sommeil					
Service d'obstétrique-gynécologie, Foothills Provincial General Hospital, Université de Calgary, Calgary (Alb.), 1994					

de sites sensibles localisés. Une dyspareunie post-hystérectomie peut être issue de lésions localisées ou de la compression d'un nerf au niveau du dôme vaginal : la palpation du dôme à l'aide d'un long écouvillon peut aider au dépistage des sources focales de douleur.

ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE

Les définitions modernes de la douleur en reconnaissent tant les aspects sensoriels que les aspects affectifs. Qui plus est, la DPC peut, particulièrement lorsqu'elle est modérée ou grave, entraîner des effets négatifs sur la capacité d'une femme d'assumer ses rôles familiaux, sexuels, sociaux et professionnels. Cet état pathologique est connu sous le nom de syndrome de douleur chronique. L'évaluation exhaustive d'une femme présentant une DPC doit comprendre une évaluation de son expérience affective et d'autres aspects du syndrome de douleur chronique.

Une évaluation psychosociale, menée par un psychologue de la santé ou un psychiatre, consiste en une entrevue approfondie et en une évaluation de la réaction de la patiente à des tests psychologiques et sur la douleur normalisés, lesquels évaluent l'invalidité associée à la douleur (Figure 3.1 illustre l'un de ces tests, l'échelle de douleur pelvienne fonctionnelle)²⁻⁴, les troubles émotifs⁵⁻⁷ et la qualité de vie⁸.

Parmi les domaines couverts dans le cadre d'une évaluation psychosociale, on trouve : (a) la compréhension de la patiente quant aux générateurs de douleur; (b) les effets de la douleur sur les rôles fonctionnels (p. ex. invalidité dans le cadre des activités familiales, sexuelles, professionnelles et

récréatives) et le fonctionnement affectif (p. ex. anxiété au sujet de la douleur et dépression attribuable à la douleur); (c) la stratégie d'adaptation à la douleur préconisée par la patiente (p. ex. ignorer la douleur, cesser ses activités ou se rendre au service d'urgence pour bénéficier d'injections); (d) les modulateurs de la douleur (p. ex. le stress, lequel exacerbe la douleur); (e) l'opinion de la patiente quant à la signification de sa douleur en ce qui concerne sa vie actuelle et future; (f) la qualité des relations de la patiente avec les fournisseurs de soins; (g) les antécédents de la patiente en matière de santé mentale (passés et courants), particulièrement en ce qui concerne les troubles psychopathologiques cliniques (p. ex. trouble dépressif majeur), la violence et la négligence (sexuelle, physique ou affective) et l'utilisation ou l'abus d'alcool ou d'autres drogues; et (h) le stress psychosocial actuel et le soutien social, y compris les forces de la patiente.

Les données générées par l'évaluation psychologique sont utiles pour la détermination des interventions psychosociales appropriées, lesquelles visent à atténuer les séquelles psychologiques et comportementales de la douleur chronique par l'entremise de la modification du mode de vie et de l'altération de la stratégie d'adaptation à la douleur. Lorsque cela s'avère pertinent, les interventions peuvent viser la prise en charge de troubles de santé mentale secondaires ou primaires et la diminution du stress psychosocial, ce qui pourrait modérer l'expérience de la douleur. Pour les patientes qui connaissent des douleurs allant de modérées à graves, ces interventions constituent habituellement des composantes cruciales d'un plan de soins de santé complet.

De toute évidence, on ne peut s'attendre à ce que les gynécologues et les omnipraticiens soient en mesure de mener une évaluation psychosociale exhaustive. Cependant, ils ont un rôle important à jouer quant à l'identification des patientes qui pourraient fort vraisemblablement bénéficier d'une évaluation et d'une prise en charge psychosociales. Les femmes qui sont identifiées comme connaissant des effets psychosociaux considérables, en raison de leur DPC, peuvent être orientées vers un praticien en santé mentale qui dispose d'une formation et d'une certaine expérience en matière de patientes aux prises avec les séquelles psychosociales de pathologies chroniques.

Les questions de dépistage suivantes peuvent être utilisées en cabinet pour identifier les femmes qui pourraient bénéficier d'une évaluation psychologique approfondie. Chaque question est suivie d'une explication et de suggestions quant à la façon dont les renseignements peuvent être évalués.

Préoccupation principale

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus au sujet de la douleur?

Justification : Cette question ouverte révèle souvent l'opinion de la patiente au sujet de ce qui lui semble le plus éprouvant en ce qui concerne la douleur; ainsi, les interventions peuvent être modelées en conséquence.

Compréhension de la douleur et attentes envers le traitement

Selon vous, quelles sont les causes de votre douleur? Avez-vous l'impression que l'on a négligé de tenir compte de quelque chose? Quelles sont vos attentes envers le traitement?

Justification : Les femmes présentant une DPC peuvent avoir des idées erronées et des craintes en ce qui concerne la cause de la douleur (p. ex. le cancer), ce qui peut aggraver l'anxiété éprouvée. Elles peuvent bénéficier d'une explication précise et fondée sur des facteurs physiques en ce qui concerne les générateurs de douleur (p. ex. la maladie et les zones gâchettes myofasciales). En revanche, les explications de nature psychologique ou psychogène en ce qui concerne la douleur entraînent souvent une aggravation de l'anxiété et éveillent la crainte de ne pas voir la douleur faire l'objet d'une exploration ou d'un traitement adéquats. Les attentes de la patiente envers les issues du traitement (c.-à.-d. la guérison ou l'élimination) peuvent ne pas être réalistes et contribuer à l'impression voulant que le traitement soit un échec.

Effets de la douleur

De quelle façon votre douleur a-t-elle affectée votre capacité d'effectuer vos activités quotidiennes? Votre

douleur a-t-elle affecté vos activités quotidiennes, votre travail, vos relations, votre sommeil ou votre vie sexuelle?

Justification : Cette question révèle les effets de la douleur. Selon le cas, les interventions peuvent être centrées tant sur la diminution des effets que sur la pathologie sous-jacente. Qui plus est, la reconnaissance du fait que la douleur affecte la qualité de vie de la patiente peut souvent contribuer à l'amélioration de la relation médecin-patient et à l'atténuation de l'anxiété.

Troubles de l'humeur

De quelle façon la douleur a-t-elle affecté votre humeur? Vous sentez-vous irritable ou déprimée? Vous sentez-vous anxieuse ou tendue?

Justification : La dépression est la conséquence affective la plus courante de la douleur chronique. Le dépistage de la dépression clinique en cabinet est souvent requis. La dépression clinique apparaît chez de 25 % à 50 % des patientes présentant une douleur chronique; de plus, en l'absence de traitement, elle peut constituer un obstacle à l'atténuation de la douleur.

Stress actuel

Quelle est l'intensité du stress que vous ressentez? Faible, modérée, élevée ou grave? Si votre stress est d'intensité élevée ou grave, comment évalueriez-vous la façon dont vous faites face à la douleur et au stress?

Justification : La DPC peut être considérée comme une source de stress chronique, s'ajoutant à d'autres sources de stress (des tracas quotidiens aux événements marquants de la vie) et sollicitant considérablement les ressources de la patiente en matière d'adaptation. Une gestion améliorée du stress peut faciliter l'adaptation à la douleur. Lorsque le stress est d'intensité élevée ou grave et que les capacités d'adaptation sont faibles, envisagez une consultation en santé mentale.

Antécédents en matière de violence subie

Bien que la violence ne puisse être que rarement considérée comme une cause de douleur pelvienne, la présence d'antécédents en matière de violence subie nuit souvent à la capacité de la patiente à faire face à cette douleur. Avez-vous déjà été victime de violence physique, sexuelle ou psychologique? Le cas échéant, veuillez élaborer. Êtes-vous présentement victime de violence? Votre sécurité ou celle de vos enfants vous préoccupe-t-elle? (Explorez les préoccupations en matière de sécurité et prenez les mesures nécessaires.)

Justification : Le dépistage de la violence passée ou présente est considéré comme un élément habituellement inclus dans le cadre de la pratique générale. Selon des études menées auprès de la population générale, il faudrait

s'attendre à ce que de 25 % à 50 % des femmes présentant une DPC présentent également des antécédents de violence subie. La violence n'étant pas prise en charge ou étant non résolue peut affecter la santé globale de la patiente et nuire à sa capacité d'adaptation à la douleur. Contrairement à l'opinion généralement reçue, la recherche n'est pas parvenue à établir un lien de causalité entre la violence subie et la douleur pelvienne chronique.

Réseau de soutien

Quelles sont les personnes qui peuvent vous soutenir dans vos efforts d'adaptation à la douleur (stress et violence)?

Justification : Les femmes qui disposent d'un réseau de soutien s'adaptent plus efficacement à la douleur chronique.

Envisagez l'orientation des femmes isolées qui connaissent des problèmes importants vers des ressources communautaires appropriées.

Counseling individuel ou de couple

Êtes-vous intéressée à bénéficier de services de counseling portant sur les stratégies d'adaptation à la douleur, la dépression, la gestion du stress ou la violence non résolue?

Justification : Les services de counseling offerts par un fournisseur de soins de santé approprié (soit un spécialiste de la douleur disposant d'une formation en santé mentale) constituent un ajout à la prise en charge médicale de la DPC et ne peuvent s'y substituer. De plus, la promotion d'une approche multidisciplinaire quant à la prise en charge permet d'augmenter le nombre d'options de traitement et de susciter des attentes plus réalistes envers les issues de celles-ci (c.-à-d. diminution de la douleur, amélioration des stratégies d'adaptation et amélioration de la qualité de vie).

DÉCLARATIONS SOMMAIRES

1. Les thérapies cognitivo-comportementales constituent le traitement de première intention en vue d'aider les femmes à concevoir des stratégies efficaces d'adaptation à la douleur. (II-3)

2. Les résultats actuels indiquent que la prise en charge multidisciplinaire de la DPC constitue l'approche de traitement la plus efficace pour les femmes présentant un syndrome de douleur chronique. (I)

Recommandations

1. Une anamnèse exhaustive (qui favorise la confiance entre le fournisseur de soins et la patiente) et un examen physique centré sur la douleur devraient faire partie de l'évaluation complète de la patiente présentant une DPC. (III-B)

2. La mesure clinique du degré de douleur devrait être effectuée dans le cadre de chacune des consultations ayant pour objet la DPC. (II-B)

3. Deux questions simples et efficaces peuvent être posées à la patiente : « Selon une échelle allant de 0 à 10 (0 représentant l'absence de douleur et 10 représentant la pire douleur imaginable), comment évalueriez-vous votre douleur aujourd'hui et comment évalueriez-vous la douleur que vous ressentiez il y a deux semaines? ». Il est important de fournir une situation de référence (telle que « une douleur si intense qu'il vous est impossible de prendre soin de vos enfants, lesquels font à ce moment face à un danger imminent ») pour illustrer la valeur 10. (II-B)

4. L'examen physique peut être mené de façon différente pour ces patientes, soit en accordant une attention particulière à chacune des structures pelviennes, et ce, en vue de faciliter la différenciation des sources de douleur. Le dépistage d'une région focale de sensibilité peut contribuer à la détermination du traitement indiqué. (II-B)

5. En raison de la prévalence élevée des problèmes coexistants (problèmes de santé mentale et autres problèmes psychologiques importants) et des séquelles de la DPC, les gynécologues et les omnipraticiens devraient intégrer, à leur pratique habituelle, le dépistage du syndrome de douleur chronique chez leurs patientes et orienter celles-ci vers des ressources appropriées, le cas échéant. (II-2A)

6. L'accès à la prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique devrait être assuré, pour les femmes présentant une DPC, au sein du système public de soins de santé dans chacune des provinces et chacun des territoires du Canada. (III-B)

RÉFÉRENCES

1. Steege JF, Metzger DA, Levy BS. *Chronic pelvic pain: an integrated approach*, Philadelphia : W.B. Saunders, 1998.
2. Turk DC, Rudy TE. « Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients », *Behav Res Ther*, vol. 25, 1987, p. 237-49.
3. Tait RC, Chinall JT, Krause S. « The Pain Disability Index: psychometric properties », *Pain*, vol. 40, 1990, p. 171-82.
4. Ménard CM, Jarrell JF, Seidel J, Taenzer P. « Reliability and validity of the Functional Pelvic Pain Scale: a new measure of pelvic pain severity », *J Soc Obstet Gynaecol Can*, vol. 18, 1996, p. 69-76.
5. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory. BDI-II Manual*, San Antonio (TX) : The Psychological Corporation, Harcourt, Brace and Company, 1996.
6. McCracken LM, Zayfert C, Gross RT. « The Pain Anxiety Symptom Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain », *Pain*, vol. 50, 1992, p. 67-73.
7. Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. « The Pain Catastrophizing Scale: development and validation », *Psychol Assess*, vol. 7, 1995, p. 524-32.
8. Ware JE, Sherborne CD. « The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) », *Med Care*, vol. 30, 1992, p. 473-83.

CHAPITRE 4 : EXPLORATIONS

Paul Martyn, MB BS(Hons), FRCOG, FRCSC

Calgary (Alb.)

INTRODUCTION

À la suite de l'exécution d'une anamnèse et d'un examen physique exhaustifs, des tests diagnostiques particuliers peuvent s'avérer appropriés chez certaines patientes présentant une douleur pelvienne chronique (DPC). Parmi ces tests, on peut trouver l'héмограмme, la mise en culture de prélèvements cervicaux et l'analyse d'urine.

IMAGERIE DIAGNOSTIQUE

L'imagerie diagnostique ne devrait être mise à contribution que lorsque les résultats de l'anamnèse et de l'examen physique en indiquent la nécessité.

L'échographie transvaginale s'avère utile pour l'évaluation des masses pelviennes et de l'adénomyose, et est plus sensible que l'échographie transabdominale¹. Lorsqu'une masse est décelée dans le bassin, l'échographie permet de distinguer efficacement les lésions kystiques des lésions solides. Les études Doppler évaluent les caractéristiques vasculaires de la lésion.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) s'avère utile pour la caractérisation des masses pelviennes. Elle peut constituer un outil non effractif utile pour le diagnostic de l'endométriose profonde, bien qu'elle compte des limites quant à la détection des sites d'implantation de faible envergure^{2,3}. Les endométriomes sont facilement visibles dans le cadre d'une IRM. Des produits sanguins sont souvent visualisés au sein des masses. Les anses intestinales adjacentes peuvent être fixées à la masse. Parmi les diagnostics différentiels, on trouve les tératomes kystiques (kystes dermoïdes) et les kystes hémorragiques³. L'IRM demeure le test d'imagerie de première intention en ce qui concerne l'adénomyose³.

Une étude s'est affairée à comparer la précision diagnostique de la laparoscopie, de l'IRM préopératoire et de l'examen histologique des prélèvements chez 48 femmes présentant une douleur pelvienne⁴. L'IRM a permis de dépister moins de lésions d'endométriose que la laparoscopie ou l'examen histologique, tout en présentant une sensibilité de 69 % et une spécificité de 75 % quant au dépistage de l'endométriose confirmée par biopsie. Seulement 67 % des lésions dépistées par laparoscopie présentaient des preuves histologiques d'endométriose.

LAPAROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

La laparoscopie s'avère indiquée chez les patientes présentant une DPC pour lesquelles la présence d'une

anomalie pelvienne est soupçonnée, l'objectif étant de dépister et de prendre en charge les états pathologiques contributifs. Une évaluation clinique exhaustive peut permettre d'éviter la mise en œuvre d'interventions chirurgicales inutiles.

Quarante pour cent des laparoscopies diagnostiques sont mises en œuvre en raison d'une DPC et 40 % d'entre elles ne révèlent rien d'anormal. Parmi les laparoscopies diagnostiques qui révèlent des anomalies, 85 % indiquent la présence d'une endométriose ou d'adhérences⁵. L'obtention de résultats négatifs à la suite d'une laparoscopie ne permet pas d'écarter la présence possible d'une pathologie ou d'établir que la douleur de la patiente ne compte aucun fondement organique.

Dans le cadre d'une étude comparative rétrospective qui s'est penchée sur 100 femmes présentant une DPC et devant subir une laparoscopie, Kresch et coll.⁶ ont établi que les adhérences et l'endométriose constituaient les anomalies les plus courantes (dépistées chez 51 % et 32 % des femmes, respectivement). Au sein du groupe témoin de 100 femmes devant subir une ligature des trompes et ne présentant pas d'antécédents de douleur pelvienne, des adhérences ont été constatées chez 14 % des participantes; toutefois, ces adhérences étaient différentes de celles que l'on a constatées chez les patientes présentant une DPC, puisqu'elles étaient habituellement fines et qu'elles ne restreignaient en rien la mobilité des organes. Les adhérences constatées chez les participantes du groupe DPC étaient plus denses, plus serrées et associées à une restriction de la mobilité des organes touchés.

Les résultats de l'examen physique ne constituent pas des prédicteurs fiables quant aux résultats de la laparoscopie. Jusqu'à 50 % des patientes ayant obtenu des résultats négatifs à la suite de l'examen physique ont présenté des résultats laparoscopiques anormaux⁵. Dans le cadre de l'analyse de 11 études qui portaient sur les résultats laparoscopiques obtenus par des femmes présentant une DPC, Howard⁵ a établi que 28 % des femmes ne présentant pas une DPC avaient obtenu des résultats laparoscopiques anormaux (les adhérences et l'endométriose étant les anomalies les plus courantes, à 17 % et à 5 %, respectivement).

Qu'est-ce qu'une laparoscopie adéquate?

À la suite de l'insertion du laparoscope, un examen normalisé exhaustif est effectué. Une vue panoramique du bassin, la patiente étant en position de Trendelenburg et

l'utérus étant antéversé, permet un examen général. Un instrument de manipulation est inséré et les intestins, l'appendice, le foie, le diaphragme et la partie supérieure de l'abdomen sont inspectés. Par la suite, l'instrument de manipulation est utilisé pour déplacer les structures pelviennes, afin de permettre la visualisation de toutes les surfaces péritonéales, des ovaires et de la fossette ovarienne, ainsi que des culs-de-sac de Douglas et antérieur. L'instrument est utilisé pour explorer les régions sensibles signalées par la patiente au moment de l'examen pelvien, ainsi que les adhérences et la déformation pelvienne.

Les chirurgiens devraient être au courant des diverses apparences que peut revêtir l'endométriose, la présence de lésions atypiques étant plus courante chez les jeunes patientes. Le recours à la biopsie à des fins de confirmation histologique est recommandé. La palpation des tissus cicatriciels à l'aide de la sonde peut révéler la présence de nodules endométriaux sous-jacents. Des sites d'implantation peuvent être dépistés à la base des fenêtrures péritonéales.

Le diagnostic de congestion veineuse pelvienne peut être masqué par la position de Trendelenburg. La présence d'adhérences denses déformant l'anatomie peut être à l'origine de la DPC, particulièrement si elle est en corrélation avec la présence d'une sensibilité pelvienne au moment de l'examen pelvien préopératoire.

La vidéolaparoscopie ou la photographie devraient être envisagées pour la documentation de l'anormalité ou de la normalité, ce qui permettrait l'offre d'une rétroaction utile pour la patiente et la création d'un dossier permanent.

Cartographie laparoscopique de la douleur

La cartographie laparoscopique de la douleur, ou laparoscopie assistée par la patiente (LAP), est une technique mettant en jeu la sédation consciente et l'analgésie locale qui est utilisée pour dépister des sources de DPC, en reproduisant les symptômes de la patiente par l'entremise de l'exploration ou de la traction des tissus pelviens. Howard⁷ n'a constaté aucune différence en matière d'issue

entre un groupe de 50 patientes traitées à la suite d'une cartographie laparoscopique de la douleur et une cohorte historique de 65 patientes s'étant soumises à une laparoscopie traditionnelle et à un traitement. La plupart des rapports n'ont porté que sur de petits groupes de patientes et ne se sont pas prononcés quant aux issues constatées de 6 à 12 mois à la suite de la chirurgie. Aucun essai randomisé ne s'est penché sur la comparaison entre la cartographie de la douleur et la laparoscopie standard. La LAP demeure une intervention expérimentale.

DÉCLARATIONS SOMMAIRES

1. La documentation permanente des résultats laparoscopiques est grandement souhaitable. (III)
2. Nous devrions nous attendre à une hausse du recours à l'IRM dans le cadre de l'évaluation de la DPC. (III)

Recommandation

La laparoscopie assistée par la patiente devrait faire l'objet d'essais cliniques. (III-C)

RÉFÉRENCES

1. Stratton P, Winkel C, Premkumar A, Chow C, Wilson J, Hearn-Stokes R et coll. « Diagnostic accuracy of laparoscopy, MRI and histopathologic examination for the detection of endometriosis », *Fertil Steril*, vol. 79, 2004, p. 1078–84.
2. Takahashi K, Okada S, Kitao M, Imaoka I, Sugimura K. « Studies on the detection of small endometrial implants by magnetic resonance imaging using a fat saturation technique », *Gynecol Obstet Invest*, vol. 41, 1996, p. 203–6.
3. Tanaka YO, Itai Y, Anno I, Matsumoto K, Ebihara R, Nishida M. « MR staging of pelvic endometriosis: role of fat suppression T1-weighted images », *Radiat Med*, vol. 14, 1996, p. 111–6.
4. Fielding JR. « MR imaging of the female pelvis », *Radiol Clin North Am*, vol. 41, 2003, p. 179–92.
5. Howard FM. « The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 4, 1996, p. 85–94.
6. Kresch AJ, Seifer DB, Sachs LB, Barrese I. « Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain », *Obstet Gynecol*, vol. 64, 1984, p. 672–4.
7. Howard FM. « Chronic pelvic pain », *Obstet Gynecol*, vol. 101, 2003, p. 594–611.

CHAPITRE 5 : SOURCES DE DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE

George A. Vilos, BSc, MD, FRCSC, FACOG, FSOGC¹, Hassan Shenassa, MD, FRCSC², Basim Abu-Rafea, MD, FRCSC¹

¹London (Ont.)

²Ottawa (Ont.)

Diverses anomalies peuvent mener à la douleur pelvienne chronique (DPC). Cependant, ce ne sont pas toutes les femmes présentant ces pathologies qui en viendront à présenter une DPC.

ENDOMÉTRIOSE

Une déclaration de consensus détaillée sur l'endométriose a été publiée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) en 1999¹.

L'endométriose est un état pathologique dont l'étiologie et la pathogénie sont inconnues. On la définit, sur le plan clinique, comme étant la présence d'endomètre à l'extérieur

de la cavité endométriale. La présence tant de glandes que de stroma endométriaux doit être confirmée pour que l'on puisse établir un diagnostic histologique d'endométriose.

Les théories étiologiques actuelles proposent la présence d'une interaction entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux, semblable à celle que l'on constate dans de nombreuses pathologies chroniques (comme l'adénomyose). Une recherche en cours vise à déterminer l'existence de pléomorphismes génétiques qui pourraient accroître le risque de présenter la maladie. Le système immunitaire se trouve peut-être altéré d'une façon quelconque (peut-être à la suite d'une exposition à des toxines environnementales), permettant ainsi la persistance de sites d'implantations endométriotiques au sein du revêtement péritonéal.

On estime que l'incidence de l'endométriose dans la population générale se situe entre 1 % et 7 %². Chez les femmes qui subissent une laparoscopie en raison d'une DPC, la prévalence de l'endométriose est supérieure à 30 %³. La comptabilisation de telles données est ardue, puisqu'elles sont tirées de populations de sujets sélectionnées ayant accès à la laparoscopie pour plusieurs raisons non apparentées (p. ex. douleur, infertilité, et ligature des trompes). Dans le cadre de l'une des plus importantes études sur l'incidence de la maladie, la plupart des facteurs de risque identifiés n'étaient pas modifiables (p. ex. l'âge à l'apparition des premières menstruations et les règles fréquentes)⁴. Le fait d'avoir déjà eu recours à des contraceptifs oraux constituait l'un des facteurs de risque protecteurs modifiables.

Bien que les données laissent entendre la présence d'une association entre l'endométriose et la DPC, il est difficile de prouver que l'endométriose est à l'origine de la douleur. Certains résultats indiquent que l'incidence de l'endométriose chez les femmes asymptomatiques est beaucoup plus élevée que ce que l'on estimait auparavant, atteignant peut-être même jusqu'à 45 %⁵. Bien que l'on croie que la douleur est attribuable à une inflammation, le processus menant à une telle conclusion n'a pas encore été pleinement élucidé. La gravité de l'endométriose ne se trouve pas nécessairement en corrélation avec la gravité de la douleur⁶.

La DPC associée à l'endométriose peut être prise en charge à l'aide d'une combinaison œstrogènes-progestatif, d'un progestatif seulement, de danazol ou d'un agoniste de la gonadolibérine (Gn-RH), avec ou sans anti-inflammatoires non stéroïdiens⁷⁻¹⁰.

Dans le cadre d'un essai randomisé comparant la prise en charge laparoscopique au moyen d'un traitement au laser, d'une adhésiolyse et d'une section transversale du nerf utérin à la prise en charge non interventionniste à la suite

d'une laparoscopie diagnostique, le traitement opératoire s'est avéré nettement plus efficace que la prise en charge non interventionniste en matière d'atténuation des symptômes, comme ont pu en attester une évaluation subjective et les scores de douleur obtenus six mois après l'opération¹¹.

Aucun consensus n'existe quant aux mérites de la prise en charge médicale préopératoire de la DPC, par comparaison avec la prise en charge postopératoire de cette dernière. Parmi les avantages théoriques de la prise en charge préopératoire, on trouve une diminution de l'inflammation au niveau des sites d'implantation endométriotiques et une vascularité pelvienne amoindrie. Parmi ses désavantages, on peut trouver un accroissement de la difficulté à établir un diagnostic d'endométriose, ainsi que les coûts élevés des médicaments mis en jeu et les effets indésirables de ces derniers.

Nous avons recensé pas moins de trois essais cliniques comparatifs avec placebo randomisés sur la thérapie chirurgicale suivie d'une prise en charge médicale^{10,12,13}. Bien que ces études ne se prononcent pas clairement sur l'efficacité du traitement médical postopératoire, certains résultats indiquent qu'un traitement postopératoire de 6 mois faisant appel à des analogues de la Gn-RH, au danazol ou à l'acétate de médroxyprogestérone entraîne une baisse des niveaux de douleur à 6 mois, mais vraisemblablement pas à 12 mois.

Enfin, lorsque le maintien de la fertilité n'est pas souhaité et à la suite de l'échec des traitements médical et chirurgical conservateur, le recours à l'hystérectomie (avec ou sans ovariectomie) peut être envisagé conformément aux directives cliniques de la SOGC¹⁴. Selon le dossier sur la morbidité hospitalière au Canada de Statistique Canada, 120 854 hystérectomies ont été effectuées en 1988 et en 1989; parmi les indications mentionnées, on trouvait les fibromes (dans 37,3 % des cas), les troubles menstruels (dans 17,7 % des cas), l'endométriose (dans 15,7 % des cas), le prolapsus (dans 11,4 % des cas), des indications autres (dans 9,1 % des cas) et le cancer (dans 8,7 % des cas)¹⁵.

L'hystérectomie accompagnée d'une ovariectomie bilatérale est généralement considérée comme étant l'intervention la plus efficace pour la prise en charge de la DPC associée à l'endométriose. Toutefois, à la suite d'une chirurgie radicale, une étude a révélé un taux de récurrence de l'endométriose de 3 %¹⁶. Parmi les mécanismes possibles, on trouve la présence de tissus ovariens résiduels ou la stimulation exogène attribuable à des hormones. Une autre étude a révélé un taux de récurrence de 3,5 % (0,9 % par année) chez 115 femmes affectées au hasard à un groupe devant se voir administrer une hormonothérapie substitutive (HTS) à la suite d'une salpingo-ovariectomie

bilatérale (SOB) avec ou sans hystérectomie; cependant, aucune récurrence n'a été constatée chez 57 femmes affectées à un groupe ne devant pas se voir attribuer une HTS à la suite d'une SOB¹⁷. Parmi les femmes du groupe HTS, les taux de récurrence étaient accrus chez celles qui présentaient une atteinte péritonéale supérieure à 3 cm (2,4 % par année par comparaison avec 0,3 %) et une excision incomplète (22 % chez les neuf femmes ayant subi une SOB avec ou sans hystérectomie subtotale, par comparaison avec 2 % chez les 106 femmes ayant subi une SOB et une hystérectomie). Le risque relatif était de 11,8 (intervalle de confiance [IC] 1,4–15,6, P = 0,03).

Une étude rétrospective a signalé que 18 (62 %) femmes sur 29 présentaient une douleur récurrente et que 9 d'entre elles (31 %) avaient nécessité une deuxième opération à la suite d'une hystérectomie accompagnée d'une rétention des ovaires¹⁸.

En plus du souhait de la patiente quant au maintien de sa fertilité, son âge, la gravité de ses symptômes et le site de l'atteinte endométriotique majeure doivent aussi faire l'objet d'une évaluation au moment d'envisager le recours à la chirurgie définitive à titre d'option pour la prise en charge de la douleur.

ENDOSALPINGIOSE

L'endosalpingiose, décrite pour la première fois par Sampson¹⁹ en 1927, consiste en la présence ectopique d'un épithélium cilié, sans stroma, semblable à celui d'une trompe de Fallope. Comme dans le cas de l'endométriose, son histogénèse est inconnue. Parmi les mécanismes possibles, on trouve la métaplasie coelomique ou l'implantation de tissu épithélial tubaire. La distribution et l'apparence générale des lésions d'endosalpingiose sont les mêmes que celles de l'endométriose. Plusieurs études de cas ont signalé qu'il était possible que l'endosalpingiose soit associée à la DPC.

Une étude prospective portant sur 1 107 femmes ayant consécutivement subi une laparoscopie, pendant une période d'un an et en raison d'une variété d'indications, a constaté une endosalpingiose confirmée histologiquement chez 7,6 % des participantes, une endométriose chez 27,5 % des participantes et les deux chez 4,4 % des participantes²⁰. Une endosalpingiose a été constatée chez 7,9 % des femmes présentant une douleur pelvienne, chez 7,3 % de celles n'en présentant pas, chez 11,7 % de celles qui étaient infertiles et chez 8,3 % de celles ne présentant pas de symptômes qui subissaient une stérilisation. Les auteurs en ont conclu que, contrairement à l'endométriose, l'endosalpingiose ne joue qu'un rôle mineur en matière d'infertilité et de douleur affectant la partie inférieure de l'abdomen.

Une autre étude, laquelle portait sur 16 femmes atteintes d'endosalpingiose qui présentaient une variété de symptômes (dont une douleur pelvienne [chez 5 d'entre elles] et une absence de douleur pelvienne [chez 5 autres participantes]), a déterminé que l'endosalpingiose semblait être un résultat accessoire associé à d'autres problèmes pelviens, plutôt qu'une cause fréquente de douleur pelvienne²¹.

ADÉNOMYOSE

L'adénomyose est un état pathologique dont l'étiologie et la pathogénie sont inconnues. Elle est définie, sur le plan histologique, comme la présence de glandes et de stroma endométriaux profondément enfouis dans le myomètre. L'utérus est habituellement hypertrophié et oedémateux de façon diffuse à la palpation. Les foyers adénomyotiques peuvent être distribués de façon diffuse ou encore être bien localisés, formant des adénomyomes (nodules de myomètre hypertrophique et d'endomètre ectopique). L'incidence signalée de l'adénomyose se situe entre 5 % et 70 %²². La plupart des cas d'adénomyose surviennent chez des femmes pères dans la quarantaine ou la cinquantaine²³. Toutes les femmes présentant une adénomyose ne sont pas nécessairement symptomatiques. Parmi les symptômes, on peut trouver la douleur pelvienne, la dysménorrhée et la ménorragie.

L'échographie transvaginale peut faciliter le diagnostic d'adénomyose²⁴. La sensibilité et la spécificité de l'échographie préhystérectomie ont varié de 52 % à 89 % et de 50 % à 99 %, respectivement, dans le cadre de six séries (de 43 à 405 femmes)²⁵.

Plusieurs études ont démontré que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) constituait un excellent outil minimalement effractif pour le diagnostic de l'adénomyose²⁶, sa sensibilité et sa spécificité se situant entre 86 % et 100 % chez les femmes symptomatiques²⁷. Une récente étude prospective à double insu, portant sur 119 patientes ayant consécutivement subi une hystérectomie, a indiqué que l'échographie endovaginale était aussi précise que l'IRM en matière de diagnostic de l'adénomyose utérine²⁸.

Parmi les options de traitement, on trouve le danazol et les agonistes de la Gn-RH. Il a été démontré que les foyers adénomyotiques contenaient des récepteurs de la progestérone et de l'œstrogène, et qu'ils pouvaient connaître une décidualisation lorsqu'ils étaient exposés à la progestérone; par la suite, les symptômes peuvent devenir plus apparents²⁹. Les agents progestogéniques, seuls ou en combinaison avec des œstrogènes, pourraient donc ne pas être efficaces. Chez les femmes infertiles, l'adénomyose

peut être prise en charge au moyen d'une variété de médicaments²⁴.

Dans le cadre d'une étude portant sur 15 femmes présentant une adénomyose diagnostiquée par IRM (et des fibromes concomitants chez 12 d'entre elles), 12 patientes sur 13 ont signalé une amélioration de leur qualité de vie à la suite de l'embolisation de l'artère utérine³⁰.

La chirurgie demeure la principale méthode pour le diagnostic et la prise en charge de l'adénomyose. L'hystérectomie constitue l'intervention idéale pour le soulagement des symptômes. Toutefois, la résection endométriale hystéroscopique pourrait s'avérer utile lorsqu'il est confirmé que l'adénomyose n'affecte principalement que les 3 mm superficiels du myomètre.

Pour une analyse récente sur l'adénomyose, reportez-vous à l'article de Matalliotakis et coll³¹.

ANOMALIES (POCHES) PÉRITONÉALES PELVIENNES

Une anomalie, ou poche, dans le plancher péritonéal pelvien a été illustrée pour la première fois par Sampson¹⁹ en 1927, dans le cadre de sa description des sites d'implantation endométriotiques au sein de la cavité péritonéale. En 1981, Chatman³² a signalé des anomalies péritonéales chez 25 (4 %) patientes ayant consécutivement subi une laparoscopie sur 635 (75 % en raison d'une DPC et 25 % en raison de l'infertilité), parmi lesquelles une endométriose a été constatée chez 192 femmes (30 %). La fréquence des anomalies péritonéales chez les femmes présentant une DPC était de 7 %. Chez 7 (28 %) de ces 25 femmes, l'anomalie constituait le seul problème constaté; toutefois, 17 (68 %) des 25 femmes présentaient une endométriose pelvienne connexe.

Dans le cadre d'une étude de suivi portant sur 309 autres patientes se soumettant à une laparoscopie en raison d'une DPC, de l'infertilité ou de ces deux raisons, Chatman et Zbella³³ ont constaté que 53 patientes présentaient des anomalies péritonéales pelviennes, que 9 d'entre elles présentaient plus d'une anomalie et que 42 d'entre elles (79 %) présentaient également une endométriose. Cent quarante-huit de ces 309 femmes présentaient une endométriose. Les auteurs en ont conclu que lorsque de telles anomalies sont constatées au moment de la laparoscopie, la présence possible d'endométriose devrait faire l'objet d'une exploration approfondie.

On a postulé que ces anomalies seraient attribuables à l'irritation ou à l'invasion du péritoine par du tissu endométriotique, ce qui entraînerait une cicatrisation et une rétraction du péritoine^{19,31}. Batt et Smith³⁴ ont postulé que les poches péritonéales et l'endométriose connexe étant

localisées dans la partie postérieure du bassin pouvaient représenter une forme congénitale d'endométriose attribuable à la duplication rudimentaire du système müllérien au cours de l'embryogenèse. Redwine³⁵ a signalé que près du cinquième d'un groupe de 132 femmes présentant une endométriose présentaient également des poches péritonéales. Les deux tiers des anomalies comptaient du tissu endométriotique sur leur pourtour ou à l'intérieur; toutefois, puisque le tiers des anomalies n'étaient pas associées à une endométriose et que la fibrose (de par son absence) ne pouvait être considérée à titre de cause possible, l'endométriose ne semblait pas être la cause primaire probable. Redwine a postulé que de telles invaginations péritonéales et l'endométriose pouvaient être ontologiquement associées à un facteur de développement distinct.

Vilos et Vilos³⁶ ont excisé 140 poches péritonéales pelviennes (dont la largeur ou la profondeur allait de 0,5 cm à 6 cm) de 106 femmes dont l'âge se situait entre 15 et 50 ans et qui présentaient une DPC. De ces poches, 46 % étaient situées sous les ligaments utérosacrés (droite, 40; gauche, 25); 41 %, au-dessus des ligaments utérosacrés et au niveau des uretères (droite, 20; gauche, 38); 6 %, en position latérale par rapport aux uretères (droite, 6; gauche, 2); 3 %, dans la cloison recto-vaginale; et 3 %, en position antérieure par rapport au ligament large (droite, 3; gauche, 1). Une endométriose pelvienne connexe a été constatée chez 85 % des patientes. L'examen histologique des poches a révélé la présence d'endométriose dans 39 % des cas, d'inflammation chronique dans 20 % des cas, d'endosalpingiose dans 12 % des cas et de calcification dans 4 % des cas, ainsi que l'absence d'anomalies dans 25 % des cas. L'excision et la suture des anomalies ont permis le soulagement immédiat de la DPC chez quelque 75 femmes. Les auteurs ont postulé que les poches étaient des herniations du péritoine pelvien sur les espaces du plancher pelvien et qu'elles étaient associées aux effets inflammatoires des diverses pathologies.

Dans le cadre d'une étude de suivi qui portait sur 2 115 femmes présentant une DPC, Vilos et associés³⁷ se sont penchés sur le cas de 25 femmes qui se plaignaient également d'une douleur cyclique irradiant vers la jambe (jambe droite chez 15 femmes, jambe gauche chez neuf femmes et les deux jambes chez une femme), d'une douleur au niveau des fesses et d'une paresthésie des cuisses ou des genoux (ou les deux), connaissant une exacerbation au cours des règles. Les résultats laparoscopiques se répartissaient comme suit : nodules d'endométriose chez 5 patientes; poches péritonéales, endométriose ou les deux chez 19 patientes; et inflammation du péritoine chez une patiente. Une endométriose pelvienne connexe a été

identifiée et confirmée chez 17 femmes (68 %); aucune lésion additionnelle n'a été constatée chez les huit autres femmes (32 %). À la suite de l'excision des 15 poches, l'examen histologique a révélé la présence d'une endométriose chez neuf femmes (60 %), d'une endosalpingiose chez deux femmes (13 %), d'une inflammation chronique chez une femme (7 %) et de tissus normaux chez trois femmes (20 %). À la suite de l'excision laparoscopique, les symptômes sciatiques ont été éliminés chez 19 femmes, amoindris chez quatre femmes et sont demeurés les mêmes chez deux femmes; les symptômes sont réapparus chez trois patientes après deux ans. Les auteurs en ont conclu que la douleur cyclique de la jambe était associée à la présence de poches péritonéales pelviennes, de nodules d'endométriose ou d'une endométriose de surface affectant le péritoine pelvien postérolatéral. Ils ont émis l'hypothèse voulant que la douleur soit probablement projetée à partir du péritoine pelvien et non pas attribuable à une irritation directe du plexus lombaire du nerf sciatique.

ADHÉRENCES

Les adhérences intrapéritonéales sont principalement causées par la chirurgie et, dans une moindre mesure, par l'endométriose et l'inflammation ou l'infection abdominale et pelvienne³⁸. Les répercussions financières des adhérences sont énormes³⁹. Aux États-Unis, l'adhésiolyse a été à l'origine de 303 836 hospitalisations en 1994, principalement en raison d'interventions visant les systèmes digestif et reproducteur féminins, ce qui a donné lieu à 846 415 jours d'hospitalisation et à 1,3 milliard de dollars en frais hospitaliers et chirurgicaux⁴⁰.

Bien que des adhérences soient constatées chez de 25 % à 50 % des femmes présentant une DPC, leur rôle à titre de cause de cette dernière demeure controversé^{41,42}. Diamond et Freeman³⁹ ont analysé quatre études de cohorte non comparatives s'étant penchées sur 269 femmes et 4 hommes, et ont constaté des taux allant de 69 % à 82 % en matière de soulagement ou d'atténuation de la douleur chronique à la suite de l'adhésiolyse.

Une étude a affecté au hasard 48 femmes présentant une DPC et des adhérences pelviennes diagnostiquées par laparoscopie à un groupe devant subir une adhésiolyse par laparotomie (n = 24) ou à un groupe soumis à une prise en charge non interventionniste (n = 24)³⁸. Le recours à l'adhésiolyse ne s'est pas avéré plus avantageux que l'approche non interventionniste. Seules les 15 femmes présentant des adhérences vascularisées graves et multiples touchant la séreuse de l'intestin grêle ou, dans une moindre mesure, le côlon ont tiré des avantages de l'adhésiolyse (P < 0,01). Les auteurs en ont conclu que bien que

l'adhésiolyse ne soit pas indiquée pour la prise en charge de la douleur pelvienne chez les femmes présentant des adhérences pelviennes légères ou modérées, elle pourrait s'avérer bénéfique pour les femmes présentant des adhérences graves touchant le tractus intestinal.

Une récente étude randomisée, à l'insu et multicentrique portant sur la comparaison entre l'adhésiolyse laparoscopique et la laparoscopie diagnostique seule, chez 87 femmes et 13 hommes présentant des douleurs abdominales chroniques, a constaté que 12 mois à la suite de la randomisation, 27 % des patients du groupe « adhésiolyse » (n = 52) et 27 % des sujets témoins (n = 48) signalaient la résolution ou l'atténuation substantielle de la douleur⁴³. Aucune complication n'a été constatée dans le groupe « laparoscopie diagnostique »; toutefois, cinq des 52 patients du groupe « adhésiolyse » ont présenté des complications (certains d'entre eux ont connu plus d'une complication) : perforation de l'intestin grêle chez deux patients et, chez un patient chacune, hémorragie au cours de la chirurgie (ayant nécessité une transfusion de sang), abcès abdominal, fistule recto-vaginale et iléus paralytique prolongé à la suite de la chirurgie. Les auteurs en ont conclu que l'adhésiolyse laparoscopique ne pouvait être recommandée pour la prise en charge des adhérences chez les patients présentant une douleur abdominale chronique.

Une récente publication⁴⁴ a analysé la relation entre les adhérences et la douleur pelvienne et l'efficacité de l'adhésiolyse en matière de maîtrise de la douleur. Les constatations laparoscopiques les plus courantes chez les patientes présentant ou non une douleur pelvienne étaient l'endométriose et les adhérences. De multiples techniques d'adhésiolyse ont été utilisées et les issues de la chirurgie allaient de l'absence d'un soulagement de la douleur au soulagement de cette dernière chez 90 % des patientes. Les auteurs en ont conclu que la corrélation entre la douleur pelvienne et les adhérences demeure incertaine. Il n'a pas été démontré, dans le cadre d'études cliniques randomisées, que l'adhésiolyse était efficace pour la maîtrise de la douleur.

SYNDROME INFLAMMATOIRE PELVIEN (SIP)

Le SIP est une pathologie courante qui entraîne plusieurs séquelles à long terme, dont l'une est la DPC. Cette dernière a été signalée chez de 18 % à 33 % des femmes à la suite d'un épisode de SIP, peu importe le mode d'antibiothérapie^{45,46}. Le résultat correspondant était de 5 % dans le cadre d'une série comparative portant sur des femmes n'ayant jamais connu le SIP⁴³. Bien que l'on estime que les adhérences pelviennes à la suite d'un SIP soient à l'origine de la DPC, l'étiologie exacte de celle-ci demeure inconnue. Une étude a indiqué une diminution de la santé physique et mentale chez les femmes présentant une DPC à

la suite d'un SIP⁴⁷. Il était moins probable que les femmes présentant une DPC soient de race noire ($P < 0,001$) et plus probable qu'elles signalent des antécédents de SIP ($P < 0,004$), un nombre accru d'épisodes précédents de SIP ($P < 0,001$) et une poursuite de la douleur pelvienne à 30 jours ($P < 0,001$). La DPC a été associée à un âge accru ($P = 0,079$), au fait d'être mariée ($P = 0,084$), à une éducation moindre ($P = 0,074$), ainsi qu'à un délai de trois jours ou plus entre l'apparition des symptômes de SIP et le traitement ($P = 0,182$). La DPC a également été associée à des scores composite de santé physique ($P < 0,001$) et mentale ($P < 0,001$) moindres, 5 jours après l'inscription⁴⁵.

Chez les 684 femmes sexuellement active présentant un SIP qui ont fait l'objet d'un suivi pendant une période moyenne de 35 mois⁴⁸, le recours au condom signalé par la patiente, persistant et uniforme a été associé à des taux moindres de séquelles du SIP. À la suite de la neutralisation des effets des covariables, le risque relatif des utilisatrices de condoms par comparaison avec les non-utilisatrices était de 0,5 (IC à 95 %, 0,3–0,9) pour le SIP récurrent, de 0,7 (IC à 95 %, 0,5–1,2) pour le DPC et de 0,4 (IC à 95 %, 0,2–0,2) pour l'infertilité.

KYSTES OVARIENS

La DPC unilatérale est souvent attribuée à la présence de kystes ovariens, le cas échéant. Cependant, les kystes ovariens chroniques ne provoquent habituellement pas de douleur. Bien que des études de faible envergure aient indiqué la réussite de la prise en charge de la DPC chez des patientes présentant des kystes ovariens⁴⁹, aucun essai clinique randomisé ne s'est penché sur cette question.

SYNDROME DE L'OVAIRE RÉSIDUEL

Le syndrome de l'ovaire résiduel est caractérisé par une douleur pelvienne récurrente ou par une masse pelvienne persistante à la suite de l'hystérectomie⁵⁰.

Une étude a signalé une incidence du syndrome de l'ovaire résiduel de 2,8 % (73 cas), sur une période de 20 ans, à la suite de 2 561 hystérectomies avec conservation de l'un ou des deux ovaires⁵¹. Il n'y avait aucune corrélation entre la conservation ovarienne unilatérale ou bilatérale et l'apparition d'un syndrome de l'ovaire résiduel. Parmi les indications du retrait de l'un ou des deux ovaires résiduels, on trouvait la DPC chez 52 patientes (2,0 %), une masse pelvienne asymptomatique persistante chez 18 patientes (0,7 %) et une douleur pelvienne aiguë chez trois patientes (0,1 %). Une réexploration a eu lieu dans les cinq ans, chez 1,3 % des patientes, et dans les 10 ans, chez 2,1 % des patientes. Une tumeur maligne ovarienne a été constatée chez neuf femmes (séreuse chez six patientes, mucineuse chez une patiente et limite chez deux patientes), pour un

taux de 3,5 par 1 000 cas dans le cadre desquels les ovaires avaient été conservés. Parmi les indications de l'hystérectomie, on trouvait des combinaisons d'utérus fibreux (chez 62 patientes), de saignements utérins anormaux (chez 34 patientes), de prolapsus utérin (chez 8 patientes) et de néoplasie intra-épithéliale cervicale de grade 1 (chez une patiente).

SYNDROME DE L'OVAIRE RESTANT

Le syndrome de l'ovaire restant se définit par la persistance de tissus ovariens fonctionnels à la suite de l'ablation voulue de l'ovaire. L'incidence réelle du syndrome de l'ovaire restant est inconnue. La présence de cette pathologie n'est pas souvent soupçonnée chez les femmes présentant une DPC qui ont subi une ovariectomie⁵². Ce syndrome est attribuable à la dissection et à l'ablation inintentionnellement incomplète de l'ovaire au cours d'une ovariectomie difficile ou d'urgence, ou encore à l'implantation et à la croissance de tissus ovariens déplacés dans l'abdomen ou la cavité pelvienne pendant l'ovariectomie. Cette pathologie est souvent constatée chez des patientes présentant une endométriose et des adhérences pelviennes graves ou des pathologies similaires associées à des adhérences pelviennes graves.

Dans le cadre d'une étude de cohorte portant sur 119 femmes présentant une DPC qui avaient déjà subi une ovariectomie, des résidus ovariens ont été constatés chez 18 % d'entre elles⁵³. Cinq ans à la suite de l'excision des résidus ovariens, 80 % des femmes ont signalé une résolution complète de la DPC. Les femmes présentant des résidus ovariens peuvent également présenter une DPC, parfois cyclique, ou encore une masse pelvienne. L'absence de symptômes vasomoteurs devrait laisser soupçonner la présence d'un syndrome de l'ovaire restant chez une femme présentant une DPC et ayant déjà subi une ovariectomie bilatérale. À l'examen vaginal, un kyste pelvien latéral douloureux peut être palpé. Les taux préménopausiques d'hormone folliculo-stimulante et d'œstradiol, ainsi que le dépistage échographique d'une structure kystique pelvienne, s'avèrent utiles en ce qui concerne le diagnostic.

La prise en charge du syndrome de l'ovaire restant peut être tentée à l'aide d'agents tels que les analogues de la Gn-RH accompagnés d'un traitement de compensation. Aucun rapport ne mentionne l'existence de séries importantes traitant de cette question. À l'heure actuelle, la principale option de prise en charge demeure l'excision chirurgicale du résidu ovarien au moyen d'une approche rétropéritonéale, d'une large excision locale et de la libération opératoire des adhérences^{39,54}. Les risques de lésions urétériques et intestinales devraient faire l'objet de discussions avec la patiente avant l'intervention.

SYNDROME DE CONGESTION PELVIENNE

Depuis plus d'un demi-siècle, la présence de veines pelviennes dilatées est constatée chez certaines femmes présentant une DPC. Parmi les symptômes, on peut trouver une douleur permanente sourde, ainsi que des troubles menstruels. Des varices vulvaires peuvent y être associées. La veinographie pelvienne, l'échographie Doppler et l'IRM ont toutes été utilisées pour diagnostiquer le syndrome de congestion pelvienne⁵⁵⁻⁵⁷. Une récente étude portant sur des donneurs de rein asymptomatiques a indiqué une incidence de 38 % en matière de syndrome de congestion pelvienne, diagnostiqué par dépistage IRM de veines pelviennes dilatées. Le recours à l'hystérectomie, à titre d'option de prise en charge du syndrome de congestion pelvienne, n'est plus au goût du jour. Bien qu'il y ait eu des exposés de cas portant sur la ligature et l'embolisation percutanée de la veine ovarienne, aucun essai clinique comparatif n'a évalué l'innocuité et l'efficacité à long terme de ces approches.

DPC POST-HYSTÉRECTOMIE

La DPC est mentionnée à titre de principale indication préopératoire pour de 10 % à 12 % des hystérectomies effectuées aux États-Unis^{58,59} et au Canada¹⁴. Stoval et coll.⁶⁰ ont évalué 99 femmes présentant une DPC d'étiologie inconnue, après avoir écarté la présence possible d'une endométriose ou d'adhérences. L'analyse histopathologique de spécimens chirurgicaux a révélé la présence d'une adénomyose, chez 20 % des patientes, de fibromes, chez 12 % des patientes, et des deux, chez 2 % des patientes. À la suite d'un suivi moyen de 22 mois, 22 % des femmes ont signalé la présence d'une douleur pelvienne persistante.

Hillis et coll.⁵⁹ se sont penchés sur une étude de cohorte prospective portant sur 279 femmes de la *Collaborative Review of Sterilization Study* (CREST) qui ont subi une hystérectomie non urgente pour le soulagement de la DPC. Après un an, 74 % de ces femmes ont signalé une résolution complète de la douleur; 21 %, une douleur atténuée mais tout de même présente; et 5 %, une douleur inchangée ou accrue. La probabilité de constater une douleur persistante était accrue chez les femmes de moins de 30 ans, chez les femmes pour lesquelles aucune pathologie pelvienne n'avait été dépistée, chez les femmes désavantagées sur le plan économique, chez les femmes comptant plus de deux grossesses et chez les femmes présentant des antécédents de SIP. Dans chacun de ces sous-groupes, de 30 % à 40 % des femmes ont continué à présenter une douleur pelvienne. Il n'a pas été établi que la salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale avait un rôle à jouer.

Un groupe distinct de 97 femmes, chez lesquelles la dysménorrhée constituait la plainte principale, ont signalé la résolution (95 %), la diminution (4 %) ou la non-modification (1 %) de leur dysménorrhée un an après l'hystérectomie⁵⁹.

ENDOMÉTRIOSE POST-HYSTÉRECTOMIE

Chez les femmes ayant déjà subi une hystérectomie et une SOB (en raison de pathologies différentes), et lorsqu'une laparoscopie avait été effectuée en raison d'une DPC, une endométriose a été constatée dans 34 % des cas⁶¹.

DOULEUR PELVIENNE EN L'ABSENCE D'ORGANES PELVIENS GÉNITAUX

Behera et associés⁶² ont évalué par laparoscopie 115 femmes, âgées de 22 à 68 ans, présentant une douleur chronique à la suite d'une hystérectomie et d'une SOB. Les constatations laparoscopiques se sont réparties comme suit : adhérences, chez 107 patientes; résidus annexiels, chez 32 patientes (ovariens, chez 26 patientes, et tubaire, chez 6 patientes); appendice anormal, chez 19 patientes; et péritoine anormal, chez 14 patientes. Quatre biopsies péritonéales ont révélé la présence d'une endométriose. Six appendices portaient des signes de maladie : endométriose (deux cas), inflammation chronique (un cas) et lumière oblitérée (trois cas). Des 104 patientes qui ont fait l'objet d'un suivi pendant une période allant de 1 à 12 ans, 61 (59 %) ont signalé une atténuation de la douleur, tandis que les 43 autres n'ont signalé aucune modification. Une atténuation de la douleur a été signalée par 70 % de celles qui présentaient des résidus ovariens, 62 % de celles qui présentaient une endométriose, 52 % de celles qui avaient subi une adhésiolyse et 50 % de celles qui avaient subi une appendicectomie.

FIBROMES UTÉRINS

Les fibromes utérins (léiomyomes) sont des tumeurs monoclonales bénignes dérivées du muscle lisse de l'utérus. Ces tumeurs peuvent être attribuables à des pléomorphismes génétiques, en présence d'une interaction génétique-environnement. Elles peuvent être sous-muqueuses, intramurales, sous-séreuses ou pédiculées. Une directive clinique détaillée sur les myomes utérins a été publiée dans le *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada* en 2003⁶³. Bien que la dysménorrhée et les symptômes associés à la pression pelvienne puissent être attribuables à la présence de fibromes, d'autres pathologies (telles que l'endométriose, l'adénomyose, le syndrome du côlon irritable et la cystite interstitielle) devraient être soupçonnées lorsque la douleur constitue le principal symptôme que présentent les patientes.

La douleur associée aux fibromes utérins peut prendre la forme d'une dysménorrhée, de symptômes associés à la pression, ou les deux. Parmi les moyens pouvant mener à l'atténuation de la douleur chronique, on trouve la résection des fibromes utérins sous-muqueux associés à la ménorrhagie et à la dysménorrhée, ainsi que la myomectomie ou l'hystérectomie en présence de fibromes utérins larges et symptomatiques. Cependant, aucun essai clinique ne s'est particulièrement penché sur l'évaluation du recours à l'intervention chirurgicale visant les fibromes utérins pour la prise en charge de la DPC.

La *Maine Women's Health Study*⁶⁴, étude de cohorte prospective portant sur 418 femmes devant subir une hystérectomie, a constaté que 35 % des interventions étaient effectuées en raison de fibromes utérins. L'hystérectomie s'est avérée grandement efficace pour le soulagement des symptômes et a été associée à une nette amélioration de la qualité de vie.

TORSION ANNEXIELLE

La torsion annexielle peut provoquer de la douleur par l'intermédiaire de modifications tissulaires mécaniques, hypoxiques ou chimiques. La DPC unilatérale est souvent attribuée à la présence de kystes ovariens, le cas échéant. Cependant, les kystes ovariens chroniques ne provoquent habituellement pas de douleur. Bien que des études de faible envergure aient indiqué la réussite de la prise en charge de la DPC chez des patientes présentant des kystes ovariens⁴⁹, aucun essai clinique randomisé ne s'est penché sur cette question.

Recommandations

1. Le recours à l'hystérectomie (avec conservation des ovaires) pour la prise en charge de l'endométriose ou de l'adénomyose peut s'avérer une solution de rechange acceptable. La patiente devrait être avisée des conséquences possibles (syndrome de l'ovaire résiduel, douleur persistante et réactivation de l'endométriose) d'une telle intervention. (II-2A)

2. La décision d'avoir recours à la kystectomie ovarienne, plutôt qu'à l'ovariectomie, devrait être personnalisée, en fonction de l'âge et des souhaits de la patiente, des questions entourant la fertilité et de la faisabilité chirurgicale. (II-3B)

3. La prise en charge des fibromes utérins symptomatiques devrait respecter les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (II-3B)

4. La prise en charge de la torsion annexielle devrait être déterminée en fonction de l'âge et des souhaits de la patiente, des questions entourant la fertilité et de la faisabilité chirurgicale. (II-3B)

5. Puisque, en présence d'une hormonothérapie substitutive (HTS), le taux de récurrence de l'endométriose chez les femmes qui subissent une hystérectomie accompagnée d'une salpingo-ovariectomie bilatérale (SOB) est très faible, l'HTS ne devrait pas être contre-indiquée. (I-B)

6. Chez les femmes dont l'utérus est intact, lorsqu'une hystérectomie totale n'a pu être effectuée en raison de difficultés techniques, la récurrence de l'endométriose entraîne la contre-indication du recours à l'HTS. (I-B)

7. En présence de symptômes graves et face à l'échec des autres traitements, le recours à l'hystérectomie peut s'avérer indiqué lorsque le maintien de la fertilité n'est plus souhaité. (I-B)

8. Les anomalies (poches) péritonéales pelviennes sont fréquemment associées à l'endométriose et devraient faire l'objet d'une prise en charge chirurgicale. (II-B)

9. L'endosalpingiose constitue un résultat histologique accessoire et ne semble pas nécessiter une prise en charge particulière. (II-2B)

10. Les résultats actuels ne soutiennent pas l'exécution systématique d'une adhésiolyse en présence d'une douleur pelvienne chronique. Cependant, le recours à la laparoscopie diagnostique demeure utile. (I-B)

RÉFÉRENCES

1. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. « The Canadian Consensus Conference on Endometriosis », *J Soc Obstet Gynaecol Can*, vol. 21, n° 5-6, 1999, p. 1-67.
2. Barbieri RL. « Etiology and epidemiology of endometriosis », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 162, 1990, p. 565-7.
3. Howard FM. « The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls », *Obstet Gynecol Surv*, vol. 48, 1993, p. 357-87.
4. Cramer DW, Missmer SA. « The epidemiology of endometriosis », *Ann N Y Acad Sci*, vol. 955, 2002, p. 11-22.
5. Rawson JMR. « Prevalence of endometriosis in asymptomatic women », *J Reprod Med*, vol. 36, 1991, p. 513-5.
6. Kistner RW. *Gynecology: principles and practice*, Chicago : Year Book Medical Publishers, 1979, p. 447.
7. Prentice A, Deary AJ, Bland E. « Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis (Cochrane review) », dans : *The Cochrane Library*, numéro 2, 2004, Chichester (England) : Wiley.
8. Selak V, Farquhar C, Prentice A, Singla A. « Danazol for pelvic pain associated with endometriosis (Cochrane review) », dans : *The Cochrane Library*, numéro 2, 2004, Chichester (England) : Wiley.
9. Prentice A, Deary AJ, Goldbeck-Wood S, Farquhar C, Smith SK. « Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis (Cochrane review) », dans : *The Cochrane Library*, numéro 2, 2004, Chichester (England) : Wiley.
10. Moore J, Kennedy S, Prentice A. « Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis (Cochrane review) », dans : *The Cochrane Library*, numéro 2, 2004, Chichester (England) : Wiley.
11. Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N, Haines P. « Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis », *Fertil Steril*, vol. 62, 1994, p. 696-700.

12. Telimaa S, Ronnberg I, Kauppila A. « Placebo-controlled comparison of danazol and high-dose medroxyprogesterone acetate in the treatment of endometriosis after conservative surgery », *Gynecol Endocrinol*, vol. 1, 1987, p. 363–71.
13. Parazzini F, Fedele L, Busacca M, Falsetti L, Pellegrini S, Venturini PL et coll. « Postsurgical medical treatment of advanced endometriosis: results of a randomized clinical trial », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 171, 1994, p. 1205–7.
14. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Directives cliniques de la SOGC sur l'hystérectomie, *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 24, n° 1, 2002, p. 49–61.
15. Vayda E, Gentleman J, Walsh MN, Parsons GF. « Hysterectomy rates by diagnosis: variation among census division », *J Soc Obstet Gynaecol Can*, vol. 18, 1996, p. 315–25.
16. Dmowski WP, Radwanska E, Rana N. « Recurrent endometriosis following hysterectomy and oophorectomy: the role of residual ovarian fragments », *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 26, 1988, p. 93–103.
17. Matoras R, Elorriaga MA, Pijoan JI, Ramon O, Rodríguez-Escudero FJ. « Recurrence of endometriosis in women with bilateral adnexectomy (with or without hysterectomy) who received hormone replacement therapy », *Fertil Steril*, vol. 77, 2002, p. 303–8.
18. Namnoum AB, Hickman TN, Goodman SB, Gehlbach DL, Rock JA. « Incidence of symptom recurrence after hysterectomy for endometriosis », *Fertil Steril*, vol. 64, 1995, p. 898–902.
19. Sampson JA. « Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 14, 1927, p. 422.
20. Hesselting MH, De Wilde RL. « Endosalpingiosis in laparoscopy », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 7, 2000, p. 215–9.
21. Heinig J, Gottschalk I, Cirkel U, Diallo R. « Endosalpingiosis—An underestimated cause of chronic pelvic pain or an accidental finding? A retrospective study of 16 cases », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 103, 2002, p. 75–8.
22. Nikkanen V, Punnonen R. « Clinical significance of adenomyosis », *Ann Chir Gynaecol*, vol. 69, 1980, p. 278–80.
23. Bird CC, McElin TW, Manalo-Estrella P. « The elusive adenomyosis of the uterus revisited », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 112, 1972, p. 582–93.
24. Seidler D, Laing FC, Jeffrey RB Jr. « Uterine adenomyosis: a difficult sonographic diagnosis », *J Ultrasound Med*, vol. 6, 1987, p. 345–9.
25. Devlieger R, D'Hooghe TK, Timmerman D. « Uterine adenomyosis in the infertility clinic », *Hum Reprod Update*, vol. 9, 2003, p. 139–47.
26. Mori T, Nagasawa H. « Mechanisms of development of prolactin-induced adenomyosis in mice », *Acta Anat*, vol. 116, 1983, p. 46–54.
27. Reinhold C, Tafazoli F, Mehio A, Wang L, Atri M, Siegelman ES et coll. « Uterine adenomyosis: endovaginal US and MR imaging features with histopathologic correlation », *Radiographics*, vol. 19, 1999, p. 147–60.
28. Reinhold C, McCarthy S, Bret PM, Mehio A, Atri M, Zakarian R et coll. « Diffuse adenomyosis: comparison of endovaginal US and MR imaging with histopathologic correlation », *Radiology*, vol. 199, 1996, p. 151–8.
29. Mathur BBL, Shah BS, Bhende YM. « Adenomyosis uteri: a pathological study of 290 cases », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 84, 1962, p. 1820–8.
30. Siskin GP, Tublin ME, Stanken BF, Dowling K, Dolen EG. « Uterine artery embolization for the treatment of adenomyosis: clinical response and evaluation with MR imaging », *AJR Am J Roentgenol*, vol. 177, 2001, p. 297–302.
31. Matalliotakis IM, Kourtis AI, Panidis DK. « Adenomyosis », *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 30, 2003, p. 63–82.
32. Chatman DL. « Pelvic peritoneal defects and endometriosis: Allen-Masters syndrome revisited », *Fertil Steril*, vol. 36, 1981, p. 751–6.
33. Chatman DL, Zbella EA. « Pelvic peritoneal defects and endometriosis: further observations », *Fertil Steril*, vol. 46, 1986, p. 711–4.
34. Batt RE, Smith RA. « Embryologic theory of histogenesis of endometriosis in peritoneal pockets », *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 16, 1989, p. 15–28.
35. Redwine DB. « Peritoneal pockets and endometriosis. Confirmation of an important relationship, with further observations », *J Reprod Med*, vol. 34, 1989, p. 270–2.
36. Vilos GA, Vilos EC. « The location, histopathology and clinical significance of pelvic peritoneal pockets », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 2, n° 4, 1995, p. S57–8.
37. Vilos GA, Vilos AW, Haebe JJ. « Laparoscopic findings, management, histopathology and outcome of 25 women with cyclic leg pain », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 9, 2002, p. 145–51.
38. Peters AA, Trimbo-Kemper GC, Admiraal C, Trimbo JB, Hermans J. « A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 99, 1992, p. 59–62.
39. Diamond MP, Freeman ML. « Clinical implications of postsurgical adhesions », *Hum Reprod Update*, vol. 7, 2001, p. 567–76.
40. Ray NF, Denton WG, Thamer M, Henderson SC, Perry S. « Abdominal adhesiolysis: inpatient care and expenditures in the United States in 1994 », *J Am Coll Surg*, vol. 186, 1998, p. 1–9.
41. Howard FM. « Chronic pelvic pain », *Obstet Gynecol*, vol. 101, 2003, p. 594–611.
42. Steege JF, Stout AL. « Resolution of chronic pelvic pain after laparoscopic lysis of adhesions », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 165, 1991, p. 278–81.
43. Swank DJ, Swank-Bordewijk SCG, Hop WCJ, van Erp WFM, Janssen IMC, Bonjer HJ et coll. « Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial », *Lancet*, vol. 361, 2003, p. 1247–51.
44. Hammond A, Gago AL, Diamond MP. « Adhesions in patients with chronic pelvic pain—A role for adhesiolysis? », *Fertil Steril*, vol. 82, 2004, p. 1483–91.
45. Westrom L. « Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 138, 1980, p. 880–92.
46. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL et coll. « Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory diseases: results from the PID evaluation and clinical health (PEACH) randomized trial », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 186, 2002, p. 929–37.
47. Haggerty CL, Schulz R, Ness RB; PID Evaluation and Clinical Health Study Investigators. « Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease », *Obstet Gynecol*, vol. 102, n° 5 (partie 1), 2003, p. 934–9.
48. Ness RB, Randall H, Richter HE, Peipert JF, Montagno A, Soper DE et coll; Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health Study Investigators. « Condom use and the risk of recurrent pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, or infertility following an episode of pelvic inflammatory disease », *Am J Public Health*, vol. 94, 2004, p. 1327–9.
49. Hasson HH. « Laparoscopic management of ovarian cysts », *J Reprod Med*, vol. 35, 1990, p. 863–7.
50. Crogan RH. « Residual ovary », *Obstet Gynecol*, vol. 12, 1958, p. 329–32.
51. Dekel A, Efrat Z, Orieto R, Levy T, Dicker D, Gal R et coll. « The residual ovary syndrome: a 20 year experience », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 68, 1996, p. 159–64.
52. Webb MJ. « Ovarian remnant syndrome », *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, vol. 29, 1989, p. 433–5.

53. Abu-Rafeh B, Vilos GA, Misra M. « Frequency and laparoscopic management of ovarian remnant syndrome », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 10, 2003, p. 33–7.
54. Kamprath S, Possover M, Schneider A. « Description of a laparoscopic technique for treating patients with ovarian remnant syndrome », *Fertil Steril*, vol. 68, 1997, p. 663–7.
55. Beard RW, Reginald PW, Wadsworth J. « Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 95, 1988, p. 153–61.
56. Giacchetto C, Cotroneo GB, Marincolo F, Cammisuli F, Caruso G, Catizone F. « Ovarian varicocele: ultrasonic and phlebographic evaluation », *J Clin Ultrasound*, vol. 18, 1990, p. 551–5.
57. Gupta A, McCarthy S. « Pelvic varices as a cause of pelvic pain: MRI appearance », *Magn Reson Imaging*, vol. 12, 1994, p. 679–81.
58. Lee NC, Dicker RC, Rubin GL, Ory HW. « Confirmation of the preoperative diagnosis for hysterectomy », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 150, 1984, p. 283–7.
59. Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB. « The effectiveness of hysterectomy for chronic pelvic pain », *Obstet Gynecol*, vol. 86, 1995, p. 941–5.
60. Stoval TL, Ling FW, Crawford DA. « Hysterectomy for chronic pelvic pain of presumed uterine etiology », *Obstet Gynecol*, vol. 75, 1990, p. 676–8.
61. Nezhat FR, Admon D, Seidman D, Nezhat CH, Nezhat C. « The incidence of endometriosis in post hysterectomy women », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 1, n° 2, 1994, p. S24–5.
62. Behera M, Vilos GA, Abu-Rafea B. « Laparoscopic management of persistent chronic pelvic pain in women following hysterectomy and bilateral salpingoophorectomy (BSO) », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 10, n° 3, 2003, p. S40–1.
63. Lefebvre G, Vilos GA, Allaire C, Jeffrey J, Arneja J, Birch C et coll. « La prise en charge des léiomyomes utérins », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 25, 2003, p. 407–418.
64. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ Jr. « The Maine Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy », *Obstet Gynecol*, vol. 83, 1994, p. 556–65.

CHAPITRE 6 : CAUSES UROLOGIQUES ET GASTRO-INTESTINALES DE LA DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE

Louise Lapensée, MD, FRCSC

Montréal (Québec)

La douleur pelvienne chronique (DPC) est un syndrome complexe mettant en jeu des phénomènes biologiques et psychosociaux. Le présent chapitre se penche sur les causes urologiques et gastro-intestinales de la DPC (Tableau 6.1), particulièrement sur les deux causes les plus fréquemment constatées chez les femmes présentant une DPC.

CYSTITE INTERSTITIELLE (CI)

La CI est une pathologie inflammatoire chronique mal comprise qui affecte la vessie et dont l'étude est complexe et frustrante. Ses causes sont inconnues, sa pathophysiologie demeure incertaine et l'efficacité de ses schémas de traitement est discutable. La prévalence de la CI aux États-Unis est de 10 à 67/100 000, les femmes étant surreprésentées selon un rapport de 10 pour 1¹⁻³. Parmi les causes possibles de la CI, on trouve l'infection, l'obstruction lymphatique ou vasculaire, les déficits immunitaires, la déficience de la couche de glycosaminoglycane, la présence d'une substance urototoxique, des facteurs neuraux et la mastocytose primaire⁴.

Caractéristiques et signification sur le plan clinique

La plupart des patientes présentent une douleur pelvienne et des symptômes irritants liée à la miction (tels que la fréquence, l'urgence et la nycturie). Les patientes urinent de 8 à 15 fois par jour, le volume mictionnel moyen allant de 70 à 90 ml. La miction peut avoir lieu une ou deux fois par nuit. La douleur peut irradier vers quelque emplacement que ce soit dans le bassin, la région sus-pubienne, le périnée, la vulve, le vagin ou la région lombaire, et même dans la région médiale de la cuisse. La douleur peut être accentuée

Tableau 6.1 Causes urologiques et gastro-intestinales de la douleur pelvienne chronique

Urologiques	Gastro-intestinales
Cystite interstitielle (CI)	Syndrome du côlon irritable
Dysfonctionnement vésical	Constipation chronique
Maladies urétrales	Maladies diverticulaires
Tumeur vésicale	Maladie intestinale inflammatoire
Infection chronique des voies urinaires	Maladies appendiculaires
Cystite induite par la radiation	Diverticule de Meckel
Calcul rénal ou urolithiase	Lésions néoplasiques
	Occlusion intestinale intermittente chronique

au cours des relations sexuelles ou à la suite de ceux-ci. Les symptômes fluctuent au cours du cycle menstruel (et connaissent une flambée prémenstruelle) chez 18 % des femmes présentant une CI⁵. Les patientes présentent souvent des symptômes en chevauchement associés aux organes pelviens (urologiques, gastro-intestinaux, gynécologiques et liés au plancher pelvien). Jusqu'à 75 % des patientes présentant une DPC qui consultent un gynécologue connaissent des symptômes urologiques⁶.

Dans le cadre d'une étude rétrospective qui portait sur 60 femmes présentant une DPC⁷, on a noté que les patientes présentaient une dyspareunie et une dysménorrhée, conjointement avec la DPC, et ce, avec ou sans symptômes urinaires. Une sensibilité pelvienne,

Tableau 6.2 Critères et tests diagnostiques actuellement recommandés en matière de CI¹⁰

Cliniques	
Irritabilité vésicale et douleur	
Exclusion de l'infection et du cancer	
Scores diagnostiques en ce qui concerne les symptômes (p. ex. en fonction des indices de O'Leary et coll. ⁹)	
Cliniques et cystoscopiques (critères NIH-NIDDK)	
CI en présence ou non d'un ulcère	
Effectués à la suite d'une anesthésie générale ou d'une rachianesthésie	
Taux de sous-diagnostic de 60 %	
Utiles pour le pronostic	
Biopsie vésicale	
Propre au pays et à la région	
Faible taux diagnostique	
Morbidité	
Prédicteur de traitement	
Urodynamique	
Aucun besoin d'avoir recours à une étude urodynamique complexe	
Instabilité sensorielle ou motrice	
Test de sensibilité au chlorure de potassium	
Taux de sous-diagnostic de 25 %	
Taux élevés de faux-positifs et de faux-négatifs	
Potentiellement douloureux	
Marqueurs urinaires	
Glycoprotéine-51 et facteur antiprolifératif	
Potentiellement utiles	
NIH : <i>National Institutes of Health</i> ; NIDDK : <i>National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases</i>	

utérine et vésicale a été remarquée au moment de l'examen physique. Une laparoscopie, une cystoscopie et une hydrodistention de la vessie ont été effectuées pour chacune des patientes. Des 60 participantes, 58 (97 %) présentaient une CI selon les lignes directrices des *National Institutes of Health* (NIH) américains. Des 48 (80 %) participantes qui présentaient une endométriose active confirmée par biopsie, 47 (98 %) présentaient également une CI. Bien que couramment associée à la DPC, l'endométriose n'est pas toujours à l'origine de la douleur. Dans le cadre de cette étude, 78 % des patientes présentaient tant une endométriose qu'une CI. La décision de procéder à une cystoscopie ne devrait pas seulement être fondée sur les symptômes, puisqu'une telle façon de faire aurait ici mené à la non-identification de 25 % des femmes présentant une CI.

Dans le cadre d'une autre étude, 45 femmes devant subir une laparoscopie en raison d'une DPC ont été recrutées et soumises au dépistage de la CI au moyen des *Interstitial Cystitis Symptom Index and Problem Index*^{8,9}. Une cystoscopie avec hydrodistention de la vessie a été effectuée au moment de la

laparoscopie. La prévalence de la CI était de 38 %. Des 21 femmes présentant une endométriose, 7 (33 %) présentaient également une CI; des 10 femmes présentant des adhérences, 4 (40 %) présentaient également une CI; et des 14 femmes présentant des résultats laparoscopiques normaux, 6 (43 %) présentaient également une CI. La présence d'une CI n'était pas nécessairement en corrélation avec les constatations laparoscopiques. Ainsi, il n'est pas possible d'avancer que la cystoscopie n'est nécessaire qu'en présence de résultats laparoscopiques négatifs ou encore qu'il n'est pas nécessaire d'y avoir recours en présence d'une endométriose ou d'autres troubles pelviens. (III-C)

Diagnostic

Les critères et les tests diagnostiques de la CI sont controversés; le Tableau 6.2 décrit certains des critères et des tests qui sont actuellement recommandés. Puisque les critères des NIH et du *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases* sont trop restrictifs aux fins d'une utilisation clinique, le diagnostic clinique fondé sur les symptômes est de plus en plus populaire. La présence d'une hématurie microscopique ou d'infections devrait être

écartée au moyen d'une analyse d'urine et d'une mise en culture de l'urine. Lorsqu'une cystoscopie est effectuée, une glomérulation, une hémorragie sous-muqueuse et une hématurie terminale peuvent être constatées. L'hydrodistention mise en œuvre au moment de la cystoscopie s'avère thérapeutique chez de 20 % à 30 % des patientes, lesquelles en tirent un soulagement d'une durée allant de 3 à 6 mois^{10,11}. Les résultats cystoscopiques peuvent contribuer au pronostic, puisque les patientes présentant des ulcères et une capacité vésicale nettement réduite ne réagissent pas aussi favorablement au traitement^{10,12}. Le test de sensibilité intravésicale au chlorure de potassium (KCl) est un test diagnostique minimalement effractif visant la CI qui peut être effectué en cabinet. Ce test peut permettre l'identification d'un sous-groupe de patientes présentant une CI et un dysfonctionnement de la perméabilité épithéliale, ainsi que prédire la réaction au polysulfate de pentosan sodique (Elmiron)^{13,14}. Seules de 66 % à 75 % des patientes présentant une CI obtiendront des résultats positifs à la suite d'un test au KCl. Des résultats faux-positifs peuvent être obtenus en présence d'une instabilité du détrusor, de lésions attribuables à la radiation et d'une cystite bactérienne¹⁴.

Traitement

Parmi les options pour la prise en charge de la CI, on trouve les agents à action générale, la thérapie d'instillation et la prise en charge chirurgicale. Le polysulfate de pentosan sodique est souvent utilisé et il agit probablement en réparant la perméabilité altérée de la surface vésicale¹⁵. Seules de 28 % à 32 % des patientes connaîtront une amélioration de leur état à la suite de ce traitement¹³.

Une étude a évalué, de façon rétrospective, l'utilisation de contraceptifs oraux (CO) ou d'analogues de la gonadolibérine (Gn-RH) dans la prise en charge de la CI, en présence d'une flambée prémenstruelle des symptômes⁵. Des 23 femmes atteintes d'une CI connue qui présentaient des symptômes de vessie irritable fluctuant en fonction du cycle menstruel, 15 ont choisi de subir une laparoscopie, une autre cystoscopie et une hydrodistention. On leur a ensuite offert une cure de six mois aux analogues de la Gn-RH ou aux CO. Les symptômes ont connu une baisse marquée au cours de la thérapie chez huit des neuf femmes traitées aux analogues de la Gn-RH, mais sont réapparus chez cinq d'entre elles à la suite de l'arrêt du traitement. Des six femmes traitées aux CO, cinq ont connu une amélioration au cours du traitement. Les cinq femmes ne présentant pas une endométriose ont connu une amélioration à l'aide d'un traitement hormonal.

Résumé

La CI devrait toujours être envisagée dans le cadre du diagnostic différentiel de la DPC, particulièrement chez les femmes qui présentent une dyspareunie ou une douleur vésicale ou pelvienne, et ce, même si les symptômes connaissent une hausse pendant la période prémenstruelle. Les gynécologues, les urologues et les omnipraticiens devraient collaborer afin d'accroître leur précision diagnostique face à cette pathologie inhabituelle. Les cours de gynécologie ne s'attardent habituellement pas sur les syndromes issus de la vessie. La formation en urologie et en gastro-entérologie ne se consacre pas à l'étude des syndromes de douleur pelvienne. Les patientes atteintes d'une CI se retrouvent fréquemment au cabinet d'un gynécologue, ce qui explique en partie le délai habituel de plus de cinq ans avant l'obtention d'un diagnostic de CI^{16,17}.

SYNDROME DU CÔLON IRRITABLE (SCI)

Le SCI affecte jusqu'à 15 % des adultes, dont deux fois plus de femmes que d'hommes¹⁸. Les patientes présentent une douleur et un inconfort abdominaux, un ballonnement et un dérèglement des habitudes intestinales (diarrhée, constipation ou les deux). La pathophysiologie multifactorielle du SCI comprend ce qui suit : altération du transit intestinal, hypersensibilité viscérale et facteurs psychosociaux.

Caractéristiques et signification sur le plan clinique

On trouve des symptômes semblant indiquer la présence du SCI chez de 50 % à 80 % des patientes présentant une DPC¹⁹. Bon nombre de femmes atteintes du SCI consultent un gynécologue plutôt qu'un gastro-entérologue. Certaines maladies gynécologiques peuvent également être diagnostiquées à tort comme étant un SCI, ce qui indique un chevauchement entre les symptômes gynécologiques et gastro-intestinaux. En fait, le SCI peut être associé à la dyspareunie; de plus, les symptômes intestinaux connaissent une aggravation au cours des règles chez 50 % des femmes. On constate également une prévalence accrue de SCI chez les femmes orientées vers un spécialiste en raison d'une ménorragie et d'une métrorragie²⁰. Dans le cadre d'une étude portant sur 728 femmes orientées vers une clinique de gynécologie, la prévalence du SCI était de 37 %, par comparaison avec 28 % au sein d'un groupe témoin²¹. Des 71 femmes présentant une DPC qui ont consulté une clinique de gynécologie, 52 % présentaient des symptômes semblant indiquer la présence du SCI²². Un diagnostic gynécologique clair n'a été obtenu que chez 8 % des femmes présentant des symptômes de type SCI, par comparaison avec 44 % de celles ne présentant pas de tels symptômes. Après un an, 65 % des femmes présentant des symptômes de type SCI étaient toujours symptomatiques, par comparaison avec 32 % de celles qui ne présentaient pas

de tels symptômes. Dans le cadre d'une autre étude, le SCI a été diagnostiqué chez 48 % des femmes subissant une laparoscopie diagnostique en raison d'une DPC, 40 % des femmes subissant une hystérectomie non urgente et 32 % des témoins appariés en fonction de l'âge²³. La DPC constituait souvent le seul diagnostic pré-hystérectomie chez les patientes atteintes du SCI; de plus, il était beaucoup moins probable que ces dernières connaissent une atténuation des symptômes un an après la laparoscopie ou l'hystérectomie. Les femmes présentant une constipation grave peuvent également connaître une DPC; avant de consulter un gastro-entérologue, bon nombre d'entre elles subissent inutilement des chirurgies gynécologiques sans obtenir un soulagement de la douleur^{24,25}.

Diagnostic

Les critères de Rome II font actuellement figure de norme en matière de diagnostic clinique du SCI²⁶. Au cours de l'année précédente, la patiente devrait avoir connu plus de 12 semaines de douleur ou d'inconfort abdominal et présenté au moins deux des symptômes suivants :

- de la douleur ou de l'inconfort soulagé à la suite de la défécation,
- une association entre l'apparition de la douleur ou de l'inconfort et une modification de la fréquence des selles, et
- une association entre l'apparition de la douleur ou de l'inconfort et une modification de l'apparence des selles.

Les symptômes suivants peuvent également être associés au SCI, mais ne sont pas nécessaires aux fins du diagnostic :

- fréquence anormale de la défécation (moins de trois défécations par semaine ou plus de trois par jour),
- forme anormale des selles,
- émission anormale des selles (efforts d'expulsion, défécation impérieuse ou sensation d'évacuation incomplète), et
- émission de mucus.

En présence de ballonnement ou d'une sensation de distension abdominale, la présence possible d'une maladie organique doit être écartée. Pour les patientes de plus de 45 ans ou qui présentent des saignements rectaux, une perte pondérale, une anémie ou des antécédents familiaux de cancer colorectal, une colonoscopie ou une sigmoïdoscopie au moyen d'un lavement baryté et d'un instrument flexible devrait être effectuée. Pour les patientes de moins de 40 ans et présentant des antécédents négatifs, l'évaluation devrait comprendre une sigmoïdoscopie effectuée au moyen d'un instrument flexible. Les essais en laboratoire initiaux devraient probablement comprendre un hémogramme, une mesure des taux de thyroïdostimuline et des épreuves de fonction hépatique²⁷.

Traitement

La modification du régime alimentaire peut s'avérer bénéfique chez certaines patientes¹⁹. L'élimination du lactose, du sorbitol et du fructose de l'alimentation peut s'avérer utile. Près de 40 % des patientes atteintes du SCI présentent une intolérance au lactose. Les produits caféinés, les boissons gazeuses et les aliments flatulents devraient être évités, puisqu'ils contribuent au ballonnement. Le tabagisme et le mâchage de gomme mènent à une déglutition d'air accrue et peuvent accroître la quantité de gaz ou le ballonnement. La consommation excessive d'alcool peut mener à une défécation impérieuse accrue.

La prise en charge médicale du SCI est fondée sur les symptômes de la patiente. Lorsque la douleur constitue le symptôme prédominant, des antispasmodiques ou des composés tricycliques peuvent s'avérer utiles. Les patientes constipées retirent un avantage d'un apport accru en fibres alimentaires et de l'administration de laxatifs osmotiques, au besoin. Bon nombre de patientes présentent une quantité accrue de gaz lorsqu'elles augmentent leur apport en fibres alimentaires; de plus, environ 15 % d'entre elles ne peuvent tolérer les suppléments de fibres. L'utilisation à long terme de laxatifs stimulants devrait être déconseillée. La diarrhée peut parfois être prise en charge au moyen d'une hausse de l'apport en fibres alimentaires et de l'administration d'antidiarrhéiques, au besoin. Le loperamide (Imodium) est l'agent le plus couramment utilisé²⁸. Les agonistes des récepteurs de la sérotonine stimulent la motilité colique et peuvent entraîner une diminution de l'hypersensibilité viscérale. Selon plusieurs essais cliniques randomisés l'essence de menthe poivrée (soit l'une des principaux composants de plusieurs médicaments en vente libre visant le SCI) semble être efficace²⁹. Elle entraîne une diminution de la distension abdominale, de la fréquence des selles, des borborygmes et de la flatulence. Une étude randomisée, comparative avec placebo et à double insu a signalé une diminution notable de la douleur abdominale et de la nausée chez les femmes préménopausées présentant une maladie intestinale fonctionnelle qui étaient traitées au moyen d'analogues de la Gn-RH³⁰. Ceux-ci peuvent contribuer à minimiser l'utilisation à long terme d'autres médicaments sur ordonnance, bon nombre desquels n'offrent des effets que légèrement supérieurs à ceux d'un placebo.

La combinaison d'un traitement psychologique et d'une thérapie médicale entraîne une amélioration de la réaction clinique, par comparaison avec le recours à la thérapie médicale seulement³¹. Une étude a déterminé que 21 % des femmes de moins de 40 ans atteintes du SCI avaient subi une hystérectomie, alors que la moyenne nationale était de 6 %²². La question de savoir si cela est attribuable à un

diagnostic inexact de la part des gynécologues, à la présence de troubles multiples chez les femmes atteintes de SCI, ou encore à un lien étiologique entre les troubles gynécologiques et le SCI n'a pas été élucidée¹⁹.

DÉCLARATIONS SOMMAIRES

1. La présence de symptômes urinaires et gastro-intestinaux est souvent constatée chez les femmes présentant une DPC. (II-2)
2. La CI est une cause courante de DPC et coexiste souvent avec l'endométriose. (III)
3. Le SCI peut coexister avec d'autres maladies pelviennes ou constituer la seule cause de DPC chez les femmes. (II-2)
4. Le diagnostic de la CI ou du SCI chez les femmes présentant une DPC entraînera une amélioration de la prise en charge. (III)

Recommandations

1. Le recours à la cystoscopie effectuée par des spécialistes formés, avec ou sans laparoscopie diagnostique, devrait être envisagé lorsque l'on soupçonne la présence d'une cystite interstitielle (CI). (III-B)
2. Les femmes présentant une douleur pelvienne chronique nécessitent une évaluation gynécologique, urologique, gastro-entérologique et psychologique détaillée. Une évaluation appropriée peut mener à l'adoption d'un traitement optimal et à la diminution du nombre d'interventions inutiles. (III-B)

RÉFÉRENCES

1. Speizer FE, Hunter DJ, Curhan SG, Stampfer MJ. « Epidemiology of interstitial cystitis: a population based study », *J Urol*, vol. 161, 1999, p. 549–53.
2. Held P, Hanno P, Wein AJ. « Epidemiology of interstitial cystitis: 2 », dans : Hanno PM, Staskin DR, Krane RJ, Wein AJ, éditeurs. *Interstitial cystitis*, New York : Springer-Verlag, 1990, p. 29–48.
3. Jones CA, Nyberg L. « Epidemiology of interstitial cystitis », *Urology*, vol. 49, 1997, p. 2–9.
4. Wessellmann U. « Interstitial cystitis: a chronic visceral pain syndrome », *Urology*, vol. 57, (suppl. 6A), 2001, p. 32–9.
5. Lentz GM, Bavendam T, Stenchever MA, Miller JL, Smalldridge J. « Hormonal manipulation in women with chronic, cyclic irritable bladder symptoms and pelvic pain », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 186, 2002, p. 1268–71.
6. Parsons CL, Bullen M, Kahn BS, Stanford EJ, Willems JJ. « Gynecologic presentation of interstitial cystitis as detected by intravesical potassium sensitivity », *Obstet Gynecol*, vol. 98, 2001, p. 127–32.
7. Chung MK, Chung RR, Gordon D, Jennings C. « The evil twin of chronic pelvic pain syndrome: endometriosis and interstitial cystitis », *J Soc Laparosc Surg*, vol. 6, 2002, p. 311–4.
8. Clemons JL, Arya LA, Myers DL. « Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain », *Obstet Gynecol*, vol. 100, 2002, p. 337–41.
9. O'Leary MP, Sant GR, Fowler FJ Jr, Whitmore KE, Spolarich-Kroll J. « The Interstitial Cystitis Symptom Index and Problem Index », *Urology*, vol. 49, 1997, p. 58–63.
10. Sant GR, Hanno PM. « Interstitial cystitis: current issues and controversies in diagnosis », *Urology*, vol. 57, (suppl. 6A), 2001, p. 82–8.
11. Sant GR. « Interstitial cystitis », *Monogr Urol*, vol. 12, 1991, p. 37–63.
12. Sant GR, Theoharides TC. « Interstitial cystitis », *Curr Opin Urol*, vol. 9, 1999, p. 297–302.
13. Parsons CL, Greenberger M, Gabal L, Bidair M, Barme G. « The role of urinary potassium in the pathogenesis and diagnosis of interstitial cystitis », *J Urol*, vol. 159, 1998, p. 1862–6.
14. Gunter J. « Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment », *Obstet Gynecol Surv*, vol. 58, 2003, p. 615–23.
15. Moldwin RM, Sant GR. « Interstitial cystitis: a pathophysiology and treatment update », *Clin Obstet Gynecol*, vol. 45, 2002, p. 259–72.
16. Driscoll A, Teichman JM. « How do patients with interstitial cystitis present? », *J Urol*, vol. 166, 2001, p. 2118–20.
17. Kusez JW, Nyberg LM. « The epidemiology of interstitial cystitis: Is it time to expand our definition? », *Urology*, vol. 57, (suppl. 6A), 2001, p. 95–9.
18. Lifford KL, Barbieri RL. « Diagnosis and management of chronic pelvic pain », *Urol Clin North Am*, vol. 29, 2002, p. 637–47.
19. Howard FM. « Chronic pelvic pain », *Obstet Gynecol*, vol. 101, 2003, p. 594–611.
20. Gelbaya TA, El-Halwagy HE. « Focus on primary care: chronic pelvic pain in women », *Obstet Gynecol Surv*, vol. 56, 2001, p. 757–64.
21. Prior A, Wilson K, Whorwell PJ, Faragher EB. « Irritable bowel syndrome in the gynecologic clinic », *Dig Dis Sci*, vol. 34, 1989, p. 1820–4.
22. Prior A, Whorwell PJ. « Gynaecological consultation in patients with the irritable bowel syndrome », *Gut*, vol. 30, 1989, p. 996–8.
23. Longstreth GF, Preskill DB, Youkeles L. « Irritable bowel syndrome in women having diagnostic laparoscopy or hysterectomy. Relation to gynecological features and outcome », *Dig Dis Sci*, vol. 35, 1990, p. 1285–90.
24. Kamm MA, McLean A, Farthing MJG, Lennard-Jones JE. « Ultrasonography demonstrates no abnormality of pelvic structures in women with severe idiopathic constipation », *Gut*, vol. 30, 1989, p. 1241–3.
25. Kamm MA. « Chronic pelvic pain in women—Gastroenterological, gynaecological or psychological? », *Int J Colorect Dis*, vol. 12, 1997, p. 57–62.
26. Drossman DA. « The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process », *Gut*, vol. 45, (suppl. 2), 1999, p. 1–5.
27. Banerjee S, Farrell RJ, Lembo T. « Gastroenterological causes of pelvic pain », *World J Urol*, vol. 19, 2001, p. 166–72.
28. Efskind PS, Bernklev T, Vatn MH. « A double-blind placebo-controlled trial with loperamide in irritable bowel syndrome », *Scand J Gastroenterol*, vol. 3, 1996, p. 463–8.
29. Pittler MH, Ernst E. « Peppermint oil for irritable bowel syndrome: a critical review and metaanalysis », *Am J Gastroenterol*, vol. 93, 1998, p. 1131–5.
30. Mathias JR, Clench MH. « Effect of leuprolide acetate in treatment of abdominal pain and nausea in premenopausal women with functional bowel disease: a double-blind placebo-controlled randomized study », *Dig Dis Sci*, vol. 43, 1998, p. 1347–55.
31. Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B. « A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome », *Gastroenterology*, vol. 100, 1991, p. 405–7.