

# 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 débilante 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 B 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 multidisciplinaires pouvant assurer la prise en charge de cette pathologie.

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.

**Chapitre 7 : Dysfonctionnement myofascial**

1. Les fournisseurs de soins de santé devraient accroître leurs connaissances au sujet du dysfonctionnement myofascial à titre de cause de la douleur pelvienne chronique (DPC), ainsi qu'au sujet des options de traitement disponibles. (IB)
2. Les patientes devraient participer à la prise en charge de la DPC attribuable à un dysfonctionnement myofascial, en ayant activement recours à un programme d'étirement et d'exercice mis en œuvre à la maison. (II-2B)

**Chapitre 8 : Thérapie médicale — résultats en matière d'efficacité**

1. Le traitement aux opioïdes peut être envisagé pour la maîtrise de la douleur; toutefois, il doit être mis en œuvre sous une supervision adéquate. (II-3B)
2. Le traitement hormonal de la douleur pelvienne chronique d'origine gynécologique (y compris au moyen de contraceptifs oraux, de progestatifs, de danazol et d'agonistes de la gonadolibérine) a fait l'objet d'études approfondies et devrait être envisagé à titre de traitement de première intention pour de nombreuses femmes, particulièrement celles qui sont aux prises avec une endométriose. (I et II-1A)
3. Les médicaments adjuvants, tels que les antidépresseurs et les antibiotiques, peuvent contribuer à la prise en charge de situations particulières. (II-3B)

**Chapitre 9 : Chirurgie — résultats en matière d'efficacité**

1. Il faudrait se préoccuper de l'absence d'essais cliniques solides portant sur la prise en charge chirurgicale de la douleur pelvienne chronique. L'utilisation de modèles épidémiologiques différents, dont les essais cas-témoins et cohortes-témoins, devrait être envisagée. (III-A)

2. Il semble indiqué de préciser le rôle de l'appendicectomie et de la neurectomie antéro-sacrée dans la prise en charge de la douleur associée à l'endométriose. (III-A)

**Chapitre 11 : Prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique**

1. La prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique devrait être offerte, aux femmes présentant une douleur pelvienne chronique, dans le cadre du système public de soins de santé de chacune des provinces et de chacun des territoires du Canada. (III-B)

**Chapitre 14 : Orientations futures**

1. Le curriculum du perfectionnement professionnel devrait être élargi en vue d'inclure la théorie et les techniques propres à la prise en charge du dysfonctionnement myofascial. (A)
2. La recherche au sujet de la DPC devrait être favorisée, particulièrement dans les domaines de la thérapie génique, de la pathophysiologie du dysfonctionnement myofascial et des effets de la DPC sur l'utilisation des services de santé. Puisque la tenue d'essais randomisés pour l'obtention de résultats qualitatifs s'avère extrêmement difficile, des modèles de rechange robustes (tels que des essais cas-témoins ou cohortes-témoins) devraient être envisagés. (A)
3. Des méthodes visant à améliorer l'interaction avec les patientes devraient être explorées. Elles pourraient comprendre des approches contractuelles formelles quant à la prise en charge de la douleur à l'aide d'opiacés, ainsi que des efforts visant à mieux comprendre les besoins perçus par les patientes. (A)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 27, n° 9, 2005, p. 888–910

**CHAPITRE 7 : DYSFONCTIONNEMENT MYOFASCIAL**

Robert Gerwin, MD, FAANCS<sup>1</sup>; Paul Martyn, MB BS(Hons), FRCOG, FRCSC<sup>2</sup>; John F. Jarrell, MD, FRCSC, MSc, CSPQ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Baltimore (MD)

<sup>2</sup>Calgary (Alb.)

**INTRODUCTION**

Le diagnostic de douleur myofasciale abdominale et pelvienne est souvent négligé par le gynécologue de pratique générale. Reiter et Gambone<sup>1</sup> ont fait état de 122 patientes présentant une douleur pelvienne chronique (DPC) qui avaient été orientées vers une clinique multidisciplinaire, à la suite de l'obtention de résultats laparoscopiques négatifs, et qui avaient fait l'objet d'une évaluation médicale et psychologique exhaustive et d'un suivi d'au moins six mois à partir de la fin de la thérapie. La douleur myofasciale constituait le diagnostic somatique le plus courant; elle était en effet à l'origine de 30 % de ces diagnostics. Dans la plupart de ces cas, la douleur se situait au niveau de cicatrices de la partie inférieure de l'abdomen et réagissait bien aux injections visant les zones gâchettes et, dans trois cas, à la révision de cicatrice. Des troubles gastro-intestinaux et des troubles génito-urinaires ont été constatés chez 14 % et chez 11 % de ces 122 patientes, respectivement.

**ASPECTS PATHOPHYSIOLOGIQUES**

Au stade neuromusculaire, l'hyperactivité et l'irritabilité musculaires sont maintenues par des facteurs stressants mécaniques et posturaux, ainsi que par la contraction prolongée des muscles. Les lésions ou les microtraumatismes libèrent du calcium libre au sein des muscles. La perception consciente de la douleur provoque la défense musculaire et la contracture musculaire antalgique.

Au stade musculodystrophique, les muscles tentent, à la suite d'une activité contractile soutenue, de s'adapter en accroissant l'activité métabolique, ce qui entraîne une fibrose localisée<sup>2</sup>.

Travell et Simons<sup>3</sup> ont défini les zones gâchettes myofasciales comme suit : « un pôle d'hyperirritabilité au sein d'un muscle ou de son aponévrose qui est à l'origine de symptômes douloureux. Il projette la douleur selon un mode propre au muscle en question. Une zone gâchette active est toujours douloureuse, empêche l'allongement musculaire, projette de la douleur à la suite d'une compression directe, transmet une secousse musculaire locale et entraîne souvent un phénomène autonome projeté

**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 périodique<sup>24</sup>.

†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 périodique<sup>24</sup>.

spécifique se situant habituellement dans sa zone douloureuse cible ».

On croit que les zones gâchettes apparaissent dans les muscles en réaction à un stress aigu ou chronique causé par de nombreux facteurs, dont les microtraumatismes chroniques, les troubles du sommeil, la fatigue, les macrotraumatismes, les influences systémiques et le stress psychosocial. Elles peuvent également être attribuable à une compression chronique des nerfs, particulièrement lorsqu'une incision de Pfannenstiel a déjà été pratiquée dans la distribution des nerfs lombaires (du premier au troisième) et que le petit nerf abdomino-génital et le grand nerf abdomino-génital sont en cause. Elles peuvent apparaître dans les muscles grand droit et oblique de l'abdomen, les muscles fléchisseurs de la hanche (y compris les muscles iliaque et psoas), le groupe des adducteurs, le piriforme, les fessiers et la musculature du plancher pelvien, projetant ainsi de la douleur à l'intérieur et en périphérie de la paroi abdominale et du bassin<sup>3</sup>. Lorsqu'une zone gâchette de la paroi abdominale est palpée, il est possible que la patiente réagisse par un sursaut ou une secousse musculaire locale. Dans le cadre du test de Carnett, la région de sensibilité abdominale est palpée pendant que la patiente contracte, de façon volontaire, ses muscles abdominaux en soulevant la tête ou les jambes. Une intensification de la douleur indique

une origine myofasciale, tandis qu'une diminution de la douleur indique un trouble intrapéritonéal.

### **DOULEUR PELVIENNE MYOFASCIALE**

L'hypertonie du groupe des muscles releveurs de l'anus (fibromyosite du plancher pelvien) génère de la douleur mal localisée dans les régions périvaginales et périrectales. De la douleur peut également être ressentie dans les quadrants inférieurs de l'abdomen, les régions suspubiennes, le coccyx et la face postérieure de la cuisse. Le syndrome du piriforme constitue un problème semblable affectant le muscle piriforme adjacent. Ces troubles mettent en jeu un tonus de repos élevé en ce qui concerne les muscles et le fascia fixé au bassin osseux.

La cystite interstitielle (CI), la vulvodynie et le syndrome urétral associé à la fibromyosite du plancher pelvien peuvent contribuer à la douleur associée à ces pathologies<sup>4</sup>. La dyspareunie est courante chez les patientes qui présentent une CI.

Weiss<sup>5</sup> a récemment signalé des issues positives chez 52 patientes ayant fait appel à la physiothérapie manuelle pour la prise en charge de la CI et du syndrome urétral. Ce choix était justifié par le fait que les zones gâchettes myofasciales du plancher pelvien ne constituent pas seulement une source de douleur et de symptômes liés à la

miction, mais agissent également à titre de déclencheurs de symptômes vésicaux neurogènes. Une amélioration allant de modérée à marquée a été constatée chez 35 (83 %) des 42 patientes présentant un syndrome urétral, ainsi que chez 7 des 10 patientes présentant une CI. Une baisse du tonus de repos du plancher pelvien a été démontrée par électromyographie. Les symptômes étaient présents depuis une période allant de 6 à 14 ans.

La présence de cicatrices dans la paroi abdominale peut causer de la douleur abdominale ou pelvienne; dans de tels cas, cette douleur entraîne habituellement une limitation de la mobilité. De façon semblable, les cicatrices périnéales peuvent affecter la fonction sexuelle si la mobilité ne s'avère pas suffisante. La contraction musculaire réactive peut engendrer le vaginisme.

La douleur pelvienne myofasciale peut apparaître avec le temps, en réaction à la douleur causée par une maladie gynécologique ou en tant que résultat direct d'une anomalie de la mécanique corporelle ou d'autres problèmes. La différenciation de la cause de la douleur pelvienne s'avère souvent difficile pour le gynécologue; il est indiqué pour ce dernier de l'aborder conjointement avec un physiothérapeute.

## **SURVOL DU TRAITEMENT**

La sensibilisation de la patiente au fonctionnement du plancher pelvien est cruciale pour la réussite de la physiothérapie. L'apaisement physiologique et la relaxation générale au moyen de la rétroaction physiologique sont enseignés aux patientes.

Le relâchement manuel des tissus mous est essentiel pour la diminution du tonus et de la tension de repos du plancher pelvien. L'acupuncture peut également s'avérer bénéfique<sup>2</sup>. Il est important d'inactiver les zones gâchettes afin de ramener les muscles à leur longueur de repos normale avant de les renforcer. Les zones gâchettes peuvent faire l'objet d'une injection d'anesthésique local, d'un traitement à blanc au moyen d'une aiguille, d'un massage ou d'une pulvérisation d'anesthésique (tel que le chlorure d'éthyle), pour ensuite être activement étirées (il a été signalé que cette technique s'avérait efficace)<sup>3</sup>. Les physiothérapeutes peuvent utiliser d'autres modalités, telles que la stimulation galvanique à haute tension, les ultrasons, la chaleur et la glace. Des exercices thérapeutiques sont utilisés pour corriger la faiblesse, la constriction et les spasmes musculaires.

## **APPROCHE EN CABINET FACE AUX SOURCES MYOFASCIALES DE LA DOULEUR GYNÉCOLOGIQUE**

La douleur gynécologique (ou douleur d'origine pelvienne) peut prendre son origine dans les organes viscéraux du bassin, la paroi corporelle musculaire (y compris les muscles de l'abdomen et de la région de la colonne lombaire), les muscles de la région de la hanche et de la partie supérieure de la cuisse, et les nerfs lombosacrés (racines nerveuses et nerfs périphériques). La douleur viscérale compte une grande variété de causes, tant pathologiques (p. ex. causes associées aux lésions et à l'inflammation des tissus) que non pathologiques (p. ex. distension ou pression capsulaire accrue). La douleur musculaire, qu'il s'agisse des muscles de la paroi corporelle (p. ex. muscles de l'abdomen et de la région de la colonne lombaire) ou de ceux des hanches et des membres (p. ex. muscles fessiers et adducteurs), est associée à des bandes distinctes de dureté et de sensibilité musculaires (zones gâchettes myofasciales).

Les sources de douleur viscérales et myofasciales peuvent projeter de la douleur vers d'autres parties du corps. En particulier, la douleur viscérale peut être à l'origine de douleurs ressenties au niveau de la paroi corporelle et de la région de la hanche, tandis que les zones gâchettes myofasciales peuvent être à l'origine de douleurs prenant la forme d'une douleur profonde, tout comme si elles provenaient des viscères. Les zones gâchettes myofasciales sont également associées au dysfonctionnement des organes viscéraux, tel que le syndrome de la vessie irritable et le syndrome du côlon irritable. Certaines pathologies, telles que la CI associée à la pollakiurie et à de la douleur urinaire, peuvent être aggravées par la présence de zones gâchettes myofasciales dans l'abdomen, la région de la hanche et le plancher pelvien. Ces zones gâchettes peuvent également générer de la douleur ressentie comme provenant des organes pelviens; il se peut que cette douleur soit impossible à distinguer de celle qui est attribuable à l'endométriose.

Les zones gâchettes myofasciales sont causées par le stress ou la surutilisation des muscles et il est fort probable qu'elles soient associées à une ischémie locale, laquelle favorise tant l'apparition de la bande dure et contractée de la zone gâchette que la libération de substances vasoactives (lesquelles entraînent la vasodilatation et l'apparition d'un œdème neurogène, et activent les récepteurs nociceptifs des nerfs périphériques, ce qui est à l'origine de la douleur). L'examen physique permet l'identification des zones gâchettes. La prise en charge de la composante musculaire ou myofasciale des syndromes de douleur pelvienne s'effectue par l'inactivation de la zone gâchette à l'aide de moyens manuels (tels que la physiothérapie) ou du recours à

l'insertion d'aiguilles ou à l'injection d'un anesthésique local dans la zone gâchette. L'identification et la rectification des facteurs de prédisposition, d'initiation et de perpétuation associés au syndrome de douleur, que celle-ci soit musculaire ou viscérale, sont nécessaires pour compléter le traitement et réduire ou éliminer les risques de récurrence.

Le gynécologue peut examiner l'abdomen en vue d'y déceler de la sensibilité et des zones gâchettes myofasciales, tout en étant particulièrement à la recherche des zones qui reproduisent la douleur de la patiente. Le même examen peut être effectué en ce qui concerne les muscles du plancher pelvien, y compris les muscles obturateurs, piriformes et releveurs de l'anus. L'examen musculaire peut être mené au moment de l'examen pelvien ou de façon concomitante avec ce dernier. Un examen rigoureux visant à écarter la présence d'hernies de la paroi abdominale doit être effectué; de plus, le clinicien ne doit pas perdre de vue qu'il est possible que la douleur myofasciale coexiste avec d'autres troubles pelviens. Le gynécologue intéressé et averti peut prolonger l'examen, au besoin, à l'aide du protocole d'examen à niveaux multiples suivant, soit un examen de dépistage des causes mécaniques de la douleur affectant la région pelvienne. Ce protocole guide l'examineur tout au long du processus d'examen, en plus de lui indiquer la voie à suivre pour la prise en charge ou la rectification des dysfonctionnements structurels pelviens et lombaires qui accompagnent souvent les problèmes de douleur pelvienne viscérale. Le protocole présume qu'un examen neurologique visant des troubles affectant le petit nerf abdomino-génital, le grand nerf abdomino-génital, le nerf génitocrural et le nerf honteux interne a déjà été mené.

### Examen visant le fonctionnement et la symétrie de la hanche et de la région pelvienne

1. Évaluez la patiente en marche afin de dépister la scoliose et des anomalies du pied et du genou, telles que la pronation excessive du pied, la rotation de la jambe et du pied, et la difformité du genou.
2. Évaluez la patiente en position debout afin de dépister une asymétrie de la hauteur des épaules et de la crête iliaque. Lorsque l'épaule et la crête iliaque ipsilatérales sont toutes deux élevées, une scoliose en S est présente. Lorsque l'épaule et la crête iliaque contralatérales sont toutes deux élevées, une scoliose en C est présente. Dans l'un ou l'autre de ces cas, le clinicien doit déterminer si la scoliose est causée par une anomalie structurelle fixe ou une anomalie fonctionnelle rectifiable.
3. Évaluez la symétrie de l'épine iliaque postéro-supérieure (EIPS). Lorsqu'une EIPS est plus élevée que l'autre, cela indique la présence d'une bascule du bassin attribuable à une inégalité réelle ou à une

pseudo-inégalité de la longueur des jambes, ou encore la présence d'une torsion pelvienne (semblable à l'asymétrie de la hauteur de la crête iliaque).

4. Évaluez la symétrie de l'épine iliaque antéro-supérieure (EIAS). Lorsqu'une EIAS est plus élevée que l'autre, cela indique la présence d'une bascule ou d'une torsion pelvienne. Lorsque l'EIPS et l'EIAS sont toutes deux élevées d'un côté, cela indique la présence d'une inégalité réelle ou d'une pseudo-inégalité de la longueur des jambes. Lorsque l'EIPS et l'EIAS contralatérales sont élevées, cela indique la présence d'une torsion pelvienne.
5. Effectuez un test de flexion avant en position debout, tout en palpant les EIPS, afin de déterminer si ces dernières bougent de façon symétrique ou si l'une bouge plus rostralement que l'autre. Celle qui bouge est « hypermobile » et celle qui ne bouge pas aussi bien est « fixe » ou « hypomobile ». Lorsque les EIPS ne bougent pas de façon symétrique, cela indique la présence d'une torsion du bassin au cours de la flexion. Il est possible de constater une torsion en présence de quelque restriction ou déséquilibre du bassin que ce soit, y compris l'inégalité de la longueur des jambes, la rotation de l'os iliaque et l'hypomobilité de l'articulation sacro-iliaque. La séquence de l'examen vise à faire la distinction entre ces possibilités.
6. Effectuez un test de flexion avant en position assise. En présence d'une scoliose lorsque la patiente est en position assise, cela indique une asymétrie de la hauteur pelvienne ou un raccourcissement de l'un des muscles qui permet la flexion de la colonne vertébrale (muscle carré des lombes ou iliopsoas). Palpez les EIPS au moment où la patiente se penche vers l'avant. Les EIPS devraient bouger de façon symétrique. Lorsque les EIPS bougent de façon symétrique et que des résultats anormaux ont été obtenus dans le cadre du test de flexion avant en position debout, cela indique une anomalie causée par la rotation de l'os iliaque (torsion pelvienne). La position assise permet la stabilisation de l'os iliaque; ainsi, ce dernier ne pourra entrer en rotation lorsque le corps fléchit en position assise. Lorsque les EIPS bougent de façon asymétrique, cela indique une hypomobilité de l'articulation sacro-iliaque.
7. En présence de signes de rotation de l'os iliaque, rectifiez la situation. Le côté ipsilatéral, par rapport à l'EIPS en élévation ou en déplacement rostral, se trouve en rotation antérieure et doit plutôt se trouver en rotation postérieure. Cela peut être accompli au moyen de techniques faisant appel à l'énergie musculaire, soit en utilisant le muscle grand fessier pour engendrer une rotation postérieure de l'os iliaque et le muscle droit antérieur de la cuisse pour engendrer une rotation antérieure du même os.

8. Pour confirmer l'anomalie au moyen d'une deuxième position d'examen, demandez à la patiente de se coucher sur le dos et placez-vous au pied de la table d'examen. En demandant à la patiente de se tenir droite, vérifiez les hauteurs antérieure et postérieure des EIAS afin de déterminer si l'un des côtés est plus élevé que l'autre, ce qui indiquerait une rotation antérieure ou postérieure du bassin (laquelle accompagne une rotation antérieure ou postérieure du sacrum). Évaluez les positions des malléoles internes l'une par rapport à l'autre. Elles devraient se trouver au même niveau. Si tel n'est pas le cas, prenez note de celle qui est la plus élevée (ce qui vous permettra de déterminer laquelle des jambes est fonctionnellement plus courte). Demandez ensuite à la patiente de s'asseoir en glissant les jambes vers le bas, le tout s'accompagnant d'une rotation antérieure du bassin. Si l'un des côtés descend plus bas que l'autre, prenez-en note; ils devraient se déplacer de la même façon. Si tel n'est pas le cas, cela indique une rotation pelvienne. Le côté qui descend le plus bas présente une rotation antérieure. En général, les résultats des tests de flexion avant et ceux du test position couchée-position assise concordent. Rectifiez la rotation de la même façon que pour l'os iliaque.
9. Évaluez les niveaux de l'angle latéral inférieur du sacrum afin d'en dépister le basculement. Évaluez l'angle afin de dépister un déplacement antérieur ou postérieur. Un basculement sacré entraînera une hausse de la pression exercée sur l'articulation sacro-iliaque ipsilatérale.
10. Évaluez le fonctionnement du muscle moyen fessier à l'aide du test de Trendelenburg. Un affaissement de la hanche du côté opposé à la jambe portante indique une faiblesse, réelle ou fonctionnelle, du muscle moyen fessier. Examinez ce dernier afin d'y dépister des zones gâchettes. Lorsque de telles zones sont dépistées, elles devraient faire l'objet d'une prise en charge et le test de Trendelenburg devrait être mené à nouveau pour voir si l'on peut obtenir des résultats normaux.
11. Évaluez la symphyse pubienne afin d'y déceler de la sensibilité et pour en vérifier la symétrie. Si elle s'avère anormale, la symphyse devrait être mobilisée par l'activation des muscles adducteurs. La patiente est couchée sur le dos, les pieds joints et les hanches et genoux fléchis. Les genoux sont en abduction selon un angle allant de 45° à 60°. En vous tenant debout aux côtés de la patiente, placez un avant-bras entre les genoux de celle-ci, votre main sur le genou éloigné et votre coude contre le genou rapproché. Demandez à la patiente d'exercer une adduction des genoux contre votre avant-bras, les muscles adducteurs tireront ainsi sur la branche pubienne, ce qui élargira la symphyse pubienne. Mettez en œuvre cette intervention au même moment que l'évasement sacro-iliaque décrit à l'étape 13.
12. La patiente se trouve maintenant en décubitus ventral. En vous tenant debout aux côtés de la patiente, examinez le sacrum afin de déceler le mouvement de l'articulation sacro-iliaque. Le sacrum effectue une rotation selon un axe diagonal qui sépare un aspect supérieur de l'articulation et l'angle latéral inférieur qui lui est opposé. Appuyez sur un angle latéral inférieur tout en palpant l'aspect supérieur contralatéral de l'articulation. Le sacrum devrait balancer de l'autre côté de l'axe diagonal. Si tel n'est pas le cas, il doit être mobilisé.
13. Avant de mobiliser le sacrum, procédez à l'évasement des articulations sacro-iliaques en demandant à la patiente de se coucher sur le dos, les pieds joints et les hanches et genoux fléchis. Les cuisses se trouvent en abduction selon un angle allant de 45° à 60°. Placez vos mains sur la face externe (aspect latéral) des genoux de la patiente. Demandez à la patiente d'exercer une abduction des cuisses contre vos mains. Cela applique une force à vecteur latéral sur les os iliaques.
14. Pour mobiliser le sacrum, placez le côté hypermobile en position supérieure pendant que la patiente se trouve en décubitus latéral. Les jambes sont fléchies aux niveaux de la hanche et du genou. Si le côté hypermobile se trouve en rotation postérieure (le sillon sacré étant moins profond du côté hypermobile que du côté bougeant librement), il faut lui exercer une rotation antérieure. Pour ce faire, ramenez l'épaule supérieure vers l'avant au cours de la mobilisation de l'articulation sacro-iliaque. Si le côté hypermobile se trouve en rotation antérieure (le sillon sacré étant plus profond du côté hypermobile que du côté bougeant librement), placez l'épaule supérieure en position postérieure au cours de la mobilisation. La rectification de la rotation antérieure ou postérieure est accomplie en créant la condition opposée (rotation postérieure lorsque le côté est antérieur, rotation antérieure lorsque le côté est postérieur). À ce moment, demandez à la patiente de se positionner les genoux à l'extrémité de la table, chevilles et pieds joints, tout en s'assurant que ses chevilles et ses pieds se trouvent sur le côté de la table sans reposer sur celle-ci. Placez-vous devant la patiente sur le côté de la table, de façon à ce que les genoux de la patiente soient stabilisés par votre main gauche placée sous la cuisse, tout juste avant le genou. Placez votre main droite sur les chevilles de la patiente et imprimez lentement aux jambes un mouvement de rotation vers le bas (pendant de 5 à 10 secondes) jusqu'à l'atteinte d'un obstacle. Demandez à la patiente de faire appel à la technique

Lewit<sup>6</sup> de contraction et de relaxation post-isométrique afin de faciliter l'étirement et la mobilisation. Répétez cette séquence jusqu'à l'obtention d'un mouvement complet. Cette intervention permet de séparer l'os iliaque supérieur du sacrum, afin d'accroître l'espace articulaire et d'obtenir la mobilité.

### Examen musculaire visant les zones gâchettes myofasciales

Consignez les régions sensibles et la distribution de la douleur projetée des zones gâchettes myofasciales sur un diagramme corporel.

#### Niveau 1

La patiente est couchée sur le dos, les genoux fléchis et soutenus par un oreiller afin de détendre l'abdomen. Palpez la paroi abdominale (y compris les insertions des muscles abdominaux au niveau des rebords costaux, de la crête iliaque et des os pubiens) afin d'en évaluer la sensibilité et la constriction. Palpez dans les deux directions diagonales, afin de déceler des bandes linéaires serrées de muscle contracté dans les muscles obliques abdominaux externe et interne, ainsi qu'en direction verticale, afin de déceler des bandes serrées de muscle contracté dans les fibres horizontales du muscle transverse abdominal. Palpez le muscle grand droit de l'abdomen contre les fibres (c.-à-d. au moyen d'un mouvement transversal des doigts) afin de déceler des bandes musculaires serrées et contractées. Évaluez la sensibilité de la paroi abdominale tout au long de l'examen. Demandez ensuite à la patiente de distendre la paroi abdominale, de façon à l'éloigner du contenu de la cavité abdominale. La patiente devrait être en mesure de maintenir cette distension tout en pouvant respirer et vous parler. Palpez la paroi abdominale une fois de plus afin d'y déceler de la sensibilité (laquelle proviendra alors réellement de la paroi abdominale et non des organes internes) et des régions distinctes de dureté.

Palpez les muscles adducteurs de la région médiale de la cuisse afin d'y déceler des bandes de muscle serrées et de la sensibilité. Comprimez fermement tout point sensible pendant de 5 à 10 secondes afin de déclencher une douleur projetée, laquelle pourrait être ressentie dans l'aîne, la face interne de la cuisse ou (dans le cas du muscle grand adducteur) profondément dans le bassin, tout en étant mal localisée.

À ce moment, demandez à la patiente de se tourner en décubitus latéral, la tête et les bras soutenus par des oreillers. Positionnez la jambe supérieure derrière la jambe inférieure afin d'abaisser le bassin et d'accroître l'espace entre la cage thoracique et la crête iliaque, en vue de faciliter la palpation du muscle carré des lombes. Le bord latéral de ce muscle se trouve entre la 12<sup>e</sup> côte et la crête iliaque, directement

au-dessus des apophyses transverses de la colonne lombaire (au sein desquelles le muscle s'insère de façon médiale). Prenez note de toute bande serrée et de toute sensibilité dans ce muscle.

Palpez les muscles paradorsaux lombaires afin d'y déceler des bandes linéaires de dureté ou de raideur; de plus, prenez note de la distribution de toutes les douleurs projetées constatées.

Palpez les trois muscles fessiers (grand, moyen et petit), le muscle piriforme et les muscles tenseurs du fascia lata afin d'y déceler des bandes distinctes de dureté ou de raideur et de sensibilité; de plus, prenez note de la distribution de toutes les douleurs projetées constatées.

#### Niveau 2

La patiente est couchée sur le dos, le genou ipsilatéral (par rapport au côté faisant l'objet d'un examen) fléchi afin de détendre l'abdomen. Tenez-vous aux côtés de la patiente, les doigts de la main utilisée pour la palpation en position latérale par rapport au bord du muscle grand droit de l'abdomen, et en position caudale par rapport au niveau de l'ombilic. Placez l'autre main sur la main utilisée pour la palpation et guidez les doigts de celle-ci de façon à ce qu'ils pointent vers le muscle psoas. Enfoncez lentement la main dans l'abdomen, sur une période équivalant à six respirations de la patiente, afin de déplacer les intestins. Vos doigts en viendront à reposer contre le muscle psoas. Confirmez cet emplacement en bougeant le genou ipsilatéral de quelques pouces vers la poitrine, de façon à provoquer la contraction du psoas. Évaluez ce dernier afin d'y déceler de la sensibilité. Cette technique d'examen peut également être utilisée dans le cadre du traitement manuel du muscle.

Examinez l'obturateur interne en demandant à la patiente de se coucher sur le dos, pieds joints et jambes fléchies aux hanches et aux genoux (genoux écartés). Palpez le muscle postérieur (dorsal) jusqu'au muscle petit adducteur, là où il s'insère sur le fémur.

Palpez le muscle pectiné afin de déceler une douleur à l'aîne, puisqu'il est situé sous le paquet vasculo-nerveux fémoral. Palpez le muscle de façon médiale et supérieure par rapport à l'artère fémorale.

#### Niveau 3

Examinez le muscle releveur de l'anus par voie rectale, en faisant glisser le doigt utilisé pour la palpation de la face antérieure à la face postérieure de chaque côté, ainsi qu'en prenant note de toute sensibilité et de toute bande horizontale de constriction ou de dureté.

Examinez, par voie rectale ou vaginale, le muscle piriforme et le muscle obturateur interne afin d'y déceler de la sensibilité et des bandes distinctes de constriction.

Il faut chercher à reproduire, en tout ou en partie, la douleur de la patiente lorsque l'on examine les régions pelviennes et abdominales afin d'y déceler de la sensibilité et de la dureté musculaire.

## **PRISE EN CHARGE DES ZONES GÂCHETTES MYOFASCIALES**

### **Injections**

L'inactivation d'une zone gâchette par injection semble être attribuable à l'action mécanique exercée par l'aiguille sur la zone gâchette en question, puisqu'une telle inactivation peut également être obtenue par la seule insertion d'une aiguille dans la zone gâchette (sans injection d'un anesthésique local ou de quelque autre substance que ce soit). Toutefois, l'anesthésie locale s'avère plus confortable pour de nombreuses patientes et entraîne une réduction à durée accrue de la douleur liée aux zones gâchettes<sup>7,8</sup>.

Un soubresaut musculaire local ou un signalement de douleur projetée indique que la zone gâchette a été atteinte par l'aiguille. Une petite quantité d'anesthésique, habituellement 0,1 ou 0,2 ml, est injectée dans la zone gâchette. L'aiguille est retirée quelque peu, sans quitter la peau, et l'angle d'insertion est modifié; l'aiguille traverse ensuite le muscle pour atteindre une autre zone gâchette. Un volume conique de muscle peut ainsi être examiné, afin d'y déceler des zones gâchettes actives, sans avoir à retirer l'aiguille de la peau. La zone gâchette est explorée de cette façon jusqu'à ce qu'aucun autre soubresaut musculaire local ne soit constaté. À ce moment, la bande raide est habituellement disparue et la douleur spontanée de la zone gâchette s'est résorbée.

Depuis longtemps, on utilise de la procaine à cette fin, bien que, de nos jours, la lidocaïne soit aussi couramment utilisée. La procaine, en solution diluée de 0,5 %, compte une courte demi-vie, ce qui constitue un avantage lorsque la solution anesthésique se répand entre les plans tissulaires et engendre un bloc nerveux. Il a été démontré que, lorsqu'elle est diluée à 0,25 % dans de l'eau, la lidocaïne génère le moins de douleur à la suite de l'injection, et ce, bien qu'elle agisse tout aussi bien (douleur minimale à la suite de l'injection) lorsqu'on la dilue dans une solution saline normale. Des glucocorticostéroïdes et du kétorolac ont également été utilisés; toutefois, ils n'ont pas fait l'objet d'études comparant leur efficacité à celle de l'anesthésie locale ou de l'insertion d'aiguilles. Les stéroïdes comptent le désavantage d'être myotoxiques à l'échelle locale; de plus, leur administration répétée peut engendrer l'apparition de tous les effets indésirables qui leur sont associés. En présence d'une allergie aux anesthésiques locaux, on peut avoir recours à l'injection d'une solution saline ou à la simple insertion d'aiguilles. Une analyse systématique de la

littérature n'a constaté aucun avantage à l'ajout de quelque substance que ce soit (stéroïdes, kétorolac ou encore vitamine B<sub>12</sub>, laquelle est parfois ajoutée au mélange) à la solution injectée<sup>9</sup>.

La toxine botulinique a été utilisée avec succès aux fins de l'inactivation de zones gâchettes<sup>10-12</sup>. Elle présente un intérêt particulier dans la prise en charge des syndromes de douleur myofasciale, y compris les céphalées myogènes ou d'origine musculaire, puisqu'elle exerce un effet direct sur les mécanismes de la douleur et sur la contraction musculaire<sup>13</sup>.

Il n'existe aucune limite quant au nombre d'injections pouvant être effectuées sur des zones gâchettes. Le bien-être de la patiente et le bon sens doivent donc guider la décision du clinicien. Quoi qu'il en soit, un nombre suffisant de muscles de la région affectée doivent faire l'objet d'un traitement, afin d'assurer la résorption d'un syndrome de douleur myofasciale régionale et de permettre un étirement efficace. De cinq à dix sites de zones gâchettes peuvent facilement être pris en charge à chaque session de traitement; certains médecins expérimentés parviennent même à en traiter un nombre considérablement accru dans le cadre d'une seule session. Il est préférable de prévoir un intervalle d'une semaine avant de répéter l'administration d'injections dans une même région, et ce, afin de permettre au muscle de récupérer. Les complications sont peu fréquentes et comprennent ce qui suit : saignement, douleur et, rarement, anaphylaxie (lorsque des anesthésiques locaux sont utilisés). Le fait de ne pas porter une attention adéquate aux aspects post-injection du traitement mène à l'échec du soulagement de la douleur.

Gunn et coll.<sup>14,15</sup> ont fait état d'une méthode d'inactivation des zones gâchettes connue sous le nom de « stimulation intramusculaire » (SIM). La SIM met en jeu l'insertion d'une aiguille directement dans la zone gâchette et constitue une forme de traitement à blanc au moyen d'une aiguille. Elle peut être combinée à une stimulation électrique par l'intermédiaire de l'aiguille (stimulation électroneurale percutanée). Aucune de ces techniques n'a fait l'objet d'essais cliniques en visant l'efficacité.

Il est possible d'éviter le contenu abdominal en exerçant une pression sur la paroi abdominale au moyen d'un abaisse-langue ou d'un doigt, de façon à ce que l'aiguille puisse être insérée latéralement dans la zone gâchette de la paroi et sans que l'on s'expose au risque de voir l'injection traverser cette dernière et atteindre les intestins. Il est possible d'administrer un traitement à blanc au moyen d'une aiguille ou une injection, aux zones gâchettes de la paroi abdominale latérale, en saisissant la musculature de la paroi entre le pouce et les autres doigts afin de déplacer les

intestins, et en insérant l'aiguille, de façon perpendiculaire au plan du muscle, dans le muscle ainsi saisi.

Une injection peut être administrée au muscle piriforme à partir de l'extérieur (de façon percutanée), à la suite de l'identification du muscle par palpation, entre l'insertion trochantérienne supérieure du muscle et l'origine sacrée du muscle, sous l'EIPS.

Une injection peut être administrée à l'obturateur interne à partir de l'extérieur du bassin ou à travers le vagin. Mme Rhonda Kotarinos, physiothérapeute de Chicago, utilise une flûte de métal pour guider l'aiguille jusqu'à la zone gâchette musculaire lorsque ses collègues gynécologues procèdent à une injection à travers le vagin.

Il est possible d'administrer une injection au muscle releveur de l'anus en insérant l'aiguille de façon latérale et quelque peu ventrale par rapport au coccyx, un des doigts de la main libre se trouvant dans le rectum (au niveau de la zone gâchette) pour guider l'aiguille.

### Physiothérapie

L'objectif de la physiothérapie, en ce qui concerne le syndrome de douleur myofasciale, consiste à restaurer le fonctionnement de la personne affectée. Le dysfonctionnement résulte de la douleur qui nuit à l'utilisation d'une partie du corps ou au sommeil. Il est donc attribuable aux manifestations de la zone gâchette, soit la sensibilité, le raccourcissement du muscle (accompagné de la limitation de l'amplitude du mouvement ou de la douleur qui en résulte) et la faiblesse. La douleur projetée fait partie de la catégorie des limitations associées à la douleur, malgré le fait que les zones gâchettes peuvent se trouver dans la zone de douleur projetée.

La physiothérapie, ou plus précisément la thérapie manuelle, vise la diminution de la douleur et la restauration d'une amplitude du mouvement normale et indolore. Bien que ce traitement entraîne une baisse de la douleur projetée, les zones gâchettes se trouvant dans la zone de cette dernière doivent également faire l'objet d'un traitement direct.

Un des protocoles de traitement qui s'est avéré efficace dans le cadre de nos recherches a été adapté des travaux de Dejong<sup>3</sup> de Suisse et de Travell et Simons<sup>3</sup> des États-Unis. Les techniques en question ont été influencées par les travaux de Gunn<sup>14</sup> du Canada et de Lewit<sup>6</sup> de la Tchécoslovaquie.

Le protocole met en jeu la diminution ou l'élimination de la douleur par l'application d'une pression digitale directe sur la zone gâchette, c'est-à-dire la partie douloureuse de la bande musculaire dure ou raide. Une diminution de la douleur est généralement constatée dans les 15 à

20 secondes et la relaxation de la bande raide se produit habituellement dans la minute qui suit la compression. Cette dernière est suivie d'un étirement ferme du segment local du muscle : un doigt est glissé le long de la bande raide sur une longueur de 1 ou 2 pouces (2,5 ou 5 cm), pendant de 3 à 5 répétitions. Par la suite, la mobilisation du fascia est effectuée au moyen de l'application d'une pression forte et ferme sur le muscle suivant la distribution de la douleur projetée. Ces étirements thérapeutiques appliqués à chacun des muscles traités ont pour but d'allonger les bandes raccourcies de muscle contracté ou dur. Chacun des muscles compte des étirements qui lui sont particuliers et ceux-ci doivent être appliqués par une personne connaissant bien l'anatomie fonctionnelle du muscle traité. L'étirement doit être limité chez les femmes hypermobiles.

De façon concomitante, on enseigne aux patientes la façon de mettre en œuvre un programme de traitement à la maison.

La plupart des muscles peuvent être traités à partir de l'extérieur du bassin interne. Cependant, l'étirement du releveur de l'anus peut s'avérer utile chez certaines patientes, ce qui nécessite une intervention pratiquée par voie rectale. Bien que le muscle piriforme puisse être étiré selon l'approche pelvienne, il est également possible de le traiter à partir de l'extérieur du bassin.

Ce programme se poursuit jusqu'à ce que la douleur soit atténuée et que l'amplitude du mouvement soit améliorée, moment à partir duquel le renforcement et la stabilisation de base ou lombaire peuvent être entamés.

D'autres modalités physiothérapeutiques peuvent s'ajouter à ce protocole. Peu d'études ont été publiées sur l'efficacité de techniques de traitement particulières en ce qui concerne les syndromes de douleur myofasciale; de plus, un nombre encore moindre de ces études ont été de nature comparative ou randomisée. Toutefois, l'issue signalée indique que les ultrasons, le massage, l'étirement et l'application de chaleur peuvent tous s'avérer utiles pour la diminution de la douleur et la restauration du fonctionnement. Les techniques de relaxation (suivies d'un étirement manuel) visant le sphincter rectal et le releveur de l'anus peuvent s'avérer très bénéfiques pour les personnes présentant une douleur pelvienne. La distension de la vessie peut s'avérer très efficace pour la diminution de la fréquence urinaire chez les personnes présentant un syndrome de la vessie irritable.

Certains praticiens ne jurent que par le rolfing et d'autres techniques, et celles-ci peuvent également être efficaces. Le rolfing se définit par la création d'un système holistique de manipulation des tissus mous et de sensibilisation au mouvement qui organise le corps tout entier en fonction de la gravité. Cette technique doit son nom à Mme Ida Rolf, qui a été la première à la décrire<sup>16</sup>.

L'identification et la prise en charge des anomalies structurelles (telles que l'asymétrie pelvienne et la scoliose) font partie d'un programme physiothérapeutique.

En bref, la physiothérapie peut s'avérer efficace lorsque l'on y a recours environ deux fois par semaine, jusqu'à ce que le syndrome myofascial ait commencé à se résorber. La présence d'un programme mis en œuvre à la maison est essentielle. Le traitement peut être bref, dans le cas des syndromes aigus, mais il est possible qu'il se poursuive pendant des mois en présence d'une DPC.

### Articulation sacro-iliaque

L'articulation sacro-iliaque et sa relation avec la douleur pelvienne comptent une importance et un intérêt historiques. La douleur émanant de la région de cette articulation a été reconnue à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et est demeurée, depuis, dans les domaines de spécialité de l'ostéopathie et de la chiropraxie. L'articulation sacro-iliaque a, avec le temps, été mise de côté au profit de la chirurgie discale; ce n'est que récemment que l'on a repris l'évaluation de sa relation avec la douleur pelvienne chronique (DPC). Cette articulation fait partie des discussions entourant la DPC en raison de la présentation clinique de celle-ci, laquelle peut imiter la présentation de problèmes viscéraux (particulièrement dans les quadrants inférieurs de l'abdomen), ainsi qu'en raison de la récente disponibilité de traitements prometteurs.

L'articulation sacro-iliaque est une grosse articulation composée de cartilage articulaire. Chez les hommes, cette articulation présente des crêtes imbriquées qui en empêchent le mouvement. Cette imbrication est généralement absente chez les femmes, lesquelles présentent une surface articulaire lisse qui, pense-t-on, facilite les modifications mécaniques associées à l'accouchement.

L'articulation sacro-iliaque soutient le poids du torse et transmet la force vers l'extérieur, vers l'ilion. Le mouvement au sein des espaces articulaires a été pris en considération par des thérapeutes expérimentés; récemment, ce mouvement a commencé à faire l'objet de tests plus exhaustifs. L'articulation est maintenue en place par des ligaments denses. Les observations actuelles indiquent que le mouvement du bassin vers l'avant, en relation avec la colonne vertébrale (nutation), est limité par le grand ligament dorsal de la colonne vertébrale et l'aponévrose lombaire. Le mouvement opposé, soit la contre-nutation (dans le cadre de laquelle le sacrum fléchit sur la colonne vertébrale), est tenu en échec par le ligament sacro-sciatique. Le rôle de ces ligaments, régissant la nutation (mouvement du sacrum vers l'avant) et la contre-nutation (mouvement du sacrum vers l'arrière), est

considéré important en matière de stabilité sacro-iliaque<sup>17,18</sup>. Les mécanismes réels de la douleur qui agissent au sein de cette articulation demeurent mal compris.

Sur le plan clinique, la douleur émanant de l'articulation sacro-iliaque est reconnue dans le bassin postérieur, accompagnée d'une certaine projection dans l'aspect latéral de la cuisse. Certaines femmes ressentent une douleur abdominale dans les quadrants inférieurs gauche et droit qui est peut-être attribuable à une irritation du muscle psoas, lequel longe l'aspect antérieur de l'articulation.

Le diagnostic d'un problème sacro-iliaque est fondé sur la reconnaissance de la douleur associée à un effort provoqué dans la région de l'articulation. Un certain nombre d'interventions sont utilisées pour évaluer l'articulation; toutefois, leur description déborde du cadre du présent chapitre. Bien que bon nombre de ces tests fonctionnels n'aient pas été validés au sein de la communauté des thérapeutes, il est généralement admis que certains thérapeutes disposent de compétences particulières dans ce domaine d'exploration et sont en mesure d'évaluer la douleur provenant de ce site, et d'en établir la relation avec la laxité de l'articulation sacro-iliaque. À l'heure actuelle, il n'existe aucun test couramment utilisé pour évaluer la stabilité sacro-iliaque autre que l'examen clinique; toutefois, certains chercheurs commencent à avoir recours aux ultrasons pour déceler le mouvement au sein de l'articulation<sup>19,20</sup>.

Cette distribution de la douleur est très courante chez les femmes. Nous ne disposons toujours pas d'une bonne compréhension de la mécanique de l'articulation en matière de douleur et de mobilité articulaire, et ce, bien que des recherches se soient penchées sur la biomécanique de l'articulation<sup>21</sup>. Parmi les nouvelles approches quant à la prise en charge de la douleur qui font l'objet d'une attention de plus en plus accrue, on trouve la prolothérapie<sup>22</sup>, dans le cadre de laquelle une solution de saccharose est injectée dans l'espace de l'articulation sacro-iliaque ou dans de multiples espaces articulaires au sein de la colonne vertébrale. L'inflammation ainsi provoquée dans l'espace articulaire entraîne une restriction du mouvement et une réduction de la mobilité. Bien que cette thérapie connaisse de plus en plus de succès pour la prise en charge de la lombalgie attribuable à la laxité articulaire, il serait approprié de mener des essais cliniques supplémentaires se penchant sur son utilisation dans la prise en charge de la douleur sacro-iliaque<sup>23</sup>.

## DÉCLARATION SOMMAIRE

Les physiothérapeutes ont un rôle important à jouer au sein de l'équipe de soins de santé, en ce qui concerne la DPC attribuable à un dysfonctionnement myofascial. (I)

### Recommandations

1. Les fournisseurs de soins de santé devraient accroître leurs connaissances au sujet du dysfonctionnement myofascial à titre de cause de la douleur pelvienne chronique (DPC), ainsi qu'au sujet des options de traitement disponibles. (IB)
2. Les patientes devraient participer à la prise en charge de la DPC attribuable à un dysfonctionnement myofascial, en ayant activement recours à un programme d'étirement et d'exercice mis en œuvre à la maison. (II-2B)

## RÉFÉRENCES

1. Reiter RC, Gambone JC. « Nongynecologic somatic pathology in women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy », *J Reprod Med*, vol. 36, 1991, p. 253–9.
2. Costello K. « Myofascial syndromes », dans : Steege JF, Metzger DA, Levy BS, éditeurs. *Chronic pelvic pain – an integrated approach*, Philadelphie : W.B. Saunders, 1998, p. 251.
3. Travell JG, Simons DG. *Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual*. Philadelphie : Lippincott Williams and Wilkins, 1983.
4. Summitt RL Jr. « Urogynecologic causes of chronic pelvic pain », *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 20, 1993, p. 685–98.
5. Weiss JM. « Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency–frequency syndrome », *J Urol*, vol. 166, 2001, p. 2226–31.
6. Lewit K. « Postisométrique Relaxation in Kombination mit anderen Mes muskularer Fazilitation und Inhibition », *Man Med*, vol. 24, 1986, p. 30–34.
7. Hong C-Z. « Lidocaine injection versus dry needling to myofascial trigger point. The importance of the local twitch response », *Am J Phys Med Rehabil*, vol. 73, 1994, p. 256–63.
8. Travell J. « Myofascial trigger points: clinical view », dans : Bonica JJ, Albe-Fessard D, éditeurs. *Advances in pain research and therapy*, vol. 1, New York : Raven Press, 1976, p. 919–26.
9. Cummings T, White A. « Needling therapies in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review », *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 82, 2001, p. 986–92.
10. Cheshire WP, Abashian SW, Mann JD. « Botulinum toxin in the treatment of myofascial pain syndrome », *Pain*, vol. 59, 1994, p. 65–9.
11. Foster L, Clapp L, Erickson M, Jabbari B. « Botulinum toxin A and chronic low back pain: a randomized double-blind study », *Neurology*, vol. 56, 2001, p. 1290–3.
12. Yue SK. « Initial experience in the use of botulinum toxin A for the treatment of myofascial related muscle dysfunctions », *J Musculoskeel Pain*, vol. 3, 1995, p. 22–26.
13. Gobel H, Heinze A, Heinze-Kukhn K, Austermann K. « Botulinum toxin A in the treatment of headache syndromes and pericranial pain syndromes », *Pain*, vol. 91, 2001, p. 195–9.
14. Gunn CC. *The Gunn approach to the treatment of chronic pain*, Edinburgh : Churchill Livingstone, 1996.
15. Gunn CC, Sola AE, Loeser JD, Chapman CR. « Dry-needling for chronic musculoskeletal pain syndromes—clinical observations », *Acupuncture*, vol. 1, 1990, p. 9–15.
16. Rolf I. *Rolfing: re-establishing the natural alignment and structural integration of the human body for vitality and well-being*, Rochester (VT) : Healing Arts Press, 1989.
17. Vleeming A, Pool-Goudzwaard AL, Hammudoghlu D, Stoecart R, Snijders CJ, Mens JM. « The function of the long dorsal sacroiliac ligament: its implication for understanding low back pain », *Spine*, vol. 21, 1996, p. 556–62.
18. Vleeming A, Pool-Goudzwaard AL, Stoecart R, van Wingerden JP, Snijders CJ. « The posterior layer of the thoracolumbar fascia. Its function in load transfer from spine to legs », *Spine*, vol. 20, 1995, p. 753–8.
19. Buyruk HM, Snijders CJ, Vleeming A, Lameris JS, Holland WP, Stam HJ. « The measurements of sacroiliac joint stiffness with colour Doppler imaging: a study on healthy subjects », *Eur J Radiol*, vol. 21, 1995, p. 117–21.
20. Buyruk HM, Stam HJ, Snijders CJ, Vleeming A, Lameris JS, Holland WP. « The use of color Doppler imaging for the assessment of sacroiliac joint stiffness: a study on embalmed human pelvises », *Eur J Radiol*, vol. 21, 1995, p. 112–6.
21. Rothkotter HJ, Berner W. « Failure load and displacement of the human sacroiliac joint under in vitro loading », *Arch Orthop Trauma Surg*, vol. 107, 1988, p. 283–7.
22. Hauser RA. « Punishing the pain. Treating chronic pain with prolotherapy », *Rehab Manag*, vol. 12, 1999, p. 26–8,30.
23. Yelland MJ, Glasziou PP, Bogduk N, Schluter PJ, McKernon M. « Prolotherapy injections, saline injections, and exercises for chronic low-back pain: a randomized trial », *Spine*, vol. 29, 2004, p. 9–16.
24. 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.

## CHAPITRE 8 : THÉRAPIE MÉDICALE — RÉSULTATS EN MATIÈRE D'EFFICACITÉ

Claude Fortin, MD, CSPQ, FRCSC, FACOG<sup>1</sup>; Robert H. Lea, MD, FRCSC<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Montréal (Québec)

<sup>2</sup>Halifax (N.-É.)

## INTRODUCTION

Dans le cadre de la pratique clinique, il existe deux approches quant à la prise en charge de la douleur pelvienne chronique (DPC). L'une consiste à prendre en charge la douleur en tant que diagnostic, tandis que l'autre consiste à prendre en charge les troubles qui causent la douleur ou y

contribuent<sup>1</sup>. Chez de nombreuses patientes, une thérapie médicale efficace pourrait être mise en œuvre au moyen de ces deux approches.

La prise en charge détaillée de la DPC associée à l'endométriase a été décrite dans une directive clinique de consensus de la SOGC publiée en 1999<sup>2</sup>.

Une méta-analyse des interventions visant la DPC non associée à l'endométrirose, à la dysménorrhée primaire, au syndrome inflammatoire pelvien (SIP) chronique ou au syndrome du côlon irritable a établi que l'acétate de méthoxyprogesterone (AMP) était associé à une diminution de la douleur au cours du traitement. Le counseling soutenu par échographie a été associé à une diminution de la douleur et à une amélioration de l'humeur. Une approche multidisciplinaire s'est avérée bénéfique dans le cas de certains critères d'évaluation. L'adhésiolysé n'a pas été associé à une amélioration de l'issue, sauf dans les cas où les adhérences étaient graves<sup>3</sup>. La prise en charge de la douleur chronique, laquelle est différente de la douleur aiguë, nécessite l'acceptation du concept d'adaptation à la douleur et la mise de côté de l'objectif visant la guérison totale.

La prise en charge pharmacologique de la douleur est fondée sur l'acceptation du fait que différents profils et mécanismes de transmission des signaux de douleur sont mis en jeu<sup>4</sup>. Après avoir procédé à une évaluation en bonne et due forme visant à déceler les causes possibles de la DPC, avoir recueilli des données objectives et subjectives adéquates, et en être venus à la conclusion que la douleur pouvait être liée ou associée à une endométrirose, la plupart des gynécologues opteront pour une prise en charge médicale, empirique ou spécifique, avant de procéder à d'autres tests. Cette façon de procéder pourrait très bien être tant diagnostique que thérapeutique.

## **ANALGÉSQUES**

Parmi les analgésiques, on trouve l'acide acétylsalicylique, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), l'acétaminophène, les narcotiques et l'utilisation de la marijuana à des fins médicales. Les AINS ont été étudiés de façon approfondie dans le cadre d'essais comparatifs randomisés (ECR) s'intéressant à la dysménorrhée et se sont avérés efficaces<sup>5,6</sup>. Cependant, les réactions individuelles varient grandement et il semble raisonnable de mettre à l'essai différents composés avant d'abandonner le traitement ou d'y ajouter une autre thérapie. Même si elle n'a pas fait l'objet d'études particulièrement axées sur la DPC non cyclique, l'utilisation empirique des AINS compte parmi les traitements de première intention recommandés par la plupart des publications<sup>7</sup>.

Les opioïdes constituent la principale catégorie d'analgésiques à activité centrale. Malgré la pénurie de données sur leur efficacité en ce qui concerne la douleur non cancéreuse chronique, les opioïdes sont fréquemment utilisés, seuls ou conjointement avec d'autres médicaments, dans la prise en charge du syndrome de douleur chronique dans le cadre de soins non palliatifs<sup>8</sup>. L'expérience clinique

accumulée par les centres antidouleur laisse entendre que la thérapie aux opiacés pourrait permettre le retour à un fonctionnement normal, sans effets indésirables importants, pour les personnes chez lesquelles d'autres traitements ont échoué<sup>9</sup>. En l'absence d'une amélioration du fonctionnement, le recours aux opiacés devrait faire l'objet d'une révision. Ainsi, la thérapie d'entretien aux opiacés visant la DPC ne devrait être envisagée qu'après l'échec de toutes les tentatives raisonnables de maîtriser la douleur, ainsi que lorsque la douleur persistante constitue le principal obstacle à l'amélioration du fonctionnement.

La réussite de la prise en charge de la douleur à l'aide d'opiacés nécessite l'obtention d'une analgésie adéquate sans effets indésirables excessifs (constipation, nausée et vomissement). Bien que l'on puisse constater une variabilité individuelle en matière de sensibilité aux effets indésirables des opioïdes, la littérature ne compte que peu de renseignements permettant de croire qu'un opioïde donné présente un profil d'effets indésirables meilleur ou pire que celui de tous les autres opioïdes<sup>10</sup>. Des symptômes de sevrage peuvent apparaître à la suite de la cessation du traitement ou du passage à un autre opioïde.

L'approche préconisée quant au soulagement de la douleur chronique allant de modérée à grave met en jeu l'utilisation ininterrompue d'opioïdes à libération prolongée, la dose étant personnalisée en fonction de la réaction et le tout s'accompagnant d'une évaluation de l'innocuité, de l'observance et de l'utilisation abusive. Le dossier de la patiente devrait contenir une documentation détaillée concernant l'échec du traitement non narcotique et le fait que la patiente en question a été avisée des risques possibles. Il devrait également contenir un contrat écrit dans le cadre duquel la patiente déclare que le médecin traitant constitue le seul fournisseur d'opioïdes et qu'elle participera activement aux stratégies visant l'élaboration de thérapies antidouleur de rechange<sup>1</sup>. Un suivi serré et régulier est essentiel; la plupart des patientes devraient être conviées à des consultations mensuelles. En présence d'un usage abusif, d'un détournement ou d'un amassage des médicaments et lorsqu'un contrôle ne peut être maintenu, le clinicien devrait mettre fin au traitement aux opioïdes.

## **AGENTS HORMONAUX**

### **Contraceptifs oraux (CO)**

Divers CO à faible dose se sont avérés bénéfiques dans le cadre d'études sur la prise en charge initiale de la dysménorrhée<sup>11,12</sup>. Ces études comptaient des patientes n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage par laparoscopie, ce qui porte à croire que les études en question comptaient tant des patientes présentant une endométrirose que des patientes n'en présentant pas. Un seul rapport issu d'un

ECR portant sur le recours aux CO à faible dose pour la prise en charge de la DPC et de l'endométriose a été publié jusqu'à présent<sup>12</sup>. Dans le cadre de cet essai de six mois comparant des CO cycliques à un agoniste de la gonadolibérine (Gn-RH) chez des femmes qui présentaient une endométriose diagnostiquée par laparoscopie, on a constaté que les CO présentaient une efficacité semblable quant au soulagement de la dyspareunie et de la douleur non menstruelle, mais qu'ils étaient moins efficaces qu'un agoniste de la Gn-RH quant au soulagement de la dysménorrhée. Six mois après la cessation du traitement, une récurrence des symptômes d'origine a été constatée chez toutes les patientes.

Il est recommandé d'avoir recours aux CO aux débuts de la prise en charge médicale de la DPC. Leur utilisation continue peut s'avérer bénéfique pour la suppression de la douleur qui peut être associée au sevrage des œstrogènes et de la progestérone<sup>13</sup>. Bien qu'aucun ECR ne se soit encore penché sur la question de savoir si l'utilisation continue des CO s'avère plus efficace que leur utilisation cyclique en matière de DPC, le traitement continu (monophasique) aux CO devrait (en raison de son faible profil d'effets indésirables et de risques, ainsi que du degré élevé de bien-être qu'il permet) constituer le traitement de première intention dans la plupart des cas<sup>4,14</sup>.

### Progestatifs

Les progestatifs provoquent la décidualisation et l'acyclicité de l'endomètre et des tissus endométriotiques. Ainsi, chez les patientes présentant une DPC que l'on soupçonne être associée à l'endométriose, il a été démontré que l'AMP entraînait des effets bénéfiques. Dans le cadre d'un essai de 12 mois, l'AMP-retard (150 mg tous les trois mois) a engendré des effets équivalant à ceux des agonistes de la Gn-RH<sup>3</sup>. L'AMP administrée par voie orale, selon une posologie de 50 mg par jour, s'est avérée efficace quant à la réduction des scores de douleur à la fin de la thérapie; toutefois, cet avantage n'a pu être maintenu<sup>5,15</sup>.

Depuis le lancement du système intra-utérin à libération de lévonorgestrel (SIU-LNG ou Mirena) en Amérique du Nord, nous sommes en attente d'études portant sur son effet bénéfique possible en matière de DPC chez les patientes pour lesquelles l'on soupçonne la présence d'une endométriose. Dans le cadre d'une étude, l'utilisation de ce SIU-LNG a entraîné l'atténuation de la douleur et la diminution de la taille des lésions chez les patientes présentant une endométriose du septum rectovaginal<sup>16</sup>. De plus, dans le cadre d'une étude pilote, l'insertion du SIU-LNG, à la suite d'une chirurgie laparoscopique visant une endométriose symptomatique, a entraîné une diminution notable du risque à moyen terme de voir réapparaître une dysménorrhée allant de modérée à grave<sup>17</sup>.

### Danazol

Le danazol, androgène synthétique qui inhibe la stéroïdogénèse ovarienne et la libération pulsatile de gonadotrophines hypophysaires, fait figure d'étalon-or pour l'évaluation de la plupart des autres traitements médicaux<sup>18</sup>. On a constaté que le danazol était plus efficace que le placebo pour le soulagement de la douleur chez les patientes présentant un diagnostic d'endométriose par laparoscopie<sup>18</sup>, ainsi que chez les patientes n'ayant pas subi une chirurgie<sup>19</sup>. Le danazol est efficace, en ce qui concerne la DPC, selon une posologie allant de 400 à 800 mg/jour; il doit être administré pendant un minimum de trois mois avant que d'autres options médicales puissent être envisagées<sup>4</sup>. L'utilisation d'un dispositif intra-utérin à libération de danazol pour la prise en charge de la DPC associée à l'endométriose est en cours d'évaluation.

### Agonistes de la Gn-RH

Les agonistes de la Gn-RH provoquent un état hypo-œstrogénique en inhibant la stéroïdogénèse ovarienne. Cinq composés génériques ont été évalués : goséréline, leuprolide, buséréline, nafaréline et tryptoréline. Chacun d'entre eux ramènent les taux d'œstradiol à ceux que l'on constate à la post-ménopause<sup>20</sup>. Cette suppression est plus profonde et constante lorsque l'on a recours à une préparation retard mensuelle<sup>21</sup>. La plupart des études se penchant sur l'utilisation des agonistes de la Gn-RH pour la prise en charge de la douleur et de la DPC associées à l'endométriose cherchent à comparer ces agents au danazol, aux progestatifs ou aux CO<sup>6,7</sup>. Des études comparatives avec placebo à double insu ont démontré que, après de deux à trois mois d'administration d'un agoniste de la Gn-RH, un soulagement de la douleur était atteint dans une proportion allant de 80 % à 100 %, alors que des résultats inférieurs ont été obtenus dans le cas des autres médicaments ou du placebo<sup>8,22</sup>. L'utilisation empirique d'un agoniste de la Gn-RH a été évaluée dans le cadre d'un ECR qui comptait 100 femmes présentant une douleur non cyclique et chez lesquelles l'on soupçonnait cliniquement la présence d'une endométriose<sup>23</sup>. Après 12 semaines de traitement à l'acétate de leuprolide retard (3,75 mg/mois), le groupe « patientes traitées » présentait une diminution marquée des scores de douleur, de la dysménorrhée et de la sensibilité. La laparoscopie effectuée à la fin de la thérapie indiquait une endométriose moindre chez les participantes du groupe traité à l'agoniste de la Gn-RH que chez celles du groupe placebo. Même les patientes chez lesquelles aucune endométriose n'avait été visualisée ont réagi favorablement au traitement à un agoniste de la Gn-RH.

Une utilisation empirique chez des patientes sélectionnées pourrait être envisagée; toutefois, même si l'on a établi (aux États-Unis) qu'une modalité diagnostique / thérapeutique

s'avérait rentable<sup>24</sup>, les preuves demeurent insuffisantes et les issues à long terme sont toujours inconnues. Bien que l'efficacité des schémas posologiques d'agoniste de la Gn-RH ait été prouvée, les effets indésirables à court et à long terme restent à élucider. Les symptômes vasomoteurs et l'ostéopénie peuvent dorénavant être maîtrisés au moyen d'un traitement de compensation. De nombreux agents stéroïdiens et non stéroïdiens ont été utilisés pour supprimer totalement les symptômes vasomoteurs et offrir une protection contre la baisse de la densité osseuse, sans affecter le soulagement de la douleur. Ainsi, lorsque le traitement aux agonistes de la Gn-RH se prolonge au-delà de six mois, le recours à un traitement de compensation devrait être envisagé<sup>25</sup>

## **ANTIBIOTIQUES**

La valeur des antibiotiques dans la prise en charge de la DPC est un sujet controversé. Bien que la plupart des algorithmes de prise en charge américains comprennent des antibiotiques, ceux-ci ne sont pertinents qu'en présence des critères du SIP. Les *Centers for Disease Control* américains recommandent la prise en charge du SIP soupçonné, même en présence de cultures cervicales négatives, afin de prévenir des complications telles que l'infertilité<sup>26</sup>.

## **ANTIDÉPRESSEURS**

Des antidépresseurs ont été utilisés dans le traitement de nombreux syndromes de douleur chronique. Cependant, certaines études se penchant sur le recours aux antidépresseurs tricycliques, chez les femmes qui présentent une DPC et des résultats laparoscopiques normaux, ont signalé une intensité et une durée moindre de la douleur<sup>27</sup>. Puisque la dépression est plus fréquente chez les patientes présentant une DPC, un traitement aux antidépresseurs et un soutien psychologique, conjointement avec d'autres traitements médicaux, pourraient entraîner une amélioration des issues cliniques<sup>27</sup>.

## **THÉRAPIE NEUROLYTIQUE**

La thérapie neurolytique peut être mise en œuvre par l'injection de produits neurotoxiques (phénol ou alcool) ou l'application d'énergie (chaleur, froid ou laser) en doses suffisantes pour détruire le tissu neural. Bien que ces thérapies soient dans la plupart des cas utilisées pour traiter un dysfonctionnement nerveux particulier, elles pourraient également être utilisées de façon plus centrale pour tenter d'atténuer la douleur, même en l'absence d'un diagnostic ou d'un dysfonctionnement nerveux particuliers<sup>7</sup>.

## **PRISE EN CHARGE DE TROUBLES PARTICULIERS**

La DPC est souvent attribuable à un trouble particulier. La cystite interstitielle, le syndrome du côlon irritable, les adhérences, les troubles musculosquelettiques, l'endométriose et les problèmes psychosociaux en sont les causes les plus fréquentes. La plupart de ces diagnostics courants ont été étudiés dans le cadre d'essais de raisonnablement bonne qualité et leur prise en charge a été traitée par d'autres chapitres de la présente directive clinique de consensus.

## **RÉSUMÉ**

Le choix d'un agent thérapeutique médical de première intention devrait être fondé sur la nature de la douleur, les contre-indications aux médicaments et l'attitude de la patiente face à la contraception. Les AINS ou les CO (ou les deux) devraient être essayés d'entrée de jeu, particulièrement lorsque l'on soupçonne que la douleur est d'origine endométriotique. Face à l'échec, des options de deuxième intention (telles que le danazol, un progestatif ou un agoniste de la Gn-RH accompagné d'un traitement de compensation) doivent être envisagées pour une période prédéterminée. Le traitement médical empirique pourrait s'avérer rentable. Si l'on parvient à obtenir un soulagement adéquat de la douleur, un schéma posologique d'entretien approprié devrait être sélectionné. L'échec du traitement devrait conduire à une analyse du diagnostic et du traitement, compte tenu de la multiplicité des causes de DPC. Une réévaluation et une révision du traitement (y compris une approche chirurgicale) devraient être envisagées.

La DPC constitue un problème grave. Son diagnostic et sa prise en charge peuvent être complexes. La thérapie médicale seule peut ne pas être suffisante. Même si l'on ne peut obtenir une guérison totale, une combinaison d'approches médicales et chirurgicales pourrait répondre aux attentes, à la lumière de la multiplicité des causes et des facteurs contributifs.

En bref, les fournisseurs de soins de santé devraient viser le traitement le moins compliqué permettant l'amélioration de la capacité fonctionnelle, malgré la possibilité de voir la douleur chronique persister.

## **DÉCLARATIONS SOMMAIRES**

1. Plus souvent qu'autrement, le traitement de la DPC nécessitera une prise en charge de la douleur, plutôt qu'une guérison. (III).
2. La thérapie médicale seule peut ne pas suffire à atténuer la douleur, compte tenu de la complexité et de la multiplicité des causes de la DPC. (III)

## RECOMMANDATIONS

1. Le traitement aux opioïdes peut être envisagé pour la maîtrise de la douleur; toutefois, il doit être mis en œuvre sous une supervision adéquate. (II-3B)
2. Le traitement hormonal de la douleur pelvienne chronique d'origine gynécologique (y compris au moyen de contraceptifs oraux, de progestatifs, de danazol et d'agonistes de la gonadolibérine) a fait l'objet d'études approfondies et devrait être envisagé à titre de traitement de première intention pour de nombreuses femmes, particulièrement celles qui sont aux prises avec une endométriose. (I et II-1A)
3. Les médicaments adjuvants, tels que les antidépresseurs et les antibiotiques, peuvent contribuer à la prise en charge de situations particulières. (II-3B)

## RÉFÉRENCES

1. Howard FM. « Chronic pelvic pain », *Obstet Gynecol*, vol. 101, 2003, p. 594–611.
2. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. « Conférence canadienne de consensus sur l'endométriose », *J Soc Obstet Gynaecol Can*, vol. 21, n° 5,6, 1999, p. 1–67.
3. Stones RW, Mountfield J. « Interventions for treating chronic pelvic pain in women (Cochrane review) », dans : *The Cochrane Library*, numéro 2, 2004, Chichester (Angleterre) : Wiley.
4. Reiter RC. « A profile of women with chronic pelvic pain », *Clin Obstet Gynecol*, vol. 33, 1990, p. 130–6.
5. Roy S. « A double-blind comparison of a propionic acid derivative (ibuprofen) and a fenamate (mefenamic acid) in the treatment of dysmenorrhea », *Obstet Gynecol*, vol. 61, 1983, p. 628–32.
6. Arnold JD. « Comparison of fenoprofen calcium, ibuprofen and placebo in primary dysmenorrhea », *J Reprod Med*, vol. 14, 1983, p. 337–50.
7. Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT. « Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain », *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 20, 1993, p. 643–61.
8. Adamson GD, Kwei L, Edgren RA. « Pain of endometriosis: effects of nafarelin and danazol therapy », *Int J Fertil Menopausal Stud*, vol. 39, 1994, p. 215–7.
9. Portenoy RK, Foley KM. « Chronic use of opioid analgesic in non-malignant pain. Report of 38 cases », *Pain*, vol. 25, 1986, p. 171–86.
10. Cherny N, Ripamonti C, Pereira J. « Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report », *J Clin Oncol*, vol. 19, 2001, p. 2542–54.
11. Milsom I, Andersch B. « Effect of various oral contraceptives combinations on dysmenorrhea », *Gynecol Obstet Invest*, vol. 17, 1984, p. 284–92.
12. Gambone JC, Mittman BS, Munro MG, Scialli AR, Winkel CA; Chronic Pelvic Pain/Endometriosis Working Group. « Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process », *Fertil Steril*, vol. 78, 2002, p. 961–72.
13. Walton SM, Batra HK. « The use of medroxyprogesterone acetate 50 mg in the treatment of painful pelvic conditions: preliminary results from a multicenter trial », *J Obstet Gynecol*, vol. 12, suppl. 2, 1992, p. S50–3.
14. 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 (Angleterre) : Wiley.
15. 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 (Angleterre) : Wiley.
16. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese A, Raffaelli R. « Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis », *Fertil Steril*, vol. 75, 2001, p. 385–8.
17. Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, Aimi G, Zaina B, Crosignani PG. « Comparison of a levonorgestrel-releasing intrauterine device versus expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis: a pilot study », *Fertil Steril*, vol. 80, 2003, p. 305–9.
18. 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 (Angleterre) : Wiley.
19. Winkel CA, Scialli AR. « Medical and surgical therapies for pain associated with endometriosis », *J Womens Health Gend Based Med*, vol. 10, 2001, p. 137–62.
20. Dlugi AM, Miller JD, Knittle J. « Lupron depot (leuprolide acetate for depot suspension) in the treatment of endometriosis: a randomized placebo-controlled, double-blind study. Lupron Study Group », *Fertil Steril*, vol. 54, 1990, p. 419–27.
21. Crosignani PG, Gastaldi A, Lombardi PL, Montemagno U, Vignali M, Serra GB et coll. « Leuprorelin acetate depot vs danazol in the treatment of endometriosis: results of an open multicentre trial », *Clin Ther*, vol. 14, suppl. A, 1992, p. 29–36.
22. Ling F. « Randomized controlled trial of depot leuprolide in patients with chronic pelvic pain and clinically suspected endometriosis. Pelvic Pain Study Group », *Obstet Gynecol*, vol. 93, 1999, p. 51–8.
23. Surrey ES, Judd HL. « Reduction of vasomotor symptoms and bone mineral density loss with combined norethindrone and long-acting gonadotropin-releasing hormone agonist therapy of symptomatic endometriosis: a prospective randomized trial », *J Clin Endocrinol Metab*, vol. 75, 1992, p. 558–63.
24. Hornstein MD, Surrey ES, Weisberg GW, Casino LA. « Leuprolide acetate depot and hormonal add-back in endometriosis: a 12-month study. Lupron Add-Back Study Group », *Obstet Gynecol*, vol. 91, 1998, p. 16–24.
25. Gelbaya TA, El-Halwagy HE. « Focus on primary care: chronic pelvic pain in women », *Obstet Gynecol Surv*, vol. 56, 2001, p. 757–64.
26. Centers for Disease Control and Prevention. « Sexually transmitted diseases treatment guidelines », *MMWR*, vol. 51, n° RR-6, 2002, p. 1–80.
27. Walker EA, Sullivan MD, Stenchever MA. « Use of antidepressants in the management of women with chronic pelvic pain », *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 20, 1993, p. 743–51.

## CHAPITRE 9 : CHIRURGIE — RÉSULTATS EN MATIÈRE D'EFFICACITÉ

Nicholas A. Leyland, BSc, MD, FRCSC, FSOGC<sup>1</sup>; Hassan Shenassa, MD, FRCSC<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Toronto (Ont.)

<sup>2</sup>Ottawa (Ont.)

### **PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES ADHÉRENCES PELVIENNES**

Les résultats d'une étude Cochrane<sup>1</sup> indiquent que la prise en charge chirurgicale des adhérences pelviennes associées à l'endométriose est efficace pour la prise en charge de la douleur pendant six mois. Les patientes présentant une douleur pelvienne associée à une endométriose minimale, légère ou modérée courent de bonnes chances de bénéficier d'une approche chirurgicale combinant l'ablation laparoscopique au laser, l'adhésiolyse et l'ablation du nerf utérin. Cependant, puisqu'un seul essai a été inclus dans l'analyse, cette conclusion devrait être interprétée avec prudence.

#### **Adhésiolyse laparoscopique**

Les adhérences intra-abdominales et pelviennes constituent des causes d'obstruction intestinale<sup>2,3</sup> et d'infertilité<sup>4</sup>. Pour ce qui est de la douleur pelvienne, leur rôle à titre de causes est moins évident. Au moment de la laparoscopie, des adhérences intra-abdominales et pelviennes sont constatées chez environ 25 % des femmes qui présentent une douleur pelvienne chronique (DPC)<sup>5</sup>. Si les adhérences sont à l'origine de la DPC, l'adhésiolyse devrait pouvoir entraîner une résorption de la douleur. Un essai randomisé, comparant l'adhésiolyse effectuée par laparotomie au non-recours à l'adhésiolyse, n'est cependant pas parvenu à constater quelque diminution significative que ce soit de la douleur au sein du groupe traité au moyen d'une adhésiolyse, par comparaison avec le groupe témoin<sup>6</sup>. Le sous-groupe de femmes qui présentaient des adhérences graves a néanmoins bénéficié d'une diminution notable de la douleur à la suite de l'adhésiolyse. Un certain nombre d'études observationnelles ont également indiqué une diminution notable de la douleur, à la suite de l'adhésiolyse, chez les femmes présentant une DPC. Ces résultats permettent de penser que certaines pathologies associées aux adhérences pourraient jouer un rôle en ce qui concerne la DPC<sup>7</sup>.

Bien que certaines techniques d'imagerie puissent faciliter le diagnostic d'une pathologie associée aux adhérences, la laparoscopie demeure l'intervention à privilégier; elle constitue également le traitement de première intention en présence d'une telle pathologie, ses avantages étant bien documentés. Toutefois, puisque les patientes qui subissent une laparoscopie, aux fins de la prise en charge chirurgicale d'une pathologie associée aux adhérences, ont souvent déjà

subi une chirurgie abdominale et pelvienne auparavant, le risque d'engendrer des lésions intestinales et épiploïques est significatif.

Parmi les techniques permettant de minimiser ce risque, on trouve la laparoscopie ouverte et la mise en place d'un trocart-canule dans le quadrant supérieur gauche, et ce, afin de permettre l'insertion du trocart ombilical en vision directe ou d'effectuer l'adhésiolyse périombilicale avant l'insertion du trocart. L'adhésiolyse peut être effectuée par laser, de façon électrochirurgicale ou par dissection au moyen de ciseaux acérés. L'hémostase devrait être atteinte et toute lésion occasionnée aux intestins devrait être réparée sur-le-champ. La mise en place d'obstacles visant à prévenir la reformation d'adhérences devrait être envisagée.

Des études non comparatives ont indiqué que l'adhésiolyse laparoscopique entraîne une diminution de la perception de la douleur chez de 60 % à 90 % des patientes<sup>8</sup>. Cependant, bon nombre de patientes présentent une pathologie associée aux adhérences ayant fait l'objet d'une confirmation laparoscopique, sans pour autant percevoir de douleur. Des essais mieux conçus sont requis en vue de clarifier la question de l'adhésiolyse.

#### **Appendicectomie**

Dans le cadre de la pratique gynécologique, l'appendice constitue une source de DPC sous-estimée. Une appendicopathie est constatée chez de nombreuses femmes présentant une DPC. Inversement, des troubles gynécologiques sont constatés, au moment de l'appendicectomie laparoscopique, chez de nombreuses femmes présentant une appendicopathie chronique<sup>9</sup>. Il est possible que, à titre de source de DPC, une pathologie appendiculaire coexiste avec une endométriose. Environ 20 % des femmes présentant une endométriose sont atteintes d'une pathologie appendiculaire<sup>10</sup>. Dans le cas d'une patiente présentant une endométriose qui connaît des douleurs pelviennes ou abdominales (particulièrement dans le quadrant inférieur droit), le clinicien devrait envisager la présence possible de sources non gynécologiques de DPC, y compris l'appendicite chronique ou récurrente<sup>11,12</sup>.

Une étude a avancé que la quantité d'anomalies histopathologiques excédait la pathologie visible de l'appendice selon une proportion de 11 %<sup>9</sup>. Qui plus est, les chercheurs ont démontré que 34 % des patientes bénéficiant d'une atténuation de la douleur, à la suite de l'appendicectomie seule, ne présentaient aucune anomalie

visible ou histopathologique. Deux études ont poursuivi en avançant que l'appendicectomie prophylactique pourrait s'avérer bénéfique, chez les femmes présentant une DPC, tant à titre de mesure thérapeutique que de mesure préventive<sup>13,14</sup>.

Nous avons analysé six études non comparatives rétrospectives et prospectives décrivant toutes l'appendicectomie laparoscopique comme une mesure avantageuse dans la prise en charge de la DPC<sup>8,13,15-18</sup>. Cinq de ces études ont fait état d'un soulagement de la douleur chronique (au niveau du bassin ou de la partie inférieure de l'abdomen) à la suite de l'appendicectomie, et ce, chez de 85 % à 97 % des femmes subissant une appendicectomie seule ou conjointement avec d'autres interventions chirurgicales. Parmi les interventions chirurgicales adjuvantes visant la DPC, on peut trouver l'adhésiolyse, la résection de l'endométriose, la neurectomie antéro-sacrée (NAS), l'ablation laparoscopique du nerf utérin (ALNU), la salpingo-ovariectomie et l'hystérectomie. Puisque les pathologies gynécologiques s'accompagnent souvent de pathologies appendiculaires, il est difficile de démontrer qu'une pathologie de l'appendice est à l'origine de la douleur.

Une étude rétrospective récente a constaté que 12 % des femmes subissant une laparoscopie diagnostique, accompagnée d'une appendicectomie, connaissaient un soulagement de la DPC en l'absence de tout autre trouble<sup>9</sup>. L'appendicectomie constituait l'intervention principale chez 102 patientes; 92 (90 %) de celles-ci ont signalé un soulagement de leur douleur pelvienne. Ces résultats semblent indiquer que la présence d'une pathologie de l'appendice pourrait s'avérer une cause importante de DPC.

## **NAS ET ALNU**

Bien que certaines interventions chirurgicales laparoscopiques adjuvantes (dont la NAS et l'ALNU) puissent être exigeantes sur le plan technique, leur rôle dans la prise en charge de la DPC demeure pertinent<sup>19</sup>.

Toute prise en charge chirurgicale de la douleur pelvienne nécessite une compréhension de l'innervation autonome du bassin. La perturbation des signaux nerveux afférents provenant des organes pelviens peut entraîner une diminution de la perception de la douleur causée par l'endométriose et d'autres pathologies<sup>20</sup>.

Une comparaison prospective de la NAS et de l'ALNU a indiqué que ces deux interventions étaient également efficaces dans la prise en charge de la dysménorrhée, tout en soulignant que la NAS offrait un effet plus prolongé<sup>21</sup>. Un récent essai à double insu randomisé qui se penchait sur la chirurgie laparoscopique conservatrice, s'accompagnant d'une NAS ou d'une ALNU adjuvante chez des femmes qui

présentaient une dysménorrhée grave causée par l'endométriose, a constaté que la NAS permettait un soulagement de la douleur plus prononcé et prolongé que l'ALNU<sup>22</sup>.

## **DÉCLARATIONS SOMMAIRES**

1. L'évaluation qualitative du recours à la chirurgie dans la prise en charge de la DPC est limitée, au chapitre des essais cliniques randomisés. (III)
2. La laparoscopie constitue le pilier du diagnostic et de la prise en charge chirurgicale de la DPC. Il est important de faire preuve d'un jugement rigoureux lorsque l'on envisage d'avoir de nouveau recours à la chirurgie. (I et II)

## **Recommandations**

1. Il faudrait se préoccuper de l'absence d'essais cliniques solides portant sur la prise en charge chirurgicale de la douleur pelvienne chronique. L'utilisation de modèles épidémiologiques différents, dont les essais cas-témoins et cohortes-témoins, devrait être envisagée. (III-A)
2. Il semble indiqué de préciser le rôle de l'appendicectomie et de la neurectomie antéro-sacrée dans la prise en charge de la douleur associée à l'endométriose. (III-A)

## **RÉFÉRENCES**

1. Jacobson TZ, Barlow DH, Garry R, Koninckx P. « Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis (Cochrane review) », dans : *The Cochrane Library*, numéro 3, 2004, Chichester (Angleterre) : Wiley.
2. 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.
3. Steege JF, Stout A. « Resolution of chronic pelvic pain after laparoscopic lysis of adhesions », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 165, 1991, p. 278-83.
4. Duffy DM, diZerega GS. « Adhesion controversies: pelvic pain as a cause of adhesions, crystalloids in preventing them », *J Reprod Med*, vol. 41, 1996, p. 19-26.
5. Demco L. « Mapping the source and character of pain due to endometriosis by patient-assisted laparoscopy », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 5, 1998, p. 241-5.
6. Harris RS, Foster WG, Surrey MW, Agarwal SK. « Appendiceal disease in women with endometriosis and right lower quadrant pain », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 8, 2001, p. 536-41.
7. Scineaux TL, Sills ES, Perloe M, Daly JP, Schattman GL. « Transvaginal ultrasonographic identification of appendicitis in a setting of chronic pelvic pain and endometriosis », *South Med J*, vol. 92, 2001, p. 73-4.
8. Riedel HH, Emmert C. « Pelviscopy within the scope of differential gynecologic-surgical diagnosis. Endometriosis—chronic appendicitis », *Zentralbl Chir*, vol. 123, suppl. 4, 1998, p. 50-2.
9. Croce E, Olmi S, Azzola M, Russo R. « Laparoscopic appendectomy and minilaparoscopic approach: a retrospective review after 8-years' experience », *JSL*, vol. 3, oct.-déc. 1999, p. 285-92.
10. Agarwala N, Liu CY. « Laparoscopic appendectomy », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 10, 2003, p. 166-8.
11. Lyons TL, Winer WK, Woo A. « Appendectomy in patients undergoing laparoscopic surgery for pelvic pain », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 8, 2001, p. 542-4.

12. McTavish G, Daniell JF, Kurtz BR, Anderson T. « Laparoscopic incidental appendectomy: Prevention or therapy? », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 1, n° 4 (partie 2), 1994, p. S21–2.
13. De Kok HJ. « Laparoscopic appendectomy: a new opportunity for curing appendicopathy », *Surg Laparosc Endosc*, vol. 2, 1992, p. 297–302.
14. Kumar R, Erian M, Sinnott S, Knoesen R, Kimble R. « Laparoscopic appendectomy in modern gynecology », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 9, 2002, p. 252–63.
15. Chandler B, Geegle M, Elfrink RJ, Smith WJ. « To leave or not to leave? A retrospective review of appendectomy during diagnostic laparoscopy for chronic pelvic pain », *Mo Med*, vol. 99, 2002, p. 502–4.
16. Faye JA, Toy NJ, Flanagan TM. « The appendix as the cause of chronic lower abdominal pain », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 172, n° 1 (partie 1), 1995, p. 122–3.
17. Miller EM, Winfield JM. « Acute intestinal obstruction secondary to postoperative adhesions », *Arch Surg*, vol. 78, 1959, p. 148–53.
18. Stricker B, Blanco J, Fox HE. « The gynecologic contribution to intestinal obstruction in females », *J Am Coll Surg*, vol. 178, 1994, p. 617–20.
19. Malinak LR. « Surgical treatment and adjunctive therapy of endometriosis », *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 40, 1993, p. 543–7.
20. Daniell JF, Lalonde CJ. « Advanced laparoscopic procedures for pelvic pain and dysmenorrhoea », *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, vol. 9, 1995, p. 795–808.
21. Chen FP, Chang SD, Chu KK, Soung YK. « Comparison of laparoscopic presacral neurectomy and laparoscopic uterine nerve ablation for primary dysmenorrhea », *J Reprod Med*, vol. 41, 1996, p. 463–6.
22. Zullo F, Palomba S, Zupi E, Russo T, Morelli M. « Effectiveness of presacral neurectomy in women with severe dysmenorrhea caused by endometriosis who were treated with laparoscopic conservative surgery: a 1-year prospective, randomized, double-blind controlled trial », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 189, 2003, p. 5–10.

## CHAPITRE 10 : PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DE LA DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE

Paul Taenzer, PhD, CPsych  
Calgary (Alb.)

### INTRODUCTION

Parmi les traitements psychologiques visant la douleur chronique, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont les plus largement utilisées et comptent le soutien empirique le plus solide<sup>1</sup>. Les TCC visant la prise en charge de la douleur chronique traitent des multiples déterminants de cette dernière. Ces modes de traitement font participer activement les personnes présentant une douleur chronique à une exploration de leurs modulateurs personnels de la douleur. Cette approche de traitement cherche à inculquer des stratégies et des compétences visant la maîtrise des modulateurs en question, par l'intermédiaire des efforts personnels de la patiente.

### STRATÉGIES

Parmi les stratégies de traitement du domaine des TCC, on trouve la relaxation musculaire, la méditation, les techniques de gestion du stress, la reconnaissance et la modification des processus cognitifs ou des pensées négatives ou catastrophiques qui amplifient la stimulation et les sentiments de désespoir, la modification du style de vie (y compris la modération de l'allure des activités afin d'éviter le surmenage, lequel mène à l'épuisement et au déconditionnement physique), la reprise d'activités appropriées (sur le plan physique) et enrichissantes (sur le plan personnel), et la capacité de communiquer efficacement avec la famille, les amis et les fournisseurs de soins de santé.

Pour connaître du succès, cette approche de traitement exige que les patientes en viennent à considérer leurs problèmes de douleur comme étant déterminés par des

causes psychologiques, sociales et physiques. Les patientes doivent également en venir à comprendre que, en plus de traitements tels que la médication et la chirurgie, la diminution de la douleur et de la souffrance est tributaire de leur volonté à y appliquer les efforts requis.

Au cours des 20 dernières années, les TCC visant la prise en charge de la douleur chronique ont fait l'objet de recherches approfondies, en ce qui concerne une variété de syndromes de douleur, et il a été démontré qu'elles s'avèrent efficaces<sup>2–5</sup>. La littérature appliquant ces stratégies à la douleur pelvienne chronique (DPC) est cependant limitée<sup>6,7</sup>.

Les TCC sont habituellement offertes en milieu de groupe, ce dernier comptant de 8 à 12 patientes et 1 ou 2 thérapeutes (habituellement des psychologues ou d'autres fournisseurs de soins disposant d'une formation en santé mentale). Les fournisseurs de soins de santé, comptant une certaine expérience dans le traitement des personnes qui font face aux conséquences psychologiques des troubles pelviens chroniques, peuvent également offrir ces traitements en milieu communautaire. Les TCC sont une composante typique des services offerts dans le cadre de programmes multidisciplinaires de prise en charge de la douleur.

En résumé, les TCC comptent un vaste soutien empirique en ce qui a trait à leur efficacité, chez les populations aux prises avec une douleur chronique, en matière d'atténuation de l'intensité de la douleur et de la détresse perçues. Des données préliminaires laissent entendre que cette approche s'avérerait efficace pour les femmes présentant une DPC.

## DÉCLARATION SOMMAIRE

Les TCC sont considérées comme le traitement de première intention pour aider les femmes à acquérir des stratégies efficaces d'adaptation à la douleur. (I)

## RÉFÉRENCES

1. Morley S, Eccleston C, Williams A. « Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache pain », *Pain*, vol. 80, n° 1–2, 1999, p. 1–13.
2. McCracken LM, Turk DC. « Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process », *Spine*, vol. 27, 2002, p. 2564–73.

3. Nielson WR, Weir R. « Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain », *Clin J Pain*, vol. 17, n° 4 (suppl.), 2001, p. S114–27.
4. Eccleston C. « Role of psychology in pain management », *Br J Anaesth*, vol. 87, 2001, p. 144–52.
5. van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. « Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group », *Spine*, vol. 26, 2001, p. 270–81.
6. Reiter RC. « Evidence-based management of chronic pelvic pain », *Clin Obstet Gynecol*, vol. 41, 1998, p. 422–35.
7. Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT. « Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain », *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 20, 1993, p. 643–61.

## CHAPITRE 11 : PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Paul Taenzer, PhD, CPsych  
Calgary (Alb.)

### DÉFINITION

Le terme « prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique » fait référence à l'évaluation, à la planification du traitement et à la coordination continue de l'intervention mises en œuvre par une équipe de fournisseurs de soins de santé, issus de spécialités médicales et de disciplines paramédicales pertinentes.

### CENTRES DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge multidisciplinaire de la douleur est habituellement offerte au sein d'une clinique ou d'un centre spécialisé en douleur chronique abritant tous les fournisseurs de soins concernés, lesquels offrent systématiquement des services conjoints d'évaluation et de traitement. Une classification normalisée des centres antidouleur a été élaborée par l'Association internationale pour l'étude de la douleur. Parmi les quatre types de centres, on trouve les cliniques établies en fonction d'une modalité particulière, les cliniques antidouleur, les cliniques antidouleur multidisciplinaires et les centres antidouleur multidisciplinaires. Les cliniques établies en fonction d'une modalité particulière offrent une ou plusieurs interventions particulières, sans accorder de prépondérance aux soins complets ou intégrés. Les cliniques antidouleur se spécialisent en fonction d'un diagnostic particulier ou d'une douleur affectant une région particulière du corps; les soins y sont habituellement offerts par un seul médecin. Les cliniques antidouleur multidisciplinaires comptent une gamme de fournisseurs de soins de santé et offrent des évaluations complètes et des interventions intégrées et coordonnées par l'intermédiaire d'établissements hospitaliers ou externes; ces cliniques ne participent pas à des activités de formation professionnelle ou de recherche et ne sont habituellement pas associées à des établissements

pédagogiques ou de recherche importants. Les centres antidouleur multidisciplinaires offrent des services cliniques semblables à ceux des cliniques antidouleur multidisciplinaires, en plus de mener des activités cliniques de formation et de recherche.

### PORTÉE DES SOINS

Les soins multidisciplinaires sont couramment adaptés aux besoins particuliers de la patiente et peuvent comprendre une combinaison d'interventions médicales et de réadaptation centrées sur l'élimination ou la modification des générateurs de douleur biologiques; ils peuvent également comprendre des interventions psychologiques et psychosociales visant à aider la cliente (et les membres importants de sa famille et de son cercle social) à s'adapter avec succès aux modifications, en matière de fonctionnement et de capacité, qui découlent de la présence d'une douleur chronique. Les centres antidouleur multidisciplinaires étendent leur influence à la communauté en cultivant des relations avec d'autres fournisseurs de soins spécialisés, le médecin de famille et les organismes communautaires pertinents.

La prise en charge multidisciplinaire de la douleur pelvienne chronique (DPC) peut mettre en jeu les services de médecins spécialisés en gynécologie, en gastro-entérologie, en physiothérapie et en réadaptation, en urologie, en anesthésiologie, en psychiatrie, en médecine du sommeil et en toxicomanie. Parmi les autres spécialités représentées au sein de l'équipe, on trouve les sciences infirmières, la physiothérapie, l'ergothérapie, la kinésiologie, la nutrition clinique, la psychologie, la pharmacie et le travail social. Les stratégies de traitement comprennent des interventions médicales, chirurgicales et de réadaptation visant la résolution des générateurs de douleur biologiques, ainsi

qu'une variété de stratégies psychosociales et de réadaptation visant l'amélioration de la capacité d'adaptation, l'apport de modifications appropriées du style de vie, l'aptitude physique et l'employabilité<sup>1</sup>.

### Analyse de résultat

La prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique fait l'objet d'une analyse de résultats approfondie depuis les 25 dernières années. Les analyses systématiques de cette littérature<sup>2-4</sup> ont confirmé la valeur de cette approche de traitement en ce qui concerne les issues cliniques en matière de lombalgie. Une analyse systématique Cochrane (fondée sur un essai comparatif randomisé) des interventions visant la prise en charge de la DPC chez les femmes<sup>5</sup> en est venue à soutenir la prise en charge multidisciplinaire<sup>6</sup>. Les analyses systématiques des issues économiques de la prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique ont souligné la nécessité de mener des recherches de qualité supérieure<sup>7</sup>.

En résumé, ces données laissent entendre que la prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique, offerte par des équipes qualifiées de spécialistes en médecine et en réadaptation disposant de connaissances de niveau tertiaire en matière de DPC, constitue l'approche de traitement idéale pour les femmes présentant une DPC.

### DÉCLARATION SOMMAIRE

Les résultats actuels indiquent que la prise en charge multidisciplinaire de niveau tertiaire de la douleur

chronique constitue l'approche de traitement la plus efficace pour les femmes présentant une DPC. (I)

### Recommandation

1. La prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique devrait être offerte, aux femmes présentant une douleur pelvienne chronique, dans le cadre du système public de soins de santé de chacune des provinces et de chacun des territoires du Canada. (III-B)

### RÉFÉRENCES

1. Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT. « Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain », *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 20, 1993, p. 643-61.
2. Flor H, Fydrich T, Turk DC. « Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review », *Pain*, vol. 49, 1992, p. 221-30.
3. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H et coll. « Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults (Cochrane review) », dans : *The Cochrane Library*, numéro 4, 2002, Chichester (Angleterre) : Wiley.
4. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. « Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain (Cochrane review) », dans : *The Cochrane Library*, numéro 2, 2005, Chichester (Angleterre) : Wiley.
5. Stones RW, Mountfield J. « Interventions for treating chronic pelvic pain in women (Cochrane review) », dans : *The Cochrane Library*, numéro 2, 2003, Chichester (Angleterre) : Wiley.
6. Peters AA, van Dorst E, Jellis B, van Zuuren E, Hermans J, Trimbois JB. « A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain », *Obstet Gynecol*, vol. 77, 1991, p. 740-4.
7. Thomsen AB, Sorensen J, Sjogren P, Eriksen J. « Economic evaluation of multidisciplinary pain management in chronic pain patients: a qualitative systematic review », *J Pain Symptom Manage*, vol. 22, 2001, p. 688-98.

## CHAPITRE 12 : MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE ET PARALLÈLE

Susan Burgess, MA, MD, CCFP, FCFP

Vancouver (C.-B.)

### INTRODUCTION

Puisque la pathogenèse de la douleur pelvienne chronique (DPC) demeure mal comprise, le traitement s'avère donc souvent insatisfaisant<sup>1</sup>. Par conséquent, la médecine complémentaire et parallèle (MCP) gagne en popularité auprès des patientes et des fournisseurs de soins de santé. La *Cochrane Collaboration* compte maintenant plus de 1 750 analyses Cochrane terminées, desquelles plus de 100 traitent de la MCP<sup>2</sup>.

Cependant, la littérature traitant particulièrement de la DPC et de la MCP reste limitée. Tout comme la littérature provenant de sources allopathiques, les études ont été de faible envergure, ont pu être des études pilotes cherchant à comparer les modalités de traitement, sans pouvoir toujours être menées à double insu<sup>3</sup>, et peuvent ne pas avoir été pleinement randomisées. À ce jour, la plupart de ces

études ont traité de la dysménorrhée (primaire ou secondaire) ou de la douleur pelvienne associée à la grossesse<sup>4</sup>. Nous ne disposons d'aucune référence actuelle sur l'utilisation de l'homéopathie en matière de DPC.

### NEUROSTIMULATION TRANSCUTANÉE (TENS) ET ACUPUNCTURE

La *Cochrane Collaboration* s'est penchée sur l'utilisation de la TENS et de l'acupuncture, et ce, dans le cadre de comparaisons l'une avec l'autre, avec placebo, avec la pharmacothérapie, ainsi qu'avec l'absence de traitement<sup>5</sup>. Neuf ECR ont été recensés et l'analyse en est arrivée à la conclusion que la TENS en haute fréquence s'avérait efficace dans le traitement de la dysménorrhée. Un essai valable sur le plan méthodologique portant sur

l'acupuncture a également laissé entendre que celle-ci pouvait s'avérer bénéfique<sup>6</sup>.

Un exposé de cas, qui portait sur une primigravida de 23 ans présentant une DPC à la 27<sup>e</sup> semaine de gestation, a indiqué que l'acupuncture avait entraîné une diminution notable de la consommation de narcotiques par la patiente et qu'elle avait permis à celle-ci de maintenir des activités normales<sup>4</sup>. Plusieurs études récentes ont également constaté que l'acupuncture s'avérait bénéfique dans la prise en charge de la dorsalgie<sup>7</sup> et de la douleur lombaire et pelvienne au cours de la grossesse<sup>8</sup>. Qui plus est, l'acupuncture semble constituer une thérapie durable pour le soulagement, chez les hommes, des symptômes de la prostatite chronique et du syndrome de DPC<sup>9</sup>. L'acupuncture/digitopuncture a reçu l'approbation de la *Food and Drug Administration* américaine pour le soulagement de la douleur chronique chez les patients en oncologie<sup>4</sup>.

À titre de modalité thérapeutique, l'acupuncture compte une longue tradition en médecine chinoise pour la prise en charge des problèmes gynécologiques et obstétricaux. Il n'existe, à ce jour, aucune explication allopathique exhaustive quant à ses avantages cliniques; toutefois, parmi les mécanismes proposés, on trouve le contrôle du seuil des nocicepteurs, la libération accrue d'opioïdes endogènes et l'altération du tonus sympathique<sup>9</sup>.

## PHYTOTHÉRAPIES ET THÉRAPIES DIÉTÉTIQUES

La guérison traditionnelle subvient aux besoins en soins de santé primaires d'un important pourcentage d'habitants au sein de nombreuses populations. Une étude s'est penchée sur les plantes utilisées par les guérisseurs traditionnels zoulous d'Afrique du Sud dans le traitement de la dysménorrhée<sup>10</sup>. Plusieurs extraits de plantes ont démontré une forte activité inhibitrice face à la cyclo-oxygénase et, donc, à la voie biosynthétique de la prostaglandine qui est responsable des contractions utérines douloureuses.

La *Cochrane Review of herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhea*<sup>11</sup> a laissé entendre que la supplémentation en magnésium pourrait contribuer à la diminution des symptômes.

## RÉSUMÉ

La DPC constitue un état pathologique frustrant et invalidant, dont l'étiologie neuro-endocrinienne n'a pas encore été élucidée. Le recours à une approche multidisciplinaire quant à son diagnostic et à sa prise en charge est actuellement recommandé<sup>12</sup>. En ce qui concerne la douleur viscérale-péritonéale, l'acupuncture s'avère bénéfique. Les sources musculosquelettiques de la douleur réagissent à la physiothérapie et à l'apprentissage par rétroaction biologique. La massothérapie, la stimulation aux

ultrasons, la TENS et, particulièrement, les modalités d'injection et de traitement à blanc par insertion d'aiguilles visant les zones gâchettes sont parvenues à entraîner une diminution de la douleur somatique-myofasciale. Tous ces traitements reposent sur la reconnaissance sincère de la nature complexe et authentique de cet état pathologique chronique.

## DÉCLARATION SOMMAIRE

Parmi les thérapies non conventionnelles visant la douleur pelvienne chronique qui se sont avérées utiles, on trouve l'acupuncture, la physiothérapie et l'apprentissage par rétroaction biologique. On a aussi constaté que le recours, avec explication, à l'échographie pelvienne s'avérait utile. La massothérapie, la stimulation ultrasonore superficielle et la TENS peuvent également contribuer au soulagement de la douleur.

## RÉFÉRENCES

- Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, VanRompay M et coll. « Trends in alternative medicine use in the United States 1990–1997 », *JAMA*, vol. 280, 1998, p. 1569–75.
- Manheimer E, Berman B. « Cochrane for CAM providers: evidence for action », *Altern Ther Health Med*, vol. 9, n° 5, 2003, p. 110–12.
- Proctor ML, Smith CA, Stones RW. « Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea (Cochrane review) », dans : *The Cochrane Library*, numéro 2, 2004, Chichester (Angleterre) : Wiley.
- Thomas CT, Napolitano PG. « Use of acupuncture for managing chronic pelvic pain in pregnancy. A case report », *J Reprod Med*, vol. 45, 2000, p. 944–6.
- Dawood MY, Ramos J. « Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for the treatment of primary dysmenorrhea: a randomized crossover comparison with placebo TENS and ibuprofen », *Obstet Gynecol*, vol. 75, 1990, p. 656–60.
- Thomas M, Lundeberg T, Bjork G, Lundstrom-Lindstedt V. « Pain and discomfort in primary dysmenorrhoea is reduced by preemptive acupuncture or low-frequency TENS », *Eur J Phys Med Rehabil*, vol. 5, n° 3, 1995, p. 71–6.
- Cherkin DC, Eisenberg D. « Randomized trial comparing traditional Chinese medical acupuncture, therapeutic massage, and self-care education for chronic low back pain », *Arch Intern Med*, vol. 161, 2001, p. 1081–8.
- Wedenberg K, Moen B, Norling A. « A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low-back and pelvic pain in pregnancy », *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 79, 2000, p. 331–5.
- Chen R, Nickel JC. « Acupuncture ameliorates symptoms in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome », *Urology*, vol. 61, 2003, p. 1156–59.
- Lindsey K, Jäger AK, Deshandra MR, Van Standen J. « Screening of plants used by Southern African traditional healers in the treatment of dysmenorrhoea for prostaglandin-synthesis inhibitors and uterine relaxing activity », *J Ethnopharmacol*, vol. 64, 1999, p. 9–14.
- Proctor ML, Murphy PA. « Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea (Cochrane review) », dans : *The Cochrane Library*, numéro 2, 2005, Chichester (Angleterre) : Wiley.
- Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. « Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain (Cochrane review) », dans : *The Cochrane Library*, numéro 2, 2005, Chichester (Angleterre) : Wiley.

## CHAPITRE 13 : PERSPECTIVES EN CE QUI CONCERNE LES PATIENTES

John F. Jarrell, MD, FRCSC, MSc, CSPQ

Calgary (Alb.)

### BESOINS DES PATIENTES

Un sondage d'évaluation des besoins des patientes présentant une douleur pelvienne chronique (DPC), mené en 2002 par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) en fonction des principes de la recherche qualitative, a établi que les besoins suivants étaient les plus importants en ce qui concerne ces patientes :

- le besoin de voir le professionnel de la santé légitimer la douleur;
- le besoin de la patiente de se faire entendre au cours de la consultation préliminaire;
- le besoin de la patiente de bénéficier d'un soutien prenant de nombreuses formes;
- le besoin de voir la patiente participer activement aux efforts menant à la santé. (III-B)

### REGARD VERS L'AVENIR

À l'avenir, les femmes présentant une DPC seront reconnues comme présentant un état pathologique qui nécessite une réadaptation et non seulement une prise en charge à court terme. Elles seront prises en charge par une équipe de professionnels (dont un physiothérapeute, un psychologue, un médecin de soins primaires et un gynécologue) respectant les principes propres aux soins multidisciplinaires. Une telle approche sera financée par l'hôpital local ou l'autorité sanitaire régionale en fonction de son efficacité et de sa rentabilité.

Plutôt que de chercher à atteindre la guérison, une attention particulière sera accordée à l'atteinte d'un fonctionnement quotidien supérieur malgré la présence d'une certaine

douleur. La gestion de la thérapie dirigée sera fondée sur des traitements ayant fait l'objet d'essais cliniques. Un dossier permanent contenant les résultats de toutes les laparoscopies effectuées, lesquels pourront être partagés et comparés dans le temps, sera tenu. Le personnel de santé participant à la prise en charge de la patiente aura bénéficié d'une formation dans les domaines particuliers du dysfonctionnement myofascial et de l'utilisation clinique appropriée des opiacés face à l'état de douleur chronique.

En plus de participer à des essais cliniques portant sur diverses thérapies, les patientes se tiendront au courant des approches de pointe pouvant leur venir en aide par l'intermédiaire de la consultation (sur Internet) des résultats des essais cliniques. L'un des principaux domaines d'avenir sera l'utilisation de la thérapie génique pour surmonter les problèmes de pathophysiologie de la moelle épinière.

### DÉCLARATION SOMMAIRE

L'analyse qualitative des données sur les besoins des patientes présentant une DPC a établi que les besoins suivants étaient les plus importants :

le besoin de voir le professionnel de la santé légitimer la douleur;

- le besoin de la patiente de se faire entendre au cours de la consultation préliminaire;
- le besoin de la patiente de bénéficier d'un soutien prenant de nombreuses formes;
- le besoin de voir la patiente participer activement aux efforts menant à la santé. (III-B)

## CHAPITRE 14 : ORIENTATIONS FUTURES

John F. Jarrell, MD, FRCSC, MSc, CSPQ

Calgary (Alb.)

### FORMATION

Un sondage d'évaluation des besoins en matière de prise en charge de la douleur pelvienne chronique (DPC), mené en 2002 par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), a révélé le souhait des membres de celle-ci d'obtenir une formation accrue en ce qui a trait à la reconnaissance et à la prise en charge de la DPC. Les membres de la SOGC ont exprimé le besoin de modifier l'approche face

à la DPC et d'obtenir de l'aide quant au diagnostic de ses causes.

Les problèmes d'identification des zones gâchettes témoignent de la façon la plus manifeste du manque de connaissances en matière d'évaluation de l'étiologie de la DPC. La vaste envergure de la DPC exige l'offre d'une formation approfondie aux étudiants de médecine, aux résidents et aux fournisseurs de soins de santé. Cela met en jeu un renversement complet des attitudes; il ne faut plus

considérer ces patientes comme étant des cas désespérés et chronophages, mais bien leur exprimer une véritable empathie et être à l'affût des occasions de leur offrir de l'encouragement et de l'espoir.

L'éducation des adultes est passée des conférences données dans de vastes amphithéâtres à des sessions interactives en petits groupes axées sur la pratique. Cette approche envers la formation au sujet de la DPC devrait être incorporée à nos facultés de médecine et à nos programmes de résidence. Les questions soulevées dans le cadre du présent document de consensus pourraient être traitées par l'intermédiaire de cours d'études supérieures enseignant l'identification des zones gâchettes de l'abdomen, du dos et du bassin. La DPC devrait faire l'objet de discussions dans le cadre de tous les événements d'éducation permanente en santé, au moyen d'exposés de cas et de forums des participants. De plus, pour aider nos membres et le public à bien comprendre la DPC, un dépliant de renseignements destinés aux patientes devrait être conçu et distribué.

## **RECHERCHE**

Des activités de recherche s'avèrent nécessaires pour identifier les dysfonctionnements psychoneurologiques à l'origine de la DPC, de façon à ce que nous puissions traiter

adéquatement cet état pathologique et peut-être même en venir à l'éradiquer.

## **Recommandations**

1. Le curriculum du perfectionnement professionnel devrait être élargi en vue d'inclure la théorie et les techniques propres à la prise en charge du dysfonctionnement myofascial. (A)
2. La recherche au sujet de la DPC devrait être favorisée, particulièrement dans les domaines de la thérapie générique, de la pathophysiologie du dysfonctionnement myofascial et des effets de la DPC sur l'utilisation des services de santé. Puisque la tenue d'essais randomisés pour l'obtention de résultats qualitatifs s'avère extrêmement difficile, des modèles de rechange robustes (tels que des essais cas-témoins ou cohortes-témoins) devraient être envisagés. (A)
3. Des méthodes visant à améliorer l'interaction avec les patientes devraient être explorées. Elles pourraient comprendre des approches contractuelles formelles quant à la prise en charge de la douleur à l'aide d'opiacés, ainsi que des efforts visant à mieux comprendre les besoins perçus par les patientes. (A)