

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