

I Gynécologie

La prise en charge multidisciplinaire des douleurs pelviennes chroniques

RÉSUMÉ : La douleur pelvienne chronique (DPC) est définie par la présence d'une douleur située dans le pelvis, sous l'ombilic, depuis plus de 6 mois, suffisamment sévère pour entraîner une incapacité ou nécessiter un traitement médical et/ou chirurgical. Elle concerne entre 2 et 24 % des femmes selon les études et son incidence est comparable à celle de l'asthme ou des lombalgies.

Différents organes peuvent être touchés par de multiples pathologies, parfois en association, ce qui rend la prise en charge complexe.

Les différentes étiologies possibles, la nature chronique de la DPC et l'influence de facteurs biologiques, sociaux et comportementaux encouragent à une prise en charge multidisciplinaire incluant médecins, kinésithérapeutes et psychologues.



**G. BRICHANT¹, L. TEBACHE²,
M. NISOLLE²**

¹ Centre de procréation médicalement assistée (CPMA), CHU de LIÈGE, BELGIQUE.

² Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR de la Citadelle, LIÈGE, BELGIQUE.

La douleur se définit comme une souffrance ou un inconfort physique causés par une lésion ou une maladie. Il s'agit d'une réponse physiologique au sein du système nociceptif ayant une fonction protectrice. Néanmoins, la douleur devient subjective car elle est influencée par les expériences de chacun. La nociception se réfère à l'activité dans les neurones primaires et à leurs projections centrales, le plus souvent (mais pas toujours) en réponse à un stimulus nociceptif. La douleur, dont nous sommes nécessairement conscients, se réfère à une sensation qui nous pousse à protéger la partie du corps qui est agressée. Elle sera toujours ressentie quel que part.

La nociception, quant à elle, se réfère à l'activité électrique dans les neurones primaires et leurs projections, en réponse – mais pas toujours – à un stimulus nociceptif. La nociception peut se produire dans un neurone d'une grenouille tandis que la douleur ne pourra survenir que dans un être vivant [1].

Cependant, il est important de noter qu'une même intensité de stimulation douloureuse ne va pas entraîner la même douleur chez tous les patients. En effet, en plus de la stimulation nociceptive, tout un ensemble de facteurs biologiques, sociaux et psychologiques vont influencer le comportement de l'individu en réponse au stimulus. L'histoire du patient, ses antécédents de maladie chronique, l'appui familial sont autant de facteurs influençant la perception douloureuse d'un stimulus nociceptif. Ainsi, la dépression, l'isolement social peuvent générer des scores de douleur plus élevés et entraîner une surconsommation d'analgésiques tandis que le soutien familial, les affects positifs, notamment le rire, auront l'effet contraire [2].

La douleur est considérée comme aiguë lorsqu'elle dure depuis moins de 6 mois et chronique lorsqu'elle perdure au-delà de 6 mois ou au-delà de la cicatrisation/guérison de la lésion qui la provoque. Il existe également les douleurs suraiguës sur un fond de douleur chronique.

POINTS FORTS

- La douleur pelvienne chronique est définie par la présence d'une douleur pelvienne depuis plus de 6 mois entraînant une prise en charge médicale, chirurgicale ou une incapacité de travail.
- L'intrication des étiologies rend indispensable une prise en charge multidisciplinaire.
- L'influence psychologique de la douleur sur la vie quotidienne des patientes est surtout à ne pas négliger.

La douleur pelvienne chronique est définie par la présence d'une douleur située dans le pelvis, sous l'ombilic, depuis plus de 6 mois, suffisamment sévère pour entraîner une incapacité ou nécessiter un traitement médical et/ou chirurgical. Déjà décrite par Alcock en 1926 [3], elle concerne entre 2 et 24 % des femmes selon les études et son incidence est comparable à celle de l'asthme ou des lombalgies (40 %). Elle est responsable de 20 % des consultations en gynécologie et de 40 % des laparoscopies exploratrices. Le coût direct annuel est de l'ordre de de 2,8 milliards de dollars aux États-Unis [4, 5].

■ Étiologies

La prise en charge de la douleur pelvienne chronique est complexe en raison du nombre important de pathologies qui la causent et de la superposition potentielle des différentes étiologies lésionnelles. La stratégie thérapeutique initiale reste la guérison de toutes les lésions, quelle que soit leur origine. Cependant, dans un certain nombre de cas, les traitements se limiteront au soulagement des symptômes sans agir sur l'événement déclenchant.

En 1999, Zondervan a étudié le *pattern* des pathologies et des diagnostics chez les patientes se présentant chez le médecin généraliste pour douleur pelvienne chronique. Son équipe a également évalué le fait d'être référé chez un spécia-

liste. La durée moyenne des symptômes était de 13-14 mois et, dans 27 % des cas, les patientes présentaient des douleurs depuis plus de 2 ans (plus de 5 ans dans le cas d'endométriose). À l'issue de l'étude, plus de 15 % des patientes avaient reçu plus de deux diagnostics. Cependant, dans plus d'un quart des cas, les patientes n'avaient pas de diagnostic alors que seules 40 % d'entre elles seront référées à un spécialiste [6]. En se penchant sur les différentes étiologies, les auteurs ont confirmé que l'âge de la patiente peut aider à orienter le diagnostic : les patientes entre 21 et 30 ans seront plus susceptibles d'avoir un diagnostic de salpingite tandis que l'endométriose sera plus souvent évoquée entre 30 et 40 ans.

Les auteurs ont de surcroît voulu étudier le caractère multifactoriel des symptômes exprimés par les patientes se plaignant de DPC. Celles-ci ont été classées en 5 groupes en fonction de leurs symptômes (toutes DPC confondues, DPC sans autre symptôme prédominant, DPC et symptômes digestifs, DPC et symptômes génito-urinaires ou DPC et symptômes urinaires et digestifs) [7]. Ils ont notamment comparé la dyspareunie et la dysménorrhée dans les différents groupes. Ils ont mis en évidence le fait que la présence de symptômes digestifs ou urinaires associés à la DPC majorait le risque de dyspareunie et/ou de dysménorrhée chez ces patientes. Une prise en charge multidisciplinaire est donc nécessaire !

■ Mise au point

Forts de ces observations, Twiddy et son équipe ont mis au point un programme de gestion de la DPC en intégrant à l'approche médico-chirurgicale l'aspect psychologique et sexuel [8]. Le médecin réalise la mise au point diagnostique en menant une anamnèse approfondie et un examen clinique exhaustif. Des examens complémentaires sont demandés le cas échéant et adaptés aux hypothèses diagnostiques. En fonction des étiologies, la patiente sera orientée vers le spécialiste et une concertation multidisciplinaire permettra de préciser la prise en charge personnalisée et globale de la patiente.

La nature chronique de la DPC ainsi que l'intérêt de la prise en charge multidisciplinaire doivent être expliqués à la patiente qui se verra proposer une consultation chez un psychologue. Ce dernier, pierre angulaire de la prise en charge, analyse avec la patiente la compréhension que celle-ci a de la DPC et son parcours médical. Le troisième groupe d'acteurs essentiels est constitué par le kinésithérapeute qui aidera la patiente à apprivoiser son corps et lui apprendra à se détendre.

Gupta a présenté un exemple concret avec la prise en charge de la cystite interstitielle (CI). En effet, la plupart des patients souffrant de cette pathologie ont vu de nombreux praticiens et ont essayé de multiples traitements sans amélioration de leurs symptômes. Or, la stratégie thérapeutique ne visait que la vessie. Si la mictalgie est la plainte cardinale de la CI, la plupart des patients n'ont pas qu'un seul point gâchette [9]. Il faut également prendre en considération les autres éléments pouvant déclencher la douleur vésicale tels que la contracture des muscles du plancher pelvien, la neuropathie pudendale, une pathologie digestive.

Conscients de l'intrication d'étiologies différentes de la DPC, il paraît logique d'explorer toutes les dysfonctions

Gynécologie

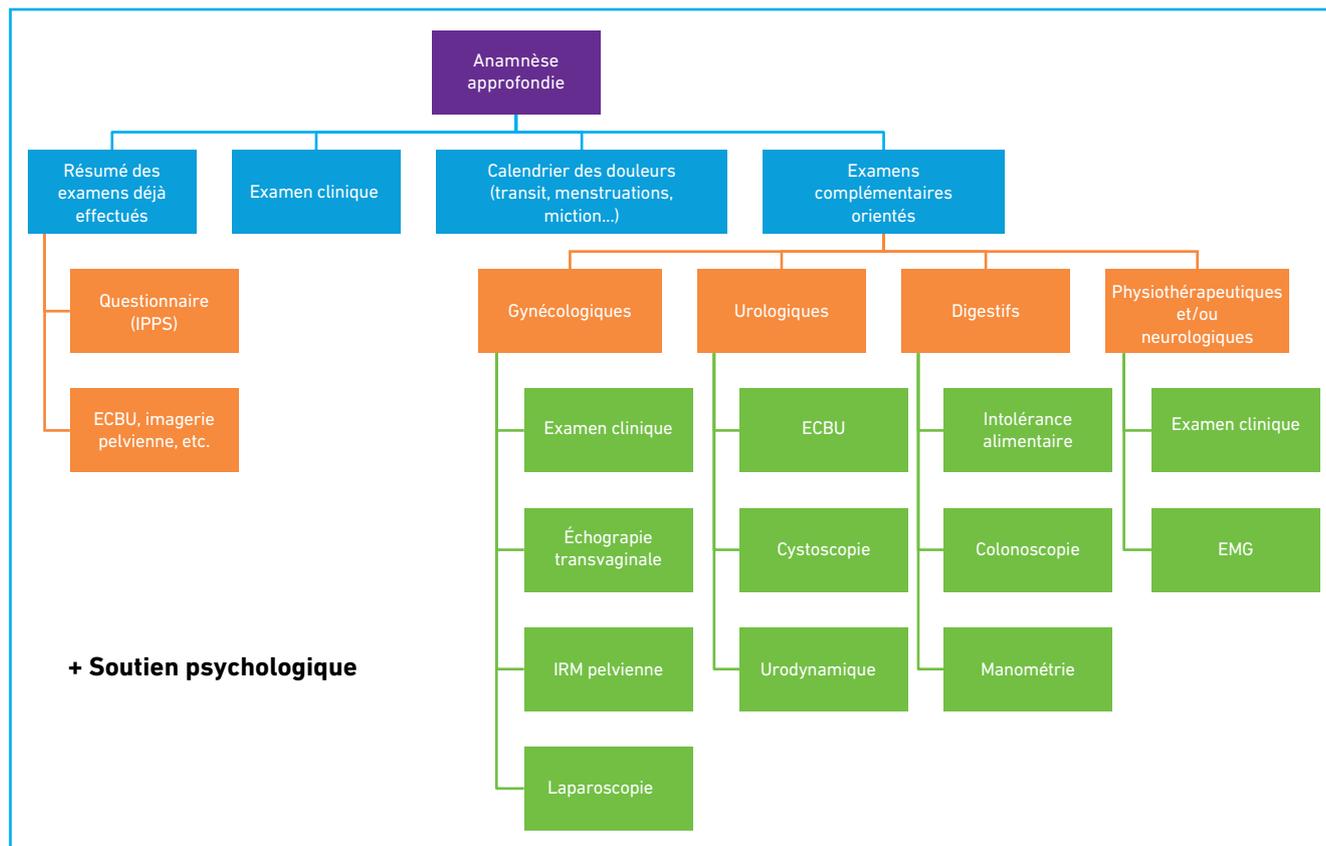


Fig. 1 : Algorithme de prise en charge de la douleur pelvienne chronique.

organiques potentielles et de ne pas se focaliser sur un système anatomique en particulier. C'est pourquoi il faut pouvoir dépasser les frontières de sa propre spécialité. Un exemple d'algorithme suivi par notre équipe est résumé dans la **figure 1**.

Conclusion

La douleur pelvienne chronique est une pathologie complexe nécessitant la participation de nombreux intervenants en raison de l'association de différentes étiologies responsables de la symptomatologie de la patiente.

BIBLIOGRAPHIE

1. MOSELEY A, BUTLER DS. Explain Pain Supercharged. Noigroup Publications, 2017.
2. HASSETT AL, FINAN PH. The Role of Resilience in the Clinical Management of Chronic Pain. *Curr Pain Headache Rep*, 2016;20:39.
3. ALCOCK A. Chronic Pelvic Pain in Women. *Br Med J*, 1926;1:609-612.
4. APTE G, NELSON P, BRISMÉE JM *et al*. Chronic female pelvic pain--part 1: clinical pathoanatomy and examination of the pelvic region. *Pain Pract*, 2012;12:88-110.
5. CHEONG YC, SMOTRA G, WILLIAMS AC. Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014;3:CD008797.
6. ZONDERVAN KT, YUDKIN PL, VESSEY MP *et al*. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *Br J Obstet Gynaecol*, 1999;106:1156-1161.
7. ZONDERVAN KT, YUDKIN PL, VESSEY MP *et al*. Chronic pelvic pain in the community--symptoms, investigations, and diagnoses. *Am J Obstet Gynecol*, 2001;184:1149-1155.
8. TWIDDY H, LANE N, CHAWLA R *et al*. The development and delivery of a female chronic pelvic pain management programme: a specialised interdisciplinary approach. *Br J Pain*, 2015;9:233-240.
9. GUPTA P, GAINES N, SIRLS LT *et al*. A multidisciplinary approach to the evaluation and management of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: an ideal model of care. *Transl Androl Urol*, 2015;4:611-619.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.