

A woman is shown from the waist up, sitting on a bed. She is wearing a white tank top and blue jeans. Her right hand is pressed against her lower back, indicating pain. The background is a bedroom with a bed and a wooden headboard. The image has a semi-transparent dark overlay.

LA DOULEUR EN GYNÉCOLOGIE

Thelma LINET



ALGIE PELVIENNE CHRONIQUE

Orientation diagnostique

DÉFINITION

Douleurs pelviennes persistantes, non cycliques depuis plus de 6 mois.

Concerne 6 à 27 % des femmes, mais problème de consensus [1]

Pathologie multifactorielle dans plus de la moitié des cas

- Colopathie fonctionnelle
- Syndrome de la vessie douloureuse (cystite interstitielle)
- Endométriose
- Adhérences pelviennes

En l'absence d'étiologie claire peut être considérée comme une pathologie neuromusculaire et psychosociale complexe [2].

- Problématique d'hyperesthésie et de dysfonction du plancher périnéal.

/!\ POST- TRAUMATIQUE

Environ 50 % des femmes ont des antécédents de violence : sexuelle, physique ou émotionnelle.

Un tiers présentent un syndrome de stress post-traumatique [1]

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE EN FONCTION DE L'ENTRETIEN [1]

Symptômes (causes graves possibles si *)	Etiologie possible
Douleurs à type de crampe	Colopathie fonctionnelle, porphyrie hépatique aiguë
Brûlure, chaleur, douleur à type de décharge	Nevralgie
Douleurs fluctuantes avec le cycle menstruel	Adénomyose, endométriose
Douleurs sans lien avec le cycle	Adhérences, cystite interstitielle, colopathie fonctionnelle, étiologies musculo- squelettiques, porphyrie hépatique aiguë
Douleurs et urgenturie	Cystite interstitielle, syndrome urétral
Métrorragies post-coïtales*	Cancer du col
Métrorragies post-ménopausiques*	Cancer de l'endomètre
Apparition post-ménopausique de la douleur*	Cancer
Antécédents chirurgicaux ou infectieux abdo.	Adhérences
Perte de poids inexplicquée*	Cancer, pathologie systémique

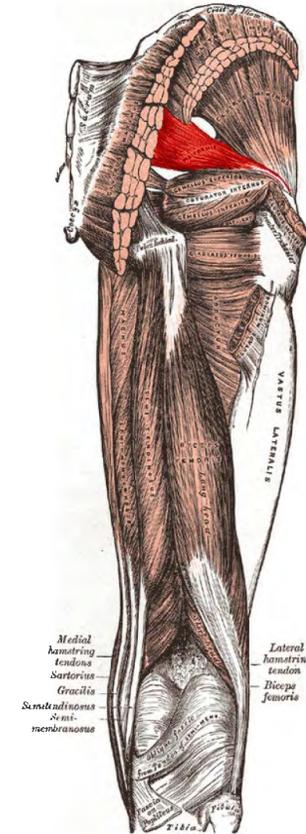
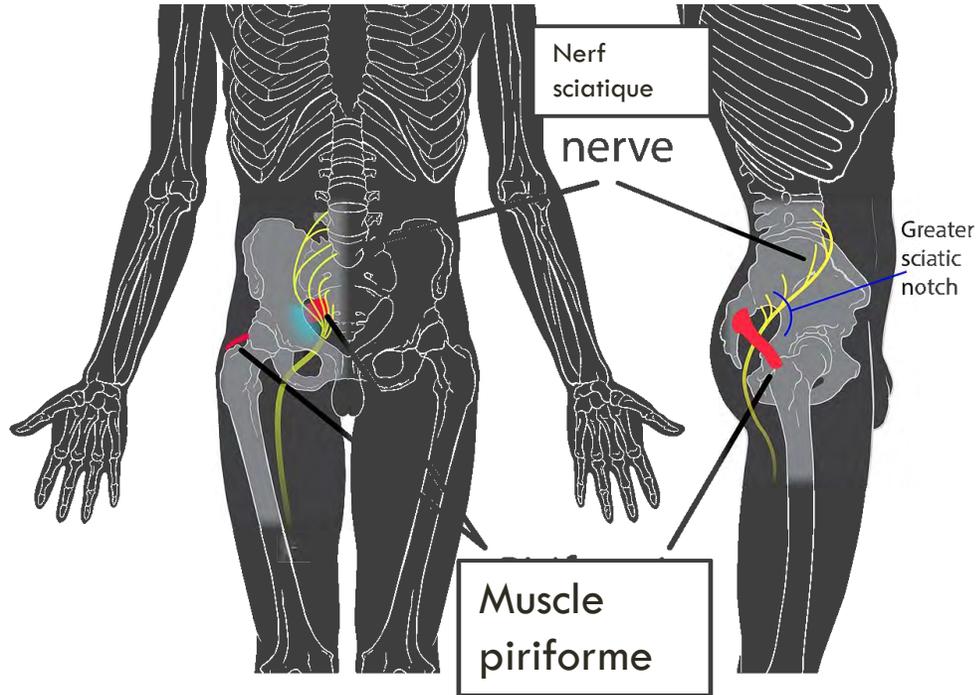
1. Speer LM. Am Fam Physician 2016.

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE EN FONCTION DE L'EXAMEN[1]

Symptômes (causes graves possibles si *)	Etiologie possible
Masse annexielle*	Cancer de l'ovaire
Utérus volumineux ou douloureux	Adénomyose, endométrite chronique
Utérus peu mobile au toucher bimanuel	Adhérences, endométriose
Douleurs postérieurs ou pelviennes	Origine abdominale ou pariétales
Douleurs du plancher pelvien	Cystite interstitielle, Sd du piriforme ou des releveurs
Douleurs exquise vaginale, vulvaire ou vessie	Adhérences, endométriose, sd canalaire
Signe de Carnett	Douleurs myofasciales ou abdominales
Masse sous-urétrale, douleur	Diverticule sous-urétral
Anomalies de l'utéro-sacré	Adénomyose, endométriose, cancer
Douleurs vulvaire ou du vestibule	Vulvodynie

1. Speer LM. Am Fam Physician 2016.

C'EST OÙ LE PIRIFORME ? (EX MUSCLE PYRAMIDAL DU BASSIN)



LE SIGNE DE CARNETT ?

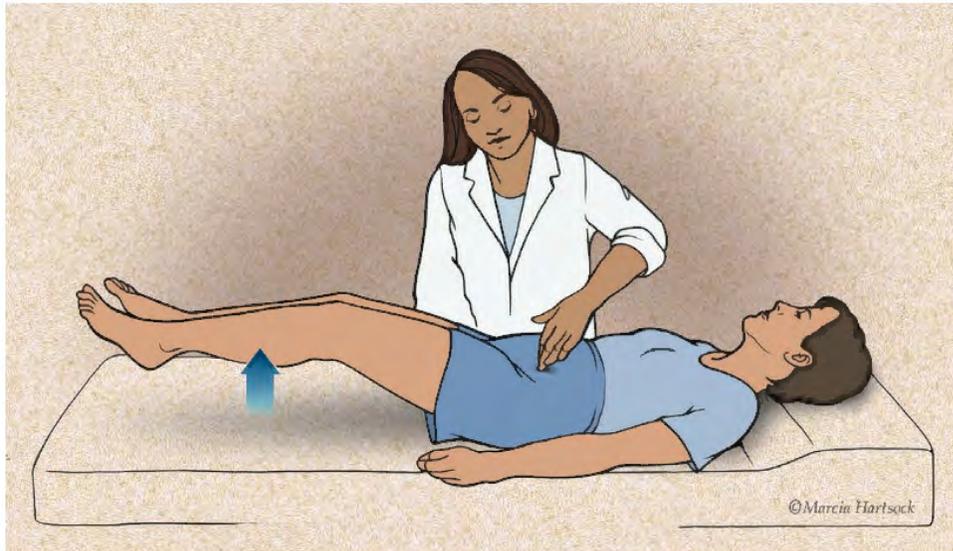


ILLUSTRATION BY MARCIA HARTSOCK

La patiente lève les 2 jambes en décubitus dorsal.

- Possibilité de remplacer par une levée de la tête

Mettre un doigt là où la douleur existe habituellement

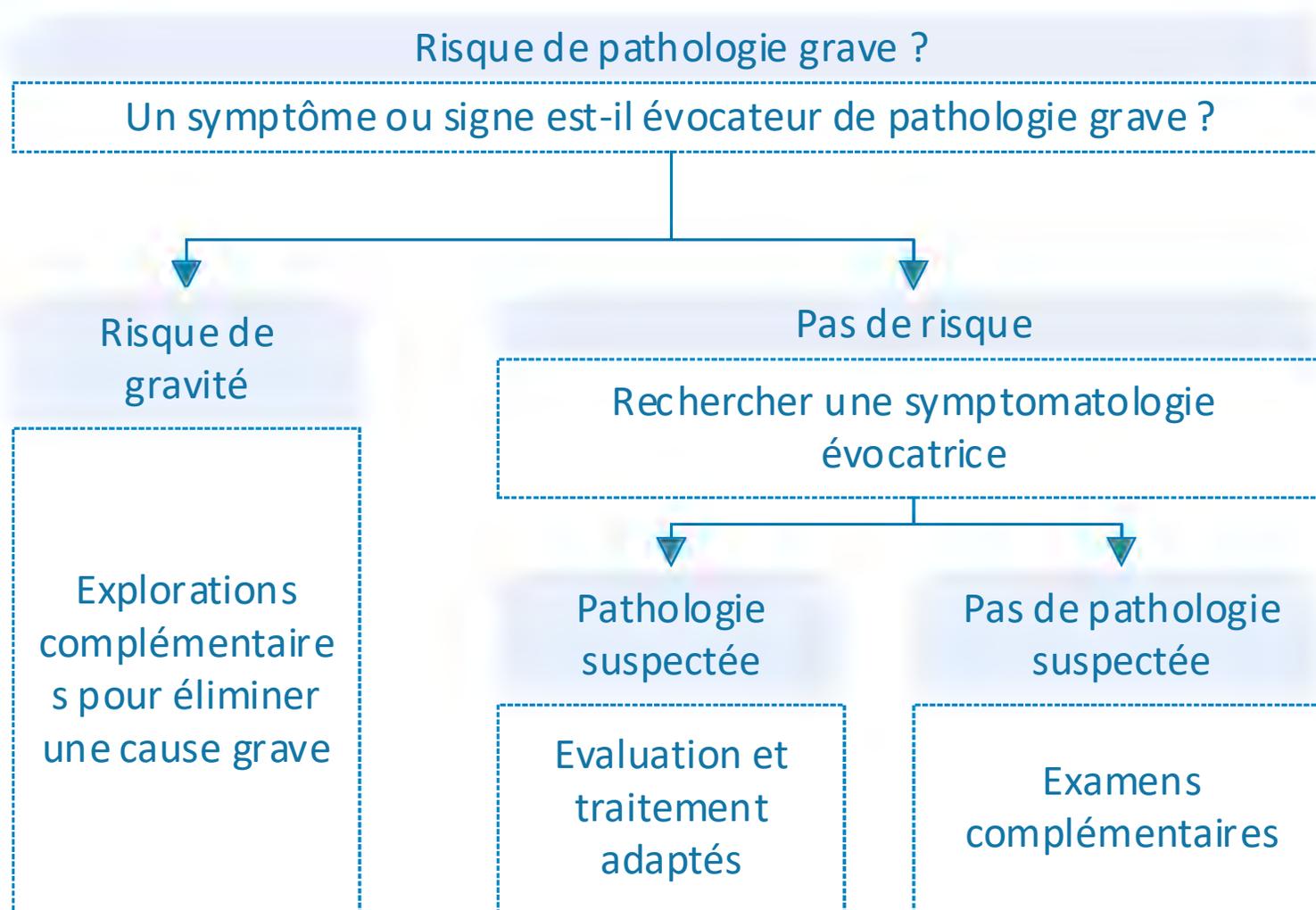
- La douleur augmente => douleur myofasciale (névralgies, hernie, myosite)
- La douleur diminue => douleur viscérale.

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE EN FONCTION DE LA PARACLINIQUE [1]

Symptômes (causes graves possibles si *)	Etiologie possible
Hématurie micro ou macroscopique*	Cystite interstitielle sévère, cancer urothélial ou rénal
Masse à l'échographie*	Cancer

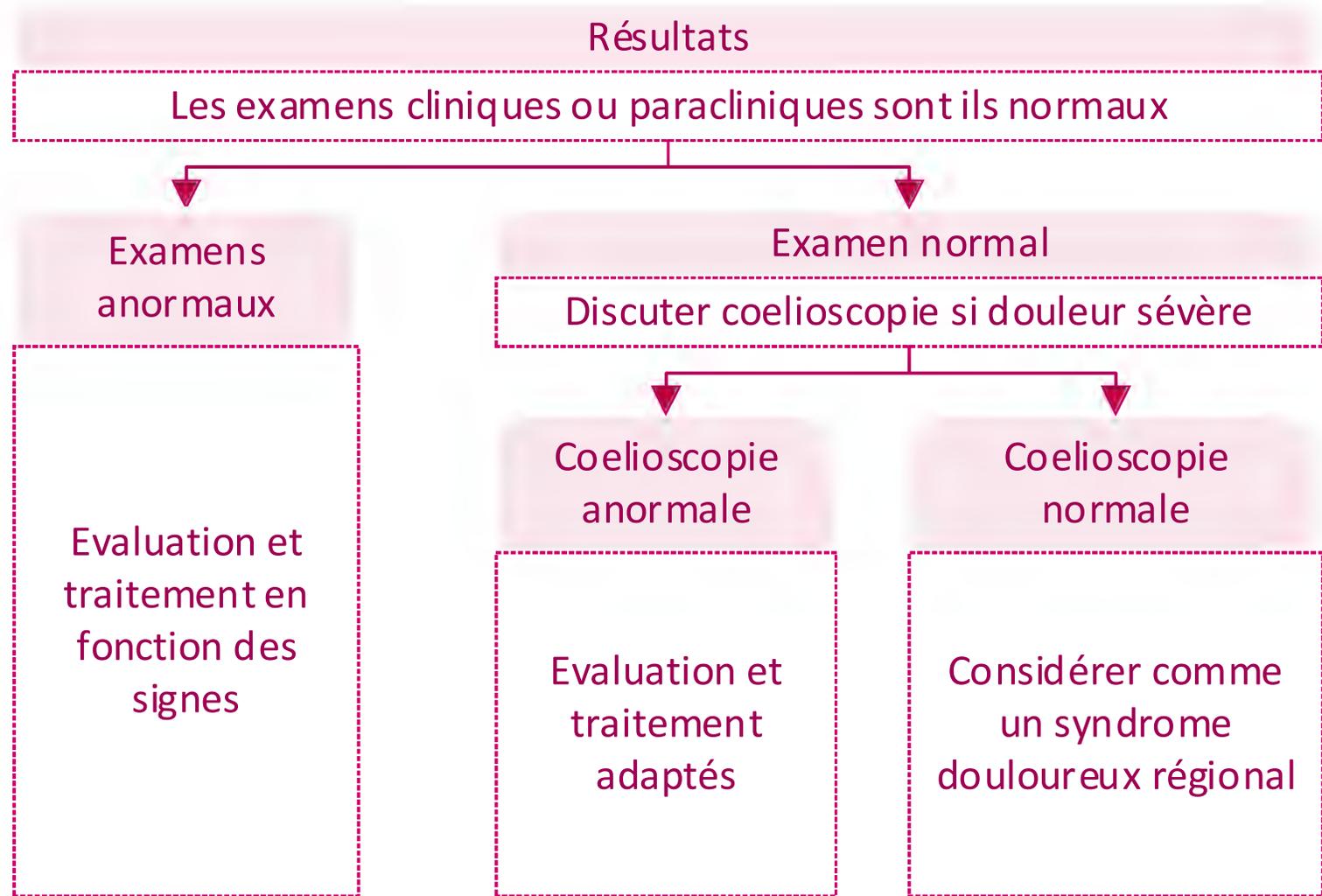
LE DIAGNOSTIC

Recherche de pathologie grave ou de symptôme évocateur

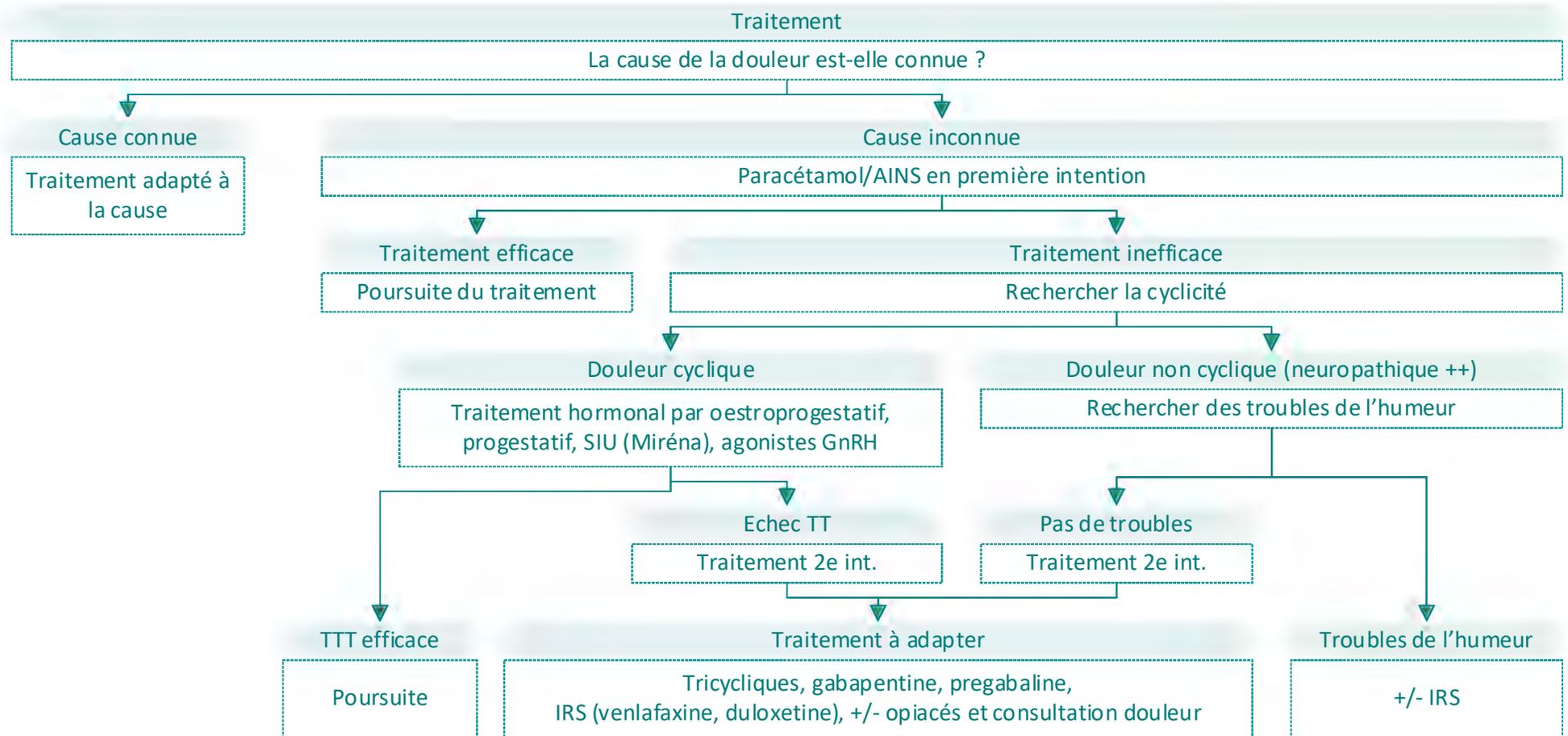


LE DIAGNOSTIC

Après les examens complémentaires...



LE TRAITEMENT



1. Speer LM. Am Fam Physician 2016.



LE CAS PARTICULIER DU SYNDROME DE CONGESTION PELVIENNE

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Cause fréquente de douleurs pelviennes chroniques

Intermittentes ou constantes

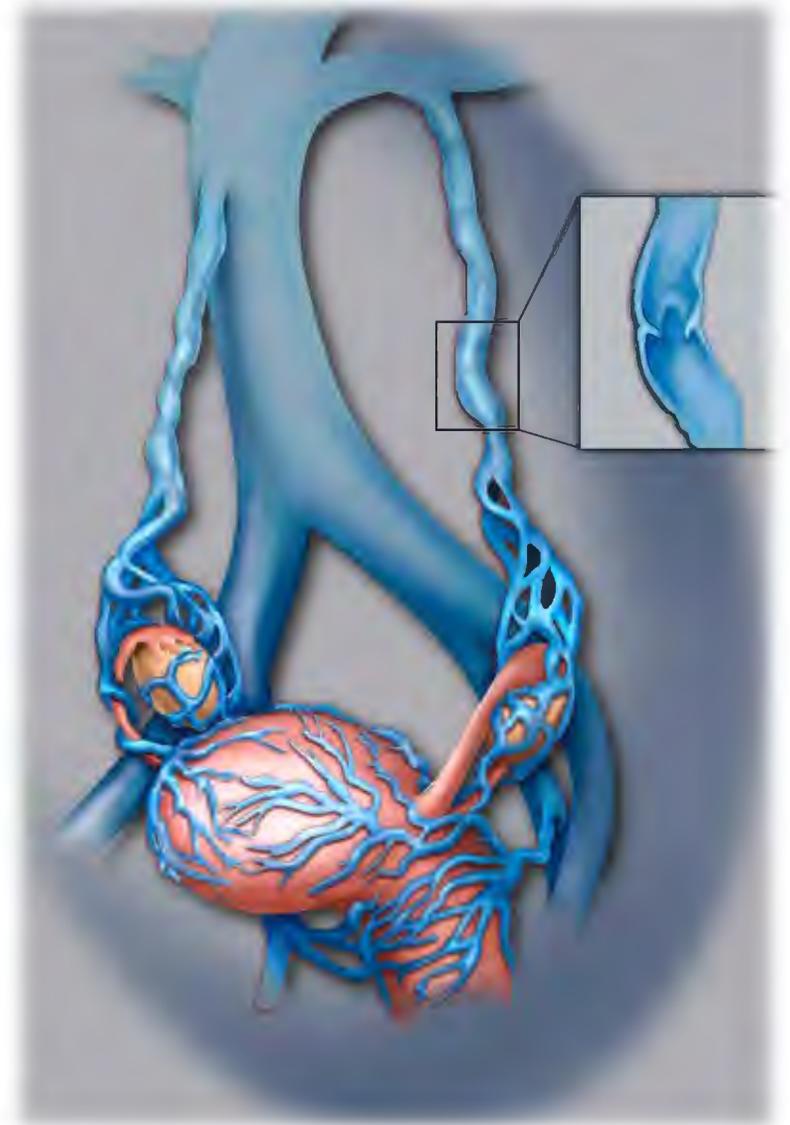
Pas de lien au cycle menstruel

Incompétence de la veine iliaque interne/ovarienne.

Environ 10 % de varices ovariennes

- Et 60 % de syndrome de congestion chez ces femmes [Daniels]

+/- associées à des varices vulvaires



LA CLINIQUE

Difficile

- Varices fréquentes en préménopause
- Douleurs pelviennes aussi

Symptômes classiques

- Douleurs sourdes
- Lourdeur pelvienne
- Uni ou bilatéral (variations de côté possibles)
- ↗ si ↗ pression abdominale (marche, position debout prolongée, soulèvement charges...)
- ↗ fin de journée [Jung]
- ↗ à chaque grossesse
- ↗ pendant ou après les rapports

Examen

- Sensibilité annexielle au toucher bimanuel (Se = 77 %, Sp = 94 %) [O'Brien]

L'IMAGERIE

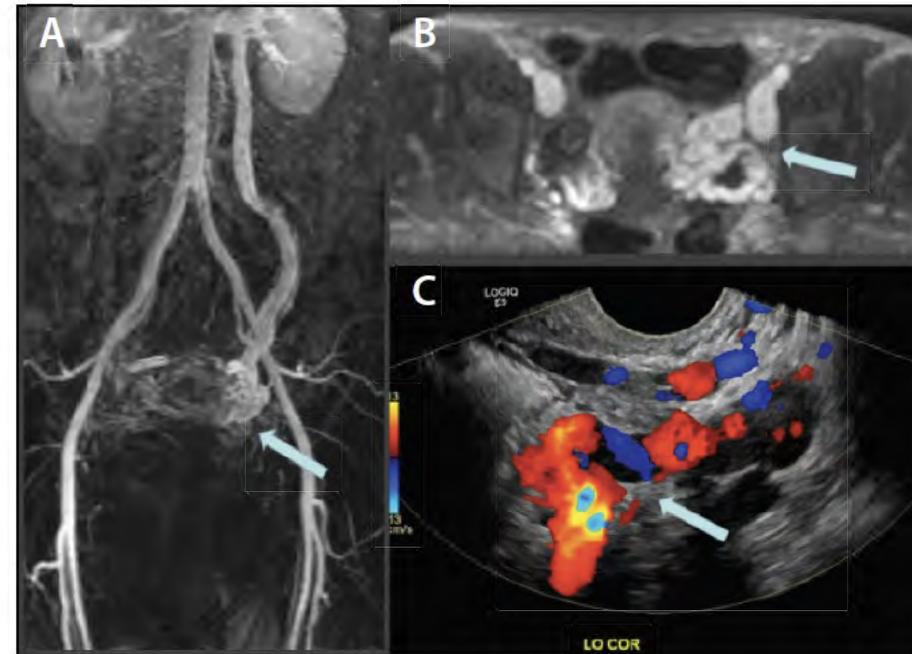
Echographie +++

- Différentiels (masse pelvienne)
- Dilatation veines utérines et ovariennes
- Flux rétrograde et augmentation de la veine ovarienne gauche.
- Majoration si Vasalva

IRM

Veinographie

- Diamètre des veines incompetentes > 5-10 mm)



PRISE EN CHARGE

Prise en charge médicamenteuse

- Hormonale : oestroprogestatifs, progestatifs, agonistes GnRH
- Non hormonale : AINS, veinotoniques

Radiologie interventionnelle

- Coils, colle, mousse, sclérosants

LADY SMENORAY

Les règles douloureuses





HISTOIRE ET DIAGNOSTIC D'UNE DYSMÉNORRHÉE PRIMAIRE

DÉFINITION

Dysménorrhées ou
algoménorrhées

Menstruations douloureuses
avec crampes utérines

Précède ou accompagne
l'écoulement menstruel

DESCRIPTION

La douleur

- Récurrente
- A type de crampe (main s'ouvre et se ferme)
- Médiane

Débute avec les règles

Diminue progressivement en 12 à 72 heures

± Signes accompagnateurs (prostaglandines) : nausées, diarrhée, fatigue, céphalées, malaises...



TYPE

En fonction de l'apparition

- Primaire (toujours eu mal)
- Secondaire (apparu après une phase normale)

En fonction de la cause :

- Primitive : pas de cause (/!\ Primaire pour certains auteurs [1])
- Organique : une cause (/!\ Secondaire pour certains auteurs [1])

En fonction du début :

- Protoménière : au début des menstruations
- Téloménière : à la fin des menstruations

EPIDÉMIOLOGIE

Gros problèmes de définitions = statistiques hasardeuses mais prévalence élevée [1]

- 1/3 à 1/2 des patientes ont des symptômes modérés à sévère

Considéré comme « naturel » par les patientes

- => pas de consultation ou de prise en charge pharmacologique [2]

Surtout chez l'adolescente (60-93 %)

17 % engendrant une absence (école, travail) [1].

FACTEURS DE RISQUE [1]

Adolescence (< 20 ans)

Nulliparité [2]

BMI < 20

Ménarche < 12 ans

Dépression / anxiété

Spanioménorrhée

Menstruations abondantes + caillots [3]

Syndrome prémenstruel

Infection génitale haute

Ligature tubaire

Violence sexuelle

Tabagisme [4]

- Même si secondaire [5]

La longueur du col de l'utérus [6]

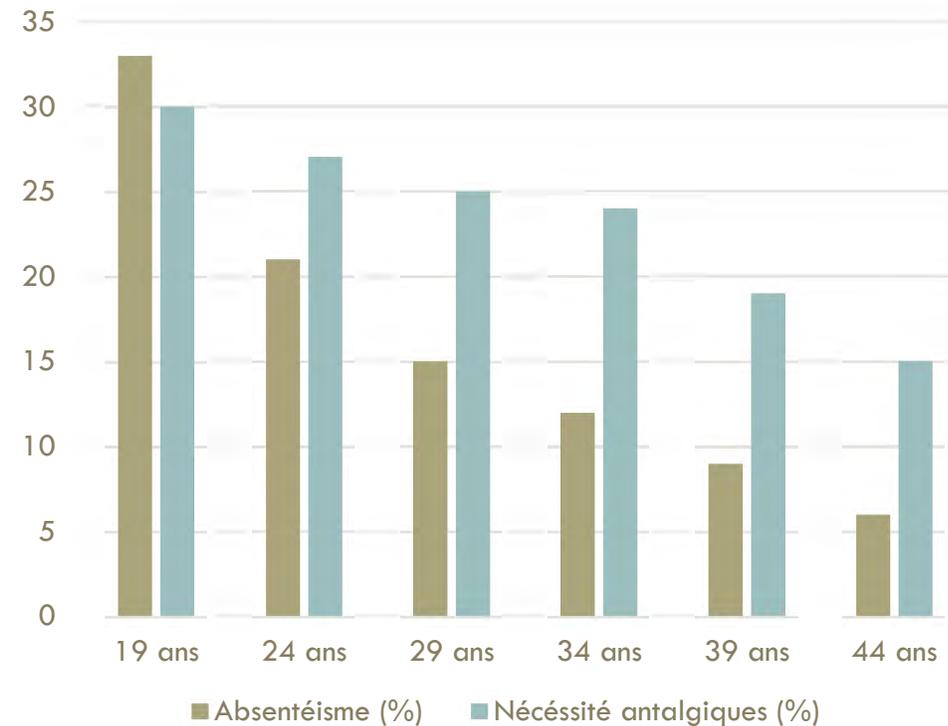
INTENSITÉ : LE SCORE VMS [1]

Grade	Traduction	Travail	Signes généraux	Antalgiques
0	Non douloureuses, pas d'interaction vie quotidienne	Normal	Aucun	Non nécessaire
1	Douloureuses mais peu d'impact vie quotidienne.	Rarement affecté	Aucun	Rarement nécessaire
2	Impact vie quotidienne. Analgésique => peu ou pas d'absentéisme	Modérément affecté	Peu	Nécessaires
3	Impact important vie quotidienne. Action faible analgésiques. Symptômes végétatifs (céphalées, nausées...)	Nettement affecté	Présents	Peu d'effet

INTENSITÉ

Dysménorrhée primaire : douleur comparable à celle d'une colique néphrétique [1].

Impact des dysménorrhées [2]



HISTOIRE D'UNE DYSMÉNORRÉE

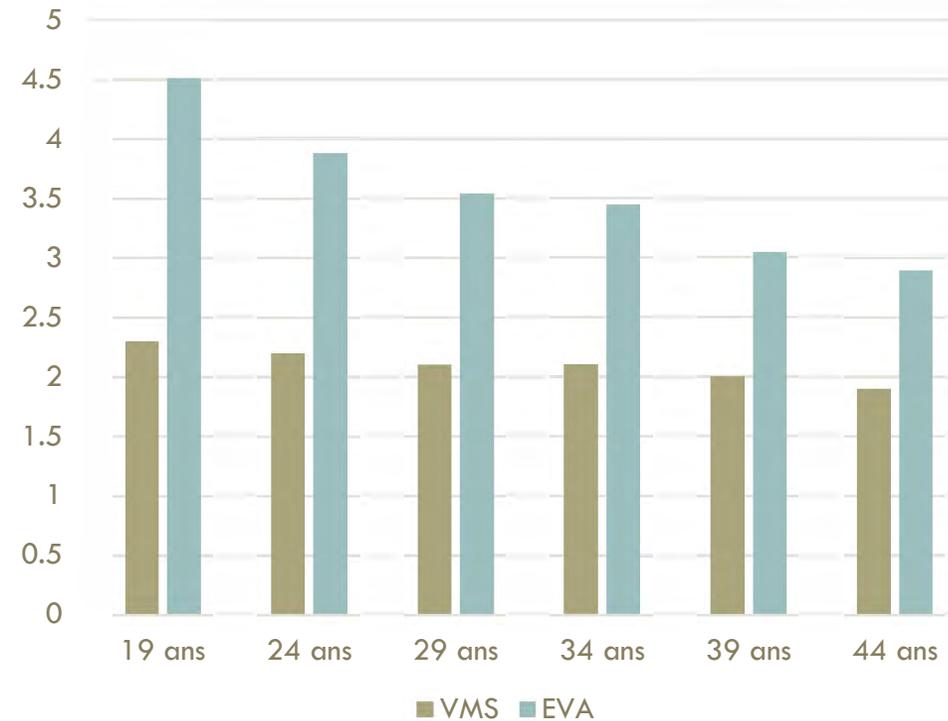
Début typique à l'adolescence avant les cycles ovulatoires...

- 18 - 45 % des adolescentes sont ovulatoires à 2 ans post-ménarches [1]

12,4 % des 16-20 ans rapportent une dysménorrhée sévère [2].

- ↑ symptômes dépressifs (OR 1,73 [1,38-2,15])
- ↑ insatisfaction apparence corporelle (OR 1,5 [1,02-2,22])

Evolution moyennes dysménorrhées [3]



PHYSIOPATHOLOGIE

Hyperactivité utérine : tonus de base supérieur, contractions plus fortes, plus fréquentes et mal coordonnées (irrégulières)

Hypoxie utérine («angor d'utérus»)

Action directe des prostaglandines (phénomène inflammatoire) :
PGE2, PGF2

- Action «de bord» intestinale (spasmes) et vasculaire (HTA)

Hypersensibilité à la douleur [1]

AIDE MÉMOIRE POUR L'ANAMNÈSE DE LA DYSMÉNORRHÉE

1. Antécédents menstruels
2. Temps écoulé entre les premières règles et l'apparition de la dysménorrhée
3. Moment où apparaît la douleur par rapport au début des règles et au flux menstruel
4. Description, gravité, chronologie et degré d'invalidité
5. Antécédents sexuels, y compris la violence sexuelle
6. Questions sur les syndromes de douleur chronique et sur les affections médicales
7. Évaluation de la présence de symptômes de dépression ou d'anxiété, ou d'autres troubles psychiatriques
8. Traitements antérieurs (dose, durée, effets secondaires et réponse)

EXAMEN OU NON

Pas nécessaire si [1]

- histoire typique de dysménorrhées primaire
- Pas active sexuellement

A envisager si

- Pathologie organique ou malformation congénitale suspectée
- Pas de réponse au traitement conventionnel.

QUAND FAIRE LE DIAGNOSTIC ?

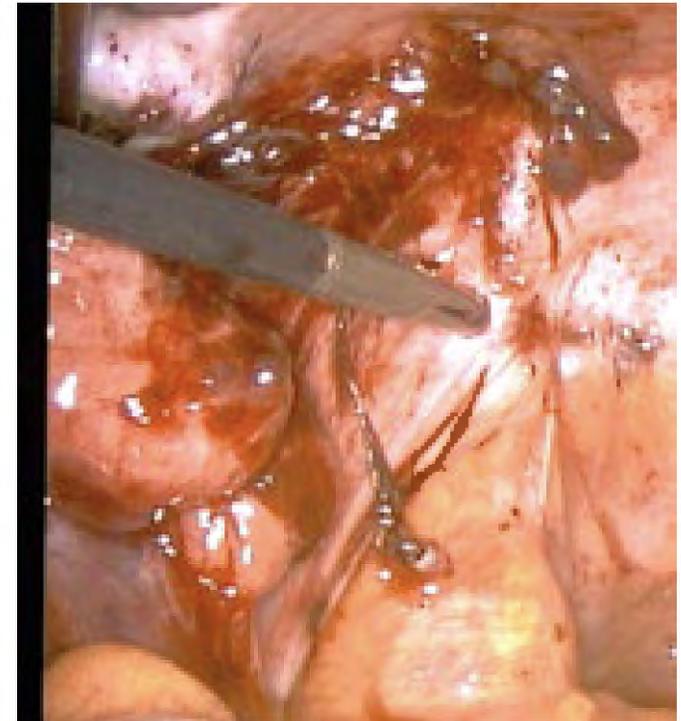
Si échec du traitement empirique ou signe évocateur (leucorrhées anormales, douleurs pelviennes spontanées, examen clinique évocateur)

- Echographie pelvienne : Kystes ovariens, endométriomes
- IRM
- Coelioscopie si doute endométriose, IGH ou adhérence
- Dépistage Chlamydia Trachomatis
 - Population à risque (< 25 ans ++)
 - Possibilité diagnostique

ETIOLOGIES PÉRITONÉALES

Endométriose

- Présence en dehors de la cavité utérine d'un tissu histologiquement et fonctionnellement proche de l'endomètre
- Douleur différente :
 - Dysménorrhée peu sensible aux AINS
 - Dyspareunie profonde
 - Douleurs chroniques parfois très intenses(formes nodulaires, cloison recto-vaginale, formes scléreuses)
 - Défécations douloureuses (dyschésie)
 - Dysuries



ETIOLOGIES UTÉRINES [1]

Isthmocèle utérine

Adénomyose (apparition > 35 ans ++)

Myomes utérins

Lésion obstructives du tractus génital :

- Synéchies
- Polypes
- Malformations
- Sténose cervicale

DIFFÉRENTIEL : AUTRES CAUSES

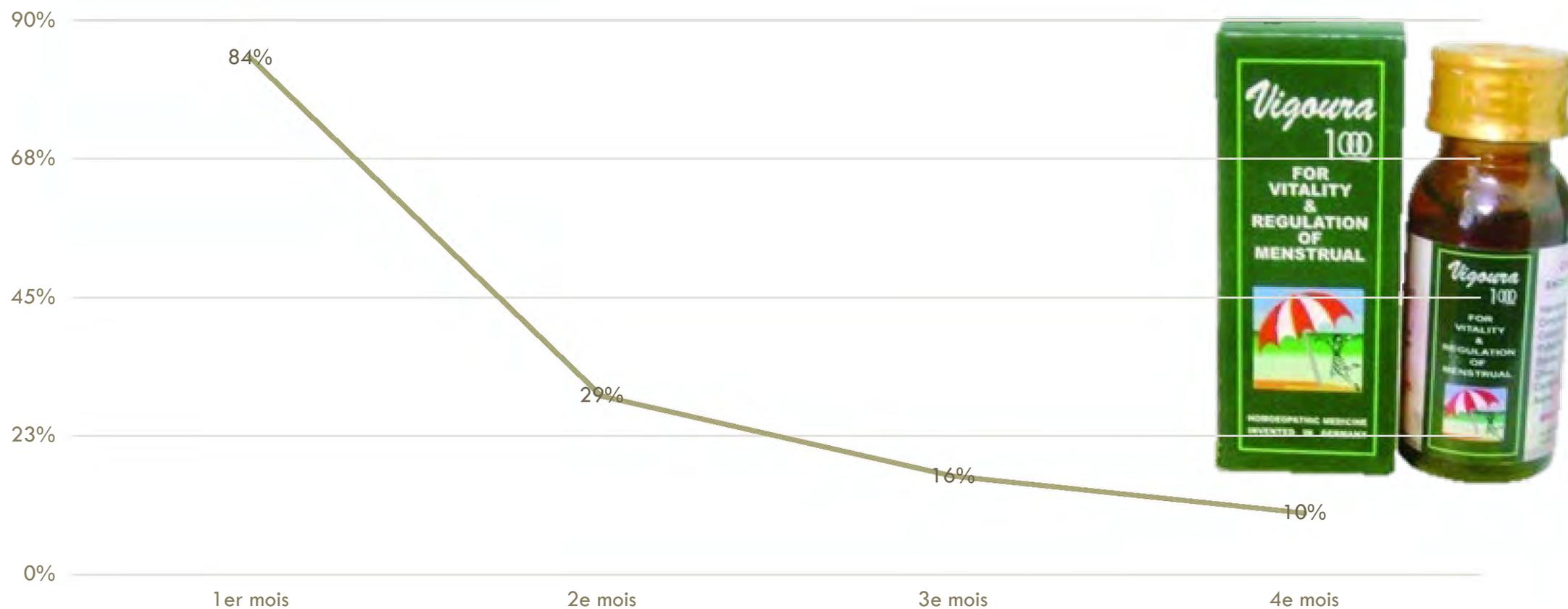
Douleurs majorées pendant les menstruations :

- Infection génitale haute
- Adhérences pelviennes
- Colopathie fonctionnelle
- Maladies inflammatoires intestinales (Crohn, RCH...)
- Syndrome de la vessie douloureuse (cystite interstitielle)
- Troubles de l'humeur
- Douleurs myo-fasciales



LE TRAITEMENT |

LE TRAITEMENT : /!\ EFFET PLACEBO COURT



DISCUTÉS

/!\ EFFET PLACEBO

Régime végétarien

Non efficaces [1]

- Vitamine E
- Aneth
- Goyave
- Fenouil

Acupuncture [2]

Moxibustion [3]

Manipulations spinales (chiropracteur, ostéopathie...) [4]

Herbes chinoises [5]

MOYENS NON PHARMACOLOGIQUES



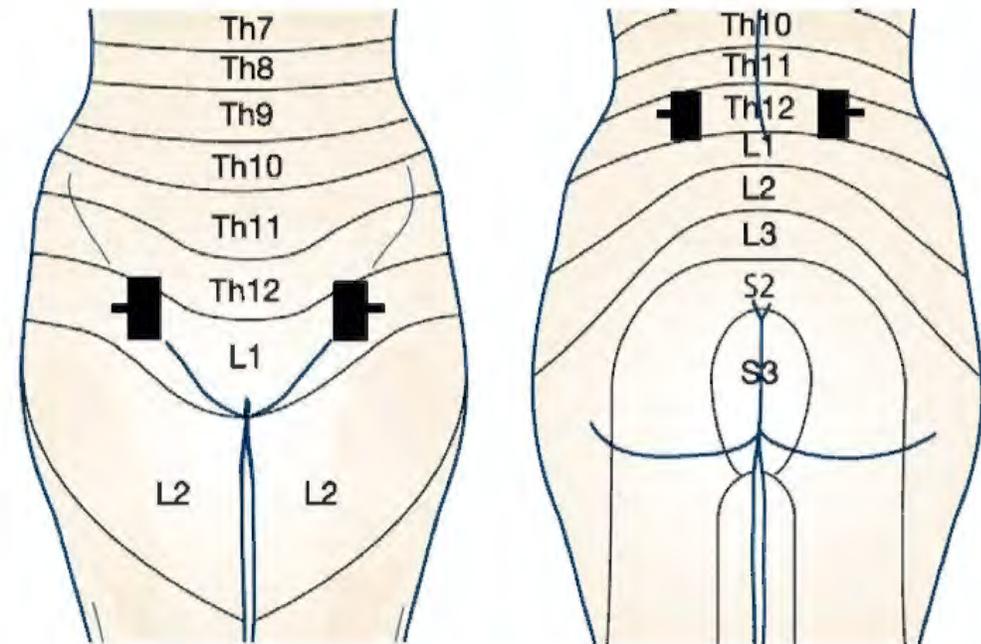
Chaleur seule [1].

- Accélérer l'efficacité des AINS.

Neurostimulation transcutanée à haute fréquence (TENS-hf) [2]

Yoga :

- Pose du Cobra, du Chat et du Poisson, en phase lutéale, sessions de 20 minutes/jour [3].
- Ou programme de 60 minutes par semaine pendant 12 semaines [4]
- Diminution de l'intensité douloureuse et de la durée des douleurs



COMPLÉMENTS : DES PREUVES MODESTES [1]

Le gingembre : 750 mg à 2000 mg pendant les 3 ou 4 premiers jours

Les huiles de poisson (\pm vit B1), vit B1 seule, sulfate de zinc, fenugrec

La valériane : 255 mg x 3/j pendant 3 jours [2].

Les huiles essentielles, mais méthodes trop diverses [4].

THÉRAPEUTIQUE PHARMACOLOGIQUE NON HORMONALE

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) [1]

- Avant l'apparition des règles et des douleurs (prophylactique)
 - 16 % seulement le prennent en prophylactique [2]
- Pas de supériorité de l'un ou l'autre [1] : Ibuprofène 400-800 mg / 6h PO
 - 13 % prennent une dose inférieure à la dose prescrite [2]
- 2 ou 3 jours suffisent en prophylactique

Paracetamol (acétaminophène) [3]

- Action < ibuprofène [4]

Sildenafil (Viagra) : hors AMM

- 100 mg intravaginal [5]

THÉRAPEUTIQUE HORMONALE

Œstroprogestatif oral

- Prolongés > cycliques [1]

Oestroprogestatifs percutanés :

- Nuva-Ring comparable aux OP oraux [2].
- /!\ Evra™ Patch => + de dysménorrhée qu'un OP oral [3].

Progestatifs : Diénogest [4]

Analogues GnRH / Danazol

PLACE DES LARC DANS LES DYSMÉNORRHÉES

DIU au cuivre

- Pas de différence (VMS et EVA) [1]

Miréna^o.

- Diminution VMS et EVA [1]

Implanon^o

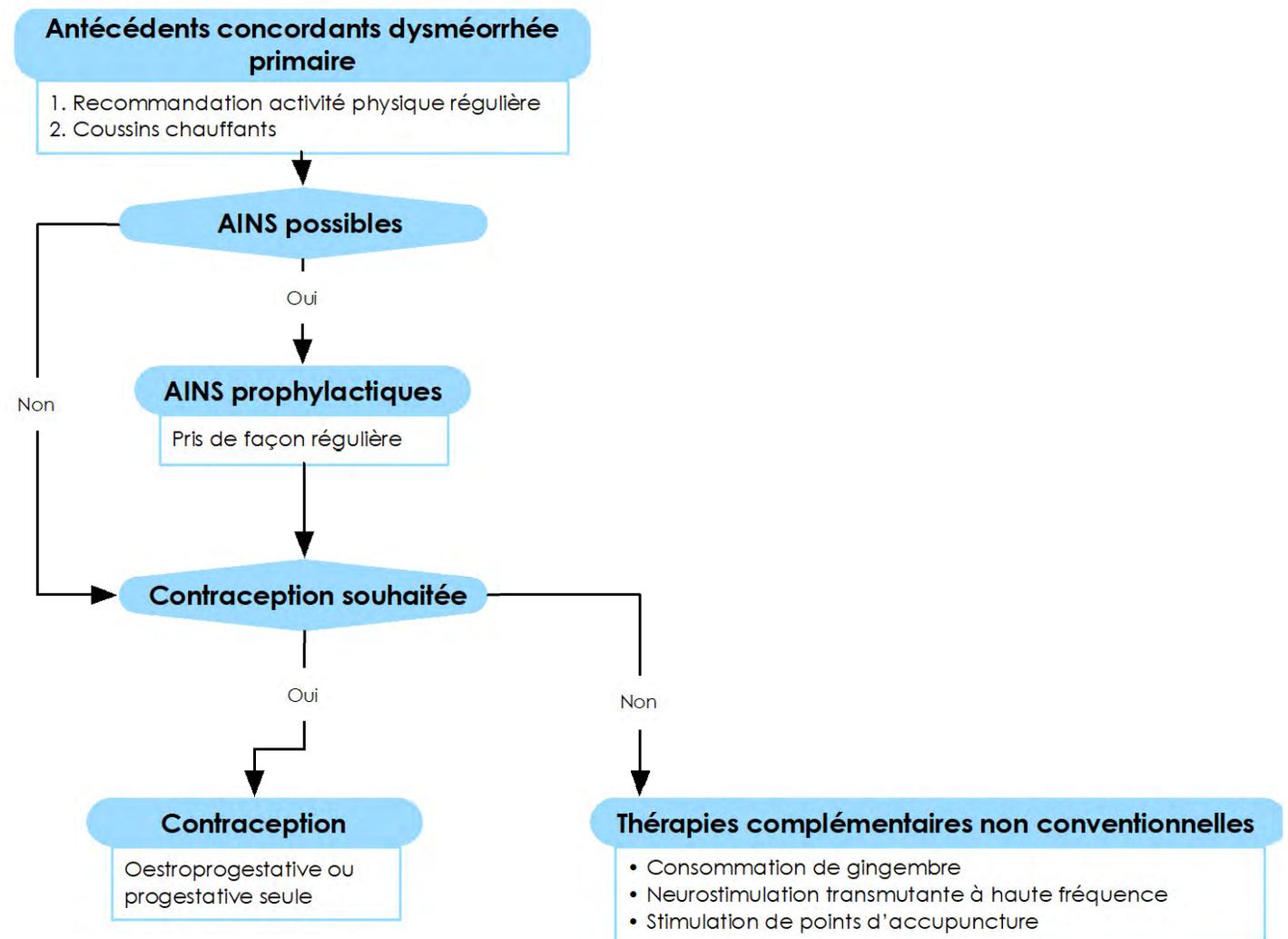
- Douleurs menstruelles :
 - 48 % de 
 - 8 %  [2].
- 85 % d'amélioration si dysménorrhée [3]

Δ EVA / population référence [1]



PRISE EN CHARGE SOGC

1. Burnett M. J Obstet Gynaecol Can
2017.



PRISE EN CHARGE SOGC

[1] Burnett M. J Obstet Gynaecol
Can 2017.

