

La douleur pelvienne chronique chez la femme : prise en charge initiale

Charlotte Maillard^{1,3}, Amandine Gerday^{1,3}, Jean Squifflet^{1,3}, Mathieu Luyckx^{1,3}, Frédérique Dessy⁴, Pascale Jadoul^{1,3}

Chronic pelvic pain in women: initial management

Chronic pelvic pain (CPP) is a common complaint and a major clinical challenge due to its often multifactorial etiology, including visceral, neuro-musculoskeletal, and psychosocial causes. It is defined as "pain perceived as originating from organs or structures of the pelvic or lower abdominal region that persists for more than 6 months, often accompanied by negative cognitive, behavioral, sexual, and emotional consequences, as well as symptoms suggestive of lower urinary, sexual, bowel, myofascial, or gynecologic dysfunction". CPP is now considered to be the result of dysregulation of nociceptive signals and central sensitization. This nociplastic pain is mainly due to a dysfunction of sensory processing by the central nervous system. A comprehensive initial assessment is required and a therapeutic relationship should be established from the outset. Optimal management of CPP is based on a biopsychosocial approach and requires a multidisciplinary approach tailored to this type of complaint.

KEYWORDS

Chronic pelvic pain, central sensitization, nociplastic pain, biopsychosocial approach

La douleur pelvienne chronique (DPC) est une pathologie fréquente et représente un défi clinique majeur en raison de ses étiologies souvent multifactorielles, incluant des causes viscérales, neuro-musculosquelettiques et psychosociales. Elle est définie comme « une douleur perçue comme provenant des organes ou des structures de la région pelvienne ou abdominale basse persistant depuis plus de 6 mois, s'accompagnant fréquemment de répercussions négatives sur les plans cognitif, comportemental, sexuel et émotionnel, ainsi que de symptômes suggérant des dysfonctionnements au niveau du système urinaire inférieur, de la fonction sexuelle, intestinale, myofasciale ou gynécologique ». La DPC est désormais perçue comme le résultat d'un dérèglement des signaux nociceptifs et d'une sensibilisation centrale. Cette douleur nociplastique est principalement due à un dysfonctionnement du traitement sensoriel par le système nerveux central. Une évaluation initiale complète est nécessaire en adoptant une relation thérapeutique d'emblée. La gestion optimale de la DPC repose sur une approche biopsychosociale et nécessite une prise en charge multidisciplinaire et adaptée à ce type de plaintes.

INTRODUCTION

La douleur pelvienne chronique (DPC) est une affection courante et invalidante chez les femmes, affectant environ 15 à 26 % des femmes adultes (1–4) et représentant annuellement aux Etats-Unis jusqu'à 20 % des consultations en gynécologie, 40 % des laparoscopies et 12 % des hystérectomies, même si l'origine des douleurs pelviennes chroniques n'est pas gynécologique dans 80% des cas (3,5). Elle peut être un défi diagnostique en raison de son étiologie souvent multifactorielle, allant des troubles viscéraux de type gynécologiques, urologiques ou gastro-intestinaux à des affections musculosquelettiques et psychosociales. La DPC représente un fardeau économique majeur, pour les patientes ainsi que pour notre système de santé, lié aux coûts additionnels des soins ambulatoires et hospitaliers et à la potentielle perte de productivité des personnes atteintes (6). La DPC représente un défi diagnostique et thérapeutique majeur pour les cliniciens.

Dans la mesure où les DPC sont généralement multifactorielles et nécessitent une prise en charge biopsychosociale, cet article a pour but de rappeler la définition des douleurs pelviennes chroniques chez la femme, de réexpliquer sa physiopathologie et de proposer des clés pour une prise en charge initiale adaptée, basées sur les recommandations récentes de la littérature. Il n'a pas pour objectif de décrire de manière exhaustive les différentes étiologies et les différents traitements médicamenteux, non médicamenteux ou chirurgicaux des DPC.

DÉFINITION

La définition usuelle de la DPC est une douleur perçue comme provenant des organes ou des structures de la région pelvienne ou abdominale basse persistant depuis plus de 6 mois. Elle s'accompagne fréquemment de répercussions négatives sur les plans cognitif, comportemental, sexuel et émotionnel, ainsi que de symptômes suggérant des dysfonctionnements au niveau du système urinaire inférieur, de la fonction sexuelle, intestinale, myofasciale ou gynécologique. Cette douleur peut être non cyclique, cyclique et/ou liée aux menstruations (dysménorrhée) et aux rapports sexuels (dyspareunie). Le seuil de six mois est diminué à 3 mois pour poser un diagnostic lorsque des mécanismes de sensibilisation centrale, comme des altérations cognitives, comportementales ou émotionnelles, sont présents. Selon la Société internationale pour l'étude de la douleur (*International Association for the Study of Pain* – IASP), la notion de «perception» implique que la patiente et le clinicien identifient, au mieux, la région pelvienne comme source de la douleur (7). La dysménorrhée est considérée comme un syndrome de douleur chronique si elle persiste et entraîne des répercussions négatives sur les plans cognitif, comportemental, sexuel

ou émotionnel (1,3,7,8). Selon l'IASP, une DPC peut être primaire si aucun autre diagnostic n'explique les symptômes, ou secondaire si la douleur persiste malgré le traitement de la cause primaire présumée (1,7).

PHYSIOPATHOLOGIE

Les structures somatiques (peau, muscles, os, nerfs et tissus mous) et les structures viscérales (vessie, utérus et intestins) du pelvis partagent des voies nerveuses communes, entraînant des symptômes similaires et difficiles à différencier. Les structures viscérales et somatiques peuvent recevoir des signaux et envoyer des informations au système nerveux central. Il existe une interconnexion qui est à l'origine d'un phénomène appelé *sensibilisation croisée viscéro-viscérale*, dans lequel l'activité d'un organe (par exemple, l'utérus) peut hypersensibiliser un autre organe (par exemple, les intestins ou la vessie). Un phénomène similaire, appelé *convergence viscéro-somatique*, survient lorsque des stimuli viscéraux nociceptifs persistants entraînent une stimulation somatique douloureuse, ou inversement (3). En conséquence, des troubles tels que le syndrome du côlon irritable, le syndrome douloureux vésical et l'endométriose peuvent se manifester par des douleurs pelviennes, une hypertonicité des muscles pelviens, des myalgies, ainsi que des dysfonctionnements musculaires généralisés dans la région pelvienne, abdominale ou lombaire. L'inverse est également possible, par exemple, un signal persistant de muscle pelviens dysfonctionnels peut entraîner un dysfonctionnement viscéral tel que des symptômes vésicaux ou **intestinaux**(3)

On parle de *sensibilisation centrale* lorsque ces douleurs périphériques amplifiées ou répétées entraînent une réponse excessive des interneurons, augmentant la réactivité du système nerveux central et diminuant l'inhibition de la douleur. Les modifications pathologiques qui en résultent affectent la façon dont le système nerveux central réagit aux stimuli nocifs, activent certaines régions cérébrales et influencent l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et le système nerveux autonome (8). Cela peut engendrer des douleurs généralisées, des troubles du sommeil et de l'humeur et des difficultés à faire face à ces douleurs, aggravant ainsi la détresse psychologique. Cette douleur liée aux troubles de modulation du système nerveux associé aux douleurs chroniques est décrite par l'IASP comme douleur *nociplastique*, en comparaison aux douleurs nociceptive (lésion tissulaire) et neuropathique (lésion nerveuse) (7).

Bien que le traitement des lésions organiques ou viscérales reste nécessaire, il n'est pas toujours suffisant pour soulager les DPC. Il existe un rôle crucial de la sensibilisation centrale dans la prolongation des syndromes de douleur chronique. Une sensibilisation non traitée et/ou

une dysfonction myofasciale contribuent à la persistance de la douleur malgré des traitements efficaces spécifiques. Cette sensibilisation centrale explique pourquoi les patients souffrant de douleurs pelviennes chroniques ressentent de la douleur face à des stimuli inoffensifs (allodynie) et réagissent de manière excessive aux stimuli douloureux (hyperalgésie) (1,8). Ce traitement anormal des informations sensorielles au niveau central permet également de comprendre pourquoi la douleur liée à l'endométriose peut persister malgré un traitement adapté.

PRÉSENTATIONS CLINIQUES ET FACTEURS DE CONTRIBUTION

Les douleurs pelviennes chroniques sont souvent complexes et multifactorielles, rendant le diagnostic difficile. De nombreuses études montrent la présence concomitante de différents facteurs étiologiques, par exemple, 48 % des patientes présentant un syndrome douloureux vésical seraient également atteintes d'endométriose et 30 à 75 % de ces patientes présenteraient un syndrome du côlon irritable de manière concomitante (3,9). Les principales plaintes des patientes atteintes de DPC sont : douleur et/ou pesanteur pelvienne et/ou vulvo-vaginale, urgences ou rétention urinaires, pollakiurie, ballonnements abdominaux, nausées, constipation, diarrhée, dyspareunie, dyschésie, dysménorrhée, saignements menstruels irréguliers ou abondants, symptômes de brûlures, associées à des plaintes de sensibilisation centrale de type : douleurs multifocales, troubles du sommeil, troubles de l'humeur, dépression, anxiété, allodynie, hyperalgésie, échec des traitements.

Les étiologies peuvent être classées en différentes catégories : viscérales (gynécologiques, urologiques, gastro-intestinales), neuro-musculo-squelettiques et psychosociales (8). Vu l'origine souvent multifactorielles des DPC, les guidelines canadiennes décrivent les étiologies suivantes comme des « facteurs de contribution » à celles-ci et non comme des étiologies en tant que tel (1)

CAUSES VISCÉRALES

- **Gynécologiques** : adénomyose, adhérences pelviennes, endométriose, fibromes utérins, infection génitale haute chronique ou endométrite chronique, masses annexielles, syndrome de l'ovaire rémanent, troubles veineux pelviens, vestibulodynie et/ou vulvodynie.
- **Gastro-intestinales** : appendicite chronique, constipation chronique, diverticulose, maladie coeliaque, maladie inflammatoire chronique de l'intestin et/ou syndrome du côlon irritable.

- **Urologiques** : calculs vésicaux ou rénaux chroniques, diverticule urétral, infection chronique, compliquée ou récidivante des voies urinaires et/ou syndrome de la douleur vésicale/cystite interstitielle.

CAUSES NEURO-MUSCULOSQUELETTIQUES

- **Musculo-squelettiques et myofasciales** : coccydynie, fibromyalgie, hernies et/ou troubles lombosacrés, du plancher pelvien, de la paroi abdominale, de la ceinture pelvienne et de la hanche, syndromes d'hyperlaxité, syndromes des muscles releveurs.
- **Neurologiques** : douleur neuropathique, (épilepsie abdominale), (migraine abdominale), névralgies ilio-inguinale et ilio-hypogastrique, névralgie pudendale, radiculopathie et/ou névrome par compression d'un nerf.

CAUSES PSYCHOSOCIALES

- Traumatismes actifs : physique, émotionnel, sexuel, troubles dépressifs, troubles anxieux, insomnie et/ou dramatisation de la douleur.

ÉVALUATION INITIALE

Face à une patiente atteinte de douleurs pelviennes chroniques, les différentes recommandations cliniques proposent d'adapter notre prise en charge afin d'y inclure de manière systématique les points suivants (1,3,8) :

1. *Identifier les symptômes de sensibilisation centrale* : Douleur généralisée, multiples syndromes douloureux, hypersensibilité, troubles du sommeil et troubles de l'humeur
2. *Identifier les névralgies et myalgies* : Douleur lombaire chronique et fibromyalgie
3. *Considérer les étiologies gynécologiques et non-gynécologiques*

RELATION THÉRAPEUTIQUE

Il est décrit que la relation thérapeutique entre la patiente atteinte de douleur pelvienne chronique et son médecin peut avoir un effet sur son degré de satisfaction par rapport aux soins et ses résultats cliniques (1,10). En effet, il est important d'adopter un discours sans préjugés, de valider la douleur en écoutant les patientes de manière active et empathique. Une prise en charge de la douleur centrée sur la patiente en éduquant celle-ci est primordiale pour l'amélioration des plaintes et l'usage adéquat des médicaments. Les professionnels de la santé doivent

adopter une approche systématique de type biopsychosociale pour reconnaître et atténuer les stimuli nociceptifs qui déclenchent et perpétuent la douleur ainsi que les observations cliniques évoquant la sensibilisation centrale ou la douleur (1,3). Des consultations plus longues ou répétées sont recommandées (3).

ANAMNÈSE (1,3,8)

L'anamnèse joue un rôle essentiel dans l'évaluation de la douleur pelvienne. Il est important de déterminer toutes les caractéristiques de celle-ci pour pouvoir l'appréhender au mieux. Lors de l'évaluation initiale, il est crucial de déterminer si la douleur est aiguë (moins de 6 mois) ou chronique (plus de 6 mois), car cela orientera la démarche diagnostique. Il est important de ne pas méconnaître les drapeaux rouges dans des plaintes douloureuses multifocales, qui nécessiteraient un traitement de manière plus aiguë.

L'anamnèse doit récolter au minimum les points suivants :

- ▶ *Caractéristiques de la douleur* : localisation, intensité (score), mode d'apparition, durée, fréquence, relation avec le cycle menstruel (cyclique et/ou non cyclique), irradiation, exacerbation, facteurs de soulagement, impacts des traitements précédents
- ▶ *Historique médical* : antécédents médicaux et chirurgicaux, antécédents gynéco-obstétricaux, traitement actuel
- ▶ *Facteurs déclenchants* : rapport sexuel (dyspareunie), miction, défécation, posture,...
- ▶ *Symptômes associés* : métrorragies, leucorrhées, fièvre, troubles digestifs ou urinaires, dysménorrhée, dyspareunie, ...
- ▶ *Impact de la douleur* : physique, professionnel, activités sociales, fonction sexuelle
- ▶ *Comorbidités douloureuses* : fibromyalgie, migraines, douleurs lombaires chroniques, névralgies, fatigue chronique, ...
- ▶ *Comorbidités pelviennes* : cystite interstitielle, syndrome vésical douloureux, endométriose, syndrome du côlon irritable, ...

EXAMEN CLINIQUE (1,3,8)

Général : Humeur, démarche, mobilité, posture.

Dos/pelvis : Dépister la douleur de la ceinture pelvienne et l'asymétrie pelvienne avec un examen de la hanche.

Abdomen :

- ▶ Tissus cicatriciels (sensibles?), test du coton-tige (allodynie)
- ▶ Zones sensibles localisées
- ▶ Recherche de masses ou de hernies

Examen pelvien :

- ▶ Proposer la présence d'un accompagnant
- ▶ Obtenir le consentement avec vérifications fréquentes de celui-ci pendant l'examen
- ▶ Examen vulvaire (lésions ou troubles cutanés) et test du coton-tige (vestibulodynie et vulvodynie)
- ▶ Examen vaginal à un seul doigt des muscles du plancher pelvien, de la paroi vaginale antérieure pour détecter une sensibilité vésicale, du col de l'utérus, des annexes et du cul-de-sac pour déceler la présence d'une sensibilité et/ou de lésions
- ▶ Examen bimanuel de l'utérus pour en évaluer le volume, la position, la sensibilité et la mobilité, et détecter la présence de masses annexielles ou la sensibilité des annexes, associé à un examen de lame recto-vaginale (pour diagnostiquer de l'endométriose profonde à cet endroit).
- ▶ Examen au speculum (si l'examen bimanuel est toléré) pour examiner le vagin, le col et le dôme en évaluant la présence de pertes vaginales ou d'un prolapsus

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES (1,3,8)

Examens de base

- ▶ Test de grossesse
- ▶ Echographie pelvienne (comme évaluation initiale de la pathologie pelvienne)
- ▶ Analyse d'urine (en cas de symptômes vésicaux)
- ▶ Frottis cervicovaginal et frottis bactériens (en cas d'infection gynécologique soupçonnée)

Examens additionnels (en fonction des symptômes)

- ▶ Biopsie endométriale
- ▶ Colonoscopie
- ▶ Cystoscopie
- ▶ IRM pelvienne
- ▶ CT abdominal
- ▶ Laparoscopie diagnostique (et thérapeutique)
- ▶ ...

PRISE EN CHARGE DE LA PATIENTE

La prise en charge dépendra de l'évaluation initiale de la patiente. Quand une étiologie est clairement individualisée, le traitement standard peut être proposé à la patiente et une réévaluation de ses plaintes doit être réalisé après plusieurs semaines afin d'évaluer si celui-ci a permis de résoudre ses symptômes ou si une approche plus globale doit être proposée. Des traitements hormonaux afin d'induire une aménorrhée et une ovariostase peuvent également être proposés afin de limiter les facteurs de contribution gynécologiques de type dysménorrhée ou douleurs cycliques.

Si le traitement de première intention n'est pas suffisant ou si aucune étiologie ne peut être mise en évidence, vu l'origine multifactorielle des douleurs pelviennes chroniques, il est indispensable de proposer au patiente une prise en charge biopsychosociale de manière multidisciplinaire (1,3,6,8). Il est important de discuter avec sa patiente et d'inclure celle-ci dans sa prise en charge et revoir avec elle les objectifs du traitement et ses attentes par rapport à celui-ci. La prise en charge sera multidisciplinaire prenant en compte l'humeur, le sommeil et l'environnement. L'éducation des patientes sur les mécanismes de la douleur et les facteurs non gynécologiques est essentielle, car les patientes ont souvent tendance à se focaliser uniquement sur les facteurs gynécologiques. Un suivi sera proposé à 4-8 semaines de manière à revoir le plan de traitement, la compliance, les objectifs et les progrès réalisés. En fonction de l'amélioration des plaintes et de la satisfaction de la patiente, une réévaluation peut être proposée à 6-12 mois. Sans amélioration des plaintes, une consultation en algologie associée à prise en charge en équipe multidisciplinaire, avec réévaluation toutes les 4 à 8 semaines jusqu'à obtenir une amélioration (3).

Le traitement sera médicamenteux et non-médicamenteux, et rarement chirurgical. L'objectif de cet article n'est pas de revoir ces différents traitements de manière exhaustive mais de présenter certains résultats récents de la littérature.

Une méta-analyse de la Cochrane de 2021 a étudié l'effet de la chirurgie sur les douleurs pelviennes chroniques (sans cause identifiée). Celle-ci a montré un effet incertain de l'adhésiolyse par laparoscopie (par rapport à une laparoscopie diagnostique ou pas de chirurgie) et de l'exérèse des ligaments utéro-sacrés par laparoscopie (LUNA) (par rapport à une laparoscopie diagnostique) sur les douleurs pelviennes chroniques, avec un effet bénéfique de l'adhésiolyse sur la qualité de vie des patientes atteintes de DPC (5). Certains auteurs décrivent l'hystérectomie comme une option valide contre le traitement des DPP chez des patientes bien sélectionnées avec un taux d'échec de résolution des douleurs très faible (5 à 26%)

(10). Une méta-analyse de 2024 a étudié l'effet des traitements non médicamenteux chez les femmes atteintes de DPC (11). La thérapie physique multimodale (combinaison de plusieurs types de traitements physiques, comme les exercices de rééducation, la relaxation musculaire, etc) a montré une réduction significative de la douleur post traitement à court et à moyen terme, mais l'approche psychologique et l'acupuncture n'ont pas montré d'effet significatif sur les douleurs.

CONCLUSION

Une meilleure compréhension des mécanismes de la douleur améliore la gestion de la douleur pelvienne chronique. Le concept initial, qui attribuait cette douleur à des lésions organiques responsables d'un influx nociceptif constant, a progressivement été remplacé par celui d'un dérèglement des signaux nociceptifs provenant du bassin et du périnée avec la notion de sensibilisation centrale et douleur nociplastique. La DPC n'est désormais plus perçue comme étant directement causée par les organes, mais plutôt comme étant exprimée par eux. Elle est reconnue comme une conséquence d'un dysfonctionnement du traitement central de l'information sensorielle, nécessitant une gestion globale, à l'image des autres maladies chroniques, plutôt qu'une solution simple pour un problème localisé.

L'approche biopsychosociale, qui prend en compte l'influence des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur l'expérience de la douleur, est aujourd'hui considérée comme la méthode la plus efficace pour orienter le traitement.

RÉFÉRENCES

1. Allaire C, Yong PJ, Bajzak K, Jarrell J, Lemos N, Miller C, & Chen, I. (2024). Directive clinique no 445: Gestion de la douleur pelvienne chronique. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 46(1), 102284.
2. Petros P, Bornstein J, Scheffler K, Wagenlehner F, Abendstein B, & Zaytseva, A. (2024). Chronic pelvic pain of “unknown origin” in the female. *Annals of Translational Medicine*. 12(2).
3. Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, & Rapkin A. (2021). Chronic pelvic pain in women: a review. *Jama*. 325(23), 2381-2391.
4. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, & Kennedy SH. (2001). Chronic pelvic pain in the community—symptoms, investigations, and diagnoses. *American journal of obstetrics and gynecology*. 184(6), 1149-1155.
5. Leonardi M, Armour M, Gibbons T, Cave AE, As-Sanie S, Condous G, & Cheong YC. (2021). Surgical interventions for the management of chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (12).
6. Grinberg K, Sela Y, & Nissanholtz-Gannot R. (2020). New insights about chronic pelvic pain syndrome (CPPS). *International journal of environmental research and public health*. 17(9), 3005.
7. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, & Wang SJ. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 160(1), 19-27.
8. Pain CP. (2020). ACOG Practice Bulletin. Number 218. *Obstet Gynecol*. 3, e98-e109.
9. Evans SF. Chronic pelvic pain with normal laparoscopic findings. *Aust J Gen Pract*. 2024;53(1-2):27-31.
10. Cockrum R, & Tu F. (2022). Hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 49, 257-71.
11. Starzec-Proserpio, M, Frawley H, Bø K, & Morin M. (2024). Effectiveness of nonpharmacological conservative therapies for chronic pelvic pain in women: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

AFFILIATIONS

1. Service de gynécologie-andrologie, Cliniques universitaires Saint-Luc, 1200 Bruxelles, Belgique
2. Groupe TILS, Institut de Duve, UCLouvain, 1200 Bruxelles, Belgique
3. BCEE (Brussels Centre of Expertise in Endometriosis), Cliniques universitaires Saint-Luc, 1200 Bruxelles, Belgique
4. Service de procréation médicalement assistée, Hôpital Delta – CHIREC, 1160 Bruxelles, Belgique

CORRESPONDANCE

Dre Charlotte Maillard
Cliniques universitaires Saint-Luc
Service de gynécologie-andrologie
B-1200 Bruxelles, Belgique