



Diagnostic différentiel dans les douleurs épigastriques chroniques chez la femme

Jürg Kunz

Environ 15% des femmes de 18 à 50 ans souffrent de douleurs épigastriques chroniques. Parmi les causes possibles figurent les affections organiques gynécologiques ainsi que les affections gastro-intestinales, chirurgicales, urologiques, musculosquelettiques et neurologiques. Dans la recherche de l'étiologie, il est tout aussi justifié de tenir compte de l'état psychosocial pour le diagnostic différentiel du CPPS (*chronic pelvic pain syndrome*) – que les examens aient révélé ou non une atteinte organique.

Le concept de «douleurs hypogastriques chroniques» (CPPS, *chronic pelvic pain syndrome*) désigne des douleurs qui, avec ou sans mise en évidence tangible d'une atteinte organique, durent au moins depuis six mois. En l'absence de causes clairement identifiables, diagnostiquer et traiter avec des chances de succès le CPPS présuppose un travail d'élucidation interdisciplinaire précoce au niveau tant du diagnostic organique que du psychosomatique [1].

PMS

Au nombre des causes de CPPS les plus fréquentes figure le syndrome prémenstruel (PMS), qui touche de façon plus ou moins marquée un tiers de toutes les femmes en période d'activité génitale et que se manifeste par des douleurs pelviennes cycliques dont l'intensité

n'augmente pas avant et pendant les règles. Les symptômes concomitants sont la mastodynie, la rétention liquidienne, le météorisme, les céphalées, les vertiges, les palpitations, l'acné, la fatigue, les variations de l'humeur et l'irritabilité. Aucun de ces symptômes n'est pathognomonique. Ce qui caractérise ces symptômes, c'est leur manifestation pendant la seconde moitié du cycle, leur périodicité et leur atténuation au plus tard le troisième jour des règles. Le syndrome est en relation avec la fonction ovarienne, mais son étiologie n'est pas claire. Le calendrier des menstruations et des examens de laboratoire visant à déterminer une hyperprolactinémie, un déséquilibre oestroprogestatif et une sécrétion réduite d'aldostérone ainsi que des questions sur l'état psychosocial permettent d'avancer au niveau du diagnostic.

Editorial

Les douleurs épigastriques chroniques chez la femme peuvent avoir des causes multiples. Si les affections gynécologiques comptent parmi les plus fréquentes, il faut toutefois penser aussi à d'autres éventualités dont nous dresserons la liste dans ce numéro. Dans tous les cas, il est important pour le succès du traitement que les facteurs psychosociaux soient pris en considération.

Renate Bonifer

Dysménorrhée et endométriose

La dysménorrhée compte dans la pratique parmi les troubles dont se plaignent le plus souvent les femmes, et elle va en général de pair avec un PMS. Il s'agit d'un ensemble de symptômes incluant des douleurs à type de crampes, d'intensité et de durée variables, qui apparaissent de façon cyclique pendant les menstruations au niveau de l'hypogastre, du dos, irradiant dans les membres inférieurs et peuvent s'accompagner de nausées, de vomissements et de diarrhée. Il faut faire la distinction entre dysménorrhée primaire et dysménorrhée secondaire. La dysménorrhée primaire désigne des règles douloureuses sans causes pathologiques pouvant être mises en évidence et touche surtout les nullipares ayant un cycle ovulatoire. La dysménorrhée secondaire est en général l'expression d'une affection au niveau du petit bassin, telle qu'une endométriose, une inflammation, un léomyome ou un adénomyome, une anomalie de l'utérus, une sténose du col, une descente/un prolapsus ou encore une

Sommaire

<i>Diagnostic différentiel dans le CPPS chez la femme ; Jürg Kunz</i>	1
<i>Traitement symptomatique du CPPS ; Johannes Bitzer</i>	4
<i>Impressum</i>	2

Causes controversées du syndrome douloureux pelvien chronique chez la femme

Adhérences

Le développement d'adhérences péritonéales comme conséquence tardive d'une annexite, d'une opération ou encore en cas d'endométriose est contesté pour expliquer des douleurs hypogastriques chroniques. Tout aussi controversé est l'effet thérapeutique de l'adhésiolyse pratiquée au cours d'une coelioscopie effectuée à des fins diagnostiques.

PCS

Autre cause contestée des douleurs hypogastriques chroniques : le syndrome de congestion pelvienne (*pelvic congestion syndrome* ou PCS), qui résulte d'une stase veineuse avec varices pelviennes, hyperémie et œdème au niveau du petit bassin par suite d'une anomalie valvulaire, de shunts artério-veineux ou de troubles du système nerveux autonome pelvien. Le PCS, qui est en général réversible, peut devenir irréversible, prenant alors la forme du syndrome de fibrose congestive (*congestion fibrosis syndrome*), lequel entraîne des douleurs hypogastriques chroniques.

maladie des annexes. Des douleurs prémenstruelles de plus en plus fortes avec passage à une aménorrhée secondaire caractérisent l'endométriose. Des symptômes aigus apparaissent par suite d'une hémorragie au niveau des foyers d'endométriose ou encore de la rupture d'un kyste endométriosique ovarien. Les symptômes concomitants sont les suivants : dyspareunie profonde (voir plus bas), douleur à la défécation, stérilité et, dans de rares cas, anomalies au niveau des saignements. Très rarement, on observe des symptômes impliquant d'autres organes tels que les poumons (hémoptysie), la vessie (hématurie) et l'intestin (mélaena). La dysménorrhée secondaire progressive de survenue cyclique constitue une caractéristique. Avant d'instaurer

un traitement hormonal, il convient de confirmer le diagnostic par une coelioscopie périmenstruelle et une biopsie/histologie.

Adénomyose

L'envahissement du myomètre par des foyers endométriosiques fonctionnels ectopiques est appelé adénomyose de la musculature utérine. Elle est souvent décelée par hasard, car asymptomatique, grâce à l'étude d'une pièce d'hystérectomie, mais elle peut aussi entraîner une dysménorrhée secondaire progressive pendant les règles, avec absence de troubles intermenstruels. Ce problème touche de préférence les multipares de plus de 40 ans qui ont subi une intervention chirurgicale à l'utérus (par exemple une césarienne). N'ayant plus de fonction ovarienne cyclique, les femmes postménopausées n'ont plus de symptômes, à l'exception de celles qui sont sous hormonothérapie de substitution. Le diagnostic de suspicion de l'adénomyose se fonde sur la présence d'une aménorrhée secondaire, d'un utérus volumineux de faible consistance ainsi que de saignements parfois dysfonctionnels.

Dyspareunie

Les douleurs perçues dans le petit bassin au moment des rapports sexuels sont qualifiées de dyspareunie profonde. Elles proviennent de ce que, en cas de pénétration profonde, des structures sensibles – telles que les ovaires, les cicatrices, les foyers d'inflammation ou encore d'endométriose – sont touchées. Dans de rares cas, il y a des causes psychiques que l'on reconnaît à une description vague et imprécise quant à la localisation. Le diagnostic est posé sur la base de l'anamnèse et de l'examen gynécologique, surtout de l'examen au spéculum, et, le plus souvent, il est nécessaire de procéder à une coelioscopie. Contrairement à

la dyspareunie profonde, les douleurs ressenties à l'entrée du vagin sont dues à des infections comme la colpïte, les infections à HPV, l'herpès génital, la bartholinite, la vestibulite, l'urétrite ainsi qu'à des blessures survenues au cours des rapports sexuels ou encore à une atrophie postménopausique. Des douleurs ou des sensations de brûlure au niveau du vagin au cours des rapports sexuels ou persistant quelques heures après ces derniers peuvent être la conséquence d'une inflammation, de modifications anatomiques (par exemple une sténose) ou encore d'une réaction allergique à un contraceptif ou au sperme. Il importe de faire la différence avec un vaginisme qui résulterait de spasmes de la musculature périnéale.

Hématométrie

Peuvent également être cause de dysménorrhée une hématométrie et un hémato-colpos. On distingue des formes d'origine congénitale et des formes acquises. Les formes congénitales sont à mettre en relation avec une imperforation de l'hymen, un septum transversal et une atrésie vaginale dans la mesure où elles s'accompagnent d'un utérus qui fonctionne normalement. Les formes acquises sont en rapport avec une agglutination des lèvres à la suite d'une infection, avec une infibulation, un trauma obstétrical, une brûlure corrosive du vagin par des substances chimiques, une sténose du col ou de cicatrices cervicales consécutives à un curetage, une cautérisation, une conisation, une amputation, une radiothérapie ou encore avec une tumeur maligne ainsi qu'avec une atrophie postménopausique. Lorsque le sang menstruel ne peut pas s'écouler par voie vaginale, on observe dans ces tableaux cliniques, pendant les cycles ovulatoires, des troubles «prémens-truels», une aménorrhée et des dou-

Impressum

Comité de rédaction: Pr A. Borgeat, Zurich; Pr U.W. Buettner, Aarau; Dr M. Felder, PD, Zurich; Dr P. Keel, Bâle, PD; Pr S. Palla, médecine dentaire, Zurich; rédactrice responsable: Dr Renate Bonifer, IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Bâle
Les noms de marque peuvent être protégés par le droit de marques, même si l'indication correspondante devait faire défaut. Aucune garantie n'est donnée en ce qui concerne les indications relatives à la posologie et à l'administration de médicaments.
Publication en collaboration avec la Société suisse pour l'étude de la douleur. Editeur: Christian Jäggi, IMK, Bâle; Edition: IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Münsterberg 1, 4001 Bâle, tél. 061/271 35 51; fax 061/271 33 38; e-mail: dolor@imk.ch; http://www.dolor.ch; Parution: trimestrielle

Avec l'aimable soutien de



© IMK

30 septembre 2005, ISSN 1422-0601

leurs pelviennes à répétition cyclique résultant de la menstruation rétrograde. Lorsqu'il y a hémato-colpos, il peut également y avoir rétention urinaire.

Atrésie vaginale

En cas d'atrésie vaginale, l'agénésie vaginale (absence d'organe) doit être prise en compte pour le diagnostic différentiel. Lorsque l'agénésie se limite au tiers crânial du vagin (canal de Müller), on est en présence d'un vagin réduit, se terminant par un cul de sac. Il y a absence de vagin lorsque l'agénésie affecte les deux tiers distaux (sinus urogénital). Dans les deux cas, les organes génitaux externes et les caractères sexuels secondaires sont normalement développés. Le diagnostic d'agénésie vaginale porte à la fois sur la constatation du niveau de développement des caractères sexuels secondaires – et notamment de la pilosité –, sur l'interrogatoire du patient concernant l'existence d'une aménorrhée, d'un syndrome prémenstruel, de douleurs abdominales revenant périodiquement et la possibilité de pénétration coïtale, ainsi que sur les résultats d'une échographie, d'une coélicoscopie et, éventuellement, d'un examen cytogénétique. On sera en outre attentif à la présence d'anomalies associées des voies urinaires inférieures et de la colonne vertébrale.

Origine musculosquelettique

Dans la pratique, les causes de CPPS d'origine musculosquelettique revêtent une grande importance. Parmi elles figure le syndrome facettaire, qui se caractérise par des douleurs lombaires dépendant de la sollicitation de ces vertèbres avec irradiation dans l'épigastre et dans les membres inférieurs, et résultant d'une hyperlordose et d'une trop forte sollicitation des articulations vertébrales lombaires. Ces douleurs peuvent survenir de façon périodique et dépendante du cycle. Des douleurs chroniques peuvent également provenir de la musculature abdominale, d'une part à un niveau primaire dans le cadre du syndrome douloureux myofascial et, d'autre part, à un niveau secondaire par suite d'une augmentation du tonus musculaire dans des processus intra-abdominaux.

Le syndrome douloureux myofascial est dû à des modifications structurelles de la musculature squelettique ou à des altérations du tissu conjonctif (par exemple des cicatrices) dans les aponévroses avoisinantes. Il est caractéristique que les douleurs musculaires soient localisables, mais que ces zones de référence ne correspondent pas à des dermatomes ni aux zones d'irradiation de nerfs périphériques.

Origine gastro-intestinale

Au premier plan des causes gastro-intestinales de CPPS vient le syndrome du côlon irritable (IBS, *irritable bowel syndrome*). Ce syndrome se caractérise par des douleurs abdominales chroniques, du météorisme et – comme symptôme majeur – des irrégularités dans l'exonération avec alternance de constipation et de diarrhée. Il n'existe pas de relation entre l'IBS et une affection intestinale organique. Au niveau du diagnostic différentiel, on fera la différence avec les maladies intestinales de type inflammatoire, l'intolérance au lactose et, dans de rares cas, la porphyrie. Parmi les tableaux cliniques complexes à l'origine d'un CPPS, on citera le syndrome du périnée descendant (*descending perineum syndrome*) se manifestant sous forme d'entérorectocèle avec constipation, douleurs à la défécation et difficultés de défécation ainsi que l'obstruction du détroit inférieur du bassin (*outlet obstruction*) et le syndrome du plancher pelvien hyperactif (*spastic pelvic floor syndrome*). Ces entités nécessitent une élucidation diagnostique interdisciplinaire.

Origine urologique

Deux des causes les plus fréquentes de CPPS ayant une étiologie urologique sont le syndrome urétral chronique et la cystite interstitielle. Le syndrome urétral chronique se manifeste par une irritation des voies urinaires inférieures, sans que l'on puisse mettre en évidence de cause pathologique tangible. La patiente se plaint d'impétuosités mictionnelles, de pollakiurie, de dysurie, de troubles de la miction postcoïtaux ainsi que de l'impression d'avoir la vessie pleine après la miction, d'incontinence d'urgence mictionnelle ou encore

Douleurs somatoformes

Les diagnostics mentionnés jusqu'alors fournissent des résultats d'examen tangibles permettant d'expliquer un CPPS. À côté de cela, il existe le trouble douloureux somatoforme, trouble psychique le plus fréquent ayant pour symptôme cardinal le CPPS, autrefois appelé syndrome douloureux psychogène ou encore douleurs hypogastriques fonctionnelles. Ces douleurs se caractérisent par l'absence de trouble somatique tangible. Elles sont en général déclenchées par une situation de stress psychosocial ou un conflit interne, et correspondent à la définition des douleurs chroniques pour ce qui est de la durée – les symptômes persistant depuis au moins 6 mois. Une autre indication qu'il s'agit bien d'un trouble douloureux somatoforme concerne la nature intense de la douleur, laquelle est décrite de façon relativement objective, ainsi que le fait que l'irradiation de la douleur (douleur profonde) ne reste pas dans les limites de l'innervation sensible et que la patiente est convaincue de l'origine somatique de ses douleurs. Il est important de reconnaître ce type de contexte afin que soit épargnée à la patiente toute une série d'examen diagnostiques et de traitements inutiles [2]. Les douleurs « fantômes » après une hystérectomie font également partie des troubles douloureux somatoformes. Ces douleurs se manifestent avec un temps de retard et sont rarement indiquées comme se situant dans la région pelvienne, mais plutôt au niveau du dos.

d'incontinence d'effort, d'une irritation de la vulve, de dyspareunie, de douleurs suprapubiennes, pelviennes et vaginales. En dehors de l'anamnèse, des indications diagnostiques sont fournies par la douleur ressentie à la pression au niveau de la musculature pelvienne et de la paroi vaginale ventrale distale, ainsi que par l'urétrocystoscopie et l'examen urodynamique. La cystite interstitielle, inflammation chronique de la paroi vésicale, entraîne des troubles de la miction sous forme de pollakiurie, d'impériosités mictionnelles, de nycturie et de douleurs suprapubiennes – l'ensemble de ces symptômes s'atténuant en général après la miction. Ce diagnostic nécessite une cystoscopie.

Traitement symptomatique dans les douleurs hypogastriques chroniques

Johannes Bitzer

Si traitement symptomatique signifie par principe que l'on agit non pas sur les causes sous-jacentes de la maladie, mais seulement sur les symptômes de celle-ci – la douleur par exemple –, dans la pratique clinique, la frontière entre traitement symptomatique et thérapie causale est ténue chez les patientes souffrant de douleurs hypogastriques chroniques.

À l'une des extrémités du spectre, on trouve les patientes souffrant d'une affection aiguë (par exemple une annexite aiguë, un kyste ovarien avec pédoncule étranglé, etc.) et, à l'autre extrémité, celles qui présentent des douleurs hypogastriques chroniques, sans que l'on puisse déceler d'atteinte organique. Entre les deux, il y a toutefois un groupe important de patientes chez lesquelles le traitement instauré n'a pas amené la guérison, mais a entraîné le développement d'un syndrome douloureux chronique ou chez lesquelles l'importance de la modification organique ne correspond pas à l'intensité des troubles. Dans ce cas, la douleur constitue un problème clinique qui dépasse la maladie elle-même. Cela concerne par exemple les patientes souffrant d'endométriose ou présentant des adhérences à la suite

d'une inflammation pelvienne (PID, *pelvic inflammatory disease*) ou encore d'une intervention chirurgicale. Ainsi voit-on qu'il existe différentes approches possibles pour le traitement symptomatique.

La thérapie de base consiste en un traitement en continu par les AINS pendant une durée de 6 à 8 semaines : l'ibuprofène par exemple à raison de 400 mg toutes les six heures. Il existe une alternative consistant en l'association de paracétamol et d'un opioïde faible (par exemple 3 x 500 mg paracétamol et 150 mg tramadol retard). En cas de non-réponse, on devra changer de médicament, étant donné les variations observées dans les taux de réponse. Devant une suspicion d'endométriose ou en cas de diagnostic confirmé par une cœlioscopie ou encore lorsque l'on soupçonne que l'existence d'une endométriose contribue au développement du syndrome douloureux, on dispose des possibilités de traitement indiquées au Tableau 1. Si l'éventualité d'une endométriose ou de douleurs en relation avec l'activité ovarienne est improbable ou exclue, on peut – en cas de suspicion d'une infection chronique à *Chlamydia* – instaurer un traitement par la doxycycline à raison de 100 mg 2 x jour pendant 14 jours. Des traitements pharmacologiques complémentaires entrent en ligne de compte dans les douleurs chroniques de localisation différente, à condition de suivre les recommandations. Au nombre des options non pharmacologiques figurent les conseils psycho-éducatifs (niveau de preuve I-II [2]), les séances de thérapie cognitivo-comportementales (niveau de preuve I-II [3]) et l'acupuncture (niveau de preuve III-IV).

Tableau 1 : L'endométriose

Niveau 1

(effets indésirables plutôt faibles)

- inhibiteurs de l'ovulation à prédominance progestative administrés un certain nombre de jours par mois
- inhibiteurs de l'ovulation administrés en continu (3-6 mois)
- progestatifs purs [1]

Niveau 2

(probablement effets indésirables plus marqués)

- Danazol: 200-400 mg par jour jusqu'à 800 mg par jour. Effets secondaires : prise de poids, virilisation
- analogues de la LH-RH : par exemple acétate de leuprolide 3.75 mg par voie i. m. toutes les 4 semaines ou nafaréline 200 µg en pulvérisation nasale 2 x jour. Effets indésirables : troubles de la ménopause, d'où si possible recours à une « add-back thérapie » avec, par exemple, la tibolone à raison de 1.25 mg par jour

Relation avec la patiente

Les douleurs chroniques sont pour les patientes un lourd fardeau à porter dans la vie, qui peut entraîner des frustrations, des déceptions à l'égard du thérapeute et des traitements mis en œuvre, des problèmes relationnels et un repli social. Ces patientes ont besoin de trouver en leur médecin une personne de référence qui ne se laisse pas décourager par des échecs thérapeutiques successifs. Les patientes qui souffrent de douleurs hypogastriques chroniques ont besoin qu'on leur fournisse des explications et qu'on leur répète avec patience les informations médicales ; il leur faut trouver chez le médecin l'empathie nécessaire et quelqu'un qui les prenne au sérieux. Il est tout à fait important que les décisions thérapeutiques soient prises dans toute la mesure du possible en commun. Cela signifie que l'on fixera de concert avec la patiente un objectif thérapeutique réaliste (atténuer la douleur sans la faire disparaître tout à fait), que le choix des options thérapeutiques sera transparent pour la patiente et accepté par elle, et enfin que ses idées et ses systèmes de valeurs seront pris en considération dans le processus décisionnel.

Dans des indications spécifiques, on peut envisager le recours à l'injection d'un anesthésique local dans des zones de tension musculaire, à la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) ou encore à des implants permettant la neurostimulation pelvienne [4]. Sur l'hystérectomie, il n'existe pas d'études contrôlées randomisées. Des études de cohorte prospectives et rétrospectives montrent que, dans les indications appropriées, on obtient des résultats positifs dans le sens d'une réduction de la douleur et d'une amélioration de la qualité de vie [5,6]. La LUNA (ablation du nerf utéro-sacré sous cœlioscopie) n'a pas donné de résultats convaincants et ne s'est pas imposée comme méthode. La neurectomie présacrée (PSN) semble avoir une efficacité moyenne chez les patientes souffrant d'endométriose sévère. L'adhésiolysse n'apporte pas d'amélioration sensible chez la plupart des patientes [7].

Bibliographie: www.dolor.ch

Professeur Johannes Bitzer,
Hôpital universitaire de Bâle