



DOULEURS PELVI-PÉRINÉALES CHRONIQUES

Dr Fanny COMBIER, Anesthésiste Algologue – Dr Giulia GOUY, Gynécologue médicale – Dr Olivia PORQUET, Médecin Sexologue



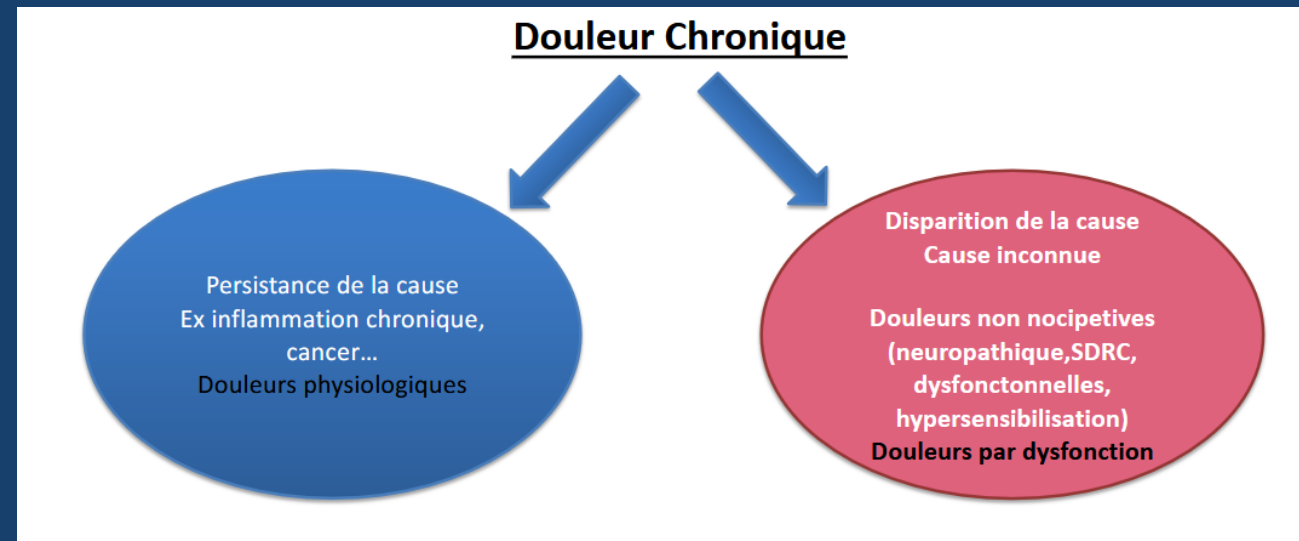


COMPRENDRE LA DOULEUR CHRONIQUE

*"UNE EXPÉRIENCE SENSORIELLE ET ÉMOTIONNELLE
DÉSAGRÉABLE ASSOCIÉE OU RESSEMBLANT À CELLE ASSOCIÉE À
UNE LÉSION TISSULAIRE RÉELLE OU POTENTIELLE".*

DÉFINITIONS

- Douleur aiguë:
 - signal d'alarme indispensable
 - Traitements antalgiques efficaces
 - avec un début et une fin
- Douleur chronique= maladie à part entière.
 - signal inutile persistant ou récurrent au-delà de 3 mois
 - Traitement antalgique peu efficace
 - Détérioration significative des capacités fonctionnelles et relationnelles dans la vie familiale, sociale et professionnelle
 - Résonance accrue avec d'autres souffrances
 - Dépression associée dans 75 % des cas



COMPOSANTES DE LA DOULEUR

- Sensitivo-discriminative: localisation, intensité, qualité et durée
- Affectivo-émotionnelle: souffrance c'est-à-dire modulation liée à l'expérience douloureuse
- Cognitive: interprétation, croyances
- Comportementale: modification des mimiques, des mouvements, de la voix...



Variabilité de la relation entre « lésion » et « douleur ».

ÉPIDÉMIOLOGIE : DOULEURS PP CHRONIQUES

- **Cohorte Constance**

- 26 458 femmes âgées de 18 à 75 ans
- Prévalence douleurs pelviennes chroniques
 - 19,4 % chez les 30–34 ans
 - 11,3 % chez les plus âgées
- Prévalence dysménorrhée (douleur supérieure à 4 sur une échelle de 0 à 10)
 - de 62,3 % chez les plus jeunes
 - jusqu'à 36,4 % chez les plus âgées
- Prévalence dyspareunies (douleur survenant « parfois », « souvent », « toujours ») était maximale chez les plus jeunes (50,2 %) et minimale chez les 45–54 ans (29 %).
- Environ un tiers des femmes ne présentaient aucun symptôme douloureux entre 20 et 59 ans
- Ces estimations correspondraient en France à 6 960 649 et 2 370 464 femmes françaises concernées respectivement par des dysménorrhées ou des douleurs chroniques autres
- et entre 20 et 69 ans 7 578 138 femmes présentant des dyspareunies.

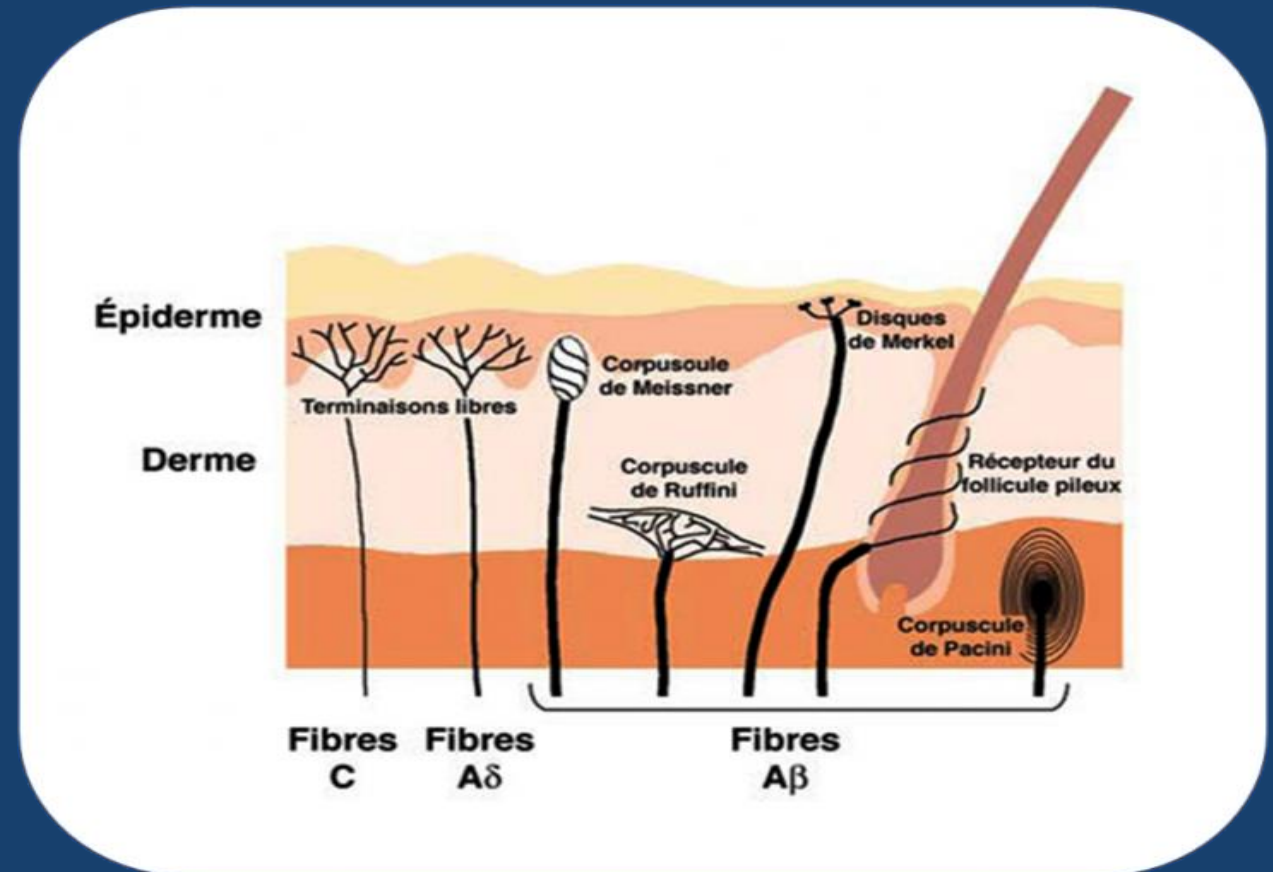


PHYSIOLOGIE

LES VOIES NOCICEPTIVES

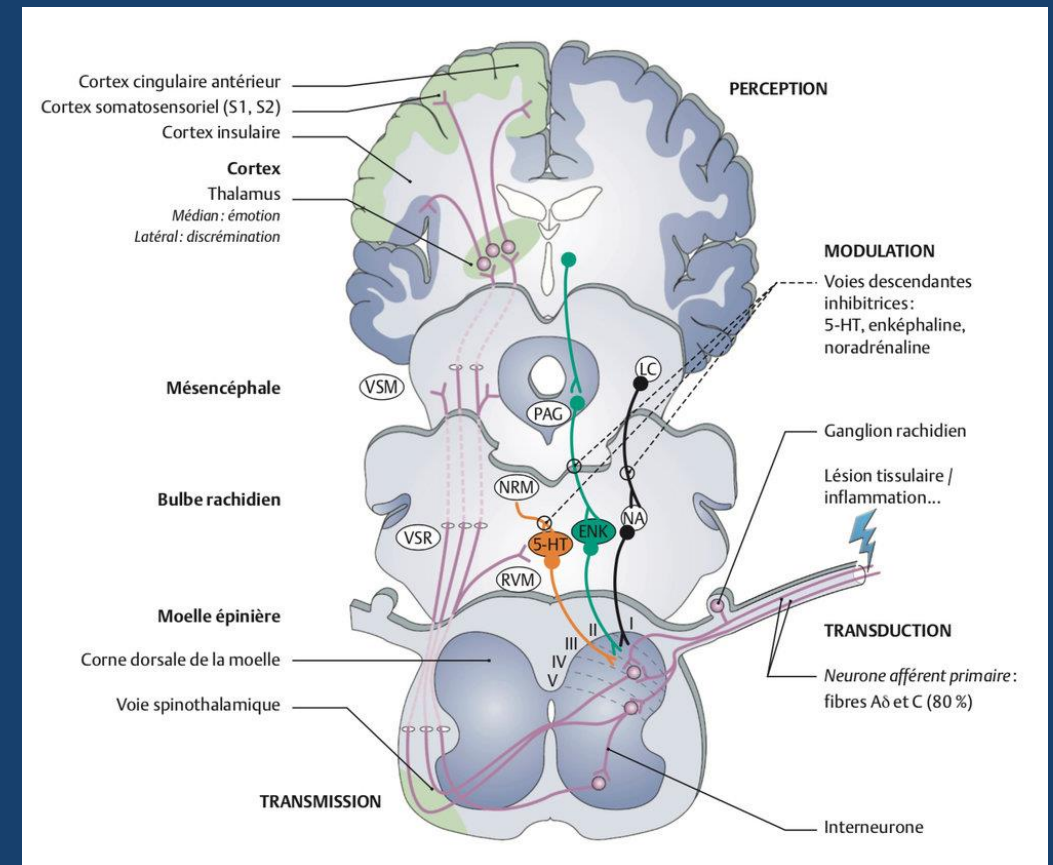
- **Transduction:**

- nocicepteurs = récepteurs sensoriels spécialisés localisés dans la peau, les muscles, les articulations et les viscères
- Détection de stimuli mécaniques, thermiques ou chimiques avec conversion en signaux électriques



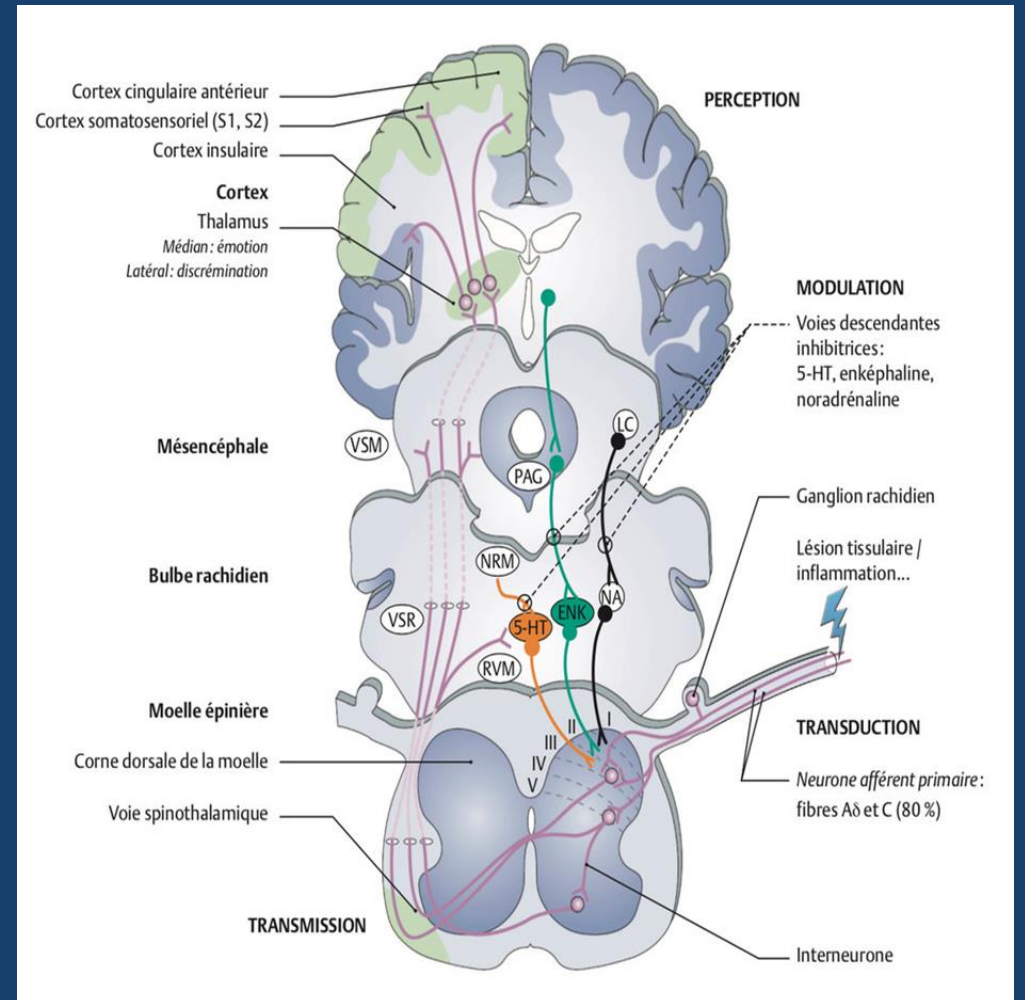
TRANSMISSION

- **Transmission périphérique** par les fibres nerveuses afférentes
 - fibres A δ myélinisées: transmission des douleurs aiguës et rapides
 - fibres C non myélinisées: transmission des douleurs diffuses et persistantes
- **Transmission spinale**
- **Transmission ascendante**
- **Perception corticale**: interprétation de la douleur en intégrant la dimension sensorielle, émotionnelle et cognitive



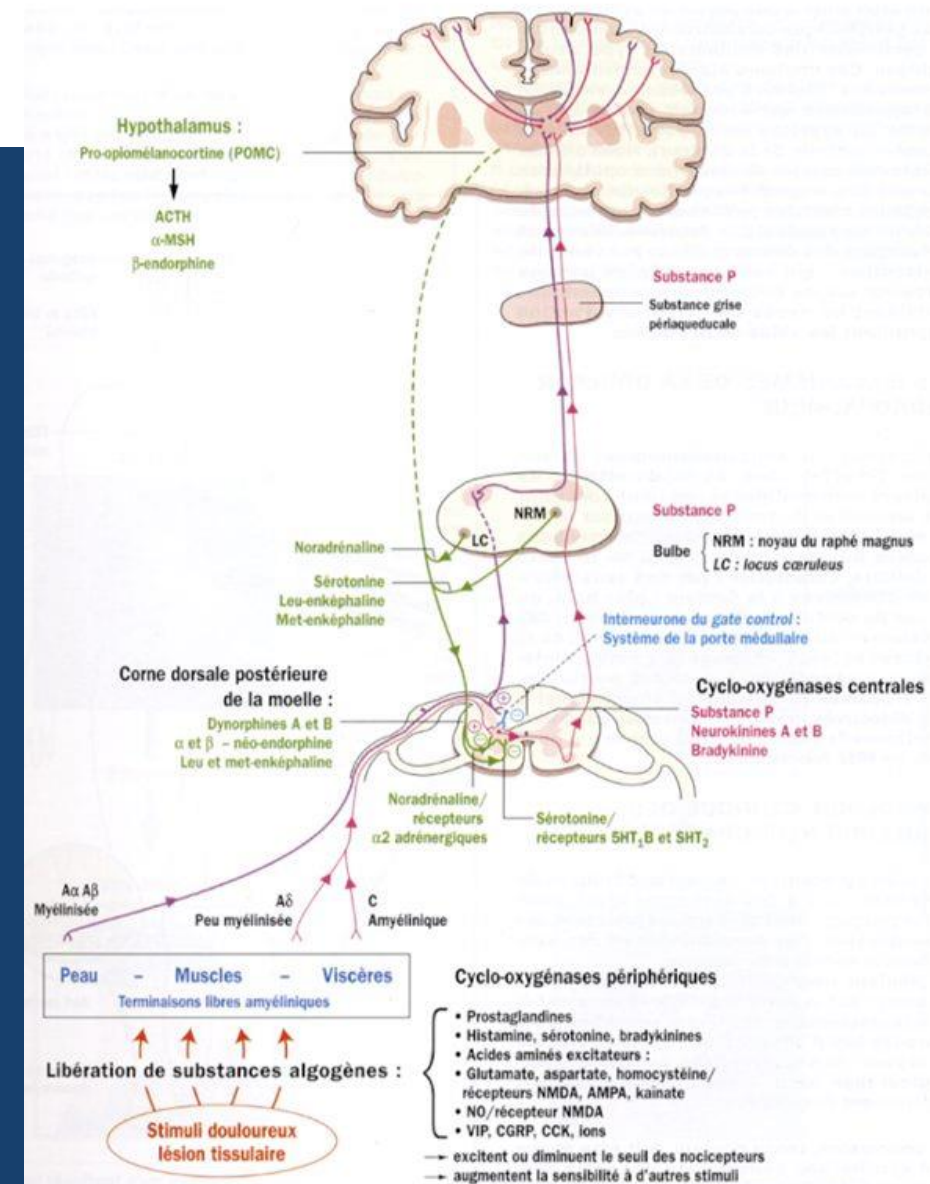
MODULATION DE LA DOULEUR

- Contrôle segmentaire médullaire: **Gate control**
- Contrôles supra-spinaux:
 - Contrôles inhibiteurs descendants: faisceaux entre le tronc cérébral et la moelle épinière
 - Contrôle inhibiteur diffus (CIDN) induit par la nociception



MÉDIATEURS CHIMIQUES DE LA NOCICEPTION

- Neuromédiateurs périphériques: inflammation neurogène
- Neuromédiateurs spinaux (glutamate, substance P...) responsables de la sensibilisation centrale expliquant l'hyperalgésie secondaire
- Au niveau supra-spinal: **sérotonine** (5-HT), la dopamine et la **noradrénaline** impliquées dans le contrôle inhibiteur descendant



CLASSIFICATION DES DOULEURS CHRONIQUES

• Douleurs par excès de nociception

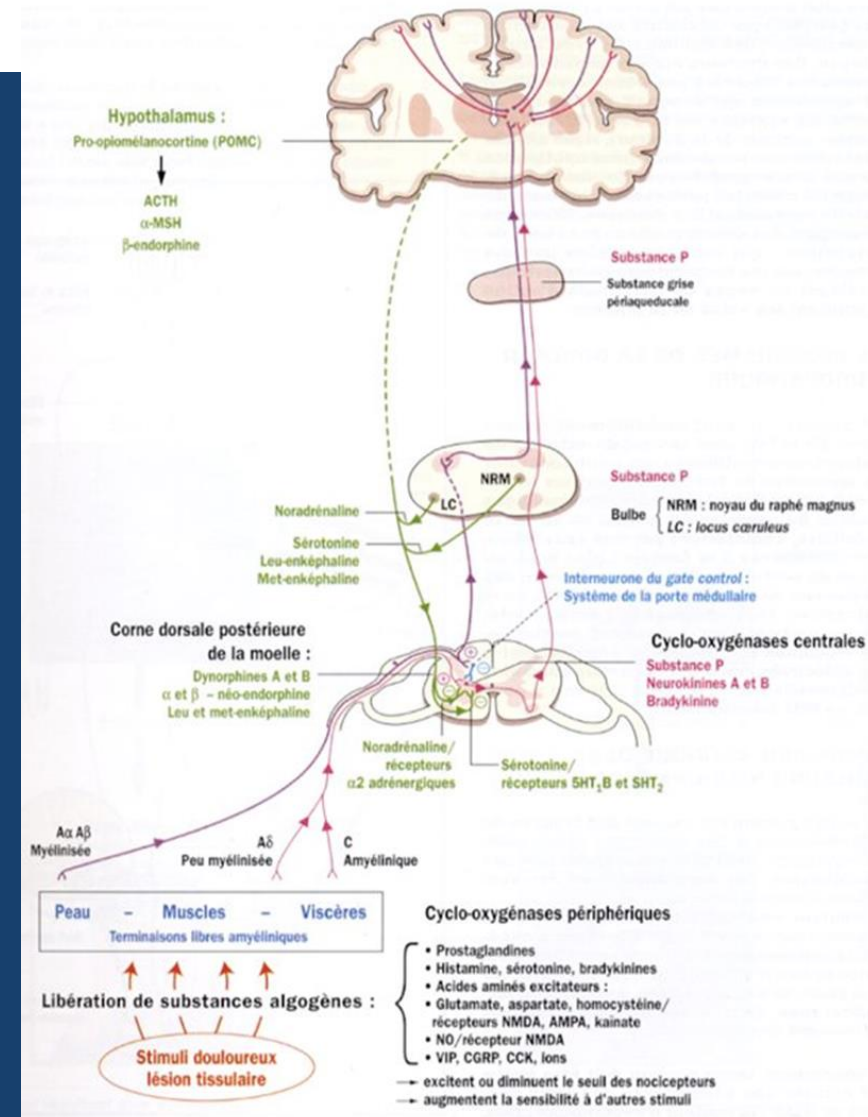
- Stimulation du système de transmission de la douleur
- Sensibilisation des neurotransmetteurs
- Système de contrôle inhibiteurs dépassés
- Ex: douleurs post-opératoires aiguës, brûlure, endométriose

• Douleurs neuropathiques

- dues à une lésion du système nerveux périphérique ou central
- modification du processus de transmission et de contrôle du message douloureux
- Risque de séquelles
- Ex: névralgie pudendale, glutéale

• Douleurs nociplastiques

- autrefois répertoriées comme douleurs idiopathiques ou fonctionnelles,
- sans lésion ni cause objective
- Résultat de la plasticité du système nerveux central susceptible de modifier les systèmes de contrôle de la douleur et d'engendrer ainsi des douleurs sans cause apparente
- Ex: fibromyalgie





EN PRATIQUE

SENSIBILISATION CENTRALE DOULOUREUSE

- Pathologie type= fibromyalgie
- Toutes douleurs chroniques peuvent évoluer vers une sensibilisation centrale favorisée par les différentes composantes bio-psycho-sociale
- Phénomène neurologique d'origine centrale (moelle épinière et cerveau) entraînant une amplification de la perception de la douleur
- Dysfonction entre l'accélérateur et le frein de la douleur
- Psychisme et douleurs corporelles chroniques indissociables
- Stress et traumatisme: cause ou conséquence?
- Facteurs génétiques

SIGNES CLINIQUES DE LA SENSIBILISATION CENTRALE

- Douleurs diffuses et persistantes ne correspondant pas à une lésion évidente et/ou s'étendant au-delà de la zone initialement lésée
- Réaction excessive aux stimuli: allodynie/ hyperalgésie
- Fatigue et troubles du sommeil
- Hypersensibilité sensorielle
- Impact émotionnel et cognitif: anxio-dépression, trouble de concentration, troubles mnésiques



DÉMEMBREMMENT DE LA DOULEUR PELVIPÉRINÉALE CHRONIQUE

Ou comment comprendre autrement les douleurs pelvi-périnéale chroniques ?

LA MALADIE D'ORGANE

- Infectieuses
- Inflammatoires
- Néoplasique
- Allergique



Spécialistes d'organe :

- urologue
- gynécologue
- colo-proctologue...

Mais les douleurs pelviennes chroniques doit être pensé de manière globale++

EN PRATIQUE

Contexte

- Patiente présentant une douleur pelvienne ou périnéale **avec ou sans diagnostic** posé
- Sans anomalie retrouvée aux examens
- Ou avec **discordance anatomo-clinique**
 - Imagerie: écho pelvienne, scanner, IRM
 - Fibroscopie: vésicale, digestive
 - Et même coelioscopique.



Pourquoi ou plutôt comment peut-elle souffrir?

ÉPIDÉMIOLOGIE : ENDOMÉTRIOSE



Soit environ 3,5 millions de femmes
Incidence annuelle de 0,1 % des femmes entre 15 et 60 ans
soit près de 2000 nouveaux cas par ans.

ENDOMÉTRIOSE ET DOULEUR

- Mauvaise corrélation entre le degré d'atteinte et les symptômes

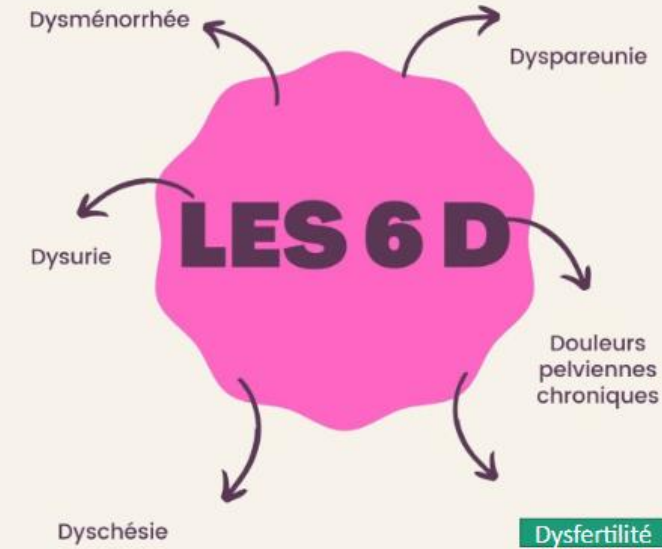
**RECRUDESCENCE
CATAMENIALE DES
DOULEURS +++**

Symptômes	Fréquence (%)
Dysménorrhée	60-80
Douleurs pelviennes	30-50
Infertilité	30-40
Dyspareunie	25-40
Irrégularités menstruelles	10-20
Dysurie / Hématurie	1-5
Dyschésie / Rectorragie	1-5

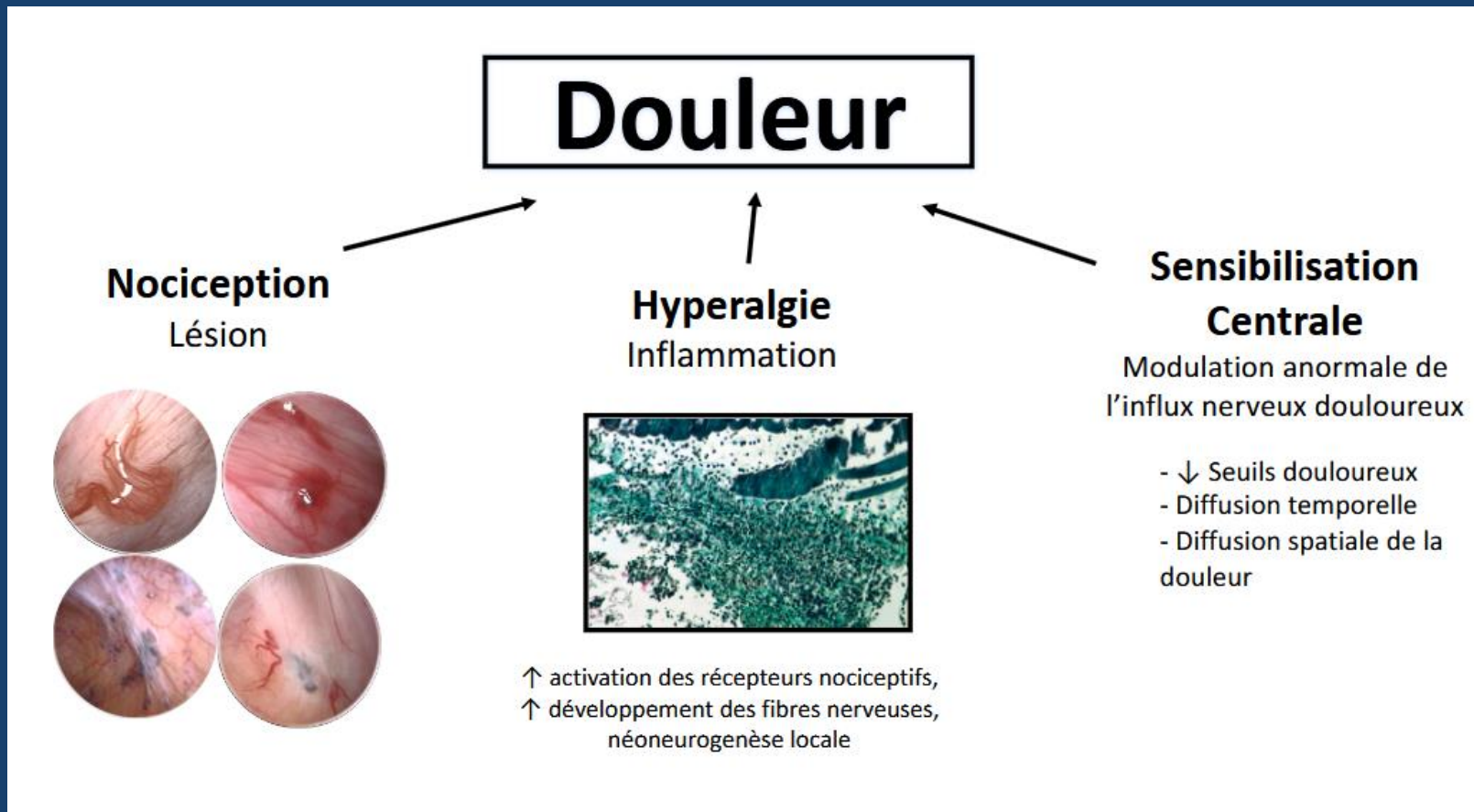


Les lésions d'endométriose ne sont pas toujours responsables de symptômes !

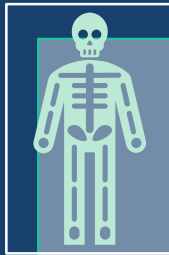
DIAGNOSTIC DE L'ENDOMÉTRIOSE



ENDOMÉTRIOSE ET DOULEUR



D'AUTRES RESPONSABLES POSSIBLES :



les os



les nerfs



les muscles



La peau



Les vaisseaux



La sensibilisation

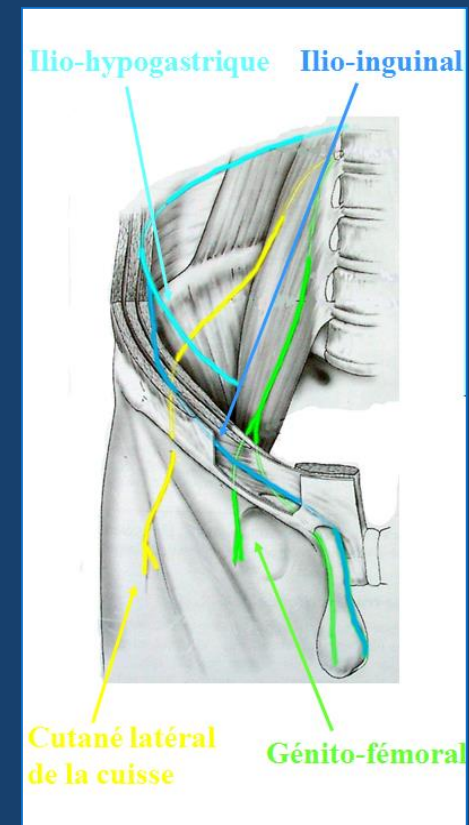
LES OS

La coccygodynie

- La « vraie » coccygodynie
 - Au changements de position (au moment de s'asseoir ou de se relever)
 - La gêne peut être plus continue, mais la station assise l'augmente (symptômes positionnels)
 - La cause : mouvements anormaux du coccyx.
 - Contexte : post accouchement, post traumatique
- Autres coccygodynies
 - d'allure neuropathiques, plus constantes, plus diffuses
 - Douleurs projetées lombo-sacrées : nerf de Trolard

Les douleurs projetées d'origine thoraco-lombaires

- Expression neuropathique, allodynie
- Douleurs inguinales, racine de la cuisse



LES NERFS

Est-ce une douleur neuropathique ?

- Arguments pour une douleur neuropathique :
 - les caractéristiques de la douleur
 - la topographie de la douleur appartient à un territoire connu
- Origine : si elle n'est pas visible: bloc anesthésique local
 - Syndrome canalaire ?
 - Traumatisme notamment post opératoire ?



Interrogatoire du patient

Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

1. Brûlure
2. Sensation de froid douloureux
3. Décharges électriques

Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

1. Fourmillements
2. Picotements
3. Engourdissement
4. Démangeaisons

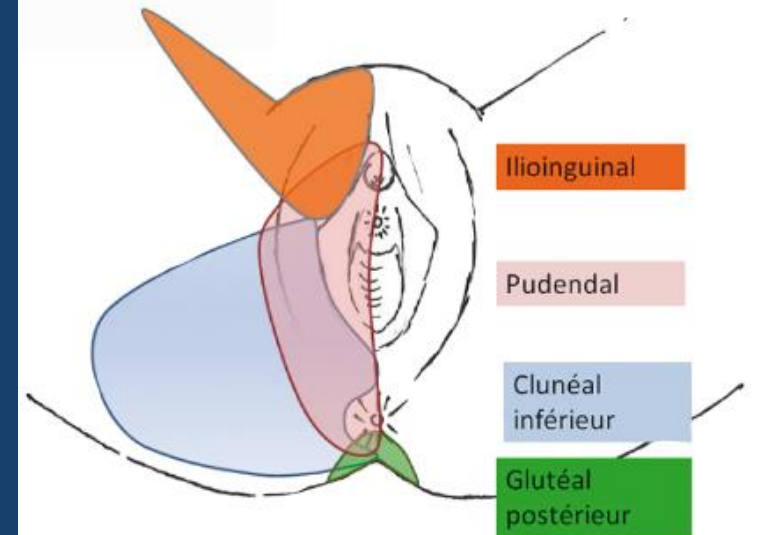
Examen du patient

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

1. Hypoesthésie du tact
2. Hypoesthésie à la piqûre

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

1. Le frottement



LES MUSCLES : DOULEURS MUSCULAIRES ET SYNDROMES MYO-FASCIAUX

- **Syndrome douloureux musculaire avec:**
- zone de contracture musculaire localisée
- corde musculaire tendue
- "trigger point" = zone gâchette, décrit par Travell et Simons
- pouvant entraîner des douleurs RÉFÉRÉES, à distance dans une zone cutanéomuqueuse +/- étendue et spécifique du muscle atteint
- **DIAGNOSTIC D'EXAMEN CLINIQUE:** fesses, paroi abdominales, TV, TR

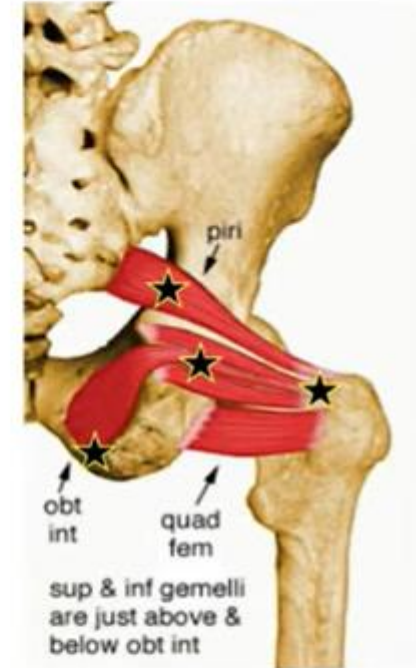


Jusqu'à 30% des patientes présentant des douleurs pelviennes chroniques ont des douleurs myofasciales et des trigger points abdominaux

(Montenegro ML, 2009)

Existe t-il des points gâchettes musculaires ? Douleurs myofasciales

- Points gâchettes à la palpation
 - fesse, paroi abdominale, touchers pelviens
- Tension musculaire
 - Muscles élévateurs de l'anus
 - Muscles obturateurs internes
 - Muscles piriformes
 - Muscles psoas
- Douleurs diffuses, physiopathologie obscure
- Causes ou conséquences ?



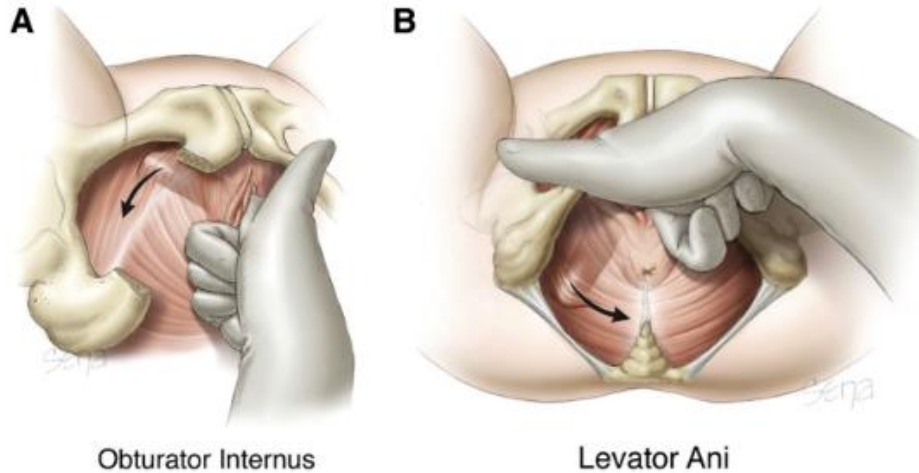
• *Giamberardino MA. Referred muscle pain/hyperalgesia and central sensitisation. J Rehabil Med. 2003;85-8.*

LES MUSCLES : SYNDROMES MYO-FASCIAUX

CAUSE OU CONSÉQUENCE ?

- Trouble postural global, inégalité de longueur des MI
- Traumatismes: chute coccyx, bassin
- Accouchements, post-opératoires chirurgie gynéco, procto, épisiotomie
- Infection récidivante
- Stress
- Traumatisme sexuels
- Traumatisme de l'enfance
- ENDOMÉTRIOSE

Recherche d'un syndrome myofascial des muscles pelvi-périnéaux



FREQUENT chez les femmes ayant des douleurs pelvi-périnéales chroniques +++

Hypertonie musculaire : 58,3 à 75%
Trigger zone : 40 à 79%

Définition :

- Douleur musculo-squelettique
- Localisée, profonde et constante
- Trigger zone douloureuse et/ou hypertonie à la palpation

Modalité de réalisation :

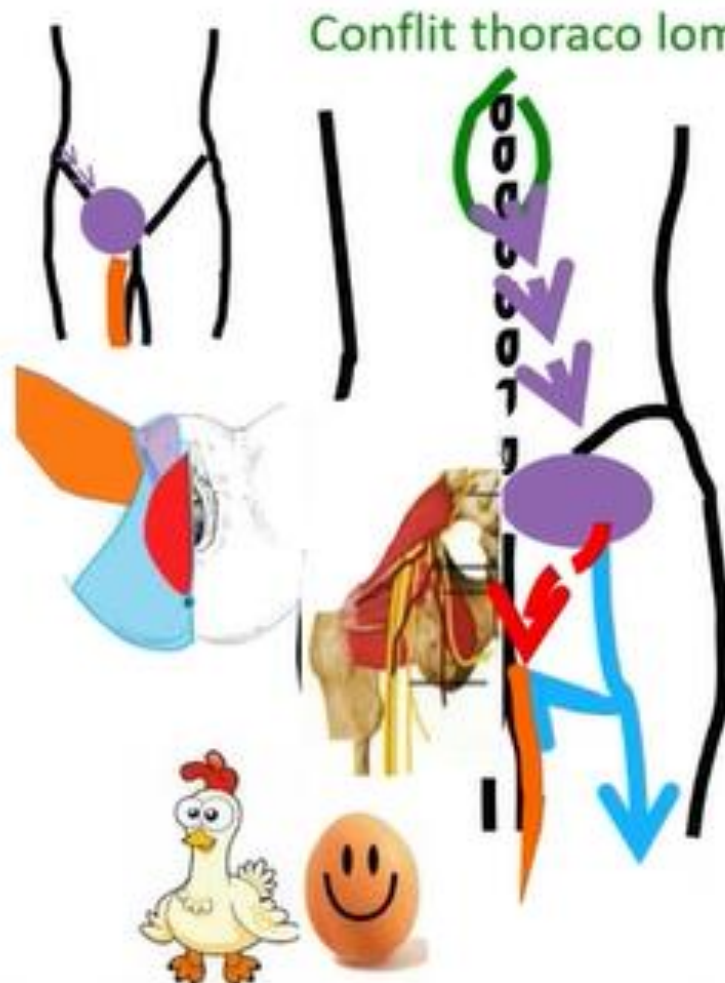
- Un seul doigt
- Voie vaginale
- Muscles levator ani et obturateurs internes
- +/- Association d'une EVA de la douleur



Fitzgerald et al. 2011
De Souza Montenegro et al., 2010
Loving et al., 2014
Yong et al., 2014

Syndrome rachis-pelvis-fesse-périnée

Troubles complexes musculo-squelettiques



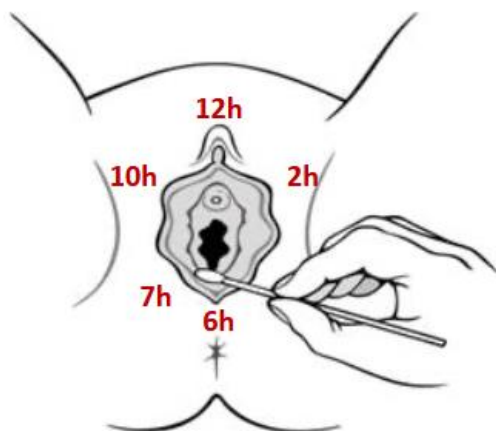
- Douleurs projetées
 - Fessières
 - Pelviennes: inguinales-labiales-pubienne
- Réactions musculaires
 - Piriforme et obturateur interne
- Irradiations neuropathiques:
 - * pudendales,
 - * nerf cutané postérieur de la cuisse
 - * nerf obturateur

Cercle vicieux: douleur neuropathique / douleurs myofasciales / troubles de l'équilibre lombo-pelvien

LA PEAU

- Pathologie dermatologique
- Vulvodynie

Recherche d'une allodynie vulvaire par Q-tip test



LES VULVODYNIES

- Souvent très invalidant
- Souvent diagnostic très tardif, après années d'évolution :
 - Contracture réflexe devient autonome (aggrave la dyspareunie)
 - Appréhension lors des RS
 - Baisse de libido
- Parfois présent dès début vie sexuelle
- Impact parfois majeur :
 - Sur la sexualité
 - Sur le quotidien
 - Sur le couple
 - Sur l'humeur



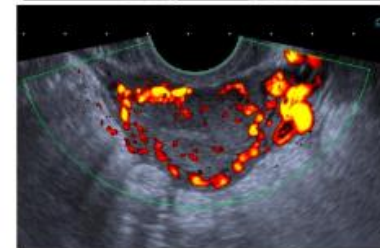
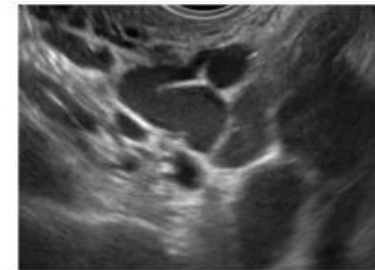
LES VAISSEAUX

Syndrome de Congestion Pelvienne

Savoir reconnaître l'origine veineuse des douleurs pelviennes +++

- **Aggravées par l'orthostatisme ou position assise prolongée / fin de journée**
- **Soulagées par décubitus**

- **Aggravées en pré-menstruelle (2-3 jours avant les règles)**
- **Douleurs post coïtales ou *dyspareunies* +/- irradiation aux MI**
- **Pesanteur périnéale (V. pudendale)**
- **Névralgie (V. pudendale)**
- **Dysurie ou urgences mictionnelles (V. du trigone vésical)**
- **Varices vulvaires (aggravées par grossesse)**



EMBOLISATION sélective des varices

SDRC

Les critères diagnostiques sont :

1. l'existence d'un **événement nociceptif initiateur** ou d'une cause d'immobilisation,
2. une douleur continue, **allodynie** et/ou **hyperalgésie**
3. l'apparition, d'un **oedème**, d'une **altération de la vascularisation cutanée** ou d'une **anomalie de l'activité sudoromotrice** dans la zone douloureuse,
4. Diagnostic d'élimination.

Existe t-il un contexte de sensibilisation pelvienne ?



- **Douleurs pelvi-périnéales chroniques**
(> 3mois, souvent plusieurs années)
- **Douleurs diffuses**
(tableaux complexes, déroutants)
- **Rebelles aux propositions thérapeutiques**
(épuisement des ressources thérapeutiques)
- **Disproportionnées-Discordance anatomo-clinique**
(l'absence de lésion ou la lésion observée ne permet pas d'expliquer les douleurs)

« de l'allumette à l'incendie »



Terrain vulnérable ?

SENSIBILISATION PELVIENNE

Tableau clinique évocateur
 Histoire de la maladie : >3 Mois, discordance anatomo-clinique
 Autres expressions d'une sensibilisation centrale (SII, Migraines, SADAM, fm)


Score de Convergences pp
 Signification quand ≥ 5
 Sensibilité : 95%
 Spécificité : 87%

Facteur de risque de douleur post-opératoire


Emploi raisonné des morphiniques



Abaissement des **seuils de sensibilité**



Diffusion de la douleur dans **l'espace**



Diffusion de la douleur dans **le temps**



Terrain favorable

	Sphère urinaire basse	Sphère digestive basse	Sphère génito-sexuelle	Sphère cutanéomuqueuse	Sphère musculaire
Abaissement de seuils	1. Douleurs influencées par le remplissage vésical et/ou la miction	2. Douleurs influencées par la distension et/ou la vidange rectale (matières, gaz)	3. Douleurs influencées par l'activité sexuelle	4. Allodynie pelvi-périnéale (impossibilité d'utiliser des tampons, intolérance au port des sous-vêtements serrés)	5. Présence de points gâchette pelviens (piriforme, obturateurs internes, élévateurs de l'anus)
Diffusion temporelle	6. Douleurs post-mictionnelles	7. Douleurs post-défécation	8. Douleurs persistantes après l'activité sexuelle		
Variabilité des symptômes	9. Variabilité de l'intensité douloureuse (évolution par périodes, évolution en dents de scie) et/ou de la topographie douloureuse				
Syndromes associés	10. Migraine et/ou céphalées de tension et/ou fibromyalgie et/ou syndrome de fatigue chronique et/ou syndrome de stress post-traumatique et/ou syndrome des jambes sans repos et/ou SADAM et/ ou intolérances multiples aux produits chimiques				

Score de Convergences PP > 5/10

AUTRES EXPRESSIONS PELVIENNES D'UNE SENSIBILISATION CENTRALE

- SII
 - Douleurs par micro-inflammation – trouble de la motricité – hypersensibilité viscérale
 - Douleurs abdominale récurrente survenant en moyenne au moins un jour par semaine dans les 3 derniers mois avec au moins deux des critères suivants :
 - associée à la défécation
 - Associée à une modification de la fréquence des selles
 - Associée à une modification de la consistance des selle
 - Éliminer organicité +++ : cancer colorectal, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, cause organique de constipation terminale, cause médicamenteuse (ADO ++, neuroleptiques...)
- Syndrome douloureux vésical et vessie hyperactive

À RETENIR

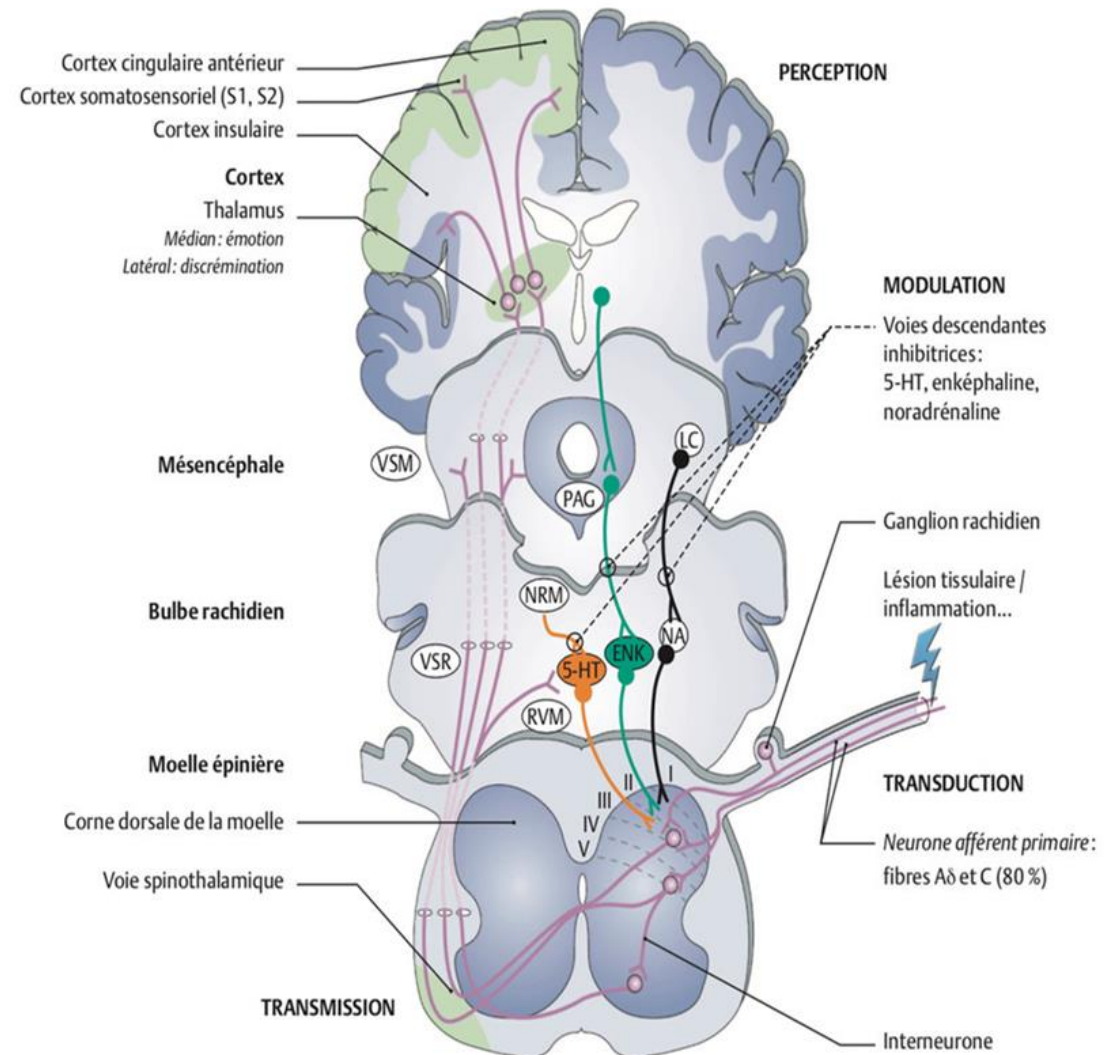
- Raisonnement systématique, éliminer les causes organiques (neurologique, inflammatoire...)
- Toujours tout vérifier même devant ce qui semble évident
- Le périnée peut être douloureux sans lésion visible
- Penser aux troubles musculo-squelettiques
- Sensibilisation pelvienne à connaître : attention à la chirurgie, aux morphiniques
- Permet la compréhension de la douleur
- Guide le traitement



TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

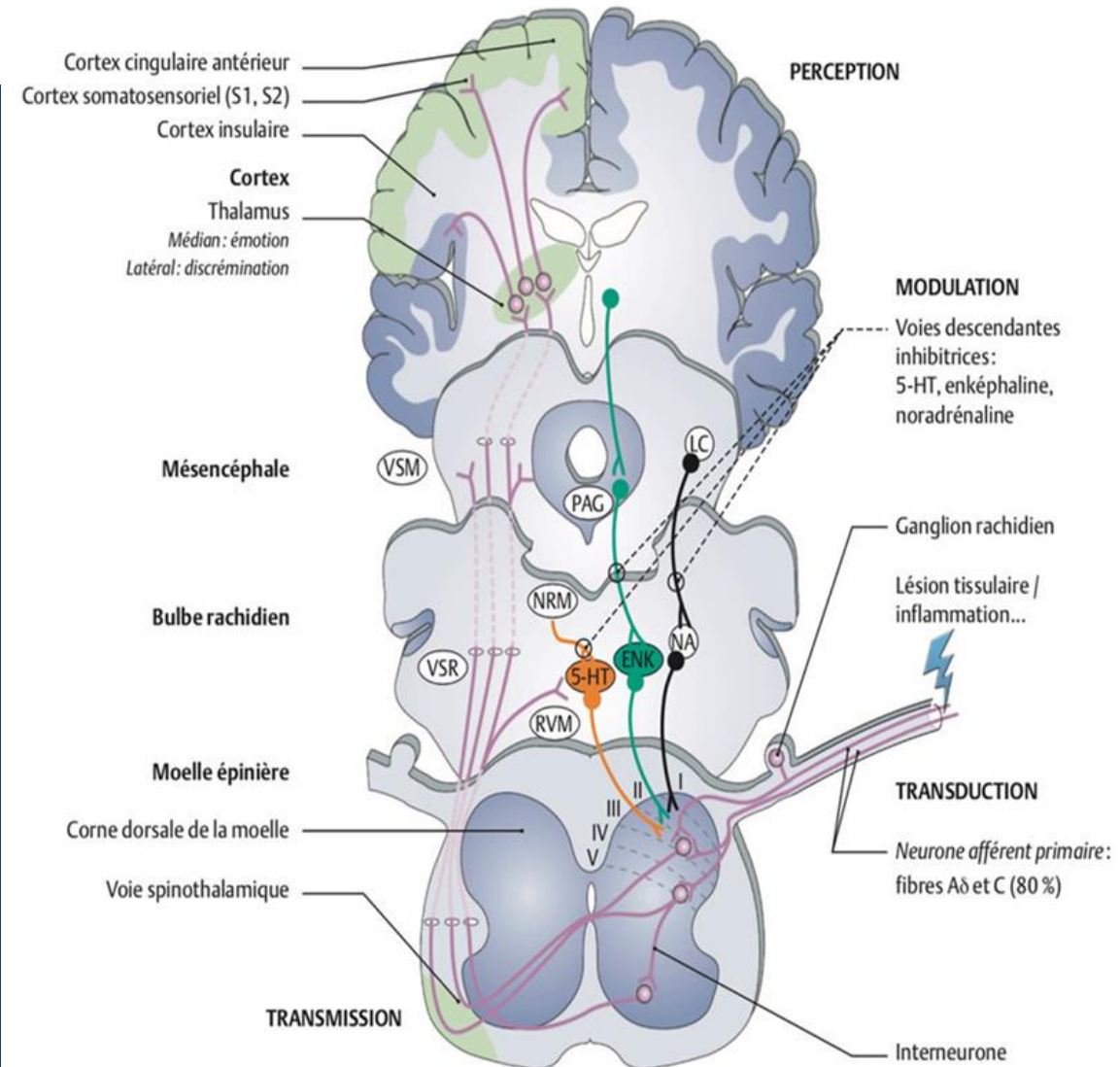
CLASSIFICATION DE LUSSIER ET BEAULIEU DES ANTALGIQUES SELON LEUR MÉCANISME D'ACTION (IASP 2010)

- **Antalgiques anti-nociceptifs:**
 - Non opioïdes: paracétamol, AINS
 - opioïdes faibles: poudre d'opium, codeïne en association avec du paracétamol
 - Opioïdes: morphine, oxycodone, fentanyl...
- **Antalgiques mixtes** à la fois antinociceptifs et modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs: Tramadol = action opioïde et inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)



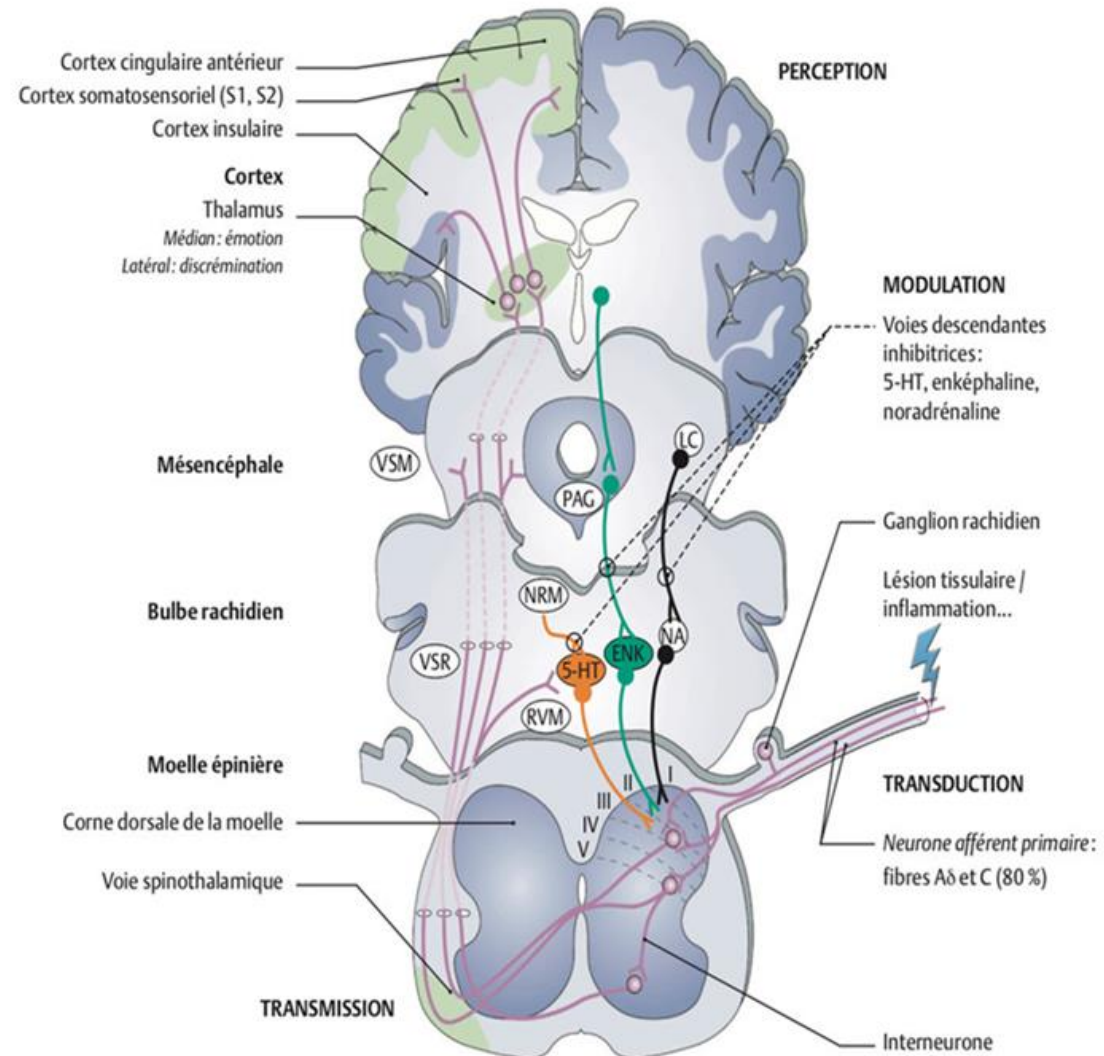
CLASSIFICATION DE LUSSIER ET BEAULIEU DES ANTALGIQUES SELON LEUR MÉCANISME D'ACTION (IASP 2010)

- **Antalgiques antidépresseurs**
 - Tricycliques: Amitriptyline, clomipramine
 - IRSNA: duloxétine
 - IRS: venlafaxine...
- **Antalgiques anti-hyperalgésiques**
 - Antagoniste anti-NMDA: ketamine
 - Néfopam: recapture de la dopamine, sérotonine et noradrénaline
 - Anti-épileptiques: gabapentine, prégabaline contre les douleurs neuropathiques périphériques et centrales, carbamazépine et trégrétole dans la névralgie du trijumeau



CLASSIFICATION DE LUSSIER ET BEAULIEU DES ANTALGIQUES SELON LEUR MÉCANISME D'ACTION (IASP 2010)

- Antalgiques modulateurs de la transmission:
 - AL: Emla[®], Versatis[®]
 - Capsaïcine : Qutenza[®]
 - Autres anti-épileptiques: topiramate, carbamazépine





TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX

TENS



La TENS fonctionne selon deux mécanismes principaux :

- **Gate Control** : inhibition du signal douloureux en stimulant les fibres nerveuses de gros calibre, bloquant ainsi la transmission de la douleur.
- **Stimulation endorphinique** : augmentation de la production d'endorphines

AUTRES ÉLÉMENTS DE PEC

- Activité physique adaptée, Kinésithérapie, balnéothérapie
- Psychothérapie
- TCC
- Médecines complémentaires: acupuncture, méditation, hypnose

CONCLUSION

- Toujours **croire** la patiente
- **Valider** son ressenti
- Diagnostic et traitement de la lésion initiale si possible
- **Expliquer**
 - la sensibilisation centrale douloureuse: **la douleur n'est pas « dans leur tête »**
 - Pourquoi des anti-dépresseurs/anti-épileptiques sont prescrits même si elles ne sont pas dépressives pour une meilleure adhésion

LA CONSULTATION DOULEUR

- Objectifs de la consultation douleur chronique:
 - amélioration de la douleur et de la qualité de vie
 - Approche multidisciplinaire

- Quand adresser une patiente en consultation douleur ?
 - Douleur chronique
 - Complexe
 - Difficile à traiter avec les moyens conventionnels
 - Impact fonctionnel et psychique majeur



QUELLES CONTRACEPTIONS POUR LES PATIENTES DOULOUREUSES ?

Dr Giulia GOUY
Gynécologue médicale

PHYSIOPATHOLOGIE DES DYSMENORRHEES

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

INTÉRÊT DES CONTRACEPTIFS

- La contraception hormonale permet souvent de **réduire voire supprimer les règles**, ce qui peut :
 - Soulager ou éliminer les douleurs.
 - Diminuer le flux menstruel (donc la tension utérine).
 - Supprimer l'ovulation, et donc les douleurs ovulatoires associées.
- Objectif : mettre l'utérus au repos et bloquer le cycle naturel, responsable des contractions et de la libération de prostaglandines (molécules qui causent la douleur).

LA MEILLEURE CONTRACEPTION, C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT.



Les Œstro-progestatifs



AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES OP

Avantages :

- Diminution des **dysménorrhées**, des ménorragies
- Cycles **réguliers**
- Diminution des **kystes** fonctionnels ovariens
- Diminution de l'**acné**
- Diminution des cancers de l'ovaire, de l'endomètre et du colon

Inconvénients :

- Nausées
- Prise ou perte de **poids**
- Irritabilité, baisse libido
- **Mastodynies**
- Spotting
- Modifications cutanées

MODALITÉS DE PRISE

Prise en continu ?

- Permet de réduire voire supprimer les règles

En cas de spotting, CAT?

- Courte pause (4 à 7 jours) puis reprise

En cas de mauvaise tolérance ?

- Importance de l'écoute ++
- Changement du type de contraceptif pour optimiser la tolérance

LES CONTRE-INDICATIONS (HORS CARDIO-VASCULAIRES)

Absolues :

- Antécédent personnel de **cancer** hormono-dépendant (sein et endomètre)
- Métrorragies non explorées
- Hépatopathie sans normalisation du bilan hépatique
- Dyslipidémie avec TG > 2 g/L ou CT > 3 g/L ou LDL > 2,2 g/L
- Accouchement < 6 mois si allaitement maternel ou 6 semaines si artificiel

LES CONTRE-INDICATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Facteurs de risques artériels et veineux et utilisation d'une COP
CNGOF 2018

Facteurs de risque artériel	Utilisation d'une COP
Âge > 35 ans	Possible si pas d'autre FDRV
Surpoids, obésité	Possible si pas d'autre FDRV
Tabac > 15 cigarettes/jour	Possible si pas d'autre FDRV
Antécédents familiaux 1 ^{er} degré IDM ou AVC avant 55 ans (homme) ou 65 ans (femme)	Contre-indication
Hypertension artérielle	Contre-indication
Dyslipidémie Non contrôlé Contrôlé	Contre-indication Possible si pas d'autre FDRV Contre-indication relative si dyslipidémie survenue avec COP
Diabète insulino-dépendant	Contre-indication si délai diabète > 20 ans ou si complications vasculaires
Diabète de type II	Possible si pas d'autre FDRV mais en seconde intention (1 ^{er} choix contraception microprogestative ou DIU cuivre)
Migraine avec aura	Contre-indication
Migraine simple	Possible si pas d'autre FDRV
Facteurs de risque veineux	Utilisation d'une COP
Âge > 35 ans	Possible si pas d'autre FDRV
Surpoids, obésité	Possible si pas d'autre FDRV
Thrombophilie biologique connue	Contre-indication
Antécédents familiaux au 1 ^{er} degré de MVTE avant 50 ans	Contre-indication

LA MEILLEURE CONTRACEPTION, C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT.



Les progestatifs

LES EFFETS DES PROGESTATIFS PAR RAPPORT AUX OP

- **Pas de surrisque** cardiovasculaire veineux ou artériel
- Augmentation des kystes fonctionnels ovariens
 - Mais pas une contre-indication si ATCD
 - Pas de prise en charge en général (< 10 cm ++)
- Diminution du risque de GEU absolu
 - Mais si grossesse = 10 % de GEU
 - Même type de réflexion qu'avec un DIU
- Triade des effets progestatifs : acné, céphalées, mastodynie
- Pas de différence sur les risques carcinologiques, de prise de poids
 - **Intérêt des l'aménorrhée pour les patientes ayant des dysménorrhées +++**

QUEL PROGESTATIF PRESCRIRE?

LEVONORGESTREL

- Remboursé
- Tolérance
- Aménorrhée

DROSPIRENONE

- Améliore le profil de saignement
- Rythme 24 + 4 comprimés placebos / progestatif continu
- Diminuer les effets androgéniques
 - Dosage > microprogestatif traditionnel
 - Acné, séborrhée, alopecie...
- Diminuer le syndrome prémenstruel
 - En oestroprogestatif : TTT de 1e intention dans l'indication [RCOG]
- Faible risque thrombo-embolique
 - Absence d'oestrogènes [Egarter]

DIENOGEST

Indications actuelles :

- Traitement intéressant dans **l'endométriose**, dans l'adénomyose
 - Efficacité démontré symptômes douloureux [Neriishi], diminution des récives post-opératoires [Techatraisak, Totsi], diminution de la taille des endométriomes [Vignali]
- Recommandations 2018 CNGOF/HAS dans l'endométriose [Legendre]
 - Depuis, données robustes publiées en faveur du Dienogest [Murji]
- Intérêt dans les dysménorrhées primaires et secondaires hors endométriose [Osuga]
 - /!\ Hors AMM
- Hors AMM en contraception

QUID DE L'IMPLANT?

Implant contraceptif :

- L'implant à L'ÉTONOGESTREL a montré une efficacité significative sur la diminution des douleurs dans l'endométriose.
- Peut provoquer une aménorrhée ou des saignements irréguliers.
- Douleurs menstruelles :
 - 48 % de baisse
 - 8 % d'augmentation
- 85 % d'amélioration si dysménorrhée

LES SIU ET DIU

- DIU au cuivre
 - Peut augmenter l'intensité et la quantité des règles => NON RECOMMANDÉ
- SIU au LEVONORGESTREL
 - Diminution VMS et EVA
 - Le système intra-utérin au LÉVONORGESTREL à 52 mg permet une réduction des scores de douleurs (diminution de l'EVA d'environ 6 points sur 10) chez les patientes endométriosiques non opérées (NP2). Aucune donnée n'est disponible avec le SIU au LNG à 13,5 mg et 19,5 mg.

TAKE HOMME MESSAGE

LA CONTRACEPTION HORMONALE

- La **contraception hormonale** est souvent un traitement de choix contre les dysménorrhées.
- Elle permet de **réduire ou supprimer les règles**, soulageant ainsi significativement les douleurs.
- En première intention : pilule oestro-progestative ou progestative continue.
- En seconde intention ou longue durée : SIU ou implant.
- À éviter : DIU au cuivre si les douleurs sont déjà fortes.

POUR LES DYSMÉNORRHÉES

Tous les oestroprog.	Diminuent généralement les dysménorrhées [2]	1ère intention • Lévonorgestrel (Optidril, Optilova, Ludéal...) 2e intention si pas assez efficace • OP en prolongés (Seasonique...) • Nomégestrol (Zoély) • Nuvaring/Etoring
Oestroprog. prolongée	Moins de dysménorrhées que sur schémas discontinus [3]	
Nomégestrol (NOMAC)	Supérieure à la drospirénone [4]	
Evra	Moins efficace que les oestroprogestatifs oraux [5]	
Nuvaring	Plus efficace que les oestroprogestatifs oraux [5]	

IMPORTANCE DE L'ÉCOUTE

- Approche personnalisée: pathologie, tolérance, projets futurs...
- Communication: écoute, accompagnement, réévaluation
- Aucune méthode n'est idéale: ajuster au cas par cas.
- L'écoute bienveillante est essentielle pour les femmes

AU TOTAL

- Œstroprogestatif oraux:
 - Prolongés > cycliques
- Œstroprogestatifs percutanés :
 - NUVARING[®] comparable aux OP oraux
 - /!\ EVRA[®] Patch => + de dysménorrhée qu'un OP oral
- Progestatifs : DIÉNOGEST, DROSPIRENONE
- Analogues GnRH / Danazol