

Endométriose et Hypersensibilisation

Stéphane PLOTEAU

Les patientes souffrant d'endométriose sont souvent difficiles à soulager, elles consultent souvent de nombreux médecins sans diagnostic précis ni prise en charge adaptée, avec parfois une impression d'abandon par le corps médical. Parmi ces patientes, certaines présentent des tableaux complexes avec des douleurs et des dysfonctions associant une symptomatologie vésicale, digestive, musculaire... Ce cortège de signes, en l'absence de lésions clairement identifiées, doit faire évoquer des phénomènes d'hypersensibilisation (Hoffman, 2015; Stratton et al., 2015). Cette hypersensibilisation est un facteur amplificateur de la douleur qu'il faut prendre en compte (Aredo et al., 2017; Ploteau et al., 2015). Elle s'exprime par une discordance anatomo-clinique : l'expression de la douleur ou des dysfonctions (mictions fréquentes, douleurs à la défécation, douleur pendant les rapports...) apparaissant souvent disproportionnée en intensité, localisation et durée par rapport aux lésions effectivement retrouvées (Hsu et al., 2011; Vercellini et al., 2007; Yosef et al., 2016).

Ce concept permet une meilleure compréhension et prise en charge des patientes atteintes d'endométriose. Il se définit comme une diminution des seuils de douleurs, une diffusion dans le temps et dans l'espace de la douleur. Il explique des douleurs déroutantes et parfois décourageantes pour le patient mais aussi pour les différents spécialistes d'organes impliqués: gynécologues, urologues, gastro-entérologues, algologues...L'absence de modèle physiopathologique expliquant les douleurs génère des échecs thérapeutiques, une altération de la relation médecin-malade, voire des diagnostics psychiatriques abusifs. Les spécialistes d'organe analysent traditionnellement la douleur comme l'expression proportionnelle d'une lésion organique. Leur mission est de traiter une lésion d'organe. Or, dans le cadre de l'endométriose, le traitement chirurgical de la lésion n'est pas toujours suffisant pour soulager le syndrome douloureux, même si elle reste nécessaire. Ceci est d'autant plus vrai que la douleur est ancienne.

Peu importe de savoir si cette hypersensibilisation est la conséquence du caractère chronique de la douleur ou sa cause, c'est un facteur amplificateur de la douleur qu'il faut prendre en

compte. Il a été bien montré que l'absence de prise en charge de cette hypersensibilisation est source de douleur post-opératoire persistante et tout aussi handicapante que la douleur initiale. Il paraît donc important d'identifier ces patientes à risque de douleurs chroniques post-opératoires (Kehlet et al., 2006; Riant et al., 2010).

Cinq sphères doivent être investiguées.

1- La sphère urologique avec la recherche de troubles urinaires fonctionnels (mictions fréquentes, troubles de la miction) et de signes d'hypersensibilité urinaire (douleurs au remplissage de la vessie, soulagées par la miction, douleurs pendant ou après les mictions)(Chung et al., 2005).

2- La sphère digestive avec recherche de troubles fonctionnels ano-rectaux (diarrhée/constipation) et de signes d'hypersensibilité ano-rectale (douleurs soulagées par l'émission de gaz ou la défécation, douleurs per ou post-défécatoires)(Bharucha & Lee, 2016; Elsenbruch et al., 2010; Liao et al., 2016; Vermeulen et al., 2014).

3- La sphère sexuelle à modérer dans le contexte d'endométriose puisque la maladie elle-même est source de douleurs pendant les rapports. On pourra néanmoins s'inquiéter de douleurs qui persistent longtemps après les rapports (plusieurs heures voire plusieurs jours).

4- la sphère tégumentaire (peau) et myofasciale (muscles et squelette) on pourra rechercher une allodynie (douleur provoquée par un stimulus qui est normalement indolore), une gêne aux vêtements serrés, une vulvodynie provoquée qui témoignent d'une hypersensibilité cutanée et vulvaire (Jarrell & Arendt-Nielsen, 2016; Ploteau et al., 2015).

Un syndrome myofascial (douleur musculosquelettique) est également souvent associé (Anderson et al., 2009; Aredo et al., 2017; Doggweiler-Wiygul, 2004; Doggweiler-Wiygul & Wiygul, 2002; K., 1998; Montenegro et al., 2009; Prendergast & Weiss, 2003) mais peut parfois être relativement simple à traiter par une prise en charge rééducative adaptée. Le muscle est alors victime mais aussi coupable puisque capable d'engendrer des douleurs secondaires neuropathiques (douleurs au niveau de la face postérieure de la cuisse en cas de point gâchette retrouvé sur le muscle piriforme sur la fesse).

On recherchera une hyperpathie (sensation douloureuse anormalement ressentie face à un stimulus répétitif, et persistant à l'arrêt de l'excitation) ou des véritables points « gâchettes » au niveau des muscles du périnée ou de la partie profonde des fesses (Stratton et al., 2015).

Le toucher vaginal permettra de rechercher une tension douloureuse de muscles de la paroi vaginale (faisceaux du muscle élévateur de l'anus et des portions pelviennes des muscles obturateurs internes). Une tension douloureuse des muscles piriformes et des portions glutéales des muscles obturateurs internes pourra être recherchée au niveau de la fesse. Ces douleurs peuvent être le témoin d'un syndrome myofascial régional mais s'intègrent souvent dans le cadre de douleurs diffuses avec des points gâchettes extrapelviens évoquant un syndrome d'hypersensibilité centrale, de type fibromyalgique (Clauw et al., 1997).

L'hypersensibilisation musculo-squelettique peut également se manifester par l'apparition secondaire de dysfonctions intervertébrales mineures et projection de douleurs de la charnière thoraco-lombaire qui s'expriment au niveau de la région inguinale ou hypogastrique (partie basse de l'abdomen - c'est ce que l'on appelle le syndrome de Maigne). La recherche de ces dysfonctions se fera en position couchée sur le ventre. Elles expliquent la persistance de certaines douleurs après prise en charge chirurgicale de l'endométriose (Riant et al., 2010). Ces phénomènes d'hypersensibilisation entretiennent le processus douloureux lié à l'endométriose.

5- sphère « centrale »

Ces phénomènes de sensibilisation interviennent le plus souvent sur des terrains à risque qu'il convient de rechercher (fibromyalgie, troubles fonctionnelles de l'articulation temporo-mandibulaires, migraine, syndrome de stress post-traumatique...)(Albrecht & Rice, 2016; Kaya et al., 2013) (NP2).

Il apparaît donc nécessaire de rechercher des facteurs d'hypersensibilisation chez les patientes atteintes d'endométriose (Stratton et al., 2015). Le traitement doit être adapté en fonction de leur présence en soulignant le rôle délétère potentiel des morphiniques, peu efficaces, dans ce contexte et en adaptant une prise en charge péri-opératoire encadrée(Angst & Clark, 2006; Carroll et al., 2004; Guegan et al., 2016)(NP1).

Un outil d'évaluation clinique pour les médecins

Il nous a paru intéressant d'élaborer un guide d'évaluation clinique, accessible à tous les praticiens, permettant d'identifier de façon simple les phénomènes de sensibilisation au niveau du pelvis et du périnée dont la présence peut modifier la prise en charge de la patiente. Ce guide d'évaluation clinique est composé de 10 critères permettant d'orienter l'interrogatoire et l'examen clinique du médecin. Il incite ainsi à chercher au-delà de l'organe douloureux, une piste physiopathologique expliquant les symptômes du patient par des phénomènes de sensibilisation. Ce guide diagnostique peut permettre d'aider à la fois le médecin mais aussi le malade dans l'orientation étiologique (causes et facteurs) de la douleur et aider ainsi à une meilleure prise en charge, plus adaptée. Il suggère des stratégies d'adaptation thérapeutiques afin de limiter l'apparition des douleurs post-opératoires.

Conclusion :

L'interprétation et la prise en charge des douleurs liées à l'endométriose sont donc difficiles et la chirurgie n'est pas toujours le traitement approprié, en tout cas, en première intention. La place d'une équipe pluridisciplinaire de douleur pelvienne faisant intervenir gynécologue mais également algologue et physiothérapeute est ici intéressante. Le diagnostic d'endométriose doit être porté, dans la mesure du possible, de façon précoce pour éviter ces phénomènes qui entretiennent le processus douloureux.