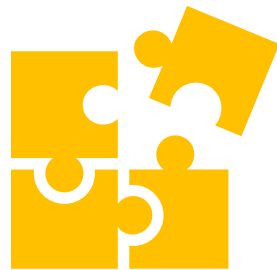




DOULEURS PELVI-PÉRINÉALES CHRONIQUES

Dr Giulia GOUY, Gynécologue médicale – Dr Olivia PORQUET, Médecin Sexologue
11 Décembre 2025





COMPRENDRE LA DOULEUR CHRONIQUE

DÉFINITIONS

« La douleur n'est ni plus ni moins qu'un système d'alarme, dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle. »

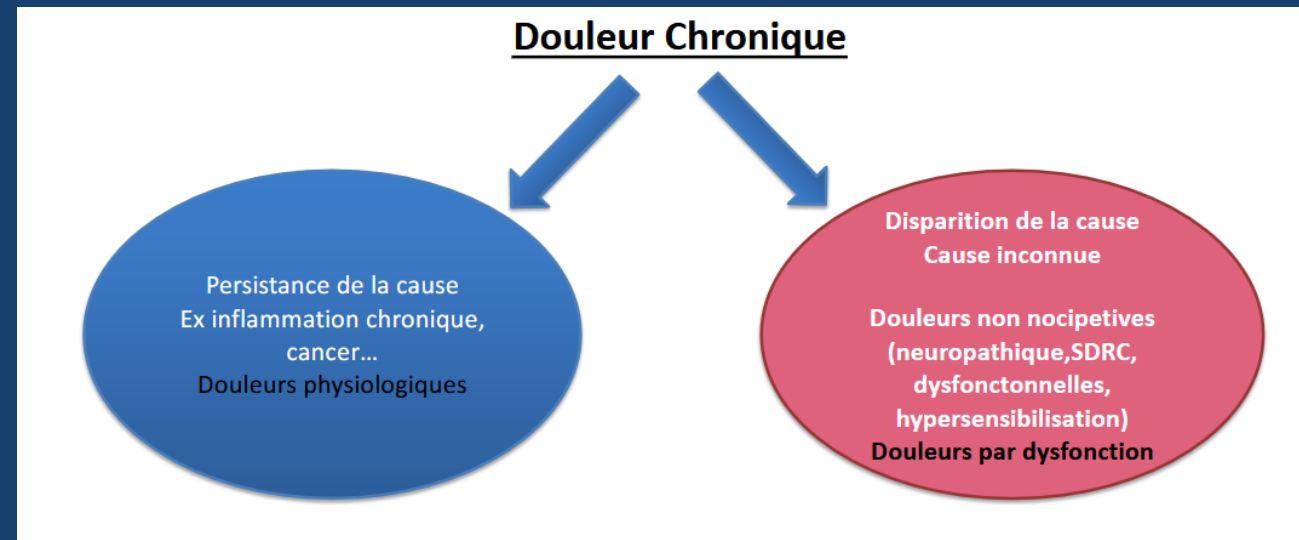
Descartes, 17ème siècle

« Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion »

IASP, 1979

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



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
 - Environ un tiers des femmes ne présentaient aucun symptôme douloureux entre 20 et 59 ans
 - **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 %).

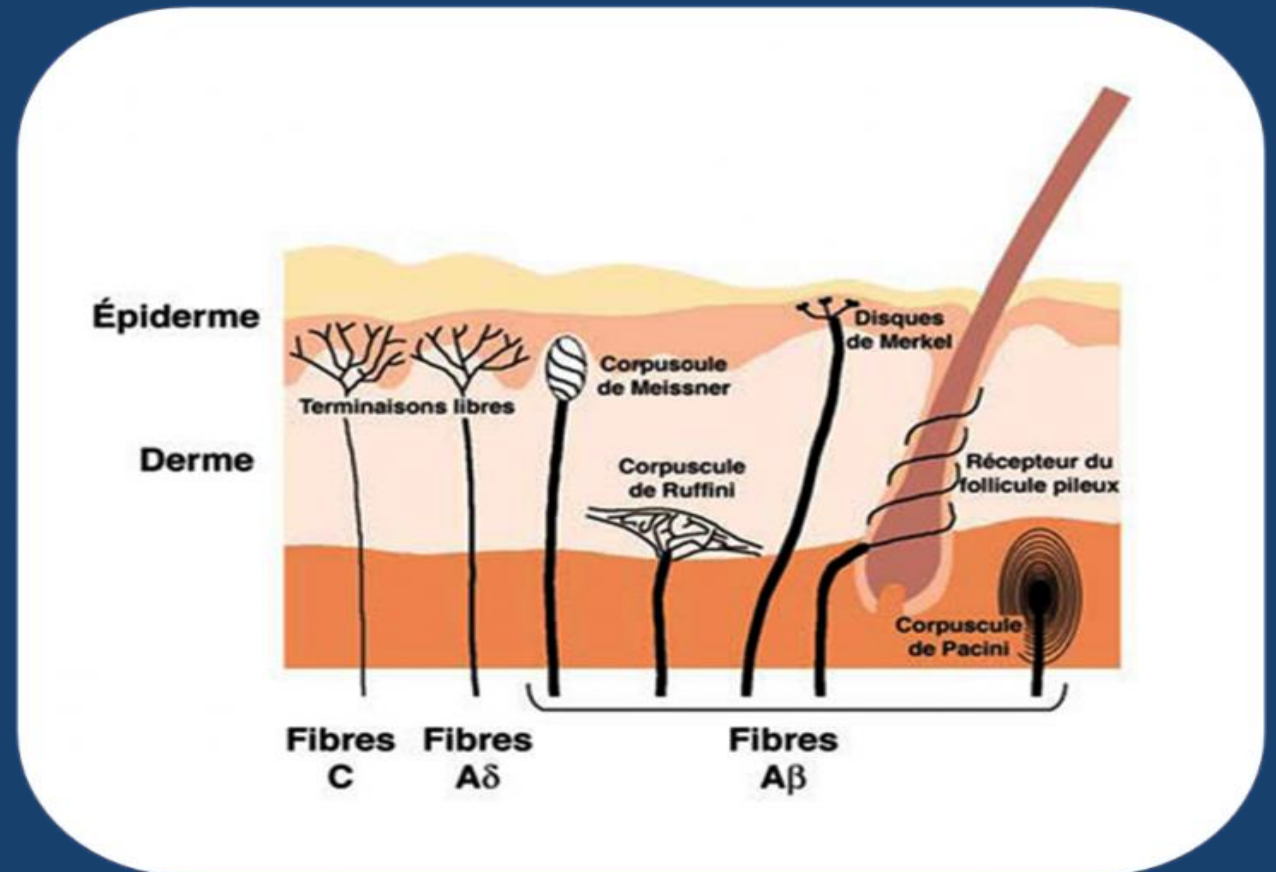


PHYSIOLOGIE

LES VOIES NOCICEPTIVES

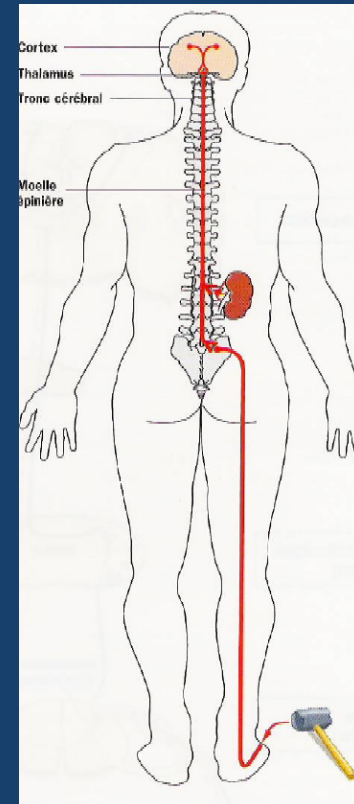
- **Transduction:**

- 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:** Analyse
 - ➔ interprétation de la douleur en intégrant la dimension sensorielle, émotionnelle et cognitive



3e neurone

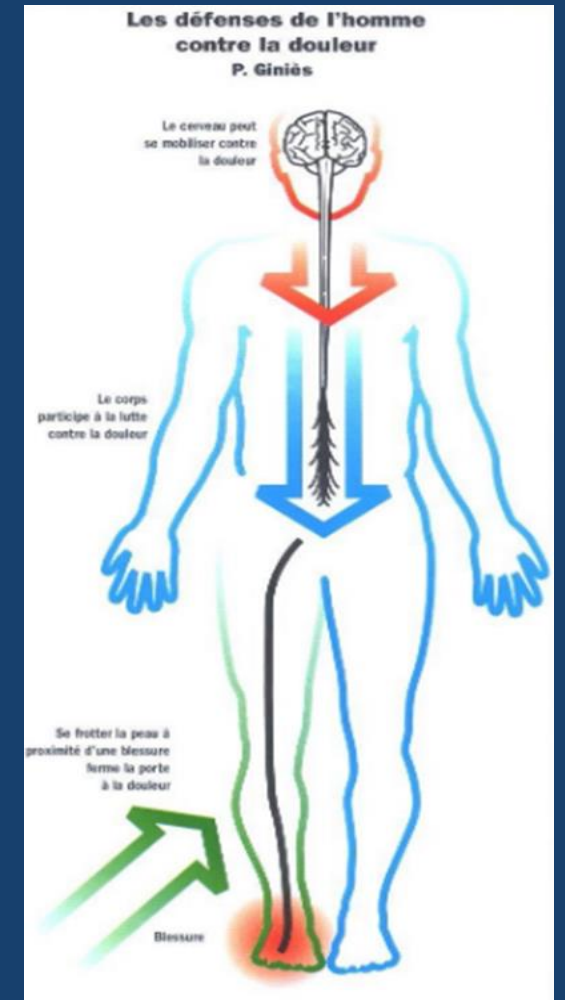
2e neurone

1e neurone

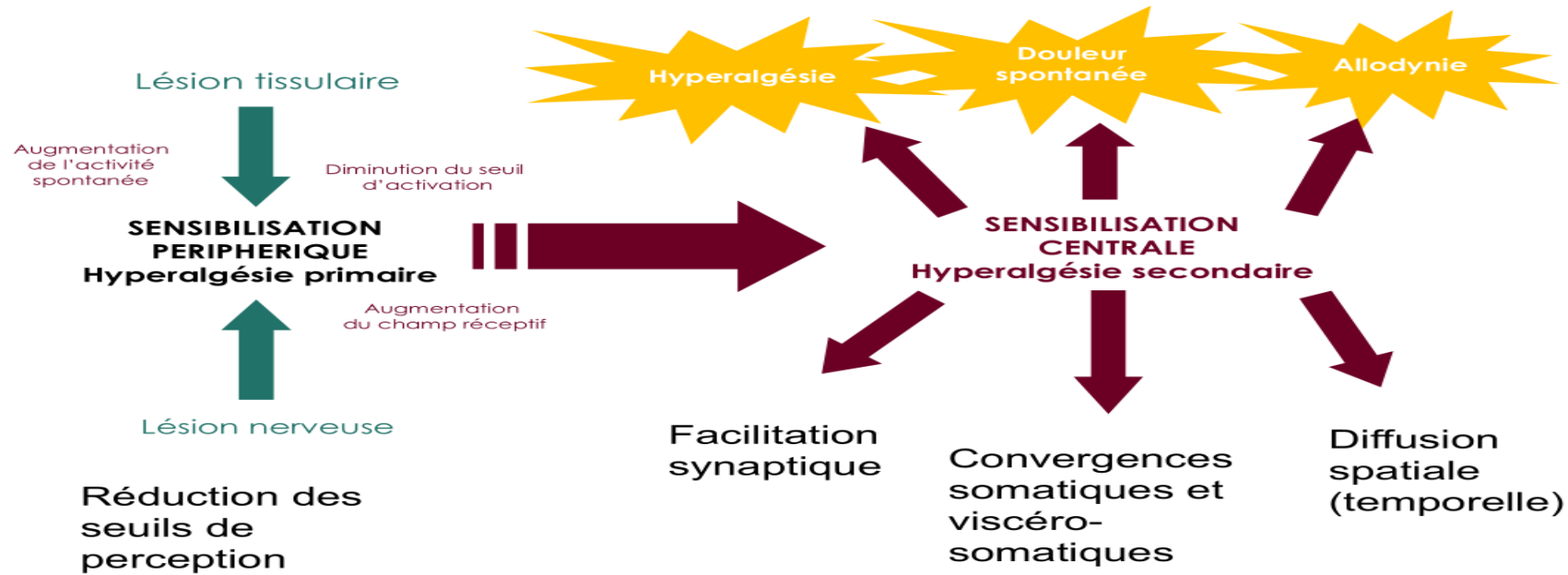
Douloureux périphérique
Ex: coup de marteau

MODULATION DE LA DOULEUR : CONTRÔLES INHIBITEURS

- Contrôles inhibiteurs médullaires :
 - Gate control
 - Contractions musculaires réflexes
- Contrôles inhibiteurs descendants
 - Endorphines, GABA, Sérotonine, Noradrenaline



Notion de sensibilisation à la douleur



Hyperalgésie
primaire

- **Facteurs inflammatoires :**
- ➔ abaissement du seuil des nocicepteurs avoisinants la lésion et diffusion de la douleur dans l'espace



Hyperalgésie
secondaire

- **Sensibilisation neuronale avec activation des récepteurs NMDA** (convergence des afférences nociceptives et tactiles / convergence somato-viscérale)

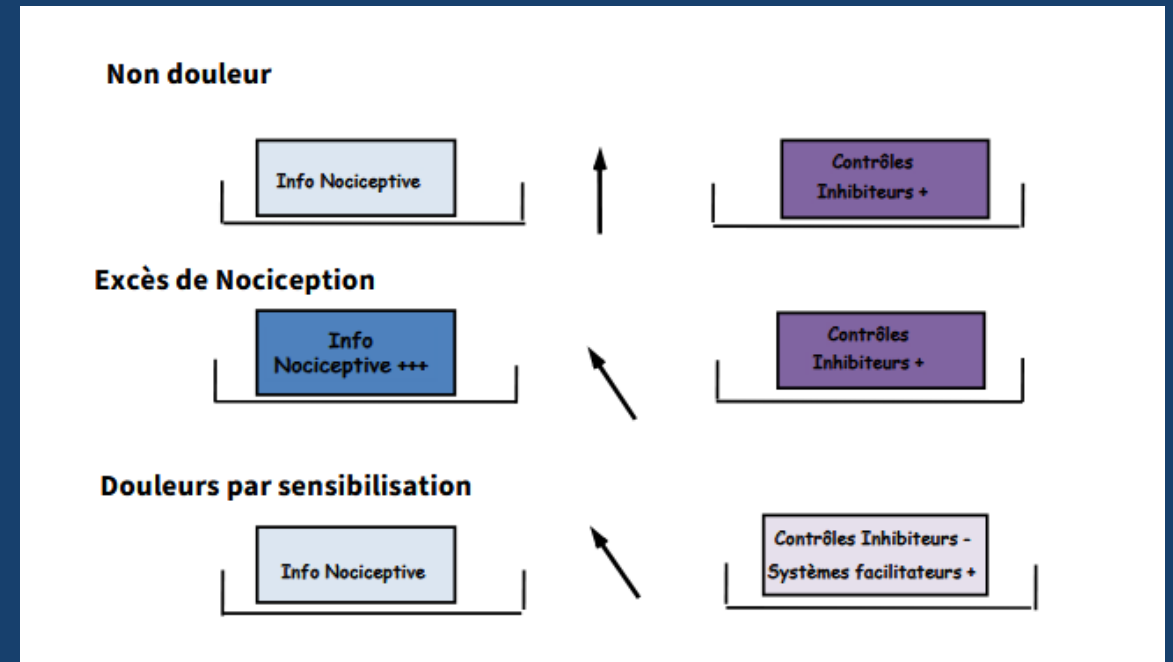


Voies inhibitrices
descendantes

- Au niveau supra-spinal : sécrétion de **sérotonine**, dopamine, **noradrénaline**
- Inhibées par : Surmenage, Stress, Dépression, Isolement, Traumatismes

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 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
- **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

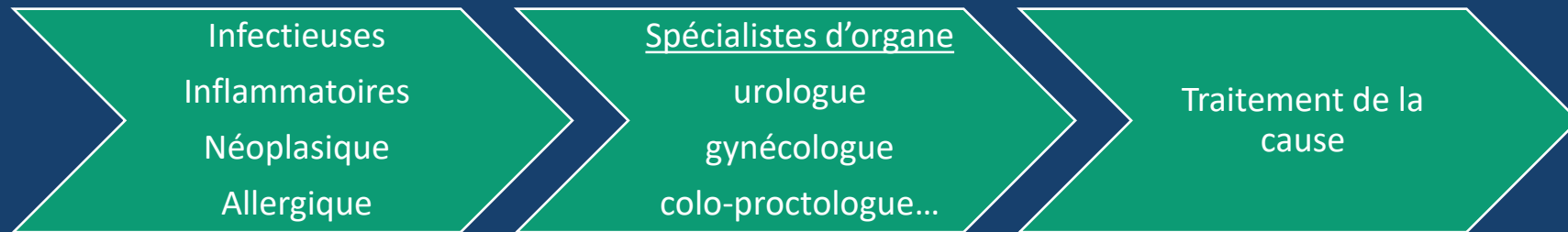




DÉMEMBREMENT DE LA DOULEUR PELVIPÉRINÉALE CHRONIQUE

Ou comment comprendre autrement les douleurs pelvi-périnéale chroniques ?

LA MALADIE D'ORGANE



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

MAIS ...

- Pas de cause retrouvée

Ou

- discordance anatomo-clinique (ex adhérences, varices, endométriose...)

→ d'autres responsables sont possibles



ANNE, 23 ANS

- Douleurs pelviennes chroniques aggravées en période prémenstruelles, devenues invalidantes depuis plusieurs mois avec impact sur ses activités quotidiennes (absentéisme professionnel)
- Dysménorrhées depuis l'adolescence, d'aggravation progressive, actuellement cotées 8/10 de J1 à J3
- Dyspareunies profondes anciennes positionnelles
- Depuis environ deux ans dyspareunies d'intromission avec sensation de brûlures persistante plusieurs heures après le RS
- Envies pressantes d'uriner avec des douleurs de la vessie
- Aucun antécédent notable
- Contraception par OPTIDRIL depuis 5 ans
- GPO
- Un premier examen gynécologique très douloureux et très mal vécu il y a trois ans
- Institutrice, en couple depuis 5 ans, pas de violence
- Une échographie pelvienne faite il y a 6 mois est normale

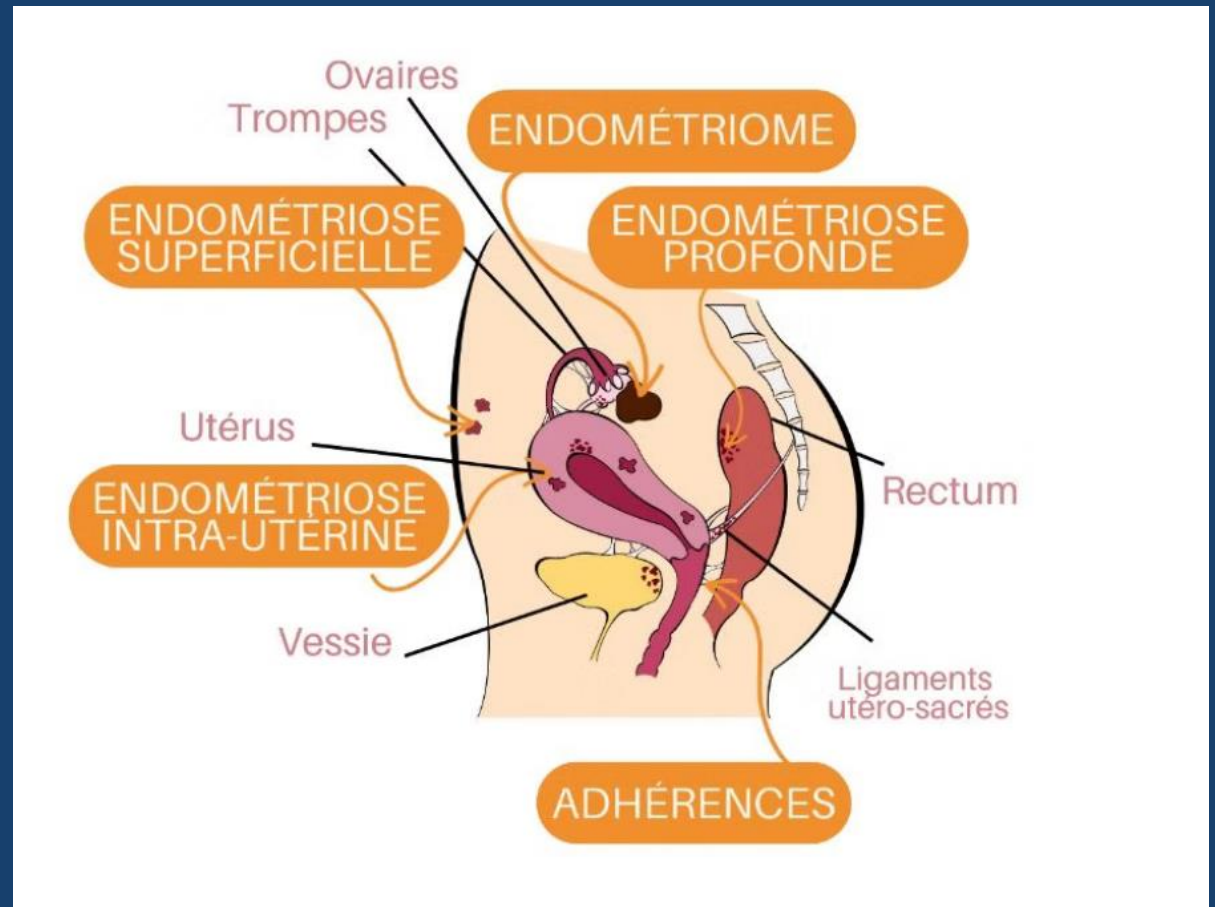
QUEL DIAGNOSTIC ÉVOQUEZ-VOUS ?

- A. Dysménorrhées primaires
- B. Douleurs psychosomatiques
- C. Endométriose
- D. Infection pelvienne chronique

ANNE, 23 ANS

Vous prescrivez une IRM :

- Nodule d'endométriose profonde de 15 mm LUS droit



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.

DÉFINITION ET FORMES ANATOMIQUES

- L'endométriose se caractérise par la présence **anormale** de fragments semblables à de la muqueuse utérine (**endomètre**) **en dehors de l'utérus**
- Cette anomalie provoque des lésions sur les tissus atteints, pouvant entraîner **douleurs et infertilité**. Les symptômes tendent à s'atténuer ou disparaître après la ménopause. (Inserm)

➔ Endométriose « maladie » = lésions histologiques + douleurs et/ou infertilité

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

Plusieurs formes anatomiques

- Endométriose superficielle (péritonéale)
- Endométriose profonde sous péritonéale (> 5mm sous le péritoine)
- Atteinte viscérale (digestive et urinaire)
- Endométriome= kyste endométriosique (kyste à contenu de liquide chocolat)
- Adénomyose (endomètre au sein du myomètre)
 - association fréquente : origine commune probable



Photos du Dr Sophie Warembourg

SCGP

ENDOMÉTRIOSE ET DOULEUR

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

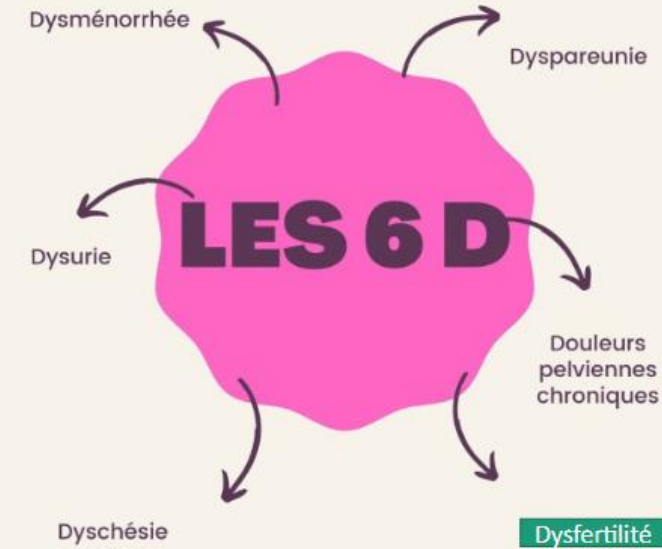
**RECRUDESCENCE
CATAMENIALE DES
DOULEURS +++**

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

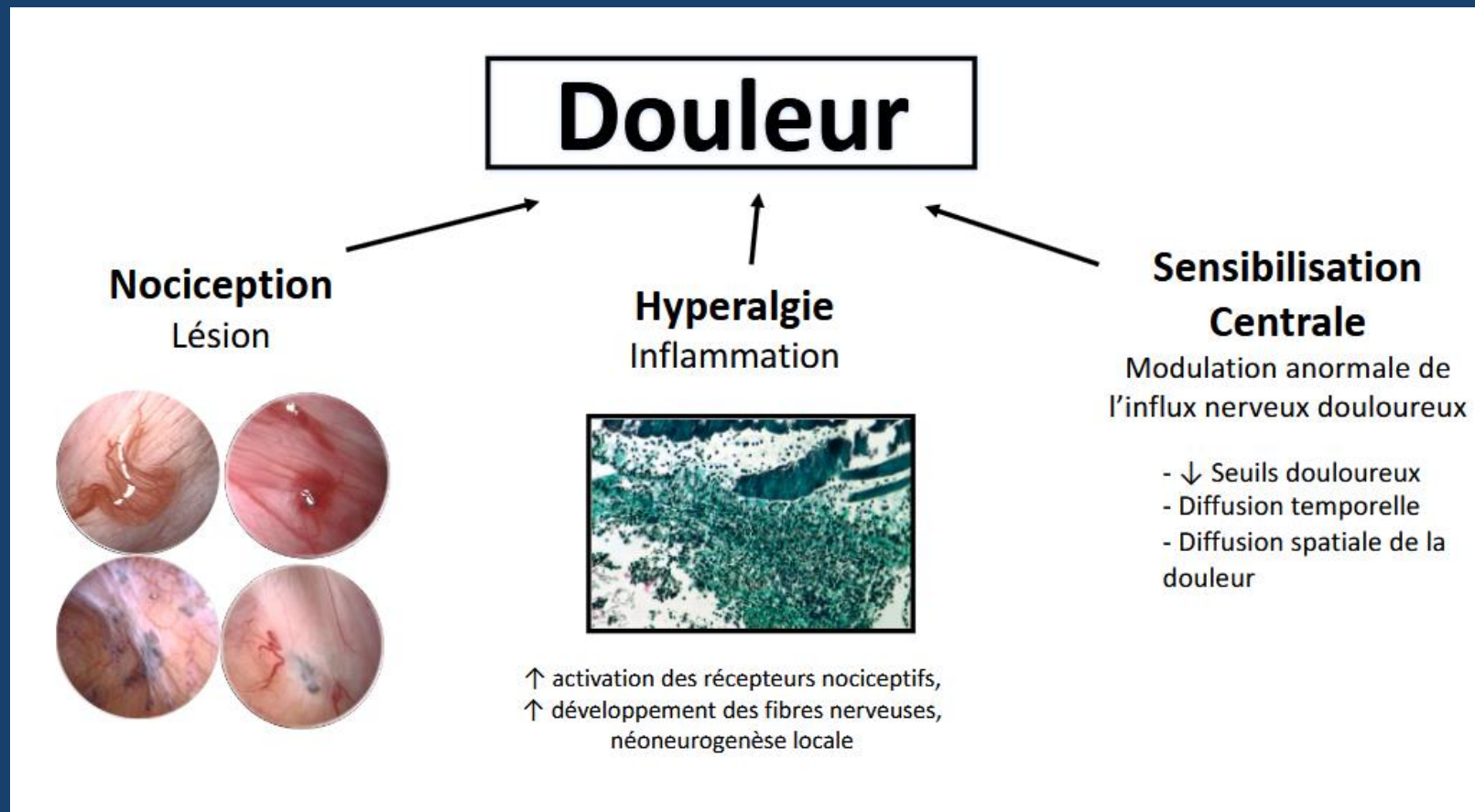


Les lésions d'endométriose ne sont pas toujours responsables de symptômes !

DIAGNOSTIC DE L'ENDOMÉTRIOSE



ENDOMÉTRIOSE ET DOULEUR



SENSIBILISATION PELVIENNE

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)

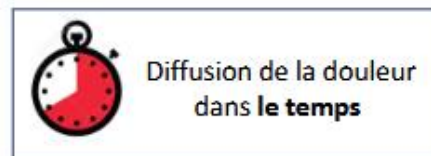
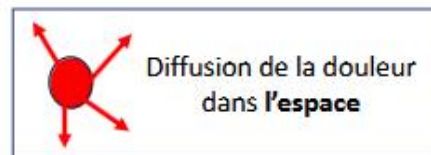
« de l'allumette à l'incendie »



Terrain vulnérable ?



SENSIBILISATION PELVIENNE



	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

ANNE, 23 ANS

- L'endométriose explique-t-elle la dyspareunie superficielle? Et sinon quel autre diagnostic évoquez-vous?
 - A. Endométriose
 - B. Vaginisme
 - C. Vulvodynie
 - D. Névralgie pudendale
 - E. Pathologie dermatologique
 - F. Douleur psycho-somatique

AUTRES EXPRESSIONS PELVIENNES D'UNE SENSIBILISATION CENTRALE

- Vulvodynie
- 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 selles
 - Éliminer organicité +++ : cancer colorectal, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, cause organique de constipation terminale, cause médicamenteuse (ADO ++, neuroleptiques...)
- Syndrome douloureux vésical (douleurs, envie pressante d'uriner, pollakiurie)

VULVODYNIE

DOULEUR COMPLEXE CHRONIQUE

Définition de la vulvodynie selon l'ISSVD (International Society for the Study of Vulvar Disease) :

" Inconfort vulvaire, le plus souvent décrit comme des brûlures apparaissant en l'absence d'affection vulvaire visible ou de désordre neurologique spécifique."

La vulve garde un aspect normal lors de l'examen clinique

→ Avoir éliminé une pathologie dermatologique de la vulve (dermatose, sécheresse...)



VULVODYNIES

Primaire ou
secondaire

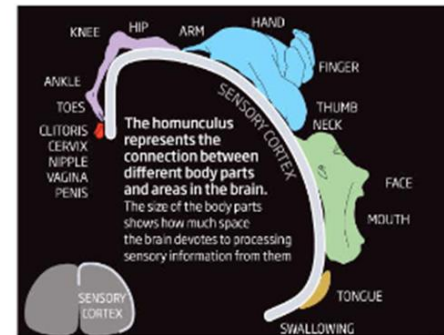
Vulvodynie et
vestibulodynie

Spontanée ou
provoquée ou
mixte

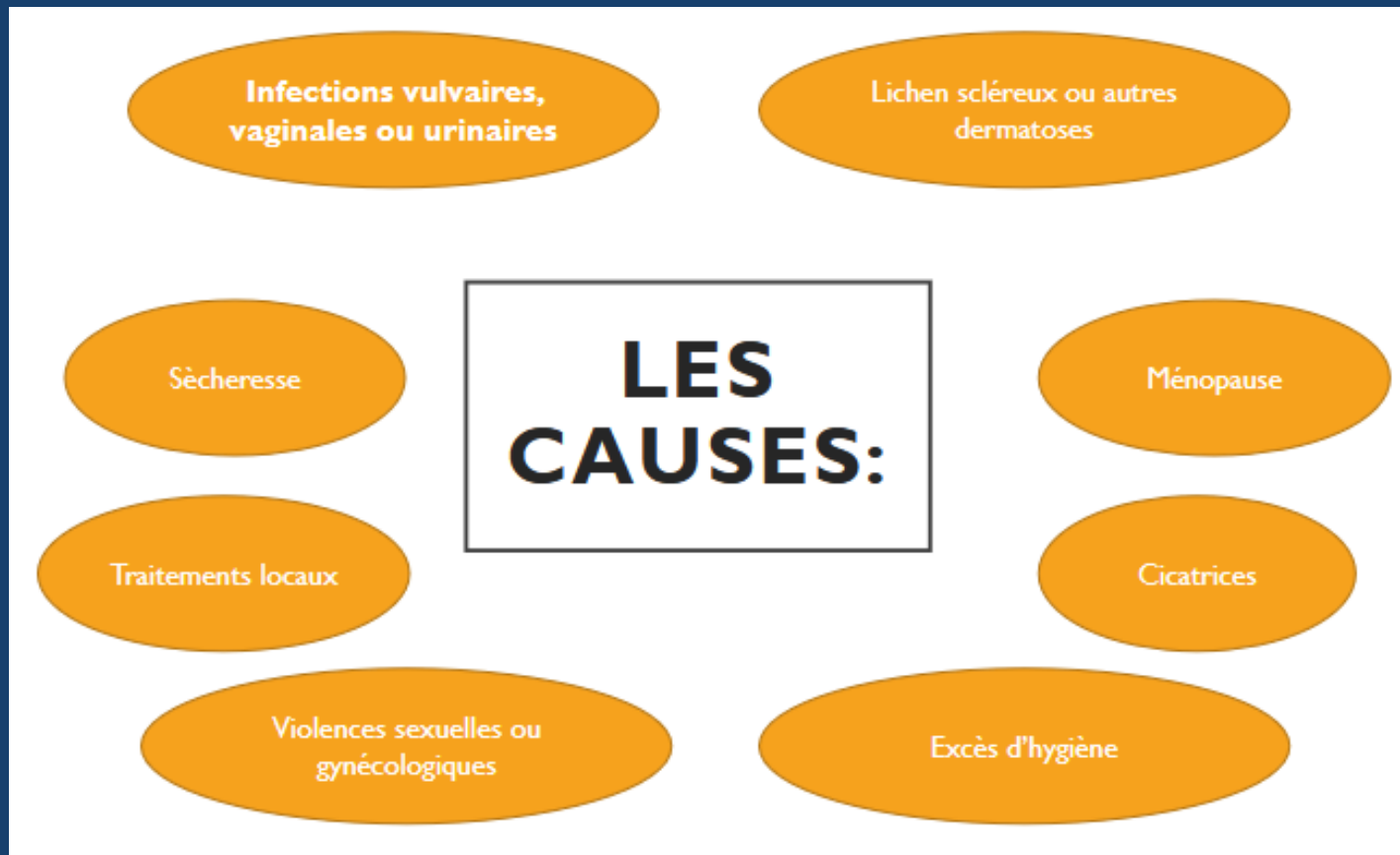
Généralisée ou
localisée :
clitoris,
vestibule...

Persistante ou
intermittente

Vulvodynie provoquée : Les 3 acteurs



LES CAUSES



Facteurs psychologiques potentiellement déclenchants

- Psychotraumatismes et TSPT : agressions, violences, accouchements difficiles ou expériences médicales invasives
- Anxiété et trouble somatoforme
- Dépression
- Stress chronique et surcharge mentale
- Peur de la sexualité
- Croyances négatives, fausses croyances, anticipation de la douleur

NÉVRALGIE PUDENDALE

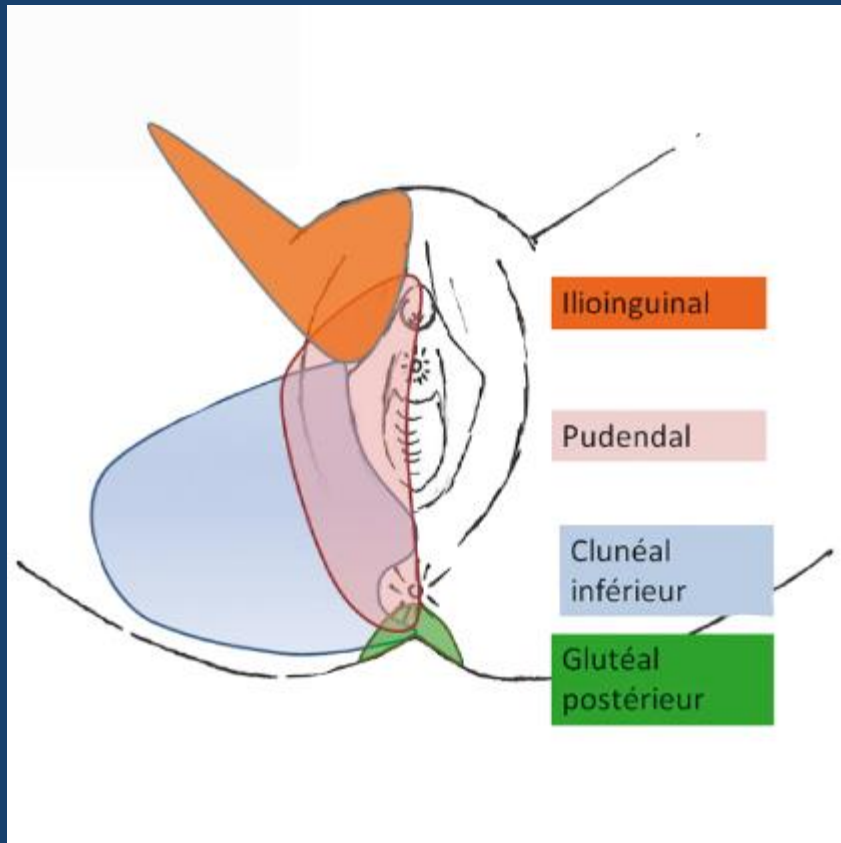


Tableau clinique :

- vestibulodynie spontanée, non provoquée

NÉVRALGIE PUDENDALE PAR SYNDROME CANALAIRE

1. Douleur dans le territoire du nerf pudendal (de l'anus à la verge ou au clitoris)
2. Aggravée en position assise (soulagée sur un siège de WC)
3. Sans réveil nocturne habituel par la douleur
4. Sans déficit sensitif objectif
5. Ayant un bloc diagnostic du nerf pudendal positif

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

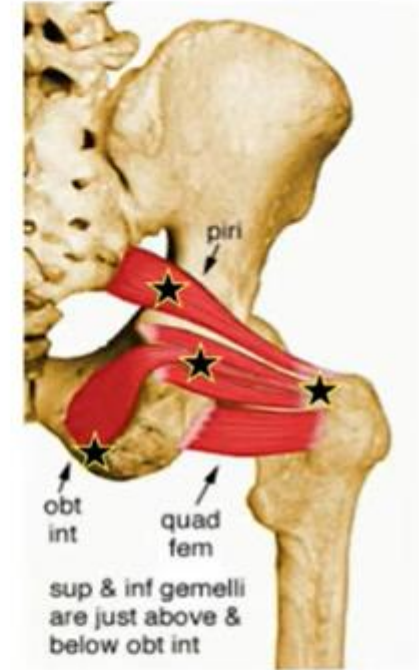
LES MUSCLES : DOULEURS MUSCULAIRES ET SYNDROMES MYO-FASCIAUX

- **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 cutané-muqueuse +/- étendue et spécifique du muscle atteint
- **DIAGNOSTIC D'EXAMEN CLINIQUE:** fesses, paroi abdominales, TV, TR



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 ?

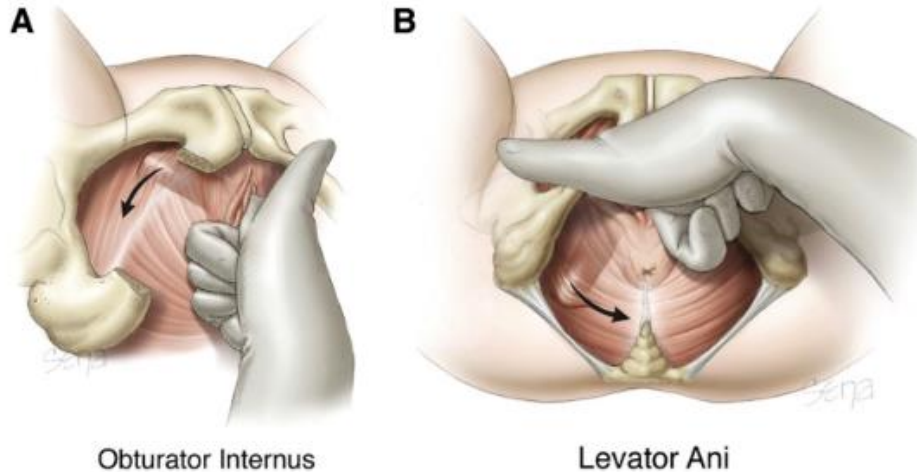


- *Giamberardino MA. Referred muscle pain/hyperalgesia and central sensitisation. J Rehabil Med. 2003;85-8.*

LES MUSCLES : SYNDROMES MYO-FASCIAUX

CAUSE OU CONSÉQUENCE ?

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%

- 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

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

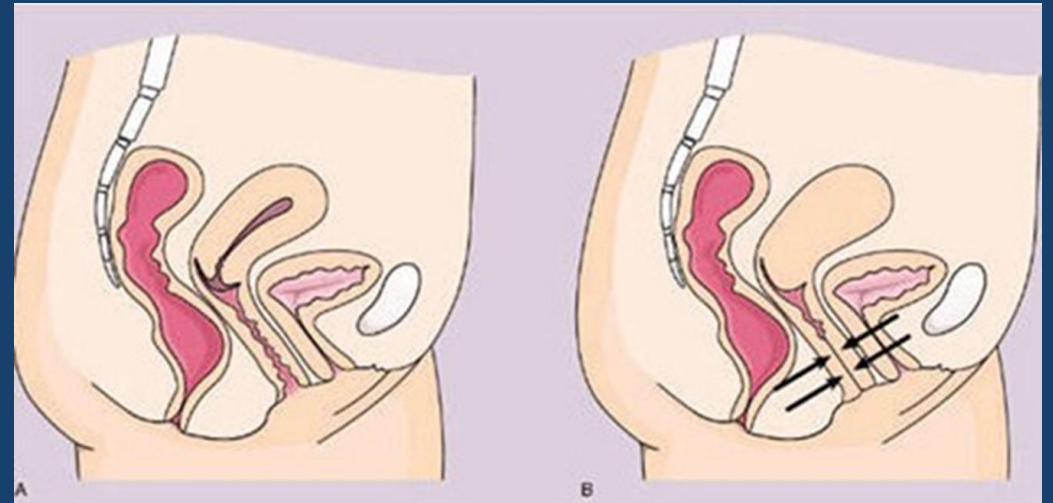


Fitzgerald et al. 2011
De Souza Montenegro et al., 2010
Loving et al., 2014
Yong et al., 2014

VAGINISME

Vaginisme: le rapport sexuel est désiré mais impossible
Vulvodynie: le rapport sexuel est possible mais douloureux

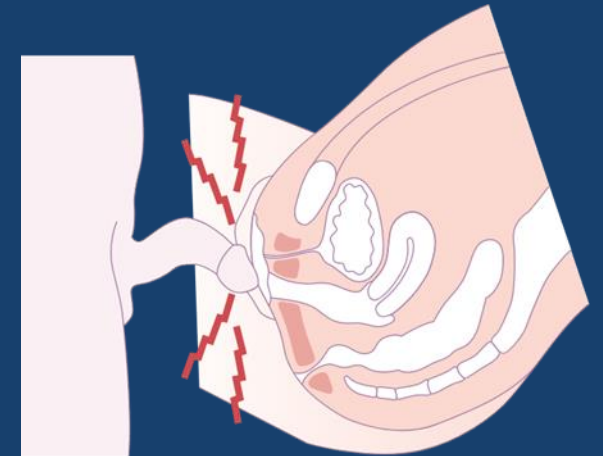
- **mécanisme de défense contre toute intrusion vaginale** qui comprend:
 - Un **évitement sexuel** et une **dérobade** face à toute tentative de pénétration
 - Une **contraction réflexe du périnée**, rendant impossible toute pénétration
=INVOLONTAIRE et INCONTROLABLE par peur ou anticipation de la douleur
- 1 à 6%
- Primaire ou secondaire
- Situationnel ou permanent
- Partiel ou total



ETIOLOGIES

Crainte de la douleur +++ (mécanisme phobique)

- Par Ignorance de son corps/manque d'éducation sexuelle
- Par Culpabilité / cause culturelle /éducation stricte/fausses croyances
- Secondaire à des agressions ou un traumatisme (rare)
- infections vulvaires ou vaginales
- sécheresse vaginale
- vulvodynie
- endométriose
- malformation génitale (rare)



Il n'y a pas plus d'ATCD de traumatismes sexuels infantiles que dans la population générale chez les femmes présentant un vaginisme.

D'AUTRES RESPONSABLES
POSSIBLES

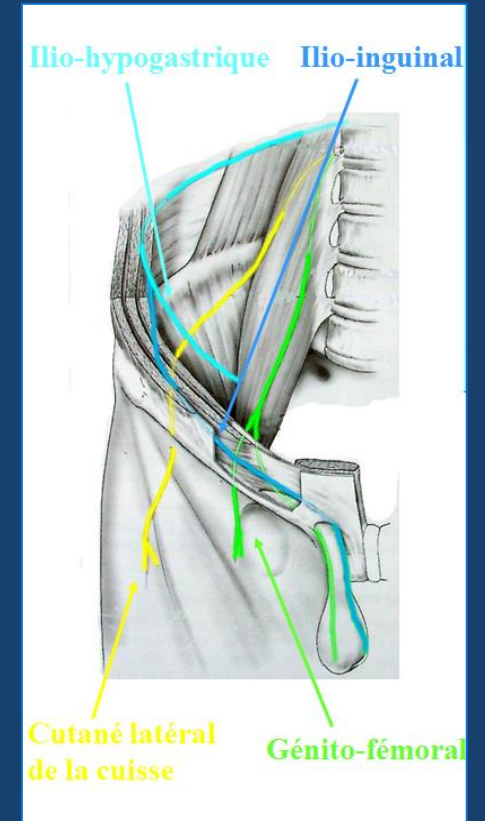
LES OS

La coccygodynie

- La « vraie » coccygodynie
 - Aux 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

Les douleurs projetées d'origine thoraco-lombaires

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



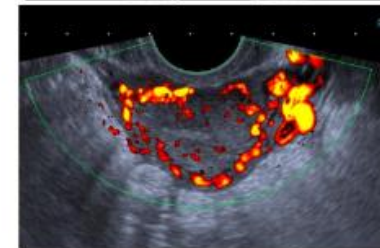
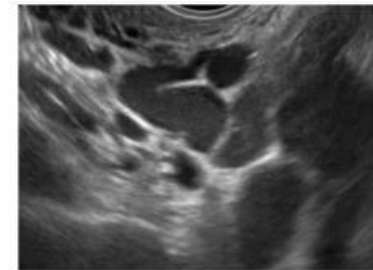
LES VAISSEAUX

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



SYNDROME DOULOUREUX RÉGIONAL COMPLEXE PELVIEN

Les critères diagnostiques sont :



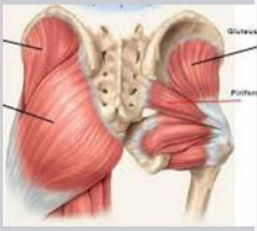
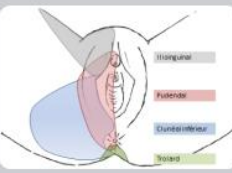

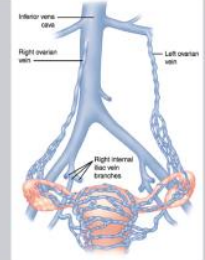

1. l'existence d'un **événement nociceptif initiateur** ou d'une cause d'immobilisation,
2. une douleur continue, **allodynie** et/ou **hyperalgésie**
3. l'apparition, d'un **oedème**, d'une **altération de la vascularisation cutanée** ou d'une **anomalie de l'activité sudoromotrice** dans la zone douloureuse,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

Douleur

- continue
- non systématisée à un seul territoire neurologique
- disproportionnée par rapport à l'événement initiateur

Physiopathologie : dysfonctionnement du système sympathique?

EN PRATIQUE

viscérale	os	muscles	nerfs	peau	vaisseaux	sensibilisation
 <ul style="list-style-type: none"> - Infection - Tumeur - Inflammation 	 <ul style="list-style-type: none"> - Coccyx - Dysfonction thoraco-lombaire - Sacro-iliaque 	 <ul style="list-style-type: none"> - Piriforme - Obturateur interne - élévateur de l'anus - Psoas iliaque 	 <ul style="list-style-type: none"> - Ilio-inguinal - Pudendal - Trolard - Clunéal inférieur 	 <ul style="list-style-type: none"> - Herpes - Zona - Psoriasis - Lichen scléro-atrophique - Sècheresse 	 <ul style="list-style-type: none"> - varices pelviennes - MAV 	 <ul style="list-style-type: none"> - abaissement des seuils nociceptifs - déficit des contrôles inhibiteurs - focalisation

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



TRAITEMENTS ANTALGIQUES

Quelles molécules choisir ?

ANNE, 23 ANS

- Vous prescrivez des antalgiques en cas de douleurs, vous choisissez de lui prescrire du paracétamol et de l'ibuprofène
 - En cas de douleurs insuffisamment calmées par ce traitement quel autre antalgique envisagez-vous ?
-
- A. Poudre d'opium
 - B. Codéine
 - C. Morphine
 - D. Nefopam
 - E. Tramadol

ANTALGIQUES SELON LEUR MÉCANISME D'ACTION

(IASP 2010) CLASSIFICATION DE LUSSIER ET BEAULIEU

- **Antalgiques anti-nociceptifs:**

- Non opioïdes: paracetamol, AINS
- opioïdes faibles: poudre d'opium, codeïne en association avec du paracetamol
- Opioïdes: morphine, oxycodone, fentanyl...

Les morphiniques augmentent la sensibilisation à la douleur si exposition prolongée → ne pas utiliser dans douleur chronique

- **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)

- **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 trégrétol dans la névralgie du trijumeau



QUELLES CONTRACEPTIONS POUR LES PATIENTES DOULOUREUSES ?

Dr Giulia GOUY
Gynécologue médicale

ANNE, 23 ANS

- Elle est sous OPTIDRIL avec placebo, les dysménorrhées ne sont pas améliorées
- Que proposez-vous?
 - A. Changer d'OP
 - B. Proposer un schéma continu
 - C. Poser un DIUcu
 - D. Poser un SIU au Lng
 - E. Initier une contraception progestative

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

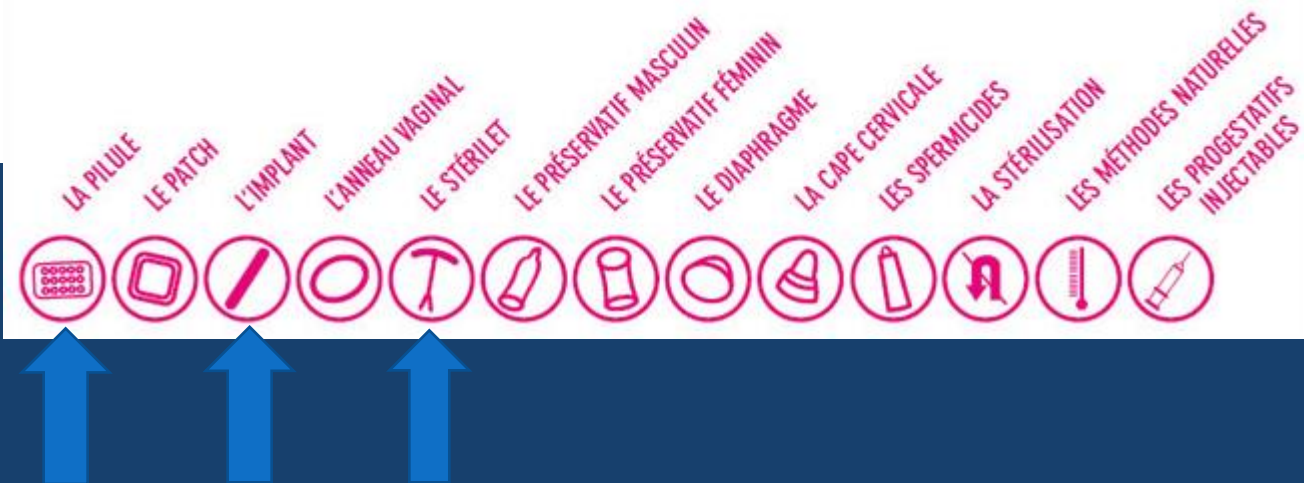
Inconvénients :

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

MODALITÉS DE PRISE

- Eliminer les CI
- 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

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 / DESOGESTREL

- Remboursé
- Signes d'hyperandrogénie
- Aménorrhée variable

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 :

- **Endométriose /Adénomyose**
 - Efficacité démontrée symptômes douloureux [Neriishi], diminution des récurrences post-opératoires [Techatrasak, 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 HOME 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.

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

AU TOTAL

- Œstroprogestatif oraux:
 - Prolongés > cycliques
- Œstroprogestatifs percutanés :
 - NUVARING[®] comparable aux OP oraux
 - /!\ EVRA[®] Patch => + de dysménorrhée qu'un OP oral
- Progestatifs : DESOGESTREL, DROSPIRENONE, DIÉNOGEST
- Antagoniste GnRH (RYEQO), analogue de la GnRH



TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX

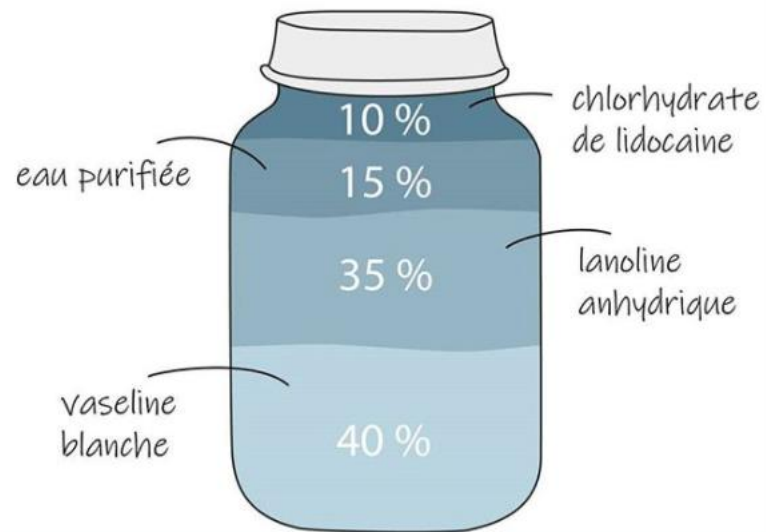
TENS



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

VULVODYNIE : LA PRÉPARATION MAGISTRALE



Appliquer sur la peau et les muqueuses matin et soir

Préparation magistrale sans équivalence pharmaceutique

- **Mais aussi:**
Xylocaine 2% voie orale.

AUTRES ÉLÉMENTS DE PEC

- Kinésithérapie +++, ostéopathie
- Activité physique adaptée, balnéothérapie
- Psychothérapie, TCC
- Sexothérapie
- Thérapie de couple
- Médecines complémentaires:
acupuncture, méditation, hypnose

Kinésithérapie pour rééducation du rachis lombosacré et des membres inférieurs, dans un contexte de douleurs pelvipérinéales complexes

Relâchement/étirement des muscles pelvitrochantériens, périnéaux, ischiojambiers, psoas iliaque et carré des lombes

CONCLUSION

- **Approche personnalisée:** pathologie, tolérance, projets futurs = ADAPTATION +++
- **Importance de la communication :** écoute bienveillante, accompagnement, réévaluation
- 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

MME B, 33 ANS

- Consulte pour la première fois en 03/2020 pour dysménorrhées secondaires et dyspareunies profondes.
- Douleurs pelviennes irrégulières, majorées par les règles, EN 10/10, dyspareunies profondes persistantes en post coïtal, pas de trouble du transit ni urinaire.
- Désir de grossesse au premier plan: grossesse obtenue en 2023.
- IRM pelvienne 2024 : pas d'endométriose
- Reconsulte en 07/2024: persistance de douleurs , n'a pas de traitement hormonal depuis le PP.
- Essai MIRENA: pas d'amélioration des douleurs.
- Nouvelle IRM en 03/2025: « Pas d'endométriose. Varices pelviennes bilatérales (syndrome de congestion pelvienne ?) : à confronter au reste du bilan »

MME B, 33 ANS

- Consultation avec le radiologue interventionnel:
 - Douleurs pelviennes chroniques majorées depuis l'accouchement
 - Dyspareunies per et post coïtales
 - Pesanteur pelvienne avec douleurs croissantes au fur et à mesure de la journée.
 - ATCD d'insuffisance veineuse familiale
- Embolisation réalisée en 07/2025: uniquement à droite car les varices gauches non accessibles.
- Amélioration partielle des douleurs donc indication au test salivaire : NEGATIF
- Nouvelle consultation prévue avec radiologue interventionnel pour varices gauches.



MERCI DE VOTRE
ATTENTION !!