



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations pour la pratique clinique

Antalgiques et alternatives thérapeutiques non médicamenteuses pluridisciplinaires, RPC Endométriose CNGOF-HAS

Conventional analgesics and non-pharmacological multidisciplinary therapeutic treatment in endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines

J.-M. Wattier

Centre d'étude et traitement de la douleur, hôpital Claude-Huriez, CHRU de Lille, rue Michel-Polonowski, 59000 Lille, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Endométriose
Douleur chronique
Douleur pelvienne
Traitement de la douleur
Traitement complémentaire

RÉSUMÉ

L'endométriose peut être à l'origine d'algies pelviennes d'intensité, rythme, fréquence et expression très variées sans que la relation entre douleur pelvienne et endométriose ne soit clairement établie. La symptomatologie algique présente dans l'endométriose a des conséquences physiques, cognitivo-comportementales et sociales importantes répondant au modèle bio-psycho-social du syndrome douloureux chronique avec un impact important en termes de qualité de vie. L'évaluation de la douleur dans toutes ses dimensions et conséquences est donc une phase importante de la démarche thérapeutique. Les recours antalgiques pharmacologiques conventionnels sont utilisés sans qu'il n'existe de travaux démontrant leur efficacité dans le traitement des douleurs liées à l'endométriose. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, efficaces en cas de dysménorrhée, n'ont pas été évalués cette dernière décennie dans l'endométriose douloureuse. Une origine neuropathique avérée de la douleur peut conduire après évaluation rigoureuse à la mise en place d'un traitement par antiépileptiques ou antidépresseurs. La gabapentine et l'amitriptyline ont un intérêt dans le traitement de douleurs pelviennes chroniques mais n'ont pas été évaluées spécifiquement dans l'endométriose douloureuse. D'autres agents pharmacologiquement actifs ont été testés pour leurs effets antalgiques dans l'endométriose sans que leur efficacité puisse être démontrée avec un niveau de preuve suffisant. Régimes, compléments alimentaires, phytothérapie sont souvent proposés et utilisés comme compléments ou alternatives thérapeutiques sans conclusion possible quant à leur intérêt dans le traitement des douleurs liées à l'endométriose. Les traitements complémentaires physiques, acupuncture, neurostimulation transcutanée, ostéopathie, manipulation vertébrales, exercices physiques ont pour des raisons méthodologiques une efficacité difficile à évaluer mais la relation thérapeutique favorisée par sa durée peut renforcer le bénéfice perçu par les patientes. Une amélioration des douleurs d'endométriose par les thérapies cognitivo-comportementales est difficilement objectivable.

En conclusion. – La complexité de la prise en charge de la douleur de l'endométriose nécessite une approche holistique par une attention soutenue portée au patient. Les thérapeutiques complémentaires ou non, pharmacologiques ou non associent toujours un acte technique à un acte humain qui valorise les traitements. L'approche pluridisciplinaire voire interdisciplinaire devient donc indispensable dans les soins à apporter aux patientes souffrant d'endométriose.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Adresse e-mail : jean-michel.wattier@chru-lille.fr

<https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.02.002>
2468-7189/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Wattier J.-M. Antalgiques et alternatives thérapeutiques non médicamenteuses pluridisciplinaires, RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie (2018), <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.02.002>

A B S T R A C T

Keywords:

Chronic pain
Endometriosis
Pelvic pain
Pain treatment
Complementary treatment.

A major symptom of endometriosis is pelvic pain with a wide range of intensity, rhythm, type, and expression, without clearly established relationship between pain and the disease. Endometriosis-associated pain has physical, psychological/behavioral and social consequences with a significant impact on patient quality-of-life in relation with the biopsychosocial model of chronic pain. Pain assessment in all of its dimensions, as well as assessing the consequences of pain is therefore a crucial part of therapeutic management. Conventional analgesics are commonly used although studies demonstrating their efficacy in the treatment of endometriosis-related pelvic pain are lacking. Non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs), known to be effective in dysmenorrhea unrelated to endometriosis, have not been recently re-assessed in patients with endometriosis. Following rigorous assessment, the characterization of neuropathic components of endometriosis-related pelvic pain may lead to treatment with antiepileptic or antidepressant drugs, although gabapentin and amitriptyline have yet to be specifically assessed in the setting of endometriosis-related pain. Other pharmacologically active compounds have been tested to treat endometriosis-related pain but did not demonstrate efficacy with sufficient level of evidence. Diets, dietary supplements and herbal medicine are often proposed and/or used as adjuncts without any conclusive evidence. Although the effects on endometriosis-related pain are methodologically difficult to assess, physical adjunctive therapies such as acupuncture, transcutaneous neurostimulation, osteopathy/chiropractics, physical therapy and physical activity, the long-term therapeutic relationship they establish may potentiate beneficial effects perceived by patients. However, it remains difficult to demonstrate significant effects of cognitive and/or behavioral interventions on endometriosis-related pain.

Conclusion. – The complexity of managing endometriosis-related pain requires a holistic approach with sustained attention to the patient. Treatments, either pharmacologic or non-pharmacologic, including adjuvant therapies, associate a technical expertise to which a human approach must be added in order to bring value to these treatments. Multidisciplinary and/or inter disciplinary approaches are therefore essential to the care of patients suffering from endometriosis.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Méthode

La recherche a été limitée aux publications en langue française et anglaise, a porté sur la période du 01/01/2006 au 31/12/2017. Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

2. Introduction

2.1. Définitions

Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP) la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable réelle ou potentielle ou exprimée en termes de tel dommage [1]. Cette définition introduit et admet implicitement la dimension cognitivo comportementale impliquée dans la genèse et le maintien des phénomènes douloureux quelle qu'en soit l'origine [2]. La douleur reste un phénomène somato-psychique, ces deux dimensions étant indéfectibles, et répond à un modèle bio-psycho-social [3].

Par la récurrence des algies pelviennes épisodiques (dysménorrhées, dyspareunies, dyschésies) et la possible permanence de douleurs en période inter menstruelle, la symptomatologie douloureuse évoluant chez des patientes porteuses d'endométriose entre dans le cadre des syndromes douloureux chroniques. [2,4] ce qui impose des prises en charge adaptées aux douleurs aiguës et au syndrome douloureux chronique. [5]. L'existence et l'intensité d'une douleur aiguë spontanée ou postopératoire sont prédictives d'une chronicisation de la douleur [6,7] NP4.

2.2. Physiopathologie

L'étude des mécanismes physiopathologiques à l'origine des douleurs de l'endométriose permet d'évoquer, sur des bases

robustes, qu'il existe une dimension neuropathique (par lésions nerveuses) [8,9] associée à la dimension inflammatoire et à l'excès de nociception pour comprendre la genèse des algies pelviennes de l'endométriose [10]. Les mécanismes de sensibilisation et de chronicisation pourraient expliquer la permanence ou la récurrence des douleurs. L'endométriose est à l'origine d'une sensibilisation centrale inductrice d'une hyperalgésie à distance des lésions d'endométriose [11]. Un déséquilibre entre système d'inhibition et système facilitateur de la nociception est constaté dans les douleurs viscérales avec des conséquences négatives durables sur l'état physiologique général [12,13].

La récurrence des douleurs liées à une endométriose impose de considérer ces douleurs comme un syndrome douloureux chronique répondant à un modèle bio-psycho-social sous-tendu par des mécanismes physiopathologiques inflammatoires, neuropathiques amenant à une sensibilisation neuronale.

2.3. Fréquence

Il existe chez les patientes porteuses d'endométriose des algies pelviennes d'intensité, rythme, fréquence et expression très variées sans que la relation entre douleur pelvienne et endométriose ne soit clairement établie [14,15]. Schliep et al. ont pu constater l'existence d'algies pelviennes chroniques chez 44,2 % des femmes porteuses d'une endométriose référencée par visualisation coelioscopique sans analyse histologique des lésions [16]. Parallèlement, des douleurs pelviennes chroniques étaient évoquées par 30,2 % des femmes sans lésion pelvienne découverte par laparoscopie. L'association endométriose et douleur pelviennes n'est pas systématique, si Howard estime que 33 % des femmes porteuses d'endométriose présentent des douleurs pelviennes chroniques [17,18], Guo rappelle que l'hétérogénéité des données impose la plus grande prudence quant au calcul de prévalence des douleurs dans l'endométriose [19]. Il n'y a pas de parallélisme anatomoclinique entre intensité des douleurs

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926255>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926255>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)