

LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

PAR ÉMILIE HUDON, GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIENNE, MONTREAL,
ET PHILIPPE DESCAMPS, CHEF DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE, CHU D'ANGERS

À l'époque, il n'existait pas de traitement médicamenteux, et seule la chirurgie était employée pour traiter les zones d'endométriose. Entre 1952 et 1962, Marilyn Monroe subit sept interventions destinées à la soulager.

DR WINKLER, *Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les règles sans jamais avoir osé le demander, 2008.*

Il y a plusieurs théories pour expliquer les douleurs causées par l'endométriose. Il faut se rappeler que cette maladie est liée à la migration de fragments de muqueuse utérine qui vont se greffer en dehors de l'utérus. Ils peuvent se coller sur la vessie, le rectum, le fond du vagin ou le péritoine qui est une sorte de voile tapissant tous les organes à l'intérieur du ventre.

Tel de petits aliens, ces implants vont vivre à leur propre compte et assez logiquement ils vont saigner tous les mois dans le ventre, irritant ainsi le péritoine, ce qui va engendrer des douleurs cycliques.

À la longue ces saignements entraînent des accollements entre les organes, des nodules et des adhérences qui sont aussi responsables de douleurs chroniques.

Les sites où se greffent ces implants connaissent des modifications biologiques avec une production augmentée de médiateurs de l'inflammation et de la douleur. Il peut également y avoir une atteinte de la fonction nerveuse amenant à une modification de l'information douloureuse transmise au cerveau.

Tout comme l'utérus et l'endomètre, l'activité de ces implants ectopiques est sous le contrôle des hormones sécrétées par les ovaires. Enfin certaines lésions vont avoir un effet mécanique : torsion d'un gros kyste de l'ovaire endométriosique, infiltration de racines nerveuses, etc.

Les traitements, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux, ont donc pour objectif de neutraliser ces mécanismes. Le choix du traitement dépendra de la sévérité des douleurs, de l'âge de la femme, de son désir de grossesse et bien sûr de la localisation et de l'étendue des lésions.

Le choix du traitement dépendra de la sévérité des douleurs, de l'âge de la femme, de son désir de grossesse et bien sûr de la localisation et de l'étendue des lésions.

TRAITEMENT MÉDICAL

Lorsqu'une jeune fille ou une femme présente des douleurs liées à l'endométriose, différents traitements médicaux peuvent lui être proposés. On retrouve principalement les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les contraceptifs hormonaux et les agonistes de la GnRH (médicaments mimant la ménopause).

■ **Les AINS** seront utilisés en première ligne pour soulager la douleur. Il s'agit de comprimés pris oralement qui auront pour effet de réduire l'inflammation pouvant être responsable de la douleur.

En règle générale, ce type de médicament est prescrit en première intention mais sera très souvent et rapidement associé à un traitement hormonal comme une contraception œstro-progestative, des progestatifs ou un dispositif intra-utérin hormonal (stérilet Mirena ou Jaydess).

■ **La contraception œstro-progestative** est prescrite initialement de façon classique (avec 7 jours d'arrêts pendant lesquels les règles arrivent), mais elle sera plus efficace en prise continue pour soulager la douleur.

Le but est de supprimer les règles, donc la production de muqueuse, qui de ce fait ne va plus migrer hors de l'utérus. Ce traitement se prend par comprimé (la pilule), par patch ou par anneau vaginal. Le principe est de réduire la sécrétion ovarienne permettant ainsi de limiter l'évolution des lésions d'endométriose.

Il faut rappeler que contrairement à d'anciennes croyances, il n'y a aucun inconvénient à ne plus avoir de règles. Le sang des règles ne s'accumule pas dans une cachette secrète (!), car si le taux d'hormones reste constant (ce qui est le cas quand on prend la pilule en continu), il n'y a pas de déclenchement des règles et la muqueuse reste en place. Enfin, il faut rappeler que le fait de ne pas avoir de règles durant plusieurs années n'impacte pas la fertilité ultérieure et n'empêchera aucunement la patiente d'être enceinte par la suite.

Le traitement hormonal par progestatifs seuls est une autre option possible. Il sera préféré chez les femmes qui ne peuvent pas prendre d'œstrogènes. La prise de progestatifs empêche la croissance du tissu endométrial se trouvant à l'extérieur de l'utérus. Dans cette catégorie de traitement, il y a plusieurs types de progestatifs se prenant par voie orale ou par voie vaginale, mais aussi des stériletts hormonaux qui diffusent cette molécule. Ces dispositifs sont reconnus pour être très efficaces pour le traitement des douleurs liées à l'endométriose. On débute en général le traitement par un micro-progestatif (la pilule que l'on donne aux femmes qui allaitent), qui supprime les règles

à condition de le prendre tous les jours sans interruption et à la même heure.

■ **Le troisième type de traitement médical** est prescrit quand les traitements hormonaux précédemment décrits ont été tentés et qu'ils n'ont pas été suffisamment efficaces. Il s'agit des « agonistes de la GnRH », médicaments administrés en injection intramusculaire qui placent la patiente en état de ménopause temporaire et réversible, en agissant sur certains récepteurs du cerveau. Ils entraînent la suppression de la fonction ovarienne et de ce fait vont « éteindre » les lésions d'endométriose.

Ils provoquent cependant des effets secondaires, courants lors de ménopause, tels que bouffées de chaleur, baisse de la libido et sécheresse vaginale. Heureusement ces manifestations peuvent être neutralisées par une prise d'hormones à faible dose, par le biais d'une pilule classique ou d'une pommade contenant des œstrogènes. On appelle cela l'« Addback thérapie », qui doit être systématiquement prescrite dès lors que l'on débute un traitement par analogues. En quelque sorte on freine d'un côté pour accélérer de l'autre. Ce traitement est excellent et très efficace quand il est bien conduit. Il n'est donc pas nécessaire ni acceptable de passer les mois d'été avec des bouffées de chaleur quand on a 28 ans...

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Toutes les femmes ayant de l'endométriose ne seront pas opérées. Cette approche sera privilégiée pour celles chez qui la douleur n'a pas pu être soulagée par les médicaments. L'avantage de la chirurgie est de retirer les lésions et de les analyser afin de confirmer qu'il s'agit bien d'une endométriose.

Chez certaines femmes, les implants endométriosiques touchent les intestins et/ou le système urinaire (vessie, uretère), et le meilleur traitement sera la résection chirurgicale pour soulager les douleurs qui peuvent être très intenses.

Lorsque l'on propose un traitement chirurgical à une patiente, deux approches sont possibles, conservatrice ou radicale (définitive).

■ **Une chirurgie conservatrice** aura pour but de réduire les adhérences causées par l'endométriose, de retirer les endométriomètes (kyste ovarien d'endométriose contenant du vieux sang), et de procéder à l'excision des nodules (lésions d'endométriose implantées profondément dans les tissus et souvent très douloureux). Les candidates à cette chirurgie sont les femmes présentant des douleurs importantes et celles qui souhaitent une grossesse.

■ **La chirurgie radicale** permet de retirer l'utérus (supprimant ainsi la production de cette muqueuse qui de ce fait ne migrera plus dans le ventre) et intervient toujours en bout de chaîne et chez des patientes n'ayant plus de désir de grossesse ou ayant renoncé à celle-ci.

Comme on peut le comprendre, il n'y a pas de « traitement parfait », mais un traitement personnalisé délivré à une patiente donnée à un moment précis de sa vie.

Le traitement chirurgical est le plus souvent très efficace pour soulager la douleur, mais comporte bien sûr plus de risques que le traitement médical. Comme toute chirurgie, il peut y avoir des saignements ou des blessures des organes de voisinage. Il s'agit d'une chirurgie difficile qui doit être réservée à des chirurgiens gynécologues en ayant une grande pratique.

Par ailleurs, malgré une chirurgie bien conduite, certaines patientes auront besoin de plusieurs opérations car les lésions d'endométriose et les douleurs peuvent revenir. Ces réinterventions sont bien sûr plus fréquentes chez les femmes ayant bénéficié d'une approche conservatrice que celles ayant eu une chirurgie radicale. Néanmoins, et contrairement à ce que pensent beaucoup de femmes, le fait d'avoir une hystérectomie n'est pas le garant d'une disparition totale des douleurs. En effet, il peut persister de minuscules foyers d'endométriose, notamment sur le péritoine, qui n'auront pas été vus le jour de la chirurgie et qui seront réactivés dans la mesure où les ovaires sont conservés. On peut ainsi être amené à redonner un blocage ovulatoire avec une pilule après une hystérectomie.

Comme on peut le comprendre, il n'y a pas de « traitement parfait », mais un traitement personnalisé délivré à une patiente donnée à un moment précis de sa vie.

Ainsi, on ne soigne pas de la même façon une jeune fille de 16 ans qui n'a jamais eu de rapports, une femme de 30 ans qui a un projet de grossesse, ou une femme de 43 ans qui a eu deux enfants.

L'endométriose est une maladie chronique, c'est-à-dire qu'elle nécessite un suivi et un traitement au long cours. Même si une chirurgie a été pratiquée, il est préférable de poursuivre un traitement médical afin de prolonger la période sans douleurs, mais également de freiner la réapparition des lésions.

Dès lors que le diagnostic d'endométriose a été posé, il faudra toujours bloquer l'ovulation et supprimer les règles, sauf bien sûr quand il y a un projet de grossesse. •