

Intérêt de la prise en charge kinésithérapique des douleurs pelviennes chez la femme atteinte d'endométriose.

Auteur : LACROIX Juliette
Directeur de mémoire : BEAUVAIR Camille
Formation suivie : Aix-Marseille Université
/ École des sciences de la réadaptation
formation en masso-kinésithérapie

1473 mots

Je déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt et n'avoir bénéficié d'aucun financement concernant la rédaction de cette revue de littérature

Introduction :

L'endométriose est une pathologie gynécologique très fréquente qui touche une femme sur dix [1]. C'est une maladie chronique hormono-dépendante caractérisée par la présence anormale de tissu endométrial hors de la cavité utérine. Il existe 3 types d'endométriose selon la localisation des lésions : endométriose superficielle, endométriose ovarienne et endométriose profonde.

L'étiologie exacte de l'endométriose reste inconnue. Plusieurs hypothèses existent : la théorie du reflux menstruel est la plus communément acceptée actuellement [4]. Il existe aussi la théorie métaplasique, elle repose sur des données embryologiques : le tissu coelomique pourrait se transformer en tissu endométrial. Enfin, la théorie de l'induction découle de la théorie précédente, elle impliquerait des facteurs immunologiques, endogènes et biochimique dans cette transformation métaplasique [5].

Les symptômes de l'endométriose sont peu spécifiques et très variés selon les femmes. Cependant, une dysménorrhée, une dyspareunie profonde et/ou superficielle et des douleurs pelviennes chroniques sont fréquemment associées [2]. La douleur provoquée par l'endométriose est complexe et fait intervenir plusieurs mécanismes : inflammatoire, nociceptif, neuropathique, neuro-vasculaire, hormonal. La principale activation du système nerveux central est d'origine mécanique, lorsque les lésions endométriosiques infiltrant les nerfs avoisinants.

Un phénomène d'hypersensibilisation centrale peut être provoqué par une inflammation neurogène, elle-même déclenchée suite à un bombardement nociceptif chronique sur le système nerveux central [3]. Il est essentiel de le considérer pour comprendre la douleur chronique. La durée moyenne pour établir le diagnostic de l'endométriose est de 4 à 10 ans.

La prise en charge de l'endométriose est pluridisciplinaire. Médicamenteuse pour la gestion de la douleur, chirurgicale lorsque l'endométriose est profonde avec beaucoup d'adhérences. Un accompagnement psychologique est également proposé, point essentiel car cette pathologie a un impact important sur la vie sociale, la vie de couple ainsi que les relations sexuelles des patientes.

Une prise en charge complémentaire pour améliorer la gestion de la douleur est possible. La kinésithérapie offre de nombreuses techniques qui peuvent être utilisées dans la prise en charge de l'endométriose :

Le relâchement myofascial est très répandu. Il s'agit de travailler sur les triggers points des muscles concernés : les muscles élévateurs de l'anus, les muscles piriformes et les obturateurs internes principalement. Cela permet de relâcher les tensions et diminuer la sensation de douleur [6].

L'activité physique est également utilisée, et plus précisément le yoga. Cette discipline vise la détente du corps et de l'esprit en travaillant sur la respiration. Elle permet l'assouplissement musculaire par la régulation des tensions et favorise la tonification des muscles profonds. Le yoga et la kinésithérapie ont des objectifs communs qui consistent à maintenir ou rétablir la santé par le mouvement [7].

La relaxation progressive musculaire fait partie des techniques existantes pour la gestion des douleurs notamment chroniques. Elle consiste à demander au patient de contracter des groupes musculaires puis de les relâcher afin de diminuer les tensions physiques et mentales. Les gros groupes musculaires sont ciblés en premier car ce sont les plus faciles à sentir, puis elle se dirige progressivement vers les plus petits groupes musculaires [8].

L'électrothérapie et plus précisément la neurostimulation électrique transcutanée est connue pour être utilisée dans les cas de douleurs aiguës ou chroniques dans diverses pathologies. Dans notre cas, elle est appliquée au niveau du bas de l'abdomen et de la région sacrée. Les électrodes sont placées en projection de la douleur maximale ou sur des points d'acupuncture. En fonction de la position des électrodes sur le corps, les réglages de l'intensité et de la fréquence seront différents [9].

Le massage, intra- ou extra-vaginal permet la mobilisation de l'ensemble des tissus, la libération des adhérences, le relâchement musculaire, ainsi qu'une réappropriation corporelle de la zone douloureuse pour viser un état de tension somatique et psychique moindre [10].

Ces différentes techniques entrent dans la prise en charge globale et peuvent être ajustées aux profils des patientes selon leur gestion de la douleur ainsi que leur niveau de qualité de vie.

Méthode :

Cette revue de littérature cherche à identifier l'efficacité de la prise en charge kinésithérapique sur les douleurs pelviennes provoquées par l'endométriose. Des études contrôlées randomisées ont été sélectionnées.

La problématique a été établie selon le modèle PICO (population, intervention, comparateur, outcome). La population incluse concerne les femmes en âge de procréer, atteintes d'endométriose ayant des douleurs pelviennes, des dysménorrhées et/ou des dyspareunies. L'intervention concerne

toute prise en charge kinésithérapique (massage, thérapie des fascias, yoga, relaxation, TENS...). Le groupe contrôle ne doit pas effectuer de traitement kinésithérapique (aucun traitement ou un autre traitement en comparatif). Le critère de jugement principal est la douleur et le critère de jugement secondaire est la qualité de vie.

Les critères d'exclusion sont l'absence de diagnostic d'endométriose et que l'étude ne soit pas un essai contrôlé randomisé. L'équation de recherche a été construite grâce aux MeSH terms :

(Endométriose ET douleur) **ET** (kinésithérapie OU yoga OU exercice physique OU TENS OU électrothérapie OU massage OU thérapie des fascias OU relaxation OU trigger point OU thérapie manuelle) **SAUF** revue de littérature

Cinq bases de données ont été investiguées (PubMed, PEDro, Conchrane library, Kinedoc et LiSSa). Des auteurs ont été contactés afin d'avoir le plus de résultats possibles. Au total, 5 essais contrôlés randomisés sont inclus.

Résultats :

Sur les 5 études incluses, 4 ont des interventions différentes. La première étude de Gonçalves et al. évalue l'efficacité du yoga sur les douleurs que provoque l'endométriose [11]. Deux études de Mira et al. ont été incluses. Ces deux études évaluent l'efficacité du TENS sur la douleur et la qualité de vie [12], [13]. La quatrième étude de Zhao et al. évalue l'efficacité de la relaxation progressive musculaire sur l'anxiété et la douleur. Enfin, la dernière étude de Del Forno et al. évalue l'efficacité de la thérapie manuelle (massage, thérapie des fascias) sur le relâchement des muscles élévateurs de l'anus et sur la douleur [14].

La qualité méthodologique des études a été estimée avec l'échelle PEDro. Elle permet d'évaluer la validité interne et externe de chaque essai. Une moyenne de 6/10 sur le score PEDro a été calculée. Le principal biais est un biais de performance, dû au fait que la mise en aveugle n'a pas été respectée concernant les sujets, les thérapeutes et les examinateurs.

Concernant le critère de jugement principal, la douleur, deux études ont eu des résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) et cliniquement pertinents (taille de l'effet supérieure au MCID : minimal clinically important difference et en cohérence avec l'intervalle de confiance). Il s'agit des études de Mira (2020) (IC95% [11,86 ; 29,10]) et de Zhao (IC95% [-3,60 ; -1,42]) qui évaluent respectivement la TENS et la relaxation progressive musculaire. A propos du critère de

jugement secondaire, seulement 4 études l'évaluent (Del Forno et al. ne l'évalue pas). Aucun des résultats n'est statistiquement significatif et cliniquement pertinent.

Discussion :

Les populations sont similaires dans toutes les études. Les échantillons sont faibles (allant de 22 femmes à 101 femmes sélectionnées) ce qui est peu représentatif de la population générale. Les interventions sont très hétérogènes. Seulement deux études sur 5 ont une intervention commune qui est la TENS. Elles évaluent toutes la douleur, et quatre des études évaluent la qualité de vie.

Concernant le critère de jugement principal, sur ces 5 études, seulement deux ont des résultats statistiquement significatifs et cliniquement pertinents sur la diminution des douleurs. Toutes avaient des résultats statistiquement significatifs mais il était impossible de conclure de la pertinence clinique pour les 3 autres études, qui sont soit en dessous du MCID, soit ont un intervalle de confiance trop large ce qui laisse un doute sur la réelle efficacité du traitement. Il était difficile de comparer ces résultats du fait de l'hétérogénéité de ces études.

Concernant le critère de jugement secondaire, sur 4 des études, seulement 2 ont des résultats statistiquement significatifs et pour ces deux études il est difficile de conclure sur les bienfaits des traitements sur la qualité de vie des femmes atteintes d'endométriose.

La prise en charge kinésithérapique présente l'avantage d'être applicable en pratique clinique : peu coûteuse, peu d'effets secondaires (allergie au gel), peu contraignante et avec une balance bénéfices/risques favorable (pas de risque démontré avec quelques résultats concluants).

L'absence d'un protocole précis de kinésithérapie pour la prise en charge des douleurs pelviennes provoque beaucoup d'hétérogénéité dans les pratiques professionnelles et dans la fiabilité des résultats cliniques.

Le niveau de preuve de ces études étant intermédiaire, cette revue de littérature a une recommandation de grade B selon le grade de recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS). Des biais sont présents dans cette revue de littérature qui obtient un score de 7/11 sur la grille de lecture AMSTAR.

Conclusion :

L'HAS ne recommande pas la kinésithérapie comme prise en charge complémentaire de l'endométriose [15]. Cette revue de littérature montre un rapport bénéfices/risques favorable dans

la prise en charge kinésithérapique de la douleur provoquée par l'endométriose. Des études complémentaires seraient à mener pour confirmer l'efficacité clinique d'un protocole de kinésithérapie reproductible.

Bibliographie

- [1] “Endométriose | Inserm - La science pour la santé.” <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/endometriose> (accessed Oct. 04, 2020).
- [2] N. Bourdel, A. Comptour, P. Chauvet, and M. Canis, “Douleurs et endométriose Pain and endometriosis MOTS CLÉS,” *Douleurs Évaluation-Diagnostic-Traitement*, vol. 21, pp. 3–10, 2020, doi: 10.1016/j.douler.2019.11.001.
- [3] A. Watier, J. J. Labat, R. Robert, T. Riant, and M. Guérineau, “Physiopathologie des douleurs pelvi-périnéales,” *Douleur Analg.*, vol. 20, no. 3, pp. 117–127, 2007, doi: 10.1007/s11724-007-0048-1.
- [4] J. A. Sampson, “Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity,” *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 14, no. 4, pp. 422–469, 1927, doi: 10.1016/s0002-9378(15)30003-x.
- [5] L. Velemir *et al.*, “Physiopathologie de l’endométriose,” *EMC - Gynécologie*, vol. 3, no. 3, pp. 1–16, 2008, doi: 10.1016/s0246-1064(08)44636-4.
- [6] E. A. Pastore and W. B. Katzman, “Recognizing Myofascial Pelvic Pain in the Female Patient with Chronic Pelvic Pain,” *JOGNN - J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, vol. 41, no. 5, pp. 680–691, 2012, doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01404.x.
- [7] E. Rivest-Gadbois and M. H. Boudrias, “What are the known effects of yoga on the brain in relation to motor performances, body awareness and pain? A narrative review,” *Complement. Ther. Med.*, vol. 44, no. August 2018, pp. 129–142, 2019, doi: 10.1016/j.ctim.2019.03.021.
- [8] A. Conrad and W. T. Roth, “Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?,” *J. Anxiety Disord.*, vol. 21, no. 3, pp. 243–264, 2007, doi: 10.1016/j.janxdis.2006.08.001.
- [9] J. Tam, C. Loeb, D. Grajower, J. Kim, and S. Weissbart, “Neuromodulation for Chronic Pelvic Pain,” *Curr. Urol. Rep.*, vol. 19, no. 5, pp. 1–9, 2018, doi: 10.1007/s11934-018-0783-2.
- [10] M. Sillem, I. Juhasz-Böss, I. Klausmeier, S. Mechsner, F. Siedentopf, and E. Solomayer, “Osteopathy for Endometriosis and Chronic Pelvic Pain - A Pilot Study,” *Geburtshilfe Frauenheilkd.*, vol. 76, no. 9, pp. 960–963, 2016, doi: 10.1055/s-0042-111010.
- [11] A. V. Gonçalves, N. F. Barros, and L. Bahamondes, “The Practice of Hatha Yoga for the Treatment of Pain Associated with Endometriosis,” *J. Altern. Complement. Med.*, vol. 23, no. 1, pp. 45–52, Jan. 2017, doi: 10.1089/acm.2015.0343.
- [12] T. A. A. Mira, P. C. Giraldo, D. A. Yela, and C. L. Benetti-Pinto, “Effectiveness of complementary pain treatment for women with deep endometriosis through Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS): Randomized controlled trial,” *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 194, pp. 1–6, 2015, doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.07.009.
- [13] T. A. A. Mira, D. A. Yela, S. Podgaec, E. C. Baracat, and C. L. Benetti-Pinto, “Hormonal treatment isolated versus hormonal treatment associated with electrotherapy for pelvic pain control in deep endometriosis: Randomized clinical trial,” *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 255, pp. 134–141, 2020, doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.10.018.
- [14] S. Del Forno A. Arena V. Pellizzone J. Lenzi D. Raimondo L. Cocchi R. Paradisi A. Youssef P. Casadio R. Seracchioli, “Assessment of pelvic floor muscles with 3D/4D transperineal ultrasound in women with deep infiltrating endometriosis and superficial dyspareunia treated with pelvic floor muscle physiotherapy: a randomized controlled trial,” 2021, doi: 10.1002/uog.23590.
- [15] COLLÈGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANCAIS, “PRISE EN CHARGE DE L’ENDOMÉTRIOSE. Recommandations pour la pratique clinique.” 2006, [Online]. Available: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_endometriose.pdf.