

## **LES SYNDROMES DE L'OVAIRE**

---

*Les dyspareunies*

*L'endométriose*

*L'algoménorrhée*

*Le syndrome prémenstruel*

## A. Introduction

La dyspareunie est définie comme une douleur génitale survenant lors des rapports sexuels, consécutive à l'intromission du pénis dans le vagin

C'est un symptôme fréquent qui touche 25% des femmes en période d'activité génitale.

## B. Définition

Généralement, on distingue deux types de dyspareunie :

- La *dyspareunie superficielle*, est celle qui se déclenche au début de la pénétration.
- La *dyspareunie profonde*, qui survient en fin de pénétration.

Il est important de noter que le vaginisme, ou contracture réflexe des muscles du périnée antérieur, ne rentre pas dans ce cadre, car dans ce cas précis, la pénétration est impossible par cette contracture invincible. De même, les douleurs du coït par manque de lubrification ne sont pas à classer dans les dyspareunies.

Avant tout traitement, il faudra éliminer les causes médicales, type anomalies congénitales de la vulve, du vagin, de l'utérus et des ovaires.

Les pathologies infectieuses et celles liées à des kystes par exemple ou encore les douleurs liées à un état psychogène ne nous concerneront pas.

## C. Interrogatoire

En procubitus, une douleur en début de pénétration peut orienter vers un problème urétral, cervico-trigonal ou un prolapsus débutant.

En procubitus en fin d'intromission, la douleur oriente vers une cervicite (inflammation du col), hyperantéversion avec col fixé et rétraction des ligaments utéro-sacrés

En décubitus, une douleur en début de pénétration révèle un prolapsus et en fin d'intromission une rétroversion avec adhérences.

En décubitus latéral une douleur signe une latérodéviations.

## **D. Les traitements**

### **1. Les dyspareunies superficielles**

Elles sont la conséquence d'une séquelle d'accouchement ou d'épisiotomie ou font suite à un prolapsus, une dysfonction du périnée ou une hypertonie du plancher pelvien.

Il faudra traiter l'articulaire (sacrum, pubis, coccyx), puis les viscères sus jacent et les sorties nerveuses.

### **2. Les dyspareunies moyennes**

Elles se situent au niveau de la partie basse et postérieure de la vessie, et déclenchées en procubitus, pénis au contact des attaches vésico-vaginales.

Elles sont consécutives au post-partum et l'on perçoit une colpocèle qui provoque l'envie d'uriner à la palpation.

Il faut redonner de la mobilité à la région cervico-trigonale.

### **3. Les dyspareunies profondes**

Elles sont dues à une rétroversion importante et à une atteinte ligamentaire. Ce sont des douleurs violentes, transfixiantes pendant le coït et rémanentes plusieurs heures après le rapport.

Ces douleurs sont occasionnées par la percussion du pénis sur le col. Elles sont secondaires à une intervention chirurgicale abdomino-pelvienne, l'utérus se collant à la face du ligament large.

Elles sont aussi liées à des distensions utérines suite grossesses ou à des accouchements trop lents ou trop rapides.

Les manœuvres obstétricales forceps, ventouses déchirant le périnée entrainerons une rupture du ligament large.

Il peut y avoir aussi une endométriose péritonéale sur le cul de sac recto-utérin.

## **A. Définition de l'endomètre**

L'endomètre est la muqueuse qui tapisse la cavité utérine et qui réagit aux hormones au cours du cycle menstruel. En première partie de cycle, les œstrogènes, sécrétés par le follicule ovarien, font croître l'endomètre et après l'ovulation la progestérone, sécrétée par le corps jaune, le rend capable à accepter l'implantation de l'œuf fécondé au stade de blastocyte du développement embryonnaire.

Si la fécondation de l'œuf ou l'implantation de la grossesse n'ont pas eu lieu, elle survient une chute brutale de la sécrétion des estrogènes et de la progestérone par l'ovaire (en particulier par le corps jaune). Cette chute hormonale entraîne une nécrose de l'endomètre et son expulsion de la cavité utérine vers l'extérieur de l'appareil génital féminin ; cela survient, vers le 14ème jour après l'ovulation, la menstruation sous forme saignements connus sous le nom des règles (les menstrues).

## **B. Pourquoi l'endométriose**

Au moment des règles, l'endomètre peut refluer par les trompes utérines vers la cavité abdominale. Habituellement les cellules de l'endomètre migrant vers la cavité abdominale sont détruites et éliminées par le péritoine (membrane qui enveloppe tous les organes situés dans l'abdomen, sauf les ovaires), mais chez certaines femmes, ces cellules peuvent s'accrocher, s'implanter à ce péritoine ou à d'autres organes, puis proliférer en surface et en profondeur afin de former des foyers composés de tissu identique l'endomètre, mais localisés à distance de la cavité utérine. Ce sont les foyers d'endométriose.

## **C. Le processus**

Ces foyers endométriaux migrants possèdent les mêmes caractéristiques que l'endomètre tapissant la cavité utérine, donc ils se comportent comme ce dernier sous l'influence des hormones ovariennes (estrogènes et progestérone) : au moment des règles, des saignements surviennent au niveau de ces foyers, mais ces menstrues ectopiques (règles qui ne sont pas à leur place) ne peuvent pas être éliminées hors du corps. Restant sur place, elles entraînent la formation de l'ensemble des lésions spécifiques de l'endométriose : des implants péritonéaux, des réactions inflammatoires au niveau des organes atteints, des phénomènes adhérents, des nodules endométriosiques, des formations kystiques (endométrionomes) et des infiltrations des organes abdomino-pelviens (endométriose profonde).

## **D. Conclusion**

L'endométriose est une maladie caractérisée par la présence, en dehors de la cavité utérine, des foyers composés de tissu possédant les mêmes caractéristiques de l'endomètre qui tapisse cette cavité. Ces foyers, en se comportant comme l'endomètre sous l'influence des hormones ovariennes, ils entraînent l'ensemble des lésions et des signes spécifiques à cette maladie.

L'endométriose est fréquente, mais ce n'est une pathologie tumorale. Souvent découverte par hasard, et elle n'est que rarement responsable de manifestations cliniques.

L'endométriose n'est pas une maladie par elle-même, mais devient une gêne par certaines de ses manifestations.

## E. À quoi ça ressemble

L'endométriose se présente sous la forme d'implants péritonéaux avec de multiples petites lésions ou granulations millimétriques :

- Bleutées ou de couleur noire (contient du vieux sang) ;
- Rouges actives et hémorragiques, au niveau du plan sous péritonéal ou à la surface du péritoine. Ce type de lésions se voit surtout, au cours des règles et durant les épisodes de métrorragie.
- Blanches fibreuses, cicatricielles, et entourées par un péritoine rétracté, serré, induré et fibreux.

## F. Le lieu d'implantation privilégié

Les implants endométriosiques péritonéaux se développent souvent sur le péritoine du petit pelvis : sur le feuillet postérieur du ligament large, sur le trajet du ligament utéro-sacré, sur la surface des ovaires, sur les cornes de l'utérus et la portion proximale des trompes, sur le péritoine du cul-de-sac antérieur, sur certaines lésions utérines (fibrome sous séreux...) et puis sur les organes digestifs avoisinant le petit pelvis (sigmoïde, rectum, appendice...).

Ces implants sont des points d'appel à la formation des adhérences, souvent très fibreuses, sous forme de membranes ou des accolements réunissant les organes entre eux.

Des kystes ovariens (endométriomes) de taille variable et contenant un liquide ressemblant au chocolat fondu (en raison de l'accumulation du sang dans la cavité de ce kyste) ou parfois l'endométriome peut être multiple, sur un ovaire ou sur les deux ovaires à la fois.

## G. Conséquences

L'association endométriose / stérilité est habituellement évoquée sans cependant pouvoir déterminer laquelle est la conséquence de l'autre. Chez les femmes infertiles, on retrouve la présence d'endométriose dans 30% des cas.

Beaucoup de patientes infertiles n'ont aucun signe clinique d'endométriose ; c'est la pratique d'une coéloscopie qui fait découvrir la maladie endométriosiques.

Les autres manifestations cliniques de l'endométriose sont soit l'existence de règles prolongées (ménorragies), soit l'existence d'hématurie (la présence du sang dans les urines provoquées par la localisation de l'endométriose dans la vessie) ou de rectorragies (qui se manifeste par la perte du sang par voie anale en provenant de la localisation de l'endométriose dans le tube digestif).

## H. Les douleurs

Elles peuvent prendre 5 aspects :

- 1) La dysménorrhée est une douleur survenant pendant et en fin de règles où elle s'aggrave progressivement, mais elle n'est pas spécifique de l'endométriose.
- 2) La dyspareunie est une douleur survenant lors des rapports sexuels, habituellement située au fond du vagin et en arrière, et majorée juste avant les règles.
- 3) Les douleurs chroniques atteignent aussi bien le petit bassin que la cavité abdominale ou la région lombaire. Ces douleurs sont augmentées autour de l'ovulation et au cours des règles.
- 4) La défécation douloureuse. En période de règles, le simple fait d'aller à la selle majore les douleurs.
- 5) La dysurie. En période de règles, il devient douloureux d'aller uriner.

Le mécanisme expliquant les douleurs est en rapport avec l'existence de l'endométriose péritonéale, qui se met à saigner durant la période des règles et qui se développe en profondeur.

## **I. Le traitement et protocole de traitement**

Il a pour but de réduire les symptômes plus que de supprimer la maladie et de diminuer la survenue de récurrence ou de ralentir l'évolution de la maladie.

L'endométriose, malgré un traitement efficace, peut récidiver sous la même forme que celle qui a permis d'en faire le diagnostic ou sous une autre forme, dans 20 % des cas.

Par des médicaments qui arrêtent la stimulation hormonale de l'endomètre ;

Par la chirurgie (en particulier lors de la coelioscopie qui a pour but de détruire et de retirer l'endométriose dans toutes ses localisations) en cas d'infertilité

Et souvent par l'association des deux traitements, surtout en cas de douleurs.

Le choix du traitement dépend du désir de grossesse, de l'âge et de la gravité et de l'étendue des lésions.

Le traitement médical consiste à administrer d'un analogue GnRH (durée du traitement de 3 à 6 mois) ; il est souvent utilisé avant l'intervention chirurgicale pour préparer le site opératoire et faciliter l'acte chirurgical.

D'autres traitements médicamenteux peuvent être utilisés (les progestatifs, le danazol...) dans le traitement de l'endométriose.

La survenue de grossesse permet d'atténuer, de façon importante, les lésions endométriosiques en raison de l'aménorrhée qui accompagne la grossesse, et aussi grâce au profil hormonal dominant durant la grossesse qui stoppe la prolifération de l'endomètre et les lésions endométriosiques.

La ménopause, caractérisée par l'absence des règles, atténue et stoppe l'évolution de l'endométriose.



Nous préférons ce terme qui veut dire douleur accompagnant les règles à celui trop généraliste de dysménorrhées.

L'algoménorrhée est fréquente puisqu'elle touche 50 à 80% des femmes en âge de procréer. Les douleurs sont souvent invalidantes, contraignant les femmes à cesser leur activité et les obligeant à un repos forcé.

Ces douleurs sont localisées à la région basse abdominale, accompagnées d'irritations lombaires. Elles durent 2 à trois jours généralement, mais elles peuvent aussi masquer une réalité organique.

Une douleur persistant après les règles peut évoquer une endométriose par exemple.

Ces algies dues à des contractions du myomètre, ainsi qu'à un phénomène ischémique, causé par vasoconstriction artérielle sous l'influence d'une hypersécrétion des prostaglandines, expliquant les signes associés, céphalées, nausées entre autres.

Face à ce type de douleur et hors cadre médical, portez votre attention sur l'utérus, ses ligaments, le sacrum et les ovaires.

N'hésitez pas à vérifier et stimuler les systèmes orthosympathiques et le parasymphatique sacré.

## **A. Introduction**

Le syndrome prémenstruel est défini comme un ensemble de manifestations fonctionnelles, physiques et psychologiques survenant pendant les 3 ou 4 jours précédant les règles et finissant généralement avec l'apparition de ces dernières.

Pour parler de syndrome prémenstruel ou SPM, les troubles doivent survenir pendant plusieurs cycles consécutifs, et il doit exister une période asymptomatique d'au moins une semaine entre chaque menstruation.

Ce syndrome est fréquent puisqu'il touche entre 40 et 75% des femmes mais pour Pennington, 95% des patientes présenteraient au cours de leur vie génitale de petits troubles précédant l'apparition des règles. Pour 30% des femmes qui en sont atteintes, le trouble reste très perturbant pour leurs activités quotidiennes.

Le SPM serait plus fréquent chez les intellectuelles citadines, au niveau social économique plus élevé et bien plus encore chez les « Cagoles Tropéziennes ! » Le SPM apparaît souvent après les premières règles ou bien après les premiers rapports sexuels.

On retrouve souvent un facteur déclenchant : IVG, infections urinaires ou génitales, accouchements difficiles. Ces traumatismes ont une incidence sur la mobilité et motilité utérine et altèrent la vascularisation de la sphère pelvienne.

La théorie classique du déséquilibre œstradiol/progestérone, semble peu à peu remplacée par une sensibilité anormale aux stéroïdes sexuels et surtout la progestérone déclenchée par l'ovulation.

La prostaglandine, les prostaglandines et les neurotransmetteurs cérébraux, et surtout la sérotonine sont aussi impliqués.

On note aussi une augmentation de la perméabilité vasculaire et lymphatique responsable des œdèmes, d'une prise de poids et d'une sensation de congestion.

## **B. Symptomatologie du SPM : 3 types de syndromes**

### **1. Des douleurs et pesanteurs abdominales et pelviennes :**

Elles sont liées à des troubles digestifs tels que ballonnements, constipation ou diarrhée, manifestations hépatobiliaires, nausées, pollakiuries ou cystalgies sans infection. La congestion pelvienne est associée à une mastodynie, avec tension et pesanteur mammaire avec nodules axillaires sans adénopathie.

### **2. Des manifestations neurovégétatives polyformes**

Qui vont toucher tous les systèmes, une des plus connues est la céphalée cataméniale qui peut aller jusqu'à la migraine. Parfois éréthismes cardiaque, tachycardie, précordialgie, crise d'asthme, picotements dans la gorge, éruption cutanée, acné, herpes ou eczéma.

### **3. Des modifications émotionnelles**

Qui sont des troubles du comportement, anxiété, agressivité, irritabilité, tendance dépressive le tout associé à des troubles du sommeil et à une baisse de la libido. La prise en charge de ces pathologies doit se faire de manière originale, par un travail intelligent sur le système nerveux orthosympathique et parasympathique selon un protocole bien défini que nous développerons.