



Perception douloureuse et moyens de lutte en hystérocopie au cabinet

Pain perception and management during office hysteroscopy

Emmanuel Nzau-Ngoma^{1,2}, Jules Mpoy Odimba^{1,2}, Amos Kusuman^{1,2}, Justin Esimo Mboloko¹

Correspondance

Emmanuel Nzau-Ngoma, MD, Ph D
Courriel : emdango@gmail.com
Département de Gynécologie-Obstétrique,
Université de Kinshasa, RD Congo

Summary

Context and objective. Hysteroscopy has undergone major advances in recent years in several aspects. It has moved from an inpatient to an outpatient procedure and from the operating room to the office setting. But one of the problems with these advances is pain management during and after the procedure. To review the different means, both pharmacological and non-pharmacological, used for reducing pain perception during hysteroscopy in the office setting. *Methods.* This is an exhaustive review of the literature (Pubmed, Medline, Cochrane library) concerning meta-analyses, literature reviews and randomized trials published on the subject and in English from 2003 to 2021. *Conclusion.* Several means with very variable effectiveness are proposed to reduce pain during hysteroscopy in the office setting. The authors agree on the fact that a good mastery of the anatomy of the female genital tract seen during hysteroscopy, the vaginoscopic approach and psychotherapy allow a significant reduction of pain during hysteroscopy and therefore an improvement of its tolerance without the need for any anaesthesia or analgesia.

Keywords: hysteroscopy in the office, vaginoscopy, pain during hysteroscopy

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i1.13>

Received: September 12th, 2022

Accepted: November 18th, 2022

1 Département de Gynécologie-Obstétrique,
Cliniques Universitaires de Kinshasa

2 Clinique Endoconception, Kinshasa, RD Congo

Résumé

Contexte & objectif. L'hystérocopie a connu des avancées majeures ces dernières à différents points de vue. Elle est passée d'une procédure nécessitant une hospitalisation à une procédure ambulatoire, de même elle a quitté la salle d'opération pour rejoindre le cabinet de consultation. Mais, un des problèmes à ces progrès, c'est la gestion de la douleur au cours et après la procédure. La présente revue passe en revue les différents moyens, tant pharmacologiques que non pharmacologiques utilisés pour la réduction de la perception de la douleur au cours d'une hystérocopie au cabinet. *Méthodes.* Il s'agissait d'une revue exhaustive de la littérature (Pubmed, Medline, cochrane library) concernant les méta-analyses, revues de la littérature et essais randomisés publiés sur le sujet et en anglais de 2003 à 2021. *Conclusion.* Plusieurs moyens avec une efficacité très variable sont proposés pour réduire la douleur au cours de l'hystérocopie au cabinet. Les auteurs s'accordent sur le fait que la bonne maîtrise de l'anatomie de la filière génitale féminine vue en hystérocopie, l'approche vaginoscopique et la psychothérapie permettent de diminuer significativement la douleur au cours de l'hystérocopie et donc d'en améliorer la tolérance sans nécessité une quelconque anesthésie ou analgésie.

Mots-clés : hystérocopie au cabinet, vaginoscopie, douleur en hystérocopie

Reçu le 12 septembre 2022

Accepté le 18 novembre 2022

Introduction

L'hystérocopie est une procédure endoscopique qui permet la visualisation directe de la cavité utérine et qui est reconnue actuellement comme l'examen de référence dans le diagnostic et la prise en charge des pathologies de la cavité utérine (1). Elle a, en effet, montré sa supériorité en termes de sensibilité et de spécificité lorsque comparée à d'autres moyens d'exploration de cette cavité (2-4).

La véritable révolution de l'hystérocopie a eu lieu avec l'introduction de la procédure ambulatoire avec l'approche vaginoscopique, qui permet de réduire les risques associés à l'anesthésie, les coûts et la durée de la

procédure, tout en améliorant la compliance des patientes (5). Cette approche est une technique qui évite l'utilisation du spéculum et la pose d'une pince à préhension cervicale (6). Elle est réalisée dans la grande majorité des

séries avec du sérum physiologique comme milieu de distension, mais certains auteurs rapportent l'utilisation du CO₂ (1). Les essais randomisés et méta-analyses ont montré que la vaginoscopie était associée à une diminution significative des douleurs par rapport à l'hystérocopie conventionnelle (hystérocopie rigide de 3,5mm de diamètre avec speculum et pince de Pozzi) (6). Les variables associées à la perception de la douleur au cours de l'hystérocopie peuvent être liées au matériel, à la technique utilisée ou aux caractéristiques de la patiente (5).

En tant que procédure chirurgicale, l'hystérocopie peut entraîner des complications diverses et parfois même à long terme bien que rares (7). A court terme, l'hystérocopie peut entraîner une douleur excessive, un syndrome vasovagal, des perturbations du système cardiovasculaire, des vertiges ou des nausées pendant son déroulement (7). En général, cette procédure est très sûre et bien tolérée par les patientes. Cependant, l'un des principaux problèmes à gérer est la perception de la douleur et de l'anxiété associées à l'hystérocopie (7,8).

Grâce au développement du matériel, ramenant le calibre des instruments de plus en plus petit et au développement des techniques d'abord utérin, la pratique de l'hystérocopie tant diagnostique qu'opératoire se fait de plus en plus sans anesthésie ni analgésie avec une bonne compliance (8). Evidemment, la problématique de la douleur ne peut être évoquée lorsqu'il s'agit des procédures en salle d'opération sous anesthésie. C'est le développement des techniques d'hystérocopie diagnostique et opératoire au cabinet, diminuant de manière drastique le coût de l'hystérocopie, qui a donné de l'importance à la gestion de la douleur en dehors de l'analgésie médicamenteuse (8).

Dans le présent travail, les auteurs décrivent les mécanismes de la perception de la douleur depuis le vagin jusqu'à l'utérus, ainsi que les moyens pouvant être appliqués contre la

douleur lors de l'approche vaginoscopique de l'hystérocopie.

Méthodes.

Ce travail s'appuie sur une revue exhaustive de la littérature (Pubmed, Medline, cochrane library) concernant les méta-analyses, revues de la littérature et essais randomisés publiés sur le sujet et en anglais de 2003 à 2021. Nous avons utilisé comme mots-clés : < office hysteroscopy>, <pain perception and office hysteroscopy>, <anesthesia and office hysteroscopy>. Les références des articles retrouvés ont été scrutées pour retenir d'autres articles sur les concepts développés.

Perception douloureuse partant du vagin et de l'utérus

Seul le quart inférieur du vagin possède une innervation somatique tributaire des nerfs profonds, branches des nerfs honteux internes (9). Ces nerfs contiennent des fibres sympathiques et viscéro-afférentes mais il n'existe pas des fibres parasympathiques. Seule cette partie innervée par les nerfs somatiques est sensible au toucher et à la température (10). De ce fait, au moment de l'introduction de l'hystérocopie, il est particulièrement important de signaler à la patiente le début de l'examen pour qu'elle soit suffisamment détendue et mieux préparée à sentir du liquide et une éventuelle pression liée au contact de l'hystérocopie avec l'introitus vaginal. En l'absence de cette précaution, souvent les patientes sont surprises, sursautent et leur tension émotionnelle est augmentée au cours de l'examen. Les trois-quarts restant ont une innervation viscérale. Ils sont issus de chaque côté du plexus nerveux utéro-vaginal contenant des fibres sympathiques, parasympathiques et viscéro-afférentes.

L'innervation de l'utérus vient du système sympathique et parasympathique (11). Les plexus sympathiques proviennent de derniers segments de la moelle thoracique et empruntent le plexus splanchnique lombaire

avant de rejoindre les vaisseaux utérins à côtés desquels les nerfs cheminent pour innerver l'utérus (9-10).

Les nerfs parasympathiques proviennent des racines sacrées de S2 à S4 pour former le nerf splanchnique pelvien puis cheminent vers le nerf hypogastrique inférieur pour former le plexus hypogastrique inférieur et donner deux rameaux principaux à l'utérus (11). L'un cervico-isthmique issu de la partie antérieure et supérieur de l'hypogastrique inférieur et qui va aussi donner des rameaux pour le vagin. L'autre se détache de la partie supérieure de l'hypogastrique inférieure et remonte le long du bord latéral de l'utérus à côté des vaisseaux utérins pour arriver à la corne où il y a anastomose avec les filets venant des nerfs tubo-ovariens expliquant la richesse de l'innervation au niveau des ostiums tubaires (11). En hystérocopie, le passage du liquide de distension vers les trompes est observé lorsque l'on atteint une pression de 70 mmHg, s'accompagnant généralement d'une sensation douloureuse pour la patiente (12-13). Les terminaisons nerveuses sur l'épaisseur de la paroi utérine s'arrêtent presque toutes au niveau des fibres musculaires, l'endomètre n'est innervé qu'au niveau de sa couche basale (14). Donc en hystérocopie, une contrainte qui se retentit sur le myomètre soit par hyperpression intra-utérine ou par traumatisme chirurgical direct provoquera des douleurs alors qu'une manipulation strictement endométriale ou sur du tissu fibreux n'est pas douloureuse (8).

Sur le col, la richesse de l'innervation se voit sur l'endocol avec une concentration au niveau de l'orifice interne du col (14). Cela implique une manipulation délicate de l'hystérocopie lors du passage sur l'orifice interne du col et lors de la visualisation des ostiums tubaires. Il est recommandé de faire correspondre le plus grand diamètre de l'hystérocopie au grand diamètre transversal de l'orifice interne du col et d'utiliser des optiques obliques de 30 degrés

pour une exploration des ostiums tubaires sans contrainte excessive sur le col (15).

Les sensations douloureuses venant de l'utérus remontent par les nerfs sympathiques (6). Cet influx nerveux sensitif suit les voies sympathiques en passant par les nerfs splanchniques lombaire et thoracique et se termine dans le thalamus. A ce niveau, le thalamus envoie l'influx à travers tous les faisceaux dans presque tout le cortex cérébral (6). Une fois le cortex sollicité, il peut soit augmenter la tension émotionnelle, soit la diminuer, et de ce fait augmenter ou diminuer les sensations nociceptives.

La perception douloureuse est extrêmement subjective et difficile à quantifier ou à comparer. Cette perception fait intervenir plusieurs facteurs dont ceux liés à l'instruction, à la culture et aux circonstances de survenue de la douleur. (16). Ceci a une importance capitale dans la réalisation de l'hystérocopie en ambulatoire sans analgésie. Il faut donc une préparation psychoprophylactique avant l'hystérocopie pour favoriser la déconcentration de la patiente sur la douleur et de ce fait, son cerveau diminue les sensations nociceptives. Une patiente qui a très peur, qui a eu une mauvaise expérience antérieure, aura tendance à avoir une exacerbation de la douleur (5). La préparation et l'accompagnement pendant l'examen prend alors toute son importance, d'où la place de l'infirmière pour garder un contact verbal avec la patiente pendant l'examen.

En hystérocopie, considérant les voies de perception de la douleur, il est facile d'anticiper sur les moments ou les manipulations qui pourraient générer la douleur. Celle-ci se produit principalement lors de la pose du spéculum ou du tenaculum, de la dilatation du col, du passage de l'hystérocopie dans le canal cervical, de la distension de l'utérus avec du liquide ou du gaz carbonique et de la manipulation pour la visualisation des ostiums tubaires (14).

Dans la littérature, certains facteurs liés à la technique et/ou à la patiente sont reconnus être associés à une perception plus élevée de la douleur au cours de l'hystérocopie (5). C'est le cas de la nulliparité, la ménopause, l'antécédent des douleurs pelviennes chroniques, de césarienne antérieure, la durée de la procédure et l'âge de la patiente. A l'opposé, l'utilisation d'une solution saline au lieu de CO₂, un instrument plus petit, l'approche vaginoscopique et les compétences de l'opérateur sont associés à une moindre perception de la douleur au cours de l'hystérocopie (14).

Moyen de lutte contre la douleur en hystérocopie au cabinet

La réputation de l'hystérocopie au cabinet est longtemps restée celle d'un examen douloureux, mais cette connotation n'est aujourd'hui absolument plus justifiée. Plusieurs moyens non pharmacologiques et pharmacologiques peuvent aider à diminuer drastiquement la douleur au cours de l'hystérocopie au cabinet et ainsi d'en améliorer la tolérance (17).

Moyens non pharmacologiques

Approche vaginoscopique

L'approche vaginoscopique s'oppose à l'approche standard ou traditionnelle de l'hystérocopie par le fait qu'elle n'utilise pas de spéculum ni de pince à préhension type Pozzi ou Allis pour saisir le col au moment de l'introduction de l'hystérocopie (18). L'opérateur réalise une véritable navigation spatiale dans la filière génitale pour atteindre la cavité utérine. Plusieurs études comparant l'intensité de la douleur entre l'approche vaginoscopique et l'hystérocopie standard ont montré une diminution significative de la douleur en vaginoscopie (18).

Dans un essai randomisé, Smith *et al.* (12) ont rapporté des scores de douleur de 42,7 et 46,4 (maximum de 100) pour la vaginoscopie et l'hystérocopie standard, respectivement ($p = 0,02$). Garbin *et al.* (19) ont trouvé que le score

de la douleur à l'échelle visuelle analogique (EVA) (maximum de 10) était plus faible pour la vaginoscopie que pour l'hystérocopie standard (0,5 vs 2 ; $p < 0,001$) dans un essai prospectif randomisé mené dans deux centres pour comparer les approches vaginoscopique ($n = 200$) et conventionnelle ($n = 200$) au cours d'une hystérocopie ambulatoire.

Sagiv *et al.* (20) ont également signalé des scores de douleur plus faibles dans le groupe de la vaginoscopie (3,8 contre 5,3 pour l'hystérocopie traditionnelle ; $p = 0,008$).

Hystérocopie rigide ou flexible

Plusieurs études montrent également une réduction du score de la douleur lorsqu'on utilise un hystérocopie flexible par rapport à un hystérocopie rigide (EVA moyenne à 0,7 versus 1,7 avec le rigide) (21-22). Cependant, l'utilisation des hystérocopes flexibles est entravée par des coûts plus élevés pour l'achat et la maintenance de l'équipement ; mais également un effort accru pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation, une taille d'image réduite sur l'écran du moniteur par rapport à l'hystérocopie standard pleine grandeur ; et enfin une plus grande fragilité et difficulté d'utilisation (17).

Calibre de l'hystérocopie

L'hystérocopie est généralement réalisée avec des instruments de 5 mm ou moins. La réduction de la taille de l'instrument est d'une grande importance pour réduire la douleur et le risque de réactions vagales. L'utilisation de nouveaux télescopes plus fins dont le calibre est inférieur à celui des instruments conventionnels de 5 mm améliore l'acceptabilité de l'examen et a montré une diminution significative de la douleur (17).

Les résultats de toutes les études comparant l'intensité de la douleur chez les patientes par rapport au calibre de l'hystérocopie concordent quant à la supériorité des mini-hystérocopes par rapport aux instruments de 5

mm en termes de douleur et d'acceptabilité (23).

Milieu de distension

Le dioxyde de carbone (CO₂) et le sérum physiologique sont les milieux de distension les plus couramment utilisés pour l'hystérocopie au cabinet. Bien que le CO₂ soit généralement bien toléré, la distension utérine avec du sérum physiologique est préférée dans l'hystérocopie au cabinet, car il a été démontré qu'elle est plus confortable pour la patiente, plus rentable, qu'elle offre une meilleure vue hystérocopique en cas de saignement intra-utérin et surtout une moindre perception de la douleur.

Dans une cohorte prospective randomisée, Pellicano *et al.* (24) ont trouvé que la moyenne des scores de douleurs à l'échelle verbale simple était significativement plus élevée avec le milieu de distension au CO₂ ($3,6 \pm 1,3$ contre $2,2 \pm 1,3$ avec $P < 0,05$) qu'au sérum physiologique.

Pression intra-utérine

Une visualisation adéquate de la cavité utérine suppose une pression intra-utérine suffisante. Cependant, une pression excessive est associée à une augmentation de la perception douloureuse, ce qui pourrait interrompre la procédure (25).

Les études sur la pression intra-utérine au cours de l'hystérocopie soutiennent qu'en pression ne dépassant pas 60 mmHg, la visualisation est adéquate et la perception de la douleur liée à la pression est significativement diminuée (17). D'autres auteurs recommandent des pressions plus basses de 30 à 35 mmHg (15).

Une autre étude réalisée en 2017 (26) recommande les pressions intra-utérines variables plutôt que fixes pendant la procédure. Les résultats ont montré qu'une meilleure visualisation pouvait être obtenue avec une pression plus élevée et que les pressions plus faibles étaient moins

douloureuses. L'endoscopiste doit donc commencer par de faibles pressions associées à la moindre douleur et n'augmenter progressivement la pression que lorsque la visibilité n'est pas bonne avec une faible pression (26). C'est donc le principe de la plus faible pression permettant une visualisation optimale.

Rôle de la chaleur

Plusieurs auteurs ont étudié l'effet analgésique de la chaleur pour la prise en charge des douleurs d'origine musculo-squelettiques mais aussi gynécologiques telle que la dysménorrhée (17). En effet, la chaleur présente une action anti-irritation qui inhibe les stimuli nociceptifs et diminue l'activité nerveuse sympathique (17). En outre, elle a un effet antispasmodique et vasodilatateur, en plus d'un effet anti-inflammatoire. Ainsi, certains auteurs pensent qu'un milieu de distension aqueux préchauffée pourrait être une option pour réduire la douleur, en évitant de stimuler la contractilité du muscle utérin. Evangelista *et al.* (27) ont évalué l'intensité de la douleur et la satisfaction lors d'une hystérocopie diagnostique selon qu'on a une solution saline physiologique à température ambiante, et lorsque celle-ci était chauffée à 37,5 °C. Les résultats ont montré une intensité de la douleur similaire dans les deux groupes, bien que les patientes du groupe avec le sérum physiologique chauffé aient ressenti une plus grande relaxation après la procédure. Toutefois, cette absence de différence pourrait être due à un phénomène de sous-dosage de l'agent thérapeutique physique (23). En effet, les différents effets physiologiques de la chaleur notamment la vasodilatation, la relaxation, la stimulation somatosensorielle analgésique sont activés par le système neurovégétatif autonome lorsque le transfert thermique a dépassé un certain seuil (23). Par conséquent, il serait très intéressant que de futures études se penchent sur cette ligne de recherche.

Stimulation électrique transcutanée des nerfs

La stimulation électrique transcutanée des nerfs TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) est une forme non invasive de traitement analgésique qui est souvent utilisée comme alternative aux traitements pharmacologiques, voire à la chirurgie. La TENS est largement utilisée pour traiter les douleurs chroniques et aiguës liées aux pathologies musculo-squelettiques, mais elle a également été utilisée avec succès pour traiter les douleurs d'origine viscérale lors de tests diagnostiques endoscopiques dont l'hystérocopie (17). Les rares travaux qui se sont intéressés à étudier l'efficacité de cette technique sur la diminution de la perception douloureuse au cours de l'hystérocopie rapportent toutes une diminution de la douleur dans le groupe ayant bénéficié d'une TENS comparé au groupe témoin (28).

Le dialogue avec la patiente

L'anxiété joue un rôle important dans la modulation de la douleur, par des mécanismes neurobiologiques centraux et périphériques et représente une variable importante liée au patient, encore sous-estimée, qui peut influencer négativement la tolérance de la procédure (5). L'approche vocale-locale repose sur le concept selon lequel l'attention empathique portée à la patiente est capable de soulager la douleur et l'inconfort qui pourraient survenir pendant l'examen (7). Pendant la procédure, une infirmière, une sage-femme ou un résident doit apporter un soutien émotionnel à la femme afin de réduire davantage le niveau d'anxiété. L'opérateur et le personnel de soutien peuvent également faire participer la patiente directement à la procédure. Une telle approche inclut la possibilité d'observer la procédure à partir d'un moniteur supplémentaire placé près d'elle, d'expliquer le déroulement de l'examen en l'occurrence, toute anomalie découverte (15). Il est prouvé qu'une approche douce et confortable qui implique les femmes

directement dans ce qui se passe au moment de la procédure gynécologique pourrait agir comme un analgésique de substitution, augmentant la satisfaction des patientes et réduisant le besoin de traitements pharmacologiques (17).

Musique au cours de l'hystérocopie

De nombreuses études soulignent le fait que la musique peut être un outil pour soutenir l'état émotionnel et psychologique du patient en créant un environnement qui stimule et maintient la relaxation, le bien-être et le confort (17, 21-22). La musique peut être utilisée comme une technique d'autogestion pour réduire ou contrôler le stress. La théorie communément admise pour expliquer l'effet de la musique sur la réduction de la douleur, de l'anxiété et du stress est qu'elle est une source de distraction, qui détourne l'attention du patient des stimuli négatifs vers quelque chose d'agréable et d'encourageant (22). Il a été prouvé que la musique réduit la douleur et l'anxiété perçues par le patient au cours des diverses procédures cliniques et chirurgicales dont l'hystérocopie (22).

Moyens pharmacologiques

Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Ces dernières années, l'utilisation d'une prémédication avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou du paracétamol était courante (17). Une analyse Cochrane de 2017 a conclu qu'il n'existe pas de données suffisantes pour prouver leur efficacité dans le soulagement de la douleur ressentie pendant l'examen (17).

Cependant, dans un essai randomisé de 2018, Abbas *et al.* (29) ont montré que l'utilisation du diclofénac potassique une heure avant l'hystérocopie au cabinet, réduit de manière significative l'inconfort perçu par la patiente, raccourcit la durée de la procédure et augmente le niveau de tolérance, aidant l'opérateur à effectuer une procédure plus simple avec une durée plus courte. En outre,

l'administration de l'indométhacine rectale s'est avérée également efficace pour réduire la douleur perçue pendant l'hystérocopie (14).

Tramadol versus inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase 2

Plusieurs études rapportent l'utilisation du Tramadol ou du Celecoxib comme moyens pharmacologiques pour réduire la douleur au cours de l'hystérocopie au cabinet (17). Matter *et al.* (30) ont, dans une méta-analyse, rapporté que le Tramadol était efficace pour réduire la douleur pendant, immédiatement après et 30 minutes après l'hystérocopie au cabinet, ce quelle que soit la voie d'administration. Dans un essai randomisé comparant l'efficacité du Tramadol à celle du Celecoxib dans la réduction de la perception douloureuse pendant et après une hystérocopie au cabinet, Hassan *et al.* (31) ont trouvé que les deux avaient une efficacité comparable avec une diminution de l'inconfort pendant l'hystérocopie au cabinet. Le Celecoxib a l'avantage significatif de ne pas être corrélé aux effets secondaires comme la nausée ou la somnolence, couramment rapportés lors de l'administration du Tramadol.

Prostaglandines

Tenant compte de la richesse de l'innervation du col utérin, en particulier de son orifice interne, le défi au cours de l'hystérocopie au cabinet sans anesthésie est le passage à travers cet orifice sans entraîner d'inconfort ni de douleur notable pour la patiente (17). Les prostaglandines sont utilisées pour ramollir et dilater le col. Plusieurs auteurs ayant étudié l'efficacité des prostaglandines sur la douleur durant l'hystérocopie ont noté des réductions du score de douleur même si cela ne fait pas l'unanimité (32). En 2020, dans une étude interventionnelle évaluant l'efficacité des faibles doses (50 mcg) de misoprostol intravaginal la veille de la réalisation de l'hystérocopie au cabinet, New *et al.* (32) ont noté une réduction de la douleur dans le

groupe ayant reçu du misoprostol (score moyen EVA : 4 vs 5 ; $p=0,001$). Dans une série de 2019, les auteurs ont noté que l'administration du dinoprostone 24 heures avant l'hystérocopie au cabinet s'est avérée efficace pour réduire l'inconfort et la douleur chez les femmes nullipares ainsi que chez les femmes présentant une sténose cervicale. La moyenne du score de la douleur à l'échelle visuelle analogique était plus basse dans le groupe dinoprostone comparée au groupe placebo. (3.9 ± 0.8 vs 5.6 ± 0.7 ; $p < .001$). Néanmoins, elle ne s'est pas avérée supérieure au placebo chez les femmes ménopausées quelle que soit la parité (33). L'administration du dinoprostone vaginale est donc conseillée chez les femmes nullipares et/ou ayant une sténose cervicale.

Anesthésie

Pour réduire la douleur peropératoire au cours de l'hystérocopie, certaines méthodes anesthésiques peuvent être envisagées, comme l'anesthésie locale. Selon une méta-analyse de la revue Cochrane (34), l'anesthésie locale permet une réduction significative des scores moyens de douleur pendant et 30 minutes après l'intervention. Elle comprend le bloc paracervical, intracervical, transcervical ou utéro-sacré et l'application des topiques sous forme de spray, de crème ou de gel. Une méta-analyse réalisée par Cooper *et al.* (35) a révélé que les injections intracervicales et paracervicales d'anesthésiques locaux réduisaient significativement la douleur chez les femmes subissant une hystérocopie au cabinet, alors que l'application transcervicale et topique ne le faisait pas. L'injection paracervicale était significativement supérieure aux autres méthodes anesthésiques. Ils ont également conclu que les anesthésiques locaux n'avaient pas d'effet significatif sur l'incidence des épisodes vasovagaux. L'étude de Munro *et al.* (36) sur l'anesthésie locale pour l'hystérocopie au cabinet soutient également que seul le bloc paracervical permet

d'obtenir un effet anesthésique. Bien que la revue Cochrane de 2010 sur l'anesthésie par bloc paracervical pour les interventions endométriales ne recommande pas l'utilisation de l'injection paracervicale parce qu'elle ne réduit pas la douleur peropératoire, cela ne s'applique pas à l'hystérocopie au cabinet, car la revue a inclus des procédures qui nécessitent une dilatation cervicale (23). Du fait de la miniaturisation des instruments et de la maîtrise de l'approche vaginoscopique, il est actuellement admis par tous les praticiens de l'hystérocopie, de la non nécessité d'une anesthésie pour réaliser une hystérocopie diagnostique voire quelques procédures opératoires (23).

Conclusion

De nos jours, l'hystérocopie est de pratique courante. L'expérience de l'opérateur facilite la procédure qui peut alors se dérouler au cabinet sans nécessiter une quelconque anesthésie ou analgésie. Mais parfois, sans déplacer la procédure vers la salle d'opération, il est possible d'utiliser les méthodes diverses pour diminuer la douleur. Cependant leur application devrait tenir compte des évidences, mais qui pour plusieurs d'entre elles sont encore en construction. L'approche vaginoscopique est à privilégier pour diminuer l'inconfort et la douleur liés à cet acte. Il sied de signaler la place de l'environnement physique et de la psychothérapie pour un meilleur confort de la patiente et une bonne tolérance de l'examen.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt tant avec les firmes fabricant les matériels d'hystérocopie qu'avec celles fabriquant les médicaments susceptibles d'être utilisés pour lutter contre la douleur au cours de l'hystérocopie.

Contribution des auteurs

- Nzau-Ngoma E : a conçu le projet de rédaction de la revue, a conçu la méthodologie, a suivi l'évolution de la rédaction et a validé le texte final

- Odimba Mpoy. J : a participé à la conception du projet, a effectué la recherche de la littérature, a élaboré le texte

- Kusuman Amos : a participé à la lecture des versions corrigées et à la validation de la version finale

- Mboloko Esimo J : a participé à la lecture des versions corrigées et à la validation de la version finale.

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale et révisée de l'article.

Références

1. Jasmine B, Forzana D, Parvenn F, Parveen S. Evaluation of uterine cavity by hysteroscopic examination in infertile women in. *BSMMU* 2016; **9** : 32-37.
2. Engelberg D, Pankratieva E, Liauchonak I. Diagnostic value of hysteroscopy in abnormal uterine bleeding. *Can Fam Physician* 2018; **64** : 442-444.
3. Çetin BA, Beyaz A, Türkgeldi LS, Bahat PY, Köroğlu N. Diagnosis of endometrial pathologies: transvaginal sonography versus hysteroscopy. *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol* 2017; **6** (2): 544.
4. Dalfó AR, Úbeda B, Úbeda A, Monzón M, Rotger R, Ramos R, *et al.* Diagnostic value of hysterosalpingography in the detection of intrauterine abnormalities: A comparison with hysteroscopy. *Am J Roentgenol* 2004; **183**: 1405-1409.
5. Sorrentino F, Petito A, Angioni S, D'Antonio F, Severo M, Solazzo MC, *et al.* Impact of anxiety levels on the perception of pain in patients undergoing office hysteroscopy. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2021; **303** : 999-1007.
6. Tangri MK, Lele P, Kapur K, Kapur A, Chhabra N, Mitra B, *et al.* Role of office hysteroscopy in gynecology: retrospective observational study at a tertiary care hospital. *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol* 2016; **6** : 111.
7. Vitale SG, Caruso S, Ciebiera M, Török P, Tesarik J, Vilos GA, *et al.* Management of anxiety and pain perception in women undergoing office hysteroscopy: a systematic

- review. *Arch Gynecol Obstet* [Internet] 2020; **301** : 885–894.
8. Bettocchi S, Ceci O, Venere R Di, Pansini M V, Pellegrino A, Marelllo F, *et al.* Advanced operative office hysteroscopy without anaesthesia : analysis of 501 cases treated with a 5 Fr. *Hum Reprod* 2002; **17**(9): 2435-2438.
 9. National G, Pillars H. Manuel du résident Gynécologie et Obstétrique. 2009. 9-15.
 10. P Kamina. Anatomie gynécologique et obstetricale.Paris:Maloine 4^{ème} edition,1984. 1979.
 11. Willard FH, Schuenke MD. Pain in Women. Pain in Women. 2013. 17–59.
 12. Smith PP, Kolhe S, O'Connor S, Clark TJ. Vaginoscopy Against Standard Treatment (VAST): A Randomised Controlled Trial. *Obstet Gynecol Surv.* 2019; **74** (6): 334–335.
 13. Cooper NAM, Smith P, Khan KS, Clark TJ. A systematic review of the effect of the distension medium on pain during outpatient hysteroscopy. *Fertil Steril* 2011; **95** (1): 264–271.
 14. del Valle C, Solano JA, Rodríguez A, Alonso M. Pain management in outpatient hysteroscopy. *Gynecol Minim Invasive Ther* 2016; **5** (4): 141–147.
 15. Sardo ADS, Calagna G, Di Carlo C. Tips and tricks in office hysteroscopy. *Gynecol Minim Invasive* 2015; **4** (1): 3–7.
 16. Geha P, Waxman SG. Pain perception: Multiple matrices or one. *JAMA Neurol* 2016; **73** (6): 628–630.
 17. Riemma G, Schiattarella A, Colacurci N, Vitale SG, Cianci S, Cianci A, *et al.* Pharmacological and non-pharmacological pain relief for office hysteroscopy: an up-to-date review. *Climacteric* 2020; **23** (4): 376–383.
 18. Tien CT, Li PC, Ding DC. Outcome comparison between vaginoscopy and standard hysteroscopy: A retrospective cohort study. *J Chinese Med Assoc.* 2021; **84** (5): 536–539.
 19. Garbin O, Kutnahorsky R, Göllner JL, Vayssiere C. Vaginoscopic versus conventional approaches to outpatient diagnostic hysteroscopy: A two-centre randomized prospective study. *Hum Reprod* 2006; **21** (11): 2996–3000.
 20. Sagiv R, Sadan O, Boaz M, Dishy M, Schechter E, Golan A. A New Approach to Office Hysteroscopy Compared With Traditional Hysteroscopy. *Am Coll Obstet Gynaecol.* 2006; **108** (2): 387–392.
 21. Mazzon I, Favilli A, Horvath S, Grasso M, Di Renzo GC, Laurenti E, *et al.* Pain during diagnostic hysteroscopy: What is the role of the cervical canal? A pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; **183**: 169–173.
 22. Angioli R, De Cicco Nardone C, Plotti F, Cafà EV, Dugo N, Damiani P, *et al.* Use of Music to Reduce Anxiety during Office Hysteroscopy: Prospective Randomized Trial. *J Minim Invasive Gynecol* 2014; **21** (3): 454–459.
 23. Cicinelli E. Hysteroscopy without anesthesia: Review of recent literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2010; **17** (6): 703–708.
 24. Pellicano M, Guida M, Zullo F, Lavitola G, Cirillo D, Nappi C. Carbon dioxide versus normal saline as a uterine distension medium for diagnostic vaginoscopic hysteroscopy in infertile patients: A prospective, randomized, multicenter study. *Fertil Steril* 2003; **79** (2): 418–421.
 25. Umrani S, Clark TJ, Saridogan E, Miligkos D, Arambage K, Torbe E, *et al.* BSGE/ESGE guideline on management of fluid distension media in operative hysteroscopy. *Gynecol Surg* 2016; **13** (4): 289–303.
 26. Karaman E, Kulusarı A, Çetin O, Çim N, Alkış İ, Karaman Y, *et al.* What should the optimal intrauterine pressure be during outpatient diagnostic hysteroscopy? A randomized comparative study. *J Obstet Gynaecol Res* 2017; **43** (5): 902–908.
 27. Evangelista A, Oliveira MAP, Crispi CP, Lamblet MF, Raymundo TS, Santos LC. Diagnostic Hysteroscopy Using Liquid Distention Medium: Comparison of Pain with Warmed Saline Solution vs Room-Temperature Saline Solution. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011;18 (1): 104–107.
 28. Yilmazer M, Kose S, Arioz DT, Koken G, Ozbulut O. Efficacy of transcutaneous electrical nerve stimulation for pain relief in women undergoing office endometrial biopsy. *Arch Gynecol Obstet* 2012; **285**(4): 1059–1064.
 29. Abbas AM, Elzargha AM, Ahmed AGM, Mohamed II, Altraigey A, Abdelbadee AY. Oral Diclofenac Potassium Versus Hyoscine-N-Butyl Bromide in Reducing Pain Perception during Office Hysteroscopy: A Randomized Double-blind Placebo-controlled Trial. *J Minim Invasive Gynecol* 2019; **26**(4): 709-716.
 30. Mattar OM, Abdalla AR, Shehata MSA, Ali AS, Sinokrot M, Abdelazeim BA, *et al.* Efficacy and safety of tramadol in pain relief during diagnostic outpatient hysteroscopy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Fertil Steril* [Internet]. 2019; **111**(3): 547–552.

31. Hassan A, Wahba A, Haggag H. Tramadol versus Celecoxib for reducing pain associated with outpatient hysteroscopy: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Hum Reprod* 2016; **31** (1): 60–66.
32. New EP, Sarkar P, Mikhail E, Plosker S, Imudia AN. Use of low dose vaginal misoprostol in office hysteroscopy: a pre–post interventional study. *J Obstet Gynaecol* 2021; **41** (6): 972–976.
33. Samy A, Abbas AM, Rashwan ASSA, Talaat B, Eissa AI, Metwally AA, *et al.* Vaginal Dinoprostone in Reducing Pain Perception During Diagnostic Office Hysteroscopy in Postmenopausal Women: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *J Minim Invasive Gynecol* 2020; **27** (4): 847–853.
34. Ahmad G, Attarbashi S, O’Flynn H, Watson AJS. Pain relief in office gynaecology: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; **155** (1): 3-13.
35. Cooper NAM, Khan KS, Clark TJ. Local anaesthesia for pain control during outpatient hysteroscopy: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010; **340**(7749): 748.
36. Munro MG, Brooks PG. Use of local anesthesia for office diagnostic and operative hysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol* 2010; **17** (6): 709-718.

Voici comment citer cet article : Nzau-Ngoma E, Odimba JM, Kusuman A, Mboloko JE. Perception douloureuse et moyens de lutte en hystérocopie au cabinet. *Ann Afr Med* 2022; **16** (1): e4983-e4992. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i1.13>