

## ITEM 39 : ALGIE PELVIENNE

### DOULEUR PELVIENNE AIGÜE (DPA)

- = **Douleur pelvienne** évoluant depuis < **1 mois**, localisée en **hypogastre, fosse iliaque droite** et/ou **fosse iliaque gauche**
- Origine non retrouvée dans 25 à 50% des cas
  - 4 diagnostics à évoquer en priorité : **GEU, torsion d'annexe, infection génitale haute et appendicite aiguë**
  - Physiopathologie : 3 voies principales en jeu :
    - Plexus pelvien : (vagin, col et isthme utérins, ligaments utérosacrés, culs-de-sac recto-utérin, bas uretère, trigone vésical, rectosigmoïde) → douleur sacrée ou périnéale
    - Plexus hypogastrique (corps utérin, tiers proximal des trompes, ligament large, calotte vésicale) : douleur hypogastrique → douleur hypogastrique
    - Plexus aortique (ovaire, portion distale des trompes, uretères rétro-ligamentaires) → douleur en fosse iliaque, flancs et fosses lombaire

Bilan étiologique	FdR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- D'infection génitale haute : antécédent d'IST, 1<sup>er</sup> rapports sexuels précoces, grand nombre de partenaires sexuels, manœuvre endo-utérine récente</li> <li>- De GEU : antécédent de GEU, de salpingite, de chirurgie tubaire, tabagisme, DIU</li> <li>- De torsion d'annexe (rarement sur annexe saine) : <b>kyste ovarien connu</b></li> </ul>
	SF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Caractère aigu, chronique ou cyclique</b></li> <li>- <b>Intensité :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Très intense : <b>torsion d'annexe</b></li> <li>. Modérée : <b>infection génitale haute</b></li> </ul> </li> <li>- <b>Mode de début :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Progressif : <b>infection génitale haute, appendicite aiguë</b></li> <li>. Brutal : <b>rupture ou torsion de kyste ovarien, rupture de GEU</b></li> </ul> </li> <li>- <b>Evolution</b></li> <li>- Topographie (peu spécifique) :           <ul style="list-style-type: none"> <li>. Douleur unilatérale : en faveur d'une <b>pathologie annexielle</b></li> <li>. Douleur pelvienne diffuse : <b>infection génitale haute</b></li> <li>. Douleur avec irradiation lombaire : <b>origine urologique, torsion d'annexe</b></li> <li>. Douleur avec scapalgie : épanchement péritonéale (<b>rupture tubaire de GEU</b>)</li> </ul> </li> <li>- <b>Métrorragies</b> : <b>fausse couche, GEU</b>, possible en cas d'<b>infection génitale haute</b> (50% des cas)</li> <li>- <b>Syndrome fébrile</b> : <b>appendicite aiguë, infection génitale haute, pyélonéphrite</b></li> <li>→ L'absence de fièvre est fréquente en cas d'infection génitale haute</li> <li>- <b>SFU</b> : <b>origine urologique, infection génitale haute</b> (urétrite associée)</li> <li>- <b>Ténésme rectal en cas d'IGH</b> : <b>Abcès tubo-ovarien (ATO)</b></li> <li>- <b>Nausées et vomissements aspécifiques</b></li> </ul>
	SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Instabilité hémodynamique (signe de gravité : tachycardie précédant l'hypotension)</b></li> <li>→ évoque un <b>hémopéritoine</b> sur <b>rupture hémorragique de kyste ovarien</b> ou sur <b>rupture de GEU</b> : prise en charge chirurgicale en urgence ± après échographie si l'état le permet</li> <li>- <b>Irritation/défense péritonéale</b> : <b>rupture de GEU, torsion d'annexe, infection génitale haute compliquée</b> (abcès tubo-ovarien, pelvipéritonite), <b>appendicite</b></li> <li>- Examen au spéculum :           <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Leucorrhées</b> et/ou <b>cervicite</b> : <b>infection génitale haute (peuvent être absents)</b></li> <li>. <b>Métrorragies</b></li> </ul> </li> <li>- TV : signes d'infection génitale haute, masse latérale (kyste ovarien), utérus bosselé augmenté de taille (fibrome)</li> </ul>
	Bio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Test d'hCG urinaire qualitatif</b> : peut être utile en 1<sup>er</sup> lieu (<b>bonne sensibilité, bonne spécificité, coût faible</b>)</li> <li>- <b>Dosage d'hCG quantitatif</b> = indispensable chez toute femme en période d'activité génitale : oriente vers une GEU ou une cause obstétricale en cas de positivité</li> <li>- <b>BU</b> indispensable</li> <li>- <b>NFS</b> :           <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Hyperleucocytose</b> : <b>appendicite, IGH</b> (surtout compliquée), <b>nécrose</b>, rarement torsion d'annexe</li> <li>. <b>Anémie</b> : <b>hémopéritoine</b></li> </ul> </li> <li>- ↗ <b>CRP</b> : <b>appendicite, infection génitale haute</b> (élévation importante si compliquée)</li> <li>- Bactériologie :           <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Prélèvements vaginaux et endocervicaux</b> : recherche de gonocoque, <i>Chlamydia</i>, mycoplasme</li> <li>. <b>Ablation et examen bactériologique de DIU</b> : recommandée en contexte d'IGH</li> </ul> </li> </ul>

Bilan étiologique	PC	<p><b>Echographie pelvienne associée au doppler si besoin</b></p> <p>= Examen diagnostique de référence : <b>échographie ± Doppler abdominale, des voies urinaires et/ou pelvienne</b> par voie <b>abdominale</b> et <b>endovaginale</b> (sauf chez la patiente vierge)</p> <p>- <b>Ne doit pas retarder une prise en charge chirurgicale en urgence</b></p> <p>- <b>IGH (indispensable) : épaissement de la paroi tubaire, épanchement intra-tubaire, modification de flux des artères utérines</b>, recherche <b>d'abcès tubo-ovarien</b></p> <p>- <b>Pathologie annexielle : image annexielle pathologique</b> le plus souvent retrouvée <b>± arrêt des flux des artères utérines</b></p> <p>- <b>GEU : vacuité utérine</b> (pour un taux d'hCG &gt; 1500 UI/ml), <b>sac extra-utérin ± embryon, masse latéro-utérine, hémopéritoine, hématosalpinx</b></p>
	Autres	<p>- <b>TDM abdomino-pelvienne</b> en 2<sup>nd</sup> intention</p> <p>- IRM si CI au TDM (femme enceinte ++)</p> <p>- <b>Coelioscopie</b> : en cas d'instabilité hémodynamique ou à but thérapeutique (appendicite, <b>torsion d'annexe,...</b>)</p> <p>- Biopsie d'endomètre : si doute :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Entre une grossesse arrêtée et une GEU : rechercher des villosités choriales</li> <li>. IGH : signes histologiques d'endométrite</li> </ul>
Cause	2 <sup>nd</sup> à la grossesse	<p>- <b>GEU</b> : métrorragie, douleur pelvienne latéralisée, à l'échographie = utérus vide, masse latéro-utérine, épanchement pelvien, voire sac et embryon ectopique</p> <p>- <b>Avortement spontané précoce</b> : métrorragies d'abondance variable, douleur pelvienne à type de <b>colique expulsive</b>, décroissance du taux d'hCG en 48 heures, à l'échographie = expulsion du sac embryonnaire, parfois résidus intra-utérins</p> <p>- Rétention post-fausse couche</p> <p>- <b>Endométriose du post-partum ou du post-abortionum</b></p> <p>- <b>Complication du corps jaune gestationnel</b> (hémorragique ou kyste du corps jaune et ses complications)</p>
	Autres	<p>- <b>Infection génitale haute</b> : douleurs pelviennes, fièvre, leucorrhée purulente ± métrorragie, douleur à la mobilisation utérine, empâtement douloureux des culs-de-sac latéro-vaginaux</p> <p>- <b>Torsion d'annexe</b> = généralement sur un <b>kyste de l'ovaire</b> : syndrome abdominal aigu (douleur brutale, intense, latéralisée, avec défense et vomissements), à l'échographie = volumineux kyste ovarien +/- arrêt des flux</p> <p>- <b>Torsion subaiguë</b> : crises douloureuses brèves, spontanément résolutive</p> <p>- Causes plus rares :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Rupture de kyste ovarien ou hémorragie intra-kystique</b></li> <li>. <b>Nécrobiose de fibrome</b></li> <li>. <b>Syndrome inter-menstruel</b></li> <li>. <b>Torsion de fibrome pédiculé</b></li> <li>. <b>Accouchement d'un myome sous muqueux par le col utérin</b></li> </ul> <p>- Cause extra-gynécologique : <b>appendicite aiguë, colique néphrétique, pyélonéphrite, IU basse, sacro-iléite bactérienne, ostéite, anévrisme de l'artère iliaque, infection du kyste de l'ouraque</b></p>
Causes rares de douleur pelvienne aiguë	<b>Rupture de kyste ovarien</b>	<p>- <b>Douleur pelvienne</b> : d'apparition brutale, résolution spontanée et complète en quelques jours</p> <p>- <b>Echographie</b> : lame liquidienne dans le cul-de-sac de Douglas, ovaires normaux</p> <p>- <b>Rupture hémorragique de kyste ovarien</b> (plus rare) : tableau péritonéal d'installation brutale, jusqu'au choc hémorragique par <b>hémopéritoine massif</b></p>
	<b>Hémorragie intra-kystique</b>	<p>- <b>Douleur pelvienne</b> latéralisée, d'installation brutale</p> <p>- <b>Masse latéro-utérine douloureuse</b></p> <p>- <b>Echographie</b>: kyste ovarien de contenu hétérogène</p> <p>- PEC : antalgie, repos, surveillance clinique et biologique (NFS : risque de rupture hémorragique)</p>
	<b>Syndrome inter-menstruel</b>	<p>- <b>Douleur pelvienne</b> de survenue rapide, en milieu de cycle (ovulation : rupture du follicule mûr)</p> <p>- <b>Métrorragies</b> généralement peu importantes</p> <p>- <b>Echographie</b> : lame liquidienne dans le cul-de-sac de Douglas</p>
	<b>Nécrobiose aseptique de fibrome</b>	<p>= Mauvaise vascularisation du fibrome à l'origine d'une ischémie aiguë, favorisé par la <b>grossesse</b></p> <p>- <b>Douleur intense</b></p> <p>- <b>Syndrome toxi-infectieux</b> avec <b>fièvre (38-39°), pâleur</b></p> <p>- Fibrome augmenté de volume, ramolli, très douloureux</p> <p>- <b>Echo</b> : image en « cocarde » avec zone centrale de nécrose entourée d'une couronne d'oedème</p>
	<b>Torsion de fibrome sous-pédiculé</b>	<p>= Rare</p> <p>- Diagnostic différentiel d'une torsion d'annexe</p>

## DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE

= Douleur pelvienne évoluant depuis &gt; 6 mois

+Étiologie	<b>Endométriose ++++</b>	<p>= <b>Tissu endométrial entouré par un stroma, ectopique extra-utérin : péritoine, ovaires, utérus</b> voire autres organes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Touche surtout les <b>femmes jeunes</b> (30-35 ans) ; 10 % des femmes en âge de procréer sont atteintes</li> <li>- Retard diagnostique fréquent (7-10 ans)</li> <li>- <b>Physiopathologie : Croissance cyclique → Desquamation et hémorragie en période menstruelle ne pouvant être éliminées → Réaction inflammatoire cyclique locale</b></li> <li>- 3 types : <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Lésions superficielles péritonéales</b> : petite taille, de couleur variable (rouge, noir, blanc...)</li> <li>. <b>Lésions kystiques ovariennes</b> : invagination avec point de départ à la surface de l'ovaire, <b>liquide visqueux marron chocolat contenant des cellules détruites et du sang dégradé</b></li> <li>. <b>Nodules profonds sous péritonéaux</b> : lésions fibreuses dont la composante fibro-musculaire est proportionnellement supérieure à la composante endométriale, tendance à infiltrer les organes adjacents</li> </ul> </li> <li>- Evolution : constitution <b>d'adhérences intra-pelviennes et intra-abdominales</b> et modification de l'architecture du pelvis +/- adényomyose → phénomène douloureux et infertilité avec une <b>grande variabilité</b> interindividuelle</li> </ul>
		<p>SF</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Douleur abdominale, lombaire, sacrée : continue ou intermittente ± cyclique</b></li> <li>- <b>Dysménorrhée secondaire tardive</b> (vers le 3<sup>ème</sup> jour des règles), sensibles aux AINS, s'améliorant sous POP</li> <li>- <b>Ménorragies</b> fréquentes</li> <li>- <b>Dyspareunie profonde</b></li> <li>- <b>Infertilité</b> (par <b>obstruction tubaire bilatérale ; dyspareunies</b> empêchant les RS ; endométrioses qui détruisent le parenchyme ovarien ; adényomyose empêchant la nidation)</li> <li>- <b>Signes digestifs non spécifiques</b> : dyschésies, douleur lors de la défécation, diarrhées cataméniales ou constipation sévère, ballonnements abdominaux. (rechercher dans ce cas des lésions d'endométriose sur le plan digestif)</li> <li>- <b>Signes urinaires</b> : cystalgies cataméniales avec ECBU négatif, pollakiurie diurne et nocturne cycliques (rechercher une localisation utérine), voire atrophie rénale sur infiltration des uretères</li> <li>- Autres : <b>douleurs scapulaires ou basithoracique, sciatalgies, pygalgies, pneumothorax cataménial rarement</b></li> <li>- <b>En cas d'endométriose évoluée</b> : douleurs inter-menstruelles chroniques</li> </ul>
		<p>SC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rétroversion utérine fixée</b></li> <li>- <b>Douleurs à la palpation des culs-de-sac</b></li> <li>- Parfois : <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Nodules violacé cervico-vaginal</b> ou <b>de la cloison recto-anale</b></li> <li>. <b>Masse annexielle</b> si endométriose ovarien</li> <li>. <b>Utérus augmenté de volume</b> si adényomyose</li> </ul> </li> </ul>
		<p>PC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Echo : kyste ovarien</b> d'allure endométriosique, adényomyose, <b>nodules d'endométriose profonde</b>, complications à déceler ...</li> <li>- <b>IRM pelvienne</b> : confirmation diagnostique, cartographie de l'atteinte : <ul style="list-style-type: none"> <li>. Kystes contenant du sang : hypersignal T1, hyposignal T2</li> <li>. Nodules d'endométriose profonde : formations étoilées hypo T1 et T2, <b>rétractiles, infiltrant les organes du voisinage +/- microkystes d'endométriose</b></li> </ul> </li> <li>. Adényomyose : élargissement de la zone jonctionnelle ou micro-spots multiples en hypersignal dans le myomètre</li> <li>- Autres examens à prévoir selon les localisations suspectées (écho endorectale, coloTDM, cystoscopie, uroTDM ...)</li> <li>- <b>CA125 augmenté</b> en cas d'endométriose ovarienne ou péritonéale diffuse (à son dosage n'est pas recommandé pas doser)</li> <li>- <b>Coelioscopie diagnostique</b> : inventaire des lésions (aspect de nodules bleuâtres) des ovaires, ligaments utéro-sacrés, du cul-de-sac de Douglas (permet en cas d'infertilité la classification pronostique selon l'AFSr)</li> </ul>
		<p>TTT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>= Traitement anti-gonadotrope jusqu'à l'âge de la ménopause : <ul style="list-style-type: none"> <li>- POP, pilule microprogestative, macroprogestatifs de synthèse (<b>schéma sans règles++</b>)</li> <li>- voire agoniste de la LH-RH</li> </ul> </li> <li>- <b>Coelioscopie opératoire</b> parfois indiquée en cas de douleurs non contrôlée par le traitement médical ou en cas d'infertilité : exérèse d'endométriose, coagulation des implants endométriosiques, adhésiolyse → <b>Complication : diminution de la réserve ovarienne</b></li> <li>- <b>AMP pour les patientes infertiles</b></li> </ul>
	<b>Adényomyose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Foyers d'endomètre à l'intérieur du myomètre : touche surtout les <b>femmes en péri-ménopauses</b></li> <li>- FdR : antécédent de traumatisme endo-utérin, multiparité</li> </ul>

	SF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur pelvienne</li> <li>- <b>Ménométrorragies</b></li> <li>- Dysménorrhée 2<sup>ndr</sup> tardive</li> <li>- <b>Dyspareunies profondes</b></li> <li>- <b>Diminution de la fertilité</b></li> </ul>
	SC	- <b>Utérus dur, augmenté de volume</b>
	PC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hystérogaphie</b> : image diverticulaire pathognomonique</li> <li>- <b>Hystéroscopie</b> : orifices de pénétration glandulaire, nodules bleutés sous-muqueux</li> </ul>
	TTT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TTT médical (blocage du cycle menstruel) : <b>progestatif de synthèse, agoniste de la LH-RH</b></li> <li>- TTT chirurgical : <b>hystérectomie totale</b> (souvent proposée en raison de l'âge)</li> </ul>
<b>Séquelles d'infections génitales hautes</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Salpingite subaiguë ou chronique</b> (à <i>Chlamydia</i> principalement) : annexes inflammées, adhérences, brides, liquide intra-péritonéal</li> <li>- <b>Dystrophie ovarienne poly-kystique</b> souvent associée</li> <li>- Diagnostic : <b>coelioscopie</b></li> <li>- TTT : <b>antibiotique, AINS ou drainage si forme compliquée</b></li> </ul>
<b>Syndrome de Masters et Allen</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>= Déficit sévère des moyens de fixité de l'utérus avec déchirure du ligament large, imputé aux <b>traumatismes obstétricaux</b> (accouchement difficile : forceps, grosse suture...)</li> <li>- <b>Douleur pelvienne chronique permanente</b>, ↗ par la fatigue et la station debout</li> <li>- <b>Dyspareunie profonde</b></li> <li>- Examen : <b>mobilité anormale du col</b> par rapport au corps utérin, <b>rétroversion douloureuse</b></li> <li>- TTT = <b>réparation chirurgicale</b> : difficile, à discuter</li> </ul>
<b>Rétroversion utérin</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>= Malposition utérine souvent banale, réductible (si fixée et irréductible : endométriose)</li> <li>- Pesanteur à l'effort, douleur à irradiation anale, dyspareunie</li> </ul>
<b>Congestion pelvienne</b>		= Absence physiologique de valvules sur les veines du petit bassin : <b>troubles de la circulation avec varicocèle lombo-ovarien, douleurs</b>
Causes extra-génitales		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Douleurs ostéo-musculaires</b></li> <li>- Causes <b>digestives</b> ou <b>urinaires</b></li> </ul>
Cause psychogène		<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Diagnostic d'élimination</b> : somatisation au niveau de la sphère génito-pubienne de conflits psycho-affectifs sous-jacents</li> <li>- Discordance entre symptômes et examen clinique normal</li> </ul>