

ITEM 40 : ALGIE PELVIENNE DE LA FEMME

DOULEUR PELVIENNE AIGUË

Douleur **pelvienne** évoluant depuis < **1 mois**, localisée en **hypogastre, fosse iliaque droite** et/ou **fosse iliaque gauche**

- Origine de la douleur non retrouvée dans 25% des cas

→ 4 diagnostics à évoquer en priorité : **GEU, torsion d'annexe, infection génitale haute** et **appendicite aiguë**

Physiopathologie	<p>3 voies efférentes principales en jeu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 lombaires
Principales étiologies	<p>Secondaires à la grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> - GEU : A éliminer devant toute DPA de la femme en âge de procréer (βHCG+++). Métrorragie, douleur pelvienne latéralisée, à l'échographie = utérus vide, masse latéro-utérine, épanchement pelvien, voire sac et embryon ectopique. Chirurgie en urgence en cas d'instabilité hémodynamique. - Fausse couche spontanée : métrorragies d'abondance variable, douleur pelvienne à type de colique expulsive, décroissance du taux d'hCG en 48 heures, à l'échographie = expulsion du sac embryonnaire, parfois résidus intra-utérins - Rétention post-fausse couche - Endométrite du post-partum ou du post-abortum - Complication de corps jaune gestationnel (hémorragique ou kyste du corps jaune et ses complications)
	<p>Causes infectieuses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infection génitale haute (salpingite, endométrite, pelvipéritonite, abcès tubo-ovarien) : douleurs pelviennes, fièvre, leucorrhée purulente ± métrorragie, douleur à la mobilisation utérine, empâtement douloureux des culs-de-sac latéro-vaginaux. IST dans la plupart des cas. Le traitement est médical dans les formes non compliquées (ATB) et repose sur le drainage d'une collection en cas de forme compliquée. - Appendicite aiguë - Pyélonéphrite aiguë, IU basse
	<p>Causes annexielles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Torsion d'annexe : syndrome abdominal aigu (douleur brutale, intense, latéralisée, avec défense et vomissements), à l'échographie doppler = pathologie annexielle, volumineux kyste ovarien +/- arrêt des flux. La coelioscopie en urgence affirme le diagnostic et permet le traitement. - Complications des kystes ovariens (hémorragie intrakystique, rupture de kyste, torsion d'annexe) - Dysovulation
	<p>Secondaires à la présence d'un fibrome</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nécrobiose de fibrome - Torsion d'un myome sous-séreux pédiculé - Accouchement d'un myome sous muqueux par le col utérin
	<p>Causes urologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colique néphrétique - Pyélonéphrite aiguë, IU basse
	<p>Causes rares</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sacro-iléite bactérienne - Ostéite - Anévrisme de l'artère iliaque - Infection d'un kyste de l'ouraque
Examen clinique	<p>Caractéristiques de la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caractère aigu, chronique ou cyclique - Intensité : <ul style="list-style-type: none"> . Très intense : torsion d'annexe . Modérée : infection génitale haute - Mode de début : <ul style="list-style-type: none"> . Progressif : infection génitale haute, appendicite aiguë . Brutal : rupture ou torsion de kyste ovarien, rupture de GEU - Evolution - Topographie (peu spécifique) : <ul style="list-style-type: none"> . Douleur unilatérale : en faveur d'une pathologie annexielle . Douleur pelvienne diffuse : infection génitale haute . Douleur avec irradiation lombaire : origine urologique, torsion d'annexe . Douleur avec scapalgie : épanchement péritonéale (rupture tubaire de GEU) <p>Signes associés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Métrorragies : fausse couche, GEU, possible en cas d'infection génitale haute (50% des cas) - Syndrome fébrile : appendicite aiguë, infection génitale haute, pyélonéphrite !! L'absence de fièvre est fréquente en cas d'infection génitale haute - SFU : origine urologique, infection génitale haute (urétrite associée) - Ténésme rectal en cas d'IGH : Abcès tubo-ovarien (ATO) - Nausées et vomissements aspécifiques

	Interrogatoire	Facteurs de risques : - D'infection génitale haute : antécédent d'IST, 1er rapports sexuels précoces, grand nombre de partenaires sexuels, manœuvre endo-utérine récente - De GEU : antécédent de GEU, de salpingite, de chirurgie tubaire, tabagisme, DIU - De torsion d'annexe (rarement sur annexe saine) : kyste ovarien connu
	Examen Physique	- Retentissement hémodynamique : Instabilité hémodynamique (signe de gravité : tachycardie précédant l'hypotension) évoque un hémopéritoine sur rupture hémorragique de kyste ovarien ou sur rupture de GEU : <i>prise en charge chirurgicale en urgence</i> ± après échographie si l'état le permet - Palpation abdominale : Irritation/défense péritonéale : rupture de GEU, torsion d'annexe, infection génitale haute compliquée (abcès tubo-ovarien, pelvipéritonite), appendicite - Examen gynécologique - Examen au spéculum : . Leucorrhées et/ou cervicite : infection génitale haute (peuvent être absents) . Métrorragies - Touchers pelviens (TV + TR) : signes d'infection génitale haute, masse latérale (kyste ovarien), utérus bosselé augmenté de taille (fibrome)
Examens paracliniques	Biologie	- βHCG : Test d'hCG urinaire qualitatif : peut être utile en 1er lieu (bonne sensibilité, bonne spécificité, coût faible) - Dosage d'hCG quantitatif = indispensable chez toute femme en période d'activité génitale : oriente vers une GEU ou une cause obstétricale en cas de positivité - NFS : Hyperleucocytose : appendicite, IGH (surtout compliquée), nécrose, rarement torsion d'annexe . Anémie : hémopéritoine - CRP : ↑ CRP : appendicite, infection génitale haute (élévation importante si compliquée)
	Bactériologie	- Prélèvements vaginaux et endocervicaux : recherche de gonocoque, Chlamydia, mycoplasme - Ablation et examen bactériologique de DIU : recommandée en contexte d'IGH
	BU	Indispensable. Sang : plutôt colique néphrétique. Nitrites et Leucocytes : plutôt infection urinaire
	Echographie Doppler	Examen diagnostique de référence : Echographie ± Doppler abdominal, des voies urinaires et/ou pelvienne par voie abdominale et endovaginale (sauf chez la patiente vierge) - !! Ne doit pas retarder une prise en charge chirurgicale en urgence - IGH (indispensable) : épaississement de la paroi tubaire, épanchement intratubaire, modification de flux des artères utérines, recherche d'abcès tubo-ovarien - Pathologie annexielle : image annexielle pathologique le plus souvent retrouvée ± arrêt des flux des artères utérines (torsion d'annexe) - GEU : vacuité utérine (pour un taux d'hCG > 1500 UI/ml), sac extra-utérin ± embryon, masse latéro-utérine, hémopéritoine, hématosalpynx
	TDM abdomino-pelvienne	en 2 nd e intention si doute entre IGH et appendicite aiguë ou en cas de suspicion d'abcès tubo-ovarien compliquant une IGH
	IRM	IRM si CI au TDM (femme enceinte ++)
	Cœlioscopie	Plus de réelle place diagnostique. Surtout thérapeutique. Utile en cas d'instabilité hémodynamique ou en cas de mauvaise évolution d'un traitement médical d'une IGH
	Histologie (Biopsie endométriale)	Si doute : . Entre une grossesse arrêtée et une GEU : rechercher des villosités choriales . IGH : signes histologiques d'endométrite
PCZ	- Quatre étiologies toujours à évoquer : GEU, torsion d'annexe, IGH, appendicite aiguë - Toujours rechercher des signes de gravités cliniques (instabilité hémodynamique) - Echographie ± Doppler : en premier intention devant toute DPA sans retarder une chirurgie urgente	

DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE

= Douleur pelvienne évoluant **depuis > 6 mois**

Syndrome de la douleur vésicale	- douleur pelvienne, pression, ou inconfort chronique perçus comme étant en relation avec la vessie et accompagnée par au moins une pollakiurie ou une envie mictionnelle permanente Souvent latence au diagnostic		
	Epidémiologie	Prévalence : entre 2 et 7 % de la population 9 femmes pour 1 homme	
	Physiopathologie	- Théorie épithéliale : déficit épithélial en glycosaminoglycanes conduisant à l'augmentation de la perméabilité à certaines substances inflammatoires (potassium) - Théorie d'activation des cellules mastocytaires - Dérégulation sensitive - Syndrome fonctionnel somatique	
	Examen clinique	Interrogatoire	- Pollakiurie par besoin mictionnel permanent et non par urgenturie - Douleurs . Parfois pression ou inconfort . Sus-pubiennes parfois vaginales ou urétrales . Soulagées par la miction . Non soulagées par antalgiques « classiques », les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les anticholinergiques - Existence fréquente d'un facteur déclenchant (infection, chirurgie, traumatisme) - Dyspareunie - Autre syndrome douloureux associé dans 30% - Catalogue Mictionnel indispensable - Auto-questionnaires validés (Sant et O'Leary ; PUF)
		Examen physique	Souvent normal Parfois hypersensibilité de la paroi vaginale antérieure
	Examens paracliniques	ECBU	Stérile. Leucocyturie fréquente voire hématurie microscopique
		Cystoscopie	- Normale la plupart du temps - Parfois : ulcères de Hünner, hypersensibilité au remplissage - Permet d'éliminer des diagnostics différentiels (cancer, calculs...)
		Test d'hydrodistension	- Sous AG - Remplissage à 80 cmd'H2O pendant 3 à 5 minutes : réduction de la capacité vésicale, glomérulations ou pétéchies après vidange - Biopsies : élimine un CIS, inflammation de la lamina propria, présence de mastocytes, fibrose intrafasciculaire - Biomarqueurs : EGF, NGF, facteur antiprolifératif, ATP...
		BUD	- Besoins mictionnels précoces (petit volume de remplissage) - Capacité cystométrique réduite - Pas d'hyperactivité détrusorienne, pas d'instabilité urétrale
	Diagnostics différentiels	- Cystite bactérienne (ECBU stérile) - névralgies pelviennes (non rythmées par la vidange vésicale) - Syndrôme d'hyperactivité vésicale (=pollakiurie + urgenturie +/- fuites urinaires) - Syndrome de la douleur urétrale - Vulvodynies et vestibulodynies	
Traitement	- Uniquement symptomatique - Molécules per os : cimétidine 2 x 200mg ; pentosan polysulfate de sodium (elmiron) 3x100 mg ; amitriptyline ; corticoïdes ; cyclosporine A ; sildénafil ; gabapentine - Instillations intravésicales : RIMSO ; chondroïtine sulfate ; acide hyaluronique ; BCG - Autres : injection de botox ; neuromodulation sacrée ; hypnose...		
Endométriose	= Tissu endométrial entouré par un stroma, ectopique extra-utérin : péritoine, ovaires, utérus voire autres organes - Touche surtout les femmes jeunes (30-35 ans) ; 10 % des femmes en âge de procréer sont atteintes - Retard diagnostique fréquent (7-10 ans) - Physiopathologie : Croissance cyclique ↗ Desquamation et hémorragie en période menstruelle ne pouvant être éliminées ↗ Réaction inflammatoire cyclique locale - 3 types : . Lésions superficielles péritonéales : petite taille, de couleur variable (rouge, noir, blanc...) . Lésions kystiques ovariennes : invagination avec point de départ à la surface de l'ovaire, liquide visqueux marron chocolat contenant des cellules détruites et du sang dégradé . Nodules profonds sous péritonéaux : lésions fibreuses dont la composante fibro-musculaire est proportionnellement supérieure à la composante endométriale, tendance à infiltrer les organes adjacents - Evolution : constitution d'adhérences intra-pelviennes et intra-abdominales et modification de l'architecture du pelvis +/- adénomyose ☐ phénomène douloureux et infertilité avec une grande variabilité interindividuelle		
	Interrogatoire	- Douleur abdominale, lombaire, sacrée : continue ou intermittente ± cyclique - Dysménorrhée secondaire tardive (vers le 3ème jour des règles), sensibles aux AINS, s'améliorant sous POP - Ménorragies fréquentes - Dyspareunie profonde	

Endométriose	Interrogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Infertilité (par obstruction tubaire bilatérale ; dyspareunies empêchant les RS ; endométrioses qui détruisent le parenchyme ovarien ; adénomyose empêchant la nidation) - Signes digestifs non spécifiques : 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) - Signes urinaires : cystalgies cataméniales avec ECBU négatif, pollakiurie diurne et nocturne cycliques (rechercher une localisation utérine), voire atrophie rénale sur infiltration des uretères - Autres : douleurs scapulaires ou basithoracique, sciatalgies, pygalgies, pneumothorax cataménial rarement - En cas d'endométriose évoluée : douleurs intermenstruelles chroniques
	Examen physique	<ul style="list-style-type: none"> - Rétroversion utérine fixée - Douleurs à la palpation des culs-de-sac - Parfois : <ul style="list-style-type: none"> . Nodules violacés cervicovaginaux ou de la cloison recto-anale . Masse annexielle si endométriose ovarien . Utérus augmenté de volume si adénomyose
	Examens paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Echo : kyste ovarien d'allure endométriosique, adénomyose, nodules d'endométriose profonde, complications à déceler ... - IRM pelvienne : confirmation diagnostique, cartographie de l'atteinte : <ul style="list-style-type: none"> . Kystes contenant du sang : hypersignal T1, hyposignal T2 . Nodules d'endométriose profonde : formations étoilées hypo T1 et T2, rétractiles, infiltrant les organes du voisinage +/- microkystes d'endométriose . Adénomyose : élargissement de la zone jonctionnelle ou micro-spots multiples en hypersignal dans le myomètre - Autres examens à prévoir selon les localisations suspectées (écho endorectale, colo-TDM, cystoscopie, uroTDM ...) - CA125 augmenté en cas d'endométriose ovarienne ou péritonéale diffuse (à son dosage n'est pas recommandé pas doser) - Coelioscopie diagnostique : 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)
	Traitement	<ul style="list-style-type: none"> = Traitement antigonadotrope jusqu'à l'âge de la ménopause : <ul style="list-style-type: none"> - POP, pilule microprogestative, macroprogestatifs de synthèse (schéma sans règles++) - Voire agoniste de la LH-RH - Coelioscopie opératoire 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 ☒ Complication : diminution de la réserve ovarienne - AMP pour les patientes infertiles
Adénomyose	<ul style="list-style-type: none"> = Foyers d'endomètre à l'intérieur du myomètre : touche surtout les femmes en péri-ménopauses - FdR : antécédent de traumatisme endo-utérin, multiparité 	
	Interrogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur pelvienne - Ménométrorragies - Dysménorrhée 2ndr tardive - Dyspareunies profondes - Diminution de la fertilité
	Examen physique	<ul style="list-style-type: none"> - Utérus dur, augmenté de volume
	Examens paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Hystérogaphie : image diverticulaire pathognomonique - Hystéroscopie : orifices de pénétration glandulaire, nodules bleutés sous-muqueux
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - TTT médical (blocage du cycle menstruel) : progestatif de synthèse, agoniste de la LH-RH - TTT chirurgical : hystérectomie totale (souvent proposée en raison de l'âge) 	
Autres	<i>Séquelles d'IGH</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Salpingite subaiguë ou chronique (à Chlamydia principalement) : annexes inflammées, adhérences, brides, liquide intra-péritonéal - Dystrophie ovarienne polykystique souvent associée - Diagnostic : coelioscopie - TTT : antibiotique, AINS ou drainage si forme compliquée
	<i>Syndrome de Masters et Allen</i>	<ul style="list-style-type: none"> = Déficit sévère des moyens de fixité de l'utérus avec déchirure du ligament large, imputé aux traumatismes obstétricaux (accouchement difficile : forceps, grosse suture...) - Douleur pelvienne chronique permanente, ☒ par la fatigue et la station debout - Dyspareunie profonde - Examen : mobilité anormale du col par rapport au corps utérin, rétroversion douloureuse - TTT = réparation chirurgicale : difficile, à discuter
	<i>Rétroversion utérine</i>	<ul style="list-style-type: none"> = Malposition utérine souvent banale, réductible (si fixée et irréductible : endométriose) - Pesanteur à l'effort, douleur à irradiation anale, dyspareunie
	<i>Congestion pelvienne</i>	<ul style="list-style-type: none"> = Absence physiologique de valvules sur les veines du petit bassin : troubles de la circulation avec varicocèle lombo-ovarien, douleurs
	<i>Autres causes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs ostéo-musculaires - Causes digestives - Cause psychogène (diagnostic d'élimination)