

Item39-Algies pelviennes chez la femme

Objectifs CNCI		
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Recommandations pour la pratique clinique: Prise en charge de l'endométriose - CNGOF 2006 - CNGOF 2006 - Polycopié national: Algies pelviennes	- Digestif: appendicite / urologique: CN - Test de grossesse positif: GEU-ASP - Nécrobiose / IUA / torsion / rupture - Cyclique / MTR / TR / BU / défense - Endométriose: dysménorrhées / IRM: hyperS T2 / progestatifs ou agonistes LHRH / coelioscopie	- DDR / hCG / contraception - Prise de la température - Bilan IST si salpingite

Etiologies

Douleur pelvienne aiguë

- **Causes gynécologiques**
 - **Etiologies obstétriques:** grossesse extra-utérine +++ / avortement spontané
 - **Etiologies endo-utérines:** fibrome (nécrobiose) / endométriose / endométrite
 - **Etiologies annexielles:** torsion d'annexe +++ / rupture de kyste / salpingite
- **Causes non gynécologiques**
 - **Etiologies digestives:** appendicite ++ / diverticulite
 - **Etiologies urologiques:** colique néphrétique ++ / pyélonéphrite-cystite

Douleur pelvienne chronique

- **Causes gynécologiques**
 - **Etiologies endo-utérines**
 - Cancer du col / cancer de l'endomètre / fibromes
 - Endométriose / adénomyose / prolapsus
 - **Etiologies annexielles:** cancer de l'ovaire
- **Causes non gynécologiques**
 - **Etiologies digestives:** constipation chronique

Orientation diagnostique

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** atcd gynéco-obstétriques (salpingite / GEU) / médicaux
 - **Prises:** contraception (DIU) / aspirine-AVK / tabac
 - **Anamnèse:** **DDR** / aiguë ou chronique / facteur déclenchant
 - **Signes fonctionnels**
 - **Caractériser la douleur pelvienne**
 - Localisation / irradiation / intensité / caractère **cyclique** ++
 - **Facteur déclenchant :** RS (dyspareunie profonde), post-accouchement (Master&Allen, endométrite), post curetage (synéchie) ...
 - **Rechercher des signes associés**
 - **Métrorragies** ou leucorrhées (aspect, abondance..) / fièvre / AEG
 - Signes urinaires ou digestifs / signes chez le partenaire (cf IST)
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes:** **température** / PA-FC / FR-SpO2 / diurèse
 - **Examen gynécologique**
 - **Palpation abdominale:** douleur / **défense** / masse

- **Inspection vulvaire:** recherche leucorrhée / inflammation
- **Examen au spéculum:** recherche saignement (localisation) / aspect du col
- **Toucher vaginal:** douleur à la mobilisation utérine / masse annexielle
- **Examen des seins:** signes sympathiques de grossesse / écoulement / nodule
- **Douglas :** empâtement / douleur / nodule (endométriose / carcinose) / masse latéro-utérine
- **Examen général**
 - **Examen abdominal:** douleur à la palpation / **TR:** cul-de-sac de Douglas
 - **Examen urologique:** bandelette urinaire (**BU**) / palpation fosses lombaires

Examens complémentaires

- **Examens en 1ère intention (A savoir !)**
 - **hCG plasmatiques quantitatifs:** recherche une grossesse / test **urinaire** en ville
 - **Echographie pelvienne:** signes de GEU / de salpingite / de pathologie annexielle, etc.
- **Examens selon le contexte clinique**
 - **Si patiente fébrile :** **NFS-CRP-PV-ECBU** / hémocultures / bilan IST
 - **Si hémorragie génitale:** NFS-P / hémostase: TP-TCA

Diagnostic étiologique

Algies pelviennes aiguës

- **Grossesse extra-utérine (GEU) +++** (cf [Grossesse extra-utérine](#))
 - Toute douleur pelvienne est une GEU jusqu'à preuve du contraire +++
 - **Examen clinique** = triade: métrorragie / douleur pelvienne / retard de règles
 - **Examens complémentaires**
 - **hCG quantitatifs:** augmentés avec cinétique anormale
 - **Echographie pelvienne:** signes directs (2) et indirects (5)
- **Avortement spontané précoce (ASP = FCS)** (cf [Principales complications de la grossesse](#))
 - **Examen clinique** = grossesse en T1 (DDR) / métrorragies / crampes pelviennes
 - **Examens complémentaires**
 - **hCG plasmatiques:** décroissance brutale du taux en 48h (≠ GEU)
 - **Echographie pelvienne:** pas d'activité cardiaque / sac hypotonique
- **Salpingite aiguë (infection utéro-annexielle)** (cf [Infections sexuellement transmissibles \(IST\) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain \(HPV\), trichomonose](#))
 - Prise de la température devant toute douleur pelvienne +++ (**A savoir !**)
 - **Examen clinique**
 - douleur pelvienne / leucorrhée purulente / métrorragie / partenaire
 - TV = douleur à la mobilisation utérine / TR = irritation péritonéale
 - **Examens complémentaires**
 - **Bilan infectieux:** NFS-CRP / plts locaux / hémocultures / ECBU
 - **Bilan IST** si salpingite confirmée +++ (**A savoir !**) / NPO partenaire !
- **Fibromes utérins** (cf [Tumeurs du col utérin](#))
 - **Nécrobiose aseptique:** fièvre / fibrome mou / « cocarde » à l'échographie
 - **Torsion:** sur fibrome sous-séreux pédiculé (rare)
- **Pathologie annexielle** (cf [Tumeurs de l'ovaire](#))
 - **Torsion d'annexe sur kyste +++**
 - **Examen clinique:** douleur pelvienne brutale intense / latéralisés / défense
 - **Ex. complémentaires:** hCG négatifs et échographie = kyste volumineux +++
 - **Rupture hémorragique d'un kyste de l'ovaire**
 - **Examen clinique:** douleur brutale et irritation péritonéale +/- hémopéritoine
 - **Ex. complémentaires** = hCG négatifs (≠ GEU) / échographie = lame dans Douglas
 - **Hémorragie intra-kystique**
 - Douleur brutale latéralisée +/- masse latéro-utérine douloureuse au TV
 - Diagnostic à l'écho: visualisation du saignement intra-kystique

Algies pelviennes chroniques (> 6M)

- **Endométriose +++**
 - **Définition**
 - = foyers ectopiques extra-utérins de tissu endométrial comportant à la fois des glandes et du stroma (endométriomes)
 - Atteinte plurifocale: sur péritoine / ovaires / petit-bassin / rectum, etc.
 - **Examen clinique**
 - **Terrain:** femme jeune / souvent nullipare ou infertile
 - **Douleur pelviennes cycliques:** dysménorrhées secondaires tardives
 - **Orientation topographique:**

- atteinte sous-péritonéale: dyspareunies profondes
 - atteinte digestive: rectorragies / ténesme / épreintes
 - atteinte urinaire: hématurie / impériosités mictionnelles
- Examens complémentaires
 - Echographie pelvienne par voie endovaginale: endométriome ovarien ~ kyste (!! et CA 125 ↑)
 - IRM pelvienne: examen non systématique: greffes endométriales en hyperT2, permet une cartographie des lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde
 - Coelioscopie: examen diagnostique de référence, seulement si geste thérapeutique associé dans le même temps désormais
- Traitement (en cas d'endométriose douloureuse)
 - Médicamenteux:
 - macroprogestatifs
 - ou pilule oestroprogestative monophasique en continu
 - ou danazol
 - ou analogue de la LHRH (prescription < 1 an)
 - Chirurgical: si échec: coelioscopie pour destruction des lésions(coagulation, vaporisation laser) ou exérèse
 - Prise en charge psychologique
- Adénomyose
 - Définition
 - = présence de glandes et de stroma endométriaux dans le myomètre
 - « endométriose de localisation myométriale »
 - Examen clinique
 - Femme en péri-ménopause; multipares ++ / utérus dur et douloureux
 - Dysménorrhée secondaires et tardive / ménorragies / dyspareunie
 - Examen complémentaires
 - IRM pelvienne +++ : foyers endométriaux intra-myomètre en hyperT2
 - Hystérocopie: orifices de pénétration intra-myométriale bleutées
 - Hystérogaphie: images « diverticulaires » (obsolète en pratique)
 - Traitement
 - Médicamenteux = progestatifs antigonadotropes, DIU au lévonorgestrel ou agonistes LHRH
 - Chirurgical = hystérectomie totale si patiente symptomatique ne souhaitant plus d'enfant (++)
- Salpingite chronique
 - Tableau à bas bruit / pas de fièvre / sur IST à chlamydia +++
 - Diagnostic par PCR et coelioscopie: bilan lésionnel +/- traitement (adhérences ++)
- Autres étiologies
 - Rétroversion utérine = malposition utérine banale: pesanteur / dyspareunie
 - Congestion pelvienne = troubles de la circulation veineuse (pas de valvules)
 - Sd de Masters et Allen = déchirure du ligament large / mobilité anormale de l'utérus
 - Non gynécologiques = digestives (rectum, intestin) / uro (vessie) / ostéo, etc.
 - Psychogènes = troubles somatoformes (cf [Troubles somatoformes à tous les âges.](#)) / !! diagnostic d'élimination
- Algies pelviennes cycliques
- Disménorrhée (= algoménorrhée)
 - = douleurs pelviennes contemporaines des règles (« règles douloureuses »)
 - !! extrêmement fréquent: > 50% des femmes dont 10% de cas handicapant
 - Etiologies
 - dysménorrhées primaire (« essentielles »: multifactorielles: contraction, PG, psy..)
 - dysménorrhées secondaires (organiques: endométriose ++ / sténose du col..)
 - Traitement
 - si essentielle: AINS / oestro-progestatifs / anti-prostaglandines (Ponstyl®)
 - si organique: celui de la cause
- Syndrome inter-menstruel = douleur ovulatoire
 - Physiopath: ovulation = rupture folliculaire: libération d'oestrogènes → métrorragies
 - Clinique: douleur en milieu de cycle (cf ovulation) avec métrorragies minimes
 - Paraclinique: hCG négatifs et échographie normale ou lame dans Douglas
 - Examens complémentaires sont donc inutiles !
 - ttt = antalgiques + antispasmodiques
- Syndrome pré-menstruel
 - = symptômes précédants l'apparition des règles / disparaissent après quelques jours
 - Physiopathologie: insuffisance lutéale (involution précoce Cj) → hyperoestrogénie relative
 - Clinique: tension mammaire / douleur abdomino-pelvienne / troubles de l'humeur, etc.
 - Traitement: progestatifs en seconde partie de cycle: J15 - J25 (idem péri-ménopause)

Synthèse pour questions fermées

A quoi correspond l'endométriose ?

- A des foyers ectopiques extra-utérins de tissu endométrial (endométriose)
(l'adénomyose est la même chose MAIS localisé uniquement dans le myomètre)

Quel est l'examen de référence pour l'endométriose ?

IRM pelvienne

Quel est le traitement médicamenteux de 1ère intention dans l'endométriose ?

- Macroprogestatifs + agonistes LH-RH pendant 3 mois