

ITEM 39 : ALGIE PELVIENNE

DOULEUR PELVIENNE AIGUË (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, dol 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">- D'infection génitale haute : antécédent d'IST, 1^{er} 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	
	SF	<ul style="list-style-type: none">- 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 scapulalgie : épanchement péritonéale (rupture tubaire de GEU)- 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)	
	SC	<ul style="list-style-type: none">- Instabilité hémodynamique → évoque un hémopéritoine sur rupture hémorragique de kyste ovarien ou sur rupture de GEU : prise en charge chirurgicale en urgence ± après échographie si l'état le permet- Irritation/défense péritonéale : rupture de GEU, torsion d'annexe, infection génitale haute compliquée (abcès tubo-ovarien, pelvipéritonite), appendicite- Examen au spéculum : - Leucorrhées et/ou cervicite : infection génitale haute<ul style="list-style-type: none">- Métrorragies- TV : signes d'infection génitale haute, masse latérale (kyste ovarien), utérus bosselé augmenté de taille (fibrome)	
	Bio	<ul style="list-style-type: none">- Test d'hCG urinaire qualitatif : peut être utile en 1^{er} lieu- 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- BU indispensable- NFS : - Hyperleucocytose : appendicite, IGH (surtout compliquée), nécrose, rarement torsion d'annexe<ul style="list-style-type: none">- Anémie : hémopéritoine- ↗ CRP : appendicite, infection génitale haute (élévation importante si compliquée)- Bactériologie : - Prélèvements vaginaux et endo-cervicaux : recherche de gonocoque, <i>Chlamydia</i>, mycoplasme<ul style="list-style-type: none">- Ablation et examen bactériologique de DIU : recommandée en contexte d'IGH	
	PC	Echographie pelvienne associée au doppler si besoin	<p>= Examen diagnostique de référence : échographie ± Doppler abdominale, des voies urinaires et/ou pelvienne par voie abdominale et endovaginale (sauf chez la patiente vierge)</p> <ul style="list-style-type: none">- IGH : épaississement de la paroi tubaire, épanchement intra-tubaire, modification de flux des artères utérines, recherche d'abcès tubo-ovarien- Pathologie annexielle : image annexielle pathologique le plus souvent retrouvée- GEU : vacuité utérine (pour un taux d'hCG > 1500 UI/ml), sac extra-utérin ± embryon, masse latéro-utérine, hémopéritoine, hématosalpinx
	Autres	<ul style="list-style-type: none">- TDM abdomino-pelvienne en 2nd intention- IRM si CI au TDM (femme enceinte ++)- Coelioscopie : en cas d'instabilité hémodynamique ou à but thérapeutique (appendicite...)- Biopsie d'endomètre : si doute :<ul style="list-style-type: none">- entre une grossesse arrêtée et une GEU : rechercher des villosités choriales- IGH : signes histologiques d'endométrite	

Cause	2 nd à la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - GEU : métrorragie, douleur pelvienne latéralisée, à l'échographie = utérus vide, masse latéro-utérine, épanchement pelvien, voire sac et embryon ectopique - Avortement spontané précoce : 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 - Endométriose du post-partum ou du post-abortion - Complication du corps jaune gestationnel (hémorragique ou kyste du corps jaune et ses complications)
	Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Infection génitale haute : douleurs pelviennes, fièvre, leucorrhée purulente ± métrorragie, douleur à la mobilisation utérine, empâtement douloureux des culs-de-sac latéro-vaginaux - Torsion d'annexe = généralement sur un kyste de l'ovaire : syndrome abdominal aigu (douleur brutale, intense, latéralisée, avec défense et vomissements), à l'échographie = volumineux kyste ovarien +/- arrêt des flux - Torsion subaiguë : crises douloureuses brèves, spontanément résolutive - Causes plus rares : <ul style="list-style-type: none"> . Rupture de kyste ovarien ou hémorragie intra-kystique . Nécrobiose de fibrome . Syndrome inter-menstruel . Torsion de fibrome pédiculé . Accouchement d'un myome sous muqueux par le col utérin - Cause extra-gynécologique : appendicite aiguë, colique néphrétique, pyélonéphrite, IU basse, sacro-iléite bactérienne, ostéite, anévrisme de l'artère iliaque, infection du kyste de l'ouraque
Causes rares de douleur pelvienne aiguë	Rupture de kyste ovarien	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur pelvienne : d'apparition brutale, résolution spontanée et complète en quelques jours - Echographie : lame liquidienne dans le cul-de-sac de Douglas, ovaires normaux - Rupture hémorragique de kyste ovarien (plus rare) : tableau péritonéal d'installation brutale, jusqu'au choc hémorragique par hémopéritoine massif
	Hémorragie intra-kystique	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur pelvienne latéralisée, d'installation brutale - Masse latéro-utérine douloureuse - Echographie: kyste ovarien de contenu hétérogène - PEC : antalgies, repos, surveillance clinique et biologique (NFS : risque de rupture hémorragique)
	Syndrome inter-menstruel	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur pelvienne de survenue rapide, en milieu de cycle (ovulation : rupture du follicule mûr) - Métrorragies généralement peu importantes - Echographie : lame liquidienne dans le cul-de-sac de Douglas
	Nécrobiose aseptique de fibrome	<ul style="list-style-type: none"> = Mauvaise vascularisation du fibrome à l'origine d'une ischémie aiguë, favorisée par la grossesse - Douleur intense - Syndrome toxi-infectieux avec fièvre (38-39°), pâleur - Fibrome augmenté de volume, ramolli, très douloureux - Echo : image en « cocarde » avec zone centrale de nécrose entourée d'une couronne d'œdème
	Torsion de fibrome sous-pédiculé	<ul style="list-style-type: none"> = Rare - Diagnostic différentiel d'une torsion d'annexe

DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE

= Douleur pelvienne évoluant depuis > 6 mois

+Étiologie	Endométriose ++++	<p>= Tissu endométrial entouré par un stroma, ectopique extra-utérin : péritoine, ovaires, utérus voire autres organes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Touche surtout les femmes jeunes (30-35 ans) ; 10 % des femmes en âge de procréer sont atteintes - Retard diagnostique fréquent (7-10 ans) - 3 types : <ul style="list-style-type: none"> . 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 . 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
		<p>SF</p> <ul style="list-style-type: none"> - Douleur abdominale, lombaire, sacrée : continue ou intermittente ± cyclique - Dysménorrhée secondaire tardive (vers le 3^{ème} jour des règles), sensibles aux AINS, s'améliorant sous POP - Ménorragies fréquentes - Dyspareunie profonde - Infertilité (par obstruction tubaire bilatérale ; dyspareunies empêchant les RS ; endométriomes 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 inter-menstruelles chroniques
		<p>SC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rétroversion utérine fixée - Douleurs à la palpation des culs-de-sac - Parfois : - Nodules violacé cervico-vaginal ou de la cloison recto-anale <ul style="list-style-type: none"> - Masse annexielle si endométriome ovarien - Utérus augmenté de volume si adénomyose
		<p>PC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echo : kyste ovarien d'allure endométriosique, adénomyose, 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 - Endométriose profonde : formations étoilées hypo T1 et T2 - 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, coloTDM, cystoscopie, uroTDM ...) - CA125 augmenté en cas d'endométriose ovarienne ou péritonéale diffuse (son dosage n'est pas recommandé) - 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)
		<p>TTT</p> <ul style="list-style-type: none"> = Traitement anti-gonadotrope jusqu'à l'âge de la ménopause : - 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'endométriome, coagulation des implants endométriosiques, adhésiolyse

	Adénomyose	= Foyers d'endomètre à l'intérieur du myomètre : touche surtout les femmes en péri-ménopauses - FdR : antécédent de traumatisme endo-utérin, multiparité	
		SF	- Douleur pelvienne - Ménorragie - Dysménorrhée 2^{ndr} tardive
		SC	- Utérus dur, augmenté de volume
		PC	- Hystérographie : image diverticulaire pathognomonique - Hystéroscopie : orifices de pénétration glandulaire, nodules bleutés sous-muqueux
		TTT	- 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)
	Séquelles d'infections génitales hautes	- Salpingite subaiguë ou chronique (à <i>Chlamydia</i> principalement) : annexes inflammées, adhérences, brides, liquide intra-péritonéal - Dystrophie ovarienne poly-kystique souvent associée - Diagnostic : coelioscopie - TTT : antibiotique, AINS	
	Syndrome de Masters et Allen	= 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	
	Rétroversion utérin	= Malposition utérine souvent banale, réductible (si fixée et irréductible : endométriose) - Pesanteur à l'effort, douleur à irradiation anale, dyspareunie	
	Congestion pelvienne	= Absence physiologique de valvules sur les veines du petit bassin : troubles de la circulation avec varicocèle lombo-ovarien, douleurs	
	Causes extra-génitales	- Douleurs ostéo-musculaires - Causes digestives ou urinaires	
	Cause psychogène	= Diagnostic d'élimination : somatisation au niveau de la sphère génito-pubienne de conflits psycho-affectifs sous-jacents - Discordance entre symptômes et examen clinique normal	