

# Douleurs pelviennes

H. Fernandez

*La douleur pelvienne constitue une situation fréquente de consultation en gynécologie. Elle se définit par l'existence d'une douleur des quadrants inférieurs de l'abdomen. La distinction entre le caractère aigu ou chronique peut être difficile. De manière pragmatique, la douleur pelvienne aiguë constitue le premier motif de consultation en urgence alors que les douleurs pelviennes chroniques sont habituellement vues au cours d'une consultation gynécologique programmée. La douleur pelvienne est d'origine gynécologique dans moins de 50 % des cas et l'analyse sémiologique de la douleur doit faire la part entre l'origine génitale et extragénitale. Les deux principales causes de douleurs pelviennes aiguës sont l'appendicite et les douleurs pelviennes d'origine indéterminée, alors que les causes organiques gynécologiques les plus fréquentes sont la grossesse extra-utérine et les infections génitales hautes. La mise au point d'une démarche rationnelle d'analyse diagnostique des douleurs pelviennes aiguës va avoir pour but d'éliminer les situations d'urgence, et donc une grossesse extra-utérine par la pratique systématique d'un dosage de la human chorionic gonadotrophin au moindre doute, et de limiter le nombre de coelioscopies inutiles. Ainsi, une connaissance de l'épidémiologie, la compréhension de la physiopathologie et l'analyse clinique de la douleur vont permettre d'avoir une démarche diagnostique où la coelioscopie n'est que le dernier recours. Dans les douleurs pelviennes chroniques, la coelioscopie est en revanche une étape facultative, la recherche de l'étiologie pouvant être décevante car le lien causal est souvent difficile à établir. Les prises en charge multidisciplinaires donnent les meilleurs résultats, et l'ensemble de la stratégie diagnostique et thérapeutique est basé sur le fait que l'objectif principal est de soulager la patiente et non de trouver une cause somatique à la douleur chronique.*

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Adhérences ; Appendicite ; Douleur pelvienne aiguë ; Douleur pelvienne chronique ; Dysménorrhée ; Dyspareunie ; Endométriose ; Grossesse extra-utérine ; Infection génitale haute

## Plan

■ Introduction	1
■ Douleur pelvienne aiguë	1
Épidémiologie des douleurs pelviennes aiguës	2
Physiopathologie	2
Diagnostic	2
Valeur des signes associés à la douleur	3
Examen clinique	3
Examen paraclinique	4
Place de la coelioscopie	5
Stratégie diagnostique en fonction de chaque étiologie	5
■ Douleur pelvienne chronique	6
Approche diagnostique	7
Examen clinique	7
Exploration diagnostique	7
Approches diagnostique et thérapeutique	8

## ■ Introduction

La douleur pelvienne se définit par une douleur des quadrants inférieurs de l'abdomen.

D'emblée se distinguent deux entités : les douleurs pelviennes aiguës, principalement caractérisées par un recrutement par les urgences, et les douleurs pelviennes chroniques, non liées au cycle menstruel, évoluant depuis 6 mois ou plus, dont la prévalence est estimée à 3,8 % chez les femmes âgées entre 15 et 73 ans et qui sont vues habituellement lors d'une consultation programmée. Cependant, la distinction entre le caractère aigu ou chronique d'une douleur pelvienne peut être difficile en raison de l'existence d'épisodes aigus surajoutés à une douleur pelvienne cyclique.

La subjectivité du syndrome représenté par le terme douleur situe d'emblée toute la difficulté de l'approche diagnostique. Pour des raisons didactiques évidentes, on séparera les douleurs pelviennes aiguës des douleurs pelviennes chroniques.

## ■ Douleur pelvienne aiguë

La douleur pelvienne aiguë constitue le premier motif de consultation d'urgences en gynécologie. <sup>[1]</sup> L'étiologie des douleurs pelviennes aiguës comprend des pathologies liées à la grossesse, des pathologies gynécologiques et des pathologies non gynécologiques (Tableau 1).

La mise au point d'une stratégie diagnostique devant une douleur pelvienne aiguë doit permettre d'aboutir au diagnostic en utilisant des moyens diagnostiques non invasifs dans le but

**Tableau 1.**

Étiologies des douleurs pelviennes aiguës.

En rapport avec la grossesse	De cause gynécologique	Causes extragynécologiques
Grossesse extra-utérine	Infection génitale haute : endométrite (pyosalpinx), salpingite simple, pelvipéritonite, abcès tubo-ovarien (pyosalpinx)	Appendicite aiguë
Kyste hémorragique du corps jaune	Corps jaune hémorragique	Colopathie fonctionnelle
Torsion de kyste ou d'annexe (après stimulation ovarienne)	Complication d'un kyste ovarien : hémorragie intrakystique, rupture de kyste	Sigmoïdite
Avortement : en cours, septique, incomplet	Torsion d'annexe : sur kyste ou tumeur ovarienne, sur pathologie tubaire, sur annexe saine	Colique néphrétique
Infection urinaire : pyélonéphrite aiguë, cystite	Syndrome d'hyperstimulation ovarienne	Infection urinaire : cystite, pyélonéphrite aiguë
Rupture utérine	Complication des myomes : nécrobiose, torsion d'un myome pédiculé	Causes rares : sacro-iliite bactérienne, ostéite, anévrisme artériel, kyste de l'ouraie infecté
	Endométriose	
	Dysovulation	
	Douleur pelvienne sans anomalie identifiée	

**Tableau 2.**

Prévalence des principales affections responsables de douleurs pelviennes aiguës.

Diagnostic	Pourcentage
Infection pelvienne aiguë	4,5** - 13,5*
Grossesse extra-utérine	3,1** - 1,3*
Complication d'un kyste de l'ovaire	2,8** - 4,1*
Appendicite	23** - 20,6*
Infection urinaire	2,7** - 12,0*
Colique néphrétique	1,9**
Douleur pelvienne d'origine non retrouvée	25,3** - 47,6*

\* Walmsley [3] ; \*\* AURC et ARC [2].

de limiter les coelioscopies exploratrices. La connaissance de l'épidémiologie, la compréhension de la physiopathologie, la qualité de l'interrogatoire, l'examen clinique et la pratique immédiate d'un test de grossesse devant toute douleur pelvienne aiguë doivent permettre d'élaborer un arbre diagnostique qui va conduire aux examens diagnostiques non invasifs et à la thérapeutique.

## Épidémiologie des douleurs pelviennes aiguës

La démarche diagnostique impose de connaître la prévalence des étiologies des douleurs pelviennes aiguës et la gravité potentielle de ces douleurs dont un retard au diagnostic pourrait avoir des conséquences délétères.

La prévalence des douleurs pelviennes aiguës a été estimée à partir du recueil prospectif des observations des principales affections responsables de ces douleurs (Tableau 2). [2, 3]

Les douleurs pelviennes indéterminées et l'appendicite sont les deux principales causes.

L'origine gynécologique de ces douleurs ne constitue que de 15 à 35 % des affections organiques responsables de douleurs aiguës. Parmi les causes purement gynécologiques, les deux pathologies responsables le plus fréquemment de douleurs pelviennes aiguës et nécessitant le recours à une coelioscopie sont la grossesse extra-utérine et les infections génitales hautes.

La prévalence des grossesses extra-utérines est estimée en France à partir du registre d'Auvergne à 2 % des naissances. [4] La fréquence de cette situation clinique impose donc la pratique systématique d'un test urinaire de grossesse dans le but d'éviter les erreurs ou les retards de diagnostic.

L'incidence exacte des infections génitales hautes est en France méconnue, par défaut de registre exhaustif et en raison de la fréquence des formes pauci- ou asymptomatiques. Elle est cependant estimée à 100 000 cas par an. [5] De plus, les seules données épidémiologiques existantes datent du début des années 1980 et les campagnes proposant le préservatif ont vu l'incidence des infections génitales hautes aiguës diminuer.

La prévalence des autres causes des douleurs aiguës est inconnue. La torsion d'annexes représente de 3 à 7 % des

indications de coelioscopie. L'endométriose est une pathologie intermédiaire entre les douleurs aiguës et les douleurs chroniques, et elle peut être retrouvée à tout moment lors d'une coelioscopie, associée ou non à l'existence d'un kyste ovarien.

## Physiopathologie

Certaines particularités de l'anatomie et de la physiologie du pelvis sont à l'origine des difficultés d'interprétation de la douleur pelvienne aiguë.

La proximité anatomique des différents organes situés dans le petit bassin et le fait que leurs innervations proviennent de fibres voisines expliquent les difficultés de localisation topographique des douleurs pelviennes.

Une douleur de la fosse iliaque droite peut correspondre à une pathologie annexielle (ovaire ou trompe), à une pathologie appendiculaire, à une pathologie de l'uretère ou une pathologie utérine.

L'innervation sensitive de l'ovaire (T10) est responsable de l'irradiation lombaire des douleurs ovariennes. [6] De même, la latéralisation des douleurs est inconstante puisqu'il est estimé que, dans 15 % des cas, la pathologie en cause est du côté opposé au lieu de la douleur.

Les signes d'irritation péritonéale (défense, douleur à la palpation, contracture) sont presque constamment absents en cas d'atteinte du péritoine pelvien. L'équivalent pelvien de l'irritation péritonéale est la douleur à la mobilisation utérine. La réaction péritonéale n'est pas corrélée à la gravité de l'irritation péritonéale dans les pathologies gynécologiques.

## Diagnostic

### Interrogatoire

La recherche de facteurs de risque spécifiques est un des éléments déterminants pour appréhender les principales étiologies.

Pour la grossesse extra-utérine, les principaux facteurs de risque sont par ordre de fréquence : le tabac, les antécédents d'infections pelviennes, les antécédents d'infertilité, les antécédents de chirurgie tubaire et de grossesse extra-utérine, les antécédents de stérilet, l'âge supérieur ou égal à 40 ans et l'utilisation de citrate de clomiphène.

Coste et al. [7] ont proposé, à partir des facteurs de risque, d'établir un score de prédiction des grossesses extra-utérines indépendamment de la symptomatologie clinique (Fig. 1).

Dans les infections génitales hautes, les facteurs discriminants dans les antécédents sont l'existence d'une maladie sexuellement transmissible, la multiplicité des partenaires sexuels. [8] Les autres facteurs, comme l'usage d'un dispositif intra-utérin, l'absence de statut marital, sont de faible valeur diagnostique. [9]

Le risque de torsion d'annexes est augmenté en cas d'existence de kyste ovarien connu et surtout lors des stimulations ovariennes, en particulier au premier trimestre d'une grossesse issue d'une assistance médicale à la procréation. [10, 11]

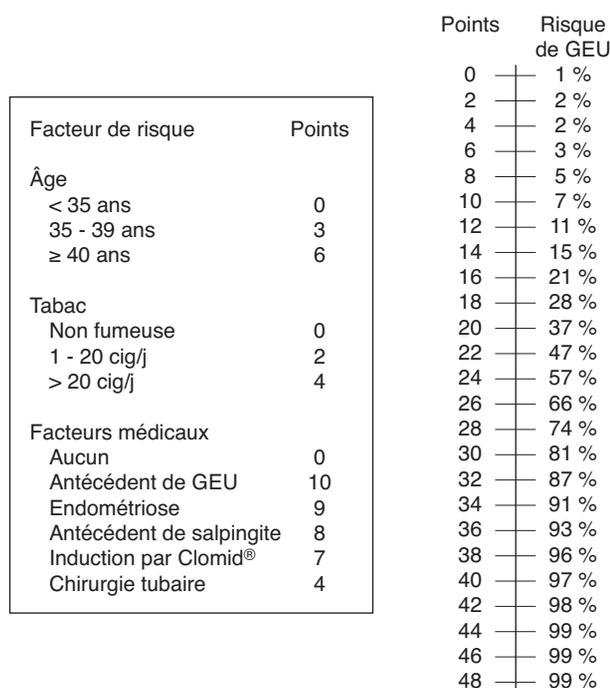


Figure 1. Échelle de risque des grossesses extra-utérines (GEU).

Tableau 3.

Éléments d'orientation devant une douleur pelvienne aiguë.

Élément d'orientation	Diagnostic évoqué
Début brutal	Rupture de kyste Torsion d'annexe ou de myome Corps jaune hémorragique
Début en première partie de cycle	Salpingite
Début en milieu ou seconde partie de cycle	Torsion d'annexe ou de myome Rupture de kyste Hémorragie intrakystique Corps jaune hémorragique
Épisodes douloureux rythmés	Endométriose Torsion Corps jaune hémorragique
Douleur de l'hypocondre droit	Salpingite
Irradiations scapulaires	Hémopéritoine
Irradiations lombaires	Torsion Kystes compliqués
Douleur à la mobilisation utérine	Grossesse extra-utérine Salpingite Corps jaune hémorragique
Défense/douleur de rebond	Pelvipéritonite Hémopéritoine Rupture de kyste Nécrobiose de myome Torsion
Métrorragies	Grossesse extra-utérine Fausse couche spontanée Salpingite
Instabilité hémodynamique	Grossesse extra-utérine Hémopéritoine Torsion
Nausées/vomissements	Torsion Pelvipéritonite Hémopéritoine

## Caractère de la douleur

Les éléments d'orientation diagnostique et clinique à évoquer devant une douleur pelvienne aiguë sont résumés dans le Tableau 3.

Un mode de début brutal est évocateur de torsion d'annexes, de rupture de kyste quelle que soit son origine.

À l'opposé, les modes d'installation progressive sont plus en faveur d'une infection génitale haute, en particulier lorsque la douleur débute en phase folliculaire. [12]

À l'opposé des douleurs aiguës qui sont d'une durée brève, de quelques heures à 48 heures, les douleurs faisant évoquer une infection génitale haute ont une évolution traînante. Ce caractère prolongé de la douleur est discriminant entre le diagnostic d'une appendicite et celui d'une infection génitale haute.

Le caractère unilatéral de la douleur oriente vers une pathologie ovarienne, une grossesse extra-utérine ou une pathologie urinaire. Une douleur bilatérale est plus en faveur d'une infection génitale haute et d'un épanchement péritonéal.

Une douleur médiane continue ou rythmée oriente vers une pathologie utérine faisant évoquer des colites expulsives d'une grossesse, d'un polype ou d'un fibrome endo-utérin.

Des douleurs lombaires d'origine ovarienne ou urétérale doivent pouvoir être différenciées, une douleur des fosses lombaires jointe à un examen direct des urines doit faire la part entre une origine ovarienne et urétérale.

Les scapalgies sont dues à un épanchement péritonéal dont l'origine hématisque est suspectée en cas de test de grossesse positif.

Les douleurs de l'hypocondre droit isolées peuvent être en faveur d'un syndrome de Fitz-Hugh et Curtis ou périhépatite infectieuse avec adhérences reliant la capsule de Glisson au péritoine.

Il n'existe aucune corrélation connue entre l'intensité de la douleur et la gravité de l'atteinte.

## Valeur des signes associés à la douleur

L'existence de métrorragies impose immédiatement un test de grossesse. Si celui-ci est positif, il évoque une évolution anormale de la grossesse. Il n'existe aucun caractère discriminant des métrorragies en faveur du diagnostic différentiel entre une grossesse évolutive normale, une fausse couche et une grossesse extra-utérine.

En l'absence de grossesse, les métrorragies sont le plus fréquemment associées aux infections génitales hautes.

Les nausées et les vomissements évoquent une irritation péritonéale, quelle que soit l'origine de celle-ci.

Les signes fonctionnels urinaires à type de brûlure, d'hématurie, évoquent une pathologie urologique à type de colique néphrétique, de cystite, de pyélonéphrite.

## Examen clinique

Il comprend l'examen abdominal, la recherche d'un météorisme, d'une douleur provoquée, d'une défense, voire d'une contracture.

L'examen au spéculum recherche des métrorragies et des leucorrhées purulentes, ainsi que des signes de vaginite et de cervicite associés.

Les touchers pelvien et vaginal, éventuellement associés au toucher rectal, recherchent une douleur provoquée, une douleur à la mobilisation utérine, une masse latéro-utérine.

L'existence d'une douleur provoquée de l'angle costolombaire est évocatrice de pyélonéphrite en cas de fièvre associée ou de coliques néphrétiques. Leur absence élimine pratiquement le diagnostic.

L'existence d'une fièvre doit faire évoquer une infection génitale haute, une appendicite.

La survenue secondaire d'un syndrome fébrile est en faveur d'une torsion, surtout en cas de douleur associée.

La sensibilité de l'examen clinique est cependant faible car la normalité n'élimine pas une pathologie éventuellement grave. Cependant, au moins un signe est habituellement retrouvé dans 80 % des cas. Dans l'appendicite aiguë, l'examen clinique reste l'examen de référence. Dans les infections génitales hautes, il n'est utile que dans les formes sévères évoquant une pelvipéritonite. Dans la grossesse extra-utérine, sa valeur est quasi nulle. Cependant, l'existence d'une douleur fait partie de scores (Tableau 4) pouvant être utiles à la stratégie thérapeutique entre un traitement médical ou un traitement chirurgical. [13]

**Tableau 4.**

Score de Fernandez.

	> 49	42 - 49	≤ 42
Aménorrhée (jours)	> 49	42 - 49	≤ 42
hCG (UI/ml)	≤ 1 000	1 000 – 5 000	> 5 000
Progestérone (ng/ml)	≤ 5	5 - 10	> 10
Douleur	Nulle	provoquée	spontanée
Hématosalpinx (cm)	≤ 2	2 - 4	> 4
Hémopéritoine (ml)	Minime	moyen	abondant

hCG : *human chorionic gonadotrophin*.

L'ensemble des informations utiles pour le diagnostic est résumé dans le [Tableau 5](#).

## Examen paraclinique

### Dosage de la « human chorionic gonadotrophin » (hCG)

La pratique d'un test de grossesse doit être systématique lors de toute consultation en urgence chez une personne en période d'activité génitale consultant pour une douleur pelvienne aiguë, surtout associée à des métrorragies.

Cette stratégie diagnostique est la seule façon de ne pas méconnaître une grossesse quelle que soit sa localisation, car le retard de règles est méconnu dans 50 % des cas de grossesse extra-utérine, les métrorragies peuvent être absentes dans 20 % des grossesses extra-utérines et aucune méthode contraceptive y compris la ligature tubaire n'a jamais montré une efficacité de 100 %.

Les tests qualitatifs urinaires à l'aide de « home tests » ou les tests qualitatifs plasmatiques permettent d'avoir un résultat rapide, de quelques minutes à 1 heure, et ceci 24 heures sur 24.

Les tests qualitatifs présentent cependant un seuil de détection qu'il faut connaître avant d'utiliser définitivement les informations de ce diagnostic. Les seuils habituels sont de 25 à 50 mUI/ml.

En cas de facteur épidémiologique faisant fortement suspecter une grossesse extra-utérine, il est important de demander un dosage quantitatif plasmatique.

### Autres examens complémentaires

#### Numération formule sanguine

La recherche d'une hyperleucocytose est l'élément essentiel dans l'interprétation d'une numération formule sanguine et l'hyperleucocytose est constante dans l'appendicite aiguë. [14]

**Tableau 5.**

Informations utiles pour le diagnostic d'une urgence gynécologique.

Interrogatoire	Examen physique	Examens paracliniques
Âge	Pouls, pression artérielle	hCG urinaire (Kit des urgences)
Période d'activité génitale	Examen abdominal :	hCG qualitatif et/ou quantitatif sanguin
Parité, gravidité	- météorisme	± Numération formule sanguine
Antécédent de grossesse extra-utérine	- douleur provoquée	± Protéine C-réactive
Antécédent de salpingite	- défense	± Échographie pelvienne
Histoire d'infertilité	Touchers pelviens :	± Examen cytobactériologique des urines
Méthode contraceptive	- douleur provoquée	
Date des dernières règles	- douleur à la mobilisation utérine	
Connaissance d'une grossesse	- masse latéro-utérine	
Aménorrhée	Examen au spéculum	
Activité sexuelle		
Douleur spontanée et ses caractéristiques :		
- mode de début		
- siège, latéralité		
- irradiations		
- intensité		
- mode évolutif		
Hémorragie utérine		
Autres signes :		
- nausée et vomissements		
- transit intestinal altéré		
- signes urinaires		
- leucorrhées		
- malaises ou lipothymies		
- fièvre		

Dans les infections génitales hautes, elle n'est présente que dans 50 % des cas et ne participe donc pas à la stratégie diagnostique de cette pathologie.

L'hyperleucocytose est un bon témoin d'une pathologie organique, mais sa présence n'est spécifique d'aucune pathologie.

### Dosage de la protéine C-réactive (CRP)

Dans les infections génitales hautes, la sensibilité diagnostique de la CRP est supérieure à celle de la vitesse de sédimentation. Cette sensibilité est comprise entre 70 et 93 % des cas. [15] L'élévation de la CRP est un marqueur d'un syndrome inflammatoire qui n'est cependant pas spécifique et qui doit être intégré au contexte clinique.

La négativité d'une CRP ne permet pas d'éliminer les pathologies organiques.

### Bandelette urinaire et examen cytobactériologique des urines

Les bandelettes réactives peuvent orienter vers une pathologie urinaire de type colique néphrétique, cystite, pyélonéphrite. La qualité du prélèvement est essentielle pour interpréter le résultat. L'absence d'hématurie à la bandelette permet d'éliminer une colique néphrétique.

L'examen cytobactériologique des urines complète l'examen. Il est au mieux prélevé lors d'un sondage évacuateur et doit être systématique devant l'existence d'une fosse lombaire douloureuse avec ou sans fièvre.

### Prélèvements cervicovaginaux

Ils sont systématiques devant toute suspicion d'infection génitale haute. La recherche de *Chlamydiae* par *polymerase chain reaction* est l'examen le plus sensible. En cas de suspicion forte, il est important de répéter cet examen car la probabilité d'observer la présence de *Chlamydia trachomatis* ou de *Nisseria gonorrhoeae* au niveau cervical augmente avec le nombre de prélèvements pratiqués. [16]

### Échographie pelvienne

L'échographie pelvienne ne se conçoit que comme l'association d'une échographie abdominale et d'une échographie vaginale. L'échographie par voie transabdominale est le premier examen de débrouillage aux urgences. Il est essentiel de débiter par l'échographie abdominale car elle permet de diagnostiquer des masses annexielles haut situées dans le pelvis et non diagnostiquables dans 20 % des cas par voie vaginale.

**Tableau 6.**

Critères pour le diagnostic non coelioscopique des infections génitales hautes (d'après Weström et Mardh [25], Hager et al. [23] et Soper [24]).

Weström	Hager	Soper
<b>Critères obligatoires (tous doivent être présents)</b>		
douleur abdominale spontanée douleur anxielle provoquée signes d'infection génitale basse	douleur à la palpation abdominale douleur anxielle provoquée douleur à la mobilisation utérine	douleur anxielle provoquée leucorrhée ou endocervicite mucopurulente
<b>Critères additifs (chaque critère présent augmente la spécificité)</b>		
T > 38 °C masse annexielle palpable VS ≥ 15 mm	T > 38 °C leucocytes > 10 000 masse pelvienne à l'examen ou à l'échographie présence de pus à la culdocentèse présence de diplocoque à Gram négatif en endocervical	T > 38 °C leucocytes > 10 000 élévation de la VS ou de la CRP test positif pour <i>Chlamydia</i> ou gonocoque endomérite à la biopsie endométriale

T : température ; VS : vitesse de sédimentation ; CRP : protéine C-réactive.

L'échographie abdominale est devenue un élément diagnostique des appendicites aiguës nécessitant cependant un radiologue entraîné. [17]

Dans les infections génitales hautes, les signes échographiques n'ont aucune spécificité. L'échographie permet le diagnostic d'un abcès pelvien. [18]

L'échographie est l'élément principal du diagnostic de kyste ovarien quelle que soit sa nature. Sa sensibilité est médiocre pour le diagnostic de torsion annexielle. L'échographie doppler a une sensibilité faible et, de plus, les interruptions veineuses sont mal localisées en doppler contrairement aux arrêts des flux artériels. [19]

L'analyse de l'épanchement échogène du Douglas est en faveur d'un hémopéritoine. [20]

L'échographie pelvienne reste cependant le prolongement de l'examen clinique et sa pratique doit être systématique de première intention aux urgences. En cas de test de grossesse positif, seule l'échographie permet de discriminer entre une grossesse évolutive, une suspicion de fausse-couche ou de grossesse extra-utérine. L'importance sémiologique donnée par l'examen échographique de première intention doit favoriser l'acquisition par les services d'urgence d'un échographe de qualité.

Dans un deuxième temps, une échographie de référence permet d'affiner la stratégie diagnostique à partir de la confrontation des images avec la symptomatologie clinique et le résultat des examens paracliniques.

## Place de la coelioscopie

La coelioscopie est l'élément clé permettant de passer d'une suspicion diagnostique au diagnostic réel. La question principale reste la place en urgence de la coelioscopie compte tenu de la compétence de l'urgentiste et compte tenu du taux incompressible d'accidents coelioscopiques. [21] À l'opposé, il apparaît actuellement possible de traiter par coelioscopie la plupart des douleurs pelviennes aiguës qui pouvaient justifier autrefois d'une laparotomie, à savoir : l'appendicite aiguë, la torsion d'annexe, la grossesse extra-utérine, le pyosalpinx, les kystes hémorragiques de l'ovaire. Dans tous ces cas, la coelioscopie peut redresser le diagnostic suspecté en préopératoire, raccourcit la durée d'hospitalisation et diminue le coût global de la prise en charge. Cependant, une stratégie diagnostique utilisant l'imagerie a permis dans la grossesse extra-utérine d'éviter dans 30 à 40 % des cas de pratiquer des coelioscopies pour proposer un traitement médical de la grossesse extra-utérine. Il faut donc à tout moment savoir discuter de la meilleure prise en charge afin de diminuer les coelioscopies inutiles.

Dans 15 % des cas, aucun diagnostic n'est retrouvé en coelioscopie. [22] Ces coelioscopies blanches posent donc le problème de la sensibilité diagnostique de l'endoscopie. Ainsi, la coelioscopie peut être prise en défaut dans des salpingites a minima, dans des appendicites aiguës histologiquement prouvées avec aspect macroscopique normal de l'appendice et dans des grossesses extra-utérines où la coelioscopie pratiquée trop précocement peut ignorer un hématosalpinx inférieur à 1 cm. Dans cette dernière situation, en cas de doute diagnostique, il

est important de répéter à 48 heures un dosage d'hCG et une nouvelle échographie afin d'optimiser la stratégie diagnostique.

## Stratégie diagnostique en fonction de chaque étiologie

### Suspicion de grossesse extra-utérine

La meilleure stratégie diagnostique utilise le dosage quantitatif de l'hCG plasmatique et l'échographie pelvienne. Ces deux examens sauront être répétés à 48 heures chez les patientes pauci- ou asymptomatiques sans visualisation directe de l'hématosalpinx, ou dans les situations où l'hématosalpinx est de petit diamètre (inférieur à 2 cm) avec un taux d'hCG inférieur à 1 000 mUI/ml.

Dans tous les cas, le dosage de la progestérone plasmatique permet d'avoir une information sur l'évolutivité de la grossesse. La progestérone n'a par ailleurs aucun intérêt pour le diagnostic de grossesse extra-utérine. Hormis les situations où la symptomatologie clinique évoque une rupture ou une fissuration tubaire, associée à un hémopéritoine, qui oriente vers une coelioscopie immédiate (20 % des indications), les autres présentations cliniques vont devoir faire la part entre l'indication du traitement médical (de 30 à 40 % de l'ensemble des grossesses extra-utérines) ou le traitement coelioscopique. Ce dernier peut être soit une salpingectomie, soit un traitement conservateur en fonction du contexte d'infertilité, de l'état tubaire, mais en gardant à l'esprit que le traitement conservateur, qu'il soit chirurgical ou médical, est celui qui permet la meilleure fertilité ultérieure.

### Suspicion d'infection génitale haute

Les formes paucisymptomatiques des infections génitales hautes sont les plus fréquentes et échappent au diagnostic. Ce sont elles qui sont responsables d'hydrosalpinx ou de syndrome adhérentiel, souvent en rapport avec une infection à *Chlamydia trachomatis*. [15] Des critères diagnostiques non coelioscopiques ont été proposés (Tableau 6). [23-25] Leur sensibilité est cependant médiocre puisque, dans 25 % des infections génitales hautes étudiées en prospectif, les patientes ne présentaient pas les critères obligatoires au diagnostic.

Kahn et al., [9] dans une méta-analyse, ont étudié les principaux signes d'infection génitale haute, et évalués leur fréquence et leur aide au diagnostic (Tableau 7). Ces signes vont nous aider à cerner une population à risque tout en permettant d'affiner avant la coelioscopie les critères diagnostiques. En effet, il paraît actuellement déraisonnable de proposer une coelioscopie systématique devant toute suspicion de salpingite. En termes de santé publique, il n'est pas concevable, pour ne pas méconnaître une salpingite paucisymptomatique, de proposer une coelioscopie au moindre doute diagnostique car ceci amènerait un nombre important de coelioscopies blanches et les risques opératoires de la coelioscopie n'autorisent pas une attitude de ce type. De la même manière, on n'a jamais démontré l'intérêt de la coelioscopie en urgence, même en cas de diagnostic positif, pour éviter les séquelles des infections génitales hautes, excepté la situation où il existe un pyosalpinx.

**Tableau 7.**

Principaux signes d'infection génitale haute et leur valeur diagnostique (adapté de Kahn et al. [9]).

Signe ou symptôme	Fréquence (%)	Probabilité du diagnostic
Port d'un stérilet	32	Augmentée
Antécédent de maladie sexuellement transmise	40	Augmentée
Durée de la douleur > 4 jours	80	Augmentée
Métrorragies	40	Augmentée
Signes fonctionnels urinaires	20	Inchangée
Syndrome rectal	< 10	Augmentée
Leucorrhées ou endocervicite mucopurulente à l'examen	> 80 ?	Augmentée
Absence de douleur annexielle provoquée	< 5 ?	Fortement diminuée
Douleur provoquée unilatérale	< 20 ?	Diminuée
Masse palpable	40	Augmentée
Température > 38 °C	30-50	Augmentée
Élévation de la protéine C-réactive	80	Augmentée
Vitesse de sédimentation > 20	70	Augmentée
Leucocytes > 10 000	40	Augmentée
Test positif pour <i>Chlamydia</i> ou gonocoque	70 ?	Augmentée

Pour résumer, il apparaît que la cœlioscopie est indiquée uniquement en présence d'abcès tubo-ovarien ou dans les formes de pelvipéritonite suspectés devant une élévation de la CRP qui est corrélée à la gravité de l'infection. Dans cette situation, la cœlioscopie permet un prélèvement de pus, une identification des germes, une ouverture et un lavage des abcès pelviens.

La cœlioscopie peut être indiquée dans les présentations atypiques, car elle permet de redresser le diagnostic en faveur d'une appendicite aiguë, d'un kyste hémorragique du corps jaune, voire d'une torsion d'annexe. Dans les symptomatologies frustes et non spécifiques où les critères diagnostiques non cœlioscopiques semblent présents, il est licite de proposer un traitement médical par une antibiothérapie active sur *Chlamydia trachomatis* pendant une période de 3 à 4 semaines. Il peut être ensuite discuté chez les femmes jeunes de pratiquer une cœlioscopie à 2 ou 3 mois afin d'apprécier l'existence de séquelles.

Chez les femmes après 50 ans, la suspicion d'un abcès tubo-ovarien peut amener à pratiquer un scanner abdominopelvien avec opacification digestive afin d'éliminer une sigmoïdite diverticulaire.

### Suspicion d'appendicite

Cette situation se pose devant un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite.

Le diagnostic différentiel se pose entre une appendicite aiguë et une pathologie d'origine gynécologique type infection génitale haute, complication de kyste, et plus exceptionnellement occlusion intestinale ou pathologie urologique.

L'échographie abdominale et le scanner abdominopelvien sont deux examens qui doivent se discuter dans l'approche diagnostique et qui nécessitent la présence de radiologues experts dans cette situation. En cas de doute, la cœlioscopie peut être l'examen le plus performant pour l'approche du diagnostic. [26, 27]

### Suspicion de torsion d'annexe

La torsion d'annexe est caractérisée par un tableau polymorphe amenant souvent au retard diagnostique. Le seul signe constant est l'apparition d'une douleur spontanée brutale dont l'existence doit faire systématiquement évoquer une suspicion de torsion et faire pratiquer en urgence une cœlioscopie qui est la seule attitude diagnostique et thérapeutique efficace.

En cas de présence de kyste à l'échographie, le seul risque de la cœlioscopie systématique est de ne pas retrouver de torsion et de devoir être amené à une décision thérapeutique devant un kyste fonctionnel ou un kyste hémorragique de l'ovaire.

En cas de kyste organique, le traitement est de toute façon cœlioscopique et est fait dans le même temps. En cas de kyste hémorragique ou de kyste fonctionnel, il faut savoir ne pas toucher à l'ovaire de manière à ne pas majorer l'hémorragie intrakystique et ne pas opérer un kyste fonctionnel car, si tel est

le cas, on réduit systématiquement les chances de conservation ovarienne, on diminue la réserve ovarienne et l'on est probablement à l'origine de la récurrence d'autres kystes fonctionnels.

Une suspicion clinique d'un syndrome d'ovaire micropolykystique chez une femme présentant un excès de poids, un hirsutisme ou une hyperpilosité majore la suspicion de diagnostic de kyste fonctionnel.

Cependant, quatre caractères sémiologiques de la douleur doivent évoquer la torsion : une douleur résistant aux antalgiques, le caractère unilatéral de la douleur, le début brutal d'une irradiation lombaire basse simulant une colique néphrétique, une réaction péritonéale associée avec nausées et vomissements.

En cas de découverte d'une torsion de kyste ou d'annexe lors de la cœlioscopie, il n'y a plus de place à la chirurgie d'exérèse mais à la simple détorsion de l'annexe, même en cas de lésion ischémique sévère. Les capacités de récupération du tissu ovarien sont importantes et, dans la quasi-totalité des cas, on récupère un ovaire fonctionnel.

## ■ Douleur pelvienne chronique

La douleur pelvienne chronique est une situation fréquente chez la femme. Sa prévalence est estimée à 3,8 % d'une population féminine âgée de 15 à 73 ans. Cette fréquence est supérieure à la prévalence de la migraine, et similaire à celle de l'asthme ou des douleurs dorsolombaires. [28]

La douleur pelvienne chronique représente 10 % des consultations de gynécologie, 30 % des indications de cœlioscopie et 10 % des indications d'hystérectomie. Dans l'enquête américaine de Mathias et al. [29] sur la prévalence de ces douleurs chroniques, deux fois sur trois l'étiologie est inconnue. La douleur pelvienne chronique n'est pas une lésion anatomique, mais un symptôme qui peut recouvrir de nombreuses pathologies atteignant l'appareil génital, le système gastro-intestinal, l'urologie, les pathologies musculaires et rachidiennes, ou une souffrance psychologique, en sachant que, pour cette dernière pathologie, il est difficile de savoir s'il s'agit d'une cause ou d'une conséquence de la douleur. Même si une lésion organique est corroborée au symptôme douleur, le traitement de cette lésion n'apporte pas toujours l'amélioration escomptée.

C'est ainsi que l'interprétation des explorations organiques doit rester prudente car l'absence de lésion macroscopique ne signifie pas l'absence de cause organique à la douleur. L'absence de découverte d'une étiologie donne 20 % de guérison et 40 % d'amélioration, et Richter et al. [30] dans une étude longitudinale ne retrouvent pas de différence à long terme entre des patientes pour lesquelles une cœlioscopie avait identifié une cause organique et celles où elle était négative.

La prise en charge multidisciplinaire de la douleur apparaît comme l'élément clé de la prise en charge de ces patientes, et Selfe et al. [31] ont montré que le risque d'échec est lié à

**Tableau 8.**

Questions spécifiques à poser à des femmes souffrant de douleur pelvienne chronique (d'après Howard [32]).

1. How old are you?
2. How many pregnancy have you had?
3. Where does it hurt?
4. How much does it hurt?
5. What is the quality or character of your pain?
6. Do you have pain with your periods?
7. Does your pain worsen with menses or just before menses?
8. Is there any cyclic pattern to your pain? Is it the same 24 hours a day, 7 days a week?
9. Is your pain constant or intermittent?
10. When and how did your pain start and how has it changed?
11. Did pain start initially as menstrual cramps (dysmenorrhea)?
12. What makes your pain better?
13. What makes your pain worth?
14. Do you have pain with deep penetration during intercourse? If so, does it continue afterwards?
15. Have you be diagnosed with or treated for a sexually transmitted disease or pelvic inflammatory disease?
16. What form of birth control do you use or have used in the past?
17. Have you ever had any kind of surgery?
18. What prior evaluation or treatment have you had for your pain? Have any of the previous treatments helped?
19. How has your pain affected your quality of life?
20. Are you depressed or anxious?
21. Are you taking any drugs?
22. Have you been or are you now being abused physically or sexually? Are you safe?
23. What others symptoms or health problems do you have?
24. What do you believe or fear is the cause of your pain?

(Les questionnaires ne peuvent être traduits sans évaluation préalable. Ceci est un exemple).

l'intensité de la douleur, à l'importance du handicap, à l'existence d'une endométriose et à l'identité du praticien rencontrée lors de la première consultation.

## Approche diagnostique

L'histoire clinique et l'examen clinique sont deux éléments clés de la prise en charge diagnostique. L'interrogatoire doit être systématique. La International Pelvic Pain Society a édité des questionnaires pour faciliter l'obtention d'informations sur l'histoire de la douleur pelvienne (Tableau 8). [32]

Il est cependant également important, outre un interrogatoire systématique, de laisser parler librement la patiente pour qu'elle laisse s'exprimer la douleur. Ces deux éléments de l'interrogatoire peuvent être faits soit par le même praticien, soit, dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, par un psychosomatien.

Les principaux éléments recherchés sont le contexte social et économique, le retentissement de la douleur sur le travail et les loisirs, le contexte conjugal et familial, le retentissement de la douleur sur la vie sexuelle et sur sa qualité, l'existence d'un désir de grossesse, les antécédents de traumatismes sexuels existants.

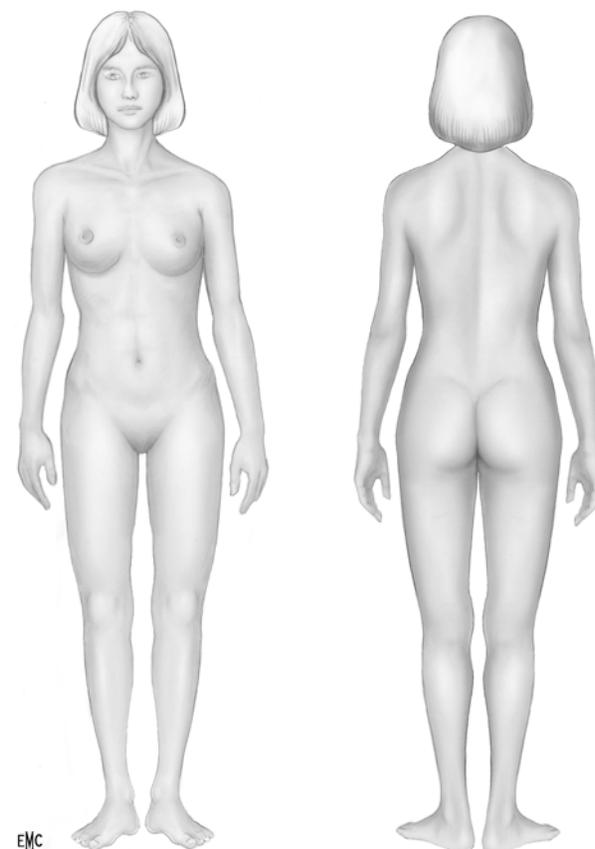
L'âge et la race sont des éléments importants, car ils peuvent modifier les modalités d'expression des symptômes et la douleur ne peut être que l'expression d'une infertilité. [33]

Plus précisément, il faut typer les caractéristiques de la douleur quant à sa localisation (Fig. 2), [32] sa sévérité et on peut s'aider d'échelle analogique de douleur, soit sous la forme de chiffre de 0 à 10 ou 100 (10 ou 100 étant la douleur extrême), soit à partir d'une ligne de 10 cm sur laquelle on demande au patient de placer une marque pour définir l'intensité de sa douleur.

Le rythme dans la journée, dans la semaine, dans le mois, sur le cycle, de cette douleur est à préciser, comme les circonstances favorisantes et les modes de sédation.

Pour un gynécologue, la recherche des signes extragénitaux ne doit pas être oubliée : troubles digestifs, troubles urinaires, troubles de l'humeur, troubles du sommeil, troubles de l'appétit.

Aiguë XXX	Sourde 000	Engourdie ###	Picotement ///
--------------	---------------	------------------	-------------------



**Figure 2.** Schéma utilisable pour localiser et évaluer les douleurs pelviennes chroniques. Ces schémas sont donnés et annotés par les patientes (d'après Howard [32]).

## Examen clinique

Ce sont des patientes qu'il faut examiner dès la première consultation, mais également au moment d'une période douloureuse.

Cet examen va s'intéresser à l'appareil génital, mais également à la paroi abdominale, au rachis et au bassin, à l'appareil digestif et urinaire. Les patientes sont examinées debout et allongées.

La palpation de la paroi abdominale permet de différencier les douleurs pariétales des douleurs viscérales, permet chez les patientes antérieurement opérées de palper les cicatrices à la recherche d'éventration, de defect ou de douleur sur trajet cicatriciel.

La palpation du pédicule adipeux hypogastrique recherche la cellulalgie provoquée de Dellenbach. [34] L'examen debout permet par ailleurs d'examiner le bassin, le pubis, à la recherche de pubalgies provoquées.

L'examen allongé en position gynécologique permet d'examiner le plancher pelvien, la vulve et le vagin, d'apprécier les contractions du muscle releveur de l'anus.

Même si l'examen clinique est systématique, sa sensibilité reste faible puisque Cunanan et al. [22] ont retrouvé 63 % d'anomalies coelioscopiques en cas d'examen clinique normal.

## Exploration diagnostique

Ces explorations sont à l'évidence guidées si l'interrogatoire et l'examen clinique orientent vers une pathologie spécifique.

L'échographie abdominopelvienne est l'examen de première intention. L'échographie endovaginale n'est pas suffisante et doit être systématiquement associée à une échographie par voie

abdominale pour rechercher des lésions haut situées. L'échographie pelvienne gynécologique est au mieux réalisée en début de phase lutéale, en particulier pour mieux visualiser l'endomètre et le myomètre.

En l'absence d'orientation clinique, les autres examens complémentaires systématiques non traumatiques ont une sensibilité trop faible pour qu'ils aient démontré leur intérêt.

La coelioscopie est un élément important du diagnostic des douleurs pelviennes puisqu'il est estimé que 40 % des diagnostics d'origine gynécologique des douleurs pelviennes sont faits, incluant prioritairement l'endométriose et les séquelles adhérentielles. Cependant, il n'y a pas de consensus sur l'intérêt de la coelioscopie diagnostique.

Une nouvelle approche est la coelioscopie diagnostique pour réaliser un *pain mapping*.<sup>[35, 36]</sup> Le but est d'améliorer la sensibilité diagnostique de la coelioscopie en essayant de réaliser une cartographie des douleurs provoquées chez des patientes qui subissent une coelioscopie ou une microcoelioscopie avec des optiques de 3 mm sous anesthésie locale avec ou sans sédation. Dans ce cas, l'étiologie de la douleur est basée sur la sévérité de la douleur induite par la pression ou l'attraction d'une zone spécifique de l'abdomen grâce à une pince introduite par un second trocart. Peu d'arguments existent cependant pour confirmer l'intérêt de cette approche.

## Approches diagnostique et thérapeutique

En pratique clinique, il y a deux approches pour traiter les douleurs pelviennes chroniques.

Une est de traiter la douleur elle-même comme un diagnostic étiologique propre, l'autre est de traiter une maladie ou un trouble qui pourrait contribuer à l'existence de la douleur pelvienne chronique.

Ces deux approches ne sont pas cependant exclusives mais peuvent être complémentaires.

## Dyspareunies

### Dyspareunie superficielle

La dyspareunie superficielle ou dyspareunie d'intromission peut dès l'examen clinique orienter vers une origine traumatique, infectieuse, dermatologique ou musculaire. En l'absence de lésion clinique évidente, des explorations électrophysiologiques peuvent étudier le nerf honteux ou pudendal.

Les causes bactériologiques et mycologiques sont traitées spécifiquement. Les causes traumatiques peuvent bénéficier de plasties d'agrandissement.

Les lésions dermatologiques sont traitées par des dermocorticoïdes une fois l'origine infectieuse éliminée et la majorité des vulvodynies restent sans cause connue.

L'approche thérapeutique va des antidépresseurs tricycliques aux vestibulectomies proposées par certains auteurs, incluant les traitements locaux au laser à gaz carbonique ou à l'interféron.

### Dyspareunie profonde

Elle doit orienter chez la nullipare vers une endométriose profonde et chez la multipare ayant accouché par les voies naturelles vers un syndrome de Masters et Allen.

Cependant, des séquelles adhérentielles postinfectieuses, des fibromes, l'adénomyose ou des prolapsus peuvent être responsables de dyspareunies profondes.

L'examen clinique et une échographie orientent vers une étiologie qui peut, dans ces cas-là, bénéficier de traitements chirurgicaux spécifiques.

## Dysménorrhées

La fréquence des dysménorrhées atteignant de 30 à 50 % de la population féminine, ce signe est un symptôme à la limite du pathologique.

Cependant, l'analyse sémiologique des dysménorrhées peut amener vers des orientations étiologiques pouvant permettre une approche thérapeutique efficace.

### Dysménorrhée primaire ou essentielle

Elle touche la moitié des adolescentes et débute avec les premiers cycles ovulatoires. Elle dure de 1 à 3 jours et débute

dès le premier jour des règles. Le siège de la douleur est habituellement centropelvien avec des irradiations sacrées et périnéales.

L'approche thérapeutique initiale inclut la prescription d'œstrogénostatifs et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. La coelioscopie n'est indiquée qu'en cas d'échec de prise en charge, dans le but essentiellement d'éliminer une endométriose de l'adolescence.

## Dysménorrhées secondaires

Elles atteignent les femmes à tout âge de leur vie génitale et les signes associés doivent orienter vers une étiologie. Des ménorragies douloureuses évoquent une adénomyose.

Des dysménorrhées tardives apparaissant en fin de règles associées à une dyspareunie évoquent une endométriose. Cependant, une grande partie de la pathologie gynécologique peut se manifester par une dysménorrhée tardive.

Les algies pelviennes périodiques sont essentiellement dues à la pathologie ovarienne.

Les dystrophies ovariennes sont dues soit au syndrome des ovaires micropolykystiques, soit sont séquentielles d'une infection ou d'une chirurgie. Les infections génitales se manifestent par des douleurs unilatérales alternant d'un cycle à l'autre, périovulatoires.

Après hystérectomie, le syndrome des ovaires restants peut être responsable de douleurs cycliques tout comme le syndrome des restes ovariens décrit après ovariectomies bilatérales difficiles ayant laissé du tissu ovarien fonctionnel souvent sous-péritonisé.<sup>[37]</sup>

Les douleurs de congestion pelvienne existent en deuxième partie de cycle et récidivent d'un cycle à l'autre. L'ensemble de ces douleurs cycliques quelle que soit leur origine est amélioré par un traitement antigonadotrope.

## Algies pelviennes non cycliques

Les étiologies sont multiples et recourent l'ensemble de la pathologie gynécologique. Il peut s'agir des séquelles d'une infection génitale qui majoritairement est passée inaperçue dans son épisode initial.

Les prolapsus génitaux sont responsables de douleurs sourdes et l'examen clinique évoque le diagnostic.

La rétroversion utérine n'est pas responsable de douleur sauf quand elle fixée. Dans cette situation, il peut s'agir de séquelles infectieuses, de séquelles chirurgicales ou d'une endométriose.

L'existence de douleurs à la station debout, à la marche, à la fatigue, diminuées en position allongée et associées à une dyspareunie profonde évoque une déchirure du ligament large ou syndrome de Masters et Allen. À l'examen, la rétroversion est facilement réductible mais douloureuse.

## Adénomyose

La douleur est peu spécifique et classiquement à recrudescence prémenstruelle, associée à une dysménorrhée tardive, une dyspareunie profonde et surtout des ménorragies.

Elle atteint classiquement la femme de 40 ans. L'échographie pelvienne utilisant les échos harmoniques peut retrouver un aspect hétérogène du myomètre, un épaississement du mur postérieur, un flou entre l'endomètre et le myomètre, des images d'adénomyome au sein du myomètre ou des images enflammées, correspondant à une rétraction du myomètre sur le tissu adénomyosique.

L'hystérogographie et l'hystérocopie ont une faible sensibilité et n'ont pas d'indication diagnostique pratique clinique au XXI<sup>e</sup> siècle.

Quand les ménorragies sont associées à des douleurs, les traitements médicaux (anti-inflammatoires, progestatifs, stérilet au lévonorgestrel) ou les traitements conservateurs (endométréctomie par hystérocopie ou par dispositif de deuxième génération) sont peu efficaces alors qu'ils le sont en cas de ménorragie isolée. Dans ces cas, seule l'hystérectomie est un

traitement efficace, chez la femme au-delà de 40 ans, à condition que l'hystérectomie ne soit pas proposée dans un contexte d'urgence et uniquement accepté chez une patiente qui aura admis que le seul recours thérapeutique est radical. Dans ce cas, l'annexectomie n'est jamais indiquée avant 50 ans.

## Endométriose

La douleur est le signe le plus souvent rencontré dans l'endométriose symptomatique.

La douleur semble présente chez 80 % des patientes ayant une endométriose et le type d'algies va dépendre de la localisation des lésions endométriosiques. Les dysménorrhées sont les douleurs les plus fréquentes.

Elles sont habituellement secondaires et l'évolution est classiquement vers l'aggravation.

La dyspareunie est présente dans un tiers des cas, habituellement profonde, majorée en deuxième partie de cycle. La douleur gynécologique, qui peut également être intermenstruelle, peut être associée à une douleur témoin d'une localisation extragénitale. En cas d'endométriose digestive, il faut rechercher une pesanteur et une douleur abdominale en période postprandiale, un ténesme, des douleurs à type de coliques lors de la défécation, voire des rectorragies. [38-44]

L'endométriose urinaire est majoritairement vésicale. Elle se traduit par une douleur ou une gêne sus-pubienne associées à des brûlures mictionnelles ou des mictions impérieuses.

Le caractère récidivant et cyclique de cette symptomatologie douloureuse évoque le diagnostic d'endométriose.

Comme les rectorragies, l'hématurie est inconstante dans le contexte douloureux.

Plusieurs mécanismes peuvent expliquer la survenue de douleurs liées à l'endométriose, même si le mécanisme exact reste mal connu. Les principales hypothèses physiopathologiques sont l'existence de lésions d'endométriose profonde. L'intensité de la symptomatologie douloureuse est corrélée à la profondeur de la pénétration des lésions d'endométriose [40] et à l'existence d'une fibrose comprimant et engageant les terminaisons nerveuses. L'extension des lésions rétropéritonéales et l'existence d'infiltrats inflammatoires périvasculaires et périnerveux sont corrélées à l'intensité des douleurs. Les implants péritonéaux vont associer une réaction inflammatoire avec libération de prostaglandines à l'origine probablement des dysménorrhées.

La fibrose rétractile pouvant être témoin d'une cicatrisation spontanée de l'endométriose peut être responsable d'adhérences qui, en rétrofixant l'utérus, les ovaires et le cul-de-sac de Douglas, sont responsables de douleurs spasmodiques, de dyschésies ou de dyspareunie.

L'examen clinique est souvent déterminant, en retrouvant les lésions du cul-de-sac vaginal postérieur lors de l'examen au spéculum ou retrouvant des nodules ou une infiltration du cul-de-sac postérieur et de la cloison rectovaginale aux touchers pelviens.

L'existence d'un nodule des ligaments utérosacrés est spécifique de l'endométriose.

L'échographie pelvienne est le premier examen demandé. Elle peut retrouver l'endométriose rarement responsable de douleurs, des ovaires fixés.

En cas de suspicion d'endométriose pelvienne profonde postérieure, trois examens sont importants : l'échoendoscopie rectale qui permet de diagnostiquer une infiltration de la paroi digestive, l'imagerie par résonance magnétique qui permet de pratiquer un examen exhaustif du pelvis et l'urographie intraveineuse recherchant une lésion urétérale. [38, 45] Ces trois examens sont utiles dans la stratégie thérapeutique.

La coelioscopie est l'examen qui est le plus souvent déterminant en permettant de retrouver des implants péritonéaux superficiels, en montrant une inflammation du péritoine, mais il faut savoir que d'authentiques nodules de la cloison rectovaginale peuvent ne pas être visibles au cours d'une coelioscopie, ce qui confirme l'intérêt d'un bilan clinique et radiologique exhaustif et complet avant de proposer une approche chirurgicale. L'approche thérapeutique utilise des traitements hormonaux antigonadotropes dont l'efficacité sur les douleurs est

d'environ 80 %, mais qui sont associés à un taux de récurrence à 1 an de près de 50 % à l'arrêt du traitement. Les lésions profondes résistent habituellement aux traitements hormonaux.

Il faut cependant noter que, en l'absence de désir de grossesse, un traitement au long cours par agoniste de la *luteinizing hormone-releasing hormone* (LH-RH) associé à une *add-back therapy* contenant des œstrogènes donne un résultat efficace sans effet secondaire notable.

La chirurgie conservatrice, si possible coelioscopique, est efficace dans 75 % des cas, avec un taux de récurrence estimé à 10 %.

La chirurgie radicale associant hystérectomie et ovariectomie n'est proposée qu'en dernier recours. En cas de localisation spécifique, digestive ou urologique, une chirurgie spécifique d'organe est réalisée.

En cas d'infertilité, il faut rapidement proposer une assistance médicale à la procréation.

## Adhérences

L'association adhérences, douleurs pelviennes chroniques est controversée. [46-48]

Koninckx et al. [40] et Rapkin [49] retrouvent la même sévérité et la même fréquence d'adhérences chez les patientes présentant une douleur pelvienne chronique et une infertilité sans douleur. L'adhésiolyse coelioscopique entraîne 50 % de guérison à 1 an alors que l'adhésiolyse par laparotomie donne des résultats moindres. L'effet placebo est souvent important dans cette prise en charge chirurgicale.

Des adhérences postchirurgicales récidivent plus fréquemment que les adhérences séquelles d'infections génitales. Ces dernières, outre les adhérences, peuvent être responsables d'hydrosalpinx ou de pyosalpinx qui peuvent indiquer, outre l'adhésiolyse coelioscopique, la réalisation d'une salpingectomie ou d'une plastie tubaire.

Dans ces situations, le traitement médical antibiotique et anti-inflammatoire et le blocage ovarien ne sont que des appoints à la prise en charge.

Lors des adhésiolyses, les traitements antiadhérentiels locaux ont montré pour certains une efficacité relative.

## Varices pelviennes, syndrome de Masters et Allen

Ces deux situations sont fréquemment associées et compliquent un traumatisme obstétrical avec désinsertions des zones de fixation de la zone cervico-isthmique. Ces douleurs sont positionnelles. Les résultats de l'approche coelioscopique de la cure de rétroversion utérine sont mal estimés au long cours. La correction de la rétroversion utérine dans ces interventions modifie la stase veineuse en l'améliorant.

## Douleurs pelviennes non génitales

La présentation diagnostique et thérapeutique est guidée par les examens cliniques et paracliniques. Certaines pathologies comme l'endométriose peuvent associer plusieurs organes à l'origine des douleurs. Les douleurs neurogènes sont évoquées par l'existence de picotements, de brûlures, de décharges électriques, l'existence d'une topographie radriculaire neurologique des douleurs, et la présence de troubles pelviens urinaires, rectaux et sexuels associés. [50]

La névralgie du nerf honteux, la plus fréquente, associe une douleur périnéale unilatérale à type de brûlures, non soulagée par les antalgiques habituels, avec irradiation anale aggravée en position assise.

Les examens électrophysiologiques peuvent retrouver une souffrance du nerf honteux.

Une imagerie par résonance magnétique du rachis a pour but d'éliminer une lésion médullaire ou un syndrome de la queue-de-cheval.

Les douleurs d'origine rhumatismale sont caractérisées par leur caractère positionnel et les signes associés à type de dorsalgie, lombalgie, sciatgie par aggravation à la marche.

Les douleurs urinaires et digestives bénéficient des explorations d'organes et, hormis l'existence d'une endométriose, bénéficient de traitements spécifiques.

## Cystites interstitielles

Les cystites interstitielles sont des inflammations chroniques de la vessie définies de manière imprécises mais nécessitant l'existence d'une irritation urinaire, l'absence d'autres étiologies, un aspect granulomateux de la muqueuse vésicale au cours d'une cystoscopie. [50, 51]

## Douleurs sans cause reconnue

Elles concernent de 30 à 60 % des patientes. Elles sont définies par l'échec de thérapeutiques non spécifiques et par l'échec des traitements des causes organiques.

L'existence de douleurs cycliques amène à une prescription large d'antagonistes de l'œstrogène et d'agonistes de la LH-RH avec des protocoles d'*add-back therapy* pour éviter les effets secondaires hypoœstrogéniques.

Les antidépresseurs tricycliques à faible dose améliorent la douleur, réduisent les syndromes dépressifs. Ils sont classiquement efficaces même en l'absence de ces derniers. Le rôle des morphiniques est discuté et n'est proposé qu'après des essais d'antalgiques de niveau I et II, mais qui sont habituellement peu probants.

Leur prescription va nécessiter un calendrier de prise dans le but de ne pas entraîner un syndrome de dépendance qui est le risque inéluctable de ce type de traitement.

L'association de différents traitements ayant plusieurs points d'impact différents peut être proposée, en particulier les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antalgiques qui vont avoir une action centrale et périphérique ; des électrostimulations transcutanées et la neuromodulation des racines sacrées commencent à être proposées mais n'ont pas été évaluées au long cours.

L'approche chirurgicale de neurolyse qui concerne le nerf honteux, le nerf obturateur au niveau du canal d'Alcock et la neurectomie présacrée ont été proposées. Ces approches chirurgicales, éventuellement pratiquées en coelioscopie ont pour but de libérer une gangue fibreuse ou de supprimer des adhérences. Cette approche peut également être pratiquée sous une forme non chirurgicale en utilisant des techniques de cryoablation, de thermocoagulation ou d'injection d'agent chimique comme l'alcool, le phénol ou des solutions hypertoniques.

Il n'existe à ce jour aucune prédictibilité de l'efficacité de ce genre de traitement, même si ponctuellement ils peuvent être indiqués et efficaces.

L'approche multidisciplinaire reste cependant essentielle et permet plus simplement d'introduire une démarche psychothérapeutique.

## ■ Références

- [1] Kontoravdis A, Chryssikopoulos A, Hassiakos D, Kontoravdis N, Karakitsos P, Zourlas PA. The diagnostic value of laparoscopy in 2365 patients with acute and chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; **52**:243-8.
- [2] AURC. ARC. Les syndromes douloureux aigus de l'abdomen. Étude prospective multicentrique. *Nouv Presse Med* 1981; **10**:3771-3.
- [3] Walmsley GL, Wilson DH, Gunn AA, Jenkins D, Horrock JC, De Dombal FT. Computer-aided diagnosis of lower abdominal pain in women. *Br J Obstet Gynaecol* 1977; **64**:538-41.
- [4] Coste J, Bouyer J, Job-Spira N. Épidémiologie de la grossesse extra-utérine : fréquence et facteurs de risque. In: Fernandez H, editor. *Grossesse extra-utérine*. Paris: Flammarion Médecine-Science; 1997. p. 1-4.
- [5] Judlin P. Diagnostic et traitement des salpingites. In: Tournaire M, editor. *Mises à jour en gynécologie et obstétrique*. Paris: Vigot; 1993. p. 69-99.
- [6] Abbott J. Pelvic pain: lesson from anatomy and physiology. *J Emerg Med* 1990; **8**:441-7.
- [7] Coste J, Bouyer J, Job-Spira N. Construction of composite scales for risk assessment in epidemiology: an application to ectopic pregnancy. *Am J Epidemiol* 1997; **145**:278-89.
- [8] Bongard F, Landers DV, Lewis F. Differential diagnosis of appendicitis and pelvic inflammatory disease. A prospective analysis. *Am J Surg* 1985; **150**:90-6.

- [9] Kahn JG, Walker CK, Washington E, Landers DV, Sweet RL. Diagnosing pelvic inflammatory disease. A comprehensive analysis and consideration for developing a new model. *JAMA* 1991; **226**: 2594-604.
- [10] Baker TE, Copas PR. Adnexal torsion. A clinical dilemma. *J Reprod Med* 1995; **40**:447-9.
- [11] Bider D, Mashiah S, Mordechai D, Dulitzky M, Kukia E, Lipitz S, et al. Clinical, surgical and pathologic findings of adnexal torsion in pregnant and non pregnant women. *Surg Gynecol Obstet* 1991; **173**:363-5.
- [12] Holmes KK, Eschenbach DA, Knapp JS. Salpingitis: overview of etiology and epidemiology. *Am J Obstet Gynecol* 1980; **138**:893-900.
- [13] Fernandez H, Lelaidier C, Thouvenez U, Frydman R. The use of a pretherapeutic predictive score to determine inclusion criteria for the non-surgical treatment of ectopic pregnancy. *Hum Reprod* 1991; **6**: 995-8.
- [14] Lewis FR, Holcroft JW, Boey J, Durey JP. Appendicitis. A critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases. *Arch Surg* 1975; **110**: 677-83.
- [15] Patton DL, Moore DE, Spadoni LR, Soules MR, Malbert SA, Wang SP. A comparison of the fallopian tubes responses to overt and silent salpingitis. *Obstet Gynecol* 1989; **73**:622-30.
- [16] Witkin SS, Jeremias J, Toth M, Ledger WJ. Detection of *Chlamydia trachomatis* by the polymerase chain reaction in the cervix of women with acute salpingitis. *Am J Obstet Gynecol* 1993; **168**:1438-42.
- [17] Van Hoe L, Miserez M. Effectiveness of imaging studies in acute appendicitis: a simplified decision model. *Eur J Emerg Med* 2000; **7**: 25-30.
- [18] Taipale P, Tarjanne H, Ylostalo P. Transvaginal sonography in suspected pelvic inflammatory disease. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; **6**:430-4.
- [19] Willms AB, Schlund JF, Meyer WR. Endovaginal doppler ultrasound in ovarian torsion: a case series. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; **5**: 129-32.
- [20] Sickler GK, Chen PC, Dubinsky TJ, Maklad N. Free echogenic pelvic fluid: correlation with hemoperitoneum. *J Ultrasound Med* 1998; **17**: 431-5.
- [21] Chapron C, Querleu D, Bruhat M, Madelenat P, Fernandez H, Pierre F, et al. Surgical complications of diagnostic and operative gynecologic laparoscopy: a series of 29966 cases. *Hum Reprod* 1998; **13**:867-72.
- [22] Cunanan RG, Courey NG, Lippes J. Laparoscopic findings in patient with pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 1983; **146**:589-91.
- [23] Hager W, Eschenbach D, Spence M, Sweet RL. Criteria for the diagnosis and grading of salpingitis. *Obstet Gynecol* 1983; **72**:7-12.
- [24] Soper DE. Pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Clin North Am* 1994; **4**:821-40.
- [25] Weström L, Mardh PA. Current views on the concept of pelvic inflammatory disease. *Aust n Z Obstet Gynaecol* 1984; **24**:98-105.
- [26] Champault G, Rizk N, Lauroy J, Olivares P, Belhassen A, Boutelier P. Douleurs iliaques droites de la femme. *Ann Chir* 1993; **47**:316-9.
- [27] Spirtos NM, Eisenkop SM, Spirtos TW, Poliaki RI, Hibbard LT. Laparoscopy. A diagnostic aid in cases of suspected appendicitis. Its use in women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol* 1987; **156**: 90-4.
- [28] Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; **106**:1149-55.
- [29] Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996; **87**:321-7.
- [30] Richter HE, Holley RL, Chandraiah S, Varner RE. Laparoscopic and psychologic evaluation of women with chronic pelvic pain. *Int J Psychiatry Med* 1998; **28**:243-53.
- [31] Selfe SA, Matthews Z, Stones RW. Factors influencing outcome in consultations for chronic pelvic pain. *J Womens Health* 1998; **7**:1041-8.
- [32] Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003; **101**:594-611.
- [33] Reiter RC, Gambone JC. Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1990; **75**:428-32.
- [34] Dellenbach P, Rempp C, Haeringer MT, Simon T, Magnier F, Meyer C. Douleur pelvienne chronique : une autre approche diagnostique et thérapeutique. *Gynécologie Obstétrique Fertil* 2001; **29**:234-43.
- [35] Howard FM, El-Minawi A, Sanchez R. Conscious laparoscopic pain mapping in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2000; **96**: 934-9.
- [36] Palter SF, Olive DL. Office microlaparoscopy under local anesthesia for chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; **3**:359-64.

- [37] Carey MP, Slack MC. GnRH analogue in assessing chronic pelvic pain in women with residual ovaries. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;**103**: 150-3.
- [38] Chapron C, Dumontier I, Dousset B, Fritel X, Tardif D, Roseau G, et al. Results and role of rectal endoscopic ultrasonography for patients with deep pelvic endometriosis. *Hum Reprod* 1998;**13**:2266-70.
- [39] Fedele L, Bianchi S, Bocciolone L, Di Nola G, Parazzini F. Pain symptoms associated with endometriosis. *Obstet Gynecol* 1992;**79**: 767-9.
- [40] Koninckx PR, Lesaffre E, Meuleman C, Cornillie FJ, Demeyere S. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991;**55**:759-65.
- [41] Matorras R, Rodriguez F, Pijoan JI, Soto E, Perez C, Ramon O, et al. Are there any clinical signs and symptoms that are related to endometriosis in infertile women? *Am J Obstet Gynecol* 1996;**174**: 620-3.
- [42] Perper MM, Nezhat F, Goldstein H, Nezhat CH, Nezhat C. Dysmenorrhea is related to the number of implants in endometriosis patients. *Fertil Steril* 1995;**63**:500-3.
- [43] Porpora MG, Koninckx PR, Piazze J, Natili M, Colagrande S, Cosmi EV. Correlation between endometriosis and pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;**6**:429-34.
- [44] Vercellini P, De Giorgi O, Aimi G, Panazza S, Uglietti A, Crosignani PG. Menstrual characteristics in women with and without endometriosis. *Obstet Gynecol* 1997;**90**:264-8.
- [45] Kinkel K, Chapron C, Balleyguier C, Fritel X, Dubuisson JB, Moreau JF. Magnetic resonance imaging characteristics of deep endometriosis. *Hum Reprod* 1999;**14**:1080-6.
- [46] Nezhat CR, Nezhat FR, Swan AE. Long-term outcome of laparoscopic adhesiolysis in women with chronic pain after hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996;**3**(suppl4):S33-S34.
- [47] Peters AA, Trimbos-Kemper GC, Admiraal C, Trimbos JB, Hermans J. A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;**99**:59-62.
- [48] Saravelos HG, Li TC, Cooke ID. An analysis of the outcome of microsurgical and laparoscopic adhesiolysis for chronic pelvic pain. *Hum Reprod* 1995;**10**:2895-901.
- [49] Rapkin AJ. Adhesions and pelvic pain: a retrospective study. *Obstet Gynecol* 1986;**68**:13-5.
- [50] Everaert K, Devulder J, De Muynck M, Stockman S, Depaepe H, De Looze D, et al. The pain cycle: implications for the diagnosis and treatment of pelvic pain syndromes. *Int Urogynecol J* 2001;**12**:9-14.
- [51] Messing EM. The diagnosis of interstitial cystitis. *Urology* 1987;**29**(suppl4):4-7.

H. Fernandez, Professeur des Universités, praticien hospitalier (herve.fernandez@abc.ap-hop-paris.fr).  
Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Antoine Bécère, 157, rue de la Porte de Trivaux, 92140 Clamart, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Fernandez H. Douleurs pelviennes. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-070-A-10, 2007.

Disponibles sur [www.emc-consulte.com](http://www.emc-consulte.com)

