

Algies pelviennes

(item 292)

Objectifs :

Devant des algies pelviennes chez la femme, justifier les principales hypothèses diagnostiques et argumenter les examens complémentaires pertinents.

Introduction

Les algies pelviennes aiguës et chroniques, qu'elles soient permanentes ou répétées à intervalles plus ou moins réguliers, sont une des causes les plus courantes de consultation en gynécologie. Elles sont difficiles à interpréter et à traiter : la douleur pelvienne peut révéler de très nombreuses affections de la sphère génitale, mais aussi des systèmes digestif, urinaire ou ostéo-articulaire. En outre, les pelvi-algies de la femme constituent fréquemment l'expression de conflits psychologiques somatisés dans cette zone pelvi-génitale. On distingue les douleurs chroniques faisant craindre une salpingite chronique, une endométriose, ... des douleurs aiguës faisant craindre une GEU, une torsion d'annexe, une salpingite aiguë, une appendicite voire une pyélonéphrite.

Le rôle du médecin, particulièrement difficile, comporte l'évaluation de ce qui est organique dans ce syndrome douloureux.

Il est indispensable, pour mener à bien l'exploration d'une douleur pelvienne, d'utiliser à bon escient les ressources des examens cliniques et des explorations complémentaires adaptées à chaque cas; mais l'élément essentiel est l'interrogatoire notamment dans les douleurs chroniques.

I. Quels sont les éléments d'orientation diagnostique tirés de l'examen clinique ?

Interrogatoire : Il permet d'identifier les deux principaux éléments d'orientation :

- **l'intensité de la douleur :**

* douleur aiguë, douleur chronique.

- **la périodicité de la douleur par rapport aux règles :**

* syndrome prémenstruel, dysménorrhée, syndrome intermenstruel.

Les autres **caractéristiques des douleurs** seront précisées :

- allure évolutive, position antalgique, efficacité de certaines classes d'antalgiques,

- siège, irradiations, - type : tiraillement, déchirures (torsion d'annexe), coup de poing, pesanteur,

- facteurs déclenchants : efforts, rapports sexuels (dyspareunie profonde), après un accouchement (syndrome de Masters-Allen), un curetage (synéchies, endométrite), une intervention chirurgicale (adhérences),

- signes d'accompagnement :

o urinaires : dysurie, brûlures mictionnelles,

o digestifs,

- o dyspareunie : superficielle ou profonde,
- o infectieux,
- o troubles du cycle menstruel,
- o troubles sexuels,
- o contexte de conflit social, familial, professionnel, ...

Les antécédents :

- familiaux : pathologie digestive, cancers familiaux, histoire gynécologique,
- personnels :
- o médicaux : hépatiques, urinaires, digestives, médicaments, toxicomanie,
- o chirurgicaux : appendicectomie, ...
- o gynécologiques : MST, salpingite, herpès génital, infertilité, ... (contrôle régulier des FCV) o
- obstétricaux : FCS, GEU, complications gravidiques et obstétricales, ...

Examen clinique :

Il comporte :

- l'examen général :
 - o âge,
 - o Syndrome fébrile,
 - o Contexte psychique,
 - o Abdomen :
 - * douleur, défense, contracture ?
 - * de l'hypochondre droit +/- signe de Murphy(=> foie, vésicule, péri-hépatite), cadre colique (colite spasmodique), FID (appendicite), ...
 - o Fosses lombaires : douleur à la pression ou à l'ébranlement des fosses lombaires, recherche d'un contact lombaire,
 - o Ostéo-articulaire : douleur au niveau de la symphyse pubienne, colonne vertébrale, signe de Lassegue, ...
- L'examen gynécologique : donne assez peu de renseignement dans les douleurs chroniques plus performant dans les douleurs aiguës.
 - o Inspection de la vulve o Inspection (+/- examen) des glandes de Bartholin et de Skène
 - o Speculum : col, glaire cervicale, vagin (tumeur, inflammation, infection), (FCV)
 - o TV :
 - * taille, position, douleur au niveau de l'utérus, hypermobilité (déchirure des ligaments de l'utérus),
 - * au niveau des annexes (culs de sac latéraux du vagin), présence d'une masse, d'un empatement, d'une douleur,
 - * au niveau du cul de sac de Douglas, présence d'une masse, d'un empatement, d'une douleur, d'un nodule(endométriose).
 - o +/- TR : renseignements proches du TV (intérêt en cas de suspicion d'endométriose, de cancers et chez la jeune fille).

Les examens réalisés assez facilement sont :

- NFS, VS,
- B HCG,

- Echographie pelvienne.

D'autres examens seront réalisés en fonction du contexte et des éléments d'orientation tirés de l'examen clinique (interrogatoire).

II. Quels sont les principaux tableaux cliniques de douleurs pelviennes chroniques cycliques ?

La première QCM est : s'agit-il de douleurs périodiques, rythmées par les règles ?

Trois principaux syndromes douloureux cycliques sont :

1° le syndrome intermenstruel,

2° le syndrome prémenstruel,

3° les dysménorrhées (ou algoménorrhée).

1° Le syndrome intermenstruel

Sur le plan clinique, ce syndrome du 15e jour est fait de l'association de :

- *Douleur* :

o Elle peut résumer le tableau clinique: il s'agit d'une pesanteur pelvienne, plus souvent diffuse que latéralisée, irradiant vers la région lombaire, vers les cuisses, vers le périnée,

o Cette douleur, d'intensité variable, est en règle modérée, n'imposant pas l'arrêt de l'activité,

o Rarement, le syndrome douloureux est d'une telle acuité qu'il peut faire croire à un ventre aigu,

o Mais le caractère cyclique de la douleur, son apparition au milieu du cycle vers le 14e jour, la brièveté de cette algie pelvienne, se manifestant pendant quelques heures au plus, sont autant d'éléments permettant de faire le diagnostic.

- *hémorragie intermenstruelle* :

o Elle est constante microscopiquement mais peut passer inaperçue cliniquement,

o Elle est peu abondante, souvent limitée à quelques gouttes,

o Elle ne dure que quelques heures, ou au maximum 1 ou 2 jours.

- *gonflement abdomino-pelvien* :

o La sensation d'un gonflement abdomino-pelvien vient souvent compléter le tableau.

A L'examen gynécologique

- Il ne révèle que les signes d'imprégnation oestrogénique au voisinage de l'ovulation : glaire cervicale claire (parfois striée de sang), filante, abondante, cristallisant en feuille de fougère.

Les examens complémentaires : ils sont inutiles au diagnostic, tout au plus peut-on être amené, pour éliminer une autre étiologie dans les formes aiguës, à réaliser une échographie qui permettrait de retrouver une lame liquidienne, rétro-utérine, hypo-échogène. (la coelioscopie permettrait de rattacher ce syndrome à l'ovulation: follicule rompu, hémorragie dans le cul de sac de Douglas).

N.B. : Physiopathologie

Le syndrome intermenstruel est la traduction clinique exagérée de l'oestrus ovarien (ponte ovulaire) ; l'hémorragie est liée à la chute des oestrogènes à l'ovulation. Cette exagération d'un phénomène physiologique est liée à l'association d'un terrain neuro-végétatif et d'un terrain psychique particulier.

Traitement

Les formes mineures répondent bien aux antalgiques banals et aux antispasmodiques.

Les formes plus invalidantes justifient d'un blocage de l'ovulation, par les oestroprogestatifs par exemple. Enfin, l'explication du caractère physiologique de l'ovulation et des signes qui l'accompagnent, n'est jamais inutile.

2° Le syndrome prémenstruel

Il s'agit d'un cortège de manifestations apparaissant dans la semaine précédant les règles, et disparaissant soit la veille de la menstruation, soit au premier jour de celle-ci.

Le syndrome prémenstruel s'observe plus volontiers sur un terrain particulier: femme longiligne, intellectuelle et souvent de structure névrotique.

Sur le plan clinique, il associe :

- des signes mammaires :
 - o Mastodynies d'intensité variable, tension douloureuse des seins gênant les mouvements des bras et rendant pénible le contact des vêtements,
 - o Les seins augmentent de volume, deviennent congestifs et apparaissent congestifs au palper et grenus, avec parfois quelques noyaux de taille variable, plus ou moins sensibles à la palpation.
- Une congestion pelvienne : Elle est abdomino-pelvienne, elle associe un ballonnement intestinal et une sensation de pesanteur douloureuse.
- Des troubles psychiques : ils sont le plus souvent mineurs: il s'agit d'une instabilité caractérielle, avec irritabilité et anxiété. Très rarement, les troubles psychiques sont graves: tendance dépressive avec impulsions suicidaires, voire syndrome mélancolique. Il est à noter que le suicide chez la femme se produit habituellement en phase prémenstruelle, ainsi que certains gestes criminels tels que les meurtres passionnels.
- Des manifestations extra-génitales : on peut observer des manifestations extra-génitales au syndrome prémenstruel : céphalées, migraines cataméniales, oedème par rétention hydrosaline (chiffirable à la pesée), gêne respiratoire avec picotements laryngés, herpès cataménial, pollakiurie, hyperlaxité ligamentaire et bien d'autres troubles mineurs affectant tout l'organisme.

L'examen gynécologique :

Il montre parfois :

- Des lésions témoignant d'une infection génitale antérieure. En fait, le plus souvent, il ne révèle rien d'anormal, si ce n'est un utérus un peu gros, congestif, qui revient à la normale après les règles.

Physiopathologie

La physiopathologie du syndrome prémenstruel reste encore obscure. S'il existe de manière indiscutable des anomalies de la perméabilité vasculaire avec des phénomènes congestifs responsables d'oedèmes au niveau tissulaire, les causes de ces phénomènes sont encore mal cernées.

- Les oestrogènes augmentent la perméabilité capillaire d'une part et l'angiotensinogène d'autre part,
- Les progestatifs ont une action tissulaire anti-progestéronique,
- La prolactine, volontiers augmentée dans ce syndrome, a au contraire une action "aldostérone-like" et participerait donc ainsi à la constitution de l'oedème,
- Certaines manifestations allergiques du syndrome prémenstruel sont en rapport avec une augmentation de l'histamine.
- Enfin les facteurs psychologiques pourraient intervenir de plusieurs façons :
 - * Perturbation des mécanismes de l'ovulation,

- * Modification du tonus neuro-végétatif au niveau des vaisseaux,
- * Variations du sympathique rénal pouvant induire une rétention hydro-sodée.

La synthèse de ces différents éléments est difficile à réaliser. Cependant, on peut estimer qu'un déséquilibre de la balance oestro-progestative en 2e moitié de cycle au profit des estrogènes, est le facteur déclenchant principal de la rétention liquidienne au niveau tissulaire.

Traitement

Le traitement à visée pathogénique fait appel aux progestatifs, qu'ils soient dérivés de l'hormone naturelle ou de synthèse. Ils ont tous, prescrits en deuxième moitié de cycle, une efficacité sur le syndrome prémenstruel. On évitera simplement les produits dotés d'une trop forte activité androgénique.

Le traitement à visée symptomatique suffit souvent. Ainsi les toniques veineux, en diminuant l'oedème tissulaire, améliorent en règle les doléances cliniques. Les diurétiques quant à eux, sont rarement nécessaires, ce d'autant que certains d'entre eux peuvent aggraver l'hyper-aldostéronisme.

Enfin les conseils d'hygiène de vie sont souvent nécessaires, repos, détente, sommeil... Parfois, une psychothérapie et l'adjonction de drogues tranquillisantes ne sont pas superflues. Soulignons que, en raison de l'évolution capricieuse de ce syndrome et de sa composante psychologique, l'appréciation des résultats thérapeutiques est assez délicate.

3° Dysménorrhée ou algoménorrhée

Le syndrome de la menstruation douloureuse est d'une fréquence extrême, intéressant plus de la moitié des femmes. Cependant si l'on ne retient que les cas où la douleur menstruelle entraîne une gêne, voire impose l'arrêt de l'activité, on peut en chiffrer la fréquence à une femme sur 10.

Il convient de diviser les algoménorrhées en 2 grands groupes :

- Les algoménorrhées fonctionnelles, qui sont volontiers primaires,
- Les algoménorrhées organiques, qui sont souvent secondaires, apparaissant après une période pendant laquelle les règles étaient " normales ".

Les algoménorrhées essentielles

Elles représentent les 3/4 des cas. Il s'agit le plus souvent d'un syndrome douloureux se manifestant dès l'adolescence.

Physiopathologie :

Plusieurs facteurs sont intriqués dans la genèse des douleurs :

- **La contractilité du myomètre** est variable au cours du cycle; en période menstruelle, chez la femme normale, il existe des contractions utérines évoquant les contractions du travail, toutes les 1 à 4 mn. Chez la femme algoménorrhéique, l'activité utérine en phase menstruelle est différente: le tonus de base est élevé (> 10 mm Hg), il n'y a pas de retour au tonus de base entre les contractions, ces dernières ont une amplitude élevée (une douleur est ressentie au-dessus de 150 mm Hg), la fréquence des contractions est également augmentée. Cette hyperactivité utérine est responsable d'une ischémie du myomètre ; c'est cette ischémie qui est douloureuse.

- **Les prostaglandines** et la découverte de leur rôle, ont permis de mieux cerner la physiopathologie de l'algoménorrhée. On sait désormais que PGF₂ et PGE₂ sont responsables de fortes contractions myométriales. Au niveau des cellules musculaires lisses du myomètre, les prostaglandines augmentent la polarisation membranaire et agissent sur les flux de calcium. Les femmes présentant une algoménorrhée ont une production accrue de prostaglandines dans le sang menstruel et dans l'endomètre; de même, les métabolites circulants sont augmentés.

- **Des facteurs cervicaux** sont suspectés depuis longtemps. On sait depuis peu qu'en fait, c'est par le biais

des prostaglandines que les facteurs cervicaux peuvent entrer en jeu. En effet, si le sang menstruel stagne dans la cavité utérine en raison d'une sténose cervicale, les prostaglandines se sont mal évacuées et sont davantage réabsorbées par l'endomètre.

- **Le rôle des récepteurs adrénergiques et cholinergiques** dans l'activité myométriale est mal connue. Anatomiquement, il existe une innervation sympathique issue des ganglions pré-sacrés et un réseau issu des ganglions périphériques juxta-utérins. Ce deuxième réseau dégénère tout au long de la grossesse. Après la grossesse, les terminaisons nerveuses régénèrent incomplètement; les taux d'adrénaline contenus dans l'endomètre sont inférieurs à ceux d'avant la grossesse; c'est ainsi que l'on explique l'effet bénéfique souvent observé d'une première grossesse sur l'algoménorrhée.

- **Des facteurs hormonaux** entrent également en jeu. Ainsi, l'algoménorrhée n'apparaît que lors de cycle ovulatoire, ou au moins de cycle avec constitution d'une muqueuse de type sécrétoire (pas de douleur sous pilule combinée, douleurs sous pilule séquentielle). La progestérone est donc indispensable à l'algoménorrhée; elle agirait en augmentant la synthèse des prostaglandines et leur liaison avec les cellules du myomètre. Si l'ocytocine est hors de cause, la vasopressine est un puissant stimulant de l'utérus, surtout au moment de l'ovulation. Par ailleurs, elle a une action vasoconstrictive directe sur les vaisseaux utérins, ce qui aggrave l'ischémie.

- **Les facteurs psychologiques**, largement surestimés par le passé, semblent en fait n'être que des facteurs modulateurs et non déclenchants. On peut parler "d'un abaissement du seuil de la douleur" chez certaines femmes, secondaire à des perturbations psychologiques.

Les algoménorrhées " organiques "

Ce sont souvent des algoménorrhées secondaires, observées chez des femmes multipares ou nullipares de plus de 25 ans. On recherche l'anomalie organique (cervicale, utérine ou annexielle) et l'on s'aidera des examens complémentaires de l'appareil génital (en particulier, hystérosalpingographie, coelioscopie et surtout IRM). Plusieurs causes classiques, peuvent ainsi être retrouvées :

- **L'endométriase :**

o Elle est au premier rang des causes d'algoménorrhée organique. Caractérisée par le développement, dans divers tissus, de foyers cellulaires clos ayant les caractères de l'endomètre. L'endométriase affecte les femmes en âge de procréer. **L'algoménorrhée endométriosique est tardive, apparaissant le 2e ou le 3e jour des menstruations, et dure jusqu'à la fin des règles.** Elle s'associe à des douleurs pelviennes sans rythme, mais comportant une recrudescence prémenstruelle et parfois à une dyspareunie profonde,

o Le diagnostic d'endométriase repose sur la clinique (foyer d'endométriase visible sur le col, palpable au niveau des ligaments utéro-sacrés et du cul-de-sac de Douglas) et surtout sur la coelioscopie qui appréciera l'étendue des lésions et l'IRM.

- **Les sténoses organiques du col :**

o Elles sont une cause moins fréquente de menstruations douloureuses que l'endométriase. La douleur coïncide avec le début des règles et atteint son maximum vers la fin. C'est une douleur aiguë, à type de colique expulsive proche de la douleur d'une contraction utérine d'accouchement,

o Ces sténoses organiques peuvent être congénitales ou acquises :

* Congénitales: imperforation du col d'un utérus par ailleurs normal, ou malformations utéro-vaginales plus complexes; on peut en rapprocher les imperforations hyménales où l'algoménorrhée s'accompagne de la constitution d'un hématocolpos, voire d'une hématométrie.

* Acquises: ces sténoses organiques sont dues à des lésions chimiques, thermo-électriques ou laser lors de la chirurgie du col; on les observe aussi après amputation du col, curetage maladroit ayant entraîné une synéchie cervico-isthmique et en cas de polype cervical ou de fibromyome localisé dans la région cervico-isthmique.

- **L'infection génitale chronique :**

o Elle est rarement en cause, en dehors des ectopies surinfectées ou les endocervicites agissant comme

zones réflexogènes.

Traitement des algoménorrhées

Le traitement des algoménorrhées organiques est toujours à visée étiologique :

- L' endométriose relève avant tout du traitement médical visant à atrophier les foyers aberrants. Aux progestatifs utilisés auparavant, on peut substituer désormais le Danazol (Danatrol*) ou les agonistes de la Gn-RH (Decapeptyl*, Suprefact*, Enantone* . . .) ; dans certaines formes, un traitement chirurgical sera envisagé avec destruction des lésions sous contrôle coelisocopique,
- La sténose organique du col doit être traitée par dilatation cervicale, levée d'une synéchie, ablation d'un polype cervical,
- L'infection génitale chronique relève de la coelioscopie qui affirmera le diagnostic et précisera l'étendue des lésions. Le traitement repose sur l'antibiothérapie et la corticothérapie associées au repos.

Le traitement des algoménorrhées fonctionnelles :

- Les traitements à visée physiopathologique :

o Les anti-prostaglandines : Ils entraînent 80 à 100 % d'amélioration. Plusieurs produits de cette classe médicamenteuse sont spécialement adaptés aux algoménorrhées : le naproxène {Naprosine* à la dose de 2 comprimés/jour}, l'acide flufénamique (ARLEF à la dose de 2 à 4 comprimés/jour), l'acide méfénamique (PONSTYL à la dose de 3 à 6 comprimés/jour). Ce traitement débutera dès la survenue des règles.

o Les inhibiteurs de l'ovulation :

Les oestro-progestatifs normodosés sont actifs dans 90% des cas ; Les oestro-progestatifs minidosés sont moins efficaces, ils suffisent néanmoins dans la majorité des cas ;

Les progestatifs macro-dosés sont également efficaces ;

Les micro-progestatifs sont inefficaces car ils laissent persister une muqueuse sécrétoire pour les uns et des ovulations pour les autres.

Les vasodilatateurs : utilisés pour lutter contre l'ischémie du myomètre, ils se révèlent en pratique d'une efficacité médiocre.

o Les inhibiteurs calciques: ils bloqueraient l'action des prostaglandines au niveau de la cellule musculaire; ils sont en fait peu utilisés en pratique.

- Le traitement à visée symptomatique :

o Les antalgiques et les antispasmodiques peuvent suffire dans les formes mineures,

o Les progestatifs prescrits en 2e moitié de cycle peuvent également avoir un effet bénéfique grâce à leurs propriétés myorelaxantes sur l'utérus.

- **La psychothérapie** : les facteurs psychiques n'ont pas l'importance qu'on leur accordait autrefois. L'apparition de thérapeutiques efficaces a fait diminuer le lot de ces patientes que l'on confiait parfois un peu rapidement au psychiatre.

III. Quels sont les principaux tableaux cliniques de douleurs pelviennes chroniques non cycliques ?

Quoi de plus banal, en consultation gynécologique, qu'une femme venant se plaindre de "douleurs des ovaires" ? La démarche diagnostique, souvent longue, s'appuiera sur un interrogatoire précis, sur l'examen clinique complet et, à la demande, sur des examens complémentaires dont le terme ultime est la coelioscopie. Il importe en premier lieu d'éliminer les causes extra-génitales.

I. Les douleurs extra-génitales

Projetées au niveau du pelvis, elles peuvent avoir une origine digestive, urinaire ou rhumatologique.

1° Les douleurs d'origine digestive : Il peut s'agir d'une colite segmentaire, ou d'une colite diffuse chronique où la douleur suit le cadre colique et s'accompagne de troubles du transit. Ailleurs, la douleur peut être rapportée à une anomalie ano-rectale (hémorroïdes, fissure anale, fistule méconnue). De telles maladies seront confiées au gastro-entérologue.

2° Les douleurs d'origine urinaire : L'infection urinaire et la colique néphrétique sont responsables de symptômes douloureux aisément rapportés à leur cause. Beaucoup plus difficile est le diagnostic de certaines cystites vraies, bactériennes ou parasitaires, imposant un bilan urologique précis.

La "cystalgie à urines claires" est très particulière et s'observe chez la femme jeune ou plus souvent en période ménopausique. Elle se manifeste par des cystalgies associées à une pollakiurie avec des urines stériles. Le traitement hormonal local et la psychothérapie en viennent, en règle, à bout.

3° Les douleurs d'origine rhumatologique : Elles ont pour origine les parois ostéo-articulaires du bassin et parfois le rachis lombaire. Le diagnostic de l'origine rhumatologique de ces syndromes douloureux est parfois orienté par l'existence de névralgies sciatiques, voire plus rarement de névralgies obturatrices, honteuses internes ou crurales.

II. Les douleurs d'origine génitale

Dans le cadre de ces douleurs chroniques (qui exclut les pelvi-péritonites, les salpingites aiguës et la grossesse extra-utérine...), on doit distinguer les douleurs avec lésions organiques, et celles où l'enquête minutieuse ne retrouve aucun support anatomique et où la douleur pelvienne est dite "essentielle".

1° Les douleurs avec lésion organique Nombre de ces lésions organiques ne peuvent être décelées que par des examens complémentaires, voire une exploration coelioscopique.

- Les infections " péri-utérines chroniques " :

o Elles sont responsables de douleurs pelviennes au long cours,

o Secondaires à une salpingite, un avortement septique ou à une complication infectieuse de l'accouchement, ces infections chroniques sont la rançon habituelle des pelvi-péritonites insuffisamment traitées, o L'évolution est marquée par des poussées subaiguës fébriles,

o Leur traitement est très difficile. Il comporte d'abord, après un bilan coelioscopique des lésions, une cure antibiotique à haute dose qui sera poursuivie longtemps (au moins un mois), les corticoïdes et le repos,

o Cependant, lorsque la douleur pelvienne constitue une gêne dans la vie familiale et sociale, on peut arriver, après échec des autres thérapeutiques, à proposer la chirurgie : la salpingectomie, voire l'hystérectomie avec castration lorsque l'âge l'autorise, permettent alors, et elles seules, de contrôler ce syndrome douloureux.

- L'endométriose pelvienne :

o Elle est responsable, on l'a vu, de douleurs rythmées par le cycle à type d'algoménorrhée. En fait, la douleur pelvienne est souvent banale, sans chronologie précise, ressemblant à celle que l'on voit dans les infections génitales chroniques,

o Seul le bilan coelioscopique de cette douleur permet de distinguer avec certitude endométriose et infection.

- Les Dystrophies ovariennes polykystiques :

o Elles sont secondaires à une cause locale inflammatoire, vasculaire ou infectieuse,

o Contrairement au syndrome des ovaires polykystiques (de type I ou II), ces dystrophies s'accompagnent de douleurs très variables. Il peut s'agir d'algoménorrhées secondaires, d'un syndrome prémenstruel ; une dyspareunie est possible,

- o Le diagnostic est difficile, la coelioscopie n'est pas d'un grand intérêt, sauf pour identifier la lésion à l'origine du syndrome; l'hyperandrogénie est inconstante,
- o L'échographie permet d'orienter le diagnostic,
- o Le traitement repose sur la mise au repos de l'ovaire par les oestro-progestatifs, très efficaces sur la douleur ; le traitement sera poursuivi pendant un an au moins.

- Les malpositions utérines :

o Les prolapsus sont très rarement source de douleurs pelviennes plutôt de pesanteur. C'est l'hystéroptose qui est responsable de la pesanteur pelvienne douloureuse exagérée à la station debout. Le diagnostic est évident. Le traitement est chirurgical,

o Les rétro-déviations utérines, associant de façon variable rétrodéviation et rétroflexion, sont trop souvent données comme cause d'un syndrome algique pelvien. La plupart de ces malpositions n'entraînent aucun trouble, ni douleur, ni dysménorrhée, ni stérilité, ni infertilité. En effet, si l'on exclut la dysménorrhée des rétroflexions marquées de la jeune fille, deux types seulement de rétrodéviations sont à l'origine de douleurs pelviennes :

o Les rétro-déviations fixées par des adhérences, qu'il s'agisse de séquelles inflammatoires ou de foyers endométriosiques .

o La rétrodéviation du syndrome de Master et Allen; ce syndrome se caractérise par :

* Son étiologie : accouchement traumatique d'un gros enfant ou forceps maladroit et brutal. Ses lésions anatomiques: rupture des éléments conjonctifs des ligaments de Mackenrodt se manifestant par une déchirure verticale du feuillet postérieur du ligament large,

* Son tableau clinique : la douleur pelvienne est permanente, exagérée à la fatigue et à la station debout. Il existe une dyspareunie très pénible, avec une douleur rémanente persistant plusieurs heures après le rapport sexuel. Au toucher, le col est extrêmement mobile. Le corps utérin est en rétroversion, très douloureux à la mobilisation,

* La coelioscopie confirme le diagnostic en montrant, outre la déchirure du feuillet postérieur du ligament large, le varicocèle des veines utéro-pelviennes et les troubles vasculaires de l'utérus qui est gros, marbré, violacé par endroits,

* Le traitement est chirurgical, réalisant une véritable panligamentopexie, avec raccourcissement des ligaments ronds, dans le but d'orienter l'utérus en avant, exclusion de Douglas ou douglassectomie vraie. Les résultats de cette chirurgie sont habituellement bons.

- Enfin, les formes évoluées de cancer du col utérin ou du corps utérin :

o Le diagnostic ne présente malheureusement pas de difficultés ; l'utérus est fixé, saignant au TV ; le diagnostic repose sur la biopsie. Le traitement est palliatif le plus souvent.

IV. Les douleurs sans lésions organiques dites essentielles.

Dans un cas sur cinq, la douleur ne comporte aucun substratum anatomique macroscopique ou microscopique. On se trouve en présence de douleurs psychogènes relevant de la médecine gynécologique psychosomatique.

Le profil psychologique de ces patientes est bien particulier:

- Comportement souvent hystérique,

- Existence de conflits conjugaux,

- De problèmes sexuels aggravés par les traumatismes de la vie affective (divorce, abandon) et de la vie génitale (accouchement, avortement). La douleur ne vient que solliciter l'attention affective de l'entourage.

Après vérification du caractère psychogène des douleurs, ces femmes seront confiées à un psychothérapeute avec un succès quasi-constant.

V. Quels sont les principales causes de douleurs pelviennes aiguës ?

Ceux sont :

- **La GEU** : première étiologie à toujours éliminer chez une femme en période d'activité génitale. c.f. cours GEU

- **La rupture de corps jaune hémorragique gravidique** : o tableau très proche de celui de GEU, o diagnostic le plus souvent per-opératoire.

- **Les salpingites** : étiologie de diagnostic difficile notamment lorsqu'elles sont liées au Chlamydia trachomatis qui entraîne une symptomatologie frustrée atypique pauci-symptomatique. La coelioscopie a une place très importante dans ce contexte. c.f. cours salpingite.

- **Les fibromes compliqués** :

o en cas de nécrobiose de fibrome, il existe un gros fibrome mou, douloureux associé parfois à des métrorragies brunâtres et à un fébricule à 38°C,

o en cas de torsion de fibrome, la symptomatologie est assez proche de celle des torsions d'annexe. Le diagnostic est per-opératoire,

o En cas d'accouchement de gros fibrome sous-muqueux, il existe des douleurs exclusives (coliques) associées à des métrorragies. A l'examen clinique, le fibrome est dans le vagin, appendu au col utérin ; il persiste le plus souvent un pédicule vasculaire. Le traitement est simple : section du pédicule. Il faudra vérifier la cavité utérine à la recherche d'une pathologie endocavitaire associée.

- **En dehors de la GEU, le diagnostic à faire en urgence est celui de torsion d'annexe.** (ovaire seul ou ovaire et trompe) o Le diagnostic est évoqué devant un tableau abdominal aigu (nausées, vomissements, défense abdominale voir contracture) avec comme signes d'orientation :

* Notion de kyste de l'ovaire,

* Douleur unilatérale irradiant vers la cuisse,

* Au TV, une masse latéro-utérine unilatérale très douloureuse, indépendante de l'utérus,

* L'échographie confirme le diagnostic de kyste ovarien remanié par la torsion ; elle pourra identifier un kyste hémorragique de l'ovaire (diagnostic différentiel) ; on aura éliminé une GEU (HCG),

* Le traitement consiste à intervenir chirurgicalement en urgence.

Dans certains cas, on sera contraint de réaliser une annexectomie en raison d'une nécrose de celle-ci.

- Les autres diagnostics gynécologiques sont moins inquiétants :

o Douleurs ovulatoires : formes intenses de syndrome intermenstruel.

- **Les autres diagnostics extra-génitaux** sont :

o Appendicite,

o Pyélonéphrite,

o Colique néphrétique,

o Occlusion aigue,

o Colite spasmodique.

Points essentiels :

L'interrogatoire a un rôle essentiel dans le diagnostic étiologique des douleurs pelviennes.

Les deux principaux critères initiaux d'orientation sont l'intensité de la douleur (aigue ou chronique) et la périodicité de la douleur par rapport aux règles.

En cas de douleurs aiguës, les principales étiologies à rechercher sont : la GEU, la torsion d'annexe et la rupture hémorragique de kyste.

En cas de douleurs chroniques, les principales étiologies à rechercher sont : les salpingites, l'endométriose et les dysfonctionnements ovariens.

Les dysménorrhées essentielles sont un motif fréquent de consultation.

Le traitement des dysménorrhées primaires repose sur les A.I.N.S. ou les oestro-progestatifs.

Le traitement des dysménorrhées secondaires nécessite des explorations étiologiques.

La coelioscopie peut être nécessaire dans l'exploration des douleurs pelviennes chroniques.