

Item 292 : Algies pelviennes chez la femme

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

Pré-Requis.....	3
OBJECTIFS	3
INTRODUCTION.....	3
I Quels sont les éléments d'orientation diagnostique tirés de l'examen clinique ?	4
I.1 Interrogatoire	4
I.2 Examen clinique.....	5
I.3 Examens complémentaires.....	6
II Quels sont les principaux tableaux cliniques de douleurs pelviennes chroniques cycliques ?	6
II.1 Le syndrome intermenstruel	7
II.2 Le syndrome prémenstruel.....	8
II.3 Dysménorrhée ou algoménorrhée.....	10
II.3.1 Les algoménorrhées essentielles	10
II.3.2 Les algoménorrhées « organiques ».....	11
II.3.3 Traitement des algoménorrhées.....	13
III Quels sont les principaux tableaux cliniques de douleurs pelviennes chroniques non cycliques ?	14
III.1 Les douleurs extragénitales	14
III.2 Les douleurs d'origine génitale	15
III.2.1 Les douleurs avec lésion organique.....	15
III.2.2 Les douleurs sans lésions organiques dites essentielles	17
IV Quelles sont les principales causes de douleurs pelviennes aiguës ?.....	17
V Tableau des étiologies des algies pelviennes aiguës	19
VI Stratégie diagnostique	20
VII Annexes	20
Glossaire.....	20
Bibliographie	31

Recommandation	32
Abréviations.....	32

PRE-REQUIS

- Anatomie des organes génitaux internes et externes avec sa vascularisation.
- Moyens de fixation de l'utérus.
- Physiologie du cycle menstruel.
- Physiologie du péritoine.
- Flore saprophyte et pathogène du vagin.
- Réaction péritonéale à un processus infectieux.
- Physiologie de l'endomètre.
- Réaction immunitaire à la présence d'endomètre en dehors de l'utérus.
- Mécanisme neurophysiologique de la douleur.
- Réactions comportementales à la douleur.
- Pharmacocinétique des antalgiques.
- Modes d'action des hormones stéroïdes.

OBJECTIFS

ENC :

- Devant des algies pelviennes chez la femme, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier 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 pelvialgies (*cf. glossaire*) de la femme constituent fréquemment l'expression de conflits psychologiques somatisés dans cette zone pelvigénitale.

On distingue les douleurs chroniques faisant craindre une salpingite (*cf. glossaire*) chronique, une endométriose (*cf. glossaire*)..., des douleurs aiguës faisant craindre une GEU, une torsion d'annexe, une salpingite aiguë, une appendicite voire une pyélonéphrite (*cf. glossaire*).

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 ELEMENTS D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE TIRES DE L'EXAMEN CLINIQUE ?

I.1 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 (*cf. glossaire*), 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 (*cf. glossaire*) profonde), après un accouchement (syndrome de Master-Allen (*cf. glossaire*)), un curetage (synéchies (*cf. glossaire*), endométrite (*cf. glossaire*)), une intervention chirurgicale (adhérences),
- signes d'accompagnement :
 - urinaires : dysurie (*cf. glossaire*), brûlures mictionnelles,
 - digestifs,
 - dyspareunie : superficielle ou profonde,
 - infectieux,

- troubles du cycle menstruel,
- troubles sexuels,
- contexte de conflit social, familial, professionnel...

Les antécédents :

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

I.2 EXAMEN CLINIQUE

Il comporte :

- l'examen général :
 - âge,
 - syndrome fébrile,
 - contexte psychique,
 - abdomen :
 - douleur, défense, contracture ?
 - de l'hypochondre (*cf. glossaire*) droit +/- signe de Murphy (*cf. glossaire*) (=> foie, vésicule, périhépatite (*cf. glossaire*)), cadre colique (colite spasmodique), FID (appendicite)...
 - fosses lombaires : douleur à la pression ou à l'ébranlement des fosses lombaires, recherche d'un contact lombaire,
 - ostéo-articulaire : douleur au niveau de la symphyse pubienne (*cf. glossaire*), colonne vertébrale, signe de Lasègue (*cf. glossaire*)...
- L'examen gynécologique : donne assez peu de renseignement dans les douleurs chroniques plus performant dans les douleurs aiguës.
 - inspection de la vulve

- inspection (+/- examen) des glandes de Bartholin (*cf. glossaire*) et des glandes de Skene (*cf. glossaire*)
- spéculum (*cf. glossaire*) col, glaire cervicale (*cf. glossaire*), vagin (tumeur, inflammation, infection), (FCV)
- 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 empâtement, d'une douleur,
 - au niveau du cul-de-sac de Douglas (*cf. glossaire*), présence d'une masse, d'un empâtement, d'une douleur, d'un nodule (endométriose (*cf. glossaire*)).
- +/- TR : renseignements proches du TV (intérêt en cas de suspicion d'endométriose, de cancers et chez la jeune fille).

I.3 EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Les examens réalisés assez facilement sont :

- NFS, VS, CRP
- PV
- β -hCG,
- Échographie 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 question est : s'agit-il de douleurs périodiques, rythmées par les règles ?

Les trois principaux syndromes douloureux cycliques sont :

- le syndrome intermenstruel,
- le Syndrome PréMenstruel (*cf. glossaire*) SPM,
- les dysménorrhées (ou algoménorrhée (*cf. glossaire*)).

II.1 LE SYNDROME INTERMENSTRUEL

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

- Douleur :
 - 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,
 - Cette douleur, d'intensité variable, est en règle modérée, n'imposant pas l'arrêt de l'activité,
 - Rarement, le syndrome douloureux est d'une telle acuité qu'il peut faire croire à un ventre aigu,
 - Mais le caractère cyclique de la douleur, son apparition au milieu du cycle vers le 14^e 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 :
 - Elle est constante microscopiquement mais peut passer inaperçue cliniquement,
 - Elle est peu abondante, souvent limitée à quelques gouttes,
 - Elle ne dure que quelques heures, ou au maximum 1 ou 2 jours.
- gonflement abdomino-pelvien :
 - La sensation d'un gonflement abdomino-pelvien vient souvent compléter le tableau.

L'examen gynécologique

Il ne révèle que les signes d'imprégnation œstrogénique (*cf. glossaire*) 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 (*cf. glossaire*) permettrait de rattacher ce syndrome à l'ovulation : follicule rompu, hémorragie dans le cul-de-sac de Douglas).

NB : Physiopathologie : Le syndrome intermenstruel est la traduction clinique exagérée de l'œstrus (*cf. glossaire*) ovarien (ponte ovulaire) ; l'hémorragie est liée à la chute des œstrogènes à l'ovulation. Cette exagération d'un phénomène physiologique est liée à l'association d'un terrain neurovégétatif 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 œstroprogestatifs (*cf. glossaire*) par exemple. Enfin, l'explication du caractère physiologique de l'ovulation et des signes qui l'accompagnent, n'est jamais inutile.

II.2 LE SYNDROME PREMENSTRUEL

(Cf. (Item 26 : Anomalies du cycle menstruel - Métrorragies : http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_26/site/html/)).

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 :
 - Mastodynie (*cf. glossaire*) d'intensité variable, tension douloureuse des seins gênant les mouvements des bras et rendant pénible le contact des vêtements,
 - 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 extragénitales : on peut observer des manifestations extragénitales au syndrome prémenstruel : céphalées, migraines cataméniales (*cf. glossaire*), œdème par rétention hydrosaline (chiffirable à la pesée), gêne respiratoire avec picotements laryngés, herpès cataménial, pollakiurie (*cf. glossaire*), hyperlaxité ligamentaire et biens 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. 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'œdèmes au niveau tissulaire, les causes de ces phénomènes sont encore mal cernées.
- Les œstrogènes augmentent la perméabilité capillaire d'une part et l'angiotensinogène (*cf. glossaire*) d'autre part,
- Les progestatifs (*cf. glossaire*) ont une action tissulaire antiprogéstéronique,
- La prolactine (*cf. glossaire*), volontiers augmentée dans ce syndrome, a au contraire une action « aldostérone-like » (*cf. glossaire*) et participerait donc ainsi à la constitution de l'œdème,
- Certaines manifestations allergiques du syndrome prémenstruel sont en rapport avec une augmentation de l'histamine (*cf. glossaire*).
- Enfin les facteurs psychologiques pourraient intervenir de plusieurs façons :
 - Perturbation des mécanismes de l'ovulation,
 - Modification du tonus neurovégétatif au niveau des vaisseaux,
 - Variations du sympathique rénal pouvant induire une rétention hydrosodée.

La synthèse de ces différents éléments est difficile à réaliser. Cependant, on peut estimer qu'un déséquilibre de la balance œstroprogestative en 2e moitié de cycle au profit des œstrogènes, 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'œdème 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'hyperaldostéronisme (*cf. glossaire*).

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.

II.3 DYSMENORRHEE OU ALGOMENORRHEE

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 (*cf. glossaire*) 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 ».

II.3.1 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** (*cf. glossaire*) 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 min. 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 (*cf. glossaire*) du myomètre ; c'est cette ischémie qui est douloureuse.

- **Les prostaglandines** (*cf. glossaire*) 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** (*cf. glossaire*) **et des récepteurs cholinergiques** (*cf. glossaire*) dans l'activité myométriale est mal connue. Anatomiquement, il existe une innervation sympathique issue des ganglions présacrés 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 (*cf. glossaire*) 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 (*cf. glossaire*) est hors de cause, la vasopressine (*cf. glossaire*) 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.

II.3.2 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 (*cf. glossaire*), coelioscopie et surtout IRM). Plusieurs causes classiques, peuvent ainsi être retrouvées :

- **L'endométriase :**

- 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 2^e ou le 3^e 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.
- Le diagnostic d'endométriase repose sur la clinique (foyer d'endométriase visible sur le col, palpable au niveau des ligaments utérosacrés 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 :**

- 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,
- Ces sténoses organiques peuvent être congénitales ou acquises :
 - Congénitales : imperforation du col d'un utérus par ailleurs normal, ou malformations utérovaginales plus complexes ; on peut en rapprocher les imperforations hyménales où l'algoménorrhée s'accompagne de la constitution d'un hématocolpos (*cf. glossaire*), voire d'une hématométrie (*cf. glossaire*).
 - Acquises : ces sténoses organiques sont dues à des lésions chimiques, thermoélectriques 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 :**

- Elle est rarement en cause, en dehors des ectopies (*cf. glossaire*) surinfectées ou les endocervicites (*cf. glossaire*) agissant comme zones réflexogènes.

II.3.3 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* (*cf. glossaire*)) ou les agonistes de la GnRH (Decapeptyl*, Suprefact*, Enantone*...); dans certaines formes, un traitement chirurgical sera envisagé avec destruction des lésions sous contrôle coelioscopique,
- La sténose (*cf. glossaire*) organique du col doit être traitée par dilatation cervicale, levée d'une synéchie, ablation d'un polype (*cf. glossaire*) 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 (*cf. glossaire*) associées au repos.

Le traitement des algoménorrhées fonctionnelles :

- **Les traitements à visée physiopathologique :**
 - Les antisprostaglandines (*cf. glossaire*) : Ils entraînent 80 à 100 % d'amélioration. Plusieurs produits de cette classe médicamenteuse sont spécialement adaptés aux algoménorrhées : le naproxène (*cf. glossaire*) (Naprosine* à la dose de 2 comprimés/jour), l'acide flufénamique (*cf. glossaire*) (Arlef à la dose de 2 à 4 comprimés/jour), l'acide méfénamique (*cf. glossaire*) (Ponstyl à la dose de 3 à 6 comprimés/jour). Ce traitement débutera dès la survenue des règles.
 - Les inhibiteurs de l'ovulation : Les œstroprogestatifs normodosés sont actifs dans 90 % des cas ; les œstroprogestatifs minidosés sont moins efficaces, ils suffisent néanmoins dans la majorité des cas ; les progestatifs macrodosés sont également efficaces ; les microprogestatifs 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.
 - 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 :**
 - Les antalgiques et les antispasmodiques peuvent suffire dans les formes mineures,

- Les progestatifs prescrits en 2^e 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 extragénitales.

III.1 LES DOULEURS EXTRAGENITALES

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 anorectale (hémorroïdes, fissure anale, fistule méconnue). De telles maladies seront confiées au gastroentérologue.

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 (*cf. glossaire*) 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 ostéoarticulaires 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.

III.2 LES DOULEURS D'ORIGINE GENITALE

Dans le cadre de ces douleurs chroniques (qui exclut les pelvipéritonites (*cf. glossaire*), 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 ».

III.2.1 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 » :**

- Elles sont responsables de douleurs pelviennes au long cours,
- Secondaires à une salpingite, un avortement septique ou à une complication infectieuse de l'accouchement, ces infections chroniques sont la rançon habituelle des pelvipéritonites insuffisamment traitées,
- L'évolution est marquée par des poussées subaiguës fébriles,
- 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 (*cf. glossaire*) et le repos,
- 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 (*cf. glossaire*), voire hystérectomie (*cf. glossaire*) avec castration lorsque l'âge l'autorise, permettent alors, et elles seules, de contrôler ce syndrome douloureux.

- **L'endométriose pelvienne :**

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

- **Les dystrophies ovariennes polykystiques :**

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

- 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,
 - Le diagnostic est difficile, la coélioscopie n'est pas d'un grand intérêt, sauf pour identifier la lésion à l'origine du syndrome ; l'hyperandrogénie (*cf. glossaire*) est inconstante,
 - L'échographie permet d'orienter le diagnostic,
 - Le traitement repose sur la mise au repos de l'ovaire par les œstroprogestatifs, très efficaces sur la douleur ; le traitement sera poursuivi pendant un an au moins.
- **Les malpositions utérines :**
 - Les prolapsus (*cf. glossaire*) sont très rarement source de douleurs pelviennes plutôt de pesanteur. C'est l'hystéroptose (*cf. glossaire*) qui est responsable de la pesanteur pelvienne douloureuse exagérée à la station debout. Le diagnostic est évident. Le traitement est chirurgical,
 - Les rétrodéviations 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 (*cf. glossaire*), 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 :
 - Les rétro-déviations fixées par des adhérences, qu'il s'agisse de séquelles inflammatoires ou de foyers endométriosiques.
 - **La rétrodéviation du syndrome de Master et Allen ; ce syndrome se caractérise par :**
 - Son étiologie : accouchement traumatique d'un gros enfant ou forceps (*cf. glossaire*) 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 coéloscopie confirme le diagnostic en montrant, outre la déchirure du feuillet postérieur du ligament large, la varicocèle (*cf. glossaire*) des veines utéropelviennes et les troubles vasculaires de l'utérus qui est gros, marbré, violacé par endroits,
 - Le traitement est chirurgical, réalisant une véritable panligamentopexie (*cf. glossaire,*) avec raccourcissement des ligaments ronds, dans le but d'orienter l'utérus en avant, exclusion de Douglas ou dougласsectomie (*cf. glossaire*) vraie. Les résultats de cette chirurgie sont habituellement bons.
- **Enfin, les formes évoluées de cancer du col utérin ou du corps utérin :**
 - 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.

III.2.2 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,
- Existence 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.

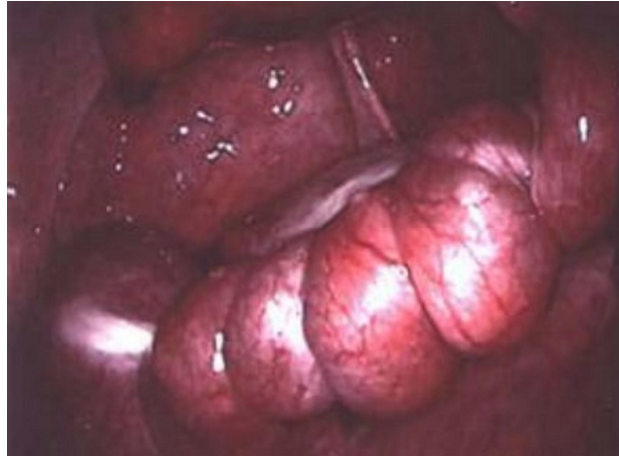
IV QUELLES SONT LES PRINCIPALES CAUSES DE DOULEURS PELVIENNES AIGUËS ?

Ce sont :

- **La GEU :** première étiologie à toujours éliminer chez une femme en période d'activité génitale. *cf. Item 18 : Grossesse Extra-Utérine (GEU) :* <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item18/site/html>.

- **La rupture de corps jaune hémorragique gravidique :**
 - tableau très proche de celui de GEU,
 - diagnostic le plus souvent per-opératoire.
- **Les salpingites :** étiologie de diagnostic difficile notamment lorsqu'elles sont liées au *Chlamydia trachomatis* (cf. *glossaire*) qui entraîne une symptomatologie frustrée atypique paucisymptomatique. La cœlioscopie a une place très importante dans ce contexte. cf. *Item 88 : Infections génitales de la femme : Salpingites* : http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item88_2/site/html.
- **Les fibromes compliqués :**
 - **en cas de nécrobiose de fibrome**, il existe un gros fibrome mou, douloureux associé parfois à des métrorragies (cf. *glossaire*) brunâtres et à une fébricule à 38°C,
 - **en cas de torsion de fibrome**, la symptomatologie est assez proche de celle des torsions d'annexe. Le diagnostic est peropératoire,
 - **en cas d'accouchement de gros fibrome sous-muqueux**, il existe des douleurs expulsives (coliques) associées à des métrorragies. À l'examen clinique, le fibrome est dans le vagin, appendu au col utérin ; il persiste le plus souvent un pédicule (cf. *glossaire*) 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**
 - 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 (cf. *glossaire*),
 - 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 (cf. *glossaire*) en raison d'une nécrose de celle-ci.

Vue cœlioscopique d'une torsion d'annexe

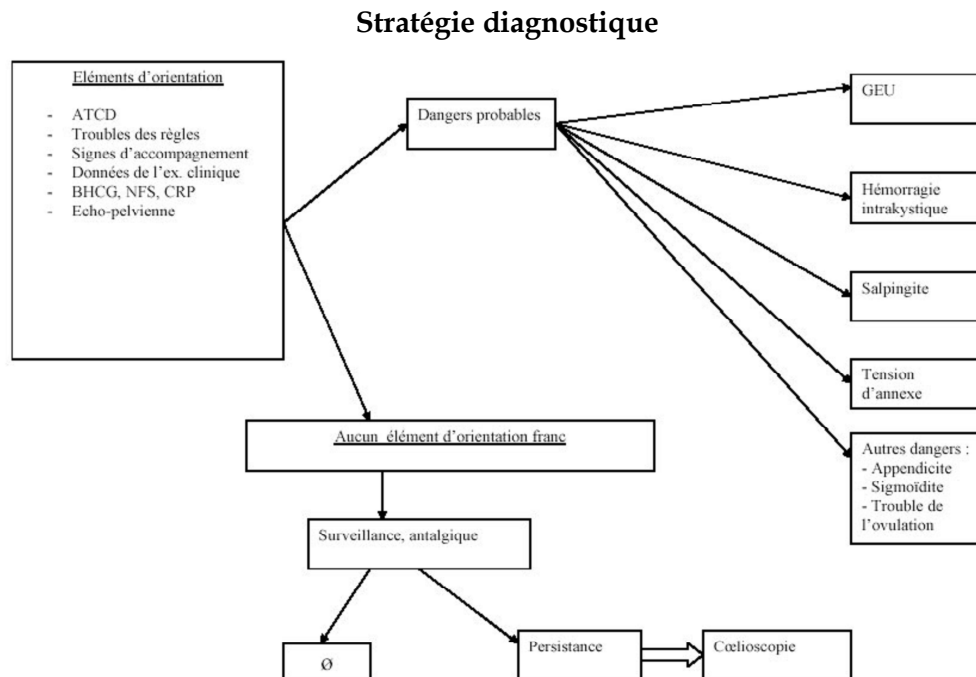


- Les autres diagnostics gynécologiques sont moins inquiétants :
 - Douleurs ovulatoires : formes intenses de syndrome intermenstruel.
- **Les autres diagnostics extragénitaux**
 - Appendicite,
 - Pyélonéphrite (*cf. glossaire*),
 - Colique néphrétique,
 - Occlusion aiguë,
 - Colite spasmodique.

V TABLEAU DES ETIOLOGIES DES ALGIES PELVIENNES AIGUËS

- Infections génitales lentes,
- Complications des kystes ovariens (torsion, hémorragie, rupture),
- Torsion d'annexes ou de fibrome sous-séreux,
- Nécrobion de fibrome,
- GEU.

VI STRATEGIE DIAGNOSTIQUE



VII ANNEXES

GLOSSAIRE

- acide flufénamique : Dérivé de l'acide anthranilique à propriétés analgésique, anti-inflammatoire, et antipyrétique. Il est employé dans les affections musculaires et articulaires, administré par voix orale et externe.
- acide méfénamique : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien (AINS) de la famille des fenamates, à laquelle appartient par exemple l'acide niflumique. Il est utilisé en clinique humaine pour traiter les douleurs dont les douleurs menstruelles (dysménorrhée) ou l'arthrite rhumatoïde.
- aldostérone : Hormone minéralocorticoïde sécrétée par les glandes corticosurrénales principalement en réponse à une stimulation par l'angiotensine 2 ou à une élévation de la kaliémie. Elle a un rôle crucial dans le maintien de la volémie plasmatique et de la tension artérielle, ainsi que de la kaliémie, via son action sur le rein de réabsorption du sodium urinaire et de sécrétion de potassium dans l'urine.
- algoménorrhée : Menstruations difficiles et douloureuses, survenant généralement au deuxième jour des règles, puis s'aggravant progressivement. On distingue les

dysménorrhées primaires correspondant à des perturbations du cycle ovulatoire non associées à une atteinte des organes reproducteurs, des dysménorrhées secondaires appelées également dysménorrhées acquises qui sont des règles douloureuses dues à une véritable maladie, c'est-à-dire à une lésion des organes reproducteurs.

- algoménorrhée : Menstruations difficiles et douloureuses, survenant généralement au deuxième jour des règles, puis s'aggravant progressivement. On distingue les dysménorrhées primaires correspondant à des perturbations du cycle ovulatoire non associées à une atteinte des organes reproducteurs, des dysménorrhées secondaires appelées également dysménorrhées acquises qui sont des règles douloureuses dues à une véritable maladie, c'est-à-dire à une lésion des organes reproducteurs.
- angiotensinogène : Peptide précurseur de l'angiotensine, essentiellement produit et libéré dans la circulation par le foie, et impliqué dans la maintenance du volume et de la tension artérielle. Sa production est induite par les corticoïdes, les œstrogènes, les hormones thyroïdiennes, et notamment, l'angiotensine II. Il joue un rôle important dans le système rénine-angiotensine-aldostérone.
- annexectomie : Ablation chirurgicale des trompes de Fallope et des ovaires.
- antiprostaglandines : Substances qui s'opposent à l'action des prostaglandines, responsables de contractions utérines au moment des règles. Elles sont utilisées en thérapeutique pour diminuer les douleurs des règles.
- cataménial : Qui a rapport aux menstrues.
- Chlamydia trachomatis : Bacille de Gram indéterminé, parasite intracellulaire obligatoire. Cette bactérie est responsable de l'urétrite à chlamydia (ou chlamydiose), maladie sexuellement transmissible qui est la plus fréquente en France (50 fois plus fréquente que la gonorrhée, elle même plus fréquente que la syphilis). Son réservoir est strictement humain. Il existe 15 sérotypes, possédant un tropisme tout particulier pour les muqueuses génitales et oculaires.
- cœlioscopie : Cœlioscopie ou laparoscopie : Technique chirurgicale mini-invasive de diagnostic (cœlioscopie proprement dite) et d'intervention (cœliochirurgie) sur la cavité abdominale, de plus en plus utilisée sur l'appareil digestif (chirurgie viscérale), en gynécologie, et en urologie. Elle fait partie des techniques d'endoscopie chirurgicale.
- corticoïde : Corticoïde et corticostéroïde : Hormone stéroïde naturelle sécrétée chez les êtres humains par la glande corticosurrénale.
- corticothérapie : Emploi thérapeutique des corticoïdes.

- cul-de-sac de Douglas : Cul-de-sac de Douglas ou cul-de-sac recto-vaginal : Repli du péritoine entre l'utérus et le rectum, formant un cul-de-sac recto-vaginal. Le cul-de-sac de Douglas est l'endroit où s'accumulent les liquides qui peuvent se trouver par accident dans la cavité péritonéale (sang, pus, etc.). Cet endroit du corps est accessible par le toucher rectal, ce qui permet le diagnostic de nombreuses pathologies. Chez l'homme, ce cul-de-sac est simplement l'extrémité inférieure de la cavité péritonéale, entre la face postérieure de la vessie et la face ventrale du rectum.
- cystalgie : Douleur de la vessie d'origine nerveuse.
- Danatrol : Médicament utilisé pour traiter l'endométriose, les maladies fibrokystiques du sein. Il est un dérivé de l'etisterona, un stéroïde de synthèse dont le mécanisme d'action est d'empêcher la libération des gonadotrophines et des récepteurs dans le foyer des hormones stéroïdes sur les organes cibles.
- douglassectomie : Ablation du cul-de-sac de Douglas.
- dysménorrhée : Menstruations difficiles et douloureuses, survenant généralement au deuxième jour des règles, puis s'aggravant progressivement. On distingue les dysménorrhées primaires correspondant à des perturbations du cycle ovulatoire non associées à une atteinte des organes reproducteurs, des dysménorrhées secondaires appelées également dysménorrhées acquises qui sont des règles douloureuses dues à une véritable maladie, c'est-à-dire à une lésion des organes reproducteurs.
- dyspareunie : Dyspareunie ou algopareunie : Douleur de nature et d'intensité variables ressentie lors des rapports sexuels. Presque systématique lors du premier rapport vaginal due au déchirement de l'hymen. Elle devient en revanche incapacitante lorsqu'elle a lieu à tous les rapports suivants. Les douleurs peuvent être les symptômes de pathologies le plus souvent bénignes mais parfois graves, aussi est-il fortement conseillé de demander l'avis d'un médecin gynécologue qui, seul, pourra répondre à toutes interrogations, poser un diagnostic et envisager un traitement.
- dysurie : Difficulté à l'évacuation de la vessie. La dysurie est souvent méconnue car indolore et d'installation progressive. On décrit la dysurie d'attente, initiale au début de la miction, et la dysurie de poussée, parfois terminale. Cette dysurie s'accompagne d'une diminution de la force du jet. On en rapproche les mictions en deux temps, les gouttes retardataires, et la sensation de vessie non vide en fin de miction.
- ectopie : Position anormale d'un organe.

- endocervicite : Inflammation de la paroi interne du col. À l'examen, il existe un écoulement purulent qui sort de l'endocol. La colposcopie, le prélèvement permettent le diagnostic.
- endométriose : Présence de cellules endométriales en dehors de la cavité utérine (cavité péritonéale et ovaire). L'endométriose est une maladie bénigne mais incurable, encore mystérieuse pour la communauté médicale. Ni son origine, ni son remède ne sont déterminés à ce jour, bien que plusieurs hypothèses aient été émises (notamment le rôle du reflux d'endomètre par les trompes de Fallope dans la cavité pelvienne, lors des règles). 80 % des endométrioses ont une localisation ovarienne. Les lésions d'endométriose, outre la sphère gynécologique, peuvent également se situer sur les organes digestifs, dont le rectum, sur la vessie, voire sur les reins. Dans de rares cas, des atteintes pulmonaires se produisent.
- endométriose : Présence de cellules endométriales en dehors de la cavité utérine (cavité péritonéale et ovaire). L'endométriose est une maladie bénigne mais incurable, encore mystérieuse pour la communauté médicale. Ni son origine, ni son remède ne sont déterminés à ce jour, bien que plusieurs hypothèses aient été émises (notamment le rôle du reflux d'endomètre par les trompes de Fallope dans la cavité pelvienne, lors des règles). 80 % des endométrioses ont une localisation ovarienne. Les lésions d'endométriose, outre la sphère gynécologique, peuvent également se situer sur les organes digestifs, dont le rectum, sur la vessie, voire sur les reins. Dans de rares cas, des atteintes pulmonaires se produisent.
- endométrite : Infection de l'endomètre. Elle fait le plus souvent suite à l'accouchement, mais elle peut aussi être causée par un geste endo-utérin (interruption volontaire de grossesse, hystérosalpingographie). L'endométrite du post-partum est une complication infectieuse commune de l'accouchement. Le premier signe en est la fièvre. Son diagnostic et son traitement permettent d'éviter l'extension de l'infection au péritoine et au pelvis.
- FCS : Fausse Couche Spontanée
- FCV : Frottis Cervico-Vaginal
- forceps : Instruments d'extraction du fœtus hors des voies génitales lors d'un accouchement.
- glaire cervicale : Sécrétion de glycoprotéines produite par les glandes du canal cervical en période pré-ovulatoire (fin de phase folliculaire). Elle assure plusieurs fonctions : condamner la cavité utérine en dehors de la période ovulatoire et ainsi la protéger contre les intrusions de germes pouvant être pathogènes ; protéger les spermatozoïdes contre les conditions hostiles du vagin (en effet, le pH du vagin est

acide et toxique pour les spermatozoïdes tandis que le pH de la glaire est légèrement basique) ; fournir un appoint énergétique aux spermatozoïdes.

- glandes de Bartholin : Chez la femme, glandes qui sont situées de chaque côté de la moitié postérieure de la vulve, dans l'épaisseur des grandes lèvres. Par la sécrétion de cyprine, elles participent à la lubrification du vagin. Chaque glande mesure de 10 à 15 mm de longueur, 8 mm de hauteur et 5 mm d'épaisseur. Elles pèsent environ 4 à 5 grammes.
- glandes de Skene : Chez la femme, glandes diffuses situées tout le long de l'urètre. Au moment de l'orgasme, ces glandes ont pour fonction de sécréter un liquide, translucide comme de l'eau, par deux petits orifices situés près du méat urinaire. Ce liquide n'est pas de l'urine. Les glandes de Skene se gorgent plus ou moins en liquide durant la phase d'excitation. Le volume émis peut donc être faible et passer inaperçu. Il peut aussi être important et être éjecté alors avec vigueur : c'est l'éjaculation féminine. L'orgasme ne se traduit pas nécessairement par cette émission de liquide, et l'émission de ce liquide n'est pas non plus nécessairement liée à un orgasme.
- hémato-colpos : Rétention de sang dans le vagin lorsqu'il y a une imperforation de l'hymen ou une cloison vaginale transversale, souvent découverte par le constat de hématométrie lorsque le diagnostic est fait tôt.
- hématométrie : Accumulation de sang menstruel et de caillots de sang dans l'utérus.
- herpès : Maladie virale chronique responsable d'éruptions cutanées récidivantes et portée par le virus « Herpes simplex ». Elle représente également la première cause d'ulcérations génitales en Europe principalement. L'herpès génital favorise la transmission du virus du sida. Affection récidivante et douloureuse, l'herpès génital est responsable du redoutable herpès néonatal. Cette maladie, vécue péniblement sous quelque forme que ce soit, ne peut jamais être totalement guérie et impose donc au porteur de prendre des précautions, y compris en dehors des crises (il reste potentiellement contagieux). L'herpès est une maladie considérée comme bénigne chez les sujets en bonne santé, elle peut se révéler très sérieuse chez les sujets présentant un déficit immunitaire, chez les nourrissons ou chez les femmes enceintes.
- histamine : Médiateur chimique synthétisé par les granulocytes éosinophiles et les mastocytes (cellules appartenant à une variété de globules blancs). L'histamine est stockée dans les cellules et libérée dans des circonstances telles que les réactions d'hypersensibilité. L'histamine provoque une sécrétion de suc gastrique et d'acide chlorhydrique, un relâchement des petites artères, une contraction des bronches et des muscles de l'intestin, une accélération de la fréquence cardiaque (tachycardie),

un relâchement des contractions de l'utérus. Elle est en outre responsable du prurit (démangeaison de la peau).

- hyperaldostéronisme : Sécrétion anormalement élevée d'aldostérone, hormone – sécrétée par la glande corticosurrénale – qui règle la quantité de sodium et de potassium dans l'organisme et contrôle la volémie (volume sanguin circulant).
- hyperandrogénie : Excès d'hormones mâles (androgènes) chez la femme, provoquant une virilisation.
- hypochondre : Hypochondre ou hypocondre : Région gauche ou droite de l'abdomen, située directement sous le diaphragme.
- hystérectomie : Acte chirurgical qui consiste à enlever tout ou une partie de l'utérus. On parle d'hystérectomie totale si elle comprend le corps et le col utérins (avec annexectomie (hystérectomie non conservatrice)). Elle est dite subtotale si on laisse en place le col utérin. On dit aussi hystérectomie « conservatrice » ou « interannexielle » si les ovaires et les trompes de Fallope sont laissés en place.
- hystéroptose : Descente dans le petit bassin, de l'utérus, due au relâchement de ses moyens d'immobilisation dans l'abdomen.
- hystérosalpingographie : Hystérosalpingographie ou hystérographie : Examen de la cavité utérine et des trompes qui ne sont pas visibles sur des radiographies standards. Cet examen est très utile dans les bilans de stérilité, d'infections répétitives, de saignements génitaux, de douleurs... Elle recherche des anomalies telles qu'une tumeur, un fibrome ou un rétrécissement des voies génitales.
- ischémie : Diminution de l'apport sanguin artériel à un organe. Cette diminution entraîne essentiellement une baisse de l'oxygénation des tissus de l'organe en dessous de ses besoins (hypoxie), et la perturbation, voire l'arrêt de sa fonction.
- kyste de l'ovaire : Petite poche remplie de liquide développée aux dépens d'un ovaire. Il s'agit d'une affection extrêmement fréquente, découverte la plupart du temps de manière fortuite au cours d'un examen d'imagerie (échographie par exemple). Ces kystes sont bénins dans la grande majorité des cas, et ont des causes variées.
- ligamentopexie : Intervention chirurgicale qui consiste à replacer l'utérus dans sa position normale, penchée vers l'avant (antéversion). La ligamentopexie, en raccourcissant les ligaments ronds qui maintiennent l'utérus, vise à corriger les bascules vers l'arrière de cet organe (rétroversion, rétrodéviation), qui entraînent parfois des douleurs du petit bassin, surtout pendant les règles ou pendant les rapports sexuels, et peuvent être à l'origine d'une stérilité.

- Mastodynie : Douleur mammaire uni- ou bilatérale, avec impression de sein tendu et douloureux survenant avant les règles ou au début de la grossesse. Les dérèglements hormonaux et les contraceptifs oraux (pilule) ont tendance à les accroître. Ces symptômes peuvent se rencontrer dans de multiples pathologies du sein. C'est un symptôme fréquent, mais qu'il convient de considérer avec sérieux, et de traiter systématiquement : il s'agit souvent de la manifestation clinique d'un déséquilibre œstroprogestatif, dont le traitement est nécessaire.
- métrorragie : Saignement génital survenant en dehors des règles. On peut avoir des métrorragies après la ménopause ou à cause d'une grossesse extra-utérine rompue. Dans ce dernier cas le fœtus peut s'être développé dans les trompes (au lieu de l'utérus) et ainsi, rompre un vaisseau sanguin. La métrorragie peut ainsi signer un hémopéritoine. C'est une urgence médicale. Le terme métrorragie ne préjuge en rien de l'abondance du saignement. Il ne faut pas confondre métrorragie avec ménorragie, qui définit des règles anormalement longues et abondantes.
- myomètre : Couche musculuse interne de la paroi utérine.
- naproxène : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien (AINS) souvent utilisé pour traiter les douleurs faibles ou modérées, la fièvre, l'inflammation et les arthralgies de certaines pathologies telles l'ostéoarthrite, l'arthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique, la goutte, la spondylite ankylosante, les blessures, les douleurs menstruelles, la tendinite, la bursite et le traitement de la dysménorrhée primaire.
- ocytocine : Ocytocine ou oxytocine : Hormone peptidique synthétisée par les noyaux paraventriculaire et supraoptique de l'hypothalamus et sécrétée par l'hypophyse postérieure (neurohypophyse). Elle est impliquée lors de l'accouchement, mais elle semble aussi par ailleurs favoriser les interactions sociales amoureuses ou impliquant la coopération, l'altruisme, l'empathie, l'attachement voire le sens du sacrifice pour autrui, même pour un autrui ne faisant pas partie du groupe auquel on appartient. Dans certaines situations, l'ocytocine pourrait aussi induire des comportements radicaux, voire violents pour la défense du groupe, par exemple face à un autrui refusant de coopérer. Elle deviendrait alors une source d'agressivité défensive (et non offensive).
- pédicule : Ensemble des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et des nerfs, qui sont dédiés à un organe et permettent son fonctionnement et son interaction avec le reste du corps.
- pelvialgie : Douleur pelvienne chronique.
- pelvipéritonite : Infection des organes reproducteurs féminins (utérus, trompes de Fallope, ovaires), qui peut se propager à travers les tubes, dans le bassin autour de l'utérus, de la vessie et le gros intestin. L'infection provoque une inflammation.

L'infection est plus fréquente chez les jeunes femmes, celles qui ont un nouveau partenaire, et ceux qui n'utilisent pas de préservatifs. Occasionnellement, l'infection de l'utérus (endométrite) et les trompes de Fallope (salpingite) arrive seule, mais si l'utérus est infecté, les tubes sont susceptibles d'être infectés, et vice-versa.

- périhépatite : Périhépatite ou syndrome de Fitz-Hugh-Curtis : Péritonite se localisant sur l'hypocondre droit. D'origine vénérienne, le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis est par ce fait associé à plusieurs IST, comme la blennorragie. Il se manifeste par des douleurs de l'hypocondre droit (avec ou sans fièvre) et des douleurs abdomino-pelviennes ou abdominales diffuses. Le traitement approprié contre l'IST qui a déclenché le syndrome permet d'en stopper la source. Pour lutter contre le syndrome en lui-même, on peut utiliser de la tétracycline.
- pollakiurie : Fréquence excessive des mictions en petites quantités. Ces mictions ont lieu à intervalles fréquents et sont liées à une sensation de plénitude vésicale (impression de vessie pleine) qui n'est pas due à une vessie pleine mais à une vessie présentant une irritation. Cette sensation s'accompagne d'une impression de plénitude même quand la vessie n'est pas pleine.
- polype : Adénome, ou tumeur bénigne, se développant sur les muqueuses. Les polypes se retrouvent plus fréquemment sur les muqueuses du côlon, du rectum ou de l'utérus. Certains sont plats : ce sont des polypes sessiles ; d'autres possèdent un pied plus ou moins long : ce sont des polypes pédiculés. La présence de nombreux polypes sur une même muqueuse est appelée polypose.
- progestatif : Hormone d'action similaire à la progestérone. Pour être considérée comme progestative, une molécule doit avoir les effets suivants en expérimentation : effet lutéomimétique (test de Clauberg) : différenciation sécrétoire sur une muqueuse utérine correctement préparée par les œstrogènes ; effet progestagène : maintien de la gestation malgré ablation du corps jaune de l'ovaire.
- progestérone : Hormone stéroïde principalement sécrétée par le corps jaune des ovaires et impliquée dans le cycle menstruel féminin, la grossesse (progestagène : supporte la gestation) et l'embryogenèse. Dans le cycle ovarien, la progestérone inhibe les contractions rythmiques de la musculature utérine et crée un silence utérin sans lequel toute gestation serait impossible.
- prolactine : Prolactine ou lactostimuline : Hormone de nature protéique, fabriquée par l'hypophyse et plus particulièrement son lobe antérieur (partie de l'hypophyse située en avant). L'hypophyse est la glande « chef d'orchestre » de l'organisme : elle régularise les autres hormones du corps.
- prolapsus : Prolapsus ou descente d'organes : Déplacement anormal d'un ou de plusieurs organes du pelvis féminin vers le bas.

- prostaglandines : Métabolites de l'acide arachidonique, obtenu à partir de phospholipides membranaires par action de phospholipases (plusieurs sous-types existants). Molécules liposolubles destinées à la sécrétion dans le milieu extracellulaire, elles jouent des rôles importants dans les organismes vivants. En effet, les prostaglandines sont des agents de signalisation paracrine et autocrine qui activent de nombreux RCPG (Récepteurs membranaires à 7 segments transmembranaires Couplés à des Protéines G). Chaque prostaglandine possède 20 atomes de carbone dont un cycle à 5 atomes de carbone. Ce sont des médiateurs chimiques qui possèdent divers effets physiologiques.
- pyélonéphrite : Infection bactérienne des voies urinaires hautes, touchant donc le bassinet (pyélite) et le parenchyme rénal (néphrite), compliquant ou s'associant à une infection et/ou inflammation des voies urinaires basses. La contamination des voies urinaires se fait par voie ascendante à partir des flores digestive, génitale et cutanée. Les germes les plus fréquemment rencontrés sont des Bactéries Gram Négatif (BGN) types entérobactéries, Escherichia coli en tête. La pyélonéphrite est plus fréquente chez les femmes de 15 à 65 ans mais peut également se rencontrer à tout âge, ainsi que chez les hommes. Le diagnostic chez la personne jeune est généralement facile, il repose sur la clinique (apparition d'une fièvre et d'une douleur lombaire unilatérale dans les suites d'une cystite mal soignée), sur les examens biologiques (principalement la présence de germes à l'ECBU) et d'imagerie (échographie rénale et radiographie de l'Abdomen Sans Préparation (ASP) à la recherche d'un obstacle, de lithiase, de signe de complications). La prise en charge dépend de l'existence de signes de gravité ou de complications associées. Le traitement repose sur l'antibiothérapie, à débiter d'emblée, initialement probabiliste puis secondairement adapté à l'antibiogramme.
- Pyélonéphrite : Infection bactérienne des voies urinaires hautes, touchant donc le bassinet (pyélite) et le parenchyme rénal (néphrite), compliquant ou s'associant à une infection et/ou inflammation des voies urinaires basses. La contamination des voies urinaires se fait par voie ascendante à partir des flores digestive, génitale et cutanée. Les germes les plus fréquemment rencontrés sont des Bactéries Gram Négatif (BGN) types entérobactéries, Escherichia coli en tête. La pyélonéphrite est plus fréquente chez les femmes de 15 à 65 ans mais peut également se rencontrer à tout âge, ainsi que chez les hommes. Le diagnostic chez la personne jeune est généralement facile, il repose sur la clinique (apparition d'une fièvre et d'une douleur lombaire unilatérale dans les suites d'une cystite mal soignée), sur les examens biologiques (principalement la présence de germes à l'ECBU) et d'imagerie (échographie rénale et radiographie de l'Abdomen Sans Préparation (ASP) à la recherche d'un obstacle, de lithiase, de signe de complications). La prise en charge dépend de l'existence de signes de gravité ou de complications associées. Le

traitement repose sur l'antibiothérapie, à débiter d'emblée, initialement probabiliste puis secondairement adapté à l'antibiogramme.

- récepteurs adrénrgiques : Récepteurs adrénrgiques ou adrénorécepteurs : Classe de récepteurs couplés aux protéines G qui sont la cible des catécholamines. Les récepteurs adrénrgiques se lient de préférence à leurs ligands endogènes, les catécholamines adrénaline et noradrénaline et sont activés par elles.
- récepteurs cholinergiques : Protéines transmembranaires capables de lier l'acétylcholine libérée dans le milieu extracellulaire, et d'induire par la suite un signal à l'intérieur du cytoplasme.
- salpingectomie : Ablation chirurgicale des trompes de Fallope.
- salpingite : Inflammation d'une, ou des deux (dans 60 % des cas) trompes de Fallope. Infections sexuellement transmissibles, gonocoques et chlamydiae sont principalement en cause.
- signe de Lasègue : Signe clinique qui peut être mis en évidence dans la sciatgie par hernie discale au niveau des vertèbres lombaires L4-L5 ou L5-S1. Le patient est allongé sur le dos (décubitus dorsal). Le thérapeute soulève alors la jambe tendue jusqu'à ce que le patient décrive une douleur irradiant depuis le dos (au niveau de la racine) jusque dans le pied, identique à la douleur (sciatgie) dont il souffre. On peut sensibiliser la technique en imprimant également une dorsiflexion à la cheville. On note le degré d'élévation à partir duquel la douleur a été déclenchée, servant ainsi de repère clinique pour constater l'évolution d'une sciatgie. Il existe parfois un signe controlatéral de Lasègue qui est un argument de gravité. La douleur du membre atteint est alors déclenchée par le soulèvement du membre sain.
- signe de Murphy : Signe clinique qui peut être identifié à l'examen physique ou à l'échographie. Il est mis au point par le chirurgien américain John Benjamin Murphy à la fin du 19e siècle. Pour évaluer le signe de Murphy, le médecin palpe profondément sous le rebord costal droit au niveau de la ligne médio-claviculaire. Il demande ensuite au patient de prendre une inspiration profonde. Le test est positif si la douleur au site de la palpation empêche le patient de terminer son inspiration. Cette douleur est due au contact de la vésicule biliaire sensible avec les doigts du médecin lorsqu'elle est poussée vers le bas par la descente du diaphragme lors de l'inspiration profonde.
- spéculum : Outil médical – généralement en métal ou à usage unique en plastique – permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.
- sténose : Modification anatomique qui se traduit par un rétrécissement d'une structure (canal, vaisseau).
- stérilité : État involontaire d'un individu inapte à concevoir un enfant.

- œstrogénique : Œstrogène : Groupe de stéroïdes, dont la fonction, à l'état naturel, est d'être une hormone sexuelle femelle primaire. Ils sont produits en premier lieu par le développement des follicules des ovaires, le corps jaune (corpus luteum) et le placenta. Certains œstrogènes sont également produits en petites quantités par d'autres tissus tels le foie, la surrénale, les seins et le tissu adipeux. Ces sources secondaires d'œstrogènes sont particulièrement importantes chez les femmes lors de la post-ménopause. Les trois œstrogènes naturels sont l'estradiol, l'estriol et l'estrone. Bien que les œstrogènes soient présents dans les deux sexes, on en trouve une quantité significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elles favorisent le développement des caractères sexuels secondaires, comme les seins, et sont également impliquées dans le contrôle du cycle menstruel, ce qui explique pourquoi la plupart des pilules contraceptives en contiennent. L'usage d'œstrogènes, en particulier associés à la progestérone, est un traitement (traitement de substitution hormonale) controversé des symptômes de la ménopause. En plus de leurs rôles dans la reproduction, féminine mais aussi masculine, les œstrogènes sont impliqués dans le développement du système nerveux central, dans l'homéostasie du squelette et du système cardiovasculaire. Ils ont également des effets sur le foie et le tissu adipeux.
- œstroprogestatif : Œstroprogestatif : Produit inhibiteur de l'ovulation, associant un progestatif et un œstrogène.
- œstrus : Œstrus ou chaleurs : Période durant laquelle une femme est fécondable. Pour la femme, cette période infertile correspond à la première partie du cycle menstruel.
- symphyse pubienne : Articulation antérieure du bassin, entre les os iliaques. C'est un tissu fibro-cartilagineux, situé en avant de la vessie et au-dessus des organes génitaux ; pour la femme, il est au-dessus de la vulve et pour l'homme au-dessus du pénis. Chez les mâles, le ligament suspenseur du pénis s'attache à la symphyse pubienne. Chez les femelles, la symphyse pubienne est intimement reliée au clitoris.
- syndrome de Master-Allen : Douleur pelvienne permanente, exagérée en position debout et en cas de fatigue. Il existe également une dyspareunie balistique (douleur lors des rapports sexuels, notamment lorsque le pénis est introduit le plus profondément possible) et une hypermobilité douloureuse du col lors de l'examen clinique. La cause généralement à l'origine de ce syndrome est un accouchement traumatique d'un gros bébé ou d'un traumatisme, entraînant des lésions anatomiques : rupture conjonctive des ligaments utéro-sacrés et déchirure du ligament large. La coelioscopie confirme le diagnostic. Le traitement est chirurgical et consiste à raccourcir les ligaments ronds.

- **Syndrome PréMenstruel** : Syndrome PréMenstruel (SPM) : Ensemble des symptômes qui surviennent régulièrement, chez certaines femmes, avant les règles. Le plus souvent, ces symptômes se manifestent dans les quelques jours qui les précèdent, mais parfois ils peuvent se produire dès le milieu du cycle. Trois symptômes sont particulièrement fréquents : la tension mammaire, le ballonnement de l'abdomen et la tension psychique. Cependant, bien d'autres troubles peuvent être présents, comme des jambes lourdes, des céphalées ou des migraines, des troubles digestifs... Au total, plus de 100 manifestations cliniques ont été rapportées. Ces symptômes varient, en nature et en intensité, selon les femmes. Bien que la cause de cette affection reste mystérieuse, la modification des sécrétions hormonales semble être impliquée.
- **synéchie** : Adhérence cicatricielle de deux surfaces ulcérées.
- **varicocèle** : Dilatation variqueuse (varices) des veines du cordon spermatique (situées dans les bourses, au-dessus et autour de chaque testicule). 15 % de la population masculine et 4 hommes sur 10 consultant pour hypofertilité ou stérilité en seraient touchés. Une relation directe entre varicocèle et infertilité est évoquée car il existe plus d'anomalies de la spermatogenèse en raison d'une probable augmentation de la température locale et d'une hypoxie relative du testicule en raison de la stase veineuse.
- **vasopressine** : Vasopressine ou hormone antidiurétique ou AntiDiuretic Hormone (ADH) ou Arginine-VasoPressine (AVP) : Hormone peptidique synthétisée par les noyaux supra-optique et paraventriculaire de l'hypothalamus, et libérée par l'hypophyse postérieure. Elle a principalement un rôle antidiurétique au niveau du rein, où elle provoque une réabsorption d'eau via une action sur le segment distal du néphron lors d'une déshydratation corporelle.

BIBLIOGRAPHIE

- : Algies pelviennes (item 292). Faculté de Médecine, Université Louis Pasteur de Strasbourg (ULP). 2004.
- Brühwiler H, Sieger D, Lüscher KP. : Disménorrhée primitive. Forum Médical Suisse. 2006;6:919-922.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 292 : Algies pelviennes chez la femme. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 193-201.
- Daraï E, Meneux E, Bénifla JL, Batallan A, Tardif D, Madelenat P. : Douleur pelvienne de la femme. AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine. 1999; 3-1170.

- Fauconnier A, Fritel X, Chapron C. : Relations entre endométriose et algie pelvienne chronique : quel est le niveau de preuve ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2009 Jan;37(1):57-69.
- Fernandez H. : Douleurs pelviennes. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Médecine d'urgence. 2007; 25-070-A-10.
- Fritel X, Fauconnier A, Chapron C. : Algies pelviennes chroniques de la femme. Orientation diagnostique et conduite à tenir. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2006; 162-A-10.
- Huchon C, Estrade-Huchon S, Popowski T, Toret F, Chapron C, Fauconnier A. : Algies pelviennes aiguës de la femme : orientation diagnostique et conduite à tenir. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2010; 162-A-15.
- Savey L. : Algies pelviennes. AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine. 1998; 1-0200.

RECOMMANDATION

- Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC). Directive clinique de consensus pour la prise en charge de la douleur pelvienne chronique. Directive clinique de la SOGC. 2005 Aug;164:802-826. : <http://www.sogc.org/guidelines/public/164F-CPG1-Aout2005.pdf>
- Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC). Directive clinique de consensus sur la dysménorrhée primaire. Directive clinique de la SOGC. 2005 Dec;169:1133-1135. : http://www.sogc.org/jogc/documents/CPD_FRE_Abstract_JOGC-dec-05.pdf

ABREVIATIONS

- CRP : C-Reactive Protein (protéine C réactive)
- FID : Fosse Iliaque Droite
- GEU : Grossesse Extra-Utérine
- GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone (gonadolibérine)
- hCG : human Chorionic Gonadotropin (Hormone Chorionique Gonadotrope humaine)
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

- MST : Maladie Sexuellement Transmissible
- NFS : Numération Formule Sanguine
- PV : Pression Vésicale
- SPM : Syndrome PréMenstruel
- TR : Toucher Rectal
- TV : Toucher Vaginal
- VS : Vitesse de Sédimentation