

# « DECODER » UNE DOULEUR PELVIENNE AIGUE CHEZ UNE FEMME

Pr M. BIBI

## **Introduction :**

Les syndromes douloureux pelviens constituent un motif de consultation fréquent aux services d'urgence. Leur prise en charge comprend une enquête diagnostique, reposant sur un examen clinique rigoureux et quelques examens complémentaires puis la mise en œuvre d'une thérapeutique adaptée. Les principales étiologies sont représentées par les atteintes de l'appareil génital (GEU, avortements, infections utéroannexielles), digestif (appendicites, sigmoïdites) et urinaire, et correspond à des tableaux d'urgences médicales ou chirurgicales qui nécessitent une collaboration multidisciplinaire.

## **I- Définition :**

Le syndrome douloureux pelvien aigu chez la femme regroupe l'ensemble des tableaux cliniques révélés par une douleur de localisation initiale pelvienne, d'apparition récente, moins d'une semaine en général, et nécessite une prise en charge en urgence.

Cela exclut l'ensemble des douleurs pelviennes chroniques même si celles-ci peuvent évoluer par poussées aiguës.

## **II- La prise en charge initiales :**

Elle débute par un interrogatoire précis répertoriant notamment :

- les antécédents médico-chirurgicaux
- Le passé gynéco-obstétrical : on insistera particulièrement sur l'état des cycles et la date des dernières menstruations, normales ou modifiées, le mode de contraception.

La douleur constitue le principal signe fonctionnel :

Ses caractéristiques sont importantes à faire préciser :

- sa localisation et son évolution topographique, les éventuelles irradiations.
- Son type : crampes, strictions, contractions,...
- Son intensité.
- Les circonstances de survenue, sa durée et son évolution.
- Les facteurs qui l'aggravent ou la calment, qui l'exacerbent ou la soulagent.

D'autres manifestations fonctionnelles peuvent s'associer qui orientent l'examen clinique :

- l'hypothyroïdie, pâleur cutanée, malaise général peuvent être précurseurs d'un choc hypovolémique avec ou sans hémorragie extériorisée, d'autant plus mal

supporté que l'installation est rapide ou survenant sur un terrain d'anémie préexistante.

- Des symptômes sont directement en rapport avec l'appareil génital :
  - o Les troubles du cycle mensuel : en particulier un retard des règles ou une modification de la durée et de l'importance des menstruations.
  - o Des métrorragies : dont on précise l'importance et l'ancienneté.
  - o Des leucorrhées : leur présence est toujours difficile à estimer et la différence avec les pertes physiologiques n'est pas toujours aisée. Elles peuvent s'accompagner de prurit vulvaire ou d'une dyspareunie.
  - o Des troubles digestifs : nausées et vomissements, qu'il faut différencier des signes sympathiques de grossesse, associés ou non à d'autres manifestations à type de diarrhées, constipation voir arrêt du transit.
  - o Des troubles digestifs : nausées et vomissements, qu'il faut différencier des signes sympathiques de grossesse, associés ou non à d'autres manifestations à type de diarrhées, constipation voir arrêt du transit.
  - o Des troubles de la miction, dysurie et pollakiurie orienteront vers une pathologie urinaire.

L'examen clinique :

Est une étape fondamentale de la prise en charge. Il est rendu difficile par l'intensité de la douleur et ne sera informatif que s'il est effectué dans de bonnes conditions (table d'examen adaptée et matériel approprié).

Les paramètres des fonctions vitales sont d'emblée appréciées : pouls, TA et température.

L'examen gynécologique est effectué sur table d'examen :

- la palpation abdominale précise le siège exact des algies, recherche l'existence d'une masse et de signes d'irritation péritonéale. Les orifices herniaires seront vérifiés.
- Au spéculum : on vérifie l'état du col, d'où peut provenir du sang dont on évaluera l'abondance ou des leucorrhées qui feront l'objet de prélèvements bactériologiques.
- Le TV est capital pour apprécier l'état du pelvis, il permet de préciser :
  - o La taille, la consistance et la situation de l'utérus. Sa palpation et sa mobilisation peuvent être douloureuses ou non. On recherchera toutes les modifications cervicales.
  - o La palpation des annexes et du cul de sac de Douglas peut être douloureuse, on recherche un empatement ou l'existence d'une masse dont on précisera les caractères.
  - o Il peut être complété par un toucher rectal.

A l'issue de cet examen initial, deux situations s'opposent :

Un état de choc est au premier plan :

Le diagnostic est avant tout clinique : la tension est basse ou il existe des anomalies de l'indice oscillométrique, la peau est froide, cyanosée au niveau des extrémités, couverte de sueurs. La tachycardie est constante, bien qu'une composante vagale puisse la minorer.

Le déchocage est immédiatement débuté, il sera fonction des éléments cliniques.

Après s'être assuré d'aux moins deux voies veineuses de calibre suffisant, le remplissage vasculaire est débuté.

A ces mesures, s'ajoutent l'apport d'oxygène au masque et le réchauffement corporel.

Un bilan biologique d'urgence est réalisé, il comprend : groupe sanguin et bilan prétransfusionnel, NFS + plaquettes, étude de la crasse sanguine et  $\beta$ HCG plasmatique.

L'exploration chirurgicale du pelvis s'impose d'urgence, la laparotomie sera préférée à la coelio-chirurgie chaque fois qu'il existe un choc sévère ou un hémopéritoine important.

Il peut s'agir d'une grossesse extra-utérine rompue, d'une rupture de kyste hémorragique de l'ovaire. Plus rarement la torsion annexielle donne un tableau de choc sans hémorragie interne.

En l'absence de choc :

L'enquête étiologique comprend un certain nombre d'examen complémentaire :

- Examens biologiques :
  - o Dosage des  $\beta$ HCG plasmatiques.
  - o NFS + plaquettes.
  - o Une VS.

Les autres examens dépendent de l'orientation diagnostique : bilan urinaire, bactériologique et éventuellement un bilan préopératoire.

- Examens para-cliniques d'imagerie :

L'échographie pelvienne : par voie abdominale, et complétée par un examen endo-vaginal, constitue l'exploration la plus performante pour rechercher des anomalies pelviennes.

La radiographie de l'abdomen offre peu d'intérêt en l'absence de syndrome occlusif.

La scannographie et l'IRM n'ont pas de place dans ce cas.

### **III- Enquête étiologique et principes du traitement :**

#### ***A- Les Pathologies génitales :***

##### **1- En cas de $\beta$ HCG plasmatiques positifs deux étiologies s'imposent :**

###### *a/ La grossesse extra-utérine :*

En dehors de la grossesse extra-utérine rompue avec hémopéritoine et pronostic vital en jeu, les tableaux cliniques peuvent être très variés.

Des facteurs de risque sont bien connus et sont à rechercher chez toute femme algique en période d'activité génitale :

- Hypofertilité
- Notion de stérilité traitée (plastie tubaire, induction, FIV)
- Antécédents d'infection utéro-annexielle
- Endométriose connue
- Contraception par DIU.

Outre la douleur pelvienne, il faut rechercher la notion de retard de règles suivi d'apparition de métrorragies peu abondantes.

L'examen clinique permet de retrouver par un toucher bimanuel, un utérus ramolli et surtout un cul de sac latéral douloureux et plus ou moins empâté.

La perception directe d'une masse annexielle est rarement possible en raison du caractère très douloureux de l'examen.

L'échographie par voie vaginale est l'examen de référence :

- Un sac gestationnel extra-utérin avec activité cardiaque est rarement retrouvé.
- La vacuité utérine associée à des images annexielles non spécifiques et un épanchement liquidien dans le Douglas constituent un ensemble extrêmement évocateur.

La coelioscopie assure le diagnostic et permet d'effectuer une évaluation des lésions tubaires et un traitement qui sera conservateur ou radical.

### ***B/ L'avortement précoce :***

On regroupe sous ce terme des tableaux allant de la menace de fausse couche à l'avortement en cours.

Que la grossesse soit connue ou non la douleur est rythmée sur fond continu, hypogastrique, d'intensité variable, avec des métrorragies plus ou moins abondantes.

Au spéculum : caillots et débris ovulaires sont intra-cervicaux ou intra-vaginaux.

Au TV, le col s'est modifié, l'utérus est augmenté de volume, les annexes et culs de sac sont souples et indolores.

En cas d'expulsion incomplète, la vacuité utérine sera obtenue par aspiration ou curetage.

2- Si le test plasmatique de grossesse est négatif il faut évoquer les différents tableaux suivants, tout en sachant que certains d'entre eux peuvent être associés avec une gestation :

#### *a/ Les infection utéro-annexielles :*

Elles concernent principalement les jeunes femmes.

Le début est brutal, précédé d'épisodes identiques dans 20% des cas et comprend :

- Des algies pelviennes, unies ou bilatérales, irradiant vers la périnée et la racine des cuisses, accentuées par les mouvements, rarement au stade précoce avec des signes d'irritation péritonéale.
- Des leucorrhées purulentes, parfois masquées par des métrorragies.
- Des signes généraux avec fièvre à 38°-39° sont classiques mais inconstants.

La palpation abdominale met en évidence une douleur provoquée voir une défense.

L'examen au spéculum confirme la présence d'un col inflammatoire d'où proviennent des leucorrhées ou du sang.

Au toucher vaginal, la mobilisation utérine est hyperalgique et les culs de sac empâtés et douloureux. La présence d'une collection intra-péritonéale, pyosalpinx le plus souvent.

L'échographie pelvienne est souvent normale dans les formes débutantes, et recherche une éventuelle collection pelvienne.

La polynucléose et VS sont inconstamment élevés.

Les prélèvements bactériologiques, effectués au niveau du col comprennent systématiquement la recherche de C Trachomatis de Gonocoque et des anaérobies.

Le traitement repose sur l'antibiothérapie à large spectre par voie parentérale et le drainage coelio-chirurgical d'éventuelles collections.

#### *b/ Rupture de kyste hémorragique de l'ovaire :*

Dans les cas habituels où elle ne prend pas la forme d'une hémopéritoine massif, cette pathologie correspond à un tableau clinique typique.

Il s'agit d'une femme jeune en deuxième partie du cycle qui présente une douleur unilatérale pelvienne. L'examen clinique met en évidence un épanchement péritonéal (50% des cas), les touchers pelviens sont globalement douloureux avec une masse annexielle.

L'échographie métrorragies en évidence un épanchement liquidien. La coelioscopie permet de confirmer le diagnostic, d'exclure une GEU et de réaliser un lavage péritonéal.

Il est rarement nécessaire d'effectuer une kystectomie ou une hémostase par électrocoagulation au niveau de l'ovaire.

#### *c/ La torsion d'annexe :*

C'est une urgence vasculaire de l'ovaire.

Début brutal, unilatérale, la douleur est violente et devient progressivement abdomino-pelvienne accompagnée alors de nausées et de vomissements.

L'apyrexie est la règle. La défense abdominale débute au niveau de la fosse iliaque (elle est inconstante). Aux touchers, toujours difficiles, on parvient parfois à isoler une masse latéralisée très douloureuse et fixée.

L'échographie en urgence permet de visualiser des lésions ovariennes (kyste de l'ovaire ou para-ovarien, kyste dermoïde, tumeur maligne (2%)).

La coelioscopie doit être indiquée en urgence sans retard. Elle permet de confirmer le diagnostic, réaliser une détorsion de l'annexe et réaliser soit une kystectomie si la vitalité de l'annexe est conservée soit une annexectomie en cas d'infarctus de l'annexe.

*d/ Les complications des fibromes utérins :*

La présence d'un fibrome utérin s'exprime très rarement par une algie pelvienne aiguë, celle-ci traduit alors une des complications évolutives suivantes :

- La torsion d'un fibrome pédiculé :
  - o Lorsqu'il est sous séreux pédiculé, sa torsion donne un tableau clinique qui se rapproche de celui de la torsion d'annexe et nécessite une exploration chirurgicale urgente.
  - o Lorsqu'il est intra-cavitaire, il peut s'extérioriser par le col et être responsable de coliques cervicales expulsives, on retrouve alors la présence de caillots et de débris sphacéliques intra-vaginaux.
  - o Le traitement peut se faire par résection hystéroscopique .
- La nécrobiose aseptique :

La douleur pelvienne est paroxystique avec une fièvre à 38°-38,5°.

L'examen au spéculum peut mettre en évidence des métrorragies noirâtres inconstantes.

Au TV : masse développée au dépens de l'utérus qui est gros et très douloureux (le fibrome se ramolli).

L'échographie conforte le diagnostic.

Le traitement est médical, antalgique et anti-inflammatoire, la chirurgie sera réalisée après refroidissement.

*e/ Syndromes inter et prémenstruels :*

Nous ne ferons qu'évoquer ces deux syndromes qui sont responsables d'algies pelviennes périodiques. Celles-ci peuvent devenir suffisamment intenses pour provoquer une consultation spécialisée.

De même après procréation médicalement assistée (induction de l'ovulation), une hyperstimulation ovarienne engendre un syndrome douloureux varié qui peut justifier une surveillance en milieu hospitalier.

***B/ Les pathologies extra-génitales :***

Nous nous limiterons à citer ces pathologies extra-génitales à l'origine d'algies pelviennes aiguës.

1- Pathologies digestives :

- L'appendicite aiguë
- La sigmoïdite diverticulaire
- Hernies inguinales étranglées

- Toute occlusion ou péritonite peut débuter par une gêne pelvienne surtout si elle intéresse le recto-sigmoïde ou le coecum

#### 2- Pathologie urinaires :

- Coliques néphrétiques
- Pyélonéphrites aiguës

#### **IV- Conclusion :**

La douleur pelvienne aiguë constitue un motif fréquent de consultation en service d'urgence, la prise en charge efficace repose sur un examen clinique dont le temps gynécologique est essentiel, et sur des investigations complémentaires où l'échographie par voie vaginale prend une place prépondérante.

La coelioscopie réalisée en urgence a simplifié l'arbre décisionnel, elle a permis de réduire le nombre de laparotomie blanche, d'aboutir plus rapidement au diagnostic de certitude et d'effectuer dans le même temps un traitement chirurgical adapté.