

# **ALGIES PELVIENNES AIGUES ET CHRONIQUES**

**Pr SAIDI.A**

**Service de gynécologie-obsétrique ,Pr BENDAOU.D.H ,  
EPH Kouba**

# **PLAN :**

- **Introduction**
- **Abord méthodologique du diagnostic**
- **Etiologies**
  - 1. Algies pelviennes aiguës**
  - 2. Algies pelviennes chroniques**
  - 3. Algies pelviennes cycliques**
- **Conclusion**

# INTRODUCTION:

- Les algies pelviennes sont définies comme des douleurs des quadrants inférieurs de l'abdomen
- c'est une situation clinique extrêmement fréquente en médecine générale qu'en gynécologie(10%de cas),isolée ou associée à d'autres symptômes .
- Elle constitue le motif de consultation en gynécologie le plus fréquent
- Les pathologies rencontrés dans cette situation sont nombreuses et de gravité variable; certaines pouvant mettre en jeu le pronostic vital ou avoir des conséquences graves sur la fertilité ultérieure

# 1.INTERROGATOIRE:essentiel

- Les caractéristiques de la douleur :

siège (hypogastre,FID,FIG);irradiation; type (picotement,pesanteur ou autre); intensité ;évolution; date et circonstances d'apparition ;facteurs déclenchants (effort, rapport sexuel)

- Signes d'accompagnements (gynécologiques ou autre):

1. urinaires:dysurie, brûlures mictionnelles
2. Digestifs
3. Dyspareunie
4. Infectieux
5. Trouble du cycle menstruel

- Le profil psychologique de la patiente

# 1.INTERROGATOIRE:essentiel

## ■ Les antécédents :

1. Familiaux : pathologies digestive ,cancers familiaux
2. personnels:
  1. médicaux :pathologies urinaires ,pathologies digestive ,médicaments
  2. chirurgicaux: appendicectomie
  3. gynécologique: maladie sexuellement transmissible ,salpingite,infertilité
  4. obstétricaux: complications gravidiques et obstétricales

## 2.EXAMEN CLINIQUE: méthodique

- Examen général:

1. Aspect et développement des seins ; la pilosité
2. Cicatrice abdominale d'intervention ultérieure
3. Palpation abdominale à la recherche d'une défense , d'une contracture ,d'une sensibilité(FID :appendicite; cadre colique: colite spasmodique; fosses lombaire :contact lombaire ou autre )



## 2.EXAMEN CLINIQUE :méthodique

- Examen gynécologique :surtout pour les douleurs aiguës
- 1. Inspection de la vulve :trophicité , dermatose(grattage),cicatrice
- 2. Inspection des glandes de Bartholin et Skéne(émission du pus)
- 3. spéculum: col ,glairer cervicale, vagin ,Frottis cervico vaginal
- 4. TV: col (position,consistance,orifices ext int) douleur au niveau de l'utérus (taille, position=ou hypermobilité (déchirure ligamentaire) ; cul de sac de douglas (masse, douleur)
- 5. TR: si suspicion de l'endométriose , cancers ; et chez la jeune fille

### 3.EXAMENS COMPLÉMENTAIRES:

- Pas systématique ; mais orientés selon la pathologie suspectée
  1. *Echographie par voie abdominale et/ou vaginale*
  2. *ECBU*
  3. *FNS et CRP*
  4.  *$\beta$ hcg*
  5. *Prélèvement bactériologique endocervicale*



# Etiologies :

- 1. ALGIES PELVIENNES AIGUES**
- 2. ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES**
- 3. ALGIES PELVIENNES CYCLIQUES**

A blurred background image showing a pair of hands holding a pen, with soft pink and orange bokeh lights scattered around. The image is framed by dark blue L-shaped corner brackets on the left and right sides.

# ALGIES PELVIENNES AIGUES :

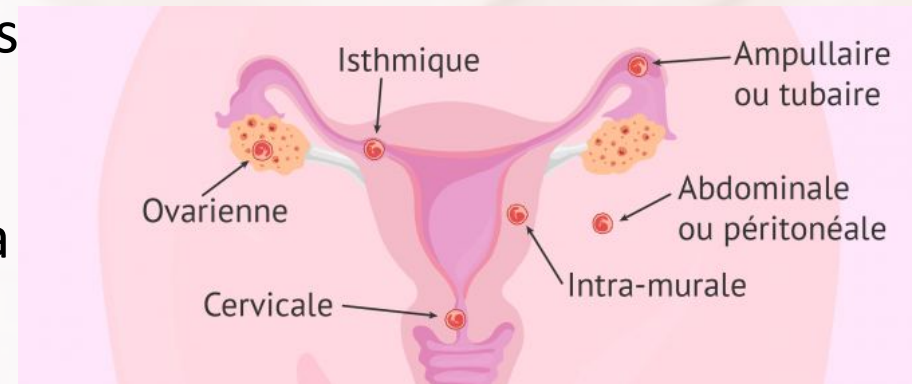
# A-D'ORIGINE GYNECOLOGIQUE :

## 1-GROSSESSE EXTRA-UTERINE ( GEU ) :

Première étiologie à toujours éliminer chez une femme en période d'activité génitale

les principaux facteurs de risque sont :

- les IST, les salpingites ou les endométrites
- les antécédents de chirurgie tubaire ou pelvienne
- toutes les autres causes d'altération de la paroi tubaire
- le tabac
- le dispositif intra-utérin (DIU)
- la fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE).
- Certains médicaments
- l'âge maternel élevé



# A-D'ORIGINE GYNECOLOGIQUE :

## 1-GROSSESSE EXTRA-UTERINE ( GEU ) :

**NON ROMPUE :** En général, la patiente présente des signes sympathiques de grossesse :

- Etat general conservé.
- Douleurs unilatérales sus-pubiennes ( FID+) permanentes ou paroxystiques .
- Métrorragies peu abondantes, répétées, sépia voire noirâtres
- Sous speculum : un saignement d'origine endo-utérine.
- Au TV : uterus peu volumineux , sensibilité au cds vaginal ou une masse latero-uterine sensible , douleur au toucher du cds de Douglas ,et à la mobilisation uterine .
- Dosage de la b-hcg : non-multiplication en 48h.

## **ROMPUE :**

Le tableau clinique sera celui d'une hémorragie interne avec :

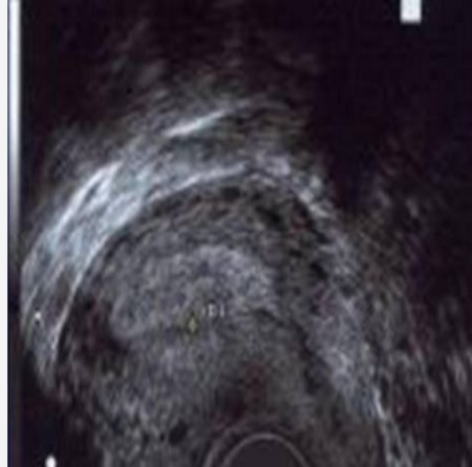
- Signes de choc hémorragique
- Abdomen ballonné ainsi qu'une défens sus pubienne sans contracture.
- Douleur à la mobilisation utérine.
- Métrorragie faites de sang noir SEPIA
- TV : très douloureux avec cri du Douglas signant un volumineux hémopéritoine.

# A-D'ORIGINE GYNECOLOGIQUE :

## 1-GROSSESSE EXTRA-UTERINE ( GEU ) :

A l'échographie : 95 % la GEU est ampullaire

- Vacuité utérine



pseudo-sac



- Corps jaune : 85% homolatéral a la GEU
- Œuf extra-utérin
- Hématosalpinx
- Hémopéritoine

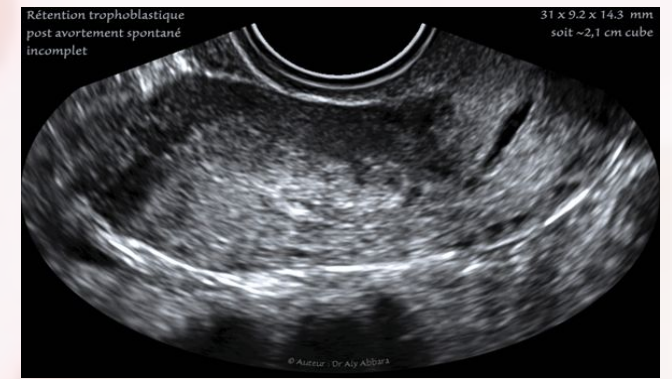




# A-D'ORIGINE GYNECOLOGIQUE :

## 2-Les avortements spontanés :

- -Disparition récente des signes sympathiques de grossesse ;
- -Hémorragies franches, de sang rouge, avec caillots et « débris » ;
- -Douleurs pelviennes médianes, intermittentes, à type de contractions, « comme des règles » ;
- -Au TV : un col utérin mou, perméable au doigt ; alors que les culs-de-sac sont libres et la mobilisation utérine indolore.
- -Dosage de la B-Hcg : cinétique décroissante
- À l'échographie, on retrouve : un sac ovulaire intra-utérin bien visible, reconnaissable par sa couronne trophoblastique échogène ; mais anormal : embryon sans activité cardiaque ou œuf clair, sans écho embryonnaire, souvent aplati a contours irréguliers ,plus petit que ne le voudrait l'âge de la grossesse





# A-D'ORIGINE GYNECOLOGIQUE:

## 3- La grossesse intra-utérine évolutive :

- un sac ovulaire intra-utérin d'aspect conforme à l'âge gestationnel, avec un embryon vivant présentant une AC régulière .

- **4-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
- Douleur unilatérale irradiant vers la cuisse

- A l'échographie : confirme le diagnostic de kyste ovarien remanié par la torsion

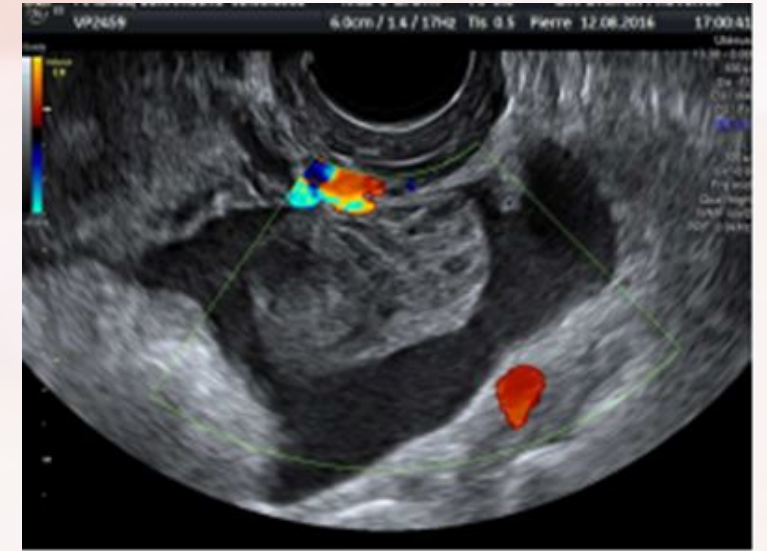


vue sous coelioscopie

# A-D'ORIGINE GYNECOLOGIQUE :

## 5-Rupture de kyste ovarien :

- .ATCD de kyste connu
- Douleur brutale , s'améliorant progressivement
- A l'échographie : kyste affaissé ou non visible, épanchement



## 6- Hémorragie intra kystique

- ATCD de kyste connu
- Douleur brutale
- A l'échographie : kyste hétérogène



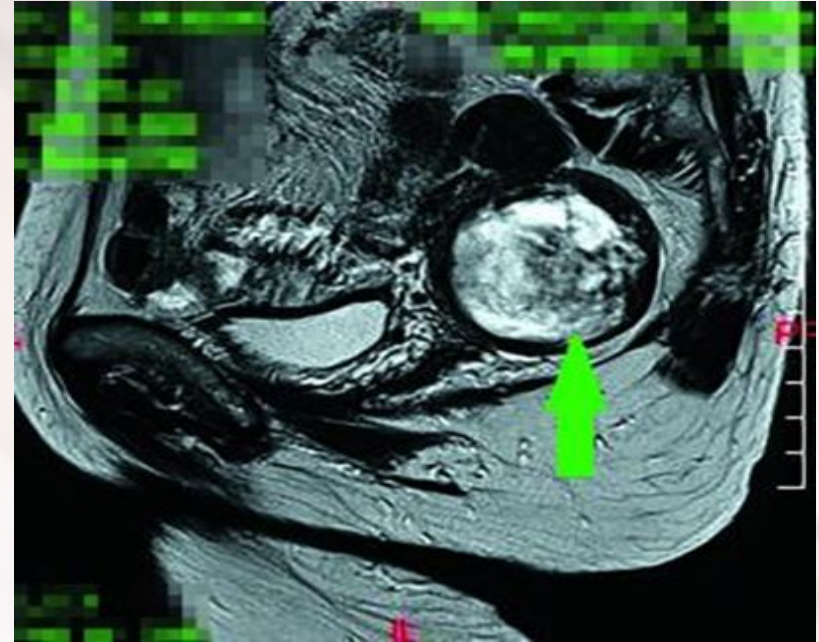
## 7- Autres causes ovariennes : RARES

- L'ovulation
- Thrombose de la veine ovarienne : tableau atypique

# A-D'ORIGINE GYNECOLOGIQUE :

## 8-Nécrobiose aseptique de fibrome :

- Notion d'utérus fibromateux souvent connue
- Age souvent > 35 ans
- Douleur utérine localisée non intense
- Fébricule
- Contractions utérines fréquentes
- Fibrome(s) cliniquement palpable(s) sensible(s)
- Bilan : syndrome inflammatoire discret
- A l'échographie : fibrome(s) visualisés sur utérus gravide, échostructure hétérogène



## 9-Torsion d'un fibrome :

- la symptomatologie est assez proche de celle des torsions d'annexe. Le diagnostic est peropératoire.

## 10-Accouchement de gros fibrome sous-muqueux :

- douleurs expulsives (coliques) associées à des métrorragies.
- À l'examen clinique, le fibrome est dans le vagin, appendu au col utérin : il persiste le

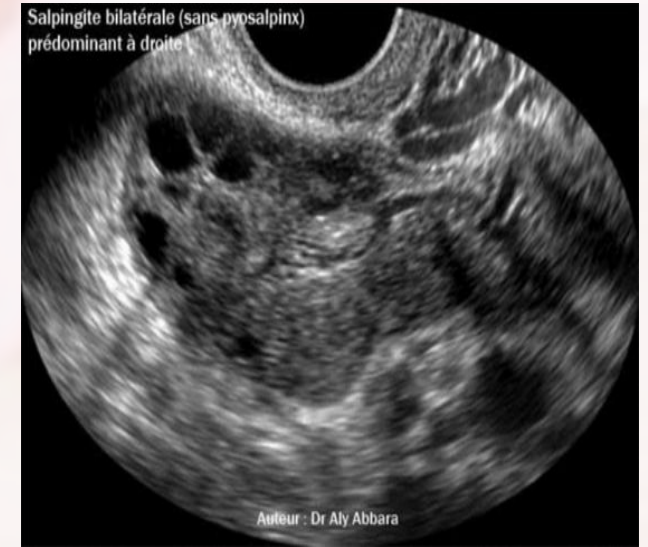


## A-D'ORIGINE GYNECOLOGIQUE :

### 11-Infections génitales hautes: IGH

Regroupent les endométrites, les salpingites, les collections purulentes et les pelvipéritonites d'origine génitale.

- ATCD d'IST, contexte post-partum, manœuvre endo-utérine récente
- Métrorragies
- Syndrome rectal (épreinte, ténésme)
- Douleur pelvienne spontanée (en l'absence d'autre pathologie)
- Douleur annexielle provoquée
- Douleur à la mobilisation utérine
- $T^{\circ} > 38$
- Leucorrhées purulentes
- Bilan : -NFS, CRP élevées
  - Prélèvement endocervical + examen bactério, après désinfection exocol
  - PCR chlamydiae sur 1er jet urinaire
  - Bilan IST +++
  - Si DIU : retrait + envoi en bactério
  - A l'échographie : épaissement tubaire  $> 5\text{mm}$  OU masse latero utérine hétérogène OU roue dentée ( franges tubaire épaissie )



## B-D'ORIGINES EXTRA GYNECOLOGIQUES :

- Appendicite.
- Sigmoidite .
- Pyélonéphrite .
- Colique néphrétique.
- Occlusion intestinale aiguë .
- Colite spasmodique.

A blurred background image showing a pair of hands holding a pen, with soft pink and orange bokeh lights scattered around. The image is framed by dark blue L-shaped brackets on the left and right sides.

# LES ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES



# LES ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES

La douleur pelvienne chronique est en général définie comme une douleur évoluant depuis plus de 6 mois

- susceptible d'avoir un retentissement cognitif, comportemental ou social
- Cette définition souligne qu'à côté de la démarche diagnostique visant à la recherche de la cause lésionnelle, il s'agit également d'apprécier le retentissement de la douleur et de prendre en charge l'handicap induit.

# LES ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES

## 1-L'endométriose

- Est la présence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. .
- Sensible aux altérations hormonales; ce tissu peut être retrouvé partout dans l'organisme mais les localisations les plus fréquentes sont les ovaires et le péritoine pelvien:

Présente une symptomatologie variable, douleurs pelviennes, lombaires, sacrées avec ou sans rapport avec le cycle.

- Dyspareunie, dysménorrhée tardive, irrégularité menstruelle, infertilité

# LES ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES

## 1-L'endométriose

### ■ A l'examen clinique

- nodules de cloison rectovaginale
- mobilité utérine douloureuse
- masses annexielles
- retroversion utérine fixée

La lapascope diagnostique est le gold standard pour le diagnostic de l'endométriose

Le traitement peut être médical par les anti oestrogénique ou chirurgical (réservé au endometiome)

# LES ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES

## 2-Adénomyose

- Est la présence de foyers de l'endomètre à l'intérieur du myomètre
- Touche surtout la multipare .
- Signes fonctionnels : dysménorrhée , ménorragies.
- Signes physiques; utérus dur ,augmenté de volume.
- Les examens complémentaires; échographie et hyséroscopie diagnostique
- Traitement médical comme l'endométriose ou chirurgical
- Pour la femmes âgées c'est hystérectomie, la femme jeune résection sélective de la lésion.

# LES ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES

## 3-Séquelles d'infection

- D'infections génitales hautes :Salpingite subaigüe ou chronique  
Dont le diagnostique se fait à la coelioscopie
- Le traitement : antibiothérapie prolongée ; AINS

# LES ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES

## 4-Malposition utérine:

### ■ RÉTROVERSIONS:

- MALPOSITION UTÉRINE RÉDUCTIBLE, PARFOIS FIXÉE (ENDOMÉTRIOSE)
- PESANTEUR À L'EFFORT, DOULEURS À IRRADIATION ANALE, DYSPAREUNIE.

### ■ SYNDROME DE MASTERS ET ALLEN : DOULEURS PELVIENNES

ORTHOSTATIQUES DÉFICIT SÉVÈRE DES MOYENS DE FIXITÉ UTÉRINS

DÛ À DES TRAUMATISMES OBSTÉTRICAUX

MOBILITÉ ANORMALE DU COL DE L'UTÉRUS PAR RAPPORT AU CORPS UTÉRIN



# LES ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES

## 5-la congestion pelvienne

- ABSENCE DE VALVULES SUR LES VEINES DU PETIT BASSIN
- VARICOCÈLE LOMBO-OVARIEN, DOULEURS, PESANTEUR

# LES ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES

## 6- les causes extra-génitales:

- douleurs ostéomusculaires
- des douleurs d'origine digestives
- des causes urinaires

# LES ALGIES PELVIENNES CHRONIQUES

## De cause psychogène

- C'est un diagnostic d'élimination : somatisation des conflits psychoaffectifs.
- La symptomatologie est riche mais l'examen clinique est pauvre.



# ALGIES PELVIENNES CYCLIQUES

# Algies pelviennes cycliques

- Trois problèmes dominant ce groupe
  1. Les Dysmenorrhéées (organiques ou fonctionelles)
  2. L'endométriose
  3. Les dystrophies ovariennes

# Algies pelviennes cycliques

## Les Dysmenorrhées

### Les dysmenorrhées organique ou fonctionelles

On distingue, classiquement:

- **Les dysmenorrhées primaires** (dès l'apparition des premières règles) le plus souvent sans cause organique (fonctionelles)
- **Les dysmenorrhées secondaires** (survenant plus tardivement) le plus souvent rattachées à une étiologie organique.



# Algies pelviennes cycliques

## Les Dysmenorrhées

### Les dysménorrhées primaires

la douleur débute **avec le premier jour des règles et dure 1 à 3 jours**, elle est de **siège pelvien** avec irradiation fréquente vers le dos, le sacrum, le périnée

Elle est assez **semblable d'un cycle à l'autre** sans tendance à l'aggravation

# Algies pelvienne cyclique

## Les Dysmenorrhées

- Les prostaglandines(AINS) sont efficaces dans 90%des cas
- Une contaception œstroprogestative peut également etre utilisée

**La cœlioscopie est indiquée pour rechercher une cause organique si la douleur résiste au traitement medical.**

- Les dysménorrhées secondaires ou organiques

La survenue à distance des premières règles , de douleur d'apparition récente ,progressivement croissante

# Algies pelviennes cycliques

## Les Dysmenorrhées

- Les signes associés orientent vers certaines étiologies:
- Des ménorragies douloureuses évoquant l'**adénomyose**
- Dysménorrhée tardive ou dyspareunie **une endométriose**

les autres étiologies possibles sont:

une dytrophie ovarienne ; une sténose cervicale ; une malformation génitale congénitale ; les séquelles d'infections génitales ; un kyste de l'ovaire ; un fibrome utérin ; les varices pelviennes

# Algies pelviennes cycliques

## L'endométriose

- La dysménorrhée **secondaire tardive** du **3eme** jour des **règles** qui s'aggrave progressivement; schématiquement il y a deux tableaux ;
- **L'endométriose externe**
- Définie par la presence en dehors de la cavité utérine de **tissu endometrial**
- **L'échographie pelvienne** : peut retrouver un endométriome , des ovaires fixés
- **L'echographie endorectal** :est intéressante pour les localisations des ligaments utérosacrés et de la cloison rectovaginale
- **L'IRM est utile pour les lésions extragénitales**

# Algies pelviennes cycliques

## L'endométriose

- Le diagnostic repose sur **la cœlioscopie**; celle-ci montrant l'endométriome, des nodules bleutés, des adhérences
- **Les différents traitements hormonaux** ont une efficacité sur les douleurs proche de 90% avec près de 50% de récurrence 1an après l'arrêt du traitement.
- **La chirurgie conservatrice** donne une amélioration (satisfaisante à complète) dans 60 à 80 % des cas avec 10% de récurrence à 1an
- **La chirurgie radicale (hystérectomie avec annexectomie bilatérale)** réservée aux échecs des autres traitements.



# Algies pelviennes cycliques

## Adénomyose

- correspondant à la présence de foyers de muqueuse endométriale dans le myomètre (invagination) elle entraîne également une dysménorrhée tardive souvent associée à des **ménorragies douloureuses très évocatrices**
- L'examen clinique retrouve un **utérus augmenté de volume ; sensible en période menstruelle**
- L'échographie retrouve souvent **un aspect hétérogènes du myomètre avec des flaques vascularisées en Doppler couleur** prédominant sur une des faces utérines avec une déformation de la cavité utérine.
- L'hystéroscopie peut retrouver des signes directs (**orifices glandulaires, kystes bleutés sous l'endomètre**) et signe indirects (**hypervascularisation, cavité utérine agrandie aux parois irrégulières et rigides**)

# Algies pelviennes cycliques

## Adénomyose

- **Traitements médicaux ( AINS,progestatifs) ou chirurgicaux conservateurs ( endometrectomie sous hystéroscopie)** sont peu efficaces obligeant souvent à une **hystérectomie**.
- **Le système intra-utérin** (stérilet Miréna ) a une efficacité sur les ménorragies par atrophie de l'endomètre

# Algies pelviennes cycliques

## Dystrophies ovariennes

- Elles donnent classiquement des **douleurs unilatérales ,alternantes** d'un cycle à l'autre, au **moment de l'ovulation (syndrome intermenstruel)** mais peuvent aussi être per ou **préménstruelles**
- A l'**examen** , le **volume des ovaires** est **variable selon le cycle** ;normal après les règles , **nettement augmenté avant leur survenue (ovaire ""accordéon"")**
- L'**échographie** montre des **kystes folliculaires** ,en général <50mm, surtout variable d'un cycle à l'autre et disparaissant sous contraception orale.
- Le **traitement** repose sur **blocage de l'activité ovarienne** ;
- la **chirurgie** sera réservée aux **dystrophies ovariennes secondaires à processus infectieux** .

# Conclusion

- **Les douleurs pelviennes** constituent un motif de consultation fréquent pouvant être d'origine gynécologique ou non.
- devant des **douleurs pelviennes** il faudra faire un **interrogatoire** et un **examen clinique minutieux** afin d'orienter les **examens complémentaires** et arriver à un diagnostic étiologique et ce dans le but d'adapter un traitement adéquat.

**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**